

NORMA Y LOCURA

El Hospital Psiquiátrico Provincial
de Córdoba (1885-1931)

Coordinadora
Celia Prados García

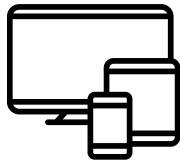




¡Gracias por confiar en nosotros!

La obra que acaba de adquirir incluye de forma gratuita la versión electrónica. Acceda a nuestra página web para aprovechar todas las funcionalidades de las que dispone en nuestro lector.

Funcionalidades eBook



Acceso desde cualquier dispositivo con conexión a internet



Idéntica visualización a la edición de papel



Navegación intuitiva



Tamaño del texto adaptable

Síguenos en:



NORMA Y LOCURA

El Hospital Psiquiátrico Provincial de Córdoba (1885-1931)

Publicación financiada por la Diputación Provincial de Córdoba en el marco del Proyecto «La relación género, derecho y medicina en los internamientos psiquiátricos» ejecutado por la Cátedra de Estudios de las Mujeres Leonor de Guzmán (Universidad de Córdoba).



UNIVERSIDAD
D.
CÓRDOBA



Diputación de Córdoba



CÁTEDRA DE ESTUDIOS DE LAS MUJERES
LEONOR DE GUZMÁN

NORMA Y LOCURA

**El Hospital Psiquiátrico Provincial
de Córdoba (1885-1931)**

Coordinadora
Celia Prados García

COLEX 2026

Copyright © 2026

Queda prohibida, salvo excepción prevista en la ley, cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra sin contar con autorización de los titulares de propiedad intelectual. La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual (arts. 270 y sigs. del Código Penal). El Centro Español de Derechos Reprográficos (www.cedro.org) garantiza el respeto de los citados derechos.

Editorial Colex S.L. vela por la exactitud de los textos legales publicados. No obstante, advierte que la única normativa oficial se encuentra publicada en el BOE o Boletín Oficial correspondiente, siendo esta la única legalmente válida, y declinando cualquier responsabilidad por daños que puedan causarse debido a inexactitudes e incorrecciones en los mismos.

Editorial Colex S.L. habilitará a través de la web www.colex.es un servicio online para acceder a las eventuales correcciones de erratas de cualquier libro perteneciente a nuestra editorial.

© Celia Prados García
© Alicia Cárdenas Cordón
© M.ª Auxiliadora Guisado Domínguez
© Judit Bembibre Serrano
© Naima Z. Farhane Medina
© Ana M. Contreras Merino

© Editorial Colex, S.L.
Calle Costa Rica, número 5, 3.º B (local comercial)
A Coruña, 15004, A Coruña (Galicia)
info@colex.es
www.colex.es

Ilustración de portada:

Fotos de la antigua portada de la entrada falsa al convento de San Pedro de Alcántara, en su ubicación original de la calle Albucahis (izquierda) y localización actual, en el lateral septentrional del Palacio de la Merced, sede actual de la Excm. Diputación Provincial de Córdoba (derecha).

SUMARIO

PRESENTACIÓN

Marta Siles Montes

Presentación	11
--------------------	----

I

PODER, CIUDADANÍA Y LOCURA: REFLEXIONES DESDE EL CONSTITUCIONALISMO

Alicia Cárdenas Cordón

1. Introducción	13
2. La ciudadanía	15
2.1. La razón como atributo ciudadano	16
2.2. ¿Para quién es la razón?	18
2.3. La ciudadanía sexuada	20
2.4. Controlar la normalidad sexuada: prisiones y manicomios	23
3. El poder	25
3.1. El poder racional	26
3.2. La gestión jurídico-constitucional de la locura	29
3.3. Estado y locura patriarcales	31
4. Bibliografía	33

II

HISTORIA, INSTITUCIONES Y ESTABLECIMIENTOS PARA LA ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA EN CÓRDOBA A FINALES DEL SIGLO XIX Y PRIMER TERCIO DEL XX

M.ª Auxiliadora Guisado Domínguez

1. Introducción	37
2. Cambios y continuidades a finales de la Edad Media y durante la Edad Moderna ..	38
3. El paso del Antiguo al Nuevo Régimen: la beneficencia pública en los primeros decenios del siglo XIX	41
4. La asistencia hospitalaria como asunto público: el Estado liberal	43
5. El traslado y establecimiento en el Hospital Psiquiátrico de la Misericordia	49
6. Conclusiones	53

SUMARIO

7. Bibliografía	54
8. Apéndice documental	56
8.1. Extracto de la Memoria sobre la gestión de la Excma. Diputación Provincial de Córdoba, 1929	56
8.2. Mapa de la asistencia psiquiátrica en Córdoba hasta 1931.	63
8.3. Evolución de plazas para internamiento y su ocupación en los hospitales psiquiátricos de Córdoba (S. XV-1930)	64
8.4. Cronología de los establecimientos psiquiátricos en Córdoba hasta 1930	65

III

**EL MODELO JUDICIAL DEL INTERNAMIENTO PSIQUIÁTRICO.
DISCURSOS JURÍDICOS Y MÉDICOS EN TORNO A LA LOCURA**

Celia Prados García

1. Introducción	67
2. La regulación de los internamientos involuntarios a lo largo del siglo XIX.	72
3. El modelo judicial del internamiento involuntario.	76
3.1. El internamiento en observación	80
3.1.1. La solicitud de internamiento	81
3.1.2. La necesidad o conveniencia del internamiento.	82
3.1.3. Trámites posteriores a la reclusión	96
3.2. El internamiento de reclusión definitiva.	102
4. Debates jurídicos y médicos en torno a la locura	104
5. Bibliografía	106
6. Apéndice documental	111
6.1. Auto judicial.	111
6.2. Oficio del juzgado de remisión del auto y testimonio del auto	112
6.3. Oficio del juzgado dirigido al Hospital Psiquiátrico Provincial	113
6.4. Expediente de ingreso de oficio, a instancia del Gobernador Civil	114
6.5. Ingreso urgente adoptado por la Comisión Provincial.	114

IV

**DISCURSOS, NOMBRES Y SILENCIOS QUE HABITAN UNA
CASA PARA LA LOCURA. CUESTIONES SOBRE EL ABORDAJE
CLÍNICO DE LAS PERSONAS INGRESADAS EN EL HOSPITAL
PSIQUIÁTRICO PROVINCIAL DE CÓRDOBA (1918-1931)**

Judit Bembibre Serrano

1. El derecho a un lugar en el mundo.	115
1.1. Desde el zaguán de la casa de la locura.	116
1.2. «Abandonad toda esperanza, los que entráis»	118
2. ¿Quién tiene la palabra en la casa de la locura?	122
2.1. El discurso del experto: la autoridad para hablar y hacerse oír	124

SUMARIO

2.2. El discurso de las personas legas: y qué sé yo si no sé.	131
2.3. El discurso de las personas locas: la voz cautiva	135
3. ¿La locura llega para quedarse?	141
4. Bibliografía	143
5. Apéndice documental	145
5.1. Modelo de historia psiquiátrica	145
5.2. Protocolo de examen al ingreso y expresión clínica.	146
5.3. Formulario de exploración de antecedentes.	148
5.4. Evaluación del estado emocional	149
5.5. Prototipo de hoja de filiación extraclínica	150

V

NORMALIDAD, GÉNERO Y LOCURA: ANÁLISIS DE LA PSICOPATOLOGIZACIÓN DIFERENCIAL DE HOMBRES Y MUJERES EN EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO PROVINCIAL DE CÓRDOBA (1918-1931)

Naima Z. Farhane Medina y Ana M. Contreras Merino

1. Introducción.	151
2. Locura femenina y locura masculina: una construcción social dispar	154
3. Mandatos de género y psicopatologización diferencial de hombres y mujeres ...	157
4. El caso de la histeria: una etiqueta diagnóstica feminizada	160
5. Sexualidad y moral en la psiquiatría de la época	163
5.1. Sexualidad femenina versus sexualidad masculina	165
5.2. Homosexualidad y patologización	168
6. Trazos de poder y subordinación: violencia machista en el cotidiano de las per- sonas internadas.	169
7. Consumo de alcohol y pobreza: la necesaria mirada interseccional	173
7.1. El consumo de alcohol en hombres: tolerancia social y violencia	173
7.2. El consumo de alcohol en mujeres: excepcionalidad y estigmatización	175
7.3. El alcoholismo como antecedente familiar: una herencia generizada.	176
7.4. Pobreza y marginalidad: un denominador común.	177
8. Conclusiones.	179
9. Bibliografía.	180

EPÍLOGO

Sara Pinzi

Epílogo.	185
---------------	-----

PRESENTACIÓN

Los servicios asistenciales como servicio público forman parte de las competencias esenciales de las diputaciones prácticamente desde su creación en el siglo XIX. La progresiva especialización en la atención a las personas según edad, sexo y dolencias dio lugar a distintos establecimientos: los asilos para ancianos, los hospicios para la acogida de niños y niñas abandonados, las maternidades para la atención a parturientas, los hospitales para enfermos crónicos y agudos y, finalmente, los departamentos de dementes y, ya en el siglo XX, los hospitales psiquiátricos. Entre ellos, el de Córdoba se situó en la avanzadilla médica y social, tanto en los tratamientos como en las iniciativas orientadas a la integración de los pacientes.

El marco público creado por la Diputación de Córdoba para la prestación de estos servicios ha logrado el mantenimiento, tras el traspaso de competencias a otras administraciones, de unos fondos documentales ligados a cada uno de estos establecimientos que, quizás de otro modo, no hubieran sobrevivido al tiempo y a los distintos traslados de enfermos, profesionales y de los propios servicios asistenciales entre edificios e incluso entre administraciones.

Quiero destacar, de manera especial, la labor del Archivo de la Diputación, cuya dedicación ha sido esencial para que el patrimonio documental que forma hoy día los documentos médicos y administrativos de la ingente cantidad de personas que pasaron por estos centros haya sobrevivido y mantenido en condiciones óptimas de consulta. Gracias a este esfuerzo, ha sido posible desarrollar la investigación cuyos primeros resultados tengo la satisfacción de presentar.

El impulso de la Dra. Prados para que las historias personales contenidas en los documentos que componen las series documentales relacionadas con el psiquiátrico provincial tomen vida a través del análisis científico y multidisciplinar de su contenido es digno de encomio. Que, además, el análisis científico del contenido haya tomado la perspectiva de género como eje en torno al que sacar conclusiones generales del estudio es, además de imprescindible, innovador y justo en el marco en el que se sitúa esta investigación

porque el tratamiento de la locura en nuestro país es una historia de muchas locas. Mujeres que fueron consideradas locas en una sociedad que reprimía y patologizaba comportamientos femeninos alejados de las normas sociales establecidas, y que sufrieron, también en este ámbito, formas de desigualdad e injusticia.

Este es el primero, esperamos, de muchos trabajos que se apoyan en nuestro fondo documental. La sinergia entre documentos preservados con responsabilidad pública e investigaciones desarrolladas con rigor científico y conciencia crítica nos permitirá seguir profundizando en nuestro pasado institucional, nos dará mucha información en el futuro sin olvidar que es un servicio público el que prestamos.

Marta Siles Montes

*Vicepresidenta segunda. Diputada delegada de
Presidencia, Gobierno interior y vivienda*

PODER, CIUDADANÍA Y LOCURA: REFLEXIONES DESDE EL CONSTITUCIONALISMO

Alicia Cárdenas Cordón

Departamento de Derecho público y económico

Universidad de Córdoba

d12cocoa@uco.es

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5137-7831>

Sumario. 1. Introducción. 2. La ciudadanía. 2.1. La razón como atributo ciudadano. 2.2. ¿Para quién es la razón? 2.3. La ciudadanía sexuada. 2.4. Controlar la normalidad sexuada: prisiones y manicomios. 3. El poder. 3.1. El poder racional. 3.2. La gestión jurídico-constitucional de la locura. 3.3. Estado y locura patriarcales. 4. Bibliografía.

1. Introducción

Constitucionalismo es un vocablo polisémico que se refiere tanto a un ideal político, como a un proceso histórico, a un determinado diseño institucional y a un paradigma del Derecho¹. En lo que aquí interesa, este se entiende como el marco jurídico-político que trata de ordenar el poder del Estado, la vida en sociedad y las relaciones de los individuos con aquel desde el siglo XVIII hasta la actualidad. Su contenido ideológico originario, que se nutre del espíritu de la Ilustración y, especialmente en Europa, del liberalismo contractualista, acoge las aspiraciones de las sociedades de tutelarse contra los arbitrios y las injusticias² o, con otras palabras, de limitar el poder mediante

1 Esta investigación se inició durante la estancia posdoctoral en la Facultad de Derecho de la Universidad de Edimburgo, verano de 2025.

2 ZAGREBELSKY, Gustavo, «Constitucionalismo», en *Derechos y Libertades: Revista de Filosofía del Derecho y Derechos Humanos*, (29), 2013, pág. 26.

el Derecho³. Su ideal se desarrolla y se manifiesta contra otras formas de organización de la sociedad, concretamente contra las reglas de los Estados absolutistas del siglo XVII y XVIII que, además de aspirar a la concentración del poder en las manos de un monarca, no habían sido capaces de erradicar la estructura feudo-estamental del Antiguo Régimen, caracterizada por la poliarquía (diversos centros de poder: monarca, iglesia, ejércitos, señores feudales, gremios, etc.), por la confusión de los poderes públicos y privados y, en definitiva, por una sociedad de súbditos y privilegiados. El constitucionalismo enarbola el ideal del Derecho como herramienta para limitar al poder político, para *ordenarlo*, a la par que reconoce los derechos fundamentales y las libertades públicas de los individuos como manifestación de su igualdad frente al poder⁴. De hecho, su principal invención, la norma denominada «constitución», que regula el funcionamiento del Estado y el estatus de su ciudadanía, es definida como un instrumento «racional normativo», consecuencia de la creencia liberal de que es posible planificar la vida política, racionalizar el devenir político, pues:

[d]e la misma manera que sólo la razón es capaz de poner orden en el caos de los fenómenos, así también sólo donde existe constitución en sentido normativo cabe hablar de orden y estabilidad políticas [...]⁵.

La noción de orden también está en el fundamento de las transformaciones que, durante la Ilustración, tuvieron lugar respecto al tratamiento de la locura. Así, cuando la ociosidad empezó a ser enemiga de las necesidades de un capitalismo en desarrollo, se hizo perentorio articular dispositivos para controlar que los desposeídos, los vagos y los peligrosos, entre los que se encontraban los locos, no causaran problemas de «orden» público⁶. Emergieron nuevas formas de «ordenar» la sociedad que buscaron su legitimidad en

3 DE VEGA GARCÍA, Pedro, «Mundialización y derecho constitucional: la crisis del principio democrático en el constitucionalismo actual», en *Revista de Estudios Políticos*, núm. 100, 1998, pág. 23.

4 Como cualquier proyecto político, su devenir histórico, cuyo inicio suele situarse en las revoluciones burguesas de finales del siglo XVIII, ha estado marcado por una amplia gama de particularidades que explica la diversidad, por ejemplo, de diseños institucionales o la longevidad de los textos constitucionales.

5 GARCÍA-PELAYO, Manuel, «Constitución y Derecho constitucional (evolución y crisis de ambos conceptos)». *Revista de Estudios Políticos*, núm. 37-38, 1948, pág. 56.

6 ÁLVAREZ GARCÍA, FRANCISCO JACIER y VENTURA PÜSCHEL, Arturo, «El tratamiento de los delincuentes enajenados en el siglo XIX (I. El tratamiento de los locos y de la locura desde principios del siglo XV hasta finales del XIX)». *Estudios Penales y Criminológicos*, núm. 42, 2022, pág. 10.

la afirmación de su objetividad, neutralidad y racionalidad⁷, dando comienzo a una noción de locura en la que «el desvarío cede paso a la enfermedad»⁸.

El estudio de la locura ha sido ampliamente abordado por diversas disciplinas, pero el constitucionalismo no ha sido una de ellas. Es decir, no ha hecho de aquella uno de sus objetos centrales de estudio y tampoco será este el objetivo del presente trabajo. No obstante, las reflexiones que en las próximas páginas se plasmarán sí que nacen de la necesidad, o del interés, de comprender cómo el constitucionalismo, como ideal y proyecto político, se ha servido de la idea de locura para definir su sustento ideológico y legitimar varias de sus prácticas originarias. El objeto de este trabajo es el de establecer un marco general que permita analizar en qué medida ha habido interacciones entre la historia de la locura y su institucionalización jurídica y el proyecto constitucional. Para ello, analizaremos dos de los conceptos principales del constitucionalismo: ciudadanía y poder. El trabajo parte de una relectura de carácter general que abarca el periodo constitucional español (1812-actualidad), aunque se detendrá de manera más especial en la evolución de estos ejes desde el siglo XIX hasta el primer tercio del siglo XX. Asimismo, aunque este carácter se desprende de la propia lectura del texto, es oportuno señalar que este es un trabajo en construcción y, por tanto, la elaboración del marco teórico e interpretativo se nutre del propio avance que realiza el equipo de investigación de este proyecto.

2. La ciudadanía

Las miradas críticas al constitucionalismo llevan décadas desvelando que el ideal igualador de este proyecto político, formulado teóricamente en la idea del contrato social, se asentó sobre diversas estructuras de poder de abusos y desigualdades, de las que este se ha servido históricamente para legitimarse. De manera muy breve, se trata del contrato sexual, del contrato racial y del contrato capitalista. Cada uno de ellos y sus interacciones entre sí han generado espirales de marginalidad y exclusión que se han manifestado, entre otros, en la definición de marcos jurídico-políticos excluyentes que han mantenido una continuidad desde su origen hasta la actualidad, sin negar con ello que este paradigma también ha permitido, paulatinamente y bajo sus diferentes formas o fases, la mejora de las condiciones de vida de buena parte de la sociedad.

7 KENDALL, Kathleen, «Beyond Reason: Social Constructions of Mentally Disordered Female Offenders», en *Women, Madness and the Law: A Feminist Reader*, Wendy Chan, Dorothy E. Chunn y Robert Menzies (eds.), Routledge-Cavendish, Londres, 2005, pág. 46.

8 BEMBIBRE SERRANO, Judit e HIGUERAS CORTÉS, Lorenzo, «Volverse loco no está al alcance de cualquiera», en *El Genio Maligno. Revista de Humanidades y Ciencias Sociales*, núm. 1, 2007, pág. 5.

La construcción de la ciudadanía bajo esta lógica de inclusión/exclusión tiene parte de su origen en el paradigma científico del que bebe la formación del Estado moderno. Lo que la crítica al constitucionalismo evidencia es la falacia de la universalidad, esto es, que el sujeto originario de este proyecto no fue «la persona» o, más bien, que fue esta entendida como varón, adulto, blanco, propietario, con un determinado nivel educativo y capaz. Respecto a este último, la capacidad se exigía para formar parte de ese contrato social, para vincularse con los otros «iguales», para decidir sobre el propio destino y, en definitiva, para que se desplegara el ideal de libertad que dicho proyecto prometió. Esta capacidad se colmó de una «independencia sexuada» que, por supuesto, fue negada sistemáticamente a quienes manifestasen cualquiera de los rasgos asociados a la «locura», entendida esta como la ausencia de «razón»⁹. De este modo, la idea de sujeto en el derecho político nace de su esfera material, de lo que posee, y no de su esfera ideal¹⁰. Esta definición se llevó a cabo mediante tres operaciones interrelacionadas que exploraremos a continuación a través de la evolución del derecho de sufragio: (1) la consideración de la razón como la fuerza suprema ordenadora; (2) la negación de sus atributos a determinados colectivos; y (3) la construcción de la ciudadanía femenina orientada al sistema familiar heterosexual.

2.1. La razón como atributo ciudadano

Fue durante la Modernidad cuando, con la ayuda de la expansión de la escritura y la aparición de los primeros núcleos urbanos, se comenzó a asociar la idea de individuo con el «yo». Pero no fue hasta el siglo XVII cuando esta alcanzó a una mayoría de hombres que empezó a considerarse dueños de su propio destino, sujetos autosuficientes, con una identidad aislada, produciéndose así la ligazón entre individuo y persona¹¹. A partir de entonces, se potenció un proceso de individualización que culminó con la concreción de una idea del ser humano vinculada con la razón autónoma¹². La Ilustración celebró la supremacía de la razón frente a la superstición, la idea de que la ciencia y la tecnología coadyuvarían al progreso de la humanidad y la libertad

9 De hecho, para Hobbes, uno de los principales filósofos cuya obra contribuyó a la construcción del Estado moderno, en un estado de naturaleza serían la imaginación y la experiencia las que, frente al cálculo y la ciencia, contribuirían a un estado de guerra. Así, la razón ayudaría a construir el Estado, mientras que a las distintas manifestaciones de la pasión, conductas que califica de extrañas y fuera de lo normal, las denominaría locura. En ASTORGA, Omar, «Hobbes y Foucault: locura, razón y poder en el siglo XVII», en *Apuntes Filosóficos*, núm 4, 1993, págs. 137 y 141.

10 HELLER, Herman, *Teoría del Estado*, Fondo de Cultura Económica, México, 1971, pág. 327.

11 HERNANDO GONZALO, Almudena. *La fantasía de la individualidad*, Traficantes de Sueños, Madrid, 2018, págs. 97-98.

12 *Ibid.*, págs. 103-108.

de los individuos. A ello contribuyó significativamente el asentamiento de las relaciones económicas capitalistas que exigían las libertades de producir y de consumir¹³.

Ser individuo implicaría, desde entonces, tener las capacidades que se asociaban a la sensación de seguridad y de poder frente al mundo: la del pensamiento abstracto, la de ser artífice de tu propio destino y, en definitiva, la de ser independiente. Tan solo quienes poseían dichos atributos, quienes eran autónomos e independientes, podrían considerarse titulares de la soberanía, esto es, sujetos de derechos políticos y, en consecuencia, ciudadanos. Es decir, la supremacía de la razón no sería solo un avance epistemológico, sino que serviría también como un criterio de «ordenación» política, como criterio para pertenecer a una determinada comunidad política en términos de igualdad. La antropología ha denominado a este proceso la «fantasía de la individualidad»¹⁴ y el constitucionalismo crítico lo refiere como el «mito de la libertad»¹⁵.

La construcción de la ciudadanía, por tanto, se asienta sobre una serie de binarismos¹⁶ que ayudarán a dotarla de contenido. Es importante señalar que, dentro de estos, los atributos están jerarquizados, es decir, que la primera noción se considera positiva, mientras que la segunda está subordinada y representa el elemento que se ha de combatir. Entre estos se encuentran razón y emoción, control y pasión, público y privado, productividad y ociosidad, y, por supuesto, normalidad y anormalidad, entendido esto último como un elemento patológico¹⁷. En esta categoría se insertaría, desde entonces, la locura, entendida como una ruptura del «orden lógico que trae una alteración de sentido, es la práctica de la diferencia con respecto al Otro ordenado y adaptado»¹⁸. El binomio racional/loco operará para delimitar al sujeto de derechos, ayudando a identificar quién puede autogobernarse y quién debe ser gobernado. En este sentido:

[...] estuvo claro quién era o no loco: eran aquellos que habían perdido la razón. Por tanto, carentes y, por tanto, alienados en manos de su familia o de los

13 KENDALL, Kathleen, «Beyond Reason...», *op. cit.*, págs. 44 y 45.

14 HERNANDO GONZALO, Almudena, *La fantasía... op. cit.*

15 RODRÍGUEZ RUIZ, Blanca, *El discurso del cuidado: propuestas (de)constructivas para un Estado paritario*, Tirant lo Blanch, Valencia, 2019, pág. 27.

16 Lo que Rita Segato denomina «matriz binaria moderna», según la cual «toda alteridad es una función del Uno, y todo Otro tendrá que ser digerido a través de la grilla de un referente universal. A partir de este momento, todo "otro" será otro con referencia al "uno" universal de la colonial modernidad [...]». En SEGATO, Rita, «Manifiesto en cuatro temas», en *Critical Times*, núm. 1, 2018, pág. 215.

17 BARUKEL, Agustina, «Gobierno y locura. Un esquema de análisis para las prácticas de salud mental desde la perspectiva de la gubernamentalidad de Michel Foucault», en *Cuadernos de Ciencias Sociales*, núm. 11, 2019, pág. 218.

18 SÁNCHEZ GAMBOA, Menthor D., *Poder y Locura*, Ediciones Abya-Yala, Quito, 1997, pág. 25.

médicos, incapacitados, menores de edad. Todo el mundo podía saber dónde acababa la razón y empezaba la vesania¹⁹.

2.2. ¿Para quién es la razón?

Esta concepción de la ciudadanía excluyó de las promesas de igualdad y libertad a la inmensa mayoría de la población, especialmente mediante la negación del derecho de sufragio activo y pasivo, un derecho que opera en alto grado como indicador de inclusión política. Solo las luchas y las movilizaciones sociales a lo largo de la historia han obligado a ensanchar esta noción para dar cabida, progresivamente, a sectores más amplios de la sociedad. Así, durante el siglo XIX e impulsado por el movimiento obrero, en buena parte de los Estados que beben de esta tradición se lograron eliminar los requisitos económicos y de instrucción para dar paso al sufragio universal masculino. Ya entrado el siglo XX, abanderado en buena medida por el movimiento sufragista, algunos Estados comenzaron a reconocer el derecho al voto de las mujeres. Y más recientemente el constitucionalismo se enfrenta a las reivindicaciones de una ciudadanía desligada del binomio nacional/extranjero y al reconocimiento de la agencia política de las personas con discapacidad, entre otras. Todas estas demandas se enmarcan en lo que se denominan *las luchas por la ciudadanía*.

En España, el derecho de sufragio fue negado a las clases populares y a las personas analfabetas desde el inicio del constitucionalismo moderno hasta la Constitución de 1869. La Constitución de 1812 configuró una monarquía constitucional que incorporó algunos principios del pensamiento liberal, como el traslado de la soberanía de las manos del monarca a la nación²⁰, entendida como el ente que representa a sus ciudadanos, el reconocimiento de un catálogo de derechos²¹ y la separación de los poderes²². En su Capítulo IV define la noción de ciudadanía que, siendo propia de la época, apa-

19 BEMBIBRE SERRANO, Judit e HIGUERAS CORTÉS, Lorenzo, «Volverse loco...», *op. cit.*, pág. 4.

20 Art. 1. «La Nación española es la reunión de todos los españoles de ambos hemisferios». Art. 2. «La Nación española es libre e independiente, y no es ni puede ser patrimonio de ninguna persona o familia». Art. 3. «La soberanía reside esencialmente en la Nación, y, por lo mismo, pertenece a ésta exclusivamente el derecho de establecer sus leyes fundamentales».

21 Art. 4. «La Nación está obligada a conservar y proteger las leyes sabias y justas, la libertad civil, la propiedad y los demás derechos legítimos de todos los individuos que la componen». Art. 13. «El objeto del Gobierno es la felicidad de la Nación, puesto que el fin último de toda sociedad política no es otro que el bienestar de los individuos que la componen».

22 Art. 14. «El gobierno de la Nación española es una monarquía moderada hereditaria». Art. 15. «La potestad de hacer las leyes reside en las Cortes con el rey». Art. 16. «La potestad de hacer ejecutar las leyes reside en el rey». Art. 17. «La potestad de aplicar las leyes en causas civiles y criminales reside en los tribunales establecidos».

rece ligada a la nacionalidad²³, a la vecindad²⁴ y, por supuesto, limitada a los hombres. Este estatus daba acceso al ejercicio de ciertos derechos y libertades que, en cualquier caso, podría suspenderse, ex art. 25, «[e]n virtud de interdicción judicial por incapacidad física o moral», por el estado de deudor o de sirviente doméstico, por «no tener empleo, oficio, o modo de vivir conocido» o por estar procesado criminalmente. Respecto a la condición de representante, este mismo artículo estableció que «[d]esde el año de 1830 deberán saber leer y escribir los que de nuevo entren en el ejercicio de los derechos de ciudadano» y, en cualquier caso, «se requiere para ser elegido tener una renta anual proporcionada procedente de bienes propios», ex art. 92. Durante el periodo isabelino y bajo la vigencia del Estatuto Real de 1834 y las constituciones de 1837 y de 1845, el derecho al voto siguió condicionado a determinados niveles de riqueza. Bajo el marco de la Constitución de 1869 se estableció el sufragio universal masculino para los hombres mayores de 25 años, aunque no fue hasta la Ley Electoral de 1890 que se suprimieron definitivamente los requisitos de corte económico y educativo para el ejercicio del derecho al voto por parte de los hombres.

Por su parte, los considerados incapaces física o moralmente van a estar excluidos del derecho de sufragio durante toda la historia del constitucionalismo español hasta la reforma de 2018, bajo la vigencia de la Constitución de 1978. Con anterioridad a esta, la Ley Orgánica 5/1985, de 19 de junio, del Régimen Electoral General mantenía la tónica del constitucionalismo del siglo XIX, estableciendo en su art. 3.1 que:

1. Carecen de derecho de sufragio: [...]

b) Los declarados incapaces en virtud de sentencia judicial firme, siempre que la misma declare expresamente la incapacidad para el ejercicio del derecho de sufragio.

c) Los internados en un hospital psiquiátrico con autorización judicial, durante el período que dure su internamiento siempre que en la autorización el juez declare expresamente la incapacidad para el ejercicio del derecho de sufragio.

23 Se podía extender, ex arts. 19-22, a extranjeros bajo criterios de obediencia al Gobierno, merecimiento, contribución a la industria, la inversión o la economía de la Nación y matrimonio con española.

24 Ser vecino implicaba ser «el cabeza de familia que habitaba su propiedad en algún lugar, con modo honesto de vivir y que cumplía con las cargas concejiles (labores comunitarias para que el pueblo viviera en policía, es decir en orden político y económico). Así, la vecindad tenía varias dimensiones (económicas, morales y políticas), pero lo fundamental era la aceptación social de la comunidad local. Este es un aspecto muy importante porque dejaba en manos de las autoridades locales (civiles y eclesiásticas) y en los propios miembros de la comunidad definir quién era ciudadano». En PÉREZ CASTELLANOS, LUZ María, «La Constitución de Cádiz y la construcción de la ciudadanía», en *Estudios Jalicensis*, núm. 87, 2012, pág. 50.

El texto tras su reforma señala, ex art. 3.2, que:

Toda persona podrá ejercer su derecho de sufragio activo, consciente, libre y voluntariamente, cualquiera que sea su forma de comunicarlo y con los medios de apoyo que requiera²⁵.

Aunque la reforma fue aprobada por unanimidad de todos los grupos parlamentarios, su articulación final no estuvo exenta de controversia. Especialmente por la introducción durante el debate parlamentario, a iniciativa del grupo parlamentario popular, de la expresión «consciente, libre y voluntariamente». Para algunos sectores, esta representa la continuidad de la sospecha sobre la agencia política de las personas con discapacidad, como un estándar de racionalidad reforzado, pues introduce una exigencia adicional respecto al resto del cuerpo electoral para el que no se exige, en el momento del ejercicio del sufragio, la demostración de dichos requisitos²⁶.

Estas breves notas histórico-jurídicas permiten concluir que la exclusión por incapacidad no ha sido una anomalía histórica en nuestro constitucionalismo, sino más bien una decisión deliberada y constante que ha llegado hasta nuestros días. Así, la ausencia de estatus político se ha justificado en la ausencia de capacidad jurídica, siendo la privación del sufragio un marcador de inferioridad cívica. La locura será un impedimento a la ciudadanía²⁷.

2.3. La ciudadanía sexuada

La ciudadanía se nutrió de unas cualidades que le fueron negadas deliberadamente a las mujeres. Es decir, se configuró una ciudadanía sexuada que quedó definida en torno al sexo al que se le asignaron características/derechos. A su vez, dichas características fueron sistemática y estructuralmente

25 Por su parte, la Disposición Adicional Octava señala que: «A partir de la entrada en vigor de la Ley de modificación de la Ley Orgánica del Régimen Electoral General para adaptarla a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, quedan sin efecto las limitaciones en el ejercicio del derecho de sufragio establecidas por resolución judicial fundamentadas jurídicamente en el apartado 3.1. b) y c) de la Ley Orgánica 5/1985, de 19 de junio, ahora suprimidas. Las personas a las que se les hubiere limitado o anulado su derecho de sufragio por razón de discapacidad quedan reintegradas plenamente en el mismo por ministerio de la ley».

26 Asimismo, un sector de la doctrina se ha mostrado crítico con la indeterminación de dicha expresión y con la ausencia de previsiones para su materialización. En GÁLVEZ MUÑOZ, LUIS A, «Una revisión crítica de la Ley Orgánica 2/2018, de 5 de diciembre, de reforma de la LOREG para garantizar el derecho de sufragio de todas las personas con discapacidad», en *Revista de Derecho Político*, núm. 109, 2020, págs. 15-45. En próximas fases del presente proyecto de investigación se abordará el estudio en profundidad de las reformas operadas bajo el marco de la Constitución de 1978.

27 LAGARDE Y DE LOS RÍOS, Marcela, *Los cautiverios de las mujeres. Madresposas, monjas, putas, presas y locas*, Horas y Horas, Madrid, pág. 691.

negadas a más de la mitad de la humanidad, por ejemplo, mediante las prohibiciones de acceso de las mujeres a los diferentes niveles educativos o las dificultades para obtener un salario propio y gestionar su propio patrimonio. Su contribución social, en cambio, se disciplinó hacia los fines del matrimonio heterosexual, un ámbito que el orden político situó fuera del espacio de la autonomía.

Con otras palabras, el contrato social que dio paso al Estado constitucional se firmó sobre un contrato sexual preexistente que, como todo proceso histórico, hunde sus raíces siglos atrás. En Europa, dicho contrato se reforzó durante el siglo XVI, en el contexto de la crisis del sistema feudal. A partir de entonces, las clases dominantes impulsaron una serie de políticas que pasaron por la privatización de las tierras comunales, produciendo con ello la división entre la esfera de la producción, destinada a los hombres, y la de la reproducción, responsabilidad de las mujeres. Estas políticas también persiguieron el disciplinamiento de las mujeres mediante el control de su capacidad reproductiva y de sus cuerpos. Sin duda, la caza de brujas fue su principal instrumento. Esta representó la persecución de todos los atributos antagónicos al proyecto científico que estaba emergiendo: la superstición, lo salvaje, el alboroto, lo incontrolable²⁸, pues la mujer-bruja encarnaba todo lo opuesto a la racionalidad. Todas las formas de control de la natalidad y cualquier práctica sexual no reproductiva fueron demonizadas y se reforzó la persecución de la anticoncepción, el infanticidio o el aborto²⁹. Durante los siglos XVI y XVII, la principal causa de ejecución de las mujeres en Europa fue la brujería. Miles fueron acusadas de brujería y ejecutadas tanto en Europa como en los territorios colonizados³⁰. Asimismo, la devaluación del trabajo femenino y su expulsión de los ámbitos que habían ocupado tradicionalmente, como el de las parteras³¹, las condujo a servir para otros y a ejercer la prostitución, trabajos donde las condiciones eran deplorables³². Esta feroz persecución acabó, como señala Silvia Federici, con:

la aniquilación del «mundo de las brujas» y la imposición de la disciplina social que el sistema capitalista triunfante requería. En otras palabras, la caza

28 FEDERICI, Silvia, *Calibán y la bruja. Mujeres, cuerpo y acumulación originaria*, Madrid, Traficantes de Sueños, Madrid, 2016, pág. 283.

29 *Ibid.*, pág. 139.

30 Señala Federici, en palabras de Merchant, que la mujer-bruja «fue perseguida como la encarnación del “lado salvaje” de la naturaleza, de todo lo que en la naturaleza parecía alborotador, incontrolable y, por lo tanto, antagónico al proyecto asumido por la nueva ciencia».

31 También durante estos siglos se inició una nueva práctica en torno a la natalidad que desplazó a las parteras y reemplazó su labor por la de los médicos, dando lugar al asentamiento de una nueva práctica que subordinaba la vida de la madre a la del feto. En *Ibid.*, págs. 140-141.

32 *Ibid.*, págs. 146-151.

de brujas llegó a su consumación, a finales del siglo XVII, porque para esa época la clase dominante gozaba de una creciente sensación de seguridad en relación con su poder y no porque hubiese surgido una visión del mundo más ilustrada³³.

Progresivamente se fue configurando un contrato sexual que quedó vinculado a una forma nueva de organización del trabajo asentada sobre dicha estructura patriarcal y capitalista. La época dorada de estos cambios históricos se alcanzó durante el siglo XIX, con la invención de «la ama de casa a tiempo completo»³⁴. Como afirma Carole Pateman:

los capitalistas pueden explotar a los trabajadores y los esposos a las esposas porque los trabajadores y las esposas se constituyen en subordinados a través del contrato de empleo y del de matrimonio³⁵.

En consecuencia, las mujeres carecieron del derecho de sufragio durante buena parte de la historia de este proyecto político, en Europa hasta ya entrado el siglo XX³⁶. En España, la lucha por el sufragio femenino se impulsó a principios del siglo XX. Afrontó duras resistencias, algunas de las cuales quedaron plasmadas en los debates parlamentarios que se mantuvieron respecto al derecho al voto de las mujeres durante la II República. Este fue el caso del diputado Ayuso, quién sostuvo que, en base «a criterios científicos», la edad de «estandarización de las mujeres latinas» se situaba en los 45 años. Asimismo, interpeló al hemiciclo en estos términos: «¿no puede estar, y de hecho está disminuida en algún momento la voluntad, la inteligencia, la psiquis de la mujer?»³⁷. No fue el único. La intervención del diputado Novoa Santos, catedrático de Patología, adoptó los siguientes términos:

¿Por qué hemos de conceder a la mujer los mismos títulos y los mismos derechos políticos que al hombre? (...) ¿Son organismos igualmente capacitados? Por mi parte no he sido nunca sospechoso, de largos años a acá, defendiendo o postulando un criterio acerca de la inferioridad o de la capacidad mental del sexo femenino, y esto no huele a reacción; esto no es un retorno ancestral, no es una posición reaccionaria ante un régimen o ante una convicción profundamente liberal y sentida; es la expresión de una convicción biológica de que los sexos no son desiguales, sino diversos simplemente... y que la única estructura biológica es la pareja humana. La mujer es toda pasión, todo figura de emoción, es todo

33 *Ibid.*, pág. 283.

34 *Ibid.*, pág. 116.

35 PATEMAN, Carole, *El contrato sexual*, Anthropos, Barcelona, 1995, pág. 18.

36 De hecho, la historia del sufragismo en el continente desvela que, con anterioridad a estos procesos, algunas mujeres tenían reconocido el derecho al sufragio, privilegio que perdieron durante la modernidad. RODRIGUEZ RUIZ, Blanca y RUBIO-MARIN, Ruth, *The Struggle for Female Suffrage in Europe: Voting to Become Citizens*, Leiden, Brill, 2012.

37 Cortes Constituyentes de la República Española. Diario de Sesiones número 47. Sesión celebrada el día 30 de septiembre de 1931, pág. 1337.

sensibilidad; no es, en cambio, reflexión, no es espíritu crítico, no es ponderación. Por mi parte, creo que podría concederse en el régimen electoral que la mujer fuese siempre elegible por los hombres; pero, en cambio, que la mujer no fuese electora³⁸.

Finalmente, las mujeres pudimos ser elegidas representantes en 1931 y pudimos ejercer el derecho al voto en 1933, bajo el paraguas de la Constitución de 1931, aunque las expectativas de autonomía política se vieron rápidamente frustradas con el golpe de Estado de 1936, la posterior guerra y la dictadura franquista.

En definitiva, en el constitucionalismo lo femenino estará asociado a la emoción, a la dependencia y a la inestabilidad, frente al control y la racionalidad propias de lo masculino. Como consecuencia, las mujeres se sitúan estructuralmente más próximas al eje de la irracionalidad, más propensas a la locura. Por eso las discusiones políticas en torno a la ciudadanía de las mujeres siguieron cuestionando su capacidad racional, incluso bien entrado el siglo XX, reproduciendo con ello la matriz epistemológica originaria.

2.4. Controlar la normalidad sexuada: prisiones y manicomios

Esta construcción de la ciudadanía tuvo su reflejo en los dispositivos de control. El binomio normalidad/anormalidad instauró la idea:

de que existe una normalidad, inscrita en una norma, que sirve como patrón y medida de todas las cosas que el hombre y la mujer deben ser, lo que deben pensar y sentir, cómo deben actuar, de qué modo vivir. (...) para fijar una frontera con las formas no-normales, a-normales de pensar, de sentir, de actuar, de vivir³⁹.

La norma que regirá a los hombres será la norma pública, la ley racional, la que emana del Estado y del contrato social que han suscrito en calidad de ciudadanos. Infringirla merecía castigo, una noción que, durante el liberalismo ilustrado, transitó de medidas represivas que implicaban humillación pública (azotes, mutilación, destierro) hacia el auge del encarcelamiento. Por el contrario, la norma que regirá a las mujeres será la moral y su transgresión no será perseguida por la vía penal, sino mediante el desarrollo de las «ciencias psy», con el objetivo de disciplinarlas hacia «su» fin social⁴⁰. En ambos casos,

38 Cortes Constituyentes de la República Española. Diario de Sesiones número 83. Sesión celebrada el día 1 de diciembre de 1931, pág. 2748.

39 BARUKEL, Agustina, «Gobierno y locura...», *op. cit.*, pág. 218.

40 Las elevadas expectativas morales que recaían sobre las mujeres implicaban que estas tuviesen mucho que perder si las transgredían. Los delitos cometidos por población feme-

para criminales y locas, la vía que se plantea es la del encierro, entendido este como una medida de protección para el resto de la sociedad, como una vía para mantener el «orden»⁴¹. Como señala Franco Basaglia, en ambos contextos la organización social trata a las personas «no por lo que realmente son sino por la molestia social que causan»⁴².

Las estadísticas oficiales sobre España relativas a los primeros años del siglo XX dan buena cuenta de esto⁴³. La población femenina en las prisiones provinciales de todo el Estado se movió entre el 9 y el 11 % durante el periodo objeto de estudio en esta obra (1918-1931)⁴⁴. La realidad de las instituciones psiquiátricas era diferente. En el Manicomio Nacional de Leganés, dentro del periodo objeto de estudio, la población femenina nunca fue inferior al 40 % del total⁴⁵. Por su parte, en el Hospital Psiquiátrico de Córdoba, la proporción de mujeres internas en el periodo de estudio se movió entre el 23 y el 41 % (tabla 1)⁴⁶. Sin embargo, unos años más tarde, en 1944, los psiquiátricos españoles ya albergaban más población femenina que masculina, mientras que la proporción en las prisiones se mantuvo sin variaciones significativas⁴⁷.

nina, especialmente los violentos, resultaban incomprensibles en una cultura de racionalidad política. En KENDALL, Kathleen, «Beyond Reason...», *op. cit.*, pág. 51

41 Para Franco Basaglia, ni la cárcel servía para rehabilitar al encarcelado, ni el manicomio hacía lo propio con el enfermo mental. Ambas instituciones responden, en cambio, a una exigencia del sistema social orientada a marginar a quienes rompen las reglas del juego social. BASAGLIA, Franco, *Razón, locura y sociedad*, Siglo XXI Editores, Madrid, 1979, págs. 16 y 17.

42 *Ibid.*, pág. 18.

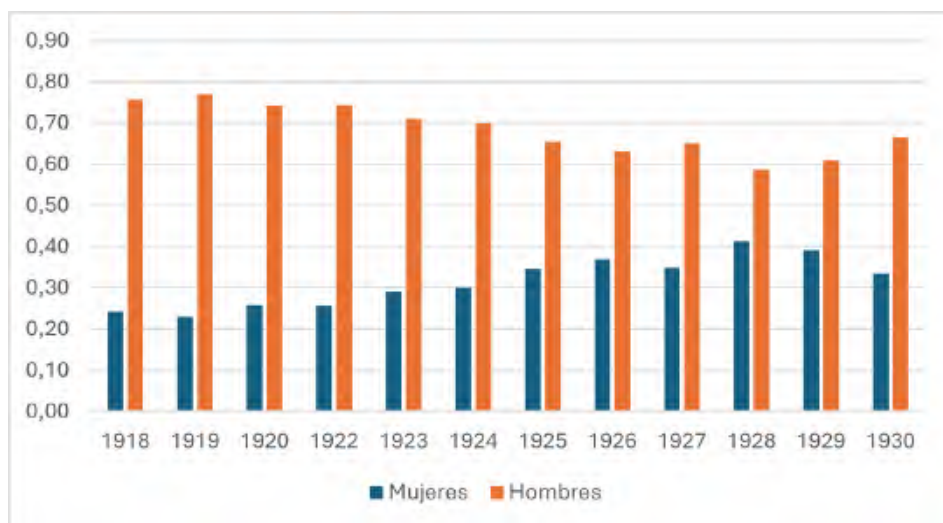
43 Datos del Fondo Histórico Documental del Instituto Nacional de Estadística.

44 A fecha de 31 de diciembre de 1931, la prisión provincial de Córdoba albergaba a 117 hombres y 4 mujeres, según datos del Instituto Nacional de Estadística.

45 CANDELA RAMÍREZ, Ruth, *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], 2018, pág. 299.

46 De los 405 expedientes digitalizados en el marco de este proyecto, relativos al periodo 1918-1931, el 40.2 % corresponden a mujeres. Al respecto, véase en este libro FARHANE MEDINA, Naima Z. y CONTRERAS MERINO, Ana M., pág. 153.

47 En 1944, había 10.796 hombres en los hospitales psiquiátricos de España, frente a 12.600 mujeres. Un año más tarde, en 1945, la población en las prisiones era 48.242 hombres, frente a 5.537 mujeres (no hay datos desagregados por sexo del año 1944).

Tabla 1. Porcentaje de mujeres y hombres en el Hospital Psiquiátrico de Córdoba (1918-1930)

Fuente: elaboración propia a partir de los datos del INE⁴⁸

3. El poder

La segunda categoría que nos ayuda a articular estas reflexiones es la de poder. En el constitucionalismo, este nace a partir de la ficción del contrato social, origen del poder político. El individuo, por supuesto solo aquel con capacidad para contratar, es decir, el ciudadano entendido en los términos definidos *supra* cede su poder individual a cambio de que el Estado asegure su igualdad y sus derechos. El Estado representará la forma racional y regulada del ejercicio del poder o de la dominación, pero será un poder limitado mediante el reconocimiento de derechos⁴⁹. Por tanto, la noción de poder que maneja este proyecto político representa:

un poder objetivo, despersonalizado, concentrado en una única instancia, que no admite intermediarios entre él mismo y todos los individuos sin excepción, que aparecen equiparados en la categoría de ciudadanos. De ahí el carácter «liberador» del Estado, en la medida en que suprime todas las desigualdades personales de

48 Para el año 1921 no se cuenta con datos oficiales. Para el año 1931 las estadísticas no están desglosadas por sexo.

49 RUIZ RESA, Josefa Dolores, *Teoría del derecho*, Tirant lo Blanch, Valencia, 2022, pág. 141.

las formas políticas anteriores, transformando un orden social presidido por el concepto de «privilegio» en otro presidido por el concepto de «derecho»⁵⁰.

Dentro de este eje de análisis encontramos de nuevo tres elementos interrelacionados: (1) la definición del poder en base a criterios científicos, (2) la expresión de dicho poder mediante la ley, y (3) el asentamiento de los poderes político y psiquiátrico sobre otra estructura de poder, la patriarcal. De su estudio nos ocupamos a continuación.

3.1. El poder racional

La virtud que la Ilustración veía en la razón individual como fuerza ordenadora, como herramienta para comprender, predecir y controlar, se expandió también al ámbito político. En palabras de Manuel García Pelayo, «no se trata solamente de que la constitución sea expresión de un orden, [...] sino también de que ella misma es la creadora de ese orden»⁵¹. En consecuencia, la aplicación de la razón al campo político ayudaría a disolver «todo lo que es meramente fáctico», lo que es creído por revelación o por tradición⁵². La gestión de las relaciones humanas mediante un modelo científico, en lugar de religioso, implicó dar paso a una forma de gestión más humanista que, bajo pretensiones de neutralidad, objetividad y racionalidad, fue desplazando a aquellas formas más crueles o consideradas más injustas⁵³. En este contexto empezaron a emerger la psiquiatría y otras disciplinas auxiliares. Su pretensión era la de desarrollar un conocimiento científico sobre los seres humanos que permitiese vigilarlos, medirlos y clasificarlos mediante el conocimiento de la mente y del alma⁵⁴. Marcela Lagarde explica cómo el binomio normalidad/anormalidad, definido *supra*, opera en este contexto:

[...] a partir del discurso de la enfermedad se crea la normalidad y se clasifica en el mundo de lo que no funciona, de lo descompuesto, de lo enfermo, de lo diferente. Con la adscripción de lo diferente a la enfermedad, se elabora jurídicamente la norma y con base en ella, la represión médica, hospitalaria y carcelaria. Esta concepción está en la base del conjunto de instituciones del Estado y de la sociedad civil encargadas de separar a los diferentes⁵⁵.

50 PÉREZ ROYO, Javier y CARRASCO DURÁN, Manuel, *Curso de Derecho Constitucional*, Marcial Pons, Madrid, 2016, pág. 53.

51 GARCÍA-PELAYO, Manuel, «Constitución y Derecho constitucional (evolución y crisis de ambos conceptos)», en *Revista de Estudios Políticos*, núm. 37-38, 1948, pág. 56.

52 *Idem*.

53 KENDALL, Kathleen, «Beyond Reason...», *op. cit.*, pág. 46.

54 ROSE, Nikolas, *Powers of Freedom: Reframing Political Thought*, University Press, Cambridge, 1999.

55 LAGARDE Y DE LOS RÍOS, Marcela, *Los cautiverios... op. cit.*, pág. 685.

En este sentido, resulta oportuna la relectura foucaultiana del poder que evoca no tanto a la idea de confrontación, sino más bien a la de gobierno:

[s]e le debe dar a esta palabra el amplio significado que poseía en el siglo XVI. «Gobierno» no se refería únicamente a las estructuras políticas o a la gestión de los Estados; más bien designaba el modo de dirigir la conducta de individuos o grupos: el gobierno de los niños, de las almas, de las comunidades, de las familias, de los enfermos. No sólo cubría las formas instituidas y legítimas de sujeción económica o política, sino también modos de acción, más o menos pensados y calculados, destinados a actuar sobre las posibilidades de acción de otros individuos. Gobernar, en este sentido, es estructurar el posible campo de acción de los otros⁵⁶.

Para abordar los peligros que cada clase de loco representaba para el orden social, el poder psiquiátrico utilizaría métodos de clasificación y división elaborados a partir de la razón y de criterios científicos⁵⁷. Este poder creciente, institucionalizado en la figura del psiquiatra y en los hospitales que se empezaron a generalizar en Europa a lo largo del siglo XVIII, tensionaba en cierta medida al poder jurídico del Estado. En este contexto aparece la categoría de locura criminal⁵⁸, aquella que buscaba gestionar a quienes eran considerados peligrosos y enfermos. Sin embargo, encerraba una naturaleza contradictoria. Mientras que la criminalidad llevaba aparejada la imposición de una responsabilidad por las propias conductas, la locura en cambio significaba ausencia de razón. Por tanto, ¿qué hacer con estas personas, castigarlas o tratarlas?

En España fueron los alienistas quienes desarrollaron esta visión, buscando definir al criminal como un loco a través de los informes periciales y conseguir así la aplicación de un sistema jurídico-penal de eximentes y atenuantes⁵⁹. El resultado sería anular parte del poder judicial del Estado para ampliar el campo de acción de la psiquiatría y consolidar su posición privilegiada dentro del entramado de control social⁶⁰. Así se refiere Enrique Gonzá-

56 BARUKEL, Agustina, «Gobierno y locura...», *op. cit.*

57 KENDALL, Kathleen, «Beyond Reason...», *op. cit.*, pág. 46.

58 Su consideración especial tiene uno de sus principales hitos en la promulgación de la *Criminal Lunatics Act* inglesa en 1800, influenciada por el conocido caso de James Hadfield, un exsoldado con graves lesiones derivadas de una batalla, derivadas de una batalla que disparó al rey Jorge III con el objetivo de lograr su propia muerte, pues pensaba que era la única manera de que Dios no destruyera el mundo.

59 GONZÁLEZ DURO, Enrique, *Historia de la locura en España. Del reformismo del siglo XIX al franquismo* [Tomo III], Temas de Hoy, Madrid, 1996, págs. 37-82.

60 Sobre la intersección entre derecho y psicología en los informes periciales actuales, véase BEMBIBRE-SERRANO, Judit e HIGUERAS-CORTÉS, Lorenzo, «Informes psicológicos: el sujeto doble de la Psicología y el Derecho», *International Journal of Clinical and Health Psychology*, vol. 6, núm. 2, 2005, págs. 496-480.

lez Duro a esta realidad: «Era una especie de guerra, por la que se consideraba que cuando un juez condenaba a un reo sin tener en cuenta el dictamen pericial, se situaba por encima de la ciencia y del psiquiatra que la representaba»⁶¹. Los alienistas impulsaron la reforma del Código Penal de 1887 con el objeto de establecer una clasificación de las penas que tuviese en cuenta el estado psicológico del reo. Así, «[u]n alienista experimentado puede señalar los grados de libertad que corresponden a cada loco, a cada delincuente», incluso mejor que un jurista⁶².

El inicio del siglo XX, especialmente a partir de la década de los 20, marcó la asunción de unos principios más humanitarios que inspiraron la reforma hacia el higienismo. Este movimiento cuestionó que la dinámica del encierro, esas «murallas terapéuticas»⁶³, fuese la única medida considerada válida para tratar a los enfermos mentales, proponiendo otras formas de tratamiento. La revista *Ideal Médico* se hizo eco de las conclusiones alcanzadas en la reunión nacional de neuropsiquiatría, dirigidas a los poderes públicos. Junto a la pertinencia de revisar con urgencia toda la legislación en la materia, se acordó la necesidad:

de reorganizar la asistencia de los alienados, cimentándola sobre bases puramente científicas, a fin de que, los servicios llamados de «demente», no presenten el lamentable estado actual y de que nuestros manicomios en vez de ser Casas de reclusión o simples depósitos carcelarios de alienados, como son ahora, sean verdaderas casas de curación, dotadas de todos los elementos terapéuticos necesarios⁶⁴.

Uno de sus principales exponentes fue Manuel Ruiz Maya, fundador de dicha revista y director del manicomio provincial de Córdoba⁶⁵. Sin embargo, este movimiento no logró desprenderse de la idea de peligrosidad social que se había inyectado e instalado en la locura⁶⁶.

Con una corriente u otra, lo importante aquí es insistir en la existencia de un poder médico, de un creciente poder psiquiátrico que, bajo criterios científicos y la aplicación de unos saberes particulares, va a intentar defender su autonomía frente a la capacidad de control y gestión del Estado. La figura del psiquiatra será una figura de poder que tendrá «acceso a lo indecible, a lo

61 GONZÁLEZ DURO, Enrique, *Historia de la locura... op. cit.*, pág. 55.

62 *Ibid.*, pág. 66.

63 LAGARDE Y DE LOS RÍOS, Marcela, *Los cautiverios... op. cit.*, pág. 692

64 «Reunión Nacional de Neuropsiquiatras (Barcelona 29-30 diciembre)». *Ideal Médico*, núm. 24, 30 de abril de 1925, pág. 83.

65 Al respecto, véase en este libro GUIADO DOMÍNGUEZ, M.^a Auxiliadora, pág. 51.

66 CAMPOS MARÍN, Ricardo, «Higiene mental y peligrosidad social en España (1920-1936), en *Asclepio*, vol. XLIX-1, 1997, pág. 40.

innombrable, tiene poder sobre el dolor y el sufrimiento, tiene poder sobre la vida y la muerte; es él quién certifica lo que es la muerte y quién pasa a ella»⁶⁷.

3.2. La gestión jurídico-constitucional de la locura

Para el Derecho, la ley es expresión de la voluntad general y, en este sentido, la constitución es la norma que acoge las reglas que aquellos que celebran el contrato social, es decir los ciudadanos, imponen al poder político. Como vimos en el estudio de la ciudadanía, el reconocimiento del estatus político implica la posibilidad de participar en la determinación de las reglas del juego político y, con ello, en la definición de qué asuntos son constitucionalmente relevantes mediante su configuración como derechos o como mandatos a los poderes públicos. Esta consideración es oportuna para contextualizar los distintos modelos de atención y de gestión de la locura a lo largo de la historia del constitucionalismo.

La Constitución de 1812 explicita que su finalidad es el bienestar de los individuos que componen la nación. En este contexto, la beneficencia queda constitucionalmente atribuida, *ex arts.* 321, 323 y 335, a los ayuntamientos bajo la inspección de las diputaciones. El primer reglamento general que reguló las Juntas de Beneficencia, las Casas de Maternidad y de Socorro, los hospitales de personas enfermas, convalecientes, locas, así como la beneficencia a domicilio fue publicado bajo su vigencia, el 6 de febrero de 1822. Sin embargo, no implicó cambios significativos, quedando sus disposiciones suspendidas durante el periodo absolutista y retomándose su vigencia en 1836.

