

KAMCHATKA

REVISTA DE ANÁLISIS CULTURAL

HISTORIA DEL TESTIMONIO EN ESPAÑA

Editoras: Rocío Negrete Peña y Cristina Somolinos Molina

KAMCHATKA

REVISTA DE ANÁLISIS CULTURAL

HISTORIA DEL TESTIMONIO EN ESPAÑA

History of Testimony in Spain

Historia del testimonio en España. Una introducción 5-19
Rocío Negrete Peña y Cristina Somolinos Molina

ESCRITURAS LIMINARES: INTERSECCIONES ENTRE LO LITERARIO Y LO TESTIMONIAL

En los límites de lo testimonial: Fantasía y ciencia ficción en *Viaje a la aldea del crimen* (1934), de Ramón J. Sender 21-44
Damian V. Solano Escolano

Elena Fortún en *Oculto sendero*, la posibilidad de un testimonio 45-74
Sara R. Gallardo

Testimonio y apócrifo: configuración estética de *Manuscrito cuervo: Historia de Jacobo de Max Aub* 75-112
Valeria de Marco

RELATOS FACTUALES DE TESTIGOS COMUNES: TESTIMONIOS DE LA RESISTENCIA

El testimonio del gudari, agente de memoria 113-133
Fernando Martínez Rueda

El testimonio carcelario de Diego San José 135-152
Javier Sánchez Zapatero

“Relato esto para los que están lejos del rigor que ha sido nuestra clandestinidad”: mujeres y lucha clandestina contra el franquismo en la obra testimonial de Tomasa Cuevas 153-171
Cristina Somolinos Molina

De los campos de concentración al Museo Iconográfico de Cervantes, el testimonio exílico de Eulalio Ferrer Rodríguez	173-193
Jimnei Chen	
Edición y censura en la narrativa testimonial sobre los campos de concentración franceses publicada en España a finales del franquismo	195-212
Paula Cecilia Simón Porolli	
El testimonio arrebatado de los campos de concentración: las memorias de Gregorio Nacianceno Mata en diálogo con la tradición testimonial	213-243
Belén González Morales	
Testimonios de deportadas y trabajadoras forzadas para la Alemania nazi. Resistencias, deber de memoria y denuncia	245-274
Rocio Negrete Peña	

OTROS FORMATOS: MODOS ALTERNATIVOS DE EXPRESIÓN DEL CONTENIDO TESTIMONIAL

“La vida de los comunistas no nos pertenece. Pertenece al Partido”. Prácticas de escritura autobiográfica de guerrilleros comunistas a instancias del PCE	275-314
Mario Bueno Aguado	
“Quienes no han tenido jamás el ‘derecho’ a la(s) palabra(s), la(s) toma(n) ya”. Sobre el testimonio de los presos en lucha a través de un boletín autoeditado en Barcelona, 1976-1978	315-342
Inés Molina Agudo	
Resignificar el rostro trans: el testimonio sexo-disidente de personas ecuatorianas en España	343-359
Diego Falconí Trávez	
Testimonios (im)políticos. Las huellas sonoras del 15M	361-389
Miguel Ángel Gil Escribano	
Voces apenas escuchadas, nunca creídas. Análisis de los testimonios de las reclusas en el asilo de Leganés bajo el prisma de la injusticia epistémica	391-415
Isabel Gloria Gamero Cabrera	

Portada: fotografía incluida en el catálogo *Cultura en el ejército republicano* / P. Luis Torrents, Hermann, Fotolabor, en la Biblioteca Digital de España. Reproducido con motivo de investigación.

K A M C H A T K A

REVISTA DE ANÁLISIS CULTURAL

VOCES APENAS ESCUCHADAS, NUNCA CREÍDAS. ANÁLISIS DE LOS TESTIMONIOS DE LAS RECLUSAS EN EL ASILO DE LEGANÉS BAJO EL PRISMA DE LA INJUSTICIA EPISTÉMICA

Voices barely heard, never believed. Analysis of the letters of the women inmates in Leganés' asylum through the prism of epistemic injustice

ISABEL GLORIA GAMERO CABRERA

Universidad Complutense de Madrid (España)

ig.gamero@filos.ucm.es

Recibido: 25 de julio de 2022

Aceptado: 4 de mayo de 2023

<http://orcid.org/0000-0002-6216-7119>

<https://doi.org/23755/KAM.21.24946>

N. 21 (2023): 391-415. ISSN: 2340-1869

RESUMEN: En este artículo se van a analizar cartas de quince mujeres que estuvieron recluidas en la Casa de Dementes de Leganés durante la primera mitad del siglo XX. El análisis está enmarcado con explicaciones naturalistas y constructivistas sobre el concepto de salud mental, así como con el concepto de injusticia epistémica de Miranda Fricker. El principal objetivo del artículo es visibilizar las historias de estas mujeres y explicar los perjuicios que sufrieron, a nivel personal, político y epistémico. En la primera parte se describe la situación del asilo, en la segunda se profundiza sobre las causas del encierro de estas mujeres, en contraste con distintos marcos teóricos para entender el concepto de salud mental, en la tercera se desarrolla el concepto de justicia epistémica en conexión con estos casos y en la cuarta y conclusión se reflexiona sobre la relación entre salud mental y género y se trasladan estas ideas al presente.