Bajo la Constitución de 1845, en vigor por 24 años, se aprobó la Ley General de Beneficencia de 20 de junio de 1849, que definió la titularidad pública de los establecimientos de beneficencia (generales, provinciales y municipales), bajo la dirección del Gobierno y con la ayuda de las Juntas (general, provincial y municipal), conformadas por el poder del Estado y por el de la Iglesia. Estas instituciones coexistirían con centros privados. Dicha norma estuvo en vigor hasta el comienzo de la II República. Su reglamento de desarrollo, aprobado el 16 de mayo de 1852, estableció para todo el Reino «seis casas de dementes, dos de ciegos, dos de sordomudos y 18 de decrépitos, imposibilitados e impedidos». Asimismo, contempló que «se procurará que en cada capital de provincia haya hospital, cada de misericordia, casa de huérfanos y desamparados y cada de la maternidad». Respecto a la gestión económica, esta se reservó a las juntas de beneficencia y a la participación privada. Su art. 14 señaló que «los establecimientos de locos tendrán un departamento especial para aquellos cuyas familias puedan costear sus estancias». En cualquier caso, de los establecimientos previstos solo se llegó a crear uno, el Manicomio Nacional de Santa Isabel de Leganés.

67 SÁNCHEZ GAMBOA, Menthor D., *Poder y Locura*, *op. cit.*, pág. 24.

La Constitución de 1876 ya reconoció el derecho a no ser privado de libertad sin mandamiento del juez constitucional. Bajo su vigencia, se dictó el Decreto de 19 de mayo de 1885, en vigor hasta 1931. Este fue un decreto de internamiento que estuvo motivado, según su preámbulo, por la existencia de un gran número de enfermos mentales que entraban en reclusión sin garantías eficaces. Asimismo, su necesidad se justificó en la frecuencia con la que se promovían litigios y por haberse recluso sin razón y con fines que atentan a la moral a personas que no se hallaban en estado de demencia. El objetivo de la norma era garantizar la seguridad individual y la intervención de jueces en situaciones de internamiento⁶⁸.

No obstante, las disposiciones aprobadas durante el último tercio del siglo XIX en la materia estuvieron impulsadas, más bien, por los problemas administrativos que generaba el coste de las estancias de enfermos y no tanto por la mejora en sus condiciones y tratamientos⁶⁹. El objetivo de la Restauración respecto a la atención de los considerados locos fue aislar las conductas que se consideraban anormales y reforzar la normatividad social vigente, pues el Estado era débil y carecía de los recursos para responder a la creciente patologización social⁷⁰.

Por su parte, la Constitución de 1931 ya explicita valores de libertad, justicia e igualdad ante la ley. La apuesta de la II República en esta materia quedó plasmada en el Decreto de 3 de julio de 1931, que regulaba distintas modalidades de internamiento: voluntarios, urgentes, de indicación médica, de observación por orden gubernativa e internamiento por orden judicial. Sin embargo, solo preveía la intervención del juez en casos de denuncia por internamientos indebidos, lo que hizo que la libertad personal y los intereses de las personas internadas quedasen deficientemente protegidos⁷¹. De hecho, bajo su vigencia continuaron los procedimientos penales por internamientos irregulares y su modelo fue útil para la visión de la locura durante el periodo de la dictadura franquista, que no derogó dicha norma.

Ya bajo la Constitución de 1978, que recoge la igual dignidad de las personas como fundamento del orden político y de la paz social, tuvieron reco-

68 Al respecto, véase en este libro PRADOS GARCÍA, Celia, págs. 76 y ss.

69 AZTARIN DÍEZ, Javier, *El nacimiento y consolidación de la asistencia psiquiátrica en Navarra (1868-1954)*, Gobierno de Navarra, Pamplona, 2005, pág. 77.

70 GONZÁLEZ DURO, Enrique, *Historia de la locura... op. cit.*, pág. 18.
En este sentido, encontramos noticias como la publicada en el Periódico de Córdoba, con fecha 4 de junio de 1901: «Quedar enterada de la sentencia recaída en la causa que se siguió a Andrés Rico Camacho por el delito de parricidio, por el cual ha sido condenado a ser recluso en el departamento de dementes, salvando la Comisión (provincial) su responsabilidad y la de sus descendientes en el caso de evadirse el recluso, por no tener el establecimiento condiciones de seguridad».

71 Circular 2/1984, de 8 de junio, en torno al artículo 211 del Código Civil: el internamiento de incapaces presuntos.

nocimiento constitucional los «disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos» mediante el mandato que se impuso a los poderes públicos para que realizaran una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración, debiendo recibir la atención especializada que requieran y amparando el disfrute de los derechos y libertades que este marco democrático reconoce a toda la ciudadanía. En 1983 se creó la Comisión Ministerial para abordar lo que se denominó la «reforma psiquiátrica», modificándose ese mismo año el Código Civil para establecer que «nadie puede ser declarado incapaz sino por sentencia judicial en virtud de las causas establecidas en la Ley»⁷². Aunque este marco constitucional pertenece a otro periodo de estudio diferente al que analizamos ahora, es conveniente dejar apuntado que el artículo 49 de la actual constitución fue reformado recientemente, en 2024, con el objetivo de dotar de estatus político pleno a las personas con discapacidad, en línea con lo obligado por la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de 2006, en vigor desde 2008 en España⁷³.

3.3. Estado y locura patriarcales

«Soy la doctora Nolan. Voy a ser la doctora de Esther.
Me sorprendió que me tocara una mujer. Creía
que no había mujeres psiquiatras»⁷⁴.

En este esquema general, no podemos perder de vista que tanto el poder del Estado como el poder psiquiátrico se han asentado y se han nutrido de otra estructura previa, la patriarcal. El desarrollo capitalista sobre el que se construyó el constitucionalismo hizo que las mujeres quedaran especialmente desposeídas pues, a diferencia de los hombres, tenían menos posibilidades de acceso al salario, lo que generó una situación de cronificación de la pobreza femenina⁷⁵. Además, este proyecto político se asentó sobre una división sexuada del trabajo y sobre la teoría de las esferas separadas. Es decir, el lugar del hombre quedaría limitado al espacio público, a lo vinculado con la productividad: el Estado, el mercado, la industria, la cultura, la universidad, la ciencia.

72 Ley 13/1983, de 24 de octubre, de Reforma del Código Civil.

73 El actual artículo 49 señala lo siguiente: «1. Las personas con discapacidad ejercen los derechos previstos en este Título en condiciones de libertad e igualdad reales y efectivas. Se regulará por ley la protección especial que sea necesaria para dicho ejercicio. 2. Los poderes públicos impulsarán las políticas que garanticen la plena autonomía personal y la inclusión social de las personas con discapacidad, en entornos universalmente accesibles. Asimismo, fomentarán la participación de sus organizaciones, en los términos que la ley establezca. Se atenderán particularmente las necesidades específicas de las mujeres y los menores con discapacidad».

74 PLATH, Sylvia, *La campana de cristal*, DeBolsillo, Madrid, 2022, pág. 205.

75 FEDERICI, Silvia, *Calibán y la bruja... op. cit.*, págs. 116-117.

Las mujeres se ocuparán del espacio considerado privado, donde tiene lugar el trabajo reproductivo y considerado apolítico: el matrimonio, el cuidado de los hijos y de las personas dependientes, la reproducción de los valores, la asistencia a los demás⁷⁶. En el primero se desarrollarán las cuestiones y las preocupaciones de interés para los sujetos independientes, autónomos y racionales: la configuración de derechos y libertades, las reglas del comercio y de la contratación, los mecanismos de ordenación de la sociedad. En el segundo quedarán invisibilizadas todas las realidades sociales que sostienen esta «fantasía» o ficción, las que ponen de manifiesto la interdependencia humana, la necesidad del sostén de los vínculos, nuestra naturaleza emocional.

Al igual que el poder político define si la mujer está loca o no desde esta matriz normativa⁷⁷, también lo hará el poder psiquiátrico. Los sujetos que lo integran, nuevamente varones, son quienes tienen la potestad de establecer las reglas de la psiquiatría y de definir al loco y a la loca. Para ello, la observancia de los mandatos de género será la clave⁷⁸. Los locos serán quienes pierdan la virtud de la razón o, de otra forma, la capacidad de autogobierno: los violentos, los ociosos, los dependientes. Las locas serán quienes tengan dificultades para cumplir con el ideal femenino o se resistan a ello⁷⁹. Pero las locas también serán quienes enfermen a causa de su cumplimiento: de nervios, de histeria, de depresión, de memoria. Esto representa lo que Chesler denominó «doble estándar»⁸⁰ pues todas son mujeres fallidas, ya sea a causa de la obediencia o de la transgresión⁸¹. Y es que la locura femenina no es sino reflejo del «desgarramiento de las mujeres ante el sufrimiento, la impotencia y el dolor»⁸² causados por una ordenación de la sociedad que, aunque se define y considera de progreso, se ha construido sobre sus vidas, sus cuerpos y sus mentes.

76 RUBIO-MARÍN, Ruth, *Constitucionalismo global y orden de género. Una batalla por la inclusión transformadora*, Valencia, Tirant lo Blanch, Valencia, 2024, págs. 55-81.

77 LAGARDE Y DE LOS RÍOS, Marcela, *Los cautiverios... op. cit.*, pág. 689.

78 Véase en este libro FARHANE MEDINA, Naima Z. y CONTRERAS MERINO, Ana M., págs. 154 y ss

79 Noticia en el periódico *El defensor de Córdoba*, publicada el 13 de agosto de 1990: «¿Demente? Una mujer con la cabeza a pájaros sin duda fue detenida anteanoche por cantar en alta voz en el paseo del Gran Capitán». El 10 de diciembre del mismo año, el periódico publicaba la siguiente información. «Demente. En la Inspección de Vigilancia se hallaba hoy detenida una joven bastante agraciada del barrio de S. Lorenzo, que tenía perturbadas sus facultades mentales». El 23 febrero 1901 informaba: «Demente. Una señora perteneciente a una familia bastante conocida en esta capital, fue ayer presa de un ataque de enajenación mental, siendo conducida al Hospital de Agudos por el jefe de la Guardia Municipal D. Miguel Costa Navarro. Según de público se dice y ella a voces declaraba, la causa de su enfermedad es haberle estafado cierta persona, cuyo nombre callamos por razones fáciles de comprender, una respetable cantidad». Fuentes consultadas en la Biblioteca Virtual de Prensa Histórica: <https://prensahistorica.mcu.es/es/inicio/inicio.do>

80 CHESLER, Phyllis, *Mujeres y locura*, Continta Me Tienes, Madrid, 2019, pág. 197.

81 LAGARDE Y DE LOS RÍOS, Marcela, *Los cautiverios... op. cit.*, pág. 701.

82 *Ibid.*, pág. 767.

4. Bibliografía

- ÁLVAREZ GARCÍA, Francisco Jacier y VENTURA PÜSCHEL, Arturo**, «El tratamiento de los delincuentes enajenados en el siglo XIX (I. El tratamiento de los locos y de la locura desde principios del siglo XV hasta finales del XIX)», en *Estudios Penales y Criminológicos*, núm. 42, 2022, págs. 1-43. DOI: <https://doi.org/10.15304/epc.42.8318>
- ASTORGA, Omar**, «Hobbes y Foucault: locura, razón y poder en el siglo XVII», en *Apuntes Filosóficos*, núm. 4, 1993, págs. 135-156.
- AZTARIN DÍEZ, Javier**, *El nacimiento y consolidación de la asistencia psiquiátrica en Navarra (1868-1954)*, Gobierno de Navarra, Pamplona, 2005.
- BARUKEL, Agustina**, «Gobierno y locura. Un esquema de análisis para las prácticas de salud mental desde la perspectiva de la gubernamentalidad de Michel Foucault», en *Cuadernos de Ciencias Sociales*, núm. 11, 2019, págs. 207-228. DOI: <https://doi.org/10.30972/dpd.8113811>
- BASAGLIA, Franco**, *Razón, locura y sociedad*, Siglo XXI Editores, Madrid, 1979.
- BEMBIBRE-SERRANO, Judit e HIGUERAS-CORTÉS, Lorenzo**, «Informes psicológicos: el sujeto doble de la Psicología y el Derecho», en *International Journal of Clinical and Health Psychology*, vol. 6, núm. 2, 2005, págs. 496-480.
- BEMBIBRE SERRANO, Judit e HIGUERAS CORTÉS, Lorenzo**, «Volverse loco no está al alcance de cualquiera», en *El Genio Maligno. Revista de Humanidades y Ciencias Sociales*, núm. 1, 2007, págs. 1-32.
- CAMPOS MARÍN, Ricardo**, «Higiene mental y peligrosidad social en España (1920-1936). en *Asclepio*, vol. XLIX-1, 1997, págs. 39-59. DOI: <https://doi.org/10.3989/asclepio.1997.v49.i1.377>
- CANDELA RAMÍREZ, Ruth**, *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], 2018.
- CHESLER, Phyllis**, *Mujeres y locura*, Continta Me Tienes, Madrid, 2019.
- CORTES CONSTITUYENTES DE LA REPÚBLICA ESPAÑOLA**, Diario de Sesiones número 47. Sesión celebrada el día 30 de septiembre de 1931.
- CORTES CONSTITUYENTES DE LA REPÚBLICA ESPAÑOLA**, Diario de Sesiones número 83. Sesión celebrada el día 1 de diciembre de 1931.
- DE VEGA GARCÍA, Pedro**, «Mundialización y derecho constitucional: la crisis del principio democrático en el constitucionalismo actual», en *Revista de Estudios Políticos*, núm 100, 1998, págs. 13-56. DOI: <https://doi.org/10.18042/45191>

- FEDERICI, Silvia**, *Calibán y la bruja. Mujeres, cuerpo y acumulación originaria*, Traficantes de Sueños, Madrid, 2016.
- GÁLVEZ MUÑOZ, Luis A.**, «Una revisión crítica de la Ley Orgánica 2/2018, de 5 de diciembre, de reforma de la LOREG para garantizar el derecho de sufragio de todas las personas con discapacidad», en *Revista de Derecho Político*, núm. 109, 2020, págs. 15-45. DOI: <https://doi.org/10.5944/rdp.109.2020.29044>
- GARCÍA-PELAYO, Manuel**, «Constitución y Derecho constitucional (evolución y crisis de ambos conceptos)», en *Revista de Estudios Políticos*, núm. 37-38, 1948, págs. 53-124.
- GONZÁLEZ DURO, Enrique**, *Historia de la locura en España. Del reformismo del siglo XIX al franquismo* [Tomo III], Temas de Hoy, Madrid, 1996.
- HELLER, Herman**, *Teoría del Estado*, Fondo de Cultura Económica, México, 1971.
- HERNANDO GONZALO, Almudena**, *La fantasía de la individualidad*, Traficantes de Sueños, Madrid, 2018.
- IDEAL MÉDICO** [Revista mensual], núm. 24, 30 de abril de 1925. «Reunión Nacional de Neuropsiquiatras (Barcelona 29-30 diciembre)», págs. 79-83.
- KENDALL, Kathleen**, «Beyond Reason: Social Constructions of Mentally Disordered Female Offenders». En *Women, Madness and the Law: A Feminist Reader*, Wendy Chan, Dorothy E. Chunn y Robert Menzies (eds.), Londres, Routledge-Cavendish, 2005, págs. 41-57.
- LAGARDE Y DE LOS RÍOS, Marcela**, *Los cautiverios de las mujeres. Madresposas, monjas, putas, presas y locas*, Horas y Horas, Madrid, 1990.
- PATEMAN, Carole**, *El contrato sexual*, Anthropos, Barcelona, 1995.
- PÉREZ CASTELLANOS, Luz María**, «La Constitución de Cádiz y la construcción de la ciudadanía», en *Estudios Jalicensés*, núm. 87, 2012, págs. 42-54.
- PÉREZ ROYO, Javier y CARRASCO DURÁN, Manuel**, *Curso de Derecho Constitucional*, Marcial Pons, Madrid, 2016.
- PLATH, Sylvia**, *La campana de cristal*, DeBolsillo, Madrid, 2022.
- RODRÍGUEZ RUIZ, Blanca y RUBIO-MARÍN, Ruth**, *The Struggle for Female Suffrage in Europe: Voting to Become Citizens*, Leiden, Brill, 2012.
- RODRÍGUEZ RUIZ, Blanca**, *El discurso del cuidado: propuestas (de)constructivas para un Estado paritario*, Tirant lo Blanch, Valencia, 2019.
- ROSE, Nikolas**, *Powers of Freedom: Reframing Political Thought*, Cambridge University Press, Cambridge, 1999.

RUBIO-MARÍN, Ruth, *Constitucionalismo global y orden de género. Una batalla por la inclusión transformadora*, Tirant lo Blanch, Valencia, 2024.

RUIZ RESA, Josefa Dolores, *Teoría del derecho*, Tirant lo Blanch, Valencia, 2022.

SÁNCHEZ GAMBOA, Menthor D., *Poder y Locura*, Ediciones Abya-Yala, Quito, 1997.

SEGATO, Rita, «Manifiesto en cuatro temas», en *Critical Times*, núm. 1, (1), 2018, págs. 212-225.

ZAGREBELSKY, Gustavo, «Constitucionalismo», en *Derechos y Libertades: Revista de Filosofía del Derecho y Derechos Humanos*, (29), págs. 19-38.

II

HISTORIA, INSTITUCIONES Y ESTABLECIMIENTOS PARA LA ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA EN CÓRDOBA A FINALES DEL SIGLO XIX Y PRIMER TERCIO DEL XX

M.ª Auxiliadora Guisado Domínguez

Departamento de Didácticas Específicas

Universidad de Córdoba

aguisado@uco.es

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0336-5561>

Sumario. 1. Introducción. 2. Cambios y continuidades a finales de la Edad Media y durante la Edad Moderna. 3. El paso del Antiguo al Nuevo Régimen: la Beneficencia pública en los primeros decenios del siglo XIX. 4. La asistencia hospitalaria como asunto público: el Estado liberal. 5. El traslado y establecimiento en el Hospital Psiquiátrico de la Misericordia. 6. Conclusiones. 7. Bibliografía. 8. Apéndice documental. 8.1. Extracto de la Memoria sobre la gestión de la Excma. Diputación Provincial de Córdoba, 1929. 8.2. Mapa de la asistencia psiquiátrica en Córdoba hasta 1931. 8.3. Evolución de plazas de internos y su ocupación en los hospitales psiquiátricos de Córdoba (s.XV-1930). 8.4. Cronología de los establecimientos psiquiátricos en Córdoba hasta 1930.

1. Introducción

La asistencia psiquiátrica en Córdoba, antes de su completa instalación en el Hospital de la Misericordia a finales de los años 20 del siglo XX, pasó por diferentes edificios dentro del casco histórico cordobés. El recorrido por cada uno de sus enclaves, muchos de ellos hoy todavía visibles en parte o en su totalidad en la ciudad, aunque con otros usos actuales, permite identificar y reconstruir los lugares donde se prestaba atención a estas personas enfermas a lo largo de seis siglos, qué organismos las auxiliaban, cómo se

regulaban estas prestaciones, las condiciones y atenciones con las que se realizaba esta actividad y las vicisitudes que acontecieron hasta conseguir un establecimiento permanente, público, para ambos sexos y exclusivo para la asistencia manicomial en la provincia de Córdoba en 1930, momento en el que se logra, además, ampliar y mejorar la capacidad antes no conocida para albergarlas y atenderlas.

No obstante, la disposición de recursos, antes y después de la asunción de la actividad asistencial por parte de la administración pública con el paso del Antiguo al Nuevo Régimen, va a ser siempre exigua y deficitaria, tanto por el número de estancias donde se recluía (las llamadas por los autores «gavias» o «jaulas»), como por el personal y la financiación con la que se contaba. Desde distintas instancias locales se formularán propuestas para solventar este problema, buscando la mejora, adecuación y habilitación de espacios, una mayor dotación presupuestaria, una reglamentación dentro del sistema sanitario público e, incluso, ubicaciones alternativas; no obstante, el servicio se siguió prestando de forma deficitaria e insuficiente para los enfermos mentales cordobeses en gran parte de esta época.

Los espacios habilitados en los siglos XVIII (Hospital San Sebastián) y XIX (Hospital del Cardenal Salazar y Convento de San Pedro de Alcántara) se verán afectados también de los cambios políticos, económicos y sociales de su tiempo: normativa general y específica (tanto nacional como local), instituciones de gestión y control (de la titularidad eclesiástica al Estado, diputaciones provinciales y ayuntamientos) y la percepción de los gobernantes de los enfermos dementes van a ser los elementos clave para el análisis de este período.

La reforma de los espacios que albergaba el Hospital de Crónicos será ese punto de inflexión necesario, gracias al compromiso de la Diputación Provincial de Córdoba y la dirección hospitalaria de Manuel Ruiz Maya, situando la asistencia psiquiátrica en Córdoba a la vanguardia española durante los años 20 e inicio de los 30 del siglo XX.

2. Cambios y continuidades a finales de la Edad Media y durante la Edad Moderna

En el siglo XV se fundaron en Córdoba 17 hospitales, estando entre ellos el Hospital de Jesucristo o de los locos, donde se daba cobijo a pobres, peregrinos y locos, datado de 1419, uno de los establecimientos mentales más tempranos fundados en España¹. La inclusión de pobres junto con los locos obedece a que, según Susana Dragonetti, «por su enajenación eran considerados como pobres y como tales acudían en demanda de ayuda a hospita-

1 GARCÍA GONZÁLEZ, Gerardo, *Historia de la asistencia psiquiátrica en Córdoba*, Diputación Provincial de Córdoba, Córdoba, 1983, págs. 14 y 17.

les»; estos «posesos» o «endemoniados» van a recibir un «cuidado diferenciado, considerados como enfermos distintos y curables»².

El benefactor de esta fundación privada fue Luis González de Luna, quien ocupó altos cargos para la dinastía Trastámara y que fue recompensado con el nombramiento de Veinticuatro de Córdoba. Miembro de la oligarquía local, sigue la tendencia de la nobleza castellana bajomedieval de emplear parte de su patrimonio para la fundación de monasterios y entidades de beneficencia³. Para su establecimiento donó dos casas de su propiedad en San Andrés, donde también se incluiría una capilla para enterramiento de él, su mujer y sus hijos, según deja establecido en su testamento⁴.

Las Ordenanzas del hospital, dictadas por su fundador en 1473, poco antes de morir⁵, establecen que, por un lado, se distribuirían los pobres en dos estancias principales de la casa, mientras que los locos se ubicarían en dependencias del interior, facilitándoles alimento y medicación hasta su curación, siendo atendidos por un físico y un médico.

El mantenimiento del edificio se financiaría con el arriendo de dos tiendas en una parte de la casa con salida a la calle Real (hoy Realejo), mientras que el resto de los gastos se asumirían mediante donaciones y los bienes de aquellos que ingresaren en el establecimiento una vez falleciesen, ya que las citadas ordenanzas establecían que, para ingresar en el hospital, se debía disponer los bienes a favor de este mediante testamento. Además, el fundador establecía la posibilidad de requerir las rentas del hospital si alguien de la familia Luna lo necesitase. Por último, dejó expresamente señalado que no se permitiría la injerencia de la Iglesia, el principal actor del sistema caritativo en el Antiguo Régimen⁶, a pesar de que en los siglos XIV y XV se asistió a la multiplicación de establecimientos hospitalarios con participación laica, en los que predominaba su pequeña entidad, insuficiencia económica, ubicación en ciudades y progresiva especialización⁷.

El hospital no tuvo mucha continuidad; las fuentes locales informan que en la segunda mitad del siglo XIX el patronato está en manos del marqués de Alcañices y, según el erudito cordobés Ramírez de Arellano «sin que se haya

2 DRAGONETTI, Susana, «A propósito de la asistencia social en la España medieval», en *Estudios de Historia de España*, núm. 4 (febrero), 1991, págs. 40-41.

3 FRANCO SILVA, Alfonso, *Personajes, poderes, fortalezas y otros temas de la historia de Andalucía (siglos XIV y XVI)*, Editorial Universidad de Cádiz, Cádiz, 2009, pág. 50.

4 *Ídem*, págs. 62-68.

5 GARCÍA GONZÁLEZ, Gerardo, *Historia de la asistencia... op. cit.*, Documento 2, págs. 192-193; FRANCO SILVA, Alfonso, *Personajes, poderes, fortalezas... op. cit.*, págs. 58-62.

6 MARTÍNEZ SOTO, Ángel Pascual, «La protección social en la época liberal: de la beneficencia a la previsión social (1820-1908)», en *Áreas. Revista Internacional De Ciencias Sociales*, núm. 37, 2018, pág. 110.

7 DRAGONETTI, Susana, «A propósito de la asistencia...», *op. cit.*, págs. 40-41.

cumplido su instituto, ni entregado a la Beneficencia, por más que esta lo reclamó; por consiguiente, no está ni ha estado jamás incorporada al hospital de Agudos», mientras las casas ya han salido del patrimonio originario y han sido compradas por el marqués de Santa Marta, vendidas por el de Alcañices, sucesor en el patrimonio de la casa de los Luna⁸. Además, desde 1770 las funciones de asistencia a dementes son trasladadas al Hospital de San Sebastián, del que nos ocuparemos a continuación.

A inicios del siglo XVIII había 23 hospitales en la ciudad de Córdoba, de los 61 que había alcanzado⁹, siendo el más antiguo el Hospital de San Sebastián, que ejerció estas funciones sanitarias desde la conquista de Córdoba por Fernando III en 1236 hasta su dedicación como Casa de Expósitos en 1816.

Prácticamente sin actividad el Hospital de Jesucristo o de los locos, el Hospital de San Sebastián (hoy Palacio de Congresos y Exposiciones) pasará a tener un departamento de dementes desde 1770, comprendiendo este

cuatro o seis habitaciones o gavias para enfermos de ambos sexos [...], en sitio separado y que no incomodasen a los demás enfermos, y que su asistencia y manutención fuera a cuenta del sobrante del citado patronato [el de Fray Diego de Mardones], siempre y cuando [...]¹⁰.

Gracias a una ampliación realizada en 1794 se logran construir 8 gavias y sus oficinas correspondientes. En la actividad del hospital, a pesar de estar limitada por el espacio y el presupuesto disponibles, se tiene una concepción de la enfermedad como remisible y curable (y no intratable o irreversible), pensamiento que parece alinearse, según García González, con un movimiento de renovación asistencial europeo, en el que, de ser un peligro estas personas, pasan a ser «enfermos» y con posibilidades de curación¹¹.

Por otro lado, el estudio de Añón Barbudo sobre el Hospital de Agudos nos informa que el edificio del Hospital del Cardenal Salazar estaba inicialmente destinado a colegio de los niños del coro de la Catedral; en el avance de las obras se vio la necesidad de tener un único hospital que reuniera a todos los que había en ese momento, y los niños del coro fueron ubicados en el hospital de San Francisco de Asís de convalecientes (Colegio del Ángel)¹². En 1704 el

8 RAMÍREZ DE ARELLANO, Teodomiro, *Paseos por Córdoba ó sean apuntes para su Historia*, Imprenta de Rafael Arroyo [ed. anotada de la Red Municipal de Bibliotecas de Córdoba, 2017], Córdoba, 1873-1877, págs. 253 y 255.

9 AÑÓN BARBUDO, Joaquín, *Estudio histórico-médico del Hospital de Agudos de Córdoba* [tesis doctoral], Universidad de Córdoba, Córdoba, 1970, pág. 28.

10 GARCÍA DEL MORAL, Antonio, *Hospital Mayor de San Sebastián de Córdoba. Cinco siglos de asistencia médico-sanitaria institucional (1363-1816)*, Excma. Diputación Provincial de Córdoba, Córdoba, 1982, págs. 214-215.

11 GARCÍA GONZÁLEZ, Gerardo, *Historia de la asistencia... op. cit.*, págs. 23-24.

12 AÑÓN BARBUDO, JOAQUÍN, *Estudio histórico-médico... op. cit.*, pág. 96.

Cardenal Salazar estampa mediante escritura la fundación del Hospital, pero dos años más tarde fallece sin haber visto realizado el edificio y le continúa su hijo, Pedro Salazar y Góngora (deán del Cabildo Catedral). Éste lo inaugura a finales de noviembre de 1724¹³, y en él se pretende la curación de los enfermos, para lo que disponen en 1794 de un médico y un cirujano, pero sigue sufriendo la misma penuria económica y desastrosa asistencia que había antes. Además, la atención a los enfermos mentales se trasladará en 1816 a las casas del rey Almanzor (deducimos que situadas en la calle del mismo nombre), contiguas al Hospital del Cardenal, con un total de 12 jaulas, admitiéndose también enfermos de pago¹⁴. Ramírez de Arellano nos describe en los años 70 del siglo XIX, cuando este hospital ya sólo lo ocupan las mujeres:

[...] en 1853 instaláronse en este asilo las Hermanas de Caridad de San Vicente de Paúl, y desde entonces se introdujeron otras muchas e importantes mejoras, como son la edificación de enfermerías altas sobre las que fueron de convalecientes, la construcción de salas de baños, colocación de altos zócalos de azulejos en las enfermerías y otros departamentos, la compra de camas de hierro y otras muchas, largo de enumerar... Cuenta este edificio con ocho enfermerías bajas y ocho altas, once patios, un departamento para mujeres dementes, buenas cocinas, lavaderos, despensas, baños, boticas y otras buenas e importantes oficinas, y con una gran dotación de agua de la llamada de la Fábrica; además tiene una llave en la cañería, de la que conduce la de la fuente del caño gordo, de la cual sólo se hace uso en tiempos escasos de tan indispensable líquido: corre también a su cargo el otro departamento de dementes que ya hemos dicho está en el ex-convento de San Pedro Alcántara; pero ambos son más bien cárceles de locos que hospitales para su curación, por lo que en estos últimos años se llevaron muchos a San Baudilio del Llobregat, sin resultado satisfactorio. Lástima es y grande no haberse realizado el pensamiento de fundar un manicomio en el exconvento de San Gerónimo de Valparaíso, donde se hubiera atendido a la curación de aquellos infelices con más esmero y mejores resultados.

El número ordinario de enfermos era antes de unos ciento cincuenta, aunque hemos conocido más de cuatrocientos; pero se ha aumentado en éstos últimos años con la agregación del Hospital Militar, abonando las estancias causadas por los militares allí acogidos¹⁵.

3. El paso del Antiguo al Nuevo Régimen: la beneficencia pública en los primeros decenios del siglo XIX

El Trienio Liberal significará un avance en la configuración de la beneficencia pública, aunque muchos de sus progresos quedarán en suspenso en

13 *Ídem*, pág. 98.

14 *Ídem*, pág. 31.

15 RAMÍREZ DE ARELLANO, Teodomiro, *Paseos por Córdoba... op. cit.*, págs. 1159-1160.

1823. En 1820 se emite una circular a los ayuntamientos, debiendo informar sobre establecimientos de caridad, corrección y beneficencia. El 6 de febrero de 1822 se aprobará en Cortes Extraordinarias la Ley que contiene el Reglamento General de Beneficencia Pública, la primera normativa de carácter general que sienta las bases de esta competencia que asume el Estado. En ella se obliga a crear una Junta municipal de Beneficencia en cada pueblo, un organismo dependiente del Ayuntamiento, al que se le encomienda la gestión y dirección de los establecimientos públicos, mientras las Diputaciones ejercen las funciones de inspección¹⁶. En municipios de más de 400 vecinos formarán parte de ellas nueve integrantes: los alcaldes, un regidor, el cura párroco más antiguo, cuatro vecinos ilustrados y caritativos, un médico y un cirujano «de los de mayor reputación» (art. 2). En pueblos de menor vecindario, se reducen a siete: no requiere de cirujano y los vecinos se reducen a 3 (art. 3) y que, a falta de facultativos, sus puestos lo ocuparán vecinos, bien eclesiástico, bien secular. Su nombramiento se limita a 2 años y se renovarán por mitad (art. 6).

Los fondos que anteriormente administraban fundaciones, memorias y obras pías de patronato público ahora se concentrarán en dos partidas: fondos generales y fondos municipales (art. 26). Los primeros van a llegar a partir de la aprobación por las Cortes, mientras que los segundos comprenderán todo tipo de rentas, bienes, derechos, censos, acciones y demás que tengan estos establecimientos de beneficencia, así como las limosnas (art. 27). Asimismo, se coloca a las diputaciones provinciales, como órganos intermedios entre ayuntamientos y Gobierno (art. 36).

Los establecimientos dedicados a la asistencia psiquiátrica van a formar parte de esta Beneficencia junto con las casas de maternidad, las de socorro, los hospitales de enfermos y convalecientes y la hospitalidad y socorros domiciliarios (art. 40). En el título VII, *De la Hospitalidad Pública*, se limitaron a cuatro el máximo de hospitales públicos que pueda haber en una capital de provincia, excluido el de convalecencia, que estará separado siempre que sea posible, y el de los locos, «que lo será siempre» (art. 107). Se recomienda la separación por sexos y edades, parturientas y paridas, enfermos y convalecientes, así como zonas para enfermos cuya estancia no se cargue al presupuesto, sino que sea costeadada por él o por otras personas (art. 109 y 110).

Expresamente se dice que habrá casas para recoger y curar a los locos, pudiendo tener carácter pluriprovincial (art. 119); su localización no debe estar necesariamente en la capital, teniendo el gobierno la facultad de situarlos en la provincia, si con ello se favorece su curación (art. 120). Las mujeres tendrán un departamento para ellas, así como habrá separaciones según la grave-

16 VIDAL GALACHE, Florentina, «Donde reside la memoria. Fuentes para la historia de la beneficencia en España», en VIDAL GALACHE, Florentina (coord.), *Testigos de la Historia. Estudios sobre fuentes documentales*, obra colectiva, Fundación Carlos de Amberes, Madrid, 2007, pág. 105.

dad de la enfermedad y período de estancia (art. 121). Se prohíbe «el encierro continuo, la aspereza en el trato, los golpes, grillos y cadenas» (art. 122), y los enfermos estarán dedicados a trabajos proporcionales a cada persona (art. 123). Se permiten las casas de locos particulares, pero bajo la inspección de la Junta de Beneficencia (art. 125), y, por último, estas casas tendrán un reglamento especial para su organización y gestión interna (art. 126).

En 1823, con la llamada Década Ominosa, Fernando VII abole los avances realizados durante el Trienio Liberal, y habrá que esperar a 1836, ya en el reinado de Isabel II, durante la regencia de María Cristina de Borbón, para que se ponga a la venta el patrimonio del clero regular (Real Decreto de 19 de febrero de 1836) y se extingan instituciones religiosas como monasterios, conventos y colegios (Real Decreto de 29 de julio de 1837), declarándose la asistencia hospitalaria de utilidad pública y, por lo tanto, siendo competencia del Estado.

4. La asistencia hospitalaria como asunto público: el Estado liberal

El Real Decreto de 8 de septiembre de 1836 pone de nuevo en vigor la Ley de 1822, y los establecimientos de Beneficencia (de la Iglesia o de particulares) son administrados por las Juntas Municipales de Beneficencia, pero sin perder la propiedad su poseedor. Un año después, en Córdoba, su Junta Municipal, en uso de sus facultades, reorganiza los establecimientos en seis centros: Casa de Maternidad (Hospital de San Sebastián desde 1816), Casa Socorro u Hospicio (Convento de la Merced), Hospital del Cardenal (Agudos), de la Misericordia (Crónicos), Jesús Nazareno y San Jacinto¹⁷.

Según el Reglamento general de Beneficencia de 1836, el Hospital del Cardenal Salazar debe asistir a pacientes con enfermedades agudas, venéreos, locos¹⁸; un año después este hospital es nombrado en una carta de Cabildo a la Junta de Beneficencia como Hospital de Agudos, denominación que, oficialmente llevará en 1842, una vez pase a formar parte de la Beneficencia Pública y esté a cargo de la Junta de Beneficencia municipal¹⁹.

Además de estos cambios de funciones y nomenclatura, en 1839 hubo intentos de mejora de las condiciones de acogimiento y atención a los dementes; así se plantea trasladar el manicomio provincial al monasterio de

17 SALDAÑA SICILIA, Germán, *Monografía histórico-médica de los Hospitales de Córdoba*, Tipografía Artística, Córdoba, 1935, págs.. 251-252.

18 AÑÓN BARBUDO, Francisco, *Estudio histórico-médico... op. cit.*, págs. 241-242.

19 GARCÍA GONZÁLEZ, Gerardo, *Historia de la asistencia... op. cit.*, págs. 152-153. Pascual Madoz visitará este hospital en 1843, aludiendo a «veinte jaulas para locos», y situando el «Departamento para locos» en la planta alta del edificio; *ibidem*, págs. 147 y 241.

San Jerónimo de Valparaíso, un edificio situado en las estribaciones de Sierra Morena y cercano a Medina Ahazara. Incluido en la Desamortización de Godoy en 1798 y definitivamente enajenada por el Estado con la de Mendizábal en 1835, ofrecía un lugar ideal, pero, según Jaén Morente, no fue posible «por el estado ruinoso y muy alejado de la ciudad». El Ayuntamiento de Córdoba lo había incluido en la solicitud al Estado de cesión de edificios religiosos para uso de la Beneficencia pública, como el de los Trinitarios Calzados (donde también se llegó a plantear trasladar a los dementes), y el de San Pedro de Alcántara²⁰, siendo finalmente este último en el que recayó el departamento de dementes hombres.

Se pretendía crear un gran hospital regional, disponible para toda Andalucía, y evitar el traslado a centros como San Baudilio de Llobregat, un hospital privado catalán que acogió a numerosos enfermos cordobeses en el siglo XIX, como más adelante exponremos. Ramírez de Arellano se hace eco de esta propuesta y de su autor, vocal de la Junta Municipal de Beneficencia:

El otro cordobés a que nos referíamos, es el muy acreditado médico D. Antonio de Luna y García, que falleció en 31 de Mayo de 1853: escribió varias memorias e informes en las distintas corporaciones á que perteneció, y tuvo el oportunísimo pensamiento de formar un Manicomio en el exconvento de San Gerónimo de Valparaíso, para lo que hizo formar un expediente, que después abandonaron, cuando tan conveniente era la idea, tanto para los infelices dementes como para los intereses de Córdoba, donde se hubieran reunido todos los de Andalucía, alcanzando, sin duda, mejor resultado que el que produce el llevarlos a Cataluña o a otros puntos²¹.

Pero esta iniciativa no era sólo un cambio de ubicación y la disposición de un edificio con las condiciones necesarias para que los enfermos mentales recibieran una asistencia sanitaria renovada y acorde «con los conocimientos humanos de la época». Pone de manifiesto la visión antropológica de la psiquiatría de Philippe Pinel, médico francés que se preocupó por dar un tratamiento moral al enfermo, basado en el respeto al paciente y la observación de la evolución de la patología, utilizando un método basado en tratar de entender al enfermo para así poder curar su alienación mental²². Para este médico, disponer del convento cambiaría no sólo las condiciones del establecimiento, sino también las posibilidades de curación, basándose en

20 JAÉN MORENTE, Antonio, *El valor histórico del Monasterio de San Gerónimo de Valparaíso (Córdoba)* [tesis doctoral inédita]. Universidad Complutense [Edición electrónica del Archivo Municipal de Córdoba, 2022], Madrid, 1908.

21 RAMÍREZ DE ARELLANO, Teodomiro, *Paseos por Córdoba... op. cit.*, pág. 852.

22 ORTIGOSA PEÑA, Andrés, «Philippe Pinel en contexto. El origen del alienismo desde la antropología filosófica», en *Naturaleza y Libertad*, núm 17, 2023, págs. 177-178, <https://doi.org/10.24310/nyl.17.2023.14406>.

métodos de recuperación del raciocinio, el espíritu y la moral más que en la medicación y terapias orientadas al tratamiento de la moral²³.

La Ley de organización y atribuciones de las Diputaciones Provinciales de 8 de enero de 1845 concederá competencias a estas instituciones en el ramo de la beneficencia y todo lo relacionado con ella²⁴. En ese mismo año se realiza el traslado al exconvento de San Pedro de Alcántara de los dementes hombres. Situado frente al Hospital de Agudos, allí van a permanecer hasta que en 1927 la asistencia psiquiátrica para hombres se ubicarán en un edificio propio: el Hospital de la Misericordia, al que después serán trasladadas las mujeres en 1930, tras una corta estancia de este departamento en el Hospital de San Pedro de Alcántara²⁵.

El 30 de junio de 1849 se aprueba una nueva Ley de Beneficencia, en la que se insta a abrir establecimientos de casas de dementes con separación de sexos, y ya entre 1852-1853 se aprobará el oportuno reglamento que servirá de desarrollo de la ley (Reglamento de 14 de mayo de 1852). En este momento, las diputaciones provinciales informan de los expedientes de creación, supresión y segregación de estos establecimientos, proponen el nombramiento de empleados, emiten informes, deciden su remuneración y asumen funciones relativas a la prestación de la asistencia, así como la educación de huérfanos y desamparados²⁶. El Estado, por su parte, está obligado a su sostenimiento y las Diputaciones provinciales son las responsables de prestar la asistencia²⁷.

A partir de ahí, aunque seguirán subsistiendo instituciones privadas, a través de la Beneficencia pública se va a articular la asistencia sanitaria pública, ya que todos los establecimientos van a estar bajo el control de la Beneficencia provincial, dividiéndose los primeros en generales, provinciales y municipales. Los generales van a atender a «necesidades permanentes, como

23 Es el llamado «alienismo», implantado en asilos y manicomios, que choca con el código médico de la época, que no estaba preparado para aceptar estos presupuestos; no obstante, facilitó que los profesionales se emplearan más en la observación, el análisis empírico y en la metodológica empleada con los enfermos. PIE BALAGUER, Asun y ALEGRE AGIS, Elisa, «Situación actual y modelos emergentes en salud mental: una perspectiva socio-antropológica», en *Sociología de la salud: salud, malestar y sociedad desde una mirada crítica*, obra colectiva, Tirant lo Blanch, Valencia, 2022, págs. 199-200.

24 Ley de organización y atribuciones de las Diputaciones Provinciales, Gaceta de Madrid, núm. 3776, de 15 de enero de 1845, pág. 4.

25 RUIZ GARCÍA, Carmen, «El hospital psiquiátrico...», *op. cit.*, pág. 221.

26 MARTÍNEZ HERNÁNDEZ, M.^a Carmen, «Fondos de beneficencia, sanidad y obras sociales del archivo de la Diputación de Córdoba», en *Los archivos de la administración provincial: diputaciones, gobiernos civiles, delegaciones, audiencias histórico-provinciales*, obra colectiva, Diputación Provincial de Córdoba, Córdoba, 2003, pág. 415.

27 ANGUIA OSUNA, José Enrique, «Análisis histórico-jurídico de la beneficencia española de mediados del siglo XIX: La "Ley de Beneficencia" de 1849 y su Reglamento de ejecución de 1852», en *Aportes. Revista De Historia Contemporánea*, núm. 34 (99), 2019, págs. 89-121.

locos, sordomudos, ciegos, impedidos y decrepitos», mientras que los provinciales se ocuparán de enfermedades comunes (abarcando hospitales de enfermos, casas de misericordia, de maternidad y expósitos y de huérfanos y desamparados) y los municipales a situaciones accidentales (como las casas refugio y hospitalidad pasajera y la beneficencia domiciliaria)²⁸.

En los años 40 y 50 del siglo XIX se comienzan a elaborar y aprobar los presupuestos y cuentas remitidas por el alcalde de la ciudad al jefe político para su aprobación por la Diputación Provincial. Podemos inferir que el personal dedicado a su atención era insuficiente (solamente un loquero y una loquera), pero también se nos informa del padecimiento por los ingresados de unas lamentables condiciones en su encierro, tanto por la habitabilidad de las llamadas gavias, donde se les recluía, como por la exigua vestimenta que se les suministraba:

[...] unos locos arrojados en aquellos hondos patios de San Pedro Alcántara, revolcándose en su propia miseria. Tan desnudos de ropas como de inteligencia, vegetando sin vivir ni morir para estigma de una sociedad abúlica [...] ²⁹.

Del mismo modo, es necesario articular un procedimiento para el ingreso de los enfermos en las instituciones sanitarias; a partir de 1858, se obligaba al certificado facultativo con la enfermedad, pero también al informe del Alcalde para recoger los antecedentes y los medios de subsistencia del enfermo, el informe de tres testigos particulares y el informe del cura vicario o arcipreste de la localidad donde residía.

El paso siguiente va a ser el Decreto de 17 de diciembre de 1868 con el que se atribuyó a las Diputaciones las funciones directivas y administrativas que, desde 1822, venían desempeñando las Juntas Municipales y Provinciales de Beneficencia (y que, al quedar sin funciones, son suprimidas), y se ordenaba que los fondos documentales y efectos de las Juntas y las instituciones benéficas, que administraban, pasasen a las corporaciones provinciales³⁰. En esta fecha ya se limitan los establecimientos a cuatro: Casa de Maternidad, Hospicio, Hospital de Agudos y de Crónicos. Tanto las enfermas del Hospital de Jesús Nazareno (ancianas paralíticas e incurables) como los del Hospital de San Jacinto (ancianos paralíticos e incurables), van a derivarse al Hospital de la Misericordia, a Crónicos, pero la situación seguiría siendo deficitaria en plazas (hasta seis enfermos por gavia)³¹, llegando incluso a dar traslado de algunos enfermos a San Baudilio de Llobregat, para que pudieran ser atendidos³².

28 Real Decreto mandando se observe el reglamento de la Ley de Beneficencia de 20 de junio de 1849, en *Gaceta de Madrid*, núm. 6537, de 16 de mayo de 1852, págs. 2-4.

29 GARCÍA GONZÁLEZ, Gerardo, *Historia de la asistencia... op. cit.*, pág. 123.

30 MARTÍNEZ HERNÁNDEZ, M.ª Carmen, «Fondos de beneficencia...», *op. cit.*, págs. 411-444.

31 GARCÍA GONZÁLEZ, Gerardo, *Historia de la asistencia... op. cit.*, pág. 117.

32 *Ibidem*, pág. 423. AGUILERA CASTRO, M.ª Carmen, «El fondo del Hospital Psiquiátrico Provincial del Archivo de la Diputación Provincial. Notas para su estudio», en *Los archivos*

San Baudilio fue uno de los mayores hospitales del país, con 625 ingresados en 1880 (378 hombres y 247 mujeres) y 850 en 1885, venía a acoger diferentes tipos de pacientes. Fundado por el doctor Antonio Pujadas en 1856 gracias a la donación del convento por el marqués de Santa Cruz, parece ser que fue un manicomio excepcional³³. El doctor Galcerán Garnés, director del centro desde 1885, en su obra *El moderno manicomio de San Baudilio de Llobregat*, informa ampliamente de las ventajas y comodidades de que disfrutaban los pacientes allí recluidos, acorde con una clasificación según quién abonaba su ingreso y la cuantía a aportar:

Pensionistas: aquellos cuyas familias sufragan los gastos de su manutención y asistencia. Este grupo se divide en secciones de distinguidos y de 1.^a, 2.^a y 3.^a clase.

Pensionistas militares: Serán los Jefes, Oficiales del Ejército y Armada y todos los individuos dependientes de los Ministerios de Guerra y de Marina cuyas clases están asimiladas.

Asilados: los individuos que enviasen las Corporaciones provinciales y Municipios³⁴.

En 1868 el doctor Pujadas se traslada a Córdoba en 1868 ofreciendo el manicomio para toda la población demente de la provincia, según García González, una toma de contacto presencial, ya que en el año anterior había remitido una carta y no había tenido respuesta por parte de las autoridades cordobesas. En su argumentación, además de destacar las bondades del hospital les argumenta también su rentabilidad económica (incluyendo

de la administración provincial: diputaciones, gobiernos civiles, delegaciones, audiencias histórico-provinciales, obra colectiva, Diputación Provincial de Córdoba, Córdoba, 2003, pág. 301. Además de la insuficiencia económica endémica ya expuesta, los Reales Decretos de 27 de junio y de 19 de diciembre de 1864 hacían que las diputaciones debían asumir qué edificios eran los más apropiados para acoger y asistir a estos enfermos o bien se pagara en otro manicomio. En el Real Decreto de 19 de abril de 1887, para este cometido, se llega a autorizar vender bienes de beneficencia pública para construir manicomios, si bien después el Estado era el encargado de su mantenimiento. AZTARAIN DIEZ, Javier, *El nacimiento y consolidación de la asistencia psiquiátrica en Navarra (1868-1954)*, Pamplona, Gobierno de Navarra, 2005, pág. 77.

33 *Ídem*, págs. 75 y 96.

34 GALCERÁN FRANCÉS, Arturo, *El moderno Manicomio de San Baudilio de Llobregat, científicamente considerado*, Imprenta de la Casa de Caridad, Barcelona, 1892, pág. 80. El doctor Galcerán llega incluso a manifestar su crítica a la legislación vigente y al sistema asistencial público de la época: «En España, por no excepcionar la regla general en materia de administración pública, no sólo se tiene olvidado este importante servicio, sino que la, por todos conceptos, pésima legislación vigente concede a cada particular el derecho de retener y cuidar en su casa hasta cuatro locos sin requisito alguno para evitar cualquier atentado a la libertad individual, sin proteger al enfermo contra los desafueros de que pueda ser víctima, y sin cuidarse de si reúne la casa (clandestinamente manicomial) del patrono condiciones higiénicas y de seguridad, si tiene medios de curación y si se emplean con un fin curativo cuantos recursos aconsejela ciencia y son pertinentes a cada caso», *Ibidem*, pág. 26.

hasta los gastos del viaje hasta Malaga y después a Barcelona con un barco de vapor)³⁵. Aunque se llega a firmar el contrato para el traslado y reclusión en San Baudilio, se tiene noticia de que hubo cierta resistencia a aceptar a todos los enfermos, ya que algunas patologías requerían determinados cuidados que no estaba dispuesta a asumir la institución. Además, hubieron de quedarse aquellos que tenían expediente judicial; al poco tiempo, el hospital volvió a llenarse de pacientes, y no hubo más envíos³⁶.

Al inicio del Sexenio Democrático, el gobierno provisional había aprobado las Leyes electoral, municipal y provincial de 20 de agosto de 1870, que dotaban de exclusiva competencia a Diputaciones para la gestión, gobierno y dirección de los intereses peculiares de la provincia, en particular, establecimientos de Beneficencia o instrucción y administración de sus fondos³⁷; unos años más tarde, el Real Decreto de 19 de abril de 1887 permitió a las Diputaciones enajenar bienes de Beneficencia pública para construir manicomios regionales, de los que después asumirá el Estado el sostenimiento, tal y como marca la ley. La posibilidad de construir un manicomio regional será otro de los proyectos que estudie Diputación Provincial de Córdoba, a principios de los años 20 del siglo XX, para ponerlo en conexión con la provincia vecina de Jaén, con la idea de reducir los gastos que ocasionaría una edificación nueva, pero esta idea será descartada por su elevado coste.

En 1887 se aprueba el primer Reglamento para el régimen interior del Hospital de Agudos. En él se mantiene el departamento de dementes (entendemos que sólo de mujeres, pues en San Pedro de Alcántara se recluye a los hombres). La alusión a este departamento es muy escueta: se limita a afirmar que su dirección depende directamente del jefe local del hospital (art. 215); expone los requisitos de admisión y salida de los enfermos (con aprobación del presidente de la Diputación (art. 216 y 218), salvo que sea judicial y, entonces la determina una autoridad judicial (art. 219); las visitas están limitadas a familiares y con solicitud previa al director (art. 220); personal facultativo y practicantes estará prestando un servicio extraordinario, turnándose por trimestres (art. 221 y 222); el personal que cuide de los enfermos debe tener especial esmero con aquellos con tendencias suicidas, epilépticos y con otras patologías que los limiten (art. 226); se prohíbe imponer castigo cor-

35 GARCÍA GONZÁLEZ, Gerardo, *Historia de la asistencia...* op. cit., págs. 96-98.

36 *Ídem*, pág. 104.

37 *Leyes electoral, municipal y provincial de 20 de agosto de 1870: anotadas y concordadas con arreglo a las reformas introducidas en las mismas por la ley de 16 de diciembre de 1876: disposiciones complementarias de dichas leyes*, Oficina Tipográfica del Hospicio, Madrid, 1877.

poral ni hacer uso de la camisa de fuerza³⁸. En 1911 vamos a disponer de un nuevo reglamento³⁹.

Por último, y con el cambio de siglo, va a publicarse la Instrucción general de sanidad pública en 1904⁴⁰, por la que las Juntas Provinciales pasan a ser órganos consultivos, y se crea la inspección provincial de Sanidad, renombrada en 1922 como Dirección General de Sanidad⁴¹.

5. El traslado y establecimiento en el Hospital Psiquiátrico de la Misericordia

El Hospital de la Misericordia da paso a una nueva etapa en el sistema de asistencia mental cordobés antes desconocida: un espacio específico para atender, acoger y curar a ambos sexos. Recordemos que, si bien los hombres tenían su hospital, el de San Pedro de Alcántara, las mujeres seguían en un departamento en el de Agudos (en teoría, uno frente al otro, si bien es cierto que la entrada a San Pedro estaba en la calle Albucahis y el acceso al departamento de dementes mujeres en Agudos estaba en el lateral, en la calle Almanzor), aunque se les trasladará al poco tiempo a este remodelado hospital.

Los datos sobre las condiciones del edificio donde se ubicaba a los dementes y de la asistencia hacen que Rafael Castejón y Eloy Vaquero, diputados provinciales, promuevan en 1920 un nuevo edificio para su creación como manicomio regional —una institución permitida según el Real Decreto de 19 de abril de 1887— y marcan un plan de actuación⁴². En él se propone crear un edificio incluso fuera de la ciudad, concretamente en Cerro Muriano, al igual que había sucedido a mediados del siglo XIX con la intención de trasladar esta asistencia al monasterio de San Jerónimo.

En 1924 el plan no se ha puesto en marcha, por lo que Rafael Castejón denuncia en la prensa local la pésima situación en la que se mantiene el edificio de San Pedro de Alcántara, así como la deficiente asistencia y las malas condiciones y la sobreocupación (150 pacientes frente a las 20-25 plazas),

38 Archivo de la Diputación Provincial de Córdoba (en adelante, ADCO), HC2979.95, Reglamento para el Gobierno Interior del hospital provincial de agudos del año 1878.

39 ADCO, HC2979.96, Hospital Provincial de Agudos de Córdoba: Reglamento para el Gobierno Interior del mismo. Año 1911.

40 Real Decreto aprobando con carácter definitivo la Instrucción general de sanidad pública, en Gaceta de Madrid, núm. 22, de 22 de enero de 1904, págs. 273- 275.

41 SANDOVAL VEREA, FRANCISCO, en «Fondos documentales contemporáneos de los archivos históricos provinciales españoles para la historia de las actividades sanitarias», en *Temperamentvm*, 12(23), 2016, t2303.

42 RUIZ GARCÍA, Carmen, «El hospital psiquiátrico...», *op. cit.*, pág. 222.

según Ruiz García⁴³. Finalmente, se consigue iniciar este proyecto de mejora de la asistencia en el Hospital de la Misericordia:

[...] acuerdo del 4 de Febrero del 1924 para levantar, más con su entusiasmo que con los fondos ignorados, unos pabellones que albergarán a aquellos desgraciados que, privados de la razón, parecían privados también de la dignidad de humanos por la razón de un abandono colectivo⁴⁴.

El resultado final va a ser la adaptación de este antiguo hospital y su ampliación con quitar dos pabellones (no una edificación nueva), que tendría carácter local (no regional, como inicialmente se había propuesto) y sólo para hombres (se había proyectado tener dos departamentos para separar entre ambos sexos como finalmente así fue). No obstante, la mejoría es, sin lugar a duda, apreciable, si nos remitimos a la descripción que la propia Diputación Provincial hace en una memoria de 1929:

No existía realmente la Beneficencia de la Provincia. Había unos exconventos o caserones con ausencia de toda higiene, de la más elemental limpieza, asilo del hampa organizada y haraposa que dormitaba en camastros alineados en los oscuros salones cuando había de permanecer en cama por carecer de calzado.

Unos enfermos desahuciados por la impotencia del presupuesto, esperando uno y otro día el despacho de una fórmula o la ración alimenticia ordenada por el facultativo. Unos locos arrojados en aquellos hondos palios de S. Pedro de Alcántara, revolcándose en su pobre miseria, tan desnudos de ropas como de inteligencia, mayorazgos del alcoholismo y de la sífilis de sus progenitores, vegetando sin vivir ni morir para estigma de una sociedad abúlica⁴⁵.

Disponía de varios departamentos: pacíficos (dos dormitorios con 132 camas), en observación, deprimidos, exaltados (24 celdas, distribuidas en dos plantas) e infecciosos, más un cuarto de higiene y un departamento para el médico, según recoge la prensa local. Los patios también se distribuían por tipos de enfermos, pacíficos (por su descripción, inferimos que es del que se dispone una foto y que se identifica como patio de hombres o varones), deprimidos y en observación, e infecciosos, sumando otro más para el equipo médico. Además, contaban con sala de electroterapia, y en el departamento de higiene se disponía de duchas con agua caliente⁴⁶.

Tras la salida de los hombres de San Pedro de Alcántara, se acomete una importante renovación en este edificio, que permitirá habilitarlo como manicomio de mujeres dementes. A las antiguas gavias o jaulas mencionadas sistemáticamente en el siglo XIX, se le eliminan los muros o rejas que las separaban y

43 *Ídem*, pág. 223.