PALABRAS CLAVE: credibilidad, testimonio, salud mental, injusticia hermenéutica, injusticia testimonial, antipsiquiatría, psiquiatrización.

ABSTRACT: In this article, the letters from fifteen women who were confined in Leganés' insane asylum during the first half of the 20th century are analysed. The analysis is framed with naturalistic and constructivist explanations of the concept of mental health and with Miranda Fricker's concept of epistemic injustice as well. The main objective is to make the stories of these women visible and to explain the harms they suffered, at personal, political and epistemic levels. In the first part it is explained the asylum context. In the second part the causes of the women's confinement are examined in contrast to different theoretical frameworks for understanding the concept of mental health. In the third part it is developed the concept of epistemic justice in connection with these cases. In the fourth part and conclusion the main ideas of the article, about gender and mental health, are transferred to the present.

KEYWORDS: credibility, testimony, mental health, hermeneutic injustice, testimonial injustice, antipsychiatry, psychiatrisation.

O. INTRODUCCIÓN

En este artículo¹ se van a analizar cartas de quince mujeres que estuvieron recluidas en la Casa de Dementes de Leganés (Madrid) durante la primera mitad del siglo XX. Estas cartas han sido recopiladas y editadas por Olga Villasante, Ruth Candela, Ana Conseglieri, Paloma Vázquez de la Torre, Raquel Tierno y Rafael Huertas en el libro *Cartas desde el manicomio* (Catarata, 2018) y al final del artículo se puede encontrar un anexo con sus principales características. El análisis estará acompañado de consideraciones sobre distintas concepciones de la salud mental (naturalistas y constructivistas) que sirven para iluminar la compleja situación de encierro de estas mujeres. Además, el desarrollo de los casos se complementa con el concepto de injusticia epistémica de Miranda Fricker. El principal objetivo del artículo es visibilizar las historias de estas mujeres y explicar los perjuicios que sufrieron, a nivel personal, político y epistémico. En la primera parte se describe la situación del asilo, en la segunda se profundiza sobre las causas del encierro de estas mujeres, en contraste con distintos marcos teóricos para entender el concepto de salud mental, en la tercera se desarrolla el concepto de justicia epistémica en conexión con estos casos y en la cuarta y conclusión se trasladan las principales ideas del artículo al momento actual para preguntar hasta qué punto la situación de mujeres psiquiatrizadas en el presente difiere de las que estuvieron en la Casa de Dementes de Santa Isabel.

1. Contextualización de la Casa de Dementes de Santa Isabel y de las cartas

Para comenzar, se dará una breve contextualización de la Casa de Dementes de Santa Isabel como forma de enmarcar estas cartas y su análisis. Inaugurada en 1852, fue un asilo para personas que, supuestamente, tenían algún trastorno o afección mental. Estuvo ubicada en Leganés (Madrid), y estaba administrada por la congregación católica de las Hijas de la Caridad (Villasante et al. 2018:34ss.). Era mixto, aunque hombres y mujeres estaban separados en dos pabellones distintos y existían dos categorías de estancia: primera clase (personas de familias adineradas que pagaban por recluirlas) y segunda (personas mantenidas por la caridad). Sin embargo, por lo que puede leerse en las cartas, las condiciones eran deplorables para ambas categorías. Como ilustración de estas terribles

¹ Este artículo ha sido posible por mi participación en el Proyecto de investigación *Institución y Constitución de la Individualidad: Aspectos Ontológicos, Sociales y de Derecho* (PID2020-117413GA-I00 / AEI / 10.13039 / 501100011033) del Ministerio de Ciencia e Innovación de España. Agradezco también a mis compañeras de la *International Network "Wittgenstein and Woman"* con quien debatí en profundidad sobre el concepto de salud mental en relación con la justicia epistémica y a Elena García Olivares que me recomendó el libro *Cartas sobre el manicomio*.

condiciones se puede leer la carta Manuela, una de las internas, que en 1935 escribió lo siguiente al médico encargado del área de mujeres del asilo:

[...] Aquí la mayoría de las veces que vamos a lavarnos no hay agua, está muy escasa, los retretes huelen muy mal y como no hay salida ni hay jardines a lo mejor nos entra una peste que esto está lleno de ratones y ya sabe que donde los hay huele muy mal. Aquí los vasos que son de plata o aluminio no los friegan, los secan con un paño que luego secan los demás cacharros y a veces están más negros que mi bata. [...] De los castigos no quiero decir nada aquí veo aparatos y correas que nunca vi en otras casas (Manuela, 2018a:158).

La situación del asilo empeoró con la Guerra Civil Española, fue bombardeado en numerosas ocasiones y, aunque hubo algunos intentos de ampliaciones y mejoras, las infraestructuras eran muy precarias e insuficientes para todos los pacientes que estaban allí recluidos. Los últimos años fueron difícilmente soportables, con condiciones muy precarias, prácticamente en ruinas, hasta que fue clausurado en 1985². Actualmente, varios de los edificios fueron reconstruidos y siguen siendo una institución dedicada a la salud mental, el Instituto Psiquiátrico de Servicios de Salud Mental José Germain, de Leganés.

Las cartas que han recopilado Villasante y su equipo están guardadas en el archivo histórico de la institución y nunca fueron enviadas, por lo que no llegaron a sus destinatarios. En total, en el volumen hay cuarenta y una cartas, veintiséis fueron escritas por hombres y quince por mujeres. Ahora bien, por el posicionamiento político y feminista de este artículo solamente se analizarán testimonios de mujeres. Sigo así la propuesta de la psiquiatra feminista estadounidense Phyllis Chesler (2005), según la cual hay una mayor propensión a declarar locura a las personas de sexo femenino, debido a los sesgos de género presentes en toda la sociedad, instituciones médicas y psiquiátricas incluidas. Esto es, analizar todas las cartas, con independencia del sexo de las personas que las escribieron, puede suponer un caso del error político y conceptual que el filósofo español José Medina ha denominado “ceguera epistémica” (2013), en tanto se mantiene un enfoque neutro, o pretendidamente inclusivo que, en la realidad impide ver o invisibiliza las formas concretas de injusticia y de daño que recibe un sector concreto de la población, en nuestro caso, estas mujeres.

2 Véase, por ejemplo, este artículo publicado en El País en marzo de 1984 donde se denuncian las condiciones del asilo (“El hospital de Leganés, un manicomio en ruinas” https://elpais.com/diario/1984/03/18/madrid/448460655_850215.html) [Última consulta, 19 de julio de 2022]

Se podría considerar que las cartas (algunas incompletas y difícilmente contextualizables) de quince mujeres son pocos casos para proponer conclusiones generales válidas sobre su situación en la Casa de Dementes. No obstante, consideramos que el mismo hecho de poder leer estos testimonios, que no salieron a la luz hasta 2018 (cuando el libro de Villasante fue publicado), ya es, de por sí, valioso para conocer las vivencias de estas mujeres que solían ser silenciadas. Además, el análisis de las cartas, facilitado por las herramientas teóricas de la filosofía de la psiquiatría y la justicia epistémica, va a ser significativo para mostrar las dificultades que sufrían las mujeres en esa época (el primer ingreso registrado en el libro es de 1901, el último de 1947).

En definitiva, este artículo está escrito desde el posicionamiento feminista ya mencionado y con la intención de visibilizar y denunciar las distintas formas de injusticia que recibieron estas mujeres al ser diagnosticadas y recluidas en el asilo.

2. Análisis de las causas de los internamientos en contraste con distintos conceptos de salud mental

Un elemento destacado para entender la difícil situación de las mujeres recluidas en el asilo de Santa Isabel es la falta de un diagnóstico claro sobre su salud mental, lo que lleva a plantear si realmente tuvieron alguna enfermedad mental o si, por el contrario, fueron recluidas por otras razones que llamaré “extramédicas” y que conllevan formas de discriminación e injusticia. Sin embargo, el mismo concepto de “enfermedad” o “salud mental” va a ser puesto en tela de juicio al contrastar con estos ejemplos.

En las primeras líneas del artículo escribí que las pacientes recluidas en el asilo “supuestamente” tenían algún trastorno o afección mental con la intención de problematizar estos diagnósticos, ya que en muy pocas de las cartas se pueden leer ejemplos claros de falta de salud mental. Esto es, si nos ceñimos exclusivamente a los testimonios que presentan las cartas³, no a los diagnósticos médicos que se conservan en los archivos, solo una de ellas, Pilar, se refiere de modo explícito a su enfermedad y menciona síntomas que podrían entenderse como propios de trastornos de salud mental: alucinaciones. En una carta que dirige a su hermana mantiene lo siguiente:

[...] En estos días de mi enfermedad he tenido revelaciones y sé que únicamente con tu ayuda y de los médicos podéis librarme de la obra perversa del oscurantismo que no contento con haber destruido mi naturaleza quiere destruir ahora la obra de Dios y la armonía del universo” (Pilar, 2018:64).