44 ADCO, HD1.19, Memoria de la Excm. Diputación Provincial de Córdoba, Córdoba, 1929.

45 *Ídem*, págs. 5-6.

46 RUIZ GARCÍA, Carmen, «El hospital psiquiátrico...» *op. cit.*, pág. 224.

se transforman en un único dormitorio y salón, dotándolos de fontanería, agua corriente, lavabos e inodoros, así como en otra ala se destinan 10 celdas para aquellas dementes que requirieran ser aisladas, además de otras mejoras como un comedor, una cocina con fregaderos, pilas para el lavado de ropa, duchas, inodoros, o la modificación de dos patios, dejando la parte exterior del edificio para uso de las religiosas dedicadas a la asistencia. El 7 de febrero de 1928 se procede a su inauguración y se trasladan 112 dementes⁴⁷. A pesar de estas reformas, en 1930 las mujeres serán trasladadas al Hospital de la Misericordia, en unos pabellones construidos exprofeso en un espacio anexo al hospital originario, culminando así lo que va a ser el Hospital Psiquiátrico Provincial de Córdoba.

Buena parte de esta mejora asistencial se debe a la figura y acción del prestigioso doctor Manuel Ruiz-Maya, el primer director del Hospital Psiquiátrico, quien venía prestando servicio en diferentes puestos de la Beneficencia en Córdoba desde 1910; concretamente se inició en el Departamento de Alienados de la provincia (San Pedro de Alcántara), por lo que conocía las condiciones de trabajo y de servicio. Diez años después, en 1920, obtendrá el puesto de médico de la Beneficencia Municipal en la sección de enfermedades mentales y, con la inauguración de La Misericordia, pasará a ocupar la dirección del hospital⁴⁸. Según Añón Barbudo, la designación de Ruiz Maya para la plaza de Psiquiatría fue una novedad, pues hasta entonces, la atención a los enfermos mentales se había realizado con médicos generalistas que sólo tras años de experiencia en este servicio, promocionaban a la jefatura:

Para la plaza de Psiquiatría fue nombrado Don Manuel Ruiz Maya, que sería el de esta sección en el Hospital de Agudos y luego pasaría a regir los destinos de los enfermos mentales en el Hospital de Misericordia. Con la creación de esta plaza cesó ya el doloroso calvario que tenían que soportar los médicos y cirujanos generales que ingresaban en el Hospital como médicos de guardia y que, para llegar a jefes, tenían que pasar varios años en dicho servicio, en el de dementes o en el de crónicos⁴⁹.

Su actividad fue conocida y reconocida en Córdoba y por la profesión médica en general. A través de la revista *Ideal Médico*, impulsada por él y que se publicó entre 1931 y 1936, se puede conocer la proyección que tuvo en la profesión médica, a partir de su idea de lo que consideraba que debía ser un hospital para el tratamiento de dementes y que pudo ver materializado en este establecimiento:

Lugar Córdoba. Un flamante jefe de los servicios manicomiales de la provincia. Revolución clínica. Desaparición de lugares lóbregos, de camisas de

47 *Ídem*, pág. 225.

48 FERNÁNDEZ ARIZA, Carmen, «Manuel Ruiz-Maya. Compromiso ético y político (1888-1936)», en *Médicos cordobeses de ayer y de hoy*, obra colectiva, Real Academia de Córdoba, Córdoba, 2018, Real Academia de Córdoba, Córdoba, 2018, pág. 212.

49 AÑÓN BARBUDO, Joaquín, *Estudio histórico-médico... op. cit.*, pág. 313.

fuerza, de encierros, de encadenamientos, de espíritu carcelario, de loqueros semisalvajes, del desorden terapéutico. Sustituye a esto la luz, el jardín, los grandes patios soleados, huertas, talleres, régimen de asilo, estudio de los enfermos, tratamientos, trabajos estadísticos, método, orden, trato paternal de los enfermos⁵⁰.

Contrasta esta reseña a lo realizado en otros manicomios; véase el de Leganés que, si bien nació en el contexto de un debate sobre el manicomio modelo, nunca pudo responder a estas expectativas ya que presentó graves deficiencias, tanto arquitectónicas —se construyó sobre un viejo caserón nobiliario de limitada capacidad— como higiénicas. Señala Ruth Candela que el aprovechamiento de un nuevo palacio en lugar de construir un asilo de nueva planta obligó a realizar numerosas reformas para acondicionarlo, aunque no se mantuvo un plan organizado ni se tuvo en cuenta la opinión del personal facultativo, lo que impidió, entre otras cuestiones, la separación de los menores o los penados⁵¹. La visita del médico Ángel Pulido Hernández en 1889 da testimonio de ello:

El manicomio de Leganés caracteriza muy bien un defecto radical, ingénito característico de nuestro país; se concibió viciosamente mal, se empezó mal, siguió peor y se desenvuelve siempre defectuosamente. Tenemos lo de costumbre: un arquitecto cualquiera, que no sabe lo que es un manicomio ni lo que es un loco, tira líneas a su antojo, y sin consultar con el médico y sin mirar los tratados de la especialidad, hace una casa de vecindad a su manera, que sale siempre muy cara, y luego dice: -¡Hé aquí un manicomio!⁵².

El manicomio de San Carlos de Málaga, a pesar de su amplitud y la buena separación de los departamentos de hombres y mujeres, también requería reformas y adecuaciones de espacios, según Celia García Díaz, pero aquí, a pesar del empeño de su director Prados Such, éste se encontró con una menor proactividad y colaboración de la corporación provincial:

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

50 En «El doctor Ruiz-Maya. jefe de los servicios manicomiales de la provincia de Córdoba. Estudio biográfico», en *Ideal Médico*, núm. 16, 1931, citado en FERNÁNDEZ ARIZA, Carmen, «Manuel Ruiz-Maya. Compromiso ético y político...», *op. cit.*, pág. 214.

51 CANDELA RAMÍREZ, Ruth, *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*, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, 2018, pág. 61. En este mismo sentido se ha pronunciado VILLASANTE ARMAS, Olga, «Las instituciones psiquiátricas madrileñas en el período de entre siglos: asistencia pública frente a sanatorios privados», *FRENIA*, vol. V-1, 2005, pág. 98.

52 *Ídem*, pág. 64.

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 ingresados. En junio de 1926, el arquitecto requirió otras obras 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 etc.». La instalación de una bomba de agua para llevar agua a las salas de dementes fue acometida en 1925⁵³.

Ruiz Maya, gracias a su actividad local y nacional va a tener una relevante participación en la política del momento: además de fundar el Partido Republicano Radical Socialista (1929), del que fue presidente unos años, y ser el primer gobernador civil republicano de Almería (1931), ocupó el puesto de Director General de Prisiones con Azaña (1933), cargo que debe abandonar debido a problemas de salud y centrarse en su labor médica y la afición literaria. Especialmente en este último cargo dejó su impronta, pues según Carmen Ruiz García y Antonio García del Moral, plantea una renovación profunda de las políticas de encierro e internamiento en cualquiera de sus manifestaciones; ya fuese carcelaria, es el caso, como en la nosocomial ya abordada. En ambas Ruiz Maya fue un destacado precursor de ideas entonces consideradas revolucionarias y hoy plenamente aceptadas en el mundo de las leyes penales o el tratamiento de los enfermos mentales⁵⁴.

6. Conclusiones

La huella de la asistencia psiquiátrica en Córdoba hasta 1931 que aquí hemos descrito se guarda hoy en la documentación conservada de las distintas instituciones que las ejercieron, confluyendo estas funciones a mediados del siglo XIX en la Diputación Provincial como organismo público responsable de su funcionamiento, administración y control, en esta última función, tanto de establecimientos públicos como privados.

A inicios de los años 30 del siglo XX se produce a nivel nacional un cambio importante: el *Decreto de asistencia de enfermos mentales*, aprobado por el Gobierno provisional de la República, pretendía «una transformación íntegra

53 GARCÍA DÍAZ, Celia, «El Manicomio Provincial de Málaga en el primer tercio del siglo XX: la utopía que (no) pudo ser», en *Asclepio*, 70(2), 2018, <https://doi.org/10.3989/asclepio.2018.22>, pág. 4.

54 RUIZ GARCÍA, Carmen, «Renovación psiquiátrica y regeneracionismo político: Manuel Ruiz Maya (1888-1936)», en *La gestión de la locura, conocimiento, prácticas y escenarios: España, siglos XIX-XX*, obra colectiva, Ediciones de la Universidad de Castilla-La Mancha, Cuenca, 2008, pág. 533.

de la legislación vigente, reguladora de relaciones entre aquél y los establecimientos públicos y privados exclusivamente dedicados a este»⁵⁵, un cambio cualitativo importante: de las penurias y dificultades que soportaron enfermos y trabajadores, en Córdoba, gracias al acuerdo adoptado por la Diputación provincial, se consigue disponer de un edificio renovado, ampliado y mejorado, como va a ser el Hospital de La Misericordia; hospital que, bajo la dirección médica de Manuel Ruiz Maya incorporará renovados métodos y tratamientos para sus enfermos.

Su importante labor es un legado para la Historia de la psiquiatría y de Córdoba. Si bien hoy no se conservan nada más que restos de muros de este hospital, su labor médica es visible y apreciable gracias a la conservación de las historias clínicas de los enfermos, fuente de referencia de este proyecto de investigación, y de las que fue impulsor en la institución. La digitalización, análisis de esta documentación y de la información que contienen, está permitiendo avanzar, desde una perspectiva interdisciplinar, en su conocimiento y valorización por la comunidad científica y por la sociedad.

7. Bibliografía

AGUILERA CASTRO, M.^a Carmen, «El fondo del Hospital Psiquiátrico Provincial del Archivo de la Diputación Provincial. Notas para su estudio», en *Los archivos de la administración provincial: diputaciones, gobiernos civiles, delegaciones, audiencias histórico-provinciales*, obra colectiva, Diputación Provincial de Córdoba, Córdoba, 2003, págs. 298-311.

ANGUITA OSUNA, José Enrique, «Análisis histórico-jurídico de la beneficencia española de mediados del siglo XIX: La "Ley de Beneficencia" de 1849 y su Reglamento de ejecución de 1852», en *Aportes. Revista de Historia Contemporánea*, núm. 34, (99), 2019, págs. 89-121.

AÑÓN BARBUDO, Joaquín, *Estudio histórico-médico del hospital de agudos de Córdoba* [tesis doctoral], Universidad de Córdoba, Córdoba, 1980.

AZTARAIN DÍEZ, Javier, *El nacimiento y consolidación de la asistencia psiquiátrica en Navarra (1868-1954)*, Pamplona, Gobierno de Navarra, 2005.

CANDELA RAMÍREZ, Ruth, *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*, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, 2018.

55 Decreto de asistencia de enfermos mentales, en *Gaceta de Madrid*, núm. 188, de 7 de julio de 1931, págs. 186-189.

- DELGADO CRIADO Manuel**, «Los veinte primeros años del Manicomio Modelo de Leganés (1852-1871)», en *Asclepio*, núm. 38, 1986, págs. 273-97.
- DRAGONETTI, Susana**, «A propósito de la asistencia social en la España medieval», en *Estudios de Historia de España*, núm. 4 (febrero), 1991, págs. 31-48.
- FERNÁNDEZ ARIZA, Carmen**, «Manuel Ruiz-Maya. Compromiso ético y político (1888-1936)», en *Médicos cordobeses de ayer y de hoy*, obra colectiva, Real Academia de Córdoba, Córdoba, 2018, págs. 194-229.
- FRANCO SILVA, Alfonso**, *Personajes, poderes, fortalezas y otros temas de la historia de Andalucía (siglos XIV y XVI)*, Editorial UCA, Cádiz, 2009.
- GALCERÁN FRANCÉS, Arturo**, *El moderno Manicomio de San Baudilio de Llobregat, científicamente considerado*, Imprenta de la Casa de Caridad, Barcelona, 1892.
- GARCÍA DEL MORAL, Antonio**, *Hospital Mayor de San Sebastián de Córdoba. Cinco siglos de asistencia médico-sanitaria institucional (1363-1816)*, Excm. Diputación Provincial de Córdoba, Córdoba, 1982.
- GARCÍA GONZÁLEZ, Gerardo**, *Historia de la asistencia psiquiátrica en Córdoba*, Diputación Provincial de Córdoba, Córdoba, 1983.
- GARCÍA DÍAZ, Celia**, «El Manicomio Provincial de Málaga en el primer tercio del siglo XX: la utopía que (no) pudo ser», en *Asclepio*, 70(2), 2018, p238. <https://doi.org/10.3989/asclepio.2018.22>
- JAÉN MORENTE, Antonio**, *El valor histórico del Monasterio de San Gerónimo de Valparaíso (Córdoba) [tesis doctoral inédita]*. Universidad Complutense [Edición electrónica del Archivo Municipal de Córdoba, 2022], Madrid, 1908.
- MARTÍNEZ HERNÁNDEZ, M.^a Carmen**, «Fondos de beneficencia, sanidad y obras sociales del archivo de la Diputación de Córdoba», en *Los archivos de la administración provincial: diputaciones, gobiernos civiles, delegaciones, audiencias histórico-provinciales*, obra colectiva, Diputación Provincial de Córdoba, Córdoba, 2003, págs. 411-444.
- MARTÍNEZ SOTO, Ángel Pascual**, «La protección social en la época liberal: de la beneficencia a la previsión social (1820-1908)», en *Áreas. Revista Internacional de Ciencias Sociales*, núm. 37, 2018, págs. 108-126.
- ORTIGOSA PEÑA, Andrés**, «Philippe Pinel en contexto. El origen del alienismo desde la antropología filosófica», en *Naturaleza y Libertad*, núm. 17, 2023, págs. 163-187. <https://doi.org/10.24310/nyl.17.2023.14406>

- PIE BALAGUER, ASUN** y **ALEGRE AGIS, Elisa**, «Situación actual y modelos emergentes en salud mental: una perspectiva socio-antropológica», en *Sociología de la salud: salud, malestar y sociedad desde una mirada crítica*, obra colectiva, Tirant lo Blanch, Valencia, 2022, págs. 195-234.
- RAMÍREZ DE ARELLANO, Teodomiro**, *Paseos por Córdoba ó sean apuntes para su historia*, Imprenta de Rafael Arroyo [ed. anotada de la Red Municipal de Bibliotecas de Córdoba, 2017], Córdoba, 1873-1877.
- RUÍZ GARCÍA, Carmen**, «El hospital psiquiátrico Provincial de Córdoba: estudio de la población manicomial en el periodo (1900-1940)», en *Del pleistoceno a nuestros días. Contribuciones a la historia de la psiquiatría*, obra colectiva, Asociación Española de Neuropsiquiatría, Madrid, 2011, págs. 221-235.
- RUÍZ GARCÍA, Carmen**, «Renovación psiquiátrica y regeneracionismo político: Manuel Ruíz Maya (1888-1936)», en *La gestión de la locura, conocimiento, prácticas y escenarios: España, siglos XIX-XX*, obra colectiva, Ediciones de la Universidad de Castilla-La Mancha, Cuenca, 2008, págs. 527-537.
- SALDAÑA SICILIA, Germán**, *Monografía histórico-médica de los Hospitales de Córdoba*, Córdoba, Tipografía Artística, 1935.
- SANDOVAL VERA, FRANCISCO**, «Fondos documentales contemporáneos de los archivos históricos provinciales españoles para la historia de las actividades sanitarias», en *Temperamentvm*, 12(23), t2303. 2016.
- VIDAL GALACHE, Florentina**, «Donde reside la memoria. Fuentes para la historia de la beneficencia en España», *Testigos de la Historia. Estudios sobre fuentes documentales*, obra colectiva, Fundación Carlos de Amberes, Madrid, 2007, págs. 95-118.
- VILLASANTE ARMAS, Olga**, «Las instituciones psiquiátricas madrileñas en el periodo de entresiglos: asistencia pública frente a sanatorios privados», *FRENIA*, vol. V-1, 2005, págs. 69-99.

8. Apéndice documental

8.1. Extracto de la Memoria sobre la gestión de la Excma. Diputación Provincial de Córdoba, 1929

[...] No existía realmente la Beneficencia de la Provincia. Había unos exconventos o caserones con ausencia de toda higiene, de la más elemental lim-

pieza, asilo del hampa organizada y haraposa que dormitaba en camastros alineados en los oscuros salones cuando había de permanecer en cama por carecer de calzado.

Unos enfermos desahuciados por la impotencia del presupuesto, esperando uno y otro día el despacho de una fórmula o la ración alimenticia ordenada por el facultativo. Unos locos arrojados en aquellos hondos palios de S. Pedro de Alcántara, revolcándose en su pobre miseria, tan desnudos de ropas como de inteligencia, mayorazgos del alcoholismo y de la sífilis de sus progenitores, vegetando sin vivir ni morir para estigma de una sociedad abúlica [...]

[...] Al visitarse nuestros establecimientos benéficos por primera vez en el año 1924 por esta Corporación, pudimos confirmar la veracidad de los rumores públicos sobre su vergonzoso estado. Y tal era este, que su visión removió todas las fibras sensibles de los nuevos Diputados. Y la urgencia puso cerco a la economía y la caridad estimuló el deber, y todo ello perseguía a los flamantes Diputados sin tregua ni descanso bloqueando sus torturadas conciencias por la angustia de sacrosantos deberes incumplidos, la insaciable demanda de una realidad creciente, la insuficiencia de unos medios agotados antes que aplicados, y el fuego de una caridad siempre acuciada por el apremio de la necesidad y siempre detenida y acotada por la penuria de un Presupuesto en curso esclavizado a todos los personales intereses [...]

Hospital de Crónicos

Situado en la zona nordeste de la Ciudad, en la antigua muralla que la circundaba, albérganse en él como indica su nombre los enfermos cuyas dolencias son diagnosticadas como incurables o infecciosas.

La sociedad, cumpliendo el más piadoso de sus deberes, alberga en la Misericordia a los seres improductivos, hoy verdaderas cargas de justificación y en la antigüedad escoria humana que el egoísmo dejaba morir en lugares aislados de las ciudades o remataba para evitar el contagio o por un falso espíritu de piedad...

Porque en el Hospicio, en la Casa-Cuna, en la de Maternidad, aún en otros hospitales, la Diputación cultiva una semilla: custodia y acrecenta un valor real; el niño, el hombre, cuyas energías aplicadas útilmente y acumuladas por el esfuerzo colectivo o acumulado su trabajo personal por la acción del tiempo, han de producir la riqueza pública primer elemento del bienestar y fundamento de la felicidad social.

Por esto, sobre la marcha y sin detenernos en meditaciones que no nos permitían la turba de enfermos que, a la puerta de nuestra Beneficencia, reclamaban su puesto, hemos resuelto el problema del modo más rápido y mejor como permitieron las circunstancias, olvidando piadosamente que en el Hospital de Crónicos no se cultiva una riqueza ni se prevé a un porvenir, porque solo se sostienen unas ruinas y se amparan unas miserias irremediables.

Sin embargo podemos ufanarnos de que las reformas hechas en esta Casa han cubierto sus necesidades hasta el límite que permitieron nuestras posibilidades.

Un breve sumario de ellas llevará a nuestros lectores al convencimiento de esta realidad.

En el cancel de entrada, ha sido construida una garita cómoda y de suficiente capacidad para que el portero pueda cumplir su misión al socaire de los rigores de la estación.

Dirección. Reparación completa, con nueva solería de losetas y muebles decorosos para el servicio.

Corredor de entrada. Además de su entretenimiento de albañilería, blanqueo y pintura, colócase solería de losetas blancas y negras y alicatado de azulejos.

Departamento de Hermanas de la Caridad. Ampliación del dormitorio, instalación de un cuarto de baño, construcción de una azotea y de nuevas pilas para el lavado.

Capilla [...]

En la **sacristía** también se ha colocado nueva solería y plinto, reparándose sus muros, instalando un lavabo y pintándose toda.

En el **corredor**, ha sido instalado un cuadro de azulejos representando a San Antonio y decorado con dos artísticos farolillos.

En el **patio-jardín de entrada** se reformó la antigua pavimentación sustituyéndola por otra de tacos de cemento, revocándose y blanqueándose.

Cocina. Nueva solería de ladrillo fino sevillano; alicatado de azulejos de 1,60 ms. La cocina de chapa, recientemente adquirida, ocupa el centro del local; más que suficiente a las necesidades del servicio y provista de termo-sifón, es de tiro y tubo de humos subterráneos.

Sala de enfermedades de la piel. Enfermería. Se ha instalado el Quirófano con un instrumental completo y moderno, y un nuevo lavabo; en obras de albañilería, la solería y plinto, más su reparación total.

Galería baja. Construcción de una escalera solada de losetas.

Sala de San Roque. Ampliación, solería de losetas, reparos, blanqueo y pintura, sus camas sommier de hierro con equipos completos han sido también adquiridos recientemente. Solería de tacos de cemento en el pasillo de la huerta al departamento de dementes.

Cuadro de desinfección. Su arreglo completo, instalándose un horno crematorio, depósitos de algodones y de carbón y pilas de desinfección de ropas de enfermos contagiosos.

Depósito de cadáveres. Su total reforma consistente en solería, blanqueo, pintura y dos meses de cemento con aisladores.

Se construyó así mismo una *escalera para la torre cubierta y azotea* en donde también se hicieron los reparos necesarios, blanqueo y pintura.

Por no hacer interminable esta relación, prescindimos del detalle del aumento en la dotación de cada enfermo. Baste consignar que se ha llegado hasta donde han exigido las necesidades para que cada enfermo se halle siempre perfectamente limpio y desinfectado, sobre todo teniendo en cuenta la índole infecciosa de sus enfermedades.

Hacemos gracia también a nuestros lectores de las características de las raciones que se suministran a nuestros enfermos porque, como es lógico, puede afirmarse que hay un tipo para cada enfermo, según las prescripciones del médico.

Departamento de dementes varones

La más cruel de las preocupaciones que torturó durante su gestión al primer Presidente de la Diputación de este Régimen, fue sin duda el deplorable estado de los dementes, hacinados como rebaño sin pastor en aquel exconvento de San Pedro de Alcántara.

Decía el rumor público tales horrores de aquella Casa; corroboraban de tal modo aquellos rumores los informes administrativos y las demandas autorizadas y constante de los facultativos, que aparecía todo aquel conjunto de protestas como el consentimiento universal que probaba hasta la saciedad la veracidad de las quejas, forzando a la nueva Diputación al socorro inmediato y urgente de tan deplorable situación.

Ya en sus primeras sesiones, reflejóse esta crisis de la conciencia colectiva en el Salón de Sesiones, apenas girada la primera visita de inspección a los Establecimientos benéficos. Y entonces fue cuando se entabló aquella lucha sin precedentes, aludida en otro lugar de este escrito, entre los Diputados y su Presidente, cuyo dolor por lo que habían visto pareció perturbarles; y, atropellándose el entusiasmo y deseo de los unos con el de los otros, y, chocando todos con la realidad de un mísero Presupuesto en curso, se impuso la reflexión y pudo llegarse a un acuerdo de una solución inmediata.

Ni las actuales posibilidades del Presupuesto permitían abordar definitivamente el problema, ni aquella bochornosa situación podía esperar el acopio de fondos o la reforma administrativa esperada, ni la opinión pública anes-tesiada hasta entonces por la dádiva del interés privado con lesión acaso del público bienestar, se conformaba ya con ofertas ni contemporizaciones. ¿Para qué se había realizado aquel brusco cambio en la política del País? «La Dictadura, se decía, sugestionados quizás por la propiedad de la comparación hecha por un malogrado estadista, ha de ser rápida como la bicicleta para que no ruede por los suelos». «Y si ha venido para arrollar los obstáculos, no puede pararse en apartar las trabas administrativas, esperar soluciones de concordia ni acatar leyes anticuadas»...

Triunfó no obstante el buen sentido, y aquellos hombres que parecían liquidadores de una sociedad en quiebra más que mandatarios de una opinión y ejecutores de una voluntad, de espaldas a aquella desconcertante realidad, adoptaron firmes y conscientes el Acuerdo del 4 de Febrero de 1924 para levantar, más con su entusiasmo que con fondos ignorados, unos pabellones que albergaran a aquellos desgraciados que, privados de la razón por designios de una naturaleza enferma, parecían privados también de la dignidad de humanos por la razón de un abandono colectivo.

Tal es el origen de esta Casa de locos, de estos pabellones emplazados en un trozo de la huerta de nuestro Hospital de Crónicos.

Entre las dependencias comprendidas en estos pabellones debemos citar:

El **Salón de baños** que contiene lavabos con termo-sifón, bañeras construidas en cemento con revestimiento de azulejos y provistas de lonas impermeables para facilitar baños de vapor.

Talleres de carpintería y zapatería para las necesidades de la Casa y habitación de una galería cubierta para recreo de los alienados.

Crujía de dos pisos y suficiente capacidad distribuida en 13 celdas altas y 13 bajas de suficientes proporciones, perfectamente equipadas con cama, mesilla de noche, sillas, mesa y lavabo; todo nuevo, así como las ropas y colchones.

El **dormitorio bajo**, de nueva construcción como todas las dependencias aquí citadas, tiene una capacidad para más de sesenta camas, cuya dotación y equipo completos son de reciente adquisición.

La **enfermería** consta de 11 camas con sommier y equipos nuevos y en ella se ha instalado también una estufa de desinfección.

Habitación para empleados con todo lo necesario para su alojamiento.

El **comedor** es amplísimo con grandes mesas nuevas con recios tableros de mármol blanco y dispuestas para más de setenta plazas, dotadas de los útiles necesarios.

Todas estas dependencias se hallan perfectamente ventiladas por grandes ventanales al jardín.

El **patio-jardín**, cuidadosamente cultivado, ostenta en su centro un templete para palomar, y se comunica con otra parte del mismo destinada a esparcimiento de los enfermos. En el centro de ésta, se ha construido un pabellón-paseo cubierto y rodeado de asientos, para refugio de los alienados durante los rigores de las estaciones.

El **ropero** es también de nueva construcción, así como el taller de costura y se hallan dotados de todos lo conveniente.

El **quirófano** provisto de todos los adelantos modernos; es una dependencia modelo entre las de su clase.

Comunicado con aquél, se halla el *Despacho del Médico del Establecimiento*, también de nueva construcción y magníficos muebles de irreprochable severidad que previene y sugestionan el ánimo de los presuntos alienados.

Tampoco mencionamos aquí la calidad y cantidad de las raciones que allí se suministran, porque como en los otros hospitales, están regidas por las prescripciones facultativas.

Departamento de alienadas

Alojadas en el antiguo convento de S. Pedro de Alcántara, ya al referirnos con carácter general al estado de nuestra Beneficencia, describíamos a grandes rasgos la desolación y abandono que denunciaban las ruinas de esta Casa en donde convivían en repugnante aglomeración nuestra población alienada.

La impresión que produjera esta Casa en 1924 en los Diputados que la visitaron, se refleja gráficamente en aquellas plañideras frases que llenaron de estupor a esta Corporación y repitió eco de las bóvedas de nuestro Salón de sesiones, en aquella del día 14 de Febrero del año 24, pronunciadas por el señor de la Mora al afirmar que «el Convento de S. Pedro de Alcántara es una verdadera mazmorra; que algunos dementes están completamente desnudos y se carece de camisas de fuerza para sujetarlos».

Incapaz para el número de dementes allí acogidos, no había espacio ni para el desenvolvimiento de las obras necesarias para su higienización.

Por esto, uno de los primeros acuerdos en orden a nuevas construcciones fué el del 4 de Febrero de 1924, referente al estudio de las reformas necesarias en Dementes, por «deber de caridad y de humanidad» palabras pronunciadas en aquella reunión en la que se concretó el acuerdo de la construcción de Crónicos de los pabellones necesarios; y en la del 14 del mismo mes y año, la Comisión provincial fijó en 181.119'35 pesetas la cantidad a invertir, que fué elevada a 208.287'24 pesetas al contratarse el servicio.

El lugar designado para emplazamiento de estos pabellones no fué de libre elección sino atemperado a las circunstancias económicas ya que en Crónicos había espacio, si bien cercenándolo de su huerta.

Ante la imposibilidad de albergar en un solo edificio a toda a población alienada se optó por el traslado a los nuevos pabellones de los varones, quedando las hembras en el ex-Convento de S. Pedro de Alcántara.

Tan radical ha sido la reforma de este edificio, que puede afirmarse sin hipérbole que ha sido reconstruido todo el edificio quedando del antiguo solo las obras de fábrica, pues fueron revocados todos sus muros y sustituidas totalmente sus solerías, alcanzando a sus tejados y entresuelos la renovación general.

Por esta razón, siendo tan completa su transformación, poco puede detallarse de la obra realizada.

En el **vestíbulo**, la solería es de ladrillos y azulejos y lo mismo el alicatado de sus bajos; enlucidos sus paredes, colocose un cuadro de azulejos representando a San Rafael, alumbrado por dos farolillos de hierro de gusto renacentista; en lugar de la antigua reja se instaló una de igual estilo.

En el **hall y pasillo al interior**, además de la reparación general, alicatáronse sus muros colocándose solería de losetas blancas y negras.

En el **patio primero**, solería de tacos de cemento; una fuente de azulejos e instalación de un toldo.

Se habilitó un **salón de costura** para las enfermas.

Un **salón de baños** con dos bañeras, piscina, ducha, calentador de agua y dos lavabos, todo con su correspondiente instalación de agua.

Una **cocina** nueva para las enfermeras con solería, etc.

En el **segundo patio**, la solería colocada es de tacos de cemento.

Restauración general de todos los cristales de la Casa, para evitar sus frecuentes fracturas.

Se ha renovado así mismo, aumentando en calidad y número de prendas, los equipos para las enfermas.

Respecto a su racionado, repetimos lo consignado anteriormente al referirnos a los Hospitales.

Y para completar nuestra reforma, extendimos nuestra solicitud a la restauración de los muebles aprovechables y adquisición de los nuevos que exigían el decoro de nuestro patronato y las nuevas necesidades surgidas al aumentar nuestra población de acogidas.

De este modo, aquel hedor nauseabundo que hiriendo el olfato arruinaba el estómago y ofendía el decoro corporativo por el abandono que denunciaba. Aquel aspecto de zahurda que ofrecían los patios de esta Casa inhospitalaria en donde sus huéspedes en rebaños yacían, más que vivían en compañía de sus propias miserias que se disputaban con ávida codicia los inmundos roedores, veteranos habitantes de aquel lugar, ha sido trocado por la salud y alegría que prestan al ambiente la higiene más escrupulosa y la amable solicitud y abnegada caridad de aquellas Hermanas, ayudadas de la asiduidad y celo del personal.

Y de aquella enfermería de donde salía diariamente un cadáver (tan terrible era la mortalidad) apenas hoy está habitada, y muy de tarde en tarde rinde su tributo a la muerte [...].

8.2. Mapa de la asistencia psiquiátrica en Córdoba hasta 1931



Elaboración propia a partir de las fuentes consultadas

8.3. Evolución de plazas para internamiento y su ocupación en los hospitales psiquiátricos de Córdoba (S. XV-1930)

Establecimiento	Fecha	Plazas/Datos	Enfermos mentales
Hospital de Jesucristo	1444	20 lechos	separados del resto
Hospital de San Sebastián	1770	4 o 6 habitaciones o gavias	separados del resto limitado a 3-4 enfermos por falta de presupuesto
	1774	4 o 6 estancias o gavias	sólo se puede mantener a 3 dementes
	1794	construcción de 8 gavias y oficinas	
	1814		7/17 enfermos por mes media: 8 internados
	1815		media: 12 enfermos/mes
Hospital del Cardenal Salazar (después de Agudos)	1816	12 jaulas (1 libre)	media: 12 enfermos/mes hay enfermos de pago
	1820		13 dementes acogidos; sobrecarga de enfermos
	1839	sólo 5 jaulas y otras tantas para mujeres	todas ocupadas
	1843	construcción de 7 gavias, una galería y una sala	
	1844		21 dementes
	1847		27 dementes
	1920	34 camas	47 enfermas
Hospital de San Pedro de Alcántara	1848	16 gavias construidas	
	1849	construcción de 24 gavias en planta alta y 12 en sótano	35 hombres y 15 mujeres (*)
	1851	36 gavias	
	1864	40 gavias	
	1868		42 hombres y 32 mujeres
	1920	73 camas	108 enfermos
Hospital de la Misericordia	1924	20-25	tiene 150 ingresados (han tenido hasta 400)
	1928	60 camas, más 12 de enfermería y 26 celdas para exaltados	traslado de 112 enfermos
	1929	132 camas más 24 celdas para exaltados	

Elaboración propia a partir de las fuentes consultadas

(*) Según Germán Saldaña Sicilia, las mujeres no se llegan a trasladar a este hospital, mientras Gerado García González dice que sí, que se fueron a San Pedro de Alcántara, y es de quien se toma este dato (*Historia de la asistencia psiquiátrica en Córdoba*, Diputación Provincial de Córdoba, Córdoba, 1983, pág. 62).

8.4. Cronología de los establecimientos psiquiátricos en Córdoba hasta 1930

1419

Hospital de Jesucristo, *Hospital de los locos*, para pobres, peregrinos y locos



Plaza de S. Andrés

1770

Hospital de San Sebastián. Departamento para dementes pobres



Calle Torrijos

1816

Traslado de dementes al Hospital del Cardenal Salazar, después *Hospital de Agudos*



Plaza Cardenal Salazar
Calle Almanzor

1845

Traslado al *exconvento de San Pedro de Alcántara* de los dementes



Plaza Cardenal Salazar
Calle Albucasis

1927

Inicio del traslado de hombres (después de mujeres, en 1930) al *Hospital de la Misericordia*



Calle Muro de la Misericordia
Avenida de las Ollerías

1930

Se completa la instalación en el *Hospital Psiquiátrico de la Misericordia*



Elaboración propia a partir de las fuentes consultadas

III

EL MODELO JUDICIAL DEL INTERNAMIENTO PSIQUIÁTRICO. DISCURSOS JURÍDICOS Y MÉDICOS EN TORNO A LA LOCURA

Celia Prados García

*Departamento de Derecho civil, penal y procesal
Universidad de Córdoba
cprados@uco.es*

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3226-2550>

Sumario. 1. Introducción. 2. La regulación de los internamientos involuntarios a lo largo del siglo XIX. 3. El modelo judicial del internamiento involuntario. 3.1. El internamiento de observación. 3.2. El internamiento de reclusión definitiva. 4. Discursos jurídicos y médicos en torno a la locura. 5. Bibliografía. 6. Apéndice documental. 6.1. Auto judicial. 6.2. Oficio del Juzgado de remisión del auto y testimonio del auto. 6.3. Oficio del Juzgado dirigido al Hospital Psiquiátrico Provincial. 6.4. Expediente de ingreso de oficio, a instancia del Gobernador Civil. 6.5. Ingreso urgente adoptado por la Comisión Provincial.

1. Introducción

La regulación de los internamientos involuntarios de «locos y dementes», desde finales del siglo XIX y a lo largo del siglo XX, ha sido objeto de estudio desde el proceso de institucionalización de la Psiquiatría española¹, siendo

1 HUERTAS GARCÍA-ALEJO, Rafael, «Historiografía de la asistencia psiquiátrica en España. De los mitos fundacionales a la historia social», en *Secuencia: Revista de Historia y Ciencias Sociales*, n.º 51, 2001. CANDELA RAMÍREZ, Ruth, *El Manicomio Nacional de Leganés en el primer tercio del siglo XX (1900-1931): organización asistencial, aspectos demográficos*,

menos frecuente su estudio desde el Derecho². Aun así, la producción historiográfica en torno a los establecimientos psiquiátricos se ha enriquecido en los últimos años con un elevado número de trabajos; aunque siguen siendo escasos los estudios monográficos que aborden la repercusión de los cambios normativos en la práctica asistencial de las instituciones psiquiátricas españolas, en particular, durante el período objeto de estudio. El Manicomio Nacional de Leganés es, sin duda, el más estudiado³, frente al Manicomio de Córdoba, que es uno de los establecimientos psiquiátricos menos explorados⁴, pese al rico patrimonio documental clasificado y conservado en el Archivo General de la Diputación Provincial (en adelante, ADCO).

Con este trabajo se pretende analizar la regulación de los internamientos involuntarios a finales del siglo XIX y comienzos del siglo XX, así como su aplicación en el Hospital Psiquiátrico Provincial de Córdoba. Para ello se estudiará el marco normativo instaurado por el Real Decreto de 19 de mayo de 1885, que extendía la regulación del Manicomio de Leganés a la totalidad de establecimientos municipales y provinciales, e introducía un modelo de control judicial, así como los reglamentos internos de la institución que se han conservado en el ADCO. El período objeto de estudio viene delimitado por la propia normativa, en vigor hasta 1931, tras la entrada en vigor del Real Decreto de 3 de julio de 1931, sobre asistencia a los enfermos mentales⁵,

clínicos y terapéuticos de la población internada, Madrid, 2017. CANDELA, Ruth; VILLASANTE, Olga, «Lo que es, fue y será el Manicomio de Leganés: un proyecto de reforma de José Salas y Vaca (1911-1929)», en *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, vol. 41, n.º 140, 2021.

- 2 BERCOVITZ RODRÍGUEZ-CANO, Rodrigo, *La marginación de los locos y el derecho*, Taurus, Madrid, 1976. LÓPEZ EBRI, Gonzalo, «El internamiento psiquiátrico involuntario y el tratamiento ambulatorio forzoso: historia de una encrucijada», en *Discurso de ingreso en la Real Academia Valenciana de Jurisprudencia y Legislación*, Real Academia Valenciana de Legislación y Jurisprudencia, Cuaderno núm. 92, 2019. PRADOS GARCÍA, Celia, *El ingreso involuntario en el contexto de los derechos fundamentales de las personas con discapacidad*, Dykinson, Madrid, 2023.
- 3 VÁZQUEZ DE LA TORRE ESCALERA, Paloma, *El Manicomio Nacional de Santa Isabel en Leganés durante la Guerra Civil española (1936-1939): población manicomial y prácticas asistenciales*, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, 2012. CONSEGLIERI GÁMEZ, Ana, *El Manicomio Nacional de Leganés en la posguerra española (1939-1952): aspectos organizativos y clínico asistenciales*, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, 2013. CANDELA RAMÍREZ, Ruth, *El Manicomio Nacional de Leganés... op. cit.* TIERNO PATIÑO, Raquel, *El Manicomio Nacional de Leganés durante la Segunda República (1931-1936): organización de la asistencia y práctica clínica*, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, 2019.
- 4 RUIZ GARCÍA, Carmen, «El hospital psiquiátrico Provincial de Córdoba: estudio de la población manicomial en el período (1900-1940)», en *Del pleistoceno a nuestros días. Contribuciones a la historia de la psiquiatría*, Madrid, Asociación Española de Neuropsiquiatría colección Estudios, obra colectiva, 2011, págs. 221-235.
- 5 *Gaceta* de 7 de julio.

que pone en marcha un sistema de ingreso de control gubernativo, cuyo estudio será abordado en la siguiente fase de ejecución de este proyecto investigador.

Respecto de las fuentes documentales, nos ocuparemos principalmente de los expedientes de ingreso en el hospital psiquiátrico. Un total de 143 documentos, comprendidos en el período de 9 de octubre de 1905 a 7 de julio de 1931⁶, de los cuales 83 se refieren a ingresos de hombres y 60 a ingresos de mujeres. Asimismo, se han consultado las historias clínicas conservadas que, aunque nos ofrecen información del discurso psiquiátrico, también nos hablan de los contextos socioculturales y políticos de la época en que fueron escritas, y, por tanto, de las subjetividades configuradas como proceso social⁷. Dentro de las historias clínicas encontramos fragmentos del discurso de pacientes o de sus familiares⁸, recogidos en las exploraciones psicopatológicas o directamente por pacientes o familiares en forma de cartas, que nos ofrecen información valiosa sobre el contexto social de las personas recluidas⁹.

Asimismo, se llevará a cabo un análisis comparativo que permita identificar las semejanzas y diferencias de funcionamiento respecto de otras instituciones psiquiátricas durante el mismo período objeto de estudio. Sería el

6 Fecha en la que se publica en la Gaceta y comienza a aplicarse en Córdoba según indican los expedientes de ingreso. Entre otros: ADCO, HC541.30, HC 542.15, HC542.19; HC542.20, HC542.22, HC542.23, HC542.25.

7 «La subjetividad es un proceso dinámico en el que el sujeto se configura en relación a sus experiencias consigo mismo y con los otros en un contexto sociocultural concreto». En GARCÍA DÍAZ, Celia, JIMÉNEZ LUCENA, Isabel, «Género, regulación social y subjetividades. Asimilaciones, complicidades y resistencias en torno a la loca (el Manicomio provincial de Málaga, 1920-1950)», *FRENIA*, vol.X-2010, págs. 123-144, esp.128.

8 Por ejemplo, sería el caso de CRP, cuya historia clínica recoge que, según el esposo y un tío, es «de carácter alegre» y «no le gusta que le contradigan». ADCO, HC710.005.

9 En un expediente de ingreso se conservan dos cartas de la madre de la mujer recluida solicitando permiso de salida para llevarla a los baños de Alange, una estación termal de la provincia de Badajoz. En la segunda carta, fechada a 7 de octubre de 1931, ante la mejoría de la hija solicita que «le borren su plaza» en el Hospital. El discurso de la madre nos facilita y arroja luz para el estudio de las subjetividades de género. Encontramos mujeres que, como esta madre, aunque no escriba las cartas de su propia mano, logró hacerse oír y nos muestra el contexto de la hija recluida. Las cartas están bien redactadas, sin faltas de ortografía, la primera a máquina, y cumplen con los formalismos del destinatario, no correspondiéndose con la grafía de la firma. Véase: HC541.094. También se conserva la carta del marido de AAB, en la que solicita la prórroga del permiso de su mujer y hace referencia a su difícil situación económica. Véase: HC541.35.

caso de los trabajos de investigación publicados sobre Santa Isabel de Leganés¹⁰, Conxo¹¹, Málaga¹² y Jaén¹³.

Todo ello desde el enfoque de género, pues el sistema de internamientos involuntarios gira en torno al diagnóstico psiquiátrico, que se ha visto influido por los patrones de género que le han sido asignados a las mujeres, siendo ingresadas en muchos casos por cuestiones prejuiciosas que no guardaban relación con patologías psiquiátricas. El caso más conocido e ilustrativo es el de la histeria, que se convirtió en el diagnóstico para todo de las mujeres del siglo XIX. Incluso se ha llegado a hablar de una «feminización de la locura» sobre la que Phyllis Chesler ha subrayado que los atributos adjudicados a los hombres y mujeres considerados «mentalmente sanos» son distintos. Mientras un hombre mentalmente sano sería independiente, autónomo y objetivo, una mujer mentalmente sana sería dependiente, sumisa y sentimental¹⁴. De esta manera, la brecha de género está directamente relacionada con las desigualdades sociales que sitúan a las mujeres en espacios de subordinación, fundamentándose los ingresos en las resistencias de éstas al poder hegemónico masculino, que tenía como objetivo principal reconducir el comporta-

-
- 10 VÁZQUEZ DE LA TORRE ESCALERA, *El Manicomio Nacional de Leganés... op. cit.* CONSEGLIERI GÁMEZ, *El Manicomio nacional de Leganés, op. cit.*, CANDELA RAMÍREZ, Ruth, *El Manicomio nacional de Leganés, op. cit.* TIERNO PATIÑO, *El Manicomio Nacional de Leganés... op. cit.*
- 11 GONZÁLEZ, Emilio, *A psiquiatría galega e Conxo*, Ediciones Rueiro, Madrid, 1977, págs. 77-79. SIMÓN LORDA, David, *Locura, medicina y sociedad: Ourense (1875-1975)*, reeditado por la Xunta de Galicia en 2005. SIMÓN LORDA, David; GONZÁLEZ FERNÁNDEZ, E. y RODRÍGUEZ LÓPEZ, A., «Un siglo de asistencia psiquiátrica en la periferia del estado: Orense-Galicia-España (1875-1975)», en *Historia de la psiquiatría en Europa*, obra colectiva, Frenia, Madrid, 2003, págs. 661-694. FERNÁNDEZ VÁZQUEZ, Alfonso, «Atención psiquiátrica en Galicia en el siglo XIX. Crónica sobre la fundación del manicomio de Conxo», *Revista de Enfermería y Humanidades. Cultura de los cuidados*, n.º 62, 2022. VIDAL VALIÑA, Carmen Marina, «Locas y trabajadoras: rastreando las profesiones de las mujeres internas en el manicomio de Conxo (Santiago de Compostela, 1885-1900)», en *Mujeres, negocios y finanzas. Un enfoque histórico a través de la educación, la economía y la legislación (siglos XVI-XIX)*, obra colectiva, Umaeditorial, Málaga, 2024, págs. 35-37. VIDAL VALIÑA, Carmen Marina, «Recuperando la memoria de las locas: Mujeres internas en el psiquiátrico de Conxo (Santiago de Compostela)», *VI Congreso internacional de ciencia, feminismo y masculinidades* (obra colectiva), coord. por Asociación Universitaria de Ciencia, Feminismo y Masculinidades, 2024, págs. 96-99.
- 12 GARCÍA DÍAZ, Celia, «El manicomio provincial de Málaga en el primer tercio del siglo XX: la utopía que (no) pudo ser», en *Asclepio. Archivo iberoamericano de Historia de la Medicina y Antropología Médica*, 70 (2), 2018. DOI: 10.3989/asclepio.2018.22. GARCÍA DÍAZ, Celia, *Un lugar para la locura de las mujeres. Historia(s) de la sala 20 del Manicomio Provincial de Málaga (1909-1950)*, Centro de ediciones de la Diputación de Málaga, 2022.
- 13 HERNÁNDEZ PADILLA, María, «La creación del manicomio de Jaén: reflexiones históricas para la construcción de un discurso social de la atención psiquiátrica», en *Norte de Salud Mental*, n.º 33, 2009, págs. 87-93.
- 14 GARCÍA DÍAZ; JIMÉNEZ LUCENA, «Género, regulación social y subjetividades...», *op. cit.*, pág. 133.

miento femenino a un ámbito socialmente aceptable, conformando la estabilidad de los roles femeninos en las jerarquías sociales¹⁵. Así, hay quienes sostienen que la psiquiatría moderna nace como un saber que busca reforzar las relaciones de poder hegemónico masculino existentes, atribuyendo a los comportamientos femeninos que no se adecuan a los roles de género asignados, «la marca y el estigma de la locura»¹⁶.

En este sentido se han pronunciado autores como Foucault o Phyllis Chesler. El primero sostiene que el género constituye uno de los pilares sobre los que se construyó el saber-poder de la psiquiatría. Mientras que en *Women and Madness*, Chesler pone de manifiesto que la multiplicación de diagnósticos de locura puede interpretarse como una forma de castigo impuesta a las mujeres por comportamientos que son considerados socialmente inaceptables para ellas, pero que sí son admisibles para los hombres¹⁷. En su trabajo *El poder psiquiátrico*, Foucault habla de un tipo de poder en las sociedades modernas llamado «el poder disciplinario» que describe como:

una modalidad mediante la cual el poder político y los poderes en general logran, en última instancia, tocar los cuerpos, aferrarse a ellos, tomar en cuenta los gestos, los comportamientos, los hábitos y las palabras¹⁸.

De forma que, si la psiquiatría es una disciplina de poder, el manicomio será el espacio para el control social.

Por último, conviene señalar que la Relatora Especial sobre los derechos de las personas con discapacidad ha advertido recientemente que se requieren estudios que aborden la interacción entre la salud mental, la discapacidad y el género, ya que los informes de Naciones Unidas siguen alertando del mayor riesgo que corren las mujeres de ser internadas en instituciones cuando se muestran incapaces de cumplir su función tradicional de madres y cuidadoras¹⁹.

15 MOLINARI, A, «Autobiografía de mujeres en un manicomio italiano a principios del siglo XX», en *Letras bajo sospecha: escritura y lectura en centros de internamiento* (obra colectiva), Ediciones Trea, Gijón, 2005, págs. 379-399, esp.383.

16 BACIGALUPE, Amaia; CABEZAS, Andrea; BAZA BUENO, Mikel; MARTÍN, Unai, «El género como determinante de la salud mental y su medicalización», en *Informe SESPAS 2020. Retos actuales de la Salud Mental desde la Salud Pública y la Administración Sanitaria*, vol.34, n.º S1, 2020, págs. 61-67.

17 CHESLER, Phyllis, *Women and Madness*, Chicago, Lawrence Hill Books, 2018, pág. 100.

18 FOUCAULT, Michel, *El poder psiquiátrico*, Akal, Madrid, 2005, pág. 59.

19 NN.UU. A/HRC/40/54. Informe de la Relatora Especial sobre los derechos de las personas con discapacidad, de 11 de enero de 2019, párrafo 37.

2. La regulación de los internamientos involuntarios a lo largo del siglo XIX

A partir del siglo XIX se cierra un período en el que la discapacidad se había asociado a creencias sobrenaturales, mágicas y divinas que justificaban la reclusión de «locos y dementes» en cárceles y otros establecimientos. La asistencia de estas personas había estado en manos de las órdenes religiosas o particulares hasta mediados del siglo XIX, cuando asistimos a un cambio conceptual en la forma de entender la beneficencia. Este nuevo modelo se integra en el incipiente Estado liberal que fomentará la asistencia a las personas pobres, desamparadas o con discapacidad, que pronto será entendida como un «servicio público»²⁰. La propia Concepción Arenal distinguió la beneficencia de la caridad, definiendo la primera como la compasión oficial «que ampara al desvalido por un sentimiento de orden y justicia», frente a la caridad, que vendría a ser la compasión cristiana²¹. En este nuevo contexto, correspondía al Estado, como «representante de la nueva sociedad [...] amparar al desvalido»²².

La Constitución de 1812 atribuyó a los ayuntamientos el cuidado de hospitales, hospicios, casas de expósitos y demás establecimientos de beneficencia (art. 321-6), al que quedaban sometidos los establecimientos psiquiátricos. A las diputaciones provinciales se les atribuyó el cuidado de los establecimientos piadosos y de beneficencia, y el control y fiscalización de los ayuntamientos (art. 358-8), consagrándose la diputación como institución superior jerárquica respecto de los ayuntamientos²³. Estas competencias fueron desarrolladas por la Instrucción para el gobierno económico-político de las provincias de 1813. En particular, dispuso que:

Para desempeñar lo que previene el párrafo 6.º del art. 321 de la Constitución, cuidará el Ayuntamiento de los hospitales y casas de expósitos ó de beneficencia, que se mantengan de los fondos del comun del pueblo, bajo las reglas que para ello estuvieren dadas ó se dieren por el Gobierno; pero en los establecimientos de esta clase, que fueren de fundacion particular de alguna persona, familia ó corporacion, ó que estuvieren encargados por el Gobierno á personas ó cuerpos particulares; con sugesion á reglamentos, solo tocara al Ayuntamiento, si observare abusos, dar parte de ellos al Gefe político para el conveniente

20 FERNÁNDEZ VÁZQUEZ, «Atención psiquiátrica en Galicia...», *op. cit.*

21 ARENAL DE GARCÍA, Concepción, *La beneficencia, la filantropía y la caridad*, Imprenta Clásica Española, Madrid, 1927.

22 ARENAL DE GARCÍA, *La beneficencia, la filantropía... op. cit.*

23 POLO MARTÍN, Regina, *Absolutismo, afrancesamiento y constitucionalismo. La implantación del régimen local liberal (Salamanca, 1808-1814)*, Junta de Castilla León, Valladolid, 2009, pág. 113.

remedio; pero sin perturbar de modo alguno en el ejercicio de sus respectivas funciones á los directores, administradores y demas empleados en ellos.

Este escenario normativo sirvió de base al funcionamiento del régimen público de beneficencia, bajo el cual quedarían enmarcados los internamientos de «locos y dementes», aunque no llegó a implantarse plenamente, dando lugar a un sistema heterogéneo de beneficencia²⁴. Hubo que esperar al Trienio Liberal para que se promulgara la Ley de la Beneficencia, de 23 de enero de 1822, que representó el «paso definitivo de la Beneficencia a manos de la Administración»²⁵. La Ley otorgaba un papel importante a los municipios y a las juntas municipales de beneficencia como auxiliares de los primeros. Las diputaciones, en cambio, quedaban encargadas de inspeccionar las cuentas presentadas por los ayuntamientos antes de que éstas pasaran al Gobierno.

Entre los aspectos más destacables conviene señalar la municipalización de la beneficencia; la reforma hospitalaria, que proponía la revisión de todo el sistema; la creación de casas de maternidad, hospitales para locos y convalecientes²⁶. Asimismo, se configura un modelo de «des-hospitalización», que regula los hospitales como centros subsidiarios ante la imposibilidad de atender a los enfermos en sus casas²⁷. Este fomento de la asistencia domiciliaria se mantendrá a lo largo de todo el siglo XIX²⁸ y fue una constante en los planes de los ilustrados, justificada por la insuficiencia de puestos hospitalarios y la optimización de recursos²⁹.

El Reglamento General de beneficencia pública, decretado por las Cortes Extraordinarias el 27 de diciembre de 1821 y publicado el 6 de febrero de 1822, enumera los establecimientos de beneficencia en el art. 40: casas de maternidad, las de socorro, los hospitales de enfermos, convalecientes y locos, así como la hospitalidad y socorros domiciliarios. Respecto de las casas destinadas a «recoger y curar los locos de toda especie podrán ser comunes á dos

24 LÓPEZ EBRI, «El internamiento psiquiátrico involuntario...», *op. cit.*

25 VIDAL GALACHE, Florentina, «El impacto de la Ley General de Beneficencia de 1822 en Madrid», en *Revista de la Facultad de Geografía e Historia*, n.º 187, pág. 41-56, esp.43.

26 El art. 105 de la ley disponía que, en todas las capitales de provincia, además de en los pueblos en los que el Gobierno lo juzgara conveniente, existiría un hospital público. Asimismo, se establecía el límite de cuatro hospitales, descontando el de convalecencia y el de locos (art. 107).

27 ÁLVAREZ GARCÍA, Francisco Javier; VENTURA PÜSCHEL, Arturo, «El tratamiento de los delincuentes enajenados en el siglo XIX (I. El tratamiento de los locos y de la locura desde principios del siglo XV hasta finales del siglo XIX)», en *Estudios Penales y Criminológicos XXXI*, vol.42, 2022, págs. 1-43.

28 ROJO ÁLVAREZ-MANZANEDA, Leticia, «Síntesis legislativa de la transformación de la beneficencia en asistencia social», en *Nuevas perspectivas del tratamiento jurídico de la discapacidad y la dependencia*, obra colectiva, 2014, págs. 433-442.

29 VIDAL GALACHE, «El impacto de la Ley General de Beneficencia...», *op. cit.*, pág. 49.

o más provincias, según su población, distancias y recursos, y aun según el número ordinario de locos en ellas, todo á juicio del Gobierno» (art. 119). En su art. 120 establece que:

Estas casas no deberán estar precisamente en la capital, y el Gobierno podrá establecerlas en otros puntos de la provincia que ofrezcan más ventajas y comodidades para la curación de los locos.

Asimismo, dispone la existencia de un departamento de mujeres, distinto del de los hombres (art. 121), y advierte que *«el encierro continuo, la aspe-reza en el trato, los golpes, grillos y cadenas jamás se usarán en estas casas»* (art. 122).

Sin embargo, la Ley de Beneficencia de 1822 fracasa y las disposiciones legales que contenía distaron de ser cumplidas.

Por el contrario, la Ley General de Beneficencia de 20 de junio de 1849³⁰ trató de superar el marcado carácter municipalista de la Ley de 1822, y distribuyó en varios niveles la asistencia domiciliaria de enfermos (ayuntamientos) y los servicios residenciales (diputaciones provinciales). La Ley también reclamaba competencias para el Estado, en lo relativo a los establecimientos dedicados al cuidado de «locos, sordo-mudos, ciegos, impedidos y decrépitos» (artículos 1.º y 2.º del Reglamento). Sin embargo, a diferencia de las leyes para alienados de Francia (1838)³¹ o Inglaterra (1828), en España no se contó con una legislación específica quedando integrados en el marco de la asistencia pública hasta el año 1852, año de la promulgación del Reglamento que desarrollara la Ley de Beneficencia³². En su art. 2 señalaba que pertenecían a la beneficencia general «los establecimientos de locos, sordomudos, ciegos, impedidos y decrépitos». Además, en el art. 92 se dispuso que los establecimientos de beneficencia provinciales tenían como objeto, entre otros: *«cuidar de los locos, sordomudos, ciegos, decrépitos e impedidos hasta su entrega en los establecimientos de la capital o en el general a que correspondan»*.

30 Gaceta de Madrid del 24 de junio de 1849.

31 Ley n.º 743 de Alienados de 30 de junio de 1838, con influencia de Jean-Etienne Dominique Esquirol, denominándose por ello «Ley Esquirol». La Ley dedica considerable atención al patrimonio del enajenado e instaura un modelo de internamiento administrativo, ordenado por el Prefecto de Policía en París y Prefectos en los departamentos (art. 18), contemplándose incluso que fueran autoridades inferiores (Comisarios de Policía de París y Alcaldes de las otras comunas) quienes adoptaran la decisión «en caso de daño inminente, atestado por el certificado de un médico o por la notoriedad pública» (art. 19). La intervención judicial sólo tenía lugar en vía de apelación ante el tribunal en donde estuviera ubicado el establecimiento de internamiento (art. 29).

32 Real decreto mandando se observe el reglamento de la ley de beneficencia de 20 de junio de 1849, *Gaceta de Madrid* núm. 6537, de 16 de mayo de 1852.

Tanto la Ley como su Reglamento de ejecución, aprobado por Real Orden de 14 de mayo de 1852, reorganizan la asistencia sanitaria. En este sentido, los establecimientos de locos se consideran establecimientos generales de beneficencia, disponiéndose la existencia de seis en todo el territorio nacional (arts. 2 Ley y 5 Reglamento). Por el contrario, nada dispone sobre el procedimiento de ingreso en estos establecimientos, a salvo de una disposición contenida en el art. 14 del Reglamento de 1852 que prevé la existencia de un «departamento especial para aquellos cuyas familias pudiesen costear sus estancias» (los llamados «pensionistas»).

A pesar de que la Ley de Beneficencia contemplaba la puesta en marcha de seis establecimientos, solo vio la luz uno de ellos, el Manicomio Nacional de Santa Isabel de Leganés, inaugurado en 1851. La Instrucción General para los establecimientos benéficos nacionales, aprobada por Decreto de 22 de abril de 1873³³ hace referencia a los aspectos organizativos y económicos de los mismos, dedicando además sus arts. 87-100 al Manicomio de Santa Isabel de Leganés. Respecto a la construcción de otros manicomios en las distintas provincias, ésta fue limitada y se postergó constantemente. Así, en 1885 se abrió el Manicomio de Conxo³⁴, en 1890 el de Sevilla, en 1899 el de Málaga y en 1927 el Córdoba³⁵.

En general, estos primeros intentos de organización administrativa de la asistencia psiquiátrica no dieron resultados adecuados ni efectivos, dados los escasos medios disponibles de las corporaciones provinciales, así como por la ausencia de reglamentación sistematizada a nivel nacional³⁶. A través de esta Ley se pudo haber implantado el modelo médico-rehabilitador, pues, al menos desde un plano teórico, rechazaba el carácter correctivo y disciplinario³⁷ de los internamientos y pretendía la curación de los enfermos

33 Gaceta de 28 de abril de 1873.

34 El primer manicomio de Galicia se inauguró el 1 de julio de 1885.

35 En 1927 se crea un centro específico para la asistencia psiquiátrica en el antiguo hospital de la Misericordia, que mantuvo sus puertas abiertas hasta el año 1969, en que se inauguró una nueva institución psiquiátrica en la localidad de Alcolea (Córdoba), abandonada tras la reforma psiquiátrica en 1991. RUIZ GARCÍA, «El hospital psiquiátrico Provincial de Córdoba», *op. cit.*, pág. 221. Para saber más sobre esta materia, nos remitimos al estudio que precede a este trabajo: GUISSADO DOMÍNGUEZ, Auxiliadora, «Historia, instituciones y establecimientos para la asistencia psiquiátrica en Córdoba a finales del siglo XIX y primer tercio del siglo XX», en *Norma y locura. El Hospital Psiquiátrico Provincial de Córdoba (1885-1931)*, Colex, A Coruña, 2026, págs. 37-65.

36 SIMÓN LORDA, *Locura, medicina y sociedad... op. cit.*

37 Recordemos que ya Pinel (1745-1826), considerado el padre de la psiquiatría moderna, «inventó el asilo como “pequeño gobierno”, según solía llamarlo, con su “Jefe de Policía interna” y, siempre, con sus “celdas”, “celdillas”, “calabozos”, “jaulas de locos” y “mazmorras”. E incluso fue en calidad, no de médico, sino de vigilante, como Esquirol entró en la Salpêtrière». DIDI-HUBERMAN, Georges, *La invención de la histeria. Charcot y la iconografía fotográfica de la Salpêtrière*, Ensayos Arte Cátedra, Madrid, 5.ª ed., 2023, p. 15.

en las casas de beneficencia³⁸. Sin embargo, «cuidar» será el equivalente de «internar», justificándose que no se les «somete a la organización del asilo: sencillamente, entran allí»³⁹. Y en su búsqueda de la cura se consolida como herramienta la institucionalización. Si bien, como veremos más adelante, el modelo judicial de internamiento que rige en este período obedece más al modelo de la prescindencia, en particular, al submodelo de la marginación, cuya principal característica es la exclusión⁴⁰. Habrá que esperar a los años ochenta para que se consolide en España el modelo médico rehabilitador⁴¹.

3. El modelo judicial del internamiento involuntario

La primera norma que reguló la hospitalización de los dementes e instauró un sistema de control judicial de los internamientos fue el Real Decreto de 12 de mayo de 1885 por el que se aprobó el Reglamento Orgánico para el régimen y gobierno interior del Manicomio de Santa Isabel de Leganés⁴². La norma detallaba el personal del Manicomio⁴³, regulaba el ingreso de los dementes, el régimen interior del centro y fijaba que el destino de los establecimientos no era otro que el «*cuidado y tratamiento médico moral de los enajenados*»⁴⁴. Sobre el ingreso determinaba que debía ser ordenado por el Director General de Beneficencia y Sanidad⁴⁵. Sin embargo, la instancia solicitando el ingreso debía ir acompañada de una información realizada ante el juez de primera instancia del domicilio del alienado, su curador o miembro de su familia, en

38 ANGUITA OSUNA, José Enrique, «Análisis histórico-jurídico de la beneficencia española de mediados del siglo XIX: la Ley de Beneficencia de 1849 y su Reglamento de ejecución de 1852», en *Aportes. Revista de Historia Contemporánea*, vol. 34, núm.99, 2019, págs. 89-121, esp.100.

39 DIDI-HUBERMAN, *La invención de la histeria... op. cit.*, pág. 15.

40 Palacios, Agustina, *El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*, CERMI, Madrid, 2008, p. 54. De hecho, frente al discurso del modelo médico-rehabilitador, los pacientes dejaron testimonio en las cartas que escribían a familiares y amigos -retenidas y archivadas en sus historias clínicas- como atestigua un hombre en 1929: «aquí no hay de hecho ni Director, ni médicos de guardia, y sí los hombres en un completo abandono, hombres encerrados de por vida, amarrados y el resto tirado por los suelos sin distracciones». CANDELA Y VILLASANTE, «Lo que es, fue y será el Manicomio de Leganés...», *op. cit.*

41 PRADOS GARCÍA, *El ingreso involuntario... op. cit.*

42 RD de 12 de mayo de 1885, por el que se aprobó el Reglamento Orgánico para el régimen y gobierno interior del Manicomio de Santa Isabel de Leganés, y en los demás manicomios. *Gaceta de Madrid*, núm. 129 de 1885.

43 Un administrador depositario, un comisario interventor, dos médicos (uno jefe facultativo y otro agregado), un capellán, un practicante, un barbero, un mozo maquinista, un acólito, catorce hijas de la caridad, celadores, entre otros. Art. 6 RD de 12 de mayo de 1885.

44 Art. 2 RD de 12 de mayo de 1885.

45 Art. 52 RD de 12 de mayo de 1885.

el que debía acreditarse el estado de demencia y la conveniencia o necesidad del ingreso⁴⁶. A estos requisitos se sumaba un reconocimiento médico con carácter previo al ingreso⁴⁷. Unos días después, se promulgaba el Real Decreto de 19 de mayo de 1885⁴⁸, que extendía esta regulación a la totalidad de establecimientos municipales, provinciales y particulares, especialmente en lo relativo a la seguridad individual y a la intervención judicial.

Estas normas suponen un avance cualitativo, de un lado porque se ocupan por primera vez del internamiento involuntario (ya que la legislación anterior tuvo por objeto la organización asistencial y cuestiones competenciales), de otro porque unifica el marco normativo de los establecimientos psiquiátricos que dejan de regularse por reglamentos propios tal y como se venía haciendo hasta la fecha⁴⁹.

La exposición de motivos del RD de 19 de mayo, que hace referencia al fracaso de la Ley de beneficencia de 1849 y del reglamento para su ejecución, señala que «*dada la situación angustiosa del Tesoro*» no fue posible crear más hospitales que el de Santa Isabel de Leganés. Como consecuencia de ello diputaciones y ayuntamientos en el sector público, pero también instituciones privadas, tenían a su cargo «*un gran número de locos que entran en reclusión sin ninguna garantía eficaz de seguridad individual*». Incluso reconoce la práctica de internamientos no conformes a Derecho, situación que provocaba «*con frecuencia litigios, y aun procedimientos criminales, por haber recluso sin razón, y con fines que atentan a la moral, a personas no declaradas judicialmente en estado de demencia*». Por esta razón, y ante la incapacidad de Estado para hacerse cargo de todos los hospitales de dementes, se promulga este Real Decreto que persigue la salvaguarda de la:

seguridad individual, no consintiendo la reclusión de ningún alienado sin previa información hecha ante el Juez competente para justificar el padecimiento y la conveniencia ó necesidad de conceder la clausura del enfermo⁵⁰.

Por todo ello, la finalidad del Decreto no es otra que homogeneizar las condiciones de reclusión en todos los establecimientos psiquiátricos de España extendiendo las garantías (judiciales) para el ingreso de enfermos en dichos establecimientos.

46 Art. 53 RD de 12 de mayo de 1885.

47 Art. 54 RD de 12 de mayo de 1885.

48 Real Decreto de 19 de mayo de 1885 estableció las reglas para el ingreso de los dementes en los manicomios del Estado, provinciales y particulares. *Gaceta* n.º 141, de 21 de mayo de 1885.

49 CANDELA RAMÍREZ, *El Manicomio Nacional de Leganés... op. cit.*, pág. 69.

50 Real Decreto de 19 de mayo de 1885 estableció las reglas para el ingreso de los dementes en los manicomios del Estado, provinciales y particulares. *Gaceta*, n.º 141, de 21 de mayo de 1885.

En el artículo primero del RD de 19 de mayo de 1885 se distinguen dos tipos de internamiento, de observación y de reclusión definitiva, cuyas regulaciones son desarrolladas a lo largo del texto. Respecto del ingreso en observación, señala el art. 5 que «*no podrá tener efecto sino en casos de verdadera y notoria urgencia, declarados así en los informes del Alcalde y Subdelegado de Medicina*».

Este tipo de internamiento tenía carácter urgente⁵¹ y, por ello, requería de informe médico y solo se permitía que se practicara una vez, estableciendo que en el caso de que aparecieran de nuevo los síntomas de demencia, se requería un expediente judicial para su observación⁵². En el caso de los internamientos de reclusión definitiva era preciso un expediente instruido ante el Juez de primera instancia, en el cual se justificase «*la enfermedad y la necesidad ó conveniencia de la reclusión del alienado*»⁵³.

Para ambos tipos de ingreso se establece que:

(...) las peticiones, tanto de observación como de ingreso definitivo en un hospital, deberán hacerse por el pariente más inmediato del demente, ó de oficio si se trata de una persona que carezca de familia, se halle lejos ó separado de ésta⁵⁴.

Sin embargo, tanto el ingreso provisional como el definitivo de personas que careciesen de familia podían tener lugar de oficio, sin que se especificara cuáles eran los órganos que podían actuar de oficio. Es más, esta deficiencia de la norma fue subsanada por una Real Orden de 20 de junio de 1885 que establecía:

cuando un presunto demente que carezca de familia o de representación legal fuese hallado en la vía pública o en su domicilio, dando motivo con su libertad a algún peligro inminente, en evitación del cual, la autoridad estime que su reclusión es absolutamente necesaria y urgente, podrá ésta acordarse en el acto por el gobernador o el alcalde, según los casos, sin perjuicio de disponer que en el preciso término de veinticuatro horas se cumplan las formalidades estatuidas en los artículos 3.º, 5.º y 8.º del Real Decreto de 19 de mayo último.

51 La norma alentaba la asistencia de los dementes en sus hogares, eximiendo aún la responsabilidad del incipiente Estado liberal: «*Mientras el presunto demente pueda permanecer en su casa sin peligro para los individuos de la familia, sin causar molestias excesivas á personas que vivan en las instalaciones contiguas, ó sin perjuicio evidente para la salud del mismo pariente, no podrá ser recluido, á menos que lo acuerde el Juzgado de primera instancia respectivo, previa la instrucción del oportuno expediente*. Art. 5 Real Decreto de 19 de mayo de 1885.

52 Art. 5 Real Decreto de 19 de mayo de 1885.

53 Art. 7 Real Decreto de 19 de mayo de 1885.

54 Art. 8 Real Decreto de 19 de mayo de 1885.

De los expedientes administrativos consultados, se observa que, en el caso de las mujeres, un gran número de internamientos se inician a instancia de algún familiar⁵⁵, en particular de sus padres⁵⁶, madres⁵⁷, hermanos⁵⁸, hermanas⁵⁹ —también hermanos políticos⁶⁰— y, especialmente, maridos⁶¹. En el caso de los hombres es menos frecuente que la petición de ingreso proceda del ámbito familiar⁶², incluso se observa que el estado civil mayoritario es el de soltero⁶³, siendo menos frecuente encontrar hombres casados recluidos⁶⁴. Por el contrario, predominan los ingresos promovidos a instancia de la alcaldía⁶⁵, del gobernador civil⁶⁶ o de la autoridad judicial⁶⁷.

No obstante, conviene precisar que también se han documentado peticiones de ingreso relativas a mujeres, por parte del gobernador civil⁶⁸ y de las alcaldías de los municipios⁶⁹. Asimismo, se han documentado expedientes de ingreso tramitados a petición del Vicepresidente⁷⁰ o Presidente⁷¹ de la Audiencia o de Juzgados de Instrucción⁷², aunque en menor medida.

-
- 55 No especifica parentesco: ADCO, HC541.077, HC541.96, HC603.41, HC604.58, HC 711.14.
- 56 ADCO, HC541.031.
- 57 ADCO, HC541.31, HC541.61, HC451.068, HC451.082.
- 58 ADCO, HC541.039, HC541.041, HC541.076.
- 59 ADCO, HC541.039.
- 60 ADCO, HC541.030, HC542.1.
- 61 ADCO, HC541.011, HC541.035, HC541.047, HC541.049. Solicita el ingreso su marido, Jefe de la Prisión Preventiva del Partido de Pozoblanco. ADCO, HC541.087, HC542.11.
- 62 Se han encontrado algunos expedientes de ingreso promovidos a instancia de un hermano (ADCO, HC603.66, HC604.19, HC604.17, HC604.53), del padre (ADCO, HC604.49; HC604.54), de la madre (ADCO, HC603.31) o de la esposa (ADCO, HC603.41).
- 63 ADCO, HC603.38, HC603.49, HC603.50, HC603.52, HC603.53, HC603.56, HC603.63, HC604.4, HC604.19, HC604.58, HC605.37, HC685.2, HC706.33, HC710.33, HC710.40, HC711.1, HC711.2, HC711.7, HC711.14, HC711.24, HC711.36, HC713.3.
- 64 ADCO, HC603.41. Ingresa a instancia de la alcaldía, pero su esposa solicita, seis años después, que le sea entregado el enfermo, en contra de la opinión del director médico. HC692.57, HC705.20.
- 65 ADCO, HC603.10, HC603.41, HC603.52, HC 603.52, HC603.63, HC603.67, HC604.7, HC604.23, HC604.9, HC604.25, HC604.44.
- 66 ADCO, HC603.25, HC603.45, HC604.27, HC605.37, HC682.2, HC696.39.
- 67 ADCO, HC603.5, HC603.10, HC603.34, HC603.38, HC711.1.
- 68 ADCO, HC541.019, HC541.034, HC541.037, HC541.042, HC541.044, HC541.046, HC541.059, HC451.078, HC542.4.
- 69 ADCO, HC0541.022, HC0541.028, HC0541.063, HC0541.064, HC0451.066, HC0541.073, HC 541.083.
- 70 ADCO, HC0541.023. Pide el ingreso el Vicepresidente de la Audiencia.
- 71 ADCO, HC603.28.
- 72 ADCO, HC361.004.

Sobre la procedencia de las personas internadas, aunque lo más frecuente era que procedieran de su domicilio, se han constatado ingresos desde otra institución, como es la Casa de Socorro, cuyos ingresos se iniciaban a instancia de «2 Sres médicos de la Beneficencia provincial»⁷³.

3.1. El internamiento en observación

Como se ha expuesto *supra*, el internamiento de observación tenía carácter urgente y provisional. De esta manera, la norma regulaba la habilitación de un local de observación en el que pudiesen permanecer las personas dementes hasta su conducción a un manicomio «*en clase de reclusos permanentes*»⁷⁴. Como resultado surgieron los «departamentos de observación de dementes», que se ubicaron en los hospitales provinciales o municipales. En el caso de Córdoba, la tesis doctoral de Añon Barbudo señala que:

casí sistemáticamente, todos los enfermos jóvenes ingresados con el diagnóstico de imbecilidad o idiocia, pasaban, después de un período de observación, al Hospital de Agudos, suponemos que a las salas generales, pues los enfermos psiquiátricos se encontraban en este mismo centro pero aislados⁷⁵.

Asimismo, la prensa local señala que sí existió un espacio para el ingreso de observación, el denominado «Departamento de Dementes». En este sentido, algunos expedientes de ingreso del hospital cordobés hacen referencia a un «Departamento de dementes anejo» al Hospital de Agudos⁷⁶. Respecto del Hospital de la Misericordia, al que son trasladados los enfermos en 1927, se publicó una descripción de las instalaciones del establecimiento en la prensa local de la época, que mencionaba expresamente el departamento de observación:

construido en una superficie de 2259 metros cuadrados. Consta de los siguientes departamentos: uno para los locos pacíficos, una sala para los enfermos en observación, otra para los deprimidos, otro departamento para los dementes exaltados, otro para las infecciones, un cuarto de higiene y un departamento para el médico⁷⁷.

73 ADCO, HC541.40, HC541.45, HC541.056, HC541.060, HC541.074, HC541.085, HC541.092, HC541.098. Todos referidos a mujeres, con la excepción del expediente HC603.61.

74 Obsérvese la reiterada referencia al término «recluso» a lo largo del texto de la norma.

75 AÑON BARBUDO, Joaquín, *Estudio histórico médico del Hospital de Agudos de Córdoba*, 1980.

76 «En vista de la urgencia del caso y sin perjuicio de dar cuenta a la Comisión he dispuesto con carácter provisional y a observación en el Departamento de dementes anejo a ese Hospital de su cargo... a instancia de su hermana Marina. Lo que participo a V. a los efectos de la admisión del citado enfermo en el mencionado departamento», 4 de julio de 1924. Sr. Dr. del Hospital de Agudos. HC541.039.

77 El nuevo Manicomio. *Diario Córdoba*, n.º 27317, 10/04/1927. Citado en RUIZ GARCÍA, Carmen, «El hospital psiquiátrico Provincial de Córdoba...», *op. cit.*, pág. 223. Conviene seña-

Sin embargo, de las fuentes consultadas no se ha podido confirmar que existiera una separación real entre pacientes recluidos a observación y pacientes de reclusión definitiva.

3.1.1. La solicitud de internamiento

La solicitud de ingreso se dirigía a la diputación provincial⁷⁸ o al ayuntamiento, dependiendo de que el manicomio fuese provincial o municipal. La instancia debía presentarse en las oficinas de la diputación para que la comisión provincial acordara la «reclusión del presunto demente en observación»⁷⁹, en el lugar que hubiese habilitado, donde podría permanecer

lar que el expediente de obras en el edificio de 1955, que contiene planimetría y fotografías, no hace referencia a unas dependencias de observación.

78 Véase: ADCO, HC603.10. Ingreso urgente a instancia del Juez de Instrucción de Montoro. El 08/01/1910 dirige escrito dirigido al presidente de la comisión de la Diputación Provincial para que ingrese en observación (...) en virtud de padecer monomanía persecutoria que intenta contra sí mismo y sus semejantes hasta que se cumplan los trámites legales se acuerde o no su reclusión definitiva por no existir en esta población casa de dementes ni departamento para esta clase de enfermos.

79 Véanse los siguientes ingresos de mujeres:

- ADCO, HC541.011. Ingresos el 20/05/1928, autoriza el ingreso la Comisión el 18/05/1928.
- ADCO, HC541.049. Ingresos el 16/04/1926. Lo autoriza la Comisión el 09/04/1926.
- ADCO, HC541.057. Ingresos el 24/05/1928. Lo autoriza la comisión el día 23/05/1928.
- ADCO, HC451.082. Ingreso urgente el 23/12/1929. La Comisión solicita el ingreso el 21/12/1929.
- ADCO, HC541.083. Ingreso urgente el 30/12/1929. La Comisión solicita el ingreso el 21/12/29.
- ADCO, HC541.085. Ingresos el 12/03/1930. La comisión solicita el ingreso el 10/03/1930.
- ADCO, HC541.087. Ingreso urgente el 17/05/1930. La Comisión solicita el ingreso el 15/05/1930.

Véanse los siguientes ingresos de hombres:

- ADCO, HC603.5. La Comisión acuerda el ingreso el 30/06/1911 e ingresa el 14/07/1911.
- ADCO, HC603.31. La Comisión acuerda el ingreso el 24/03/1927 e ingresa el 26/03/1927.
- ADCO, HC603.38. El 16/08/1918 la Comisión Provincial remite la orden de ingreso, pues se halla en prisión, y el ingreso se produce el 18/08/1918.
- ADCO, HC603.56. La Comisión acuerda el ingreso el 14/06/1929 e ingresa el 3/02/1929.
- ADCO, HC603.66. La Comisión acuerda el ingreso el 10/09/1921 e ingresa el 13/09/1921.
- ADCO, HC603.67. La Comisión acuerda el ingreso el 22/11/1928 e ingresa el 22/11/1928.
- ADCO, HC604.7. La Comisión acuerda el ingreso el 21/07/1920 e ingresa el 22/07/1920.
- ADCO, HC604.9. La Comisión acuerda el ingreso el 12/07/1930 e ingresa el 12/07/1930.
- ADCO, HC604.17. La Comisión acuerda el ingreso 27/02/1930 e ingresa el 27/02/1930.
- ADCO, HC604.23. La Comisión acuerda el ingreso el 23/11/1929 e ingresa el 30/11/1929.
- ADCO, HC604.49. La Comisión acuerda el ingreso el 9/04/1931 e ingresa el 13/04/1931.
- ADCO, HC604.53. La Comisión acuerda el ingreso el 05/04/1922 e ingresa el 06/04/1922.
- ADCO, HC604.58. La Comisión Provincial acuerda el ingreso el 31/12/1930 e ingresa el 01/01/1931.
- ADCO, HC606.22. La Comisión Provincial acuerda el ingreso el 30/10/1926 e ingresa el 01/11/1926.

hasta que se le condujera a un manicomio de «reclusos permanentes». Sin embargo, en ocasiones la comisión se limitaba a dejar constancia que quedaba enterada del ingreso, en particular, en las reclusiones efectuadas de oficio por el gobernador civil o la autoridad judicial⁸⁰.

3.1.2. La necesidad o conveniencia del internamiento

Además de la petición, era necesario justificar la:

necesidad ó conveniencia de la reclusión por medio de un certificado expedido por dos Doctores ó Licenciados en Medicina, visado por el Subdelegado de esta Facultad en el distrito e informado por el Alcalde⁸¹.

Añadía el art. 3 del RD que los:

Profesores de Medicina que expidan la certificación expresiva del estado del enfermo no podrán ser parientes dentro del cuarto grado civil de la persona que formule la petición, del Director administrativo ni de ninguno de los Facultativos del establecimiento en que deba efectuarse la observación.

Sin embargo, la necesidad o conveniencia del ingreso no ha quedado debidamente constatada en los documentos, pues solo en contadas ocasiones el expediente contiene certificado médico⁸². No obstante, muchos de ellos

80 Véanse los siguientes expedientes relativos a mujeres:
 - ADCO, HC541.31. Ingresó por urgencia el 18/07/1927 y la Comisión confirma el ingreso e informa al Dr. del Hospital de Agudos el 30/07/1927.
 - ADCO, HC541.40. Ingresó por urgencia el 16/08/1924 y la Comisión Provincial lo confirma el 12/09/1924.
 - ADCO, HC541.041. Ingresó el 07/12/1927 y la Comisión confirma la reclusión el 10/12/1927.
 - ADCO, HC541.042. Ingreso urgente el 01/03/1925 —por orden del Gobierno civil— y la comisión confirma el 13/04/1925.
 - ADCO, HC541.46. Ingresó por urgencia el 13/11/1925 y la Comisión confirma el ingreso el 17/11/1925.
 - ADCO, HC541.47. Ingresó por urgencia el 23/12/1925 y la Comisión acuerda el ingreso el 30/12/1925.
 Véanse los siguientes expedientes relativos a hombres:
 - ADCO, HC603.10. Ingresa el 12/01/1910 y la Comisión acuerda quedar enterada el 17/01/1910.
 - ADCO, HC603.19. Ingresa el 13/06/1913 (a las 11 horas) y la Comisión acuerda quedar enterada el 13/06/1913.
 - ADCO, HC603.61. Ingresa el 15/05/1929 y la Comisión acuerda quedar enterada el 17/05/1929.

81 Art. 3 RD de 19 de mayo 1885.

82 Véanse: ADCO, HC541.030 y HC541.9, este último expedido por el forense Rafael Utrera Rico y el titular José Pedrajas. También se han conservado pocos certificados médicos en el Manicomio de Leganés. Sostiene Candela que es posible que el documento quedara archi-

sí hacen referencia a este documento, aunque no lo contengan. Es el caso del expediente de ingreso de ACH, en el que «según certificado médico presenta síntomas que requieren especial vigilancia por ser peligrosa su libertad»⁸³. Se observa también que en algunos expedientes que no contienen certificado médico en la fecha del ingreso que dio origen al expediente, sí lo incorporan en ingresos posteriores, regulados ya por el RD de 1931⁸⁴. En otras ocasiones no se hace referencia al certificado, pero sí a la necesidad o conveniencia de la reclusión, donde la peligrosidad adquiere un papel importante. Así, encontramos internamientos de mujeres justificados «por ser peligrosa su libertad», «incompatibilidad social»⁸⁵, peligrosidad por «falta de razón»⁸⁶, peligrosidad para las personas que le rodean⁸⁷ o porque su «permanencia

vado en la Dirección General, pues estos certificados sí se han hallado en algunos expedientes administrativos de ingreso conservados en el Archivo General de la Administración (AGA). CANDELA RAMÍREZ, *El Manicomio Nacional de Leganés... op. cit.*, pág. 77. Respecto del Hospital Psiquiátrico de Córdoba, uno de los libros registro conservados en el ADCO contiene información sobre la remisión de certificados, así como una descripción del estado actual del enfermo que parece cumplimentado por personal facultativo (algo que deducimos por el cambio de letras, así como por las cuestiones técnicas que aborda). Véase: HL 52.1. El primer registro es el n.º 7 —no se conservan las páginas previas— y el ingreso es de 21/10/1903. Información de la que, analizada junto a los expedientes de ingreso, se deduce el envío de los certificados, razón por la cual no se conservan en los expedientes que obran en el ADCO. Aunque llame nuestra atención la falta de referencia a los mismos en gran parte de los expedientes, especialmente los de la última etapa del período objeto de estudio.

- 83 ADCO, HC541.37. Ingresada el 03/10/1927.
- 84 ADCO, HC541.45. Ingresada el 16/01/1928 a instancia del Director de la Casa de Socorro. Se dice que es urgente, pero no describe nada. Sin embargo, en hay ingresos posteriores, uno de ellos de 07/03/1942 que dice que «padece una epilepsia esencial agravada ahora por ataques de demencia agresiva que hace necesario su nueva reclusión en el Hospital Psiquiátrico Provincial para su seguridad, posible curación y seguridad del vecindario». ADCO, HC0541.57. Ingreso urgente el 24/05/1928 sin certificado médico. El 19/01/1935, en un ingreso posterior, se aporta certificado médico que indica que padece «psicosis». ADCO, HC0541.60. Ingreso urgente el 03/08/1928. Sin certificado médico. Consta uno de 29/7/1942 «síntomas propios de la denominada imbecilidad». ADCO, HC0541.63. Ingreso urgente el 06/10/1928. A instancia de la Alcaldía. No se dice nada, pero consta certificado de 22/01/1941: «que durante el período de observación en este Hospital Psiquiátrico, se le han parecido los síntomas propios de la enfermedad mental denominada Esquizofrenia catatónica, que la hace totalmente incompatible con el medio y la sociedad, por lo que debe permanecer internada en este Departamento por tiempo indefinido». ADCO, HC0451.78. Ingreso urgente 21/11/1929. Sin certificado médico. Hay uno posterior de 05/05/1937 indica «enfermedad psíquica». Ingreso urgente 12/09/1930. Certificado médico de 28/06/1937: indicado el ingreso por incompatibilidad social.
- 85 Ingreso urgente el 01/03/1925. «Padece enfermedad psíquica». Se justifica el ingreso por «incompatibilidad social».
- 86 ADCO, HC541.9: falta de razón, peligrosa, «conveniencia de la reclusión para legalizar la continuación» del ingreso.
- 87 ADCO, HC541.034. Ingreso (05/10/1927), por presentar «trastornos mentales que son peligrosos para las personas que le rodean».

en la calle es considerada por los médicos como peligrosa»⁸⁸. Sería el caso de ARB, ingresada con carácter urgente, a instancia del Gobierno civil, tras agredir a su padre. En la historia se hace constar el uso de la camisa de fuerza como instrumento de represión⁸⁹.



Fuente: APDC, HC703.016

Algunas historias evidencian distintas manifestaciones de violencia durante el ingreso. FDE, tras doce años internada, sigue mostrándose en «estado de constante agitación», «corre, grita, abofetea a las demás enfermas»⁹⁰. En determinadas ocasiones, «la agitación se hace mucho más violenta, entonces comete los mayores desastres». En una ocasión, le arrancó a otra enferma la oreja de un bocado. También AAG, con diagnóstico de esquizofrenia paranoide, riñe con otros enfermos, en ocasiones mostrándose agresiva⁹¹. O JMB, diagnosticada de psicosis sifilítica, que se muestra violenta hacia otros⁹².

Por el contrario, es más frecuente que las referencias a la peligrosidad o violencia en el caso de los hombres esté relacionada con su procedencia de

88 ADCO, HC541.057. Ingresada el 24/05/1928.

89 ADCO, HC541.46. ARB, diagnóstico de epilepsia, de ocupación prostituta, carácter fuerte, brusco e irritable, usan con ella camisa de fuerza como contención. En la historia clínica se conserva una fotografía en la que se ve a una mujer con una camisa de fuerza. Véase: HC703.016.

90 ADCO, HC702.36.

91 ADCO, HC541.39.

92 ADCO, HC705.007. Ocupación: prostituta / su casa.

prisión⁹³, de dependencias policiales⁹⁴ o con episodios previos a su ingreso⁹⁵. Sería el caso de FCS, que procede de dependencias policiales por agredir al boticario de su pueblo⁹⁶.



Fuente: APDC, HC711.1.

En el expediente de ingreso de JAC consta un informe de la Guardia Civil en el que se deja constancia de la comisión de dos delitos: tentativa de violación y asesinato de una menor. Un mes después de su ingreso, el gobierno militar dirige un escrito al hospital interesándose por el estado mental de JAC, en el sentido de si cuando cometió el hecho delictivo era o no responsable de sus actos, y si actualmente su estado le permite declarar y defenderse en la causa que contra el mismo se estaba instruyendo⁹⁷.

O el caso de MRI, que tuvo ingresos penitenciarios previos por violencia. Sin embargo, en su historia clínica se hace constar que, cinco años después de su reclusión, «lleva una vida retraída sin relación con los demás enfermos, callado, respetuoso, obediente, (...) no hay déficit intelectual, psicológicamente está perfectamente»⁹⁸.

93 ADCO, HC603.38. HC603.49.

94 ADCO, HC711.1, HC711.24.

95 ADCO, HC685.16, HC705.20. Agredió a su mujer. HC685.2.

96 ADCO, HC711.1. Ingresó el 14/10/1919 hasta su fallecimiento el 03/09/1952. Autorizó su ingreso el presidente de la Audiencia.

97 ADCO, HC604.1.

98 APDC, HC685.16.

Conviene traer aquí las palabras del director del Hospital Provincial Psiquiátrico de Córdoba entre 1927 y 1936, Manuel Ruiz Maya⁹⁹:

el enfermo mental es peligroso en cuanto puede realizar u omitir actos contrarios o necesarios, respectivamente, a las normas habituales de vida, por incapacidad para conocer su valor, por imposibilidad de evitarlos o por una errónea concepción de la vida que le impide ver que son anormales¹⁰⁰.

Ante todo, sostiene Ruiz Maya que estaríamos siempre ante un «posible perturbador». Sin embargo, son diversas las circunstancias ambientales que deben darse para que la peligrosidad potencial se transforme en acto:

la mofa, el escarnio, la repulsa social a aceptar ampliamente en su seno a los ligeramente tarados, el hambre, la falta de ocupación, la incompreensión, sobre todo, en los demás¹⁰¹.

Asimismo, añadía nuestro director, que el enfermo mental podía ser peligroso en tres niveles distintos: para sí mismo¹⁰², para su familia¹⁰³ y para la sociedad¹⁰⁴.

-
- 99 Manuel Ruiz Maya (1888-1936), natural de Espiel (Córdoba). Estudió Medicina en Granada. Médico por oposición en la Sección de Enfermedades Mentales de la Beneficencia Provincial desde 1920, formó parte del movimiento reformador de la asistencia psiquiátrica en España. Para saber más su figura, véase: RUIZ GARCÍA, Carmen; GARCÍA DEL MORAL, Antonio, «Renovación psiquiátrica y regeneracionismo político. Manuel Ruiz Maya (1888-1936)», en *Modernidad, ciudadanía, desviaciones y desigualdades*, obra colectiva, Universidad de Córdoba, 2010, págs. 521-532.
- 100 RUIZ MAYA, Manuel «La peligrosidad de los alienados en sus aspectos teórico y práctico», en *Ideal Médico* II Época, VII Tomo, n.º 125, Año XI (Córdoba 30 de noviembre de 1927), págs. 237-249, esp. 238.
- 101 RUIZ MAYA, «La peligrosidad de los alienados...», *op. cit.*, pág. 239.
- 102 «Porque llevado de sus trastornos, puede atentar contra su propia vida o contra la vitalidad de alguno de sus órganos; puede cometer excesos sexuales; entregarse de modo desenfrenado al uso de tóxicos; abandonar sus habituales medios de vida, entregándose a la holganza o a ocupaciones inadecuadas a sus capacidades; comprometer su libertad y su hacienda en negocios absurdos; firmar compromisos de los que no tenga exacta noción, etc.». RUIZ MAYA, «La peligrosidad de los alienados...», *op. cit.*, pág. 240.
- 103 «Porque puede imbuir en ésta sus propias ideas, (...) quebrantar el honor familiar, sobre todo la mujer, por determinadas perversiones de la conducta; provocar rompimientos y separaciones, determinar abandonos conyugales; formular testamentos litigiosos engendrados en efectos y simpatías polarizados y morbosos; viciar la educación de los hijos, retrasándola, dificultándola, llevándola por senderos inadecuados...». RUIZ MAYA, «La peligrosidad de los alienados...», *op. cit.*, pág. 240.
- 104 «En cuanto puede realizar, con absoluta falta de responsabilidad o con responsabilidad muy limitada, toda clase de contravenciones legales, cuantas figuras de delito señalan los códigos: homicidio, lesiones, robo, hurto, estafa, malversación, incendio, falsificación, atentados al pudor, violación, fraude, desertión, corrupción de menores, escarnio a las religiones, etc. Porque puede actuar en política, con sus falsas concepciones de la vida, arrastrando a masas más o menos extensas a revueltas, motines y revoluciones, a actitudes pasivas contrarias a la conveniencia general». RUIZ MAYA, «La peligrosidad de los alienados...», *op. cit.*, pág. 240.

Sin embargo, en algunas historias no solo no queda constancia de la necesidad o conveniencia del internamiento, sino que de los hechos que se relacionan en el expediente o la historia clínica, se deduce que no parece que las causas que motivan el ingreso estén relacionadas con la peligrosidad del sujeto o se fundamenten en criterios médicos. Sería el caso de ALM, uno de los expedientes de ingreso más antiguos que se conservan¹⁰⁵, diagnosticada de «esquizofrenia catatónica en estado demencial», pero durante el ingreso se muestra «tranquila, humilde, callada y respetuosa»¹⁰⁶.



Fuente: APDC, HC702.48

También sería el caso de PCA, ingresada el 7 de octubre de 1925¹⁰⁷. De la anamnesis de la historia clínica se deduce la ausencia de peligrosidad, así como ciertas subjetividades de género:

Carácter nervioso. Frecuentes disgustos con sus amigos y familiares a los que no concede importancia. Tendencia a la fábula y a la mentira. Eufórica. Habla correctamente con tono enfático y empleando palabras rebuscadas. Reacciona perfectamente a los afectos familiares. No tiene conciencia de enfermedad, le molesta estar con los enfermos¹⁰⁸.

105 ADCO, HC541.9. Fecha de ingreso: 12/0/1907. Fecha de alta: 14/11/1933.

106 ADCO, HC702.48.

107 ADCO, HC541.43.

108 ADCO, HC703.24.

El juicio clínico tras la exploración es el de parafrenia y la historia describe que su constitución y hábito exterior es de «desnutrida y flaca». Añade la historia que escribe correctamente lo que se le ordena. Sobre su efectividad se hace constar que «quiere a todo trance marcharse a reunirse con su familia, pues ella no está loca, le molesta por tanto estar con los enfermos del Departamento». En la historia patológica se hace constar que lleva dos años en el departamento. Sin embargo, el 30 de abril de 1948, ante la necesidad de camas de enfermas, «algunas de las cuales son peligrosas» [no es el caso de PCA], el hospital se dirige a su yerno, que reside en Sevilla:

es preciso que aquellas que como su madre política PCA, pueden en la actualidad hacer vida familiar y social sin inconveniente, salgan siquiera, temporalmente, rogando a V personarse (...) ¹⁰⁹.

Petición que no es atendida, alegando, el 3 de mayo de 1948 en una carta dirigida al hospital, que no puede hacerse cargo. Ese mismo día, PCA sale con permiso sin que se documente el lugar ni la persona solicitante del mismo.



Fuente: APDC, HC703.024

Otro caso similar sería el de CMR. Ingresó el 7 de diciembre de 1927, a petición de su hermano. El 17 de agosto de 1954, desde el Hospital se dirige un escrito al Presidente de la Diputación para comunicarle que:

la enferma (...) da cuenta en la actualidad 69 años, se encuentra en condiciones de abandonar este centro por haber remitido desde hace tiempo la enfermedad mental que padecía, pero como quiera que se trata de persona carente de toda

109 ADCO, HC541.043.

clase de medios económicos y de familia que pudiera hacerse cargo de su sustento, ruego a V. disponga los trámites oportunos, para que dicha enferma sea trasladada al Hospital de Crónicos de la Beneficencia Provincial¹¹⁰.

En 1958 continúa internada y, aunque se hace referencia a un posible traslado al Colegio Provincial de la Merced, la historia clínica recoge el 23/12/1958 como fecha de alta por fallecimiento.

Tampoco parece que el ingreso de FDC fuese urgente, necesario o conveniente¹¹¹. Fue ingresada en observación el 9 de junio de 1931, a instancia de la alcaldía. Según la historia clínica las conductas que motivan el ingreso son euforia y variaciones cicloides de la afectividad¹¹². Sin embargo, consta en su historia que desde el ingreso permanece «tranquila, normal», incluso ayuda a las enfermeras. Es tratada con psicoterapia y trasladada el 2 de enero de 1932 a la Casa de Socorro, donde probablemente debió ingresar desde el principio.

En el mismo sentido el caso de ERO, ingresada con carácter urgente el 13 de junio de 1931, a instancia de su marido, en cuyo expediente de ingreso se conserva un oficio en el que queda constancia de la ausencia de necesidad de reclusión por su buen estado. Consecuencia de ello recibe el alta definitiva el 23 de diciembre de 1931¹¹³. Acudimos a su historia clínica para consultar las conductas que dan lugar a su ingreso y encontramos la siguiente información¹¹⁴. ERO sabe leer y escribir, es costurera y tiene un hijo. Según obra en la historia, en el examen a su ingreso manifiesta sentirse triste, tener dolor de cabeza y ser infeliz en su matrimonio. El porte y el cuidado de su persona durante el examen es adecuado y su mímica en reposo es de tranquilidad. En la hoja de filiación se recoge que hace siete meses comenzó la enfermedad. A la pregunta qué cosas ha observado, figura: «como nerviosidades». A la pregunta ¿por qué no la han ingresado antes? Contesta: «por si no era nada de particular». ERO padece sordera. En la hoja clínica conta que en «las relaciones sexuales con su marido siente mucho dolor; narcisista». Entre las causas de la enfermedad pudo influir el deseo de ERO de retrasar el matrimonio. En los cambios generales, físicos y psíquicos se aprecian «vómitos, inapetencia, enflaquecimiento, hiperemotividad depresiva». En otros datos de interés: «cuatro meses antes de su ingreso comenzó a tener ataques histeroideos, coincidiendo con la mayor intensidad de los disgustos matrimoniales». El examen mental resultó suficiente, mostrando lucidez en todo momento, «aun durante los ataques». Una vez internada, se muestra tranquila, «desapareciendo el cuadro lentamente con el aislamiento familiar, trabajo y vida ordenada».

110 ADCO, HC541.041.

111 ADCO, HC542.9.

112 ADCO, HC710.014.

113 ADCO, HC542.11.

114 ADCO, HC710.011.



Fuente: APDC, HC710.011

MDF ingresa el 20 de abril de 1931 por indicación del gobernador civil, procedente de otro centro sanitario. En la fecha del ingreso tiene 79 años. En la exploración se muestra tranquila, aunque se excita al observar que la engañaron para traerla a la «casa de los locos». Sin embargo, durante el tiempo que permanece ingresada «no se aprecia alteración mental ninguna, pues hace vida normal y se encuentra más tranquila, cuidando de las enfermas»¹¹⁵.



Fuente: APDC, HC708.006

115 ADCO, HC708.006. Si bien, se observa que el ingreso de MDF dura apenas 5 meses.

CRP fue ingresada, con carácter urgente, provisional y a observación, en el mismo período¹¹⁶. Según consta en su historia clínica, las conductas que motivan el ingreso (negativismo, irritabilidad, ataques histéricos, incontinencia emocional e hiperemotividad depresiva) se acentúan en el puerperio¹¹⁷. La historia también recoge que, según el esposo y un tío, CRP es «de carácter alegre» y «no le gusta que le contradigan». La paciente es diagnosticada de «ciclotimia con rasgos y ataques histéricos», si bien, durante el ingreso «mantiene la lucidez durante los ataques» y muestra mejoría desde los primeros días. Recibe el alta apenas un mes después.

También el caso de un estudiante de bachillerato llamó nuestra atención. En la exploración se hace constar que «no se siente enfermo ni le duele nada», que «percibe con frecuencia olor a defecación y suciedad» o que es «brillantísimo» en la prueba de memoria. FJLR «ha figurado mucho en la política de su pueblo, aunque sus ideas son exclusivamente monárquicas. Ha dado mítines, ha escrito tres libros aunque no se publicaron». Durante la exploración se mostró tranquilo, aunque algo contrariado, y habló de forma coherente. Aunque se advierte que llaman la atención sus «movimientos, un poco amanerados». El juicio clínico: esquizofrenia paranoide¹¹⁸. Permaneció ingresado desde el 22/11/1928 al 15/04/1937, sin que consten los motivos del ingreso ni certificado médico que lo justifique.

De este caso, quisiéramos destacar algunos aspectos. Si fue ingresado el 22 de noviembre de 1928, el día 3 de diciembre el juzgado solicita al hospital certificado médico para determinar si se requiere o no de un ingreso definitivo, que decretaría finalmente en un auto de 18 de junio de 1929. Si bien el 10 de abril de 1937 el secretario del Hospital se dirige a la alcaldía de Lucena:

encontrándose muy aliviado en su situación mental el enfermo FJLR ruego muy encarecidamente requiera a sus familiares domiciliados en [...] para personarse en este Departamento sin excusa ni pretexto alguno en el improrrogable plazo de tres días, si partir de su notificación, significándoles que, de no verificarlo, será puesto a disposición de la autoridad gubernativa, estimándole mucho comunique a esta Secretaria fecha de la notificación a los efectos que se citan¹¹⁹.

Si bien el requerimiento no surtió efecto y el secretario vuelve a dirigirse a al alcalde el 19 de diciembre de 1936, esta vez solicitando notifique a:

los familiares que de no personarse a la mayor brevedad posible a hacerse cargo del citado enfermo, será puesto bajo su exclusiva responsabilidad a disposición del Excmo. Sr. Gobernador Civil, sin perjuicio de las demás sanciones ha que hubiere lugar por la reiterada negativa ha hacerse cargo del mismo.

116 ADCO, HC542.14. Ingresada el 25/06/1931 y sale el 24/07/1931.

117 ADCO, HC710.005.

118 ADCO, HC603.67.

119 ADCO, HC603.67.



Fuente: APDC, HC706.33

Asimismo, conviene señalar las historias de quienes, pese a ser ingresadas con carácter urgente, fueron trasladadas al poco tiempo a otras instituciones benéficas¹²⁰. Es el caso de FDC, ingresada con carácter urgente, provisional y de observación a instancia de la alcaldía el 9 de junio 1931¹²¹. Se hace constar en su historia clínica que, desde su ingreso, continúa «tranquila, normal», incluso «ayuda a las enfermeras»¹²². Es trasladada a la Casa de Socorro el 2 de enero de 1932. MLG fue ingresada el 23 de junio de 1929 por déficit mental y por un contexto social que se agrava tras el fallecimiento de sus padres. Durante el ingreso aumenta de peso y se muestra contenta. Es trasladada al hospicio el 26 de septiembre de 1931¹²³.

También son abundantes los diagnósticos de epilepsia. Sería el caso de MSM, en cuya historia consta «debilidad mental con accesos epilépticos»¹²⁴. Se añade en la historia que «padece ataques convulsivos con pérdida de conocimiento, dejándola en estado de obnubilación». Fuera de estos episodios se muestra tranquila.

120 Entre otras: ADCO, HC708.022

121 ADCO, HC542.9.

122 ADCO, HC710.014. Conductas que motivan el ingreso: Euforia. Variaciones cicloides de la afectividad. Diagnóstico: ciclotimia. Tratamiento: psicoterapia.

123 ADCO, HC541.73 (expediente de ingreso), HC706.017 (historia clínica).

124 ADCO, HC703.28.



Fuente: APDC, HC 703.28

CGL ingresa por ataques y agitación, aunque remite tras someterse a tratamiento durante el ingreso¹²⁵. Sin embargo, ingresa el 25 de enero de 1926, hasta su fallecimiento en 1975.



Fuente: APDC, HC361.004

125 ADCO, HC361.004, HC707.005. En otros casos se repite la pauta de remisión de los «ataques» que «se presentan de tarde en tarde».

Un caso parecido sería el de MFM, ingresada por convulsiones y ataques de cefalalgia. Se observan ingresos sucesivos. En un certificado médico de 7 de marzo de 1942 consta que «padece una epilepsia esencial agravada ahora por ataques de demencia agresiva», que hacía necesario un nuevo ingreso. En el Hospital se observa una «vida ejemplar: obediente, trabajadora, limpia, come bien, duerme bien. Ha sufrido algún ataque»¹²⁶.

Asimismo, se han constatado ingresos de hombres en los que también se hace referencia a los ataques epilépticos como causas que motivan el ingreso¹²⁷. En el caso de JAC, se refiere en su historia clínica que desde hace 6 u 8 años viene padeciendo convulsiones, con pérdida del conocimiento y caída al suelo en relajación muscular¹²⁸.

También la discapacidad intelectual está presente en las historias, si bien la terminología empleada para diagnosticarla fue muy variada. Encontramos diagnósticos como imbecilidad, debilidad mental u oligofrenia¹²⁹. En un certificado médico de GMC se hace constar.

«que durante el período de observación en este Hospital Psiquiátrico Provincial se le han apreciado los síntomas propios de la denominada imbecilidad, por lo que debe continuar internada en este establecimiento por tiempo indefinido»¹³⁰.

Sin embargo, fue trasladada al Hospicio en 1946.



Fuente: APDC, HC705.030

126 ADCO, HC703.020.

127 ADCO, HC710.4, HC711.10, HC711.14.

128 ADCO, HC685.2.

129 En el Manicomio Provincial de Málaga la oligofrenia fue ganando terreno en la Guerra Civil y, sobre todo, durante el Primer Franquismo. GARCÍA DÍAZ, Celia, *Un lugar para la locura de las mujeres. Historia(s) de la sala 20 del Manicomio Provincial de Málaga (1909-1950)*, Diputación de Málaga, Málaga, 2022, pág. 141.

130 ADCO, HC705.030. Certificado con fecha de 29/07/1942.

Un caso similar sería el de RCC, diagnosticada con «deficiencia mental», ingresó el 15 de mayo de 1930, salió con permiso de un mes, pero reingresó en el Psiquiátrico «por falta de asistencia familiar y por no encontrar trabajo»¹³¹. Fue trasladada a la Casa Socorro en febrero de 1932.



Fuente: APDC, HC704.013

También encontramos hombres con discapacidad intelectual recluidos en el Hospital Psiquiátrico¹³². Sería el caso de JGM, de 18 años, que «acusa signos manifiestos de deficiencia mental». Es trasladado a la Casa de Socorro tres años después¹³³. O el de FDM, que acusa «gran deficiencia mental» y una «conducta intachable y obediente»¹³⁴.



Fuente: APDC, HC711.10

131 ADCO, HC704.013.

132 ADCO, HC710.4, HC713.3.

133 ADCO, HC692.38.

134 ADCO, HC711.10.

Llama la atención el expediente de ingreso para observación de una mujer de 80 años, diagnosticada de demencia senil, que fue trasladada un año después a la Casa de Socorro¹³⁵.

Por último, conviene mencionar que la histeria ocupa un papel primordial en las historias clínicas de las mujeres internadas¹³⁶, como «síntoma de ser mujer, así de burdo»¹³⁷. De esta forma, aparece de forma reiterativa el «carácter histérico» de la alienada¹³⁸, asociado a irritabilidad, intranquilidad¹³⁹, infertilidad¹⁴⁰, infelicidad, desobediencia, reticencia a casarse¹⁴¹, falta o exceso¹⁴² de apetito sexual. Así como la homosexualidad o la masturbación están presentes en las historias clínicas de hombres¹⁴³, pero ausentes en las de mujeres¹⁴⁴.

3.1.3. Trámites posteriores a la reclusión

3.1.3.1. Deber de información del director del hospital

El art. 3 obligaba a los directores de los establecimientos a dar conocimiento al Gobernador de la provincia, o en uno de sus pueblos, en el término de tres horas, cuyo cómputo comenzaba en el momento del ingreso del pre-

135 ADCO, HC708.022.

136 Entre muchas otras: ADCO, HC705.005, HC705.008, HC707.003, HC707.024, HC707.035, HC708.018, HC708.036.

137 DIDI-HUBERMAN, *La invención de la histeria... op. cit.*, pág. 94.

138 En 1980 la histeria desaparece de la tercera edición del Manual diagnóstico y estadística de los trastornos mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría, aunque se dispersa entre los trastornos somatomorfos, los trastornos por estrés postraumático, los trastornos disociativos y el trastorno histriónico de la personalidad. Si bien, señalan algunos estudiosos, que cuando «la ciencia o la religión han querido controlar la estructura histérica, ésta ha buscado nuevos síntomas más acordes con los tiempos». ORDÓÑEZ FERNÁNDEZ, M. Prado, «¿Histeria, Simulación o Neurosis de Renta?», *Revista Clínica de Medicina de Familia*, vol.3, n.º 1, 2010.

139 ADCO, HC541.99.

140 Recordemos la visión de Platón (427-347 a.d.c.) sobre la histeria: «en las mujeres (...) lo que se llama matriz o útero es un animal que vive en ellas con el deseo de hacer niños. Cuando permanece mucho tiempo estéril después del período de pubertad apenas se le puede soportar: se indigna, va errante por todo el cuerpo, bloquea los conductos del alimento, impide la respiración, causa una molestia extraordinaria y ocasiona enfermedades de todo tipo».

141 ADCO, HC710.011.

142 ADCO, HC705.007, HC706.034.

143 ADCO, HC692.39, HC710.10, HC710.13, HC711.14.

144 Han tratado en profundidad esta materia: FARHANE MEDINA, Naima Z.; CONTRERAS MERINO, Ana M., «Normalidad, género y locura: análisis de la psicopatologización diferencial de hombres y mujeres en el Hospital Psiquiátrico Provincial de Córdoba (1918-1931)», en *Norma y locura. El Hospital Psiquiátrico Provincial de Córdoba (1885-1931)*, Colex, A Coruña, 2026, págs. 151-183, esp.163.

sunto alienado. Para ello, debía expresar el nombre y naturaleza de la persona alienada, así como el de la persona que hubiera solicitado la admisión y el de los facultativos que hubieran certificado la necesidad o conveniencia de recluir al enfermo. En los expedientes de ingreso consultados se constata la puesta en conocimiento al Gobernador Civil¹⁴⁵ o al Juzgado de Instrucción¹⁴⁶. En otras ocasiones los documentos muestran que el Juzgado era concededor del ingreso. Es el caso del expediente de ingreso de CFRM, que contiene un oficio del Juzgado dirigido al Hospital informando haber recibido comunicación del ingreso, fechado tres días después del ingreso¹⁴⁷.

En la primera etapa se observa mayor cumplimiento de la norma, recogiéndose incluso la hora a la que la persona fue internada¹⁴⁸. Por el contrario, a medida que avanzamos en el tiempo, el cumplimiento de requisitos procedimentales se abandona.

3.1.3.2. Incoación del expediente judicial

Una vez el enfermo era ingresado en un establecimiento de observación, el expediente judicial debía incoarse *«bien por la familia, ó de oficio en caso de que el presunto alienado carezca de parientes, ó en el de que éstos se hallen*

145 ADCO, HC541.039.

146 ADCO, HC541.019.

147 ADCO, HC603.63. Ingresos el 3 de julio de 1925.

148 ADCO, HC603.20. Un expediente de ingreso «ejemplar» sería el de JPR. Ingresos el 13/06/1913, a las 11 horas. El 20/06/1913 se informa del ingreso al Juzgado de Instrucción de Pozoblanco. El 28/06/1913 el alcalde de Villanueva de Córdoba informa al director del Hospital de Agudos que el día 20 de junio se informó a la familia del presunto alienado de la obligación que tenían de incoar, en el término de 20 días, el oportuno expediente judicial. El 18 de julio el Alcalde vuelve a informar «que ha transcurrido más de un mes desde el ingreso del demente... y que no se tienen noticias del expediente judicial». El día 31 el Juzgado de Pozoblanco solicita al Hospital certificación médica del interno, a la que contesta el 5 de agosto, expresando que no ha tenido tiempo para el diagnóstico. Si bien, consta en el expediente que el 18 de septiembre «se remite el certificado por el que el demente que tiene que continuar recluso para lo cual precisa el expediente judicial que esté prevenido».

ADCO, HC603.28. También es muy riguroso con el procedimiento el expediente de JLP. El 8/10/1915 la presidencia de la Audiencia dirige petición de ingreso al director del hospital. Ingresos el 9/10/1915, a las 8 horas. El director del hospital informa al Gobernador Civil y al Juzgado de Castro del Río. El día 15 la Comisión confirma el ingreso. El día 27 la dirección del hospital informa del ingreso al alcalde de Espejo «me permito interesar de V manifiesta a la familia del enfermo la ineludible obligación que tiene de incoar ante el Sr. Juez de Instrucción de este partido, y su término de 30 días el oportuno expediente judicial que prescribe el RD de 9 de mayo de 1885 y RO de 1.º Junio de 1908». El 22 de enero de 1916 se remite al Juez de Castro del Río el certificado «síntomas de enajenación mental» por lo que procede reclusión definitiva.

También se recoge la hora del ingreso en ADCO, HC603.10. Expediente de ingreso por orden judicial del paciente EEGS (expediente número 15). Ingresos el 12/01/1910.

ausentes, el expediente judicial para la reclusión definitiva», para que una vez expirado el plazo máximo de observación (3 ó 6 meses), «se expida por el Facultativo o Facultativos del manicomio en que la observación tuviere lugar el oportuno certificado médico»¹⁴⁹.

En el libro registro de filiaciones se han observado muchas anotaciones en las que, precisamente, el último trámite realizado es el que se dirige al alcalde del municipio de la persona internada, para que comunique a la familia que instruya el procedimiento judicial en el término de 30 días, sin que se anote nada más con posterioridad¹⁵⁰.

Sostiene Barrios que éste será precisamente el talón de Aquiles del Real Decreto, pues los familiares eran reacios a formalizar el expediente de reclusión definitiva:

Ya porque, libres del riesgo o la molestia de convivir con el presunto loco, se olviden fácilmente del deber que contrajeron al obtener la reclusión provisional; ya para eludir los gastos que de un procedimiento judicial se les origine (...) ¹⁵¹.