³ Al final de este artículo se encuentra un archivo anexo con descripción de todos los casos, en el que se diferencia el diagnóstico médico del testimonio de cada mujer.

Ninguna de las otras catorce mujeres que estuvieron en el asilo reconocen que padecieran trastornos de salud mental, más bien al contrario, gran parte de los ingresos parecen haberse dado por razones extramédicas. Así le sucedió a Josefa, que fue internada en la Casa de Dementes en 1944 a los 50 años (Villasante et al., 2018:174) y a Matilde, recluida en 1945 con 71 años (Villasante et al., 2018:186). El motivo de estos dos encierros fue el mismo: sus hijos, ya adultos, no podían (o no querían) mantenerlas y las internaron allí, en la segunda categoría (la mantenida por caridad). Matilde se muestra completamente coherente en la carta, increpa a sus hijos por no haber recibido noticias suyas durante más de un año y por haber dicho que ella “estaba loca rematada, para traerme al manicomio y quedarse con todos mis muebles” (Matilde, 2018:187). Por su parte, Josefa fue llevada al asilo por insomnio y debilidad, atribuidos a “mal estado de salud y falta de ingesta de alimentos” que le produjo anemia (Villasante et al., 2018:174). Esto es, su ingreso no parece haberse debido a ninguna dolencia mental, sino a su avanzada edad y a la falta de cuidados por parte de los suyos.

También son frecuentes los casos de encierro de mujeres que no parecían cumplir los roles de género esperados. Así le sucede a Amalia, monja acusada de rebelarse contra la autoridad y no aceptar las jerarquías eclesiales (Villasante et al., 2018:95) o a Elena, que en su historial es descrita como inteligente, rebelde e “indiferente hacia las labores propias de su sexo” (Villasante et al., 2018:167). Además, Elena también fue psiquiatrizada por declararse en contra de la religión, definirse como atea y gritar que dios no existía (Villasante et al., 2018:168); por lo que en este caso no se trataba solo de un diagnóstico basado en los roles de género, sino también en la presencia de un fuerte catolicismo en la institución (llevada por monjas) que tendía a patologizar a quienes no respetaban los dogmas. También es particularmente llamativo el caso de Irene, cuyo historial refleja “tendencia a la irascibilidad” lo que causaba “problemas, tanto en su familia como en su trabajo de sirvienta” (Villasante et al., 2018:121), uniéndose así razones de clase y de género para su encierro. Además, Irene sufrió un intento de robo en su casa del que se defendió agrediendo e hiriendo al intruso, por lo que fue encarcelada. Según cuenta su historial médico, el veredicto legal le provocó irascibilidad y trató de agredir al juez que la había condenado. Tras ello, pasó varios años en prisión, donde siguió mostrándose agresiva y asegurando que ella no había hecho nada malo. En 1917 fue trasladada a la Casa de Dementes de Leganés, con exención de responsabilidad legal por sus delitos y diagnóstico de “delirio de persecución y paranoia de reivindicación perseguidora peligrosa” (Villasante et al., 2018:122-3).

Tras conocer estas primeras evidencias habría que descartar, al menos para comprender estos casos, que hubiera una explicación naturalista en el origen de los diagnósticos de salud mental de estas mujeres. El enfoque biológico o naturalista (Saborido,

2020:69ss.) se caracteriza por entender la medicina como una ciencia exacta y libre de valores (Boorse, 1977) y creer que existe (o existirá) una explicación científica y objetiva del origen de cada enfermedad, incluidas las mentales. Por ejemplo, fallos de los neurotransmisores, falta de litio, desequilibrios hormonales o componentes genéticos se entenderían como causas de la enfermedad mental. Y estas causas serían tan científicas y evidentes como el hecho de que el virus “influenzavirus A o B” causa la gripe. Sin embargo, al haber leído esas cartas y los historiales de estas mujeres, el enfoque naturalista resulta insuficiente para explicar por qué fueron internadas. No sería aceptable, entonces, la idea de que la principal causa del encierro de estas mujeres fuera que realmente (“naturalmente”, cabría decir) padecían de una dolencia mental.