Añadía la norma que el certificado debía ser entregado a la persona que solicitó la reclusión:

del demente el mismo día que termine dicho plazo, para que inmediatamente pueda ser presentado al Juzgado, el cual á su vez habrá de dictar la resolución que proceda dentro de las 24 horas siguientes.

El plazo no debía respetarse, pues una Real Orden de 2 de junio de 1908 dispuso que:

transcurrido un mes desde el ingreso del paciente en observación, los Directores del establecimiento que no tuvieran conocimiento de que se hubiera incoado el expediente judicial de reclusión definitiva, darán nuevo parte a las Autoridades Locales o provinciales¹⁵².

149 Artículo 6 Real Decreto de 19 de mayo de 1885.

150 ADCO, HC2456.2 Alienadas. Libro de filiaciones (1891-1923). A modo de ejemplo, consta que se remitió el certificado a la familia para la instrucción del procedimiento de ingreso definitivo en la siguiente anotación registral: AM, ingresa el 22/10/1909. El 13/08/1910 se remite certificado facultativo al alcalde de Montoro para que lo entregue a la familia de la enferma para que instruya el expediente judicial por su reclusión definitiva.

151 BARRIOS FLORES, Luis Fernando, «La regulación del internamiento psiquiátrico involuntario en España: carencias jurídicas históricas y actuales», en *Estudios*, vol. 22, n.º 1, Enero-junio, 2012.

152 Real orden referente a la reclusión de dementes en los Manicomios oficiales o casas de curación. (2 de junio de 1908). *Gaceta de Madrid*, 154, p. 1053. Se hace referencia a la Real Orden en numerosos expedientes, como el de ALM, en el que no solo consta la remisión del oficio por el director del hospital al Juzgado de Priego de Córdoba, con fecha de 12 de febrero de 1907, sino que se conserva testimonio del auto dictado: «Adjunto remito a V. a

En el expediente de EEGS, ingresado el 12 de enero de 1910, se informa al Gobernador civil el 02 de marzo de 1910, haciéndose constar que «ha transcurrido más de un mes desde su ingreso en el Departamento de Dementes, sin que se tengan noticias del expediente judicial que preceptúan las leyes vigentes»¹⁵³.

Sin embargo, en muy pocos expedientes ha quedado constancia de la incoación del expediente judicial, con la excepción de unos pocos en los que se conserva el testimonio del auto remitido por el juzgado al hospital¹⁵⁴. Así, puede afirmarse que, en el Hospital Psiquiátrico de Córdoba, al igual que ocurriera en el Manicomio Nacional e Leganés¹⁵⁵ o de Málaga, la mayoría de ingresos se hicieron en régimen de observación, sin que se tramitara el expediente judicial para la reclusión definitiva¹⁵⁶.

los efectos conducentes testimonio del auto dictado por este Juzgado en el expediente instruido de oficio á virtud de un oficio de fecha de 13 de Febrero último, en cumplimiento á lo prevenido en la Real Orden del Ministerio de la Gobernación de 1.º de Junio de 1908, relativo á la demente ALM de estos vecinos, que ingresó en el Departamento de un Hospital el 12 de Febrero de 1907 y en cuyo auto de acuerdo de la continuación en ese Establecimiento de la expresada demente. Ruego a V. se sirva acusarse el oportuno recibo de la presente; para que en el expediente de su razón obre sus efectos. Dios que a V.M. a. Priego 3 de mayo de 1909. Al Sr. Dr. del Hospital General de Agudos de la Provincia de Córdoba».

153 ADCO, HC603.10, HC603.19, HC603.25. En el mismo sentido los siguientes expedientes de ingreso:

HC542.1. RCG, ingresada el 17/04/1931. El Juzgado de Primera Instancia e Instrucción de Córdoba informa, el 05/05/1931, que ha recibido oficio de 18 de abril, informando del ingreso de la presunta alienada, «y que si transcurre un mes sin tenga noticia oficial de haberse incoado por la familia de aquella el expediente para su reclusión definitiva, cumple con lo dispuesto en el n.º 2 de la Real Orden de 1.º de Abril de 1908».

HC0541.22. El director del Hospital General de Agudos, se dirige el 2 de febrero de 1917 al Alcalde de Baena (quien solicitó el ingreso — ingresada en agosto de 1916) informando que ha transcurrido más de un mes desde el ingreso sin que se tengan noticias de que la familia haya incoado el expediente judicial, remitiéndose tanto al RD 19/05/1885 como a la RO de 1 de junio de 1908.

HC542.10. DRG. Ingreso urgente, provisional y de observación el 13/06/1931. Contiene oficio del Juzgado haciendo referencia a la RO, firmado el 23/06/1931.

154 ADCO, HC541.047, HC541.076, HC603.28.

155 «La mayor parte de los ingresos en el Manicomio de Leganés se hicieron en régimen de observación, esto es, sin haber tramitado el expediente judicial necesario para la reclusión definitiva. En 215 de los 1041 ingresos realizados en la institución entre el 1 de enero de 1900 y el 14 de abril de 1931 (20,6 % del total), se tramitó el internamiento definitivo. Una cuarta parte (5,8 %) tenía el expediente judicial resuelto en el momento de la institucionalización, mientras que el resto cambió su situación administrativa de “observación” a “definitiva” durante la hospitalización». CANDELA RAMÍREZ, *El Manicomio Nacional de Leganés...* op. cit., pág. 74.

156 No obstante, uno de los libros registro, denominado de filiaciones y referido exclusivamente a mujeres, deja constancia de otros ingresos que evolucionaron a definitivos. Si bien, se observa que, en estos casos, no se han conservado los correspondientes expedientes de ingreso. ADCO, HC 2456.2 Alienadas. Libro de filiaciones (1891-1923). A modo

Del análisis de los expedientes de ingreso y de las historias clínicas de las personas internadas entre 1885 y 1931, se observa que la gran mayoría de los mismos superaba con creces el período máximo de observación contemplado en la ley. A modo de ejemplo, se exponen las fechas de ingreso y alta médica de algunos expedientes administrativos:

Ingresos para observación en los que se tramitó el ingreso a definitivo

Expediente	Sexo	Fecha de ingreso	Fecha de alta
HC542.1	M	18/04/1931	10/08/1931
HC541.047	M	23/12/1925	13/08/1932
HC541.76	M	28/10/1929	30/05/1958
HC603.19	H	13/06/1913	03/06/1943

Fuente: elaboración propia

Ingresos para observación en los que consta que se incoara el procedimiento judicial

Expediente	Sexo	Fecha de ingreso	Fecha de alta
HC541.9	M	12/02/1907	14/11/1933
HC603.45	H	13/03/1928	25/05/1936
HC603.67	H	22/11/1928	13/04/1937

Fuente: elaboración propia

de ejemplo:

- Reclusión definitiva de AGG, ingresa el 05/07/1902, se recibe expediente judicial el 11/04/1909.
- AL ingresa el 13/02/1907. El 03/03/1909 se recibe orden del Sr. Juez de reclusión definitiva.
- JRP ingresa el 22/10/1908. El 21/03/1909 se recibe auto de reclusión definitiva.
- DR ingresa el 16/06/1909. Ordena el ingreso definitivo el Juez de Instrucción el 29/03/1910.
- AP ingresa el 20/08/1910. El 07/02/1911 se recibe auto de reclusión definitiva del Juez de Instrucción.
- VS ingresa el 27/08/1910. El 07/02/1911 se recibe auto de reclusión definitiva.
- ACR, ingresa el 08/02/1920. El 11/08/1920 se remite auto de reclusión definitiva.
- PBC ingresa el 24/08/1921. El 03/03/1922 se comunica a la Comisión su reclusión definitiva.
- MZM ingresa el 22/03/1922. [sin fecha] «por auto del Sr Juez de Posadas se recluye definitivamente».
- CMG ingresa el 08/07/1922, se remite certificado de reclusión definitiva del Juez de Pozoblanco de 16/01/1923.
- CC ingresa el 09/08/1922. El 14/11/1922 se remite certificado de reclusión definitiva al Juez de Fuente Obejuna.

Ingresos para observación en los que consta que se informó al juzgado del ingreso, pero no se puede constatar que se incoara el procedimiento

Expediente	Sexo	Fecha de ingreso	Fecha de alta
HC541.22	M	12/08/1916	09/04/1946
HC541.23	M	14/10/1914	22/02/1932
HC541.35	M	02/09/1927	06/09/1933
HC541.48	M	25/01/1926	08/06/1974
HC541.49	M	16/04/1926	05/02/1951
HC603.34	H	19/09/1927	09/03/1934
HC603.52	H	26/07/1929	17/04/1934
HC603.63	H	03/07/1925	17/01/1949
HC604.9	H	12/07/1930	03/12/1934
HC604.27	H	06/09/1929	06/09/1946
HC604.52	H	14/10/1919	03/09/1952

Fuente: elaboración propia

Ingresos para observación en los que no consta referencia alguna a la autoridad judicial

Expediente	Sexo	Fecha de ingreso	Fecha de alta
HC541.11	M	20/05/1928	21/02/1955
HC541.31	M	18/07/1927	03/02/1966
HC541.34	M	05/10/1927	12/12/1936
HC541.39	M	10/07/1924	11/12/1978
HC541.40	M	16/08/1924	15/09/1934
HC541.41	M	07/12/1927	23/12/1958
HC541.43	M	07/10/1925	04/06/1948
HC541.44	M	12/01/1928	01/04/1932
HC541.46	M	13/11/1925	12/05/1933
HC541.61	M	17/01/1929	07/01/1942
HC541.63	M	06/10/1928	29/08/1942
HC541.64	M	10/10/1928	06/03/1971
HC541.66	M	12/09/1930	12/09/1939
HC541.68	M	26/11/1929	05/01/1985
HC541.73	M	23/06/1929	07/05/1945
HC541.74	M	29/07/1929	08/08/1931
HC541.78	M	21/11/1929	20/10/1943
HC541.83	M	30/12/1929	24/05/1934
HC541.85	M	12/03/1930	31/01/1956

HC541.87	M	17/05/1930	27/08/1934
HC541.92	M	15/11/1930	05/01/1935
HC541.94	M	24/11/1930	01/08/1931
HC541.96	M	09/03/1931	30/01/1945
HC541.97	M	20/03/1931	04/03/1934
HC541.98	M	28/03/1931	05/08/1932
HC541.99	M	31/03/1931	10/05/1933
HC542.9	M	09/06/1931	02/01/1932
HC603.25	H	07/07/1927	28/01/1935
HC603.31	H	26/03/1927	02/07/1935
HC603.41	H	18/01/1928	04/11/1936
HC603.52	H	26/07/1929	25/12/1936
HC603.61	H	15/05/1929	11/06/1946
HC604.7	H	21/07/1920	24/03/1934
HC604.23	H	23/11/1929	08/09/1937
HC604.25	H	05/10/1929	23/11/1932
HC604.41	H	07/06/1931	01/03/1935
HC604.49	H	13/04/1931	19/11/1932
HC604.52	H	14/10/1919	03/09/1952
HC604.53	H	06/04/1922	30/09/1940
HC604.54	H	21/03/1931	15/11/1933
HC604.56	H	27/01/1931	02/07/1935
HC604.58	H	01/01/1931	28/04/1934

Fuente: elaboración propia

Este incumplimiento de la norma se ha documentado también en otras instituciones como el Manicomio de Leganés o el de Valencia¹⁵⁷.

3.2. El internamiento de reclusión definitiva

Este tipo de internamiento requería de la instrucción de un expediente ante el juez de primera instancia, en el cual se justificase «*la enfermedad y la*

157 En 1908, en la institución valenciana, a raíz de la revisión de 700 expedientes, se objetivaron 92 casos en los que faltaba la instrucción del expediente judicial y 28 casos en los que se había cumplido el plazo máximo de observación sin que estuviesen instruidas las correspondientes diligencias judiciales. Consúltese: HEIMANN, C., «El manicomio de Valencia 1900-1936», en *El manicomio de Valencia del siglo XV al XX. Del Spital de Fols., orats e ignocents al convento de Jesús* (obra colectiva), Ajuntament de Valencia, Valencia, 2005, págs. 401-479, esp.445.

necesidad ó conveniencia de la reclusión del alienado»¹⁵⁸. Conviene señalar que como el ingreso para observación solo «procedía en casos de verdadera y notoria urgencia, declarados así en los informes del Alcalde y Subdelegado de Medicina», el Decreto solo permitía que se practicara una vez, estableciendo que en el caso de que aparecieran de nuevo los síntomas de demencia, se requería un expediente judicial para su internamiento¹⁵⁹. Sin embargo, de los expedientes en los que constan reingresos sucesivos, no se conserva rastro de nuevas comunicaciones al juzgado. Algo que sí ocurre con los permisos de salida, en los que se informa debidamente a la autoridad judicial.

Entre los expedientes consultados, apenas se han documentado ingresos definitivos¹⁶⁰, uno de ellos sería el de RFG, en el que conserva oficio remitiendo el auto:

Juzgado de 1.^a Instancia e Instrucción de Córdoba

En el expediente que se instruye en este Juzgado a instancia de FMVS, sobre reclusión en el Manicomio de su hijo RFG se ha dictado auto en el día de hoy por el que se acuerda la reclusión definitiva de dicho alienado.

Lo que participo a los efectos de su cumplimiento.

Dios guarde a V muchos años.

Cordoba 11 febrero 1930.

Sr. Médico Director del Manicomio Provincial¹⁶¹.

Respecto de la justificación de la necesidad o conveniencia del ingreso no queda debidamente reflejada en los expedientes. Por ejemplo, en el expediente de RFG, que se remite al auto, no se hace referencia al diagnóstico ni al certificado médico. Por el contrario, se han encontrado otros ingresos que sí hacen referencia a esta cuestión, aunque se trata de ingresos que comienzan en observación y evolucionan a definitivos.

Así, en el expediente de EEGS, ingresado el 4 de abril de 1910, se remite al Juzgado de Montoro «certificado del facultativo que demuestra que el demente tiene que continuar recluido para lo que precisa del expediente judicial que preceptúan las leyes»¹⁶². En el expediente de LCG queda cons-

158 Art. 7 Real Decreto de 19 de mayo de 1885. Así ha quedado constancia en algunas fuentes documentales «Del ingreso de los alienados. Para ingresar en el manicomio se necesita solicitarlo al Exmo Sr Cardenal fundador y prelado diocesano o de su delegado o administrador del establecimiento, acompañado a la instancia de la de bautismo, certificación facultativa y el expediente judicial a que se refiere el decreto de 19 de mayo de 1885». AHDS. Fondo General. Beneficencia 1885-1930 citado por PONTE HERNANDO, Fernando J., REGO LIJÓ, Isabel; *La locura y el bisturí, I Centenario de don Timoteo Sánchez Freire (1838-1912)*, Universidad de Santiago de Compostela, 2012, pág. 155.

159 Art. 5 Real Decreto de 19 de mayo de 1885.

160 ADCO, HC451.076, HC541.47, HC542.1, HC542.1, HC604.26.

161 ADCO, HC604.26.

162 ADCO, HC603.10.

tancia de la incoación del expediente para reclusión definitiva en el Juzgado de Castro del Río. Con fecha de 24 de junio de 1926 el Juzgado informa de la incoación del expediente al Director del Hospital (había sido ingresada en observación el 22/12/1925). El 14 de julio de 1926 se remite testimonio del auto dictado para la reclusión definitiva al Director del hospital:

no ha sido modificado su estado mental de demente por lo que debe ser recluida definitivamente habiendo siendo oídos previa la citación oportuna como parientes más próximos el esposo de ella (...) y hermana de la misma (...) los cuales prestan su conformidad con la dicha reclusión definitiva en el Manicomio (...) ¹⁶³.

4. Debates jurídicos y médicos en torno a la locura

Este aparente rígido control judicial fue considerado el principal motivo de censura de la norma, considerada «buena para los juristas y mala para los médicos»¹⁶⁴. Así, los partidarios del control judicial de los internamientos habían alabado el Real Decreto de 1885, porque recababa para «el loco la consideración de hombre y la dignidad de enfermo», al tiempo que sustituía las cárceles por hospitales¹⁶⁵. Por el contrario, la norma recibió continuas críticas por parte de los psiquiatras durante su vigencia debido a su predominante sesgo jurídico, llegando a considerarse que evidenciaba el retraso de la asistencia psiquiátrica española, por la lentitud que causaba en el tratamiento de los enfermos¹⁶⁶. Incluso llegó a ser tildado de «funesto, anticientífico y antihumanitario»¹⁶⁷.

Conviene señalar que el modelo judicial se alejaba mucho del modelo instaurado por la ley francesa sobre los alienados de 30 de junio de 1848. Este modelo establecía que los internamientos se ordenaban por la autoridad pública (exclusivamente órganos administrativos) que adoptaba la decisión en casos de «daño inminente, atestado por el certificado de un médico o por la notoriedad pública»¹⁶⁸. La intervención judicial solo tenía lugar en caso de apelación ante el tribunal en donde estuviera ubicado el establecimiento. Un modelo que se aproxima al asilo clasificado por Foucault como instancia judicial, que no reconoce a ninguna otra, juzgando en el ingreso y en última

163 ADCO, HC541.047.

164 LÓPEZ EBRI, «El internamiento psiquiátrico involuntario...», *op. cit.*

165 GARRIDO Y ESCUÍN, Victoriano, *La cárcel o el manicomio: estudio médico legal sobre la locura*, Casa Editorial de José María Faquineto, Madrid, 1888, pág. 364.

166 SIMÓN LORDA, *Locura, medicina y sociedad... op. cit.*

167 BERTOLÍN, José Manuel, «Dispositivos de asistencia psiquiátrica en la España contemporánea del período de entresiglos», *Asclepio*, Vol. XVI-1-1993, pág. 193.

168 BARRIOS FLORES, «La regulación del internamiento...», *op. cit.*

instancia. De ahí la necesidad del certificado médico, como garantía jurídica y moral, que no como título científico¹⁶⁹.

Las críticas se sucedieron a lo largo de las primeras décadas del siglo XX, especialmente a modo de artículos en revistas médicas o publicaciones en la prensa política, exigiendo cambios en la normativa vigente y poniendo en el centro la medicalización del sistema. Entre otros, José Miguel Sacristán ponía a modo de ejemplo las reformas alemanas que habían medicalizado completamente el ingreso y salida de los pacientes psiquiátricos¹⁷⁰. Si bien, se admitían matices, como los propuestos por Morini en la segunda reunión anual de la Asociación Española de Neuropsiquiatras (1928)¹⁷¹, en la que admitió que sí podían darse dos situaciones en las que el quehacer médico estuviera sometido a algún tipo de restricción:

1. Que el alienado fuese recluso judicialmente por la comisión de un delito, cuya salida del manicomio dependía de la autoridad judicial;
2. Que el enfermo resultara peligroso para sí mismo o para la sociedad, supuesto en el que debía solicitarse la orden de salida a la autoridad gubernativa que lo recluyó, a propuesta del director del establecimiento donde estuviera internado.

En este contexto se nombra una comisión oficial —integrada por juristas y médicos¹⁷²— para que acometiese la reforma de la legislación manicomial en un plazo máximo de tres meses. La propia Real Orden que designaba la comisión hacía referencia a lo anticuada que estaba la legislación, por mostrarse contraria a las tendencias científicas modernas, encargando la propuesta de «*los medios más eficaces para organizar con sentido moderno y científico la asistencia a los alienados y la enseñanza en psiquiatría, y (...), la vigente legislación sobre enfermos de la mente*».

169 FOUCAULT, Michel, *Historia de la locura en la época clásica II*, 3.ª ed, 2015, pág. 246.

170 SACRISTÁN, José Miguel, «Plan para la reforma de la asistencia a los alienados», *Archivos de Neurobiología*, 1921.

171 RODRÍGUEZ MORINI, Antonio, «Segunda reunión anual de la Asociación Española de Neuropsiquiatras. Reforma de la legislación concerniente a internamiento de los alienados», *Archivos de Neurobiología*, 8, 1928, págs. 120-130.

172 Por Real orden de 29 de julio de 1925 (Gaceta de 29 de julio) se nombraba una comisión encargada de proponer, en el plazo máximo de tres meses los medios más eficaces para organizar con sentido moderno y científico la asistencia a los alineados y la enseñanza de la Psiquiatría, y para reformar en el mismo sentido la vigente legislación sobre enfermos de la mente. La Sección técnica de dicha comisión estaba integrada por Francisco Murillo y Palacios, director general de Sanidad y Académico, como presidente de la misma y Quintiliano Saldaña y García-Rubio, Profesor de la Facultad de Derecho y César Juarros, Médico-Director de la Escuela de Anormales, como vocales. CANDELA RAMÍREZ, *El Manicomio Nacional de Leganés... op. cit.*, pág. 661.

Asimismo, la Liga de Higiene Mental, creada en 1927, dedicó especial atención a la reforma de los reales decretos de 1885 y redactó un anteproyecto, con influencia de Lafora, que sería el precedente del Decreto de 1931¹⁷³.

Sin que podamos adentrarnos en el fondo de esta discusión, se puede afirmar que los alienistas de la época manifestaron que la regulación del internamiento involuntario era especialmente compleja, dificultando y burocratizando el tratamiento manicomial, en el que «el médico quedaba relegado a un papel muy secundario»¹⁷⁴. En palabras de Josep María Comelles:

en el ánimo del legislador, durante todo el siglo XIX, hubo una evidente resistencia a aceptar el monopolio de los médicos sobre este campo hasta el punto que en la legislación el poder de decisión en relación con la alienación osciló entre las competencias atribuidas a las familias y las que se reservaron las autoridades judiciales y gubernativas¹⁷⁵.

Estos debates no quedaron relegados al ámbito de la academia, sino que debieron obstaculizar la aplicación del modelo judicial, pues en 1921 llegó a publicarse una Real Orden cuyo objetivo no era más que exigir el cumplimiento de la legislación de 1885. Y esto puede constatarse tras el estudio de las fuentes consultadas en el ADPC especialmente a partir de 1931, en las que se observan historias clínicas cada vez más medicalizadas frente a expedientes de ingreso prácticamente vacíos¹⁷⁶. Y ello frente a la rigurosidad que se observa en algunos expedientes de principios de siglo¹⁷⁷. Quizás porque ya se venía aplicando en la práctica un modelo más gubernativo que judicial, aunque estos cambios no llegaron a materializarse en la legislación hasta la promulgación del Real Decreto de 1931, que será objeto de estudio en un trabajo posterior.

5. Bibliografía

ÁLVAREZ GARCÍA, Francisco Javier; VENTURA PÜSCHEL, Arturo, «El tratamiento de los delincuentes enajenados en el siglo XIX (I. El tratamiento de los locos y de la locura desde principios del siglo XV hasta finales del siglo XIX)», en *Estudios Penales y Criminológicos XXXI*, vol.42, 2022, págs. 1-43. DOI: <https://doi.org/10.15304/epc.42.8318>

173 BARRIOS FLORES, «La regulación del internamiento psiquiátrico...», *op. cit.*

174 CANDELA RAMÍREZ, *El Manicomio Nacional de Leganés... op. cit.*

175 COMELLES, Josep M., *La razón y la sinrazón. Asistencia psiquiátrica y desarrollo del Estado en la España contemporánea*, Barcelona, 1988, pág. 45.

176 ADCO, HC541.096, HC541.097, HC541.098, HC541.099, HC542.4, HC542.13, HC542.14.

177 A modo de ejemplo, véanse: ADCO, HC603.20 y HC603.28.

- ANGUITA OSUNA, José Enrique**, «Análisis histórico-jurídico de la beneficencia española de mediados del siglo XIX: la Ley de Beneficencia de 1849 y su Reglamento de ejecución de 1852», en *Aportes. Revista de Historia Contemporánea*, vol. 34, núm.99, 2019, págs. 89-121.
- AÑON BARBUDO, Joaquín**, *Estudio histórico médico del Hospital de Agudos de Córdoba*, 1980.
- ARENAL DE GARCÍA, Concepción**, *La beneficencia, la filantropía y la caridad*, Imprenta Clásica Española, Madrid, 1927.
- BACIGALUPE, Amaia; CABEZAS, Andrea; BAZA BUENO, Mikel, MARTÍN, Unai**, «El género como determinante de la salud mental y su medicalización», en Informe SESPAS 2020. *Retos actuales de la Salud Mental desde la Salud Pública y la Administración Sanitaria*, vol.34, n.º S1, 2020, págs. 61-67. DOI: 10.1016/j.gaceta.2020.06.013
- BARRIOS FLORES, Luis Fernando**, «La regulación del internamiento psiquiátrico involuntario en España: carencias jurídicas históricas y actuales», en *Estudios*, vol. 22, n.º 1, Enero-junio, 2012.
- BERCOVITZ RODRÍGUEZ-CANO, Rodrigo**, *La marginación de los locos y el derecho*, Taurus, Madrid, 1976.
- BERTOLÍN, José Manuel**, «Dispositivos de asistencia psiquiátrica en la España contemporánea del período de entresiglos», en *Asclepio*-Vol. XLV-1-1993.
- CANDELA RAMÍREZ, Ruth**, *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*, Madrid, 2017.
- CANDELA, Ruth; VILLASANTE, Olga**, «Lo que es, fue y será el Manicomio de Leganés: un proyecto de reforma de José Salas y Vaca (1911-1929)», en *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, vol.41, n.º 140, 2021. DOI. [dx.doi.org/10.4321/s0211-57352021000200010](https://doi.org/10.4321/s0211-57352021000200010).
- CHESLER, Phyllis**, *Women and Madness*, Chicago, Lawrence Hill Books, 2018.
- COMELLES, Josep M.**, *La razón y la sinrazón. Asistencia psiquiátrica y desarrollo del Estado en la España contemporánea*, Barcelona, 1988.
- CONSEGLIERI GÁMEZ, Ana**, *El Manicomio Nacional de Leganés en la posguerra española (1939-1952): aspectos organizativos y clínico asistenciales*, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, 2013. URI: <https://hdl.handle.net/20.500.14352/38113>
- DELGADO, Manuel**, «Los veinte primeros años del Manicomio de Leganés (1852-1871)», en *Asclepio*, 38, 1986, págs. 273-297.

- DIDI-HUBERMAN, Georges**, *La invención de la histeria. Charcot y la iconografía fotográfica de la Salpêtrière*, Ensayos Arte Cátedra, 5.ª ed., 2023.
- FERNÁNDEZ SANZ, Á.** y **CONDE, V.**, *Breve historia del hospital psiquiátrico de Santa Isabel de Leganés*, Puedo Artes Gráficas, Madrid, 1969.
- FERNÁNDEZ VÁZQUEZ, Alfonso**, «Atención psiquiátrica en Galicia en el siglo XIX. Crónica sobre la fundación del manicomio de Conxo», en *Revista de Enfermería y Humanidades. Cultura de los cuidados*, n.º 62, 2022, DOI: <https://doi.org/10.14198/cuid.2022.62.05>
- FOUCAULT, Michel**, *El poder psiquiátrico*, Akal, Madrid, 2005.
- FOUCAULT, Michel**, *Historia de la locura en la época clásica II*, 3.ª ed., 2015.
- GARCÍA DÍAZ, Celia**, «El manicomio provincial de Málaga en el primer tercio del siglo XX: la utopía que (no) pudo ser», *Asclepio. Archivo iberoamericano de Historia de la Medicina y Antropología Médica*, 70 (2), 2018. DOI: 10.3989/asclepio.2018.22.
- GARCÍA DÍAZ, Celia**, «El Manicomio Provincial de Málaga en el primer tercio del siglo XX: la utopía que (no) pudo ser», en *Asclepio*, 70 (2), 2018. <https://doi.org/10.3989/asclepio.2018.22>
- GARCÍA DÍAZ, Celia**, «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, 2020, págs. 523-552.
- GARCÍA DÍAZ, Celia**, *Un lugar para la locura de las mujeres. Historia(s) de la sala 20 del Manicomio Provincial de Málaga (1909-1950)*, Diputación de Málaga, Málaga, 2022.
- GARCÍA DÍAZ, Celia**, **JIMÉNEZ LUCENA, Isabel**, «Género, regulación social y subjetividades. Asimilaciones, complicidades y resistencias en torno a la loca (el Manicomio provincial de Málaga, 1920-1950)», *FRENIA*, vol.X-2010, págs. 123-144.
- GARCÍA GONZÁLEZ, Gerardo**, *Historia de la asistencia psiquiátrica en Córdoba*, Diputación Provincial de Córdoba, Córdoba, 1983.
- GARCÍA HERNÁNDEZ, María**, «La creación del Manicomio de Jaén: reflexiones históricas para la construcción de un discurso social de la atención psiquiátrica», *Norte de Salud Mental*, vol.8, n.º 33, 2009, págs. 87-93.
- GARRIDO Y ESCUÍN, Victoriano**, *La cárcel o el manicomio: estudio médico legal sobre la locura*, Casa Editorial de José María Faquineto, Madrid, 1888.

- GINÉ Y PARTAGÁS, Juan**, «Ensayo Médico-administrativo sobre el ingreso, estancia y salida de los enfermos de la mente en los asilos públicos y privados», en *Primer Certamen Frenopático Español*, La Academia, Comelles, Barcelona, 1988, págs. 147-172.
- GONZÁLEZ, Emilio**, *A psiquiatría galega e Conxo*, Ediciones Rueiro, Madrid, 1977, págs. 77-79.
- HEIMANN, Carlos**, «El manicomio de Valencia 1900-1936», en *El manicomio de Valencia del siglo XV al XX. Del Spital de Fols, orats e ignocents al convento de Jesús* (obra colectiva), Ajuntament de Valencia, Valencia, 2005, págs. 401-479.
- HERNÁNDEZ PADILLA, María**, «La creación del manicomio de Jaén: reflexiones históricas para la construcción de un discurso social de la atención psiquiátrica», en *Norte de Salud Mental*, n.º 33, 2009, págs. 87-93.
- HUERTAS GARCÍA-ALEJO, Rafael**, «Historiografía de la asistencia psiquiátrica en España. De los mitos fundacionales a la historia social», en *Secuencia: Revista de Historia y Ciencias Sociales*, n.º 51, 2001.
- LÓPEZ EBRI, Gonzalo**, «El internamiento psiquiátrico involuntario y el tratamiento ambulatorio forzoso: historia de una encrucijada», *Discurso de ingreso en la Real Academia Valenciana de Jurisprudencia y Legislación*, Real Academia Valenciana de Legislación y Jurisprudencia, Cuaderno núm. 92, 2019.
- MOLINARI, Augusta**, «Autobiografía de mujeres en un manicomio italiano a principios del siglo XX», en *Letras bajo sospecha: escritura y lectura en centros de internamiento* (obra colectiva), Ediciones Trea, Gijón, 2005, págs. 379-399.
- ORDÓÑEZ FERNÁNDEZ, M. Prado**, «¿Histeria, Simulación o Neurosis de Renta?», en *Revista Clínica de Medicina de Familia*, vol.3, n.º 1, 2010.
- POLO MARTÍN, Regina**, *Absolutismo, afrancesamiento y constitucionalismo. La implantación del régimen local liberal (Salamanca, 1808-1814)*, Junta de Castilla León, Valladolid, 2009.
- PRADOS GARCÍA, Celia**, *El ingreso involuntario en el contexto de los derechos fundamentales de las personas con discapacidad*, Dykinson, Madrid, 2023.
- RODRÍGUEZ MORINI, Antonio**, «Segunda reunión anual de la Asociación Española de Neuropsiquiatras. Reforma de la legislación concerniente a internamiento de los alienados», en *Archivos de Neurobiología*, 8, 1928, págs. 120-130.

RODRÍGUEZ SASTRE, Antonio, *Datos para el estudio y organización de la beneficencia pública y privada*, Imprenta Palomeque, Madrid, 1934.

ROJO ÁLVAREZ-MANZANEDA, Leticia, «Síntesis legislativa de la transformación de la beneficencia en asistencia social», en obra colectiva, 2014, págs. 433-442.

RUÍZ GARCÍA, Carmen, «El hospital psiquiátrico Provincial de Córdoba: estudio de la población manicomial en el período (1900-1940)», en *Del pleistoceno a nuestros días. Contribuciones a la historia de la psiquiatría*, Madrid, Asociación Española de Neuropsiquiatría colección Estudios, obra colectiva, 2011, págs. 221-235.

RUÍZ GARCÍA, Carmen; GARCÍA DEL MORAL, Antonio, «Renovación psiquiátrica y regeneracionismo político. Manuel Ruiz Maya (1888-1936)», en *Modernidad, ciudadanía, desviaciones y desigualdades*, obra colectiva, Universidad de Córdoba, 2010, págs. 521-532.

RUÍZ MAYA, Manuel «La peligrosidad de los alienados en sus aspectos teórico y práctico», *Ideal Médico* II Época, VII Tomo, n.º 125, Año XI (Córdoba 30 de noviembre de 1927), págs. 237-249.

SACRISTÁN, José Miguel, «Plan para la reforma de la asistencia a los alienados», *Archivos de Neurobiología*, 1921.

SIMÓN LORDA, David, *Locura, medicina y sociedad: Ourense (1875-1975)*, reeditado por la Xunta de Galicia en 2005.

SIMÓN LORDA, David; GONZÁLEZ FERNÁNDEZ, E. y RODRÍGUEZ LÓPEZ, A., «Un siglo de asistencia psiquiátrica en la periferia del estado: Orense-Galicia-España (1875-1975)», en *Historia de la psiquiatría en Europa*, obra colectiva, Frenia, Madrid, 2003, págs. 661-694.

TIERNO PATIÑO, Raquel, *El Manicomio Nacional de Leganés durante la Segunda República (1931-1936): organización de la asistencia y práctica clínica*, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, 2019.

VÁZQUEZ DE LA TORRE ESCALERA, Paloma, *El Manicomio Nacional de Santa Isabel en Leganés durante la Guerra Civil española (1936-1939): población manicomial y prácticas asistenciales*, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, 2012. URI: <https://hdl.handle.net/20.500.14352/37439>

VIDAL GALACHE, Florentina, «El impacto de la Ley General de Beneficencia de 1822 en Madrid», en *Revista de la Facultad de Geografía e Historia*, n.º 187, págs. 41-56.

VIDAL VALIÑA, Carmen Marina, «Locas y trabajadoras: rastreando las profesiones de las mujeres internas en el manicomio de Conxo (Santiago de Compostela, 1885-1900)», en *Mujeres, negocios y finanzas. Un enfoque histórico a través de la educación, la economía y la legislación (siglos XVI-XIX)*, obra colectiva, Umaeditorial, Málaga, 2024, págs. 35-37

VIDAL VALIÑA, Carmen Marina, «Recuperando la memoria de las locas: Mujeres internas en el psiquiátrico de Conxo (Santiago de Compostela)», en *VI Congreso internacional de ciencia, feminismo y masculinidades*, obra colectiva, coord. por Asociación Universitaria de Ciencia, Feminismo y Masculinidades, 2024, págs. 96-99.

VILLASANTE, Olga, «Las tres primeras décadas de la Casa de Dementes de Santa Isabel de Leganés», en *Cuadernos Psiquiatría Comunitaria*, 2002, 2 (2), págs. 139-162.

6. Apéndice documental

6.1. Auto judicial

Don José Delgado y Márquez Secretario de este Juzgado de primera instancia e instrucción:

Doy fe y testimonio: que en el expediente instruido en este juzgado para reclusión definitiva del alienado J.L.P. se ha dictado el siguiente:

[Autos] Castro del Rio veinte de Marzo de mil novecientos dieciséis. El anterior oficio y certificación médica del Hospital de Agudos de Córdoba, (...) al expediente de un varón y: Resultando: que el mismo tuvo comienzo en once de Octubre último en virtud de escrito presentado por A.L.R. en el que manifestaba que su hijo J.L.P. se había recluso provisionalmente en el Hospital de Agudos de Córdoba por padecer enagenacion menal según habían certificado los Medicos de Espejo Don Amador Fernandez Carrillo y Don Ricardo López Barrios y suplicaba se instruyera el oportuno expediente para su reclusión definitiva. Resultando que admitido el escrito se mandó dar conocimiento del expediente a la Dirección del Hospital de Agudos para que cuando trascurrieran los tres meses desde la reclusión del presunto alienado se expidiera certificado por el S. Medico del Establecimiento y que después se acordaría. Resultado: que recibido oficio del Señor Director del referido establecimiento acompañado de certificación facultativa de la observancia hecha durante tres meses al alienado J.L.P. contra que este padece síntomas de enagenacion mental y que debe seguir recluso. Considerando: que según (...) el certificado facultativo existen suficientemente justificados los motivos para la reclusión definitiva del demente J.L.P. en el manicomio donde se encuentra o donde acuerde la autoridad competente. Vistos los artículos

sexto y octavo del Real Decreto de diez y nueve de Mayo de mil ochocientos ochenta y cinco. Su Señoría por ante mi el Secretario dijo: que estando justificada suficientemente la enfermedad que sufre J.L.P. en cuanto es necesario para su reclusión en el manicomio donde se encuentra o donde se acuerde la autoridad correspondiente expidan testimonio de este auto que con atento oficio se remitirá al Señor del Director del Hospital de Agudos de esta provincia. Lo mandó y firma el Señor Don Eduardo Yglesias Portal Juez de primera instancia e instrucción de este partido doy fe. Eduardo Yglesias Ante mi, José Delgado.

El auto inserto concuerda a la letra con su original a que me refiero. Y para remitir al Señor Director del Hospital de Agudos de esta provincia expido y firmo el presente en Castro del Río a veinte de Marzo de mil novecientos diez y seis.

José Delgado¹⁷⁸.

6.2. Oficio del juzgado de remisión del auto y testimonio del auto

Adjunto tengo el honor de remitir á Vd. testimonio del auto dictado en el expediente seguido en este Juzgado para la reclusión del presunto alienado MRF, significándole que la incoación de dicho expediente lo fue por mi antecesor D. Luis Rubio García, en 17 de Marzo de 1928, limitándose solamente á hacer saber su instrucción al padre de aquél, conforme al art. 6.º del Real Decreto de 19 de Mayo de 1885; habiéndole seguido el que suscribe en 30 de Marzo último, por haber recibido oficio y certificación de esa Dirección participandome que debía ser recluido el MRF en ese establecimiento, por tiempo indefinido significándole se sirva acusar de ello el oportuno recibo, para constancia en dicho expediente.

Dios guarde á Vd muchos años.

Cabra 27 de Mayo de 1928.

Sr. Director del Hospital provincial de Crónicos.

DON JESUS DE LA CONCHA Y MORENO, Abogado y Secretario interino del Juzgado de 1.ª instancia de esta Ciudad de Cabra y su partido.

Doy fé: que en el expediente para reclusión del alienado MRF, se ha dictado por este Juzgado el siguiente.

AUTO.) Juzgado de primera instancia de Cabra á veinticinco de Mayo de mil novecientos veintinueve...

178 ADCO, HC603.28 Expediente de ingreso del paciente J.L.P. (expediente número: 54)

Resultando que por oficio fecha 13 de Marzo de 1928, se participó a este Juzgado por el Director del Hospital Provincial de Crónicos, el ingreso en el manicomio del presunto alienado MRF, de estos vecinos, incoándose el oportuno expediente haciéndose saber al padre del mismo á los efectos del Real Decreto de 19 de Mayo de 1885 mismo á los efectos del Real Decreto de 19 de Mayo último, se comunica nuevamente por el Dr. de aquél establecimiento, que el MRF debe ser recluido por tiempo indefinido, según la certificación facultativa que se acompaña, y en su vista se acordó reclamar del Excm.º Sr. Gobernador Civil de la provincia los nombres de los médicos que dictaminaron para la reclusión en periodo de observación del presunto demente y quien lo solicitara; y conocidos los expresados datos, fueron oídos los facultativos D. Manuel Roldán Cortés y D. Juan Barranco Baena, ratificando los mismos su informe, y emplazados los parientes más próximos, los que han dejado transcurrir el plazo de un mes que les fué concedido, sin que nada hayan alegado.

Considerando que por tal motivo procede decretar la reclusión del presunto alienado por tiempo indefinido en el manicomio provincial.

Vistos los artículos pertinentes del Real Decreto de 19 de Mayo de 1885.

Se decreta la reclusión del presunto alienado MRF, en el manicomio provincial, por tiempo indefinido, de acuerdo con el dictamen facultativo del médico Director de dicho establecimiento, según la certificación obrante en este expediente.

Expidase testimonio de esta resolución y remítase al Sr. Director del Hospital Provincial á los efectos prevenidos. Por este auto lo manda y firma el Sr. D. José Ortega Ruiz, Juez de primera instancia de este partido, de que doy fe.

José Ortega. Ante mi Jesus de la Concha, rubricados.

El auto anteriormente inserto concuerda á la letra con su original á que se refiere. Y para que conste en cumplimiento de lo mandado y remitir al Sr. Director del Hospital Provincial de Crónicos, formalizo el presente que firmo en Cabra á veintisiete de Mayo de mil novecientos veintinueve¹⁷⁹.

6.3. Oficio del juzgado dirigido al Hospital Psiquiátrico Provincial

Juzgado de Primera Instancia e Instrucción de Córdoba.

Se ha recibido en este Juzgado su oficio fecha del 18 pasado, participando el ingreso en el Manicomio Provincial de la presunta alienada RCG, y participándole que si transcurre un mes sin que tenga noticia oficial de haberse incoado por la familia de aquella el expediente para su reclusión definitiva cumple con lo dispuesto en el n.º 2 de la Real Orden de 1.º de Abril de 1908.

179 ADCO, HC603.45.

Dios guarde a VM muchos años.
Córdoba a 5 de mayo de 1931¹⁸⁰.

6.4. Expediente de ingreso de oficio, a instancia del Gobernador Civil

Gobierno Civil de la Provincia de Córdoba.
Negociado 2.
Número 29.

El Sr Director del Hospital de Agudos, admitirá provisionalmente y para observación en el Departamento de dementes a la presunta alienada, M.D.F.

Córdoba a 20 de abril de 1931.

El Gobernador Civil.

[Firma y sello]¹⁸¹

6.5. Ingreso urgente adoptado por la Comisión Provincial

En vista de la urgencia del caso y sin perjuicio de dar cuenta a la Comisión he dispuesto el ingreso con carácter provisional y a observación en el Departamento de dementes anejo a este Hospital de su cargo del presunto alienado C.A.A. vecina del Hospital Provincial a instancia de 2 Sres Medicos de la Beneficencia Provincial.

Lo que participo a V a los efectos de la admisión del citado enfermo en el mencionado departamento.

Dios guarde a V. muchos años.

Córdoba a 11 de noviembre de 1930¹⁸².

180 ADCO, HC542.1.

181 ADCO, HC542.4. M.D.F.

182 ADCO, HC0541.092. C.A.A. Ingreso urgente adoptado por la Comisión el 11/11/1930.

IV

DISCURSOS, NOMBRES Y SILENCIOS QUE HABITAN UNA CASA PARA LA LOCURA. CUESTIONES SOBRE EL ABORDAJE CLÍNICO DE LAS PERSONAS INGRESADAS EN EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO PROVINCIAL DE CÓRDOBA (1918-1931)

Judit Bembibre Serrano

Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación

Universidad de Granada

jbembibre@ugr.es

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8922-0365>

Sumario. 1. El derecho a un lugar en el mundo. 1.1. Desde el zaguán de la casa de la locura. 1.2. «Abandonad toda esperanza, los que entráis». 2. ¿Quién tiene la palabra en la casa de la locura? 2.1. El discurso del experto: la autoridad para hablar y hacerse oír. 2.2. El discurso de las personas legas: y qué sé yo si no sé. 2.3. El discurso de las personas locas: la voz cautiva. 3. ¿La locura llega para quedarse? 4. Bibliografía. 5. Apéndice documental. 5.1. Modelo de historia psiquiátrica. 5.2. Protocolo de examen al ingreso y expresión clínica. 5.3. Formulario de exploración de antecedentes. 5.4. Evaluación del estado emocional. 5.5. Prototipo de hoja de filiación extraclínica.

Si el mundo es interpretación, la palabra es el mundo.

1. El derecho a un lugar en el mundo¹

Desde castigo o bendición de los dioses, posesión demoníaca o genialidad, sabiduría y vehículo de verdad a exclusión, linde y frontera, perversión de cos-

1 CAMPILLO, Antonio, *El concepto de amor en Arendt*, Abada Editores, Madrid, 2019, pág. 12.

tumbres e incluso fruto de la degeneración; del mito fabricado por el hombre, sea por error o por mala fe, por conveniencia del psiquiatra o de una sociedad que se cree en peligro, según Thomas Szasz; al constructo cultural que determinadas prácticas producen, con el fin de consolidar el control y el poder biopolítico, así sobre cuerpos y comportamientos, de Michel Foucault; junto a la reivindicación de quien, al estilo de Robert Chapman, se define como neurodivergente, para garantizar una participación ciudadana plena de esas personas que, en las intersecciones de su identidad, muestran un pensar, sentir o actuar diferente a la mayoría; hasta la actual justificación de la ausencia de una terminología fiable y válida fruto de la aplicación de un método científico u objetivo en torno a una experiencia humana del grupo de John Read, esa que nos lleva de la alferecía y el éxtasis a la locura, la psicosis o la esquizofrenia...; en definitiva, ante un presente en el que cuestionar a quién se ingresaba en un manicomio, se mantiene la urgencia de investigar detrás de quién se cerraba la puerta al mundo de la cordura y la salud mental².

1.1. Desde el zaguán de la casa de la locura

En todo el tiempo de la observación no se aprecia detalle alguno de trastorno mental. **Tratamiento:** trabajo adecuado, reposo psíquico (Remedios, 26 años. Estudios de Magisterio. Soltera, vive con su madre. Sin diagnóstico. Duración del ingreso: 50 días)³.

Examen al ingreso: [en vertical sobre las pruebas psicométricas de exploración] suficiente todo de acuerdo con su edad y cultura. **Curso de la enfermedad:** no se aprecia nada anormal durante su permanencia en el Departamento; solo la natural variación del humor en su conducta; algo irritable e impertinente, pero sin exageración [febrero del 29]. Siempre igual a sí misma, en el Departamento no se encuentra nada anormal [mayo del 29]. **Diagnóstico:** senectud. **Notificaciones oficiales:** Alta por no convenir vida manicomial (Josefa, 69 años. Viuda, sin hijos. Duración del ingreso: 4 meses)⁴.

¿Quién pudo pensar que encerrar, aislar, retener y desvincular de la familia, del vecindario o el pueblo en el que se habitaba podía curar una enfermedad? Si se tratara de una enfermedad infectocontagiosa, la humanidad aprendió que es una medida terapéutica muy eficaz... para las demás personas que

2 PORTER, Roy, *Breve historia de la locura*, Turner Publicaciones, Madrid, 2003; SZASZ, Thomas, *La fabricación de la locura*, Kairós, Barcelona, 1974; FOUCAULT, Michel, *El poder psiquiátrico*, Ediciones Akal, Madrid, 2005; CHAPMAN, Robert, *El imperio de la normalidad. Neurodiversidad y capitalismo*, Caja Negra Editora, Argentina, 2025; READ John et al., editores, *Modelos de locura*, Herder Editorial, Barcelona, 2006.

3 Expediente clínico del Archivo General de la Diputación Provincial (en adelante, ADCO), HC704.17.

4 ADCO, HC705.3.

rodean a quien muestra sus síntomas. Pero ¿y si no se contagia?, ¿y si solo supone sufrimiento para las y los que la padecen? A no ser que quienes practican la medicina mantengan la idea de que ese podría ser un mecanismo de aparición de la insania: el contagio, la herencia, la degeneración de la «raza humana», o al menos de «una raza» concreta o superior por su mezcla con «la otra o el otro».

Se trataría aquella de una de tantas preguntas que surgen bien desde el punto de vista científico y profesional bien desde una mera hermandad con otro ser humano ante el conjunto de carpetas o expedientes de quienes pasaron un tiempo, o casi toda su vida, ingresadas en el Hospital Psiquiátrico Provincial de Córdoba como consecuencia de su locura.

Aunque se trate de una brevísima introducción, «La vida de los hombres infames» prometía, en los planes de Michel Foucault, una antología de biografías rescatadas a la memoria de los archivos⁵. Y tal vez ese proyecto haya sido el que se agazapa en los deseos y afectos de las personas que afrontan el rescate y análisis de cada archivo de asilo, manicomio, casa de locas y locos, psiquiátrico o institución de reclusión y encierro: porque abrir uno de esos 400 expedientes o historias clínicas del Archivo Provincial de la Diputación de Córdoba en el periodo de 1918 a 1931 supone desvelar palabras que describen y explican las historias de quienes sufrieron por pensar y decir, sentir, querer o comportarse de maneras diversas a las familias, los vecindarios o los pueblos. Se trataría, en la medida de lo posible, de reparar esa «infamia» de la que pretendía hablar Foucault, esa falta de honor, prestigio y nobleza, que se otorga o de la que se priva a quienes se les atribuye la carencia de juicio y freno, el desborde de las pasiones, el desvarío o la incapacidad, una herencia degenerada y unas costumbres licenciosas. Se interpela a través de las historias clínicas al amor por el lenguaje que construye a la persona y a los cuidados de aquellas mujeres y hombres a las que histórica, ideológica y estratégicamente se les ha negado la palabra.

Así este capítulo, que tratará de ofrecer unos apuntes mínimos acerca de la psicopatología y su terapéutica, de los malestares, la sintomatología, los cuadros clínicos, las manifestaciones y de sus intentos de curación o tratamiento de tales locuras en el Hospital Psiquiátrico Provincial de Córdoba entre 1918 y 1931⁶, se verá atravesado por numerosas preguntas. Serán solo algunos de los muchos interrogantes que se despliegan ante la información que contienen las carpetas numeradas con los expedientes de ingreso a partir de la experiencia profesional, investigadora y docente desde la especialidad de la psicología clínica actual y con el objetivo de exponer esas primeras impresio-

5 FOUCAULT, Michel, *La vida de los hombres infames*, La Piqueta, Madrid, 1990.

6 Acerca de la delimitación del periodo de análisis de las historias clínicas, *cfr.* PRADOS GARCÍA, Celia, «El modelo judicial del internamiento psiquiátrico. Discursos jurídicos y médicos en torno a la locura» en *Norma y locura. El Hospital Psiquiátrico Provincial de Córdoba (1885-1931)*, Colex, A Coruña, 2026, págs. 67-114.

nes de un trabajo que abarcará hasta la reforma psiquiátrica andaluza de los años 80 con la que se cerrarían las grandes instituciones manicomiales, y con una magnitud, por ahora, de más de 12000 carpetas digitalizadas.

1.2. «Abandonad toda esperanza, los que entráis»⁷

La literatura científica en torno a la vida de los manicomios en nuestro país no deja de crecer⁸. Cabría preguntarse en qué medida este esfuerzo académico refleja una preocupación social más amplia sobre las maneras de entender y de atender a la salud mental en unos contextos históricos, políticos y económicos que parecen minar cualquier protección individual y comunitaria.

A la vez, dicho interés entroncaría con una de las tradiciones historiográficas, en esencia crítica con los discursos del supuesto progreso de las disciplinas «psi» (i. e., psiquiatría, psicología) a la hora de afrontar los retos que supone la percepción del incremento de los problemas relativos a la salud mental. En concreto, sobre todo si trata de partir de una metodología arqueogenealógica en la línea de los trabajos foucaultianos⁹, estos enfoques se centrarán en las prácticas discursivas y no discursivas o en las estrategias y tecnologías biopolíticas que, ya desde el siglo XVII y sobre todo a partir de mediados del XIX, conformarán las condiciones de posibilidad para que la psiquiatría alcance un estatus científico y un prestigio político a la altura del resto de disciplinas médicas (por ejemplo, la neurología). Es decir, habrá de tenerse en cuenta la imposibilidad de identificar un órgano o sistema orgánico como objeto propio de estudio para la actividad psiquiátrica (¿dónde localizar en el cuerpo la *psique* o la mente?), y de que su representación social parecía limitarse al control represivo de la población mediante el aislamiento y el encierro al encargarse de clasificar, a la edad más temprana posible, a los sujetos como inútiles o peligrosos por desafiar las normas burguesas de convivencia en sus valores, prescripciones o jerarquías de clase y género¹⁰.

7 ALIGHIERI, Dante, *Comedia*, Acantilado, Barcelona, 2018, pág. 61.

8 Entre otros, la producción ligada al Hospital de Santa Isabel de Leganés. Para una detallada puesta al día de los trabajos en torno al tema, por ser la más reciente y la que se ocupa del periodo incluido en el presente proyecto destacamos la tesis doctoral de CANDELA RAMÍREZ, Ruth, *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*, Universidad Complutense de Madrid, 2018; y por proximidad temporal, geográfica y enfoque la de GARCÍA DÍAZ, Celia, *Mujeres, locura y psiquiatría: la sala 20 del Manicomio Provincial de Málaga (1909-1950)*, Universidad de Málaga, 2019.

9 VÁZQUEZ GARCÍA, Francisco, *Cómo hacer cosas con Foucault*, Dado Ediciones, Madrid, 2021.

10 DELGADO PASTOR, Diego, *La «infancia anormal» y el cultivo de la inteligencia (España 1830-1940)*, Dado Ediciones, Madrid, 2025; para un análisis de las rivalidades por las funciones

Por otro lado, los abordajes puramente descriptivos, propios de una manera historicista de enfrentarse a la aparición de los fenómenos e instituciones humanas ahora se enriquecen con miradas desde los estudios locos (*mad studies*), de las mujeres, *queer*, las perspectivas interseccionales, decoloniales o culturales, metodologías de análisis del discurso...; y también a partir de la investigación de las producciones literarias en primera persona de las creadoras y artistas que sufrieron los encierros, las sujeciones físicas con correas y camisas de fuerza o químicas con la provocación de abscesos dolorosos, los comas insulínicos, la administración de bromuros, antipsicóticos, barbitúricos y demás, e incluso quirúrgicas mediante lobotomías (*i. al.*, Leonora Carrington, Alda Merini, Kate Millet, Charlotte Perkins Gillman, Sylvia Plath), la recopilación de los expedientes de locas y locos criminales famosos por la magnitud de su delito (así, Aurora Rodríguez, el cura Galeote o Pierre Rivière) y, más aún, de las cartas, los dibujos, las narraciones de quienes vivieron en los anonimatos de sus estancias manicomiales¹¹.

Entre los expedientes de la época que se analizan en estos trabajos apenas se han encontrado cartas o materiales literarios, salvo algunos manuscritos que parecieran las respuestas a las diversas pruebas psicométricas que se les administraba al ingreso. Como es habitual, habrá que pensar en las condiciones de conservación de tales documentos¹² o hipotetizar que las escasas tasas de alfabetización de la población atendida, así como la de los familiares a los que podrían dirigirse estos escritos minimizaban la probabilidad de mantener esas comunicaciones con el exterior; sin olvidar que en ocasiones las propias relaciones con las personas de la familia, deterioradas por la pobreza, la violencia y las pérdidas también podrían explicar la ausencia de vínculos suficientemente estrechos. De hecho, veremos que no aparecen tampoco datos relativos a visitas, más allá de las salidas «a petición de la familia y bajo su exclusiva responsabilidad» o en ingresos ya posteriores las referencias a las dificultades para el cuidado en el hogar o para el acogimiento por parte de la familia extensa (hermanas, sobrinas).

Hoja adicional de observaciones: [...] Le han venido visitando esporádicamente los dos sobrinos y el estado evolutivo de su enfermedad durante sus casi cuarenta años de internamiento es de defecto esquizofrénico profundo con

en la determinación del estatus de «peligrosidad» de los individuos frente al poder judicial, *cfr.* PRADOS GARCÍA, Celia, «El modelo judicial...», *op. cit.*, págs. 82-ss.

- 11 VILLASANTE, Olga *et al.*, *Cartas desde el manicomio. Experiencias de internamiento en la Casa de Santa Isabel de Leganés*, Los Libros de la Catarata, Madrid, 2018.
- 12 Se ofrece una visión detallada en el trabajo de GUIASADO DOMÍNGUEZ, Auxiliadora, «Historia, instituciones y establecimientos para la asistencia psiquiátrica en Córdoba a finales del siglo XIX y primer tercio del siglo XX», en *Norma y locura. El Hospital Psiquiátrico Provincial de Córdoba (1885-1931)*, Colex, A Coruña, 2026, págs. 37-65.

mutismo (José Manuel, 27 años, soltero. Profesión no aparece. Diagnóstico: esquizofrenia paranoide. Duración del ingreso: 41 años hasta el fallecimiento)¹³.

Por tanto, en este caso, para asomarse a las biografías de quienes habitan el manicomio, apenas se podrá partir de abrir carpeta a carpeta del expediente clínico en la que aparecerán, no siempre completos, nombres de locas y locos, sus familiares directos, desde dónde y quién solicita o decide ese ingreso¹⁴, para adentrarse en qué les sucedió antes y en los momentos de enfrentarse a la mirada del psiquiatra o en cómo discurren sus vidas allá, si pueden salir de permiso o alta, por «alivio» o petición de la familia o cuántas veces retornarán ante la «imposibilidad del contacto con la sociedad».