La explicación alternativa que se da en filosofía de la psiquiatría es el constructivismo (Saborido, 2020:101ss.). Desde este marco se entiende la enfermedad como un concepto construido y variable, en el que intervienen factores contextuales, sociales y políticos, por lo que es posible que se den distintas comprensiones de salud y enfermedad en distintas épocas (Canguilhem, 1966). El ejemplo más extremo de constructivismo en salud mental es la antipsiquiatría de Thomas Szasz. Para este autor, la enfermedad mental no tiene ningún origen físico, sino que aparece como diagnóstico médico para vetar o controlar a personas con actitudes incómodas o que no encajan bien en la sociedad (1982:32). Según Szasz, la enfermedad mental, como tal, no existiría de modo objetivo y en ningún caso tendría semejanzas con lo que llama “enfermedades corporales”, como la lepra, la tuberculosis o el cáncer, en sus ejemplos (1982:31). Las segundas tendrían una explicación física (siguiendo el enfoque naturalista ya explicado), mientras que las enfermedades mentales tendrían una explicación social y política, debida sobre todo a que las autoridades comienzan a desarrollar mecanismos punitivos y psiquiatrizantes para controlar a la población (1982:46). Este segundo marco parece ser más adecuado para comprender las situaciones de las mujeres del asilo de Leganés, en tanto hemos visto cómo factores de género, de clase y de religiosidad estaban involucrados en el diagnóstico y reclusión de estas mujeres. Sin embargo, las mayor parte de las cartas revelan situaciones mucho más complicadas en las que no se puede dirimir con claridad si las razones que llevaron al encierro fueron médicas, dentro del enfoque naturalista, o extramédicas, dentro del enfoque constructivista; sino que se da una combinación de ambas.

Las mismas mujeres citadas anteriormente, ingresadas en apariencia por no cumplir roles de género o cuestionar la religión, acabaron desarrollando conductas que podrían ser entendidas como síntomas de afecciones de salud mental. Esto es, Amalia fue diagnosticada de “manía persecutoria” y expresa en sus cartas que la madre superiora de la institución la amenaza y la trata mal por tener un “corazón vengativo” (Amalia, 2018:97), dando la impresión de que cree que todas las religiosas que la cuidan están en su contra,

en lo que no queda claro si es un hecho real, la distorsión de la realidad por algún trastorno, o la combinación de ambos factores. Además, a los pocos meses de su encierro, según se puede leer en su historial, Amalia tuvo una crisis que le hizo reunir todos sus bienes y prenderles fuego (Villasante et al., 2018:96). Por su parte, Elena fue diagnosticada con “crisis melancólicas, actitud colérica, irritable, plañidera y pueril”, rechazaba a los médicos por creer que la deseaban, se mostraba agresiva y tendía a mentir a todo el mundo (Villasante et al., 2018:168). E Irene, encerrada por tratar de defenderse ante un intento de robo, es descrita como “exaltada” y “vivir en un constante estado de alarma y alerta” porque sentía “que todo el mundo le quería hacer mal”, por lo que tendía a agredir a quien considerara que podría suponer una amenaza para ella (Villasante et al., 2018:122). ¿Cómo puede llegar a saberse, en estos tres casos, si estos síntomas son propios de alguna enfermedad mental o solo intentos, frustrados, de denunciar las violencias que sufrían y tratar de defenderse?

En cualquier caso, fuera cual fuera la causa de su actitud, estas tres mujeres fueron psiquiatrizadas y siguieron recluidas en el asilo hasta su traslado a otro centro (en el caso de Amalia) o su muerte (en los casos de Elena e Irene).

Un caso similar, donde no queda claro si la mujer padecía realmente de salud mental o su encierro se debió a razones extramédicas es el de Otilia (2018:144-5), una adinerada mujer cubana que, en un primer momento, parece haber sido ingresada por su madre y su hermana, tras haber tenido una pelea con ellas. Otilia las acusa de haberla internado para quedarse con sus propiedades, pero al mismo tiempo, las insulta de forma muy intensa, larga y exagerada⁴, reconoce haber pegado a la portera de la casa donde vivía y a varios vecinos que la injuriaban (Otilia, 2018a:143). En una carta posterior, dirigida a un juez, al que solicita que la libere por ser inocente, también sostiene que existe un complot contra ella por parte de su familia, sus vecinos, los jueces y unos albañiles (Otilia, 2018b:144). Estas declaraciones supusieron, para las autoridades médicas del asilo, una muestra de su paranoia y motivo para continuar con su encierro hasta su fallecimiento en 1969 (Villasante et al., 2018:143).

Una situación análoga es la de Manuela, diagnosticada con “paranoia parcial familiar” (Villasante et al., 2018:157), cuando, en realidad, fue recluida en el asilo por su marido cuando comenzó la menopausia. En un primer momento, y según Villasante (ib.), Manuela no parecía mostrar síntomas de enfermedad mental, sino senilidad, aunque posteriormente pareció enamorarse de su confesor y le dirigía encendidas cartas donde le recordaba que debía cumplir su promesa de casarse con ella (Manuela, 2018b:159). Nunca quedó claro si realmente fue correspondida por el fraile o si este enamoramiento

⁴ No me pareció adecuado transcribir la página entera de insultos e imprecaciones que Otilia dirige a su madre y a su hermana. Se puede consultar en (Otilia, 2018a:144).

to se debía a algún trastorno mental. En la tercera sección de este artículo se volverá al testimonio de Manuela.

Y, por último, otro caso donde no queda clara la “realidad” de la salud mental es el de Guadalupe, que fue ingresada por “manía religiosa” (Villasante et al., 2018:70). Guadalupe escribe una carta a su primo, al cual confiesa su amor, se queja por las malas condiciones del lugar y se denomina una mártir (2018:71). Según el historial médico, se mostraba rebelde y agresiva porque no la dejaban ir a misa, poco a poco fue cediendo, dejó de comer y su salud física y mental se fue degradando, hasta el diagnóstico final de “esquizofrenia” (Villasante et al., 2018:70).

En conclusión, cabe mantener que en algunas de estas cartas se evidencian varios síntomas característicos de afecciones en salud mental (paranoia, manía persecutoria, alucinaciones...), pero también cabe observar la existencia de numerosos intereses externos para su ingreso en la institución (ideas previas de cómo debe comportarse una mujer, intereses de la familia, un fuerte catolicismo...), así como influencia mutua entre ambos factores. Con independencia de cuál fuera el motivo del ingreso, cabe destacar que las pésimas condiciones del lugar, la medicalización y la falta de contacto con el exterior llegaron a afectar a la salud mental de estas mujeres, que cada vez era peor. Para dar una comprensión más clara de la situación de estas mujeres no valdría, entonces, ni una explicación teórica puramente naturalista, ni tampoco una exclusivamente constructivista. De esta manera cabe mantener, siguiendo por ejemplo a Wakefield (1992) y a la propuesta holista de Saborido (2020:158ss.), que en cualquier diagnóstico sobre salud (sea mental o no mental) intervienen factores físicos, políticos y sociales; así como valores y sesgos propios de un lugar y una época, que afectan a la comprensión misma de lo que significa “enfermedad”. En el caso concreto de la salud mental y como ya hemos visto en estos testimonios e historiales médicos, aunque puede haber factores físicos que causaron algunos trastornos, también se dan numerosos factores extramédicos (sociales, políticos, sesgos, prejuicios y valores). Y como mantiene Chesler (2005) de entre todos estos sesgos y prejuicios hay que dedicar una especial atención a los sesgos de género de los médicos (generalmente varones) que llevan a patologizar más las actitudes de mujeres que la de varones y a ingresarlas y medicalizarlas más que a ellos.

Este es el enfoque que, a mi juicio, se debería tener para comprender las causas del encierro de las mujeres en el asilo de Santa Isabel. Nos encontramos en una zona gris donde no hay una delimitación clara y estricta entre razones médicas y no médicas en estos diagnósticos de salud mental. En muchos casos, se darían ambas razones y se influirían mutuamente, ya que la reclusión (en ocasiones de por vida) en el asilo y con condiciones deplorables tampoco contribuyeron a mantener la salud mental de estas mujeres.

Ahora bien, más allá de si fueran causas médicas, no médicas o su interacción las que llevaron al encierro de estas mujeres, quisiera destacar el daño y la injusticia que todas ellas recibieron al ser encerradas y que queda reflejado en sus cartas. En el momento en el que estas mujeres recibieron un diagnóstico de salud mental, fueron encerradas e invalidadas como sujetos con plenos derechos y quedaron estigmatizadas y diferenciadas de las personas del exterior (que supuestamente estarían sanas). Esto es, estas mujeres perdieron no solo su libertad, sino también su credibilidad y capacidad de decisión sobre sus propias vidas, quedando sometidas a las instituciones médicas y judiciales, que decidían sobre ellas, sin escuchar ni creer sus palabras. Para tratar de profundizar en el daño que recibieron estas mujeres en el apartado siguiente me serviré de la propuesta teórica de la justicia epistémica de Miranda Fricker.

3. Injusticia epistémica en los casos estudiados

3.1. Presentación del concepto de justicia epistémica

El concepto de justicia epistémica⁵ fue acuñado en 2007 por la filósofa británica Miranda Fricker. Se trata de un tipo concreto de daño que se da cuando alguien, de forma ingenua o inadvertida, minusvalora o desprecia a otra persona, en lo referido a su credibilidad (2021:97). En este daño se involucran dos dimensiones (2017:18): la epistémica (o propia del conocimiento) y la ética, legal y política (propia de la injusticia que se da cuando alguien no es creído); es decir, no se trata solo de un error de conocimiento o de atención (como quien se despista y da una respuesta equivocada a una pregunta); sino que este error tiene consecuencias perjudiciales para ciertas personas o colectivos que ven minada su credibilidad y su dignidad, por lo que el error epistémico se convierte en un daño moral que, en ciertos casos extremos, puede incluso ser un daño físico o causar la muerte de las personas afectadas (2017:23).