A partir del conocimiento de la estructura y el funcionamiento de la atención manicomial en la ciudad de Córdoba, el análisis de los relatos que preceden y en los que se insertan las producciones documentales ahora custodiadas por el archivo de su Diputación, con la idea de que «en toda sociedad la producción del discurso está a la vez controlada, seleccionada y redistribuida por un cierto número de procedimientos que tienen por función conjurar los poderes y peligros, dominar el acontecimiento aleatorio y esquivar su pesada y temible materialidad»¹⁵, ¿qué dicen esos expedientes acerca de las locas y los locos allí encerrados? Pero, no solo cuál es el contenido de ese discurso, sino con qué lenguaje se enuncia esa locura y su encierro, ¿a qué fines sirve ese discurso?; ¿a quién beneficia que una persona con nombre y apellidos sea categorizada, clasificada y diagnosticada como loca o loco?; ¿qué cuidados se le ofrecen para que, ante esa enfermedad declarada, pueda retornar a su vida y su mundo?; ¿con qué objeto se le cierran las puertas al exterior donde ha nacido y crecido?; ¿se curará así de sus sufrimientos?; ¿qué función cumple la disciplina psiquiátrica que nada parece remediar si se limita a apartar, excluir y mantener cautiva a una persona de la que, desde el inicio, se pronostica que tal enfermedad, condición o trastorno será «inmodificable»?

Pues las respuestas dependerán de quién tenga la palabra ante tales cuestiones y desde qué perspectiva se sitúe para hablar de locura. Puede servir de ejemplo la noción de esquizofrenia, considerada como el prototipo de dicha experiencia loca. Si se sigue la idea que recogen el grupo de Read a partir de la formulación del filósofo Walter Bryce Gallie se trataría de un «concepto fundamentalmente controvertido»¹⁶, en la medida en la que se continúan ofreciendo, hasta ahora mismo, tal variedad de posturas, teorías o intentos de explicación de su origen, sus mecanismos, sus manifestaciones y variantes que no se explicarían necesariamente como una evolución del término a

13 ADCO, HC703.33.

14 Cfr. PRADOS GARCÍA, «El modelo judicial...», *op. cit.*

15 FOUCAULT, Michel, *El orden del discurso*, Tusquets Editores, Barcelona, 2005, pág. 14.

16 GEEKIE, Jim; READ John, *El sentido de la locura*, Herder Editorial, Madrid, 2012, págs. 262-ss.

partir de los hallazgos científico-técnicos, por cuanto en la mayoría de ocasiones se muestran como irreconciliables.

Así, la defensa en reñida competición de quienes sostienen cada postura mientras tratan de invalidar las del de enfrente permitiría pensar que tal controversia, que aparece ya desde su mismo origen y que no muestra signos de remitir, constituye al menos una parte intrínseca del significado del término. Para los citados autores, esta visión supone reconocer y aceptar la multiplicidad de sus usos y sentidos; a la vez, incluirá la urgencia de explorar el papel de los factores individuales, sociales y culturales en su origen y su afrontamiento, más allá de los estrictamente biológicos; e incluso de prestar atención a los objetivos y funciones que justifican los debates en torno a este concepto.

En esa línea, recogen que en la literatura científica se observarán cuanto menos dos grandes perspectivas, aunque con un volumen de propuestas totalmente desequilibrado a favor de las defendidas desde la psiquiatría, la genética, las neurociencias, la industria farmacéutica... En definitiva, los expertos en locura que la investigan desde la supuesta objetividad de sus instrumentos de medida. Una ínfima parte vendrá de escuchar a quienes sufren el diagnóstico, el encierro o los tratamientos físicos (coercitivos, restrictivos), químicos o quirúrgicos. E incluso alguna posibilidad de participar en esta conversación se les ofrecerá a las familias, los vecinos o la comunidad en general: las personas legas o no expertas en la materia.

En definitiva, postulan que, si se retorna a una idea de la locura como experiencia humana fundamentalmente subjetiva, se habrá de afrontar la pertinencia de incluir a quienes la vivencian, otorgarles la oportunidad de contribuir a los discursos y debates acerca de la naturaleza de dicha experiencia, su significado e impacto vital y las preferencias en relación con los servicios disponibles de apoyo, ayuda o intervención terapéutica.

En consonancia con esta propuesta de Jim Geekie y John Read¹⁷, a continuación se describirán algunas de las contribuciones que se aportarían al sentido de las vivencias de quienes sufrieron el encierro, a veces de por vida, en el Hospital Psiquiátrico de Córdoba, desde las tres perspectivas citadas de las personas expertas, legas y locas. Sin embargo, a diferencia de dichos autores, no comenzaremos por las palabras de las y los locos. Se pretende así dejar claro que, a pesar de su papel protagonista a la hora de ofrecer un significado a lo que les ocurrió, su voz quedó tan cautiva como sus cuerpos.

Historia patológica: Lleva más de 3 años en el Departamento [...] permanece tranquila por el día, por la noche excítase, riñe con otras enfermas y en ocasiones muéstrase agresiva. Gusta referir historias de noviazgo [...] habla exageradamente, no siendo fácil interrumpirla [...] refiere alucinaciones auditivas

17 GEEKIE; READ, *El sentido de... op. cit.*

de carácter sexual [...] La acusan de pretender casarse con su hermano y su señorito. No quiere quedarse soltera. [...] **Estado actual:** Permanece sentada casi siempre en el mismo sitio, sin apenas relacionarse con las demás enfermas; en ocasiones habla consigo misma [...] No gusta de que le hagan trabajar. [...] **Lenguaje. Hablado:** Habla mucho y desproporcionadamente, siendo pesada y prolija en sus narraciones que nunca termina... (Aurora. 35 años. Diagnóstico: esquizofrenia paranoide)¹⁸.

2. ¿Quién tiene la palabra en la casa de la locura?

«La esquizofrenia es una enfermedad del cerebro crónica, grave e incapacitante». El National Institute for Mental Health, la agencia estatal norteamericana de referencia internacional sobre salud mental, abre su página web con dicha definición acerca de esta condición clínica¹⁹. En 2024 se observa un ligero cambio en la misma: «es una enfermedad (*illness*) mental grave que afecta a como la persona piensa, siente y se comporta»²⁰. Pero insiste en la palabra «enfermedad» frente al término «trastorno» (*disorder*) que da título al documento por el que la American Psychiatric Association ofrece las categorías para clasificar las experiencias «desordenadas» y que se alejan de la salud mental: el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM)*, ahora ya por el texto revisado de su quinta edición (*DSM-5-TR*) y que en la actualidad alcanzan las 216 desde las 106 de la primera versión de 1952. Por su parte, la Organización Mundial de la Salud en su Clasificación Internacional de Enfermedades, en este caso en la undécima versión (CIE-11), también prefiere la denominación «trastorno» para su capítulo 06²¹.

¿Cómo se llegaría hasta aquí a la hora de hablar así de locura? Las palabras que se eligen para nombrar vehicularán la idea de lo nombrado. Cuando se hace hincapié en que «una enfermedad mental es una enfermedad como cualquier otra» se hablará desde un modelo médico que supone una intervención farmacológica o quirúrgica que «arregle» ese desorden en la estructura o el funcionamiento del cerebro, o al menos de nuestro cuerpo, en la que predominaría una visión catastrofista, de irremediable cronificación, si se rechazan dichas soluciones.

De acuerdo, aunque sea difícil a partir de la referida definición de esquizofrenia se podría argumentar que se ha superado un modelo puramente

18 ADCO, HC359.24.

19 READ *et al.*, *Modelos de locura... op. cit.*, pág. 3.

20 <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/schizophrenia>

21 AMERICAN ASSOCIATION OF PSYCHIATRY, *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales-5-texto revisado*, Editorial Médica Panamericana, Madrid, 2022; <https://icd.who.int/es/>

biomédico en favor del llamado «biopsicosocial». Sin embargo, frente a este reconocimiento de que las condiciones del ambiente en el que la persona crece influyen en sus experiencias y en sus oportunidades para disfrutar de una vida saludable, el desarrollo tecnológico, especialmente en el ámbito de la genética y de la neuroimagen, favorecerán de nuevo los discursos que enfatizan la supuesta objetividad científica del criterio de un profesional sanitario.

Es decir, la literatura sobre la locura promoverá el discurso médico como la perspectiva correcta por cuanto objetiva y, por tanto, con capacidad para generalizar los datos que obtienen de las muestras que evalúan a toda la población general, a partir del uso de instrumentos de observación y medida estandarizados, supuestamente válidos y fiables.

Se hablaría de supuesta objetividad científica porque, hasta el momento, ¿es posible responder con un sí rotundo a la pregunta de si, por ejemplo, la esquizofrenia como prototipo de «enfermedad» mental cumple con los citados criterios de fiabilidad o validez que se exigirían desde tal perspectiva? Es decir, si 1. se identifica, sin ningún tipo de duda o interpretación, cuando una persona sufre una esquizofrenia (fiabilidad); y si 2. ese conjunto de conductas que manifiesta son las que siempre aparecen en cualquier otra persona a la que también se le ha diagnosticado con este cuadro, que son «patognomónicas» o propias, en exclusiva, de esa categoría, que responden a un mismo mecanismo causal, de origen o etiopatogenia, con un curso y unas consecuencias predecibles o pronosticables y con una respuesta similar validez ante un tratamiento similar validez²². Si nos remitimos a las clasificaciones citadas (*DSM* y *CIE*), hemos de afirmar que no: se trataría de condiciones o categorías que sufren modificaciones de versión en versión en función del consenso entre profesionales, a partir de trabajos epidemiológicos (en un claro ejercicio de razonamiento circular: porque determinados signos o conductas tienden a aparecer juntos en alguna proporción estadística les asignamos una etiqueta, y cuando se dispone de la etiqueta se trata de indagar en la persona que acude a solicitar ayuda si presenta ese conjunto de signos, algunos de los cuales pueden compartirse con otros síndromes clínicos o combinarse hasta alcanzar el umbral necesario, en número, intensidad o duración, para identificar que se cumple tal criterio; si no se llegan a alcanzar estos umbrales se puede emitir un diagnóstico de trastorno X «no especificado»).

Entonces, de nuevo, ¿cómo se llega hasta aquí? Cuando se abre cada carpeta, ¿qué se anticipará de esta situación en los expedientes clínicos del Hospital Psiquiátrico Provincial al revisar las anotaciones de los psiquiatras? Porque en la ya citada historia de Aurora, de 35 años, soltera, cuyos progenitores murieron hace muchos años, «ignorando la causa», que lleva más de tres años ingresada en el departamento cuando se escribe su historia y que muere allí más de 40 años después, apenas se podrán leer cuatro páginas

22 READ *et al.*, *Modelos de locura... op. cit.*, págs. 51-ss.

casi vacías de lo que allí vivió y en el que consta, casi ilegible, un diagnóstico: esquizofrenia paranoide... ¿Una esquizofrenia cuyos síntomas no suponen un problema hasta los 35 años? De la que se dice que presenta trastornos de la atención, pero realiza adecuadamente las pruebas para su exploración, de la que se afirma que parece muy egoísta y demuestra querer muy poco a sus familiares [no aparece con quien vivía, ni los vínculos o los cuidados con sus seis hermanos, tampoco se recogen visitas o algún contacto con ellos], aunque «dando la sensación de quererse mucho a sí misma y los novios que ella piensa que tiene y ha tenido»²³. Cuántas preguntas por responder.

2.1. El discurso del experto: la autoridad para hablar y hacerse oír

Dos de las primeras cuestiones que llaman la atención poderosamente ante los documentos que aparecen en cada carpeta tienen que ver con los tiempos que se manejan en los manicomios, en muchas ocasiones de años y vidas enteras junto a la información que no consta, que no se recabó: la ausencia de datos, los vacíos de palabras tras la línea para anotar las respuestas a cada pregunta, los estadillos en blanco, los garabatos que atraviesan páginas y quieren decir «imposible [administrar]»; y las relaciones que se observarán entre ambos aspectos: ¿no hubo otros momentos para indagar, escuchar, añadir, darle voz a la loca, al loco?

Siempre que se obvie el desorden dentro de los documentos de cada carpeta como consecuencia de los años de almacenamiento de las cajas en las que se guardaban; y si nos ajustamos a esos tiempos relacionados con la práctica clínica, es decir, la acogida, la evaluación inicial, la intervención terapéutica y el seguimiento de sus resultados hasta el alta terapéutica, el expediente se iniciará con los datos relativos a la filiación, es decir, nombre, apellidos, lugar de origen y de residencia, edad (y no fecha de nacimiento); identificación de progenitores y cónyuges o número de hijos y ocupación, de los cuales no consta quién aporta (acompañantes, familiares, la propia persona, dado que a veces no coinciden con los que aparecen justo después). Seguirá entonces el examen al ingreso a lo largo de 14 grandes apartados²⁴.

En el primer epígrafe sí se trataría de preguntar tales datos de identificación a la persona que ingresa para investigar los procesos más básicos relacionados con la propia identidad. A continuación, destaca en el documento la prolijidad de tareas que se administrarían con el fin de explorar las principales funciones psicológicas desde una perspectiva que hoy coincidiría más

23 ADCO, HC359.24.

24 En los anexos 5.1, 5.2 y 5.3 se muestran las páginas iniciales de los modelos de recogida de información, en sus formatos de historia psiquiátrica, examen al ingreso y exploración clínica o de antecedentes.

con un enfoque de neuropsicología clínica y forense que meramente psiquiátrico; y que en aquel momento se asimilaba con la práctica de la denominada psicopatología descriptiva o semiología²⁵ (así aparece explicitado en algunos formatos de historia: diagnóstico semiológico junto a diagnóstico nosográfico, que los psiquiatras suelen rellenar en este último caso con una inferencia relativa a la etiología u origen del cuadro: constitucional o reaccional, a veces tóxico, infeccioso). Esta estrategia semiológica entroncaría con los intentos ya históricos de vincularse a la neurología en el citado propósito de la psiquiatría de adquirir un estatus científico-técnico dentro de las especialidades médicas, con el fin último de justificar sus prácticas manicomiales y de encierro para el control biopolítico de las poblaciones²⁶. Y, de esta manera, junto a los exámenes histológicos, anatómicos o fisiológicos se desborda el entusiasmo por la prueba psicométrica de la inteligencia, la personalidad o la motivación con idénticos fines normativos, productivistas y capitalistas²⁷.

Así se observa la aplicación del *Cuestionario emocional de Woodworth*²⁸, un autoinforme con preguntas de sí/no, que podría responderse en unos 10-15 minutos y que se había desarrollado en la Primera Guerra Mundial para explorar las capacidades de los soldados a la hora de afrontar las vivencias asociadas a su incorporación al frente. Se añadían preguntas sobre las quejas subjetivas y la conciencia de enfermedad o déficit que, según la persona, motivaría un ingreso manicomial, junto a las posibles experiencias alucinatorias y delirantes.

El estado cognitivo se evaluaría mediante una batería de tests y tareas muy similares e incluso las mismas a las que se aplican en las exploraciones neuropsicológicas actuales como sucede con la *Prueba de Bourdon*, conocida hoy como *Test de la A* o la repetición de cifras semejantes a la subescala de Dígitos de la *Escala de Inteligencia de Weschler para Adultos*²⁹. Se pueden enumerar en los referidos apartados del examen, los procesos atencionales (concentración, atención selectiva auditiva y visual), los de orientación y mnésicos (desde las secuencias automáticas y la memoria inmediata a los conocimientos culturales acumulados o los autobiográficos y el aprendizaje asociativo); la capacidad lingüística (vocabulario, lectura, escritura), el razonamiento (conceptualización, silogismos, juicio lógico secuencial y social) o las habilidades imaginativas, la sugestión y la ética; más tarde, en el formula-

25 BERRIOS, German E., *Historia de los síntomas de los trastornos mentales: la psicopatología descriptiva desde el siglo XIX*, Fondo de Cultura Económica, México, 2008.

26 PLUMED DOMINGO, José Javier, «La clasificación de la locura en la psiquiatría española del siglo», en *Asclepio*, vol. LVII, núm 2, 2005, págs. 223-253.

27 DELGADO PASTOR, *La «infancia anormal»... op. cit.*

28 Véase el ejemplo de una de las páginas en el anexo 5.4.

29 TRIVIÑO, Mónica et al. (coords.), *Neuropsicología clínica a través de casos clínicos. Evaluación y rehabilitación*, 2.ª ed., Editorial Médica Panamericana, Madrid, 2021.

rio se añadirán los resultados de las pruebas proyectivas como el *Test de Rorschach* u otras denominadas psicoanalíticas. Se incluyen también los datos referentes a los aspectos neurológicos y de salud general (p. ej., resultados de pruebas relativas a la infección por sífilis).

A la hora de centrar la investigación sobre el motivo de ingreso de ese momento, se revisarán la aparición de las primeras manifestaciones del cuadro y los antecedentes personales y familiares; para pasar después a la denominada «expresión clínica», es decir, a la citada descripción semiológica de la sintomatología pero, en este caso, a partir de los contenidos suscitados por la entrevista clínica y de la observación del comportamiento y la manera de responder de la persona que ingresa. Se diferencia el examen físico del examen mental, de nuevo desde el enfoque fenomenológico. Se cierra esta fase con algunos apuntes relativos al curso de la enfermedad a partir de la vida cotidiana dentro del manicomio, las relaciones con las compañeras ingresadas y con el personal, el diagnóstico, el pronóstico y el tratamiento prescrito.

Es ahora, en este apartado de expresión clínica, cuando se observan las principales manifestaciones del lenguaje disciplinario a la hora de interpretar las experiencias de las y los ingresados. ¿Y qué cuenta quien decide sobre el ingreso, el permiso o el alta de la persona encerrada? ¿Qué información ofrece? ¿Qué puede ver, escuchar e inferir desde su posición de experto ante el despliegue de las conductas de la loca o el loco que examina? Por ejemplo, a partir de ver que Nieves, de 30 años, «ingresa con fuga de ideas, agitación, presenta estereotipias que todavía tiene demostrando un fondo histriónico acentuado» [en otras ocasiones esas estereotipias se interpretarán en clave catatónica], puesto que «ella dice que le hablan muchas personas al oído, sobre todo un tío suyo aconsejándola que sea “tierna” y otras lo contrario», y «dice que el demonio está en su cuerpo, negativismo activo...», parece surgir la duda diagnóstica: «esquizomanía en fondo paranoide?» [el interrogante final es suyo para una entidad clínica híbrida entre la esquizofrenia y la psicosis maniaco-depresiva, de escaso uso y reconocimiento, que luego se asemejaría a los trastornos esquizoafectivos]. No se consigna que se revise dicho diagnóstico³⁰.

Uno de los procesos evaluados en los que se observan mayores inferencias en función de ideas, formación, perspectiva del examinador será el de la afectividad: «responde bastante bien a los afectos familiares y quiere mucho a su madre, luego a sus hermanos. Sin embargo, se deduce que a quien más quiere es a sí misma» (Mercedes, 28 años, diagnóstico: histerismo); «reacciona discretamente a los afectos familiares. Sin embargo, como parece pertenecer a una familia de depravados (ella y dos hermanas suyas son o han sido prostitutas), no están en ella muy arraigados los sentimientos de afectividad, que son normales en las demás personas» (Antonia, 29 años, diagnós-

30 ADCO, HC694.43.

tico: epilepsia). O el de personalidad y carácter: «con un fondo histerógeno, carácter sintónico» (Francisco, 27 años, ciclotimia)³¹.

Esas inferencias desde el comportamiento hasta el diagnóstico hablarían de prácticas y decisiones disciplinarias, con propósito de rigor que, sin embargo, en los expedientes se transforman en un listado prácticamente interminable de categorías. Mientras a lo largo del primer cuarto del siglo XX, con el fin de alcanzar la objetividad médica de vincular la locura como entidad general o, mejor aún, cada cuadro específico con una etiología anatómica o fisiológica, un agente infeccioso o traumático al estilo de lo sucedido con la sífilis y la parálisis general progresiva, se busca abandonar por completo la perspectiva francesa esquiroliana para favorecer los postulados en apariencia más científicos de la investigación alemana y su principal valedor, Kraepelin; y mientras en nuestro país llega a imponerse de manera oficial de cara a la elaboración de las estadísticas nacionales de enfermos mentales tras el decreto de 1931 de creación del Consejo Superior Psiquiátrico, una de sus clasificaciones³², las historias clínicas se pueblan de entidades híbridas, anticuadas o valorativas (por ejemplo en términos morales) y se les añaden conceptos relativos a la etiología o una acumulación de diferentes manifestaciones comportamentales concretas, que pudieran hacerlas más descriptivas pero que, en definitiva, abundan en la idea de la escasa fiabilidad y validez de tales categorías. No sucederá tanto en el cuadro por excelencia que, como en tantos otros trabajos sobre manicomios, será el más prevalente: la esquizofrenia (grupo V de la clasificación kraepeliniana), sea en su forma general o en sus subformas paranoide, catatónica, hebefrénica, más allá de la llamada esquizomanía o el síndrome esquizofrénico reaccional (Francisca), además de la parafrenia (sistematizada o no) a mitad de camino hacia los cuadros incluidos como trastornos delirantes (María)³³.

Más variabilidad se observará precisamente en los términos relativos a dicho grupo XII o paranoia: apenas aparece dos veces en su denominación genérica (aunque se especifica: con ideas de celos y persecución con base de interpretación; y climatérica), y se añade un amplio conjunto de delirios de interpretación, de imaginación referencial, de persecución, celotípico, de perjuicio de base interpretativa; solo celotípicos (en el ámbito semiológico mientras que en el nosográfico se asociará sobre todo a alcoholismo, pero también se considerarán los de origen constitucional), de persecución a base de interpretación celosa. En ocasiones se calificarán como delirios polimorfos y se concretará el contenido (ej., hipocondríaco, celos, persecución en Antonio; de grandeza como el de Luis); en otras, se hablará solo de ideas de

31 ADCO, HC702.38, HC703.16, HC703.9, respectivamente.

32 Javier PLUMED, «La etiología de la locura en el siglo XIX a través de la psiquiatría española» en *Frenia*, vol. IV, núm. 2, 2004, págs. 69-91; CANDELA RAMÍREZ, *El Manicomio Nacional... op. cit.*, págs. 365-ss.

33 ADCO, HC713.19, HC713.15, respectivamente.

persecución, de ruina o de perjuicio de tipo alucinatorio; se aclare o no su cronicidad; e incluso de simple constitución paranoide con ideas de celos y tendencia a beber (Francisco)³⁴.

Y como si se correspondiera con su propia naturaleza, el segundo grupo de cuadros más diagnosticado se presenta aún con un mayor despliegue de términos: a los habituales de locura o psicosis maníaco-depresiva, se añadirán especificaciones para la fase actual como forma mixta, alternante (M. Josefa), alternante, forma mixta (José) o intermitente; se concretará en una de sus fases: manía colérica y lúes (Ana) o con rasgos esquizofrénicos (María), con tendencia a beber en fases de agitación y delirio confusional visual alucinatorio subsiguiente a la embriaguez (Antonio), no intensa, intermitente (Gabriel), intermitente con ligeras fases depresivas (José). Y también se encuentra esta categoría asociada a otros síndromes: esquizofrenia hebefrénica con accesos maníacos (Josefa) o debilidad mental con síndrome de excitación maníaca (Francisco). En su condición de ciclotimia se puede calificar con rasgos y ataques histéricos (Carmen). Especialmente se asociará al consumo de alcohol y la embriaguez en varones en su etiqueta de manía colérica (José) o en algún caso con epilepsia con episodios esquizomaníacos (Juan)³⁵.

Los trastornos afectivos también suelen aparecer especificados en función de la intensidad o la hipótesis sobre su origen: el síndrome depresivo reaccional (Ana), la melancolía climatérica estuporosa (Rosario); o bien hipomanía o manía periódica (Miguel Ángel) o la irritabilidad afectiva (Federico)³⁶.

Junto a estas denominaciones de los cuadros más tradicionales, fruto de combinaciones que abarcarían un amplio espectro de comportamientos, será el ámbito de la inteligencia en el que se mantengan la terminología menos actualizada; solo en una ocasión se utiliza el diagnóstico de oligofrenia mientras se habla de imbecilidad (de primer o segundo grado), debilidad mental o insuficiencia parcial (con reacciones instintivas o impulsivas), en numerosas ocasiones vinculadas a procesos infecciosos postencefalíticos (Rafaela, de 14 años, vive en el hospicio), a graves epilepsias esenciales (Manuela, de 41 años) o a las vivencias de privación afectiva y material (Guadalupe, sin dato de edad, huérfana, ingresa también desde el hospicio)³⁷.

Se conservan asimismo las categorías que aluden a la ruptura con las normas sociales y culturales: «perversión del sentido ético» (Francisco, de 32 años, criado en una casa-cuna, luego el hospicio y más tarde con múltiples detenciones y encierros en la cárcel, empieza sus robos a los ocho años; en el

34 ADCO, HC705.55, HC705.24, HC714.33, respectivamente.

35 ADCO, HC705.11, HC705.12, HC704.30, HC360.27, HC692.32, HC705.27, HC713.20, HC707.3, HC714.39, HC710.5, HC711.41, HC711.18, respectivamente.

36 ADCO, HC708.18, HC708.13, HC745.53, HC714.50, respectivamente.

37 ADCO, HC704.13, HC703.28, HC705.30, respectivamente.

diagnostico nosográfico: constitucional); «perversión instintiva: moral invertida» (Francisco, 16 años, con pronóstico: «su embotamiento social hace prever el aumento de su demencia»); a veces de etiología infecciosa: «perversión de la conducta de naturaleza erótica, probablemente post-encefalitis» (Mercedes, 16 años: «Parece haber cosas referentes a asuntos sexuales y afición a los muchachos, aunque ella lo niega», mientras que la religiosidad: «la que responde al término medio en España»; su juicio: «bien para lo que se relaciona con su escasa edad e insuficiente cultura»; se refiere que constan denuncias de orden sexual y se fuga varias veces para ir al baile...)³⁸.

Otras preguntas se suscitan ante la lectura de los expedientes, más allá de la constatación de un uso podría decirse idiosincrásico de las etiquetas diagnósticas, que tendrían que ver con la propia naturaleza de los intentos de clasificar el sufrimiento y la experiencia humana al más puro estilo botánico o cristalográfico. Esas cuestiones aluden, por ejemplo, al curso de los síntomas, incluso para tratarse de un internamiento: así una psicosis maníaco-depresiva, en fase mixta que no requiere ingreso hasta los 47 años (Amparo), u otra psicosis maníaco-depresiva a los 30 que después se clasifica como esquizofrenia y más tarde de esquizofrenia paranoide pero pasan unos diez años entre cada encierro, periodo de los que se informa que permanece en su hogar y trabajando (Antonio); y Joaquina, diagnosticada de esquizofrenia catatónica a los 26 años, con manierismos, estereotipias, flexibilidad cérea, conversación interior y oposicionismo que reingresa 50 años después de encontrarse bien en su hogar tras separarse, parece que justo en el periodo de su primer encierro, cuando ahora presenta ideas delirantes y agresividad con la familia asociada a sordera³⁹. Por supuesto, y en especial ante aquellos cuadros que cursan por episodios, parte de las certezas diagnósticas se vincularán a la evolución de la sintomatología, pero acerca de esas remisiones tan largas al menos cabría la posibilidad de bien permitirse dudar de una etiqueta que remite a un nivel de gravedad tan elevado bien consignar el efecto terapéutico de la vida comunitaria o la capacidad de contención de los vínculos afectivos y familiares. En ningún caso se ofrece información sobre esas variables del entorno o del mínimo abordaje de sus dinámicas.

Por seguir en esa misma línea, otras dudas serían las relativas a los que se presentan como un supuesto único ingreso en la primera juventud con diagnósticos tan graves como la psicosis maníaco-depresiva o los diferentes subtipos de esquizofrenia, especialmente cuando consta la indicación de «alta por alivio» (Cristóbal, 18 años, diagnóstico: esquizofrenia, tratamiento: nucleinato; alta: «remisión, no conviene permanecer en este departamento y sí trabajo», duración del ingreso: 3 meses)⁴⁰. Sucede con frecuencia que, tras

38 ADCO, HC703.27, HC704.5, HC704.33, respectivamente.

39 ADCO, HC702.7, HC702.18, HC361.11, respectivamente

40 ADCO, HC702.6.

un periodo protocolizado, los expedientes hospitalarios se abren con otra numeración, si la persona no ha muerto, migrado, sobre todo si se piensa en los años que vendrán durante y después de la Guerra Civil o, de nuevo, quizá el diagnóstico fue excesivamente exigente.

Respecto al tratamiento, objetivo último de la institución, apenas se encuentran variaciones o especificidad en los registros de estos años, aunque sí aparecerán estadillos de prescripciones en ingresos o momentos más tardíos, a partir de los años 60-70, en especial con antipsicóticos, antimociales y ansiolíticos. Igual sucederá para la inmovilización con abscesos de fijación con trementina o la terapia electroconvulsiva. Sin embargo, en este periodo entre las estrategias de tipo biomédico se recogen: sedación (sin concretar el método), balneación (alguna vez diferenciando entre templada o caliente) y proteinoterapia; en ocasiones se añaden la hemoterapia, la opoterapia y los tónicos o estimulantes en personas desnutridas. Ante la elevada frecuencia de ingresos asociados al consumo o al abuso de alcohol aparecen los regímenes de desintoxicación sin aclarar la manera más allá de la supuesta restricción a su acceso.

Se repite casi invariablemente también la prescripción de trabajo y psicoterapia; en ningún caso se añade más información; en los estadillos de medicación posteriores a veces se indica el grupo de trabajo de la persona: costura, cocina o limpieza. Asimismo, puede recogerse alguna alusión al comportamiento respecto a las tareas domésticas que parecen asignarse durante el encierro: «en el Departamento observa una vida ejemplar: obediente, trabajadora, limpia» (María Cruz, 38 años, diagnóstico: epilepsia esencial, carácter comicial)⁴¹.

En cuanto a los métodos coercitivos, apenas se recogen el uso de restricciones mecánicas al ingreso (camisa de fuerza o ligaduras, aunque en una de las fotografías Antonia, de 29 años, con epilepsia, aparece de pie, al aire libre, mirando a la cámara y «vistiendo» dicha camisa que la cubre casi hasta las rodillas; también la reducción en Hilaria, de 28 años, que ingresa con intentos previos de suicidio y melancolía crónica) o durante el mismo; ante la agitación se consigna el uso del aislamiento o la reclusión con escasa frecuencia (Juan, de la misma edad, diagnosticado de esquizofrenia catatónica, con tendencia a las riñas y las fugas)⁴²; se explicaría quizá esta ausencia de referencias en la misma línea del resto de silencios: si no se produce a las puertas de la institución, ya nunca volverá a anotarse.

41 ADCO, HC703.20.

42 ADCO, HC703.16, HC360.7, HC360.8, respectivamente.

2.2. El discurso de las personas legas: y qué sé yo si no sé

Las perspectivas legas, también llamadas teorías implícitas, del sentido común o enfoques populares (*folk theories*) harán referencia a aquellas ideas que mantendrían quienes no han adquirido un conocimiento experto en una determinada materia. En el tema de la locura aclaran que estas maneras de pensar no serían exclusivas de quienes rodean a la persona loca (familia, iguales, vecinas, profesoras y compañeras de trabajo) sino también de quien experimenta por primera vez esas vivencias extrañas o diferentes, es decir, el usuario novel de un servicio de atención a la salud mental⁴³.

Estas ideas implícitas incluirán la descripción de la propia experiencia de la persona loca y las expectativas acerca del curso, duración, gravedad o posible recuperación de esas manifestaciones de locura; así como las atribuciones de los otros en torno al origen y los tratamientos para el abordaje de tales comportamientos. Y en la línea de las investigaciones que ya habían recogido, John Read y Nick Haslam⁴⁴ refuerzan con nuevos trabajos el hallazgo de que el público general, como sucederá con las y los protagonistas, mantienen una visión variada, compleja y sofisticada en torno a los factores causales de la locura y sobre las intervenciones para su abordaje (*vid. infra*). Defienden que desde la visión popular se sostiene una perspectiva multidimensional en el que predominan los orígenes psicosociales de este tipo de conductas: dificultades en la vida diaria (desempleo, sinhogarismo, exclusión social), problemas en la infancia (maltrato, abandono, pobreza), acontecimientos traumáticos, pérdidas y duelos; en menor medida se alude a variables biológicas (disfunción cerebral, herencia o genética).

La misma visión prevalece a la hora del tratamiento: la población general prefiere las intervenciones psicosociales, en especial las terapias centradas en la palabra a los enfoques médicos o farmacológicos, en la medida que se consideran perjudiciales sus efectos secundarios o su escasa incidencia sobre «las raíces» del problema, también definidos como psicosociales.

Asimismo, contrastan el argumento de las posiciones biologicistas en torno a la idea de que considerar la locura como una enfermedad más disminuirá el estigma asociado al diagnóstico. Se defiende entonces que la persona carece de responsabilidad sobre sus experiencias y su comportamiento, mientras que mejorará si se somete al tratamiento farmacológico prescrito. La literatura que revisan muestra que, por el contrario, este punto de vista biomédico contribuye a un incremento de la percepción de peligrosidad e impredecibilidad de la conducta de quien ha recibido una etiqueta diagnóstica, y al consiguiente alejamiento y evitación del contacto social por parte

43 GEEKIE; READ, *El sentido de... op. cit.*, págs. 191-ss.

44 READ John; HASLAM, Nick, «La opinión pública dice: pasan cosas malas que pueden hacer que perdamos el juicio» en *Modelos de locura... op. cit.*, págs. 165-179.

de quienes la rodean. De la misma forma, se describen actitudes negativas por parte de las y los profesionales de la salud mental con una imagen más estereotipada de la locura que se vincula con perturbaciones o desviaciones, unas expectativas pesimistas en torno a la recuperación y una disminución del número de oportunidades de participación en los objetivos de su tratamiento que se les ofrecen a quienes demandan su apoyo.

La perspectiva de las personas que rodean a las que ingresarán en el hospital de Córdoba se recoge en la denominada «hoja de filiación extraclínica»⁴⁵. En este documento, junto a los principales datos de filiación de las futuras o ya conocidas locas y locos, se recopilarán otros sobre la aparición de las primeras manifestaciones que dan lugar a la demanda actual de atención clínica. Se incluyen aspectos acerca de sus comportamientos problemáticos y las consecuencias para el entorno o los antecedentes personales y familiares de tales problemas; así mismo quién o quiénes la acompañan y su actitud hacia el propio acto del ingreso. Por otro lado, destacará que en este periodo de 1918 a 1931 apenas constan dichas hojas en los primeros ingresos y sí se incluyen para los sucesivos, a veces incluso cuando se producen con una diferencia de meses entre uno y otro.

En primer lugar, y desde un punto de vista formal, ante esta «hoja» surge la pregunta de quién la rellenará pues se aprecia, por un lado, una caligrafía semejante a lo largo del tiempo, pero también faltas de ortografía (alguna, ante la repetición del término, muy habitual). En ocasiones, parecerían ser familiares, acompañantes, pero también podría tratarse de un profesional sanitario de menor nivel técnico; así por ejemplo de Alfonso se recoge que empezó «con ataque cerebral [sic]», que ha estado «en la cárcel de su Pueblo debido a su enfermedad [sic]» y que «estos datos son tomados al mismo enfermo» por haber llegado en ambulancia; o de Miguel Ángel, de 32 años y con manía periódica, se lee que sus síntomas comienzan con «trastornos e inquietudes [sic]»⁴⁶.

Respecto al contenido, de nuevo se observará la reiteración de temas entre diferentes locas y locos. Destacará especialmente la tendencia a presentar los inicios de los comportamientos que se consideran desajustados como «manías», bien por sus temas (i. e., pensar que va a ser envenenado, que lo persiguen, que tiene la culpa, que sufre una enfermedad concreta) o por su intensidad y frecuencia (así, rezar demasiado, cantar y hablar mucho o muy alto, dormir poco o no querer ingerir alimentos); describen a veces un inicio abrupto asociado a un acontecimiento más o menos traumático en forma de «disgusto», «crisis», «ataque» (p. ej., el motivo tradicional de «disgustos del matrimonio» en María, de 29 años, ya viuda, contrasta con Isidora, de 20, que empieza «metiéndose en la cama sin tener enfermedad alguna» si

45 Puede verse el ejemplo de una página en el anexo 5.5.

46 ADCO, HC703.29, HC703.20, respectivamente

bien «lloraba sin motivo y reía de repente hablando mucho unas veces hasta ponerse agitada y otras completamente parada horas enteras»; mientras a Isabel de 14 «hace 4 años que le dio la gripe y desde entonces empezó con manías que por temporadas mejora pero en los últimos tiempos está peor por lo que la traen al Manicomio» o a María Cruz cuando de «un sobresalto estando con el periodo le empezaron los ataques epiletico [sic]»). Esas hipótesis acerca del origen del cuadro a medida que se repiten los ingresos y que cambian las y los acompañantes, también se modifican. De nuevo sobre Miguel Ángel, si en el segundo ingreso de 1931 con 32 años se le atribuyen los síntomas a «los disgustos de la muerte de su padre» y entonces «se ponía muy nervioso, queriendo meter mano a todo el que pasaba por delante», con el tercero en 1948, un diagnóstico de psicosis maniáco-depresiva en fase maniaca, todavía un pronóstico favorable y la prescripción de terapia electroconvulsiva, el inicio del cuadro se sitúa a los 18 años, en el cuarto de 1953 se indica que «hace 15 días», para finalmente en 1959 afirmarse que «durante 20 años ha llevado una vida normal»⁴⁷.

Como se decía, las conductas que después se convertirán en motivo de preocupación para la familia o el entorno tienden a centrarse, en el caso de los déficits en el no dormir y no querer alimentarse; y en el lado de los excesos se repiten el romperse las ropas y los enseres de la casa, gritar, cantar muy fuerte, querer pegar o haber intentado suicidarse, sobre todo por el método de tirarse al pozo (Hilaria, de 28 años, con melancolía crónica, quiere que se la castigue por sus malos pensamientos hacia su madre; aunque no vuelve a ingresar, entonces de manera repetida a los 74 años). Los comportamientos violentos se investigan después, sean hacia sí mismos o en las relaciones familiares, así como las fugas del hogar: «para su familia una lengua insoporable» y «muchas manías y algunas veces con mucha furia y agitación» en María, con psicosis maniáco-depresiva, rasgos esquizofrénicos y lúes⁴⁸.

Suelen leerse respuestas muy escuetas ante la exploración de los antecedentes relacionados con enfermedades físicas o problemas psicológicos y el consumo de tóxicos previos (calenturas, paludismo, pulmonías, afición o abuso de las bebidas alcohólicas). Destaca la pregunta específica sobre la sífilis, que enlazaría tanto con las consideraciones morales asociadas a la fuente de contagio como con los marcos teóricos degeneracionistas y de búsqueda de etiologías precisas que justificaran la aparición de los síntomas a nivel individual o familiar.

Se añaden más tarde las preguntas que enlazan con las condiciones socio-económicas: escuela y trabajo. Respecto a la primera se indaga simplemente si la persona acudió y consiguió aprender a leer y escribir, mientras que en cuanto a la vida laboral pretende recogerse si el comportamiento pre-

47 ADCO, HC360.27, HC385.16, HC713.32, HC745.53, HC703.20, respectivamente.

48 ADCO, HC360.7, HC360.27, respectivamente.

vio al ingreso se mantenía dentro de los estándares del oficio. Otra vez, las respuestas consignadas tienden al laconismo: «bien», «sí/no».

Cuando se lee esta hoja después de los documentos sobre el examen al ingreso y la exploración clínica, es decir, después de conocer la visión del experto, sorprende una de las últimas preguntas: ¿cómo era su personalidad o carácter...? De manera casi unánime sobresale la palabra «alegre», incluso para quienes el psiquiatra describirá como autistas, ensimismados, introvertidos o con diagnósticos de melancolía, esquizofrenias catatónicas o hebefrénicas... especialmente cuando ya se trata de sucesivos ingresos. Además, de nuevo en este momento el calificativo puede cambiar en función de los informantes: José, de 30 años al inicio, todavía soltero y albañil, con diagnóstico de locura maniaco-depresiva pasa de haber sido «agradable» en el 31 [empleado del Ayuntamiento y amigos, cuando ingresa con camisa de fuerza], a «alegre» en el 39 [brigada y un número de la Guardia Municipal], «muy corto y cobarde» en el 41 [su hermana] y, de nuevo, «alegre» en el 43 con su décimo ingreso [su hijo y su hermano] o en el 53 [sus hijos], o «bueno» en el 56 [sus hijos y su yerno; aunque a la pregunta de cómo se «conducía con sus padres, mujer, hermanos e hijos» responden que mal]⁴⁹.

Asimismo, se descubre una y otra vez la reiteración de que la persona ante el ingreso se muestra tranquila... son escasísimos de quienes se dice, incluso tras fases de agitación que los motivan, que requieran de medidas de sujeción. Aun cuando los acompañen guardas municipales o procedan de la cárcel u otras instituciones de encierro (ej., orfanatos, hospicios u otras dependencias hospitalarias) y en los relatos sobre su conducta previa o posterior de violencias o agresiones, ese paso por la entrada y hacia la «casa de las y los locos» parecería producirse con resignación, obediencia, e incluso, rendición. Así, José Antonio, diagnosticado de esquizomanía y tras un alta por «no convenirle permanecer en el Departamento», reingresa 36 años después «voluntario y los motivos de su ingreso dice son de índole familiar, ya que esta lo ha expulsado del lugar donde trabajaba, se alimentaba y ganaba algún dinero»⁵⁰.

Finalmente destaca la casi total ausencia de detalles sobre las visitas de familiares, documentos que las soliciten, cartas o comunicaciones de algún tipo hacia la persona ingresada. Si llegaban tales cartas probablemente las atesorarían las y los internos, quizá nunca se les consideró dignas o dignos de recibirlas; se añadirán los problemas de analfabetismo entre quienes se encerraban en las instituciones públicas. Así la historia ya citada de José Manuel: «Le han venido visitando esporádicamente los dos sobrinos y el estado evolutivo de su enfermedad durante sus casi cuarenta años de internamiento es de defecto esquizofrénico profundo con mutismo». Sí constan los profundos sentimientos hacia quienes permanecen fuera y la nostalgia de la familia, en espe-

49 ADCO, HC702.18.

50 ADCO, HC359.7.

cial de las y los hijos. Relatan acerca de Adriana, de 37, con neurosis de angustia, tras la muerte de dos hijos pequeños y un embarazo gemelar también con resultado de muerte, quien decía estar «loca coincidiendo con los partos» y cuyo cuadro actual se inicia al pensar que le van a quitar a su bebé: «Muy triste y angustiada. Lloro mucho y derrama abundantes lágrimas, porque se acuerda de sus hijos, nos dice, así como también en su casa lloraba mucho»⁵¹.

2.3. El discurso de las personas locas: la voz cautiva

Historia patológica: Esta es la segunda vez que está en el departamento, donde lleva ya cinco meses [...] Refiere que a los 18 años tuvo un novio a quien quería mucho y que murió a consecuencia de lo que se puso enferma de ataques (seguramente de histerismo). Antes de esa fecha nunca había padecido ataque alguno... **Estado actual:** aparte de su afición a discutir y reñir con las otras enfermas, no encontramos actualmente manifestación patológica alguna (Mercedes, 28 años, soltera. Diagnóstico: histeria, pronóstico favorable, tratamiento: nucleínatos y broncodilatador)⁵².

Ante cada expediente ha surgido una pregunta, una duda o un sentimiento: tristeza, rabia, asombro. Así, a la historia de Mercedes se añade la ya conocida de Aurora de quien, ingresada a los 35 años en diciembre de 1927, consta que fallece en octubre de 1978: 41 años que se encierran en las 36 páginas de su carpeta, cuatro para su «historia psiquiátrica» con un diagnóstico de esquizofrenia paranoide y el resto apenas resultados de análisis clínicos y estadillos de anotación de fármacos administrados a los 76 años, varios de ellos vacíos, con la indicación en la parte superior junto al nombre de «defectuosa profunda» (*vid. supra*)⁵³. También se ha expuesto la de José Manuel, con el mismo diagnóstico tras los datos mínimos en esas cuatro páginas de su historial, quien ingresa con 27 años en octubre de 1927 y cuyo «desenlace» será el de reclusión por «no convenirle vida social» en enero de 1928, con prescripción de proteinoterapia y psicoterapia; los demás folios de los 27 de su expediente recogen las observaciones iniciales de enfermería, una nota del hospital general sobre su ingreso por estenosis gástrica en 1972, la hoja de filiación extraclínica de su vuelta al hospital psiquiátrico y la de su medicación de ese momento, junto a la «hoja adicional de observaciones» que habla de la gravedad de su estado en 1975 por lo que se ha llamado a sus sobrinos (*vid. supra*); no consta fecha de la muerte⁵⁴.

51 ADCO, HC703.33, HC704.24, respectivamente.

52 ADCO, HC702.38.

53 ADCO, HC359.24.

54 ADCO, HC703.33.

Para justificar tales encierros en el manicomio, se necesitará una familia, una comunidad, pueblo o vecindario, e incluso una institución (ej., los hospicios) que demande la urgencia de que la persona, por su «incapacidad para mantenerse en el medio social», «ser incompatible con la vida social» o «no convenirle la vida social» sea apartada, aislada y, en la medida de lo posible, curada (esa incompatibilidad con el mundo de fuera se afirma, por ejemplo, de Joaquín, 24 años, diagnóstico: locura maniaco-depresiva)⁵⁵.

La Psiquiatría como disciplina médica será prácticamente la única que niegue o invalide la narración de la experiencia de la persona que solicita ayuda. Parecería demasiado arriesgado afirmar la exclusividad en este proceder si se piensa en experiencias relativas a la endometriosis, el dolor neuropático o crónico, la migraña, la fibromialgia... e incluso redundante insistir en la idea de que se tratarían, de una manera característica, de condiciones de salud con sesgo de género⁵⁶. Y si bien se recogen en los documentos las quejas subjetivas de la persona que ingresa, en general, pareciera que tales relatos solo sirven al experto para alcanzar la certeza del diagnóstico.

Ante las preguntas en el examen al ingreso de ¿se siente ahora enfermo?, ¿qué le duele?, ¿está usted alegre o triste?, ¿es usted feliz en su matrimonio? o ¿siente usted pensamientos que le hagan sufrir? y ¿tiene usted que reprocharse alguna mala acción?, quedará la impresión de que si se responde afirmativamente corroborará la queja somática propia de la histeria, la obsesión o la idea delirante de culpa, la depresión y la melancolía; contestar con una negativa implicará falta de conciencia de enfermedad o déficit, llamada anosognosia, una experiencia que se juzga tan intrínseca o patognomónica de la patología mental como la negación del crimen en el delincuente; el considerarse alegre o feliz apenas podrá evitar la sospecha de la hipomanía o la manía, la discapacidad intelectual o la imbecilidad y la demencia.

La palabra de la loca o el loco siempre remite a esa sospecha: al engaño para evitar el encierro y el fármaco o a la incapacidad de poner los términos «correctos» para describir su vivencia. A quienes tienen la experiencia de la alucinación, el delirio, el descontrol, la culpa o la pena se les considera inútiles para contribuir a la comprensión de la locura, el trastorno, el desajuste, la diferencia.

Historia patológica: No tenemos en absoluto más antecedentes que los que ella nos refiere, que a la vez son negativos porque cree firmemente que no está enferma de la mente. Sin embargo nos habla de una larga enfermedad, en la que parece que quedó aislada del resto de su familia, y en la que permanecía

55 ADCO, HC703.31

56 Para una visión de la salud mental y física desde una perspectiva de género, *cfr.* FARHANE MEDINA, Naima Z.; CONTRERAS MERINO, Ana M., «Normalidad, género y locura: análisis de la psicopatologización diferencial de hombres y mujeres en el Hospital Psiquiátrico Provincial de Córdoba (1819-1931)», en *Norma y locura. El Hospital Psiquiátrico Provincial de Córdoba (1885-1931)*, Colex, A Coruña, 2026, págs. 151-183.

constantemente encerrada en su casa, sin atreverse a abrir nunca a nadie, hasta que un día llamó a la ventana un hijo suyo, y al abrirle, se precipitaron dentro dos hombres, la sujetaron fuertemente, la metieron en un coche y la trajeron a este departamento. **Estado actual:** responde perfectamente a la constitución paranoide, pues observamos en ella: recelo, desconfianza, ligero orgullo y egoísmo, y perversión de las facultades lógicas, con su delirio de persecución y alucinaciones auditiva (Dolores, 45 años. Paranoia climatérica)⁵⁷.

Si se mantiene la citada idea de la locura como una experiencia subjetiva universal, las revisiones de la literatura científica del grupo de John Read⁵⁸ reiteran los hallazgos de dos características del discurso de las locas y locos como aquellos «expertos basados en la experiencia» o «expertos en primera persona», en la misma dirección que apuntaban los relatos de las personas legas: por un lado, la diversidad de posturas o significados frente al sentido único y excluyente de otros enfoques «en competencia» que, en general, defiende el experto; y, en el segundo caso, la sofisticación y la complejidad de las narraciones de estas vivencias. De ahí que, cuando analizan los contenidos de dichas producciones narrativas, extraen grandes categorías que, a su vez, se diversifican en otras más concretas, exhibiendo entonces la enorme riqueza de las contribuciones de las locas y locos a la comprensión del fenómeno. Destacan entre esas categorías, por ejemplo, el sentido de autoría en primera persona, en relación a la manera de conseguir verbalizar la propia experiencia y recibir una escucha (i. e., metáforas, las analogías con el sueño, el reflejo de sus estados de ánimo o la conexión y desconexión del entorno), la identificación de los factores que pudieran explicar la aparición del cuadro y sus funciones en el desarrollo personal; el impacto vital, social, el trauma y el duelo o la valoración también positiva del supuesto síntoma; finalmente, las respuestas de afrontamiento desplegadas o los aspectos morales y espirituales asociados⁵⁹.

La pregunta entonces surge de manera ineludible: ¿y qué contaron aquellas locas y locos del Hospital Psiquiátrico Provincial de Córdoba para que se les encerrara?, ¿qué escucharon aquellos psiquiatras de tales «expertos basados en la experiencia»?

Refiere que una compañera, o mejor contraria de amor y novia de su pretendiente (y padre de sus hijos) había quemado semen (cree que de su mismo pretendiente) y lo arrojó de forma que luego ella tuvo que pisarlo, con objeto de que ella se volviera loca, y efectivamente desde entonces le principiaron a dar los ataques (Margarita, 42 años, madre soltera de una niña que cuida su hermano y un hijo que muere al nacer; ha estado encarcelada más de dos años; lleva 7

57 ADCO, HC702.12.

58 READ *et al.*, *Modelos de locura... op. cit.*

59 GEEKIE; READ, *El sentido de... op. cit.*, págs. 75 y ss.

años en el Departamento cuando se escribe la historia. Diagnóstico: epilepsia con impacto al humor, automatismo ambulatorio)⁶⁰.

En una proporción de seis hombres por cada cuatro mujeres y desde los 7 a los 80 años de edad, con una media de 33 años, algunos de los relatos que recogen aluden a abortos, bebés e hijos muertos a edades tempranas o a su ausencia en las parejas casadas, al abandono y la vida entre las paredes de un hospicio o las entradas y salidas de la cárcel, a enfermedades que condenan a la pérdida de cualquier oportunidad de salir de la pobreza por las secuelas que acarrearán (encefalitis, sífilis, traumatismos, epilepsia, incluso sordera o ceguera...), el abuso de alcohol entre los progenitores y en la mayoría de los varones, el maltrato familiar o las violaciones y los crímenes, la mendicidad, la prostitución o las sospechas propias y ajenas de homosexualidad masculina o femenina y la necesidad de su ocultación para evitar el castigo o el encierro...

Historia patológica: No se tienen antecedentes de ningún género de esta enferma. Solo se sabe que era muy pobre y con ocasión de estar una larga temporada sin trabajo ella y su marido, fue origen de que se escitara y saliera a la calle a implorar limosna, en cuya época fue recogida por la policía (?) [sic] e internada en este Departamento. [...] viene observando una vida muy regular: come bien, duerme admirablemente, es obediente, trabajadora, apenas se relaciona con las demás enfermas. **Diagnóstico:** a) semiológico (Psicosis maniaco-depresiva) [sic] Distimia reaccional; b) nosográfico: constitución maniaco-depresiva. **Tratamiento:** Sedación, psicoterapia. **Desenlace:** alta por alivio (Carmen, 41 años, casada, dos hijos, un aborto, muerte temprana de gemelos. Duración del ingreso: 3 meses)⁶¹.

Apenas en alguna ocasión se encuentra, si no el relato de la persona, sí el reconocimiento de la manera en que las dificultades de esas vidas las condicionaron y explicaron lo que el psiquiatra encuentra en la exploración. Se habla de educación como tratamiento para Antonio, de 17 años, quien «dice padecer unos ataques nerviosos que no sabe explicar, ni nos ha sido dado comprobar»; y al que se le diagnostica de «insuficiencia parcial con reacciones impulsivas instintivas» (en el apartado de personalidad consta «deficiente mental-impulsivo») y «perversión de la conducta» en el de curso de la enfermedad, aunque en la evaluación la mayor parte de las pruebas psicométricas aparecen calificadas como «adecuadas» o «suficientes» mientras se añade «falsa brillantez en el interrogatorio»; el pronóstico: «probable acentuación al choque con la vida social, no preparada para recibir a estos enfermos»; sin embargo, añade «no nos consideramos suficientemente autorizados a mantenerlo aislado de la sociedad, en los ingresos comportamiento

60 ADCO, HC702.30.

61 ADCO, HC702.15.

“intachable”». Dicho pronóstico se cumple hasta el punto de que reingresa unas 15 veces y, al menos en las posteriores de 1943 y 1947, aparece como «voluntario», «por serle muy difícil desenvolverse y atender a su subsistencia. Conducta poco correcta social y familiar»⁶².

Se vuelve a hablar de la relevancia de la educación y de la justificación de su estado clínico actual en la historia de María, de 34 años y dos hijos pequeños de 3 y 5 años muertos por meningitis; el diagnóstico es de distimia depresiva, aunque se añade melancolía paranoica desde la perspectiva semiológica y reaccional desde la nosográfica. Recoge el psiquiatra: «aunque parezca con mentalidad inferior a la normal [...] en este caso no creo que tenga gran valor si se piensa en la educación deficiente que se le ha dado; también influido porque seguramente, en el momento que observamos a esta mujer está ligeramente inhibida y quizá disgustada por haberla traído su familia engañada a este Departamento». Mientras de Francisca, hija de madre prostituta y padre desconocido, de 19 años y diagnosticada de histeria ansiosa (semiológico; constitucional en el nosográfico), se dice «actualmente es muy buena y apacible, pero ella dice que es debido a la disciplina observada en el colegio [de la Adoratrices donde ha crecido]»⁶³.

E incluso se alude al valor del relato de la persona ingresada cuando se recoge que Carmen «tiene una historia interesantísima de accesos epilépticos y de agresión sexual». Con 20 años en su primer ingreso de 1926 y un diagnóstico semiológico inicial de epilepsia esencial que sufre desde los siete años y crisis que se incrementan tras la menarquia, etiqueta a la que se añadirá más tarde «con impulsos eróticos», y un pronóstico entonces favorable, en el segundo internamiento, 6 años después, cuenta que su padre abusó de ella dos veces y que tuvo un hijo que pusieron a nombre de sus padres; en tratamiento con fenobarbital, luminal y tartrato bariopotásico en los años 70 consta que en el hospital está adscrita al grupo de costura. Nada más se sabe sin embargo de esta historia «interesantísima» de vulnerabilidad y violencia⁶⁴.

En numerosas historias aparecen esas descripciones y quejas acerca de los «disgustos», el franco maltrato y las violencias que se viven en el interior de los hogares, en la mayoría de casos asociados al consumo de alcohol y a los celos o a la insatisfacción sexual, sobre todo entre los hombres⁶⁵. Así por ejemplo de M. Eugenia, con 46 años, se recoge el calificar a sus hermanos como «tres demonios» y a uno como «criminal y loco» [las comillas en el texto] «refiriéndose sin duda a lo mal que se han portado con ella»; y mientras Ramona de 67 años, cocinera, con neurosis de ansiedad o Benita de 50 años, modista,

62 ADCO, HC692.39.

63 ADCO, HC702.16, HC702.51, respectivamente.

64 ADCO, HC361.4.

65 Una visión de la locura y su encierro desde la perspectiva de género, *cfr.* FARHANE MEDINA; CONTRERAS MERINO, «Normalidad, género y...», *op. cit.*

con melancolía delirante presenil, relacionan esos disgustos al maltrato de sus maridos, Carmen los sitúa en sus tareas laborales como doncella. Por su lado Antonio, de 48 años, con trastorno delirante polimorfo probablemente (*sic*) alcohólico, identificado como maltratador por el psiquiatra, los atribuye a las sospechas de infidelidad de su mujer, al igual que les sucede a Luis, de 40 años, diagnosticado de hipomanía con ideación paranoide y con un pronóstico ligado a «la influencia del ambiente»; o a Juan, de 49 años, quien con un cuadro que aparece como «alcoholismo crónico con ideas delirantes de perjuicio residuales que tienden a desaparecer restando alguna dificultad psíquica con tendencias esquizoafectivas» y un pronóstico tal que «la vuelta a la vida social sin una vigilancia estricta probablemente reitera el abuso del alcohol que dará lugar a nuevos episodios delirantes», «pega a su mujer»⁶⁶.