Fricker describe dos tipos relacionados de injusticia epistémica: la testimonial y la hermenéutica. La injusticia testimonial (2017:17) se produce a un nivel micro e individual cuando una persona tiene un prejuicio contra un cierto colectivo (por ejemplo, contra un grupo racializado, personas de determinada nacionalidad, de un género concreto -casi siempre el femenino- o una orientación sexual no normativa) y este prejuicio le impide creer o tomar en consideración las palabras de alguien que pertenece a este

⁵ Aunque en su formulación canónica y en las publicaciones de Fricker este concepto aparece expresado de forma positiva (“justicia”), tiendo a usarlo en su versión negativa (“injusticia”) para señalar y denunciar la falta de justicia que recibieron estas mujeres.

colectivo. Un ejemplo serían los prejuicios sexistas de ciertos jueces o policías que les impiden creer o tomar en serio a una mujer que quiere denunciar una situación de violencia de género. La injusticia hermenéutica se da de modo más macro y estructural. Surge por la existencia de un prejuicio en una sociedad que impide no solo que un colectivo sea creído y tenido en consideración (esto seguiría siendo injusticia testimonial), sino que también sitúa en desventaja a este colectivo y bloquea la posibilidad de que se puedan nombrar y denunciar las injusticias y violencias que sufren (2017:18). En los casos de injusticia hermenéutica los recursos hermenéuticos colectivos de una sociedad (conceptos, leyes, la propia noción de lo que significa “verdad” o “justicia”) no son suficientes para que un grupo concreto pueda expresar y denunciar las violencias que reciben, por lo que quedan “marginados hermenéuticamente” (2017:25). En otra formulación de este segundo concepto, Fricker lo define como la injusticia que se da cuando una parcela significativa de la experiencia social (sobre todo experiencias discriminatorias y violentas) de un colectivo queda oculta, invisible o incomprendida por el conjunto de una sociedad, debido a la existencia de un prejuicio estructural que limita la capacidad de comprensión (2017:249). Como consecuencia, esta forma de discriminación no puede ser abordada ni superada y este colectivo es dañado (2017:250). El ejemplo que da Fricker de injusticia hermenéutica es cómo se puede abordar el acoso sexual en una sociedad que no tiene ese concepto, que no está codificado en su legislación y que las mismas personas que reciben esta forma de violencia carecen de palabras para nombrarlo y denunciarlo (2017:18). Cabe destacar, además, que la pérdida de credibilidad por haber recibido diagnósticos médicos de salud física o mental es uno de los temas más investigados en desarrollos recientes de la justicia epistémica, como puede verse en las obras de los filósofos Havi Carel, Ian Kidd y Anastasia Scrutton, que serán tratados en la siguiente sección.

3.2. Análisis de los testimonios bajo el concepto de justicia epistémica

Tras haber descrito el concepto de justicia epistémica, voy a servirme de él para explicar los perjuicios que padecieron las mujeres encerradas en la Casa de Dementes de Santa Isabel, bajo el supuesto de que no recibieron solo injusticia social y política (su encierro por razones extramédicas, como se explicó en la segunda sección de este artículo); sino también injusticia epistémica, esto es, pérdida de credibilidad y dejar de ser sujetos epistémicos válidos desde el momento en que recibieron el diagnóstico de salud mental. La conjugación de ambos factores (sociales y epistémicos) causó un gran daño a estas mujeres, como voy a mostrar a continuación.

3.2.1 Bloqueo de los envíos

Una primera muestra de que se trata de situaciones de injusticia epistémica es el hecho de que las cartas nunca fueron enviadas, por lo que estos testimonios ni siquiera fueron recibidos, leídos o entendidos, hasta que Villasante y su equipo las localizaron en los archivos del asilo, las analizaron y publicaron, realizando un gesto de justicia reparativa. Los motivos por los que las cartas no fueron enviadas son diversos, no se pueden conocer todos en todos los casos, sin embargo, Villasante destaca sobre todo dos.

Por un lado, en casos como los de Guadalupe (Villasante et al., 2018:72) o Josefa (Villasante et al., 2018:174), las cartas quedaban archivadas en las historias clínicas de los pacientes, quizás como parte del diagnóstico, aunque nunca se llegará a conocer completamente el motivo de este bloqueo del envío: “Quién sabe si como documento anejo, capaz de ilustrar o confirmar la patología del sujeto, o como información adicional con la que valorar sus ‘resistencias’ al internamiento” (Villasante et al., 2018:29).

El hecho de que los testimonios de personas psiquiatrizadas dejan de valer como testimonios y pasan a ser datos (pretendidamente objetivos) para confirmar los diagnósticos mismos es uno de los rasgos más evidentes de injusticia epistémica, como han propuesto Carel y Kidd (2014:340). Las personas psiquiatrizadas dejan de tener credibilidad como sujetos de conocimiento válido y pasan a ser objeto de estudio de las instituciones médicas. De esta manera, sus palabras y testimonios pierden veracidad (ya no son creídas) y validez (ni siquiera son contempladas como contenidos válidos), excepto como dato o ejemplo para corroborar el diagnóstico, en el establecimiento de un círculo algo perverso que Scrutton explica como un sesgo de confirmación (2017:349): estas palabras y testimonios solo son atendidas y creídas cuando refuerzan el diagnóstico de salud mental que, a su vez, es el que impide comprender a estas personas y sus testimonios y las aísla de su entorno, limitándole derechos y libertad.