Junto al abuso de alcohol con una elevada frecuencia se recogerán la participación en riñas o escándalos públicos de aquellos ingresados que vienen desde la cárcel, si bien en este periodo no suele incluirse la documentación relacionada con tales derivaciones⁶⁷. Una excepción, por ejemplo, será la historia de un varón que ya se identifica en la propia carpeta con dos nombres, Raimundo y José Antonio, y en la que es difícil diferenciar biografía de posibles fabulaciones. Hijo natural, soltero, de 44 años, se le diagnostica de «desviación instintiva global», pronóstico inmodificable. Aquí sí aparece el informe del Hospital Psiquiátrico Militar de Ciempozuelos donde se le describe como «individuo peligroso y probable simulador», con «conceptos éticos pervertidos y embotados»; se indica también que, desde el ejército, se le declara inútil por enajenación mental, y que se le procesa por intento de inutilidad voluntaria al dispararse en un tobillo para matar el gusano que decía sentir allí; sin embargo, se descartan los síntomas psicóticos y se destacan las reacciones psicopáticas; además de su currículum militar, se atribuye la profesión de procurador (desde el tribunal eclesiástico «se le abre expediente por inmoralidades»), aunque al tiempo del ingreso afirma trabajar como obrero y haber sufrido arrestos por toda España como sindicalista, pero se puede leer: «refiere que se encontraba sin dinero, hambriento, desesperado y que, por tanto, pensó en hacerse el loco para que lo metieran en un manicomio donde por lo menos le darían de comer y tendría donde acostarse». Se le da el alta para la vida de trabajo⁶⁸.

De igual manera, son escasos los intentos por entender, o al menos recoger, en el marco de una biografía, otros delitos tan graves como el dar muerte a una niña y agredir a la madre de aquella por la que siente «impulsos eróticos», más

66 ADCO, HC703.24, HC704.3, HC704.14, HC704.15, HC705.5, HC705.18, HC705.20, respectivamente.

67 CANDELA, Ruth; VILLASANTE, Olga, «Pacientes “penales” en instituciones psiquiátricas: cien años del Manicomio Nacional de Leganés (1852-1952)», en *Dynamis*, núm. 38, 2018, págs. 163-181. Así mismo para los aspectos relativos a la peligrosidad, *cfr.* PRADOS GARCÍA, «El modelo judicial...», *op. cit.*

68 ADCO, HC692.41.

allá de indicar que a José de 46 años «no conseguimos hacerle recordar nada de los relacionado con el delito cometido por él en fecha reciente. Careciendo de pruebas suficientes para pensar que se trate de un estado crepuscular o de simulación». Mientras que, a pesar de especificar que no han llegado a presenciar las crisis a las que el ingresado alude se le diagnostica de epilepsia, crisis de vértigo seguida de obnubilación y estados crepusculares⁶⁹.

En definitiva, las historias clínicas de personas que en ocasiones serán encerradas desde la infancia o primera juventud hasta su fallecimiento apenas recogen un examen estructurado basado en una entrevista y un conjunto de pruebas estandarizadas; con frecuencia las páginas se encuentran atravesadas de arriba abajo por la palabra «imposible» o directamente en blanco, a veces con la palabra «normal». En el apartado de «curso de la enfermedad» es habitual leer que llevan dos, tres, siete o hasta 13 años ya ingresadas⁷⁰, cuando se añaden unas cuantas líneas más con las que describir su conducta dentro del hospital; en los ingresos posteriores al del expediente de este periodo de 1918 a 1931 se incluye alguna hoja de filiación extraclínica que no es posible saber quién rellena, tal vez cuartillas con un apunte breve sobre la vida extramanicomial de ese tiempo que han pasado fuera y estadillos de la administración de fármacos en los años 70 u 80. Por más que se repita esa indicación de «psicoterapia» como tratamiento, no constan ni los métodos terapéuticos ni las palabras de estas personas, la explicación de sus sufrimientos, de sus intereses, preferencias, afectos o vínculos o los avances y logros que expliquen la salida del manicomio.

3. ¿La locura llega para quedarse?

Los psiquiatras que escriben sobre las personas que ingresan en el Hospital Psiquiátrico Provincial de Córdoba entre 1918 y 1931 simplemente se insertan en los discursos vinculados a la autoridad que les confiere su saber disciplinario, a la vez que producen, reproducen y consolidan nuevos saberes constitutivos de verdad con el fin de afianzar la exclusión de las locas y los locos, sujetos improductivos, cuando no peligrosos en la actualidad o en un futuro más o menos lejano⁷¹. Las palabras que nos llegan en sus descripciones acerca de los relatos que las locas y los locos y quienes las acompañan pronunciaron en torno a las experiencias, sufrimientos o extrañezas que vivían de manera cotidiana, sobrevenida o extraordinaria, solo alcanzan el registro literal del «dice que». En ocasiones se cuelan, como parte de las pruebas de sus locuras demonios, alferecías, arrebatos, disgustos, encantamientos, envenenamientos, males de ojo o seducciones...

69 ADCO, HC685.2.

70 Por ejemplo, ADCO, HC703.15, HC703.24, HC703.28, HC703.30, HC703.32.

71 *i. al.*, FOUCAULT, *El orden del... op. cit.*; FOUCAULT, *El poder psiquiátrico, op. cit.*

En la mayoría de las anotaciones, y es posible concebir que, de manera casi automática por la práctica que concede una prolongada formación para disfrutar del exclusivo saber disciplinario que te inserta en el grupo cuya voz corea rigor, objetividad, pero sobre todo autoridad, tales experiencias y maneras de decir de la loca y el loco se transformarán en la jerga que emborrona o iguala tal experiencia única e individual a las de otras tantas personas: posible histerismo, interpretación delirante, idea obsesiva, conducta autística o psicopática, manierismo, lenguaje interior, alucinación auditiva, peligrosidad, perversión. Es esta eliminación de las diferencias la estrategia que facilita la clasificación de las vivencias y el consiguiente diagnóstico: de nuevo, el poder de la palabra, del discurso de quien se hace oír.

Y aunque al ingreso, en la entrevista y el examen, parece concedérsele a la loca y al loco un momento, un periodo muy restringido para que pueda expresarse, cada gesto será interpretado en una dirección u otra: la obediencia a la norma avanzará en el sentido de la curación; la insumisión, la resistencia y, más aún, la producción del síntoma que demanda la autoridad manicomial en forma de automatismo, de movimiento o de su ausencia, serán las pruebas de la persistencia del trastorno, de la desviación, del encierro. Porque si la loca y el loco hablan, confirman las sospechas sobre sus locuras; si callan, corroboran las mismas sospechas de tales locuras.

Y si volvemos a hoy, persiste la duda: ¿quién y cuánto se escucha a la loca y al loco desde la atención psiquiátrica hegemónica? Más allá de las ratio psiquiatra: persona que demanda ayuda, los tiempos de espera para acceder a dicha atención, de los intervalos entre visitas, la inmediata prescripción del fármaco incluso en la infancia y la adolescencia, de unos espacios medicalizados atravesados con mesas que separan a quienes habrían de conversar o la (auto)exclusión de la comunidad como promotora de salud, parece que el imperio de unas perspectivas ligadas a la biología imponen sus soluciones para evitar la improductividad o la fragilidad ante las condiciones políticas y económicos que enloquecen⁷².

A la vez, también hoy las locas y los locos oyen y tratan de hacer escuchar sus voces, tejen redes y proponen sus soluciones para evitar el encierro de ayer⁷³. Persiste sin embargo la duda.

Pero ¿qué hay de peligroso en el hecho de que las gentes hablen y de que sus discursos proliferen indefinidamente? ¿En dónde está por tanto el peligro?⁷⁴

72 DAVIES, James, *Sedados*, Libros del Capitán Swing, Madrid, 2022.

73 Entre muchos otros proyectos en defensa y reivindicación de los derechos de las personas locas: Hearing Voices (<https://www.hearing-voices.org/#content>); un ejemplo de trabajo colectivo en primera persona en Andalucía: <https://www.enprimerapersonaandalucia.es>.

74 FOUCAULT, *El orden del... op. cit.*, pág. 11.

4. Bibliografía

- ALIGHIERI, Dante**, *Comedia*, Acanalado, Barcelona, 2018.
- AMERICAN ASSOCIATION OF PSYCHIATRY**, *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales-5-texto revisado*, Editorial Médica Panamericana, Madrid, 2022.
- BERRIOS, German E.**, *Historia de los síntomas de los trastornos mentales: la psicopatología descriptiva desde el siglo XIX*, Fondo de Cultura Económica, México, 2008.
- CAMPILLO, Antonio**, *El concepto de amor en Arendt*, Abada Editores, Madrid, 2019.
- CANDELA RAMÍREZ, Ruth**, *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*, Universidad Complutense de Madrid, 2018.
- CANDELA, Ruth; VILLASANTE, Olga**, «Pacientes “penales” en instituciones psiquiátricas: cien años del Manicomio Nacional de Leganés (1852-1952)», en *Dynamis*, núm. 38, 2018, págs. 163-181.
- CHAPMAN, Robert**, *El imperio de la normalidad. Neurodiversidad y capitalismo*, Caja Negra Editora, Argentina, 2025.
- DAVIES, James**, *Sedados*, Libros del Capitán Swing, Madrid, 2022.
- DELGADO PASTOR, Diego**, *La «infancia anormal» y el cultivo de la inteligencia (España 1830-1940)*, Dado Ediciones, Madrid, 2025.
- FOUCAULT, Michel**, *El orden del discurso*, Tusquets Editores, Barcelona, 2005.
- FOUCAULT, Michel**, *El poder psiquiátrico*, Ediciones Akal, Madrid, 2005
- FOUCAULT, Michel**, *La vida de los hombres infames*, La Piqueta, Madrid, 1990.
- GARCÍA DÍAZ, Celia**, *Mujeres, locura y psiquiatría: la sala 20 del Manicomio Provincial de Málaga (1909-1950)*, Universidad de Málaga, 2019.
- GEEKIE, Jim; READ, John**, *El sentido de la locura*, Herder Editorial, Madrid, 2012.
- PLUMED DOMINGO, José Javier**, «La clasificación de la locura en la psiquiatría española del siglo», en *Asclepio*, vol. LVII, núm. 2, 2005, págs. 223-253.
- PLUMED, Javier** «La etiología de la locura en el siglo XIX a través de la psiquiatría española» en *Frenia*, vol. IV, núm. 2, 2004, págs. 69-91.
- PORTER, Roy**, *Breve historia de la locura*, Turner Publicaciones, Madrid, 2003.

- READ, John et al.**, *Modelos de locura*, Herder Editorial, Barcelona, 2006.
- Szasz, Thomas**, *La fabricación de la locura*, Kairós, Barcelona, 1974.
- TRIVIÑO, Mónica et al.** (coords.), *Neuropsicología clínica a través de casos clínicos. Evaluación y rehabilitación*, 2.^a ed., Editorial Médica Panamericana, Madrid, 2021.
- VÁZQUEZ GARCÍA, Francisco**, *Cómo hacer cosas con Foucault*, Dado Ediciones, Madrid, 2021.
- VILLASANTE, Olga et al.**, *Cartas desde el manicomio. Experiencias de internamiento en la Casa de Santa Isabel de Leganés*, Los Libros de la Catarata, Madrid, 2018.

5. Apéndice documental

5.1. Modelo de historia psiquiátrica

22-17-927-

HISTORIA PSIQUIÁTRICA

Enfermo núm. 632 Reconocimiento, el 22 de Mayo de 1927.
 Fecha de los ulteriores reconocimientos: _____

Nombre: _____ Edad: 17 Estado: soltero
 Profesión: del campo Naturaleza: _____
 Domicilio habitual: id

ANTECEDENTES FAMILIARES—Línea directa.—Ascendientes: Vive en padre, madre
 Colaterales: id
 Descendientes: _____

Línea colateral.—Ascendientes: id
 Colaterales: id
 Descendientes: id

Caracterología familiar: enferma
 Enfermedades hereditarias: _____

Lés, tuberculosas e intoxicaciones familiares: _____

ANTECEDENTES PERSONALES—Primera infancia.—Parto, lactancia y desarrollo: id
 Enfermedades infantiles: _____

Segunda infancia.—Escolaridad: de 6 a 13 años, todo bien, pero un poco de
delirio que usó
 Carácter: _____

Enfermedades: _____
 Pubertad.—Estudios y aprendizaje profesional: _____
 Carácter: _____
 Enfermedades: _____
 Estado adulto.—Profesión: del campo
 Carácter: de muy variable, una buena etapa y otra mala a lo largo de toda
 Enfermedades: _____
 Alcohol y tóxicos: uso y consumo
 Vida sexual.—Ambiente familiar: _____
 Primeras ideas sobre el sexo: _____
 Masturbación: _____
 Relaciones sexuales: _____
 Sífilis: _____
 Vida conyugal: _____
 Menstruos: _____

5.2. Protocolo de examen al ingreso y expresión clínica

EXAMEN AL INGRESO

I

Cómo se llama usted?

Cuántos años tiene usted?

Cuándo nació usted?

Es usted casado? Tiene usted hijos? Cuántos muertos?

A qué edad? De qué enfermedades?

Ha ido usted a la Escuela? Sabe usted leer y escribir?

Cuál es su profesión? Cuánto ganaba usted al mes?

Viven sus padres? De qué murió su padre?

Y su madre?

II

Cuestionario de Woodworth. - Resultado:

Resumen:

Se siente usted ahora enfermo?

Está usted alegre o triste?

Está satisfecho de su matrimonio?

Tiene usted que acusarse de alguna mala acción?

Tiene usted pensamientos que le hagan sufrir?

III

Le atormentan ruidos o voces?

Ve usted lucécillas o figuras raras?

Ha tenido alguna sensación extraña?

IV

Prueba de Bourdon. - Resultado:

Prueba de rayos o puntos. - Resultado:

Nombre cuanto encuentre usted en esta habitación. - Resultado:

Prueba de los No. - Resultado:

V

Fíjese en cuanto hay en esta habitación ó en esta mesa, cierre los ojos y reptámelo. - Resultado:

Prueba de repetición de cifras. - Resultado:

Prueba de parados de Ziehen (escritos o de viva voz). - Resultado:

EXPRESIÓN CLÍNICA

DEL EXAMEN MENTAL

Instintos no

Afectividad triste, ansiedad

Percepción normalmente, recuerdos

Atención normalmente

Memoria normal

Orientación normal

Asociación de ideas normal, coherencia

Juicio normal

5.3. Formulario de exploración de antecedentes

ANTECEDENTES

I. Historia de la familia.

Etología del padre y de la madre *sup*

Enfermedades neuro-psiquiátricas en la familia *no*

II. Historia personal.

Nacimiento _____

Infancia _____

Escolaridad *mejor escuela*

Profesión actual *del campo*

Cambios de profesión _____

Etología habitual *frustrada*

Enfermedades y accidentes sufridos *Por un 1º año estuvo en el Hospital de la Cruz Blanca*

Uso de tóxicos *no - Alcohol, café, algo de alcohol, pero*

Otros hábitos morbosos *no*

Sexualidad _____

Conducta en el matrimonio *la vida ha transcurrido en armonía*

Patología de los hijos _____

III. Historia de la enfermedad actual.

Causas y principio *Insuficiencia supratentorial, lesión de la corteza y del sistema límbico, como consecuencia de un traumatismo craneoencefalico*

Cambios generales, físicos y psíquicos *Por parte del área supratentorial*

Modificaciones emotivas *insuficiencia e de alteraciones*

Falsas percepciones *algunas ideas delirios*

5.4. Evaluación del estado emocional

origen + (lo actual) (de la infancia)
I (ahora) y (antes)
- (antes)

1.	¿Se encuentra usted generalmente bien?	+++
2.	¿Duerme usted bien?	+++
3.	¿Despierta con frecuencia asustado por la noche?	+++
4.	¿Sueña usted con frecuencia acerca de su trabajo?	+++
5.	¿Tiene usted pesadillas?	++
6.	¿Tiene muchos sueños sexuales?	++
7.	¿Ha andado alguna vez dormido?	++
8.	¿Tiene a veces la sensación de caerse cuando se va a dormir?	++
9.	¿Le resuena el pulso en la almohada de modo que le impide dormir?	++
10.	¿Le marean ideas o preocupaciones de modo que le dificultan el dormir?	++
11.	¿Se encuentra cansado por la mañana?	++
12.	¿Le hacen daño los ojos con frecuencia?	++
13.	¿Le parece a veces que los objetos se mueven o se borran ante sus ojos?	++
14.	¿Siente con frecuencia sofocaciones?	++
15.	¿Le pica mucho la cara?	++
16.	¿Se pone muy colorado con facilidad?	++
17.	¿Sufre usted de palpitaciones?	++
18.	¿Se encuentra casi siempre cansado?	++
19.	¿Ha tenido usted vértigos?	++
20.	¿Siente usted molestias en alguna parte del cuerpo?	++
21.	¿Ha sentido alguna vez una sensación de molesta presión sobre la cabeza?	++
22.	¿Tiene con frecuencia dolores molestos en el cuerpo?	++
23.	¿Padece mucho de dolores de cabeza?	++
24.	¿Se marea en seguida si da vueltas?	++
25.	¿Se ha desmallado alguna vez?	++
26.	¿Se desmalla usted con frecuencia?	++
27.	¿Ha estado usted ciego, semiciego o sordo alguna vez?	++
28.	¿Ha tenido usted alguna vez paralizada una pierna o brazo?	++
29.	¿Ha perdido usted la memoria alguna vez, durante un cierto tiempo?	++
30.	¿Tuvo usted una infancia alegre y feliz?	++
31.	¿Se sentía en general contento entre los 14 y los 18 años?	++
32.	¿Era usted considerado como un mal muchacho?	++
33.	Cuando era niño ¿le gustaba más jugar solo que con los demás?	++
34.	Los otros niños ¿le dejaban jugar con ellos?	++
35.	¿Era usted tímido frente a los otros niños?	++
36.	¿Se escapó usted de su casa alguna vez?	++
37.	¿Ha sentido usted alguna vez un fuerte deseo de huir del hogar?	++
38.	¿Su familia ¿le ha tratado siempre con justicia?	++
39.	Los maestros en la escuela ¿le trataban tal como se merecía?	++
40.	Los empleados ¿le han tratado bien, por regla general?	++

5.5. Prototipo de hoja de filiación extraclínica

HOJA DE FILIACIÓN EXTRACLÍNICA
AL INGRESO DEL ENFERMO.

Núm. de entrada 1103- Núm. de hoja clínica 170
 Fecha de ingreso 24 Abril - 1951 Hora de ingreso 11:00 de la mañana

Naturaleza... Residencia... Estado casado Edad 35 años
 Profesión Farmacéutico

¿De qué murió su padre? de enfermedad orgánica
 ¿De qué murió su madre? a consecuencia de un parto

¿Ha habido o hay en la familia alguna persona con trastornos iguales o parecidos a los del enfermo? dicen que el padre padecía algo a los nervios pero que no tuvieron nunca que acudir en el Hospital

¿Cuándo empezó la enfermedad actual? hace unos diez días
 ¿Cómo empezó? con los ataques de la muerte de su padre

¿Qué cosas le han observado? que se ponía muy nervioso y que cuando estaba malo se iba a la cama por el día

¿Dónde ha estado el enfermo los días anteriores a su ingreso? en su casa se han tenido que ir a la cama

¿Por qué no le han ingresado hasta ahora? por estar cursando los ataques y no haberlos tenido antes

¿Ha cometido algún delito? dicen que no

¿Ha cometido alguna violencia contra los demás o contra él mismo? dicen que no

¿Cómo se conducía últimamente con sus padres, mujer, hermanos o hijos? dicen que muy bien

¿Ha huido de su casa? ¿Cómo ha sido esta huida? dicen que no

¿Ha estado enfermo, de lo mismo, en otra ocasión? hace tres años y estuvo aquí tres meses seguidos

V

NORMALIDAD, GÉNERO Y LOCURA: ANÁLISIS DE LA PSICOPATOLOGIZACIÓN DIFERENCIAL DE HOMBRES Y MUJERES EN EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO PROVINCIAL DE CÓRDOBA (1918-1931)

Naima Z. Farhane Medina

*Departamento de Psicología
Universidad de Córdoba
nfarhane@uco.es*

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6626-9358>

Ana M. Contreras Merino

*Departamento de Psicología
Universidad de Córdoba
acmerino@uco.es*

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8282-5545>

Sumario. 1. Introducción. 2. Locura femenina y locura masculina: una construcción social dispar. 3. Mandatos de género y psicopatologización diferencial de hombres y mujeres. 4. El caso de la histeria: una etiqueta diagnóstica feminizada. 5. Sexualidad y moral en la psiquiatría de la época. 5.1. Sexualidad femenina versus sexualidad masculina. 5.2. Homosexualidad y patologización. 6. Trazos de poder y subordinación: violencia machista en el cotidiano de las personas internadas. 7. Consumo de alcohol y pobreza: la necesaria mirada interseccional. 7.1. El consumo de alcohol en hombres: tolerancia social y violencia. 7.2. El consumo de alcohol en mujeres: excepcionalidad y estigmatización. 7.3. El alcoholismo como antecedente familiar: una herencia generizada. 7.4. Pobreza y marginalidad: un denominador común. 8. Conclusiones. 9. Bibliografía.

1. Introducción

El objetivo de este capítulo es adentrarse en los discursos del personal sanitario asistencial de la época para comprender cómo se construyeron y legitimaron institucionalmente determinadas nociones de normalidad, dife-

rencia y desviación. El análisis de las historias clínicas permite observar que la categoría de «locura» no funcionaba únicamente como un diagnóstico psiquiátrico en sentido estricto, sino también como un dispositivo social profundamente marcado por el género.

En obras pioneras como *El mito de la enfermedad mental* (1999), el psiquiatra Thomas Szasz, ya mencionado en capítulos anteriores de este libro, señala el papel central de la psiquiatría en la regulación de conflictos morales y culturales¹. En este tipo de textos se sostiene, en clara oposición al relato que tradicionalmente han transmitido las propias disciplinas, que ámbitos como la medicina y, de manera específica, la psiquiatría, no están desprovistos de un marco de valores y consideraciones éticas. Lejos de ello, suelen operar al servicio de los valores y juicios morales dominantes. Posteriormente, desde la década de los 70, diversas investigaciones feministas en el campo de la historia de la psicología y la psiquiatría han mostrado como la enfermedad mental funcionó históricamente como un espacio de regulación de conductas consideradas inadecuadas o peligrosas para el orden social y, particularmente, para el *statu quo* patriarcal, a través de diversos sesgos de género, que se reflejaban en las narrativas e intervenciones realizadas². En esta línea, el reconocido libro *Mujeres y locura* de Phyllis Chesler es uno de los primeros en analizar la relación histórica entre locura y sexismo; su primera edición data de 1972, reeditada y publicada recientemente en español. La siguiente cita de la autora refleja la crítica que comenzó a hacerse de las llamadas disciplinas «psi» (i.e., psiquiatría, psicología) y que, como se abordará en este capítulo, se ha manifestado en las instituciones psiquiátricas en multitud de ocasiones y puntos del globo:

Los psiquiatras deciden, desde el punto de vista médico y legal, *quién* es demente y *por qué*, *qué* se debe hacer con esas personas y para ayudarlas, y también *si* deben dejar el tratamiento y *cuándo* deben hacerlo³.

Como además señala García Díaz⁴, es esencial aplicar una mirada feminista sobre las historias clínicas de ingresos, muchas veces involuntarios, en los centros psiquiátricos, para visibilizar como se han construido las formas

1 SZASZ, Thomas, *El mito de la enfermedad mental*, Círculo de Lectores, Barcelona, 1999.

2 CHESLER, Phyllis, *Mujeres y locura*, Continta Me Tienes, Madrid, 2019. GARCÍA DÍAZ, Celia, «Mujeres en el manicomio: espacios generizados y perfil sociodemográfico de la población psiquiátrica femenina en el Manicomio Provincial de Málaga (1909-1950)», en *Investigaciones Históricas. Época Moderna y Contemporánea*, vol. 40, 2020, págs. 523-552. CAPONI, Sandra y otros, «El sesgo de género en el discurso y en las intervenciones psiquiátricas», en *Revista Estudos Feministas*, vol. 31, núm. 1, 2023, pág. e93055. BAÑOS, Rosa María y MIRAGALL, Marta, «Gender matters: A critical piece in mental health», en *The Spanish Journal of Psychology*, vol. 27, 2024, pág. e28.

3 CHESLER, *Mujeres y locura... op. cit.*, pág. 181.

4 GARCÍA DÍAZ, «Mujeres en el manicomio...», *op. cit.*

de control y psicopatologización de las mujeres desde las disciplinas médicas y psicológicas. En el contexto específico de la sociedad, en su gran mayoría cordobesa, analizada en este capítulo, los casos estudiados gracias al fondo documental del Archivo General de la Diputación Provincial de Córdoba (en adelante, ADCO) permiten identificar dinámicas similares, en las que las conductas de hombres y mujeres eran entendidas y tratadas de manera diferenciada, asignándoseles significados morales y sociales específicos. Estas diferencias permiten rastrear la presencia de un sexismo estructural tanto en la práctica psiquiátrica como en la sociedad de la época.

Es importante subrayar que a pesar de que las historias clínicas tienen un indudable valor como fuente para aproximarnos a las trayectorias vitales de mujeres y hombres que pasaron por la institución, el análisis de estos expedientes recoge fundamentalmente la valoración del personal asistencial, siendo muy limitado el acceso a la voz directa de las personas internadas. Su discurso, su percepción del mundo y su experiencia subjetiva nos llegan, por tanto, de forma fragmentada y mediada, fundamentalmente a través del personal médico y, en ocasiones, de familiares u otros informantes. En este sentido, los expedientes reflejan ante todo una mirada institucional: es el personal del psiquiátrico quien elabora y «controla» el relato, convirtiéndose, en buena medida, en los «dueños» de la narración. Por ello, el análisis se centra en ese discurso explícito que queda fijado en la documentación, asumiendo que solo permite una reconstrucción parcial de las vidas estudiadas. No obstante, resulta igualmente significativo aquello que no aparece: lo que no se pregunta, no se escribe o se decide omitir. Estos silencios no son meras ausencias, sino elementos constitutivos de la propia narrativa psiquiátrica, y deben ser leídos e interpretados como parte integrante de la misma⁵.

A continuación, se presentan las principales categorías que, desde la lectura de las historias clínicas, con un enfoque feminista, resuenan claves para comprender esa desigualdad generizada de la experiencia en la institución psiquiátrica. Conviene contextualizar que, para este capítulo, se han analizado un total de 405 expedientes del Hospital Psiquiátrico Provincial de Córdoba, de los cuales el 59,8 % corresponden a historias de hombres (n = 242) y el 40,2 % a mujeres (n = 163). Dichos expedientes se inscriben, en consonancia con lo establecido en los demás capítulos del libro, en el periodo 1918-1931.

5 Recoge con mayor detalle un análisis de los discursos (y los silencios) en la institución psiquiátrica: BEMBIBRE SERRANO, Judit, «Discursos, nombres y silencios que habitan una casa para la locura. Cuestiones sobre el abordaje clínico de las personas ingresadas en el Hospital Psiquiátrico Provincial de Córdoba (1918-1931)», en *Norma y locura. El Hospital Psiquiátrico Provincial de Córdoba (1885-1931)*, Colex, A Coruña, 2026, págs. 115-150.

2. Locura femenina y locura masculina: una construcción social dispar

Para comprender como se construyeron las nociones de locura en el periodo estudiado, resulta necesario recuperar qué se entendía entonces por ruptura de la norma en términos de salud mental. En este sentido, los discursos psiquiátricos no solo delimitaban la frontera entre normalidad y patología, sino que también definían qué sujetos eran considerados socialmente peligrosos y por qué motivos.

Un texto especialmente revelador es el artículo del psiquiatra y director del Hospital Psiquiátrico Provincial de Córdoba durante parte del periodo recogido en el análisis de las historias clínicas, el Dr. Ruiz Maya, titulado «La peligrosidad de los alienados en sus aspectos teórico y práctico», publicado el 30 de noviembre de 1927 en la revista el *Ideal Médico*⁶, publicación que él mismo dirigía y editaba. En este trabajo se observa con claridad como la conceptualización de «enfermo mental» aparece estrechamente asociada a la idea de peligrosidad potencial. La enfermedad mental no se concebía únicamente como un problema clínico, sino como una amenaza para el orden social. Ahora bien, esta peligrosidad no se definía de forma homogénea: adquiriría implicaciones morales y sociales diferenciadas según el sexo de la persona. En el discurso de este psiquiatra, hombres y mujeres no eran considerados peligrosos de la misma manera ni por las mismas razones.

En el caso de los hombres, la peligrosidad se asociaba fundamentalmente a la pérdida de la razón, del autocontrol y de la lógica. El varón alienado era percibido como un sujeto que, al quebrar su racionalidad, podía devenir violento, imprevisible o incapaz de cumplir con sus funciones productivas y sociales. La amenaza masculina se situaba así en el terreno del desorden racional y del daño físico o material. Por el contrario, la peligrosidad atribuida de manera específica a las mujeres se construía casi exclusivamente en términos morales. La mujer considerada «loca» no era tanto una amenaza para la integridad física de otros, sino para la reputación, el honor y la moralidad familiar. Su desviación se interpretaba como un riesgo simbólico, una fractura del orden ético y sexual que sostenía, por tanto, la estructura patriarcal, como se puede apreciar en el siguiente texto:

Es peligroso para la familia, porque puede imbuir en ésta sus propias ideas, induciéndole, en ocasiones, hasta al suicidio; sacrificarla directamente en aras de un ideal morboso; agredirla, martirizarla en raptus de violencia; conducirla a la ruina o mantenerla en constantes privaciones por sus falsas anómalas orientaciones económicas; quebrantar el honor familiar, sobre todo la mujer, por determinadas perversiones de la conducta; provocar rompimientos y

6 RUIZ MAYA, Manuel, «La peligrosidad de los alienados en sus aspectos teórico y práctico», en *Ideal Médico*, vol. 11, núm. 125, 1927, págs. 237-249.

separaciones, determinar abandonos conyugales; formular testamentos litigiosos engendrados en efectos y simpatías polarizados y morbosos; viciar la educación de los hijos, retrasándola, dificultándola, llevándola por senderos inadecuados, induciéndoles ideas y creencias absurdas o anacrónicas, aleccionándoles con el ejemplo en una moral de costumbres relajadas, aunque sólo sea, por último, orientándoles caprichosamente en el aprendizaje profesional, etc., etc.⁷.

Esta diferenciación se hace aún más explícita cuando Ruiz Maya describe el grupo de las denominadas «desviaciones de la normalidad constitucionales», «desviaciones de la normalidad constitucionales», concepto que se aplica a un conjunto de personas que, según el psiquiatra, cruzan la línea de la normalidad social. En esta categoría se vincula directamente la patología mental, especialmente en las mujeres, con la desviación sexual y con formas de delincuencia moral o socialmente marginal. Las prostitutas aparecen incluidas en esta lista junto con otros grupos definidos como especialmente peligrosos por su carácter desviado y el gran riesgo que supuestamente representan para el orden social:

Es este grupo vivero de prostitutas, de toxicómanos, de jugadores, de pependencieros, de arrivistas, de tiranos, de delincuentes (ladrones, falsificadores, incendiarios, etc.). [...] Prácticamente, son los más peligrosos; considerados en general como mentalmente sanos, no solo socialmente, sino también por la familia, a la que frecuentemente suelen arrastrar en sus desviaciones éticas. Dan lugar alguna vez, muy raramente, a contienda entre el jurista y el psiquiatra, para ser éste siempre vencido⁸.

En este fragmento se evidencia como la peligrosidad femenina se articula en torno a la transgresión moral y sexual, más que a la violencia directa. La prostitución, en particular, funcionaba como un marcador privilegiado de anormalidad, reforzando la asociación entre sexualidad femenina, desviación y patología. En general, este artículo simboliza la narrativa que consolidaba el conocimiento acerca de la enfermedad mental en este marco temporal, y particularmente en el contexto de la institución en la que se centra nuestro análisis, así como en otras instituciones similares del periodo.

Desde una perspectiva histórica más amplia, relacionado con lo anterior, puede afirmarse que la locura femenina no nació como una realidad médica objetiva, sino como una construcción social profundamente ligada al control del cuerpo y del comportamiento de las mujeres⁹. Desde el siglo XIX, la medi-

7 RUIZ MAYA, «La peligrosidad de los alienados...», *op. cit.*, pág. 240.

8 RUIZ MAYA, «La peligrosidad de los alienados...», *op. cit.*, pág. 247.

9 BELMONTE RIVES, Paloma, *Sobre la situación de las mujeres en España (1800-1930). Un ejercicio de microhistoria*, Tesis doctoral, Universidad Miguel Hernández de Elche, 2017. CHESLER, *Mujeres y locura... op. cit.* GARCÍA DÍAZ, «Mujeres en el manicomio...», *op. cit.* GAR-

cina y la psiquiatría comenzaron a patologizar emociones, deseos y conductas que se apartaban de los roles esperados¹⁰: la esposa obediente, la madre abnegada, la hija sumisa o la mujer consagrada a la vida religiosa, representada fielmente como ese «ángel del hogar»¹¹.

Un claro ejemplo de ello es la histeria, supuesta patología casi exclusiva, dependiendo del periodo, en las mujeres. Esta etiqueta diagnóstica permitió traducir en enfermedad lo que, en muchos casos, era sufrimiento derivado de matrimonios opresivos, maternidades impuestas, violencia sexual o ausencia de autonomía, como se analizará más adelante respecto a los expedientes revisados. Etiquetas como «histérica» o «nerviosa» han invisibilizado históricamente el malestar, la rabia o incluso el deseo sexual de las mujeres bajo ideas de «irracionalidad femenina», «descontrol nervioso» o «perversión», de forma que la locura se construyó así no solo a partir de síntomas clínicos, sino también desde la desobediencia, considerándose «loca» a quien no callaba, a quien no servía o a quien no aceptaba el lugar que le había sido asignado¹². Mientras tanto, la locura masculina se asociaba a una ruptura con la razón, la productividad o la autoridad. El varón era diagnosticado como loco cuando dejaba de cumplir su papel de trabajador, ciudadano racional o jefe de familia. Esto cobra sentido al recordar como se construían los discursos psiquiátricos en este periodo sociohistórico sobre la existencia de una psique masculina, racional, y una psique femenina, emocional y, por tanto, de partida inferior y justificablemente relegada a la vida doméstica; hecho que además se reflejaba en la vida manicomial de las personas internadas¹³. De este modo, la locura masculina era concebida como aquella que cuestionaba la razón, mientras que la locura femenina era la que ponía en cuestión el orden patriarcal.

Asistimos así al establecimiento de expectativas claras sobre el comportamiento de unos y de otras, que recoge fielmente la idea de doble moral o doble estándar en salud mental expuesta por Chesler, quien señaló la existencia de una locura diferencial en función del sexo, estrechamente vinculada a la noción de normalidad. Argumentaba que, mientras una persona sana se definía en términos masculinos (como pueden ser la independencia

CÍA DÍAZ, Celia, «Psiquiatría y feminismo desde una perspectiva histórica: herramientas epistemológicas para contextualizar la violencia contra las mujeres», en *Boletín Psicoevvidencias*, vol. 58, 2020. GARCÍA DÍAZ, Celia, «Entre mujeres-locas y hombres-psiquiatras: asimetrías emocionales en la sala 20 del Manicomio Provincial de Málaga (1909-1950)», 2023.

10 GARCÍA DÍAZ, «Mujeres en el manicomio...», *op. cit.*

11 SINUÉS, María del Pilar, *El ángel del hogar: estudio*, tomo I, 6.ª ed., Librerías de A. de San Martín, Madrid, 1881.

12 CHESLER, *Mujeres y locura...* *op. cit.* NARVÁEZ MARTÍNEZ, Carolina, *Las nerviosas*, Tres Guineas, Ciudad de México, 2024.

13 GARCÍA DÍAZ, «Psiquiatría y feminismo...», *op. cit.*

o autonomía), se esperaba de la mujer que encarnase cualidades opuestas, como la dependencia o la sumisión. Como resume la autora, «a las mujeres se las considera “enfermas” cuando desempeñan el rol femenino [...] y también cuando lo rechazan»¹⁴. Este paradigma situaba a las mujeres en un callejón sin salida, al convertir tanto la conformidad como la transgresión del rol de género en motivos potenciales de psicopatologización y, en palabras de la autora, es la postura «que domina de manera natural y poco científica la mayoría de las teorías, y de los tratamientos, de ambos sexos»¹⁵.

Este doble rasero sexista en el ámbito de la psicopatología se deja notar en las historias clínicas analizadas, como se mostrará en los apartados siguientes.

3. Mandatos de género y psicopatologización diferencial de hombres y mujeres

Como se ha señalado en capítulos previos, los mandatos de género no solo estaban presentes en el ámbito legal y jurídico¹⁶, sino que también modelaban la manera en que la psiquiatría de la época se concebía y se aplicaba. Estos roles y mandatos, junto con las interpretaciones sexistas elaboradas desde las instancias encargadas de estudiar y abordar la conducta humana, contribuían a generar diferencias observables en la salud mental de hombres y mujeres¹⁷. El análisis de los expedientes cordobeses vuelve a poner de relieve como estos mandatos impregnaban la forma en que las personas internadas eran descritas, interpretadas y tratadas por la institución.

En primer lugar, los mandatos sexistas estaban ya presentes en la manera en que las propias personas se describían a sí mismas. En los expedientes analizados aparece una pregunta especialmente relevante que se formulaba a las personas en el momento de su ingreso: «¿Qué papel desempeña en la vida?». Conviene detenerse en esta cuestión, ya que resulta particularmente significativa desde una perspectiva clínica y psicosocial, al permitir observar como la identidad se construía en estrecha relación con los roles socialmente asignados a hombres y mujeres. En muchos casos, esta pregunta da lugar a algunas de las pocas formulaciones que pueden considerarse relativamente próximas al testimonio de la propia persona internada.

14 CHESLER, *Mujeres y locura... op. cit.*, pág. 257.

15 CHESLER, *Mujeres y locura... op. cit.*, pág. 89.

16 Un punto de vista jurídico y con perspectiva de género del tratamiento de los ingresos en la institución psiquiátrica se ha otorgado en: PRADOS GARCÍA, Celia, «El modelo judicial del internamiento psiquiátrico. Discursos jurídicos y médicos en torno a la locura», en *Norma y locura. El Hospital Psiquiátrico Provincial de Córdoba (1885-1931)*, Colex, A Coruña, 2026, págs. 67-114.

17 GARCÍA DÍAZ, «Mujeres en el manicomio...», *op. cit.* BAÑOS y MIRAGALL, «Gender matters...», *op. cit.*

A raíz de esta pregunta se documentan respuestas reveladoras. En el caso de las mujeres, la identidad aparece configurada fundamentalmente en torno al rol de cuidadora y al ámbito doméstico. Las referencias al cuidado del hogar, del marido y de los hijos, así como la definición de sí mismas a partir de una pertenencia conyugal, muestran hasta qué punto el mandato del cuidado y la devoción marital se constituían como núcleo del autoconcepto femenino en muchos de los casos analizados. Por ejemplo, hallamos mujeres en cuyos informes se recoge que:

- «Desempeña el papel de su casa, cuidar de su marido y sus hijos».
- «El papel que desempeña en la vida es el de cuidar las cosas de su casa».
- «...el de ser esclava de sus hijos. Ocupa el lugar que le corresponde en la sociedad».
- «No desempeña ningún papel en la vida, coser y ya está; ocupa socialmente el lugar que le corresponde»¹⁸.

En comparación, los hombres se describen mayoritariamente desde el rol de proveedor, vinculando su identidad a la productividad, el trabajo y la responsabilidad económica. En sus expedientes leemos frases como «trabajar en la labor para sostener a su familia» o «si tuviera mucho dinero tendría su casa bien presentada y a su mujer y a sus hijos bien comidos»¹⁹. Esta asimetría no solo es perceptible a nivel cualitativo, sino también cuantitativo: el análisis de frecuencia de palabras revela que entre las mujeres predomina el término «familia», mientras que entre los hombres la palabra más repetida es «trabajar». Se trata de una huella visible del peso del discurso social sexista presente en el contexto y periodo histórico sobre la configuración subjetiva de la identidad de la población.

Como reseñara Jennie Williams²⁰, los grupos subordinados tienden a desarrollar características psicológicas que favorecen la conformidad y la reproducción del orden existente antes que la rebeldía. Esta afirmación encuentra un eco evidente en las historias analizadas, pues observamos que las mujeres aprenden a considerar «natural» el rol del cuidado, interiorizando expectativas que limitan sus márgenes de acción y de reconocimiento. Al mismo tiempo, se aprecia como se refuerzan los tradicionales papeles complementarios dentro de un marco heterosexual normativo y obligatorio²¹, en el que ellas aportan el sostén afectivo y ellos el sustento económico y material de la familia.

18 ADCO, HC703.001; HC706.015; HC708.018; HC704.019; respectivamente.

19 ADCO, HC710.023; HC692.039; respectivamente.

20 WILLIAMS, Jennie, «Women's mental health: Taking inequality into account», en *Social perspectives in mental health: developing social models to understand and work with mental distress*, obra colectiva, Jessica Kingsley Publishers, Londres, 2005, págs. 151-167.

21 RICH, Adrienne, «Heterosexualidad obligatoria y existencia lesbiana (Ensayo original de

El esquema anterior no solo distribuye las identidades, sino que actúa como telón de fondo para la interpretación psiquiátrica de las conductas. Los roles y mandatos de género se reflejan con claridad en los motivos de ingreso y en la psicopatologización de conductas consideradas como desviadas. En particular, se registraban con frecuencia comportamientos de mujeres que se apartaban del modelo de cuidadora doméstica obediente. La documentación recoge, por ejemplo, la resistencia a la contradicción o determinadas expresiones de vivacidad o iniciativa propia como signos problemáticos. Podemos encontrar motivos de ingreso tan simples como «no le gusta que le contradigan»²². También parece que se consideraba problemático el exceso de alegría o conductas desmedidas para una mujer, como se puede observar en el siguiente registro:

Hará un mes [según refieren, el inicio del problema comenzó] con risas desmedidas y bromas. Muy respondona. Carácter alegre. [Y durante la exploración al ingreso dicen:] Muy contenta. No sabe permanecer quieta. Come bien, duerme bien. [...] Traviesa, revoltosa, inquieta. Gran afición al dibujo²³.

En algunos casos como este último que se presenta no siempre se asignaba un diagnóstico psiquiátrico formal, pero sí se encuentran prescritos ciertos tratamientos y medidas correctivas, como la laborterapia o la psicoterapia, lo que sugiere que la desviación del rol esperado podía ser leída, en sí misma, como indicio de desequilibrio psicológico. La transgresión de las normas de género, especialmente en las mujeres, puede entenderse entonces como un elemento central del proceso de psicopatologización.

Por otra parte, esta lógica también se reproduce en los criterios utilizados para evaluar la mejoría durante el internamiento, es decir, en qué conductas se consideraban signo de progreso en mujeres y hombres. Más allá de parámetros clínicos generales como el sueño, la alimentación o la reducción de síntomas que motivasen el ingreso, los indicadores de avance o progresión aparecen profundamente condicionados por roles sexistas. Como ya afirmase Chesler sobre la vida en la institución psiquiátrica, «la adaptación al rol “femenino” fue la unidad de medida de la salud mental de la mujer y del progreso psiquiátrico»²⁴. Así, encontramos en las historias clínicas que, para las mujeres, la mejoría se ve frecuentemente asociada a la realización de tareas domésticas y de cuidado en la rutina diaria del centro: coser, limpiar o atender a otras internas. Junto a lo analizado previamente, ello se considera muestra de que la autonomía, la capacidad de pensar o de tener iniciativa

1980)», en *Ensayos esenciales. Cultura política y el arte de la poesía*, obra colectiva, Capitán Swing, Madrid, 2019, págs. 437-488.

22 ADCO, HC710.005.

23 ADCO, HC703.039.

24 CHESLER, *Mujeres y locura... op. cit.*, pág. 145.

no se reconocían como signos positivos o de mejora en las mujeres; lo que contaba era volver a ajustarse al rol de cuidadora, en este caso, dentro de la institución. Podemos ver algunos ejemplos a continuación:

- «Esta enferma está mejorando mucho desde su incorporación a los equipos de limpieza».
- «Antes de llevar un mes ya hace vida normal, ayuda a las enfermeras y cose».
- «Cuida de las otras abuelitas»²⁵.

En los hombres, por el contrario, la mejoría se vinculaba más a la obediencia, la racionalidad, la educación y la ausencia de conflicto. Ser respetuoso, razonable y disciplinado se convertía en prueba de progreso. En este sentido, resulta interesante reflexionar sobre como la trayectoria o la suerte de cada persona dentro de la institución, incluyendo su clasificación diagnóstica y sus posibilidades de alta o de reingreso, podía depender en gran medida de su adaptación a unos criterios de normalidad profundamente marcados por una visión sexista del comportamiento y la subjetividad.

4. El caso de la histeria: una etiqueta diagnóstica feminizada

Recuperando la idea de la introducción y siguiendo con el estudio que se viene realizando, se observa que la categoría diagnóstica se convertía en una extensión de los criterios sociales de normalidad y del orden patriarcal imperante, en lugar de reflejar únicamente características clínicas objetivas. En este sentido, la psiquiatría y la medicina del siglo XIX y comienzos del XX actuaron como vehículos de una ideología sexista, estableciendo una asociación entre la fisiología femenina y la enfermedad mental y, especialmente, asumiendo una supuesta predisposición natural de las mujeres a la enajenación debido a su aparato reproductor y a procesos como la menstruación. Dentro de este marco, algunos diagnósticos adquirieron un carácter particularmente simbólico y sexista. En concreto, la histeria constituye un ejemplo paradigmático del sexismo psiquiátrico, como se expuso más arriba.

Los síntomas históricamente vinculados a la llamada «histeria femenina» eran extremadamente amplios, vagos y carentes de una causa orgánica clara. Bajo esta etiqueta se agrupaban manifestaciones físicas, neurológicas, emocionales y conductuales de muy diversa índole, como parálisis, ceguera, sordera, afonía, trastornos digestivos o incapacidad para andar, así como comportamientos considerados problemáticos o disruptivos desde el punto de

25 ADCO, HC361.015; HC708.018; HC708.006; respectivamente.

vista moral y social²⁶. Esta ambigüedad permitía que el diagnóstico se aplicara a mujeres con trayectorias vitales y experiencias muy distintas, muchas de las cuales simplemente no se ajustaban a los roles de género esperados²⁷. Así ocurría también con otras consideraciones diagnósticas generalizadas y tendenciosamente aplicadas a las mujeres, como «los nervios»²⁸. Aunque hoy en día muchos de los síntomas bajo dichos diagnósticos se relacionarían con trastornos de ansiedad, disociativos, de personalidad o con respuestas al trauma, en su momento fueron interpretados como expresión de una patología femenina específica, concebida incluso por algunos autores como inherente a la naturaleza de la mujer²⁹.

El sexismo de este diagnóstico se evidencia en el hecho de que se aplicaba casi exclusivamente a las mujeres, desvelando una dicotomía fuertemente arraigada: la mujer debía representar ese ideal del «ángel del hogar», anteriormente mencionado, dedicado a la maternidad y la vida doméstica, mientras que cualquier desviación de ese modelo era leída como signo de enfermedad, vicio o desorden moral. Su inclusión en el diccionario de la Real Academia Española en 1884 bajo el término de «histerismo» confirma su comprensión como padecimiento femenino, y su etimología, derivada del útero, refuerza ese vínculo entre el cuerpo de las mujeres y la psicopatología³⁰. No será hasta mediados del siglo XX cuando esta categoría comience a desaparecer progresivamente del discurso psiquiátrico y de manuales diagnósticos internacionalmente reconocidos como el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM, por sus siglas en inglés)³¹.

Los tratamientos asociados a la histeria nos confirman también esta lectura moral y social de la enfermedad. Las intervenciones en las instituciones psiquiátricas iban variando en función del periodo y los «avances» médicos y científicos. Estas podían incluir rutinas estrictas, trabajo ligero, disciplina, oración y paseos, pero también se recurrió a procedimientos como la hipnosis, la hidroterapia, la electricidad o el aislamiento³². Se aplicaron incluso intervenciones invasivas como masajes pélvicos destinados a provocar el

26 TASCAS, Cecilia y otros, «Women and hysteria in the history of mental health», en *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, vol. 8, 2012, págs. 110-119. BELMONTE RIVES, *Sobre la situación de las mujeres... op. cit.* GARCÍA DÍAZ, «Psiquiatría y feminismo...», *op. cit.*

27 CAPONI y otros, «El sesgo de género...», *op. cit.*

28 NARVÁEZ MARTÍNEZ, *Las nerviosas... op. cit.*

29 BAÑOS y MIRAGALL, «Gender matters...», *op. cit.*

30 MARTÍN BARRANCO, María, *Mujer tenías que ser*, Los Libros de la Catarata, Madrid, 2020.

31 BAÑOS y MIRAGALL, «Gender matters...», *op. cit.* TASCAS y otros, «Women and hysteria...», *op. cit.*

32 CADORNA QUITIÁN, Herwin Eduardo, «El tratamiento de la histeria a finales del siglo XIX y el agujero de la ciencia médica», en *Desde el jardín de Freud: Revista de Psicoanálisis*, núm. 12, 2012, págs. 293-310. BELMONTE RIVES, *Sobre la situación de las mujeres... op. cit.*

orgasmo³³ o, en casos extremos, la extirpación de órganos reproductivos; prácticas que evidencian una forma de violencia médica legitimada por el supuesto saber científico de la época. En otros periodos, además, se recomendaba mantener relaciones sexuales, el matrimonio o la maternidad como supuestas «curas», reflejando una visión profundamente patriarcal del malestar femenino³⁴.

Tal como cabía esperar, en las historias clínicas analizadas, la etiqueta de histeria aparece exclusivamente en los expedientes de las mujeres y su uso resulta notablemente indiscriminado. Estas historias muestran una enorme variabilidad de casos sin un cuadro clínico común: mujeres jóvenes, mayoritariamente sin hijos, con experiencias de duelo, violencia, abortos o simplemente conductas consideradas inapropiadas. En los expedientes analizados, aproximadamente el 17 % de las historias clínicas de mujeres presentan de forma explícita este diagnóstico o alguno de sus derivados (p. ej., histeria, histerismo, ataques histeriformes o manifestaciones histeroides), ya sea como diagnóstico principal, como rasgo o como adjetivo clínico secundario, lo que de por sí cuestiona la consistencia de este diagnóstico. Así, bajo la misma denominación se agrupa a mujeres con intentos de suicidio y alucinaciones, cuadros depresivos reactivos vinculados a conflictos vitales, infelicidad e insatisfacción en el matrimonio, experiencias de violencia sexual, epilepsias con crisis convulsivas o psicosis con desorganización del pensamiento e ideas delirantes. Esta plasticidad en el uso de la etiqueta confirma que la histeria no se mostraba como una entidad nosológica, sino como un cajón de sastre que se activaba, especialmente, cuando el sufrimiento no podía ser reducido a un modelo biomédico claro o cuando la conducta de la paciente resultaba socialmente incómoda o difícilmente integrable en el orden doméstico y moral vigente³⁵.

Al revisar las historias clínicas desde una perspectiva feminista, resulta bastante característico que la etiqueta histérica se usara de manera preferente en mujeres ante conductas que cuestionaban los mandatos de género. En varios expedientes se observa la huida del hogar o el intento de abandonarlo, la expresión manifiesta de infelicidad o desacuerdo en el ámbito conyugal, así como la presencia de irritabilidad, «mal genio» o resistencia emocional. Del mismo modo, se podían encontrar en estas mujeres expresiones de una sexualidad femenina no normativa para el momento, como masturbación, insatisfacción sexual o impulsos eróticos, de nuevo usando fórmulas como «carácter histérico» o «manifestaciones histeroides». Incluso cuando

33 FERNÁNDEZ LAVEDA, Elena M. y otros, «Histeria: historia de la sexualidad femenina», en *Cultura de los Cuidados*, vol. 18, núm. 39, 2014, págs. 63-70. LÁZARO REAL, Elena, *Las prácticas sexuales femeninas en España (1870-1931)*, Tesis doctoral, Universidad de Córdoba, 2022.

34 TASCÁ y otros, «Women and hysteria...», *op. cit.* FERNÁNDEZ LAVEDA y otros, «Histeria: historia de la sexualidad...», *op. cit.*

35 LÁZARO REAL, *Las prácticas sexuales... op. cit.* CAPONI y otros, «El sesgo de género...», *op. cit.*

el cuadro clínico remitía y no se observasen síntomas activos, la etiqueta diagnóstica solía persistir como un atributo estable de la personalidad de la paciente, consolidando un proceso de patologización de la subjetividad femenina. Todas estas represiones caben en lo que Adrienne Rich examina como el poder masculino de negar a las mujeres su ser y su sexualidad³⁶.

En este sentido, la histeria actúa como una herramienta de poder que medicaliza el conflicto social y doméstico, legitima el control familiar e institucional y transforma la resistencia o el sufrimiento de las mujeres en evidencia de enfermedad. Aunque esta categoría ha desaparecido del repertorio diagnóstico actual, su lógica subyacente puede reconocerse en el uso de determinados diagnósticos especialmente generizados, como la ansiedad³⁷, la depresión³⁸ o la fibromialgia³⁹, que en muchos casos continúan invisibilizando los malestares de las mujeres vinculados a la experiencia de vivir en un sistema de opresión patriarcal⁴⁰.

Finalmente, se quiere destacar que, en las historias clínicas de los hombres, la histeria no aparece como diagnóstico propio, sino como un antecedente familiar, resaltando especialmente los casos en los que la madre del internado había sufrido supuestos ataques histéricos o había sido diagnosticada de histeria.

5. Sexualidad y moral en la psiquiatría de la época

Otro ámbito relevante es el que se refiere a la sexualidad. Durante gran parte del siglo XIX y principios del XX, uno de los principales motivos de preocupación social y médica en relación con la sexualidad tenía que ver con las enfermedades venéreas⁴¹. La sífilis fue gran ejemplo de ello, convirtiéndose en un problema de primer orden por la corriente higienista o de la higiene

36 RICH, «Heterosexualidad obligatoria...», *op. cit.*

37 FARHANE-MEDINA, Naima Z. y otros, «Factors associated with gender and sex differences in anxiety prevalence and comorbidity: A systematic review», en *Science Progress*, vol. 105, núm. 4, 2022, págs. 1-30.

38 BAÑOS y MIRAGALL, «Gender matters...», *op. cit.*

39 POYATOS I MATAS, Glòria, «De la histeria a la fibromialgia, “las enfermedades de mujeres” que repugnan al Derecho», en *LABOS Revista de Derecho del Trabajo y Protección Social*, vol. 6, núm. 1, 2025, págs. 318-326.

40 CONTRERAS-MERINO, Ana M. y otros, «Terapia feminista como propuesta de intervención psicológica para la depresión de género», en *Psicología General Sanitaria: Intervención Psicológica para el Abordaje de la Depresión en Población General y Específica*, obra colectiva, Mora-Mora, Cantabria, 2019, págs. 106-140. BAÑOS y MIRAGALL, «Gender matters...», *op. cit.*

41 CASTEJÓN BOLEA, Ramón, «Las enfermedades venéreas y la regulación de la sexualidad en la España contemporánea», en *Asclepio*, vol. 56, núm. 2, 2004, págs. 223-241.

pública, y ocupando la atención en revistas y congresos médicos de la época. Esta preocupación se trasladaba también a la realidad de la institución psiquiátrica, donde se puede observar como en la exploración a los y las pacientes era frecuente el análisis de esta enfermedad, encontrándose varios casos en los expedientes revisados del establecimiento cordobés.

Se puede ver una mayor presencia de esta enfermedad en el caso de los hombres, presentando estos un perfil heterogéneo en cuando a la edad, clase social y experiencia vital. La mayoría de estos pacientes ingresó en la adultez media, especialmente entre los treinta y cuarenta años. Su estado civil se reparte de manera equilibrada entre solteros y casados, lo que indica que la enfermedad y el posterior internamiento afectaban tanto a hombres con responsabilidades familiares como a aquellos sin vínculos conyugales. Mostraban además una notable diversidad en el nivel educativo, desde el analfabetismo hasta la formación universitaria. Esta transversalidad se refleja también en el ámbito laboral y económico, ya que, junto a jornaleros, albañiles o trabajadores del campo, con ingresos diarios modestos, convivían profesionales cualificados y de alto estatus, como un capitán del ejército, un veterinario o un joyero, con salarios mensuales más elevados. En el plano conductual, las historias clínicas describen con frecuencia una estrecha asociación entre la sífilis y el alcoholismo, así como antecedentes de conflictividad social, episodios delictivos o rasgos de conducta violenta e irascible. La sexualidad aparece explícitamente señalada como factor relevante, mencionándose prácticas consideradas excesivas o de riesgo, en un contexto en el que la enfermedad llevaba, en algunos casos, más de una década de evolución y había alcanzado estadios avanzados, como la sífilis cerebroespinal. En términos generales, estos hombres no responden a un único perfil social, pero comparten un cuadro clínico complejo, en el que el deterioro psicológico, las conductas desinhibidas y la marginación social confluyen como elementos centrales que motivan su ingreso.

Estos perfiles corresponden con la preocupación de aquel momento, donde no solo se temía a las enfermedades venéreas por sus consecuencias físicas, sino también por su significado social y moral. Estas enfermedades se asociaban a comportamientos sexuales considerados desviados y se interpretaron como una amenaza para la familia, el matrimonio y, por consiguiente, para el orden social establecido⁴². La enfermedad se convertía así en una prueba visible de la transgresión de las normas sexuales. En este sentido, el discurso médico se mezclaba con el moral, reforzando la idea de que el control de la sexualidad era una cuestión de salud pública.

Por otro lado, más allá de las enfermedades físicas, el análisis llevado a cabo sobre las historias clínicas revela una marcada distinción en el tratamiento de la sexualidad masculina y femenina, que refleja nuevamente las

42 BELMONTE RIVES, *Sobre la situación de las mujeres... op. cit.*

concepciones morales y sociales vigentes en el periodo revisado. Un estudio histórico de la psiquiatría en sus primeros albores ya evidencia la obsesión de la disciplina por categorizar las conductas sexuales en normales y patológicas, mostrando un claro sesgo sexista⁴³. A partir de estas premisas, se examinan a continuación algunas de las aproximaciones diferenciales a la sexualidad femenina y masculina, incorporando asimismo algunas anotaciones sobre la homosexualidad.

5.1. Sexualidad femenina versus sexualidad masculina

Durante siglos, la sexualidad de las mujeres ha sido negada o estrictamente regulada y ha estado estrechamente ligada a la moralidad⁴⁴. Cualquier manifestación de deseo sexual femenino, de placer o de iniciativa propia podía ser vista como una desviación moral. En muchos casos, estas conductas no solo se censuraban socialmente, sino que se interpretaban como síntomas de desorden psíquico, como se comentó en el texto del Dr. Ruiz Maya sobre la peligrosidad y la enfermedad mental. Así, el diagnóstico psiquiátrico funcionó, en no pocas ocasiones, como un arma de represión de la sexualidad femenina, bajo un supuesto aval médico-científico⁴⁵.

La sexualidad de las mujeres en este periodo estuvo estructurada por una rígida dicotomía moral que respondía a las necesidades del orden patriarcal: la oposición entre la «mujer santa y madre» y la «mujer desviada» (ya fuera nerviosa, histérica o prostituta)⁴⁶. A la primera se le exigía sumisión, pureza y una sexualidad estrictamente limitada al matrimonio y a la reproducción, y su respetabilidad dependía de la renuncia al deseo y al placer. Así se contemplaba en el artículo 57 del Código Civil, donde el marido tenía el deber de «proteger a la mujer, y ésta obedecer al marido»⁴⁷. Lo que de manera explícita representa la subyugación femenina que incluye el ámbito de la sexualidad como deber marital⁴⁸. La segunda, en cambio, encarnaba la transgresión necesaria: la prostituta era tolerada como válvula de escape de unos instintos masculinos considerados irrefrenables, pero al mismo tiempo era estigmatizada, vigilada y segregada para no «contaminar» a las mujeres que

43 CAPONI y otros, «El sesgo de género...», *op. cit.*

44 RICH, «Heterosexualidad obligatoria...», *op. cit.* ALARIO GAVILÁN, Mónica, *Política sexual de la pornografía: Sexo, desigualdad, violencia*, Ediciones Cátedra, Madrid, 2021.

45 LÁZARO REAL, *Las prácticas sexuales... op. cit.* NARVÁEZ MARTÍNEZ, *Las nerviosas... op. cit.*

46 CAPONI y otros, «El sesgo de género...», *op. cit.*

47 Real Decreto de 24 de julio de 1889 por el que se publica el Código Civil, en *Gaceta de Madrid*, núm. 206, 25 de julio de 1889.

48 RICH, Adrienne, «Derecho marital y derecho paterno (Ensayo original de 1977)», en *Ensayos esenciales. Cultura política y el arte de la poesía*, obra colectiva, Capitán Swing, Madrid, 2019, págs. 147-156. RICH, «Heterosexualidad obligatoria...», *op. cit.*

eran leídas como decentes. Esta división negaba la integridad de la experiencia femenina y colocaba a todas las mujeres bajo un control constante. La ignorancia sexual fue uno de sus pilares fundamentales: mientras la medicina académica y la moral religiosa sublimaban la sexualidad femenina hacia la procreación y silenciaban el placer, el conocimiento sobre el cuerpo circulaba de forma distorsionada a través de una literatura pseudocientífica y morbosa, más orientada al consumo masculino que a la emancipación de las mujeres⁴⁹. A ello se sumaba una profunda vulnerabilidad estructural, ya que muchas mujeres que acabaron en la prostitución no lo hicieron por «desviación moral», sino como consecuencia del abuso sexual, la pobreza extrema o la expulsión social tras embarazos no consentidos, especialmente en el caso de sirvientas y trabajadoras precarias. Algunas de las historias analizadas describen este fenómeno y se observa en ellas un cúmulo de vulnerabilidades que derivaron en la prostitución y el alcoholismo, como se mencionará más adelante.

Desde la óptica higienista, la mujer fue además entendida como vector de enfermedad: su cuerpo fue controlado, medicalizado y castigado en nombre de la salud pública; no para protegerla, sino para salvaguardar a los varones considerados respetables⁵⁰. De este modo se fue construyendo la figura de la «mujer mala», en contraposición a la mujer buena y honorable que preservaba el hogar: soltera, mendiga, prostituta, etc. Como se comentó anteriormente, las mujeres prostitutas fueron incluidas entre los grupos más peligrosos de enfermos mentales y, por tanto, podían entenderse como un objetivo legítimo de intervención médica, familiar o institucional, aun en contra de su voluntad.

En relación con los expedientes que hemos podido revisar, se muestra claramente como determinadas conductas femeninas en el campo de las relaciones y la sexualidad eran problematizadas: relaciones sexuales fuera del matrimonio, haber tenido varias parejas, deseo sexual considerado excesivo, masturbación o incluso el simple hecho de expresar interés por no permanecer soltera. En muchos casos, el registro de estas actitudes se combina con juicios sobre la moralidad, la afectividad o el origen familiar de las internas, reforzando una visión patologizante que excede lo estrictamente clínico. Como ejemplos sirvan los extractos siguientes:

- «Relaciones sexuales recientes y con varias personas».
- «Gusta referir historias de noviazgos [...] Besos, contactos entre hombres, conversaciones pecaminosas. [...] No quiere quedarse soltera».
- «Afición a los enfermos jóvenes a los que seduce con sus vicios. Frecuente masturbación. Reacciona discretamente a los afectos fami-

49 ÁLVAREZ PELÁEZ, Raquel, «Publicaciones sobre sexualidad en la España del primer tercio del siglo XX: entre la medicina y la pornografía», en *Hispania*, vol. 64, núm. 218, 2004, págs. 947-960.

50 ROQUERO, Charo, *Historia de la prostitución en Euskal Herria*, Txalaparta, Navarra, 2014.

liares. Sin embargo, como pertenece a una familia de depravados (2 hermanas fueron prostitutas), no están en ella muy arraigados los sentimientos de afectividad».

- «No se siente enferma. Se siente alegre. Transgresiones de orden sexual y ataques a la autoridad. [...] En distintas ocasiones ha estado con hombres que han tenido comercio carnal con ella. También parece que en ocasión de mendigar ha robado alguna cosa. Frecuentemente reñía con los muchachos»⁵¹.

Como se puede leer en la última historia, los expedientes recogen ejemplos de esta lógica, en los que se destacan referencias a transgresiones a la moral, desorden sexual, «sexualidad aumentada» o una insuficiente comprensión de lo bueno y lo malo. Incluso situaciones de conflicto matrimonial o violencia sufrida por las mujeres podían reinterpretarse como signos de desviación moral. En contraste, cuando una mujer era descrita como fiel, moderada y orientada exclusivamente al matrimonio, su sexualidad aparecía como «normal» en los registros. Por tanto, la normalidad en este ámbito tampoco se definía por criterios médicos objetivos, sino por la adecuación a un ideal moral y social muy concreto.

En conjunto, la mujer de esta época vivió atrapada entre la negación y la mercantilización de su cuerpo, siempre bajo una moral y una medicina dictadas por hombres. Si bien esta conceptualización de la sexualidad se ha modificado y evolucionado paulatinamente, aún persiste una diferenciación evidente, social, silenciosa y dolorosa en torno al deseo sexual y su aceptación en las mujeres⁵².

En cuanto al análisis de la sexualidad en los hombres, contrariamente a lo que ocurría con las mujeres, el honor masculino no se medía en términos de pureza sexual, sino de valentía, trabajo y capacidad de sostén económico. El deber marital impuesto a las mujeres se traducía en un derecho conyugal de los hombres sobre sus esposas, reforzando una profunda desigualdad en la vida sexual y afectiva de la pareja⁵³. Esta doble moral se refleja claramente en las historias clínicas. Aquello que en las mujeres era considerado pecado, desviación o signo de locura, en los hombres era interpretado como instinto, virilidad o incluso necesidad biológica. Además, el consumo de prostitución por parte de los hombres aparece naturalizado, mientras que las mujeres que ejercían la prostitución eran estigmatizadas y patologizadas, como se puede comprobar en algunos de los extractos recogidos en este capítulo.

51 ADCO, HC703.023; HC359.024; HC703.016; HC705.026; respectivamente.

52 ALARIO GAVILÁN, *Política sexual de la pornografía... op. cit.* LÁZARO REAL, *Las prácticas sexuales... op. cit.*

53 RICH, «Derecho marital...», *op. cit.*

Otro aspecto revelador es la información consignada sobre la sexualidad. En los hombres, se registra con relativa naturalidad la masturbación, señalando su ausencia, su exceso o su frecuencia. En las mujeres, en cambio, esta información aparece de forma excepcional y casi siempre envuelta en connotaciones o estigma. No queda claro si esta disparidad se debe a una falta de información aportada o, más probablemente, a la silenciación y a la ausencia de preguntas por parte del personal médico. En cualquier caso, estas diferencias evidencian una concepción de la sexualidad masculina como natural y esperable, frente a una sexualidad femenina invisibilizada o considerada secundaria.

5.2. Homosexualidad y patologización

Dentro de la sexualidad, hay otro aspecto que resulta relevante mencionar y que se muestra evidente en las historias clínicas. El tratamiento y percepción de la homosexualidad también se encuentran fuertemente condicionados por el contexto social y moral de la época. En las historias clínicas analizadas no puede afirmarse que la homosexualidad fuera, por sí sola, un motivo de internación, ya que suele aparecer acompañada de otros «síntomas» presentes en diagnósticos diversos. Sin embargo, resulta sustancial señalar la frecuencia con la que aparecen referencias a la «homosexualidad», los «instintos homosexuales» o el «homosexualismo» en el apartado de exploración de las historias clínicas, especialmente en las correspondientes a varones. En este grupo, las menciones a la homosexualidad concentran en el 5,4 % de las historias analizadas. Aunque este porcentaje pueda parecer reducido, adquiere relevancia si se tiene en cuenta que se trata de ingresos psiquiátricos en un contexto histórico en el que la homosexualidad masculina era interpretada desde marcos médicos y morales. Este hecho pudo influir decisivamente en su registro clínico, sin que ello implique necesariamente una relación directa con una patología mental.

El perfil que se desprende de estos casos corresponde, mayoritariamente, a hombres jóvenes, sobre todo en la veintena, solteros y con relaciones familiares conflictivas, a menudo marcadas por la presencia de figuras paternas autoritarias y violentas. Asimismo, son habituales los antecedentes familiares de alcoholismo, enfermedad mental, epilepsia o suicidio. Se desconoce si la orientación sexual era indagada de forma explícita durante la exploración clínica. No obstante, todo apunta a que, en muchos casos, bastaban la timidez sexual o la ausencia de relaciones heterosexuales para que se presumiera una orientación homosexual. De hecho, es frecuente encontrar expresiones como «probablemente homosexual» u «homosexualidad probable», lo que evidencia el carácter conjetural de estas valoraciones. Este uso reiterado de la sospecha sugiere un sesgo claro.

En el caso de las mujeres, la homosexualidad aparece de manera muy marginal. Esta escasa presencia plantea interrogantes importantes: no es posi-

ble determinar si responde a una menor existencia o visibilidad, pero resulta lógico pensar más bien en una profunda invisibilización de las relaciones entre mujeres, que apenas eran conceptualizadas como tales en el discurso médico, social y religioso en este momento temporal. La ausencia casi total de referencias a mujeres lesbianas debe leerse, por tanto, en el marco de un contexto en el que el concepto mismo de lesbianismo apenas comenzaba a formularse en el ámbito médico a partir del siglo XIX, y con una circulación extremadamente limitada en España durante el periodo estudiado.

6. Trazos de poder y subordinación: violencia machista en el cotidiano de las personas internadas

El análisis de los roles de género, la sexualidad o la psicopatologización diferencial de hombres y mujeres nos permite observar como las normas sociales no solo definían lo que se consideraba conducta «normal» o «desviada», sino que también estructuraban las relaciones más cercanas y cotidianas de las personas internadas. Entre estas relaciones, el matrimonio se presenta como un espacio particularmente significativo: un ámbito donde la heterosexualidad obligatoria, la obediencia femenina y la autoridad masculina no solo condicionaban la vida diaria, sino que también podían generar conflictos profundos, sufrimiento y, en muchos casos, violencia. Es en este marco que emergen patrones de malestar y abuso que reflejan la intersección entre jerarquía, poder y normas patriarcales, y que los registros de las historias clínicas documentan, aunque, de nuevo, de manera parcial y fragmentaria.

El matrimonio como fuente de malestar es un tema que se repite con frecuencia en las historias analizadas. Las experiencias matrimoniales, sin embargo, eran profundamente desiguales para mujeres y hombres, siendo generalmente más positivas para ellos, aunque también con ciertos conflictos. Las causas de infelicidad o insatisfacción matrimonial en los hombres se vinculaban principalmente a celos o supuesta desobediencia por parte de la mujer. Por ejemplo, leemos: «No se siente feliz porque su mujer le lleva siempre la contraria»⁵⁴. Se observa que la queja masculina suele centrarse en la sensación de abandono o falta de obediencia, ligada claramente a un desajuste con la expectativa de autoridad en el matrimonio.

En contraste, los expedientes de las mujeres narran sufrimiento, engaño y maltrato. Una de las expresiones más reiteradas en las historias clínicas de las mujeres ha sido «disgustos en su matrimonio», que aparece de manera recurrente, reflejando infelicidad, tensiones e incluso el deseo de

54 ADCO, HC711.019.

separación, que muchas veces se vuelve a problematizar como una transgresión del rol de buena esposa. Se destaca entonces que, además de ser el matrimonio un eje importante de malestar femenino, la psiquiatría de la época, lejos de considerar estas situaciones como un problema social como lo podemos entender hoy, las documentaba bajo etiquetas diagnósticas o enjuiciamientos sobre el carácter femenino, evidenciando el sesgo sexista en la interpretación de las vidas de las mujeres.

- «No fue feliz en su matrimonio porque su marido le dio muchos disgustos y la maltrataba».
- «No es feliz en su matrimonio porque él le pega mucho. [...] Su marido se ha burlado de ella, también los que estaban con él. [...] Historia de sufrimiento y desengaños matrimoniales»⁵⁵.

De este modo, la violencia, en sus distintas formas, constituye en numerosas ocasiones un hilo conductor que emerge de las historias clínicas y las propias vidas de las personas internadas. Al poner el foco en las historias de algunos hombres, se encuentran relatos de violencia directa sobre sus parejas o familiares, a veces minimizadas en los registros o presentadas por los propios agresores como actos justificables.

- «Pegaba a su mujer frecuentemente».
- «Relación regular con su mujer, le pega, aunque dice que con su mujer estaba muy a gusto».
- «Frecuentes borracheras, excitándose con violencia y agrediendo a la mujer e hijo mayor. [...] Por estos motivos ha estado repetidas veces en la cárcel»⁵⁶.

Se asiste pues a una normalización de la violencia, encontrando historias donde se minimizan golpes y palizas, además con una disonancia en la que vemos que algunos hombres llegan a describirse como satisfechos o contentos en su matrimonio, pese a reconocer estas agresiones. Esto muestra la internalización de las normas patriarcales que legitimaban su comportamiento violento, junto a su naturalización social en la época.

A esto se suma otro componente muy visible de la violencia machista, mencionado anteriormente, como es la expectativa de autoridad en el matrimonio. El mandato de obediencia y sumisión femenina, vinculado a la jerarquía del padre que sostiene a su familia pero «merece respeto»⁵⁷, aparece explícitamente en algunos testimonios que se recogen en las historias analizadas, esta vez en los registros del módulo masculino del psiquiátrico: el

55 ADCO, HC704.003; HC708.004, mujer a la que etiquetan con «carácter histérico y cicloide»; respectivamente.

56 ADCO, HC705.005; HC704.001; HC702.010; respectivamente.

57 RICH, «Derecho marital...», *op. cit.*

castigo físico se verbaliza como un mecanismo para asegurar la obediencia o el cumplimiento de deberes sexuales, mientras que los celos son utilizados como justificante de la violencia, reproduciendo patrones que, incluso hoy, sirven para encubrir o atenuar la responsabilidad del agresor:

- «Alguna vez “hay que castigar a la mujer para que obedezca”. Le pega a su mujer en ocasiones porque desde hace un año no tiene relaciones sexuales con él».
- «Él se cree perjudicado en su familia y que no respetan su autoridad ni sus hijos ni su mujer, a consecuencia de lo que le ha pegado a ésta varias palizas».
- «No ha cometido delitos ni temperamento violento. [...] Relación conflictiva con su esposa por motivo de celos».
- «Infeliz en su matrimonio, tema celos [...] Pegaba a su mujer frecuentemente»⁵⁸.

De hecho, la celotipia es un tema recurrente en los expedientes clínicos de los hombres, el cual ha funcionado además históricamente como un argumento para minimizar o incluso motivar este tipo de conductas violentas⁵⁹. La evidencia posterior ha mostrado que uno de los factores de riesgo más repetidos y relevantes para la violencia machista es, precisamente, la existencia de una cultura sexista y del honor⁶⁰, en la que se exige a las mujeres preservar el matrimonio y salvaguardar la honra familiar, tal y como puede apreciarse que ocurre en los extractos previos sobre las historias clínicas analizadas.

Para concluir este apartado, no se quiere dejar de destacar la existencia de bastantes casos de violencia sexual, que aparecen no solo dentro del matrimonio sino también ejercidos por otros hombres del entorno: familiares, vecinos o desconocidos. Se trata de otro de los poderes patriarcales relacionados por Rich: la potestad de imponer la sexualidad masculina, llegando a los puntos de naturalización del deber marital, violación o incesto, entre otros⁶¹. Los registros psiquiátricos en nuestro caso documentan los efectos sobre las mujeres, ya sea en su salud mental, comportamiento o diagnóstico, aun sin vincular explícitamente la violencia sufrida con sus consecuencias. Se sabe que la violencia machista provoca dolor y sufrimiento, cuyas manifestaciones han solido ser nombradas bajo síntomas o diagnósticos, más que como el

58 ADCO, HC692.040; HC708.020; HC685.020; HC705.005; respectivamente.

59 BOSCH-FIOL, Esperanza y FERRER-PÉREZ, Victoria A., «Nuevo mapa de los mitos sobre la violencia de género en el siglo XXI», en *Psicothema*, vol. 24, núm. 4, 2012, págs. 548-554.

60 PUENTE-MARTÍNEZ, Alicia y otros, «Factores de riesgo asociados a la violencia sufrida por la mujer en la pareja: una revisión de meta-análisis y estudios recientes», en *Anales de Psicología*, vol. 32, núm. 1, 2016, págs. 295-306.

61 RICH, «Heterosexualidad obligatoria...», *op. cit.*

resultado de dicha violencia⁶². En las historias analizadas, estas mujeres recibían etiquetas como «esquizofrenia paranoide» o «carácter histérico», que invisibilizan la gravedad de los hechos y muestran como, dentro del marco institucional y sexista, la violencia se entendía como un síntoma individual, desconectado de su contexto de abuso y control. El riesgo de este tipo de lecturas, como se ha señalado previamente, es que una mirada individualizante y sostenedora de mitos en torno a la violencia machista facilita su normalización, perpetuación y mantenimiento⁶³. Además, el entendimiento de los sufrimientos como aspectos individuales indirectamente atribuyen la causa del problema a la víctima y, con ello, la responsabilidad de su resolución o superación⁶⁴. De esta manera, la literatura crítica feminista ha reconocido como la psiquiatría y la psicología han reforzado esta visión al centrarse en el diagnóstico y en los problemas individuales, ofreciendo principalmente tratamientos médicos o intrapsíquicos al malestar y contribuyendo así a una lectura que responsabiliza implícitamente a la persona de su sufrimiento⁶⁵. En nuestro caso, observamos como la violencia machista se inscribía en el cotidiano de las internadas en la institución psiquiátrica cordobesa, tanto como experiencia directa de maltrato como a través de la interpretación parcial, normativa y revictimizante que los registros institucionales preservaban de sus vidas.

Todo ello evidencia, sin lugar a duda, que la violencia machista no era un fenómeno aislado ni estrictamente privado, sino un elemento estructural del sistema patriarcal: presente en la vida diaria, normalizado, y ciertamente utilizado como mecanismo de control sobre las mujeres. Como afirma García Díaz⁶⁶, es esencial conocer los mecanismos de naturalización y dominación de la violencia contra las mujeres que se instauraron en nuestro contexto sociocultural para visibilizar la violencia estructural existente. En este marco, la institucionalización psiquiátrica y la patologización contribuían a reforzar la subordinación femenina y, en ocasiones, la impunidad de los agresores. En un claro paralelismo con nuestros días, pueden rastrearse continuidades en estas lógicas de normalización y minimización de la violencia machista. La investigación reciente muestra que los aspectos actitudinales de la población general, y del personal asistencial en particular, influyen de manera deci-

62 CHESLER, *Mujeres y locura... op. cit.*

63 BOSCH-FIOL y FERRER-PÉREZ, «Nuevo mapa de los mitos...», *op. cit.* YAPP, Emma J. y QUAYLE, Ethel, «A systematic review of the association between rape myth acceptance and male-on-female sexual violence», en *Aggression and Violent Behavior*, vol. 41, 2018, págs. 1-19.

64 CONTRERAS-MERINO y otros, «Terapia feminista...», *op. cit.*

65 McLELLAN, Betty, *Beyond psychoppression: A feminist alternative therapy*, Spinifex Press, Melbourne, 1995. WILLIAMS, «Women's mental health...», *op. cit.* CHESLER, *Mujeres y locura... op. cit.*

66 GARCÍA DÍAZ, «Psiquiatría y feminismo...», *op. cit.*

siva tanto en la percepción de la gravedad de la violencia⁶⁷ como en su posterior abordaje en ámbitos clave como el psicológico, el sanitario o el jurídico⁶⁸.

7. Consumo de alcohol y pobreza: la necesaria mirada interseccional

Casi al final del capítulo, resulta pertinente detenerse en dos dimensiones que operan de manera recurrente sobre las historias clínicas analizadas: el consumo de sustancias y las condiciones económicas y de pobreza de las personas internadas. Ambos aspectos, lejos de ser neutros, revelan profundas desigualdades de género y permiten comprender nuevamente como determinadas conductas eran toleradas o patologizadas de forma diversa en hombres y mujeres.

En lo que respecta al consumo de sustancias, el alcohol es, sin duda, la sustancia más mencionada en los expedientes clínicos. Un análisis con enfoque de género pone de manifiesto diferencias significativas entre mujeres y hombres tanto en la frecuencia con que aparece registrado como en el modo en que es interpretado por el personal médico.

7.1. El consumo de alcohol en hombres: tolerancia social y violencia

En las historias clínicas de los hombres, el consumo de alcohol, tanto cotidiano como problemático, aparece de forma reiterada. Este hecho no puede desligarse del contexto social de la época, en que beber alcohol o frecuentar tabernas era una práctica socialmente aceptada, e incluso esperable, en los varones. En los expedientes se repiten con regularidad expresiones como «aficionado al alcohol», «frecuentes borracheras»... La institución psiquiátrica reproduce así una tolerancia cultural hacia el consumo masculino, incorporándola en el relato clínico, sin mayor problema a excepción de los episodios problemáticos o altercados que pudiese ocasionar, en algunos casos, lo que denominaban abuso o consumo excesivo. En este sentido, en muchos casos el alcohol se vincula a la aparición o intensificación de sín-

67 BADENES-SASTRE, Marta y otros, «How severity of intimate partner violence is perceived and related to attitudinal variables? A systematic review and meta-analysis», en *Aggression and Violent Behavior*, vol. 76, 2024, pág. 101925.

68 MURVARTIAN, Lara y otros, «Public stigmatization of women victims of intimate partner violence by professionals working in the judicial system and law enforcement agencies in Spain», en *Journal of Interpersonal Violence*, vol. 38, núm. 19-20, 2023, págs. 10920-10946. MURVARTIAN, Lara y otros, «Understanding social workers and health professionals' public stigma against women who experience intimate partner violence in Spain», en *Journal of Family Violence*, 2024, págs. 1-16.

tomas psiquiátricos (p. ej., psicosis, problemas de memoria...), pero, sobre todo, también con aspectos comportamentales, como son precisamente la realización de conductas violentas, escándalos públicos, conflictos con la autoridad y repetidos episodios de violencia intrafamiliar, especialmente contra las mujeres, como se aprecia en el siguiente extracto:

Refiere que iba embriagado por la calle gritando y armando escándalo y que fue recogido por dos agentes de la autoridad, que le llevaron al gobierno civil; Frecuentes disgustos conyugales por sus borracheras y dificultades económicas⁶⁹.

Sin embargo, el modo en que el personal médico interpreta estos episodios resulta revelador: los problemas suelen ser leídos casi exclusivamente como efectos fisiológicos del alcohol (p. ej., intoxicación, *delirium tremens*, agitación alcohólica...) sin que se problematice el marco social que legitima el consumo masculino ni las relaciones de poder que sostienen la violencia ejercida. Esta lectura «tóxica» y no social del alcoholismo centra el análisis en la sustancia y desplaza a un segundo plano factores como la masculinidad, la tolerancia cultural al consumo, la violencia machista, o incluso el contexto laboral y las tensiones económicas que también se encuentran en ciertas historias. Así, la agresión a la esposa o a otros familiares aparece descrita como algo que ocurre «con ocasión» de la borrachera, pero no como una expresión de un orden social que permite y normaliza estas conductas.

Este encuadre tiene consecuencias importantes: al situar el origen del problema en la sustancia, la responsabilidad individual y social de la violencia queda diluida, y la violencia se convierte en un síntoma secundario, casi anecdótico, dentro del cuadro clínico. El consumo masculino aparece así implícitamente legitimado, mientras que la violencia queda despolitizada y despojada de su dimensión de género. Como han señalado Bosch-Fiol y Ferrer-Pérez⁷⁰, esta asociación entre alcohol y violencia funciona todavía hoy como un mito persistente que actúa como justificación o excusa del ejercicio de la violencia machista, desplazando la atención de las relaciones de poder y de las normas patriarcales que la sostienen. Esto refuerza nuevamente el peso de las actitudes sociales y, en este caso, médicas e institucionales en la normalización e infravaloración de la severidad de la violencia machista⁷¹.

Por último, desde un análisis de género se quiere destacar que los hallazgos sobre el consumo de sustancias parecen caber dentro de los patrones históricos de mayor prevalencia de adicciones en hombres, en relación con los roles y mandatos de género esperados (hombre en el ámbito público y mujer en el doméstico) y con una mayor tendencia a problemáticas externa-

69 ADCO, HC685.001.

70 BOSCH-FIOL y FERRER-PÉREZ, «Nuevo mapa de los mitos...», *op. cit.*

71 BADENES-SASTRE y otros, «How severity of intimate partner violence...», *op. cit.*

lizantes en ellos, como el consumo de sustancias o conductas disruptivas⁷². Sin embargo, volvemos a resaltar que, al igual que ocurre con la violencia, estos factores no se integraban en un análisis estructural dentro del discurso psiquiátrico del periodo sociohistórico analizado.

7.2. El consumo de alcohol en mujeres: excepcionalidad y estigmatización

El panorama es sensiblemente distinto cuando se analizan las historias clínicas de mujeres. El consumo de alcohol aparece registrado en muy pocas ocasiones en los documentos revisados; sin embargo, cuando se menciona, incluso un consumo esporádico tiende a problematizarse desde la mirada del personal del psiquiátrico, dejando entrever nuevamente un doble criterio en la valoración de los comportamientos de hombres y mujeres. En varias historias clínicas relativas al módulo femenino se han encontrado expresiones como «gusta del vino» o «en alguna ocasión se ha emborrachado», formulaciones que contrastan con la recurrencia en el consumo hallada en las historias clínicas de hombres. De este modo, en el caso de las mujeres, incluso un consumo ocasional parece interpretarse como signo de desviación moral o descontrol, reforzando la idea de que beber alcohol no forma parte de la conducta femenina socialmente esperable.

Asimismo, son escasas las historias en las que se consigna un consumo claramente abusivo o problemático de alcohol en mujeres. No obstante, resulta reseñable que, cuando aparece, lo haga casi exclusivamente en contextos de extrema vulnerabilidad, como mujeres en situación de prostitución, en cuyas historias se registran abusos de alcohol y cuadros asociados al mismo. Sirva como ejemplo la siguiente historia clínica, ya mencionada en el análisis de la sexualidad, en la que paradójicamente, el consumo de alcohol se presenta explícitamente como una consecuencia casi inevitable o inherente a la situación de prostitución:

Carácter fuerte, brusco, irritable. Abuso de alcohol, frecuentes borracheras, corolario obligado de su profesión. [...] Frecuente masturbación. Reacciona discretamente a los afectos familiares. Sin embargo, como pertenece a una familia de depravados (ella y 2 hermanas fueron prostitutas), no están en ella muy arraigados los sentimientos de afectividad⁷³.

Como ha señalado reiteradamente la literatura, el abuso de sustancias puede funcionar como una estrategia de afrontamiento de cara a «sopor-

72 McHUGH, R. Kathryn y otros, «Sex and gender differences in substance use disorders», en *Clinical Psychology Review*, vol. 66, 2018, págs. 12-23. BAÑOS y MIRAGALL, «Gender matters...», *op. cit.*

73 ADCO, HC703.016.

tar» la prostitución, en estrecha relación con la violencia experimentada, la despersonalización y el sufrimiento físico y emocional que la acompañan⁷⁴. En este sentido, diversos estudios han documentado un mayor consumo de alcohol y otras sustancias en mujeres en contextos de prostitución y otras violencias machistas⁷⁵.

Sin embargo, los expedientes analizados muestran como el discurso psiquiátrico no incorpora esta lectura contextual o relacional, sino que tiende a interpretar el consumo de alcohol como un rasgo más de una supuesta desviación individual o familiar. En este marco, dicha narrativa no solo desatiende el papel de la vulnerabilidad, la violencia sexual u otras experiencias traumáticas en el consumo de sustancias, sino que además incorpora juicios explícitos sobre la identidad y el valor moral de estas mujeres, presentándolas como portadoras de una supuesta inferioridad moral. De este modo, se refuerzan los procesos de estigmatización y se naturaliza su exclusión social, tal como se aprecia de manera especialmente clara en la anterior cita; hecho que, visto con los ojos del hoy, derivaría por supuesto en un abordaje parcializado e incompleto de las problemáticas reales de las afectadas.

7.3. El alcoholismo como antecedente familiar: una herencia generizada

Otro elemento que aparece de forma recurrente en las historias clínicas es el alcoholismo como antecedente familiar. Llama poderosamente la atención que, tanto en hombres como en mujeres, este antecedente se refiera casi exclusivamente al padre. La figura de «padre alcohólico», expresión que se recoge de manera literal y reiterada en los expedientes, aparece asociada a descripciones de carácter brusco, irritable y violento, y se menciona con frecuencia como parte del contexto familiar de las personas internadas. Este patrón refuerza la idea de que el alcoholismo, además de estar marcado por dimensiones de género, se inscribe en dinámicas familiares atravesadas por la violencia y la desigualdad.

En el caso, sobre todo, de algunas mujeres, la mención reiterada del padre alcohólico en sus historias clínicas suele acompañarse de referencias al maltrato sufrido, lo que permite vislumbrar trayectorias de vulnerabilidad que se prolongan a lo largo de generaciones. Sin embargo, al igual que ocurre con

74 CHESLER, *Mujeres y locura... op. cit.*

75 ULLMAN, Sarah E. y otros, «Postassault substance use and coping: A qualitative study of sexual assault survivors and informal support providers», en *Alcoholism Treatment Quarterly*, vol. 36, núm. 3, 2018, págs. 330-353. VEIGA GARCÍA, Esther y DUJO LÓPEZ, Víctor, «Repercusiones psicopatológicas en las mujeres adultas que ejercen la prostitución: una revisión sistemática», en *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, vol. 22, núm. 1, 2022, págs. 63-90.

el consumo individual, el discurso psiquiátrico rara vez problematiza estas condiciones sociales y estructurales. El alcoholismo paterno aparece como un dato más del expediente, sin que se analice su impacto en el desarrollo emocional, social y psicológico de las personas internadas.

7.4. Pobreza y marginalidad: un denominador común

Para cerrar el recorrido y análisis de este capítulo, no queremos olvidarnos de poner el foco en un elemento que puede considerarse semejante o más cercano entre las experiencias de vida de las personas internadas, ya fuesen hombres o mujeres: la pobreza que emana de las historias clínicas. Las carencias materiales no solo condicionaban su vida cotidiana, sino que en muchos casos funcionaban como un factor que aumentaba la vulnerabilidad y podía contribuir al ingreso en la institución psiquiátrica. En algunos casos, la propia falta de alimentos provocaba efectos agudos sobre la salud mental, como alucinaciones, mostrando como la precariedad material podía intensificar los riesgos y dificultades que enfrentaban estas personas. A continuación, se presentan dos extractos de las historias clínicas que ejemplifican estas situaciones y permiten acercarse a la experiencia vivida por quienes enfrentaban esta precariedad:

- «Según las enfermeras, antes de ingresar estaba “por ahí pidiendo limosnas”».
- «Era muy pobre y estuvo una gran temporada sin trabajo, ni ella ni su marido, siendo origen de que se excitara y saliese a la calle a implorar limosna en cuya época fue recogida por la policía e internada en este departamento. Muchas veces se le sorprende llorando porque quiere reunirse con sus hijos»⁷⁶.

Esta pobreza extrema llevaba, en algunos casos, a la propia búsqueda personal del ingreso en la institución (a pesar de no ser las mejores condiciones de vida)⁷⁷, lo cual se podía configurar incluso como una estrategia para garantizar al menos techo y comida, aunque ello implicara sacrificar libertad y autonomía. Lo podemos ver ejemplificado aquí en los casos de dos hombres y dos mujeres:

- «“¡Me he tenido que colar aquí por no tener que comer!”. No ocupa el lugar que le corresponde, porque debería de tener al menos trabajo o

76 ADCO, HC713.017; HC702.015, mujer a la que diagnostican de «psicosis maniaco-depresiva»; respectivamente.

77 Ha analizado las distintas localizaciones y condiciones de la asistencia psiquiátrica en este período en Córdoba: GUIADO DOMÍNGUEZ, M.^a Auxiliadora, «Historia, instituciones y establecimientos para la asistencia psiquiátrica en Córdoba a finales del siglo XIX y primer tercio del XX», en *Norma y locura. El Hospital Psiquiátrico Provincial de Córdoba (1885-1931)*, Colex, A Coruña, 2026, págs. 37-65.

una ocupación»; «Según el documento clínico-militar (1929), en sus observaciones se dice "individuo peligroso y probable simulador"».

- «El papel que desempeña es el de trabajar cuando puede y sino pedir una limosna. Ahora sí ocupa el lugar que le corresponde porque está aquí metido y tiene la comida segura».
- «No le gusta su estancia porque no puede ir a misa y por el ruido que hacen las enfermas, pero por lo demás se encuentra perfectamente pues no tiene donde vivir. Todas las afecciones presentadas al ingreso desaparecen paulatinamente».
- «A los seis meses de su salida vuelve a ingresar por dificultades económicas relacionadas con su déficit mental»; «Después de varios meses, vuelve a ingresar diciendo que le dan muchos ataques. Parece ser que dificultades económicas son más bien lo que lo motivan»⁷⁸.

Estos relatos muestran que la pobreza no solo limitaba el acceso a recursos básicos, sino que también condicionaba la experiencia institucional, reforzaba la dependencia y afectaba tanto la salud física como la mental. Aunque los contextos de vulnerabilidad variaban según sexo, edad, historia familiar y experiencias de violencia, la privación material extrema constituye un hilo transversal que une a muchos de los internos e internas.

Un siglo después, la literatura científica avala la idea que se desprende de la lectura de estas historias clínicas, afirmando que la pobreza y la falta de recursos constituyen factores de riesgo importantes para la salud mental, y que sus efectos pueden ser tanto causa como consecuencia de las dificultades psicosociales⁷⁹. Desde un análisis contemporáneo, estas historias subrayan la importancia de adoptar una perspectiva interseccional, atendiendo a las múltiples capas de vulnerabilidad que pueden combinarse en la vida de las personas, especialmente en las mujeres. Tal como ejemplifica el último caso presentado en los anteriores extractos, factores que han sido abordados a lo largo de este capítulo, como la violencia sexual, el alcoholismo, o la propia pobreza y otras formas de desigualdad y exclusión, a menudo pueden entrelazarse, generando situaciones complejas que requieren ser comprendidas en su totalidad. La desigualdad de género se hace visible tanto en estos factores socioculturales como en las interpretaciones que se construyen en torno a ellos desde marcos sexistas, las cuales hicieron mella en la salud

78 ADCO, HC692.041; HC685.005; HC707.022, mujer que convivía con las Hermanitas de la Caridad; HC710.020, mujer que había sufrido incesto por parte de su padre alcohólico y que en sucesivas ocasiones ingresó, embarazada y posteriormente, con un bebé recién nacido; respectivamente.

79 MILLS, China, «The psychiatrization of poverty: Rethinking the mental health-poverty nexus», en *Social and Personality Psychology Compass*, vol. 9, núm. 5, 2015, págs. 213-222. MIRANDA-RUCHE, Xavier, «Consideraciones estructurales para la intervención en salud mental: pobreza, desigualdad y cohesión social», en *Trabajo Social Global*, vol. 8, núm. 14, 2018, págs. 108-124.

mental de mujeres y hombres en el pasado y continúan teniendo efectos en la actualidad⁸⁰. Es por ello por lo que solo desde un enfoque feminista e interseccional es posible entender la complejidad de las experiencias de internas e internos en instituciones psiquiátricas y evitar un abordaje fragmentario que reproduzca los sesgos patriarcales y estigmas presentes en los registros históricos.

8. Conclusiones

El recorrido desarrollado a lo largo de este capítulo permite plantear que la locura, más que constituir una categoría médica estrictamente neutra, se configuró históricamente como una noción construida en el marco de discursos sociales e institucionales moldeados por la moral, el orden social y los mandatos de género. El análisis de las historias clínicas del Hospital Psiquiátrico Provincial de Córdoba entre 1918 y 1931 sugiere que la psiquiatría de la época no solo intervenía sobre el sufrimiento psíquico, sino que también contribuía a delimitar normas sobre la normalidad, el comportamiento y los roles sociales. Las diferencias observadas entre hombres y mujeres en los motivos de ingreso, las descripciones clínicas, los diagnósticos y los criterios de mejoría apuntan a una construcción dispar de la locura: en los hombres, asociada principalmente a la ruptura de la razón, el autocontrol o la productividad; en las mujeres, vinculada de forma recurrente a la transgresión de los mandatos morales, sexuales y relacionales propios del ideal femenino. Diagnósticos como la histeria, el tratamiento diferencial de la sexualidad o la evaluación de la conducta, ponen de relieve como las normas sexistas condicionaron la práctica psiquiátrica, afectando especialmente a aquellas mujeres que se alejaban del modelo femenino dominante.

Al mismo tiempo, las historias clínicas evidencian que el sufrimiento psíquico estuvo estrechamente ligado a las condiciones materiales y relacionales de la vida cotidiana de las personas internadas. La violencia machista aparece de forma reiterada en las trayectorias de muchas mujeres, aunque raramente sea reconocida como un factor explicativo del malestar, mientras que en los hombres el consumo de alcohol y las conductas violentas tendieron a interpretarse desde una lógica individual, con escasa problematización de los contextos sociales que los favorecían o justificaban. La pobreza y la precariedad económica, presentes en una parte reseñable de los expedientes, actuaron como factores de vulnerabilidad que en ocasiones facilitaron el ingreso o la cronificación institucional. Bajo esta perspectiva, una lectura feminista e interseccional de las historias clínicas resulta especialmente pertinente, ya que permite visibilizar tanto los silencios como los sesgos del dis-

80 GARCÍA DÍAZ, «Psiquiatría y feminismo...», *op. cit.* BAÑOS y MIRAGALL, «Gender matters...», *op. cit.*

curso psiquiátrico y subrayar la necesidad de comprender la locura como un fenómeno histórico y social, en el que sexismo, clase y relaciones de poder se entrelazan de manera compleja, y cuyas huellas siguen siendo relevantes para pensar críticamente las prácticas contemporáneas.

No se descarta que, desde la psiquiatría del momento, existiera una intención de aliviar el sufrimiento de las personas tratadas, intención que puede apreciarse en algunos textos analizados en esta obra, donde se observa un esfuerzo por ordenar el cuidado y ofrecer explicaciones acordes con el conocimiento disponible⁸¹. Sin embargo, resulta necesario adoptar una perspectiva crítica que permita situar estas prácticas en su contexto histórico y social, atendiendo a los condicionantes políticos, culturales y religiosos de la época. Desde esta visión, es posible reconocer tanto las limitaciones de dichas aproximaciones como sus implicaciones. Por ello, futuros análisis podrán contribuir a comprender como fueron transformándose los enfoques diagnósticos y el trato del personal sanitario asistencial a medida que se produjeron cambios significativos en la sociedad española en los años posteriores.

9. Bibliografía

- ALARIO GAVILÁN, Mónica**, *Política sexual de la pornografía: Sexo, desigualdad, violencia*, Ediciones Cátedra, Madrid, 2021.
- ÁLVAREZ PELÁEZ, Raquel**, «Publicaciones sobre sexualidad en la España del primer tercio del siglo XX: entre la medicina y la pornografía», en *Hispania*, vol. 64, núm. 218, 2004, págs. 947-960.
- BADENES-SASTRE, Marta y otros**, «How severity of intimate partner violence is perceived and related to attitudinal variables? A systematic review and meta-analysis», en *Aggression and Violent Behavior*, vol. 76, 2024, pág. 101925.
- BAÑOS, Rosa María y MIRAGALL, Marta**, «Gender matters: A critical piece in mental health», en *The Spanish Journal of Psychology*, vol. 27, 2024, pág. e28.
- BELMONTE RIVES, Paloma**, *Sobre la situación de las mujeres en España (1800-1930). Un ejercicio de microhistoria*, Tesis doctoral, Universidad Miguel Hernández de Elche, 2017.

81 Han podido observarse también algunos intentos de mejora, legales, materiales y de trato, por parte de la institución psiquiátrica a lo largo de los años en: GUIADO DOMÍNGUEZ, «Historia, instituciones y establecimientos...», *op. cit.* PRADOS GARCÍA, «El modelo judicial...», *op. cit.*

- BOSCH-FIOL, Esperanza** y **FERRER-PÉREZ, Victoria A.**, «Nuevo mapa de los mitos sobre la violencia de género en el siglo XXI», en *Psicothema*, vol. 24, núm. 4, 2012, págs. 548-554.
- CADORNA QUITIÁN, Herwin Eduardo**, «El tratamiento de la histeria a finales del siglo XIX y el agujero de la ciencia médica», en *Desde el jardín de Freud: Revista de Psicoanálisis*, núm. 12, 2012, págs. 293-310.
- CAPONI, Sandra** y otros, «El sesgo de género en el discurso y en las intervenciones psiquiátricas», en *Revista Estudios Feministas*, vol. 31, núm. 1, 2023, pág. e93055.
- CASTEJÓN BOLEA, Ramón**, «Las enfermedades venéreas y la regulación de la sexualidad en la España contemporánea», en *Asclepio*, vol. 56, núm. 2, 2004, págs. 223-241.
- CHESLER, Phyllis**, *Mujeres y locura*, Continta Me Tienes, Madrid, 2019.
- CONTRERAS-MERINO, Ana M.** y otros, «Terapia feminista como propuesta de intervención psicológica para la depresión de género», en *Psicología General Sanitaria: Intervención Psicológica para el Abordaje de la Depresión en Población General y Específica*, obra colectiva, Mora-Mora, Cantabria, 2019, págs. 106-140.
- FARHANE-MEDINA, Naima Z.** y otros, «Factors associated with gender and sex differences in anxiety prevalence and comorbidity: A systematic review», en *Science Progress*, vol. 105, núm. 4, 2022, págs. 1-30.
- FERNÁNDEZ LAVEDA, Elena M.** y otros, «Histeria: historia de la sexualidad femenina», en *Cultura de los Cuidados*, vol. 18, núm. 39, 2014, págs. 63-70.
- GARCÍA DÍAZ, Celia**, «Entre mujeres-locas y hombres-psiquiatras: asimetrías emocionales en la sala 20 del Manicomio Provincial de Málaga (1909-1950)», *Tesis doctoral, Universidad de Málaga*, 2023.
- GARCÍA DÍAZ, Celia**, «Mujeres en el manicomio: espacios generizados y perfil sociodemográfico de la población psiquiátrica femenina en el Manicomio Provincial de Málaga (1909-1950)», en *Investigaciones Históricas. Época Moderna y Contemporánea*, vol. 40, 2020, págs. 523-552.
- GARCÍA DÍAZ, Celia**, «Psiquiatría y feminismo desde una perspectiva histórica: herramientas epistemológicas para contextualizar la violencia contra las mujeres», en *Boletín Psicoevidencias*, vol. 58, 2020, págs. 1-6.
- LÁZARO REAL, Elena**, *Las prácticas sexuales femeninas en España (1870-1931)*, Tesis doctoral, Universidad de Córdoba, 2022.
- MARTÍN BARRANCO, María**, *Mujer tenías que ser*, Los Libros de la Catarata, Madrid, 2020.

- McHUGH, R. Kathryn** y otros, «Sex and gender differences in substance use disorders», en *Clinical Psychology Review*, vol. 66, 2018, págs. 12-23.
- McLELLAN, Betty**, *Beyond psychoppression: A feminist alternative therapy*, Spinifex Press, Melbourne, 1995.
- MILLS, China**, «The psychiatrization of poverty: Rethinking the mental health-poverty nexus», en *Social and Personality Psychology Compass*, vol. 9, núm. 5, 2015, págs. 213-222.
- MIRANDA-RUCHE, Xavier**, «Consideraciones estructurales para la intervención en salud mental: pobreza, desigualdad y cohesión social», en *Trabajo Social Global*, vol. 8, núm. 14, 2018, págs. 108-124.
- MURVARTIAN, Lara** y otros, «Public stigmatization of women victims of intimate partner violence by professionals working in the judicial system and law enforcement agencies in Spain», en *Journal of Interpersonal Violence*, vol. 38, núm. 19-20, 2023, págs. 10920-10946.
- MURVARTIAN, Lara** y otros, «Understanding social workers and health professionals' public stigma against women who experience intimate partner violence in Spain», en *Journal of Family Violence*, vol. 41, 2024, págs. 1-16.
- NARVÁEZ MARTÍNEZ, Carolina**, *Las nerviosas*, Tres Guineas, Ciudad de México, 2024.
- POYATOS I MATAS, Glòria**, «De la histeria a la fibromialgia, "las enfermedades de mujeres" que repugnan al Derecho», en *LABOS Revista de Derecho del Trabajo y Protección Social*, vol. 6, núm. 1, 2025, págs. 318-326.
- PUENTE-MARTÍNEZ, Alicia** y otros, «Factores de riesgo asociados a la violencia sufrida por la mujer en la pareja: una revisión de meta-análisis y estudios recientes», en *Anales de Psicología*, vol. 32, núm. 1, 2016, págs. 295-306.
- RICH, Adrienne**, «Derecho marital y derecho paterno (Ensayo original de 1977)», en *Ensayos esenciales. Cultura política y el arte de la poesía*, obra colectiva, Capitán Swing, Madrid, 2019, págs. 147-156.
- RICH, Adrienne**, «Heterosexualidad obligatoria y existencia lesbiana (Ensayo original de 1980)», en *Ensayos esenciales. Cultura política y el arte de la poesía*, obra colectiva, Capitán Swing, Madrid, 2019, págs. 437-488.
- ROQUERO, Charo**, *Historia de la prostitución en Euskal Herria*, Txalaparta, Navarra, 2014.
- RUIZ MAYA, Manuel**, «La peligrosidad de los alienados en sus aspectos teórico y práctico», en *Ideal Médico*, vol. 11, núm. 125, 1927, págs. 237-249.
- SINUÉS, María del Pilar**, *El ángel del hogar: estudio*, tomo I, 6.ª ed., Librerías de A. de San Martín, Madrid, 1881.

- SZASZ, Thomas**, *El mito de la enfermedad mental*, Círculo de Lectores, Barcelona, 1999.
- TASCA, Cecilia** y otros, «Women and hysteria in the history of mental health», en *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, vol. 8, 2012, págs. 110-119.
- ULLMAN, Sarah E.** y otros, «Postassault substance use and coping: A qualitative study of sexual assault survivors and informal support providers», en *Alcoholism Treatment Quarterly*, vol. 36, núm. 3, 2018, págs. 330-353.
- VEIGA GARCÍA, Esther** y **DUJO LÓPEZ, Víctor**, «Repercusiones psicopatológicas en las mujeres adultas que ejercen la prostitución: una revisión sistemática», en *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, vol. 22, núm. 1, 2022, págs. 63-90.
- WILLIAMS, Jennie**, «Women's mental health: Taking inequality into account», en *Social perspectives in mental health: developing social models to understand and work with mental distress*, obra colectiva, Jessica Kingsley Publishers, Londres, 2005, págs. 151-167.
- YAPP, Emma J.** y **QUAYLE, Ethel**, «A systematic review of the association between rape myth acceptance and male-on-female sexual violence», en *Aggression and Violent Behavior*, vol. 41, 2018, págs. 1-19.

EPÍLOGO

Para las universidades públicas, investigar no es únicamente producir conocimiento: es también devolverlo a la sociedad que la sostiene. La generación, transmisión y transferencia del conocimiento forman parte esencial de la misión universitaria y adquieren pleno sentido cuando contribuyen a comprender mejor nuestra historia y a iluminar los desafíos del presente. En este contexto se sitúa la obra que el lector tiene entre sus manos, *Norma y locura. El Hospital Psiquiátrico Provincial de Córdoba (1885-1931)*, un trabajo colectivo que refleja de manera ejemplar la vocación de compromiso social de la Universidad de Córdoba.

Este libro es fruto de un proyecto de investigación desarrollado en el marco de la colaboración entre la Universidad de Córdoba y la Diputación Provincial de Córdoba, a través de la Cátedra de Estudios de las Mujeres Leonor de Guzmán. La investigación se ha apoyado en el análisis de historias clínicas y expedientes de ingreso conservados en el Archivo de la Diputación, una documentación de extraordinario valor que permite reconstruir una parte fundamental de la historia social, jurídica y sanitaria de nuestra provincia

En los últimos años, la Universidad de Córdoba ha consolidado su compromiso con la igualdad, la inclusión y la transferencia social del conocimiento, promoviendo iniciativas que refuerzan el diálogo entre la investigación universitaria y las necesidades de la sociedad, así como la colaboración con las instituciones del territorio. En este sentido, proyectos como el que da origen a esta publicación constituyen un ejemplo especialmente significativo de cómo la investigación académica puede contribuir al conocimiento de nuestro pasado, al mismo tiempo que fortalece los vínculos entre universidad, instituciones públicas y ciudadanía.

Quiero destacar de manera especial la labor de coordinación realizada por la directora de la Cátedra de Estudios de las Mujeres Leonor de Guzmán, cuyo impulso y liderazgo han sido fundamentales para hacer posible este proyecto. Gracias a ese trabajo de coordinación se ha articulado un equipo investigador multidisciplinar que reúne a especialistas de distintas áreas del conocimiento —derecho, historia, psicología y estudios de género—, demostrando cómo el diálogo entre disciplinas resulta imprescindible para abordar

fenómenos complejos como la institucionalización de la locura y las formas históricas de regulación de la diferencia.

El resultado de este esfuerzo colectivo es una obra rigurosa y sugerente que analiza el funcionamiento del Hospital Psiquiátrico Provincial de Córdoba en el tránsito entre los siglos XIX y XX. A través de distintas aproximaciones disciplinares, los capítulos que integran el volumen exploran la evolución de las instituciones asistenciales psiquiátricas, los discursos jurídicos y médicos sobre el internamiento, las prácticas clínicas desarrolladas en el hospital y las formas en que las categorías de normalidad y enfermedad mental se construyeron socialmente en aquel contexto histórico.

Especialmente relevante es la mirada que incorpora la perspectiva de género como herramienta analítica transversal. El estudio de las historias clínicas y de los expedientes de ingreso permite observar cómo los mandatos sociales y los prejuicios de género influyeron en la interpretación de determinadas conductas y en los diagnósticos psiquiátricos. En muchos casos, comportamientos que se apartaban de las normas sociales asignadas a las mujeres fueron patologizados, revelando así la estrecha relación existente entre normas sociales, poder institucional y construcción histórica de la locura.

Este proyecto constituye, además, un ejemplo claro de la importancia de la colaboración institucional para impulsar investigaciones con impacto social. La alianza entre la Universidad de Córdoba y la Diputación Provincial ha permitido no solo desarrollar una investigación científica de gran valor, sino también poner en valor el patrimonio documental del Archivo de la Diputación y proyectarlo hacia la sociedad mediante actividades de difusión, formación y divulgación del conocimiento.

Quisiera expresar, por todo ello, mi reconocimiento a la directora de la Cátedra y al conjunto del equipo investigador por el rigor, la dedicación y el compromiso que han hecho posible esta obra. Gracias a su trabajo, hoy contamos con una investigación que ilumina una parte relevante de nuestra historia y que nos invita a reflexionar críticamente sobre las relaciones entre norma, poder y diferencia.

Confío en que *Norma y locura* se convierta en una referencia para quienes investigan la historia de las instituciones psiquiátricas, el derecho, la salud mental y los estudios de género, y que contribuya también a seguir fortaleciendo el diálogo entre la universidad y la sociedad.

Sara Pinzi

*Vicerrectora de Igualdad, Inclusión y Compromiso Social
Universidad de Córdoba*



LA EDITORIAL JURÍDICA DE REFERENCIA PARA
LOS PROFESIONALES DEL DERECHO **DESDE 1981**



Paso a paso

Códigos
comentados

Vademecum



Formularios



Flashes
formativos



Colecciones
científicas

DESCUBRA NUESTRAS OBRAS EN:

www.colex.es

Editorial Colex SL Tel.: 910 600 164 info@colex.es

NORMA Y LOCURA

El Hospital Psiquiátrico Provincial de Córdoba (1885-1931)

Desde la transdisciplinariedad, esta obra revisará aspectos jurídicos, sociales y clínicos en torno a las prácticas de los internamientos manicomiales involuntarios. Los expedientes de ingreso y las historias clínicas de las personas recluidas en el Hospital Psiquiátrico Provincial de Córdoba sirven de material para ofrecer una visión histórica acerca de la organización institucional de la asistencia psiquiátrica en la ciudad cordobesa a fines del siglo XIX e inicios del XX. Desde el ámbito jurídico se analizan tanto las posibles interacciones entre la historia de la locura, su estatus legal y el lugar que ocupará en el proyecto constitucional como la aplicación en dicho hospital del modelo judicial de internamiento de la época. Asimismo, en el campo de la psicología, se debaten consideraciones diagnósticas y terapéuticas sobre las experiencias vitales de las y los encerrados junto al análisis de las categorías que las miradas sexistas de quienes detentaron el poder de codificar normas y comportamientos aplicaron de manera diferencial a locas y locos.

El trabajo se enmarca en un convenio de colaboración entre la Universidad y la Diputación Provincial de Córdoba. El proyecto se ejecuta desde la Cátedra de Estudios de las Mujeres Leonor de Guzmán y se formula desde el enfoque de género como categoría transversal en los discursos científicos al objeto de poner en evidencia la aplicación de estereotipos y criterios ideológicos más allá de la supuesta objetividad del médico psiquiatra.

COORDINADORA

Celia Prados García

AUTORAS

Celia Prados García, Alicia Cárdenas Cordón, M.^a Auxiliadora Guisado Domínguez, Judit Bembibre Serrano, Naima Z. Farhane Medina y Ana M. Contreras Merino

Publicación financiada por la Diputación Provincial de Córdoba en el marco del Proyecto «La relación género, derecho y medicina en los internamientos psiquiátricos» ejecutado por la Cátedra de Estudios de las Mujeres Leonor de Guzmán (Universidad de Córdoba).



ISBN: 979-13-7011-703-0