La segunda razón que da Villasante para el bloqueo del envío de estas cartas es la existencia de censura para evitar que se difundieran críticas a la institución. Por ejemplo, en el *Manual de la enfermera general y psiquiátrica*, editado por las Hermanas Hospitalarias, se dice de forma explícita que “todas las cartas escritas por las enfermas a sus familiares o por estos a aquellas deben ser controladas por la enfermera o los médicos. Las cartas de las enfermas que contengan falsedades que pueden perjudicar al establecimiento no deben enviarse” (Villasante, et al., 2018:30, citando a Salas). Esta segunda razón para el bloqueo de las cartas entra en tensión con el concepto de justicia epistémica, que al menos según Fricker, no es intencional, ni conlleva voluntad expresa de acallar o censurar a alguien (2017:23).

En este momento, cabe observar cómo los marcos teóricos son excedidos o no resultan suficientes para comprender y explicar, en su totalidad, la experiencia de estas

mujeres. Su dura realidad, cabría decir, sobrepasaría cualquier intento de comprensión teórica, incluyendo el marco de la injusticia epistémica. Ahora bien, en un artículo posterior Fricker matiza el concepto de injusticia epistémica y reconoce que “existen casos intermedios interesantes y zonas grises” (2021:99) en los que no queda claro (“o nada claro incluso”, 2021:99), hasta qué punto el oyente está llevando a cabo marginación hermenéutica no intencional o manipulación, directa e intencional, para impedir que las palabras de la hablante sean recibidas y entendidas como se merece. Destaca así la existencia de casos que están a medio camino entre la injusticia epistémica y “la mala fe o al silenciamiento (ya sea interesada o por una mera falta de atención)” (2021:99). Este supuesto es más adecuado para explicar la situación de las mujeres internadas en el asilo de Santa Isabel, al haber bloqueo intencional del envío de sus cartas y darse, al mismo tiempo, rasgos característicos de la injusticia epistémica, como la no consideración de estas personas como sujetos válidos y el sesgo de confirmación que destaca Scrutton (2017:349). Este segundo rasgo se aprecia con claridad en la siguiente declaración del administrador del asilo, Ramiro Llera y Téllez al *Heraldo de Madrid* en 1929:

La administración suele vigilar las cartas que escriben [los pacientes] para saber si es prudentes darlas [*sic*] curso; ocurre a veces que algunas no son más que un disparatado cúmulo de barbaridades (Citado por Villasante, et. al. 2018:30).

Entendiendo así que parte de las cartas solo son disparates y barbaridades, se impide (de forma que no queda del todo claro si es intencional o no) que estos pacientes se expresen y sus palabras sean recibidas y entendidas; lo cual, no hace sino limitarles su capacidad de ser sujetos epistémicamente válidos y creíbles que es, como se explicó en el apartado anterior, uno de los principales rasgos de la injusticia epistémica que causa malestar a estas mujeres y les imposibilita ser creídas.

3.2.3 Situaciones no individuales, sino estructurales

Otro rasgo de la explicación de Fricker que puede resultar ilustrativo para explicar la situación de injusticia de las mujeres recluidas en el asilo es que no son casos individuales, esto es, injusticia testimonial (como cuando un médico o administrador no cree a una paciente concreta, por su diagnóstico, como se acaba de explicar), sino que también conlleva una dimensión estructural, propia de lo que denomina injusticia hermenéutica.

Como ya destacué en la sección introductoria de este apartado, Fricker considera a la injusticia epistémica como un fallo colectivo de una sociedad que no puede hacerse cargo de una situación determinada. Se da un “vacío en los recursos hermenéuticos

colectivos” (2017:25) que impide ya no solo creer a personas aisladas, sino tampoco comprender a un cierto colectivo en su conjunto. Considero que este concepto resulta muy adecuado para reflejar el contexto sociopolítico de la primera mitad del siglo XX en España donde, ya fuera por los prejuicios de género o por la profunda religiosidad (descritos en la segunda sección de este artículo), faltaban recursos hermenéuticos colectivos para comprender la situación de estas mujeres y tratarlas con justicia. Además, tampoco existían mecanismos legales para que sus quejas (que podemos leer en las cartas) fueran atendidas, lo que les causaba un daño epistémico, ético y político. Voy a mostrar este daño con algunos ejemplos.

En la carta de 1913 de Pilar a su hermana, ya mencionada en la segunda sección del artículo, insiste en que se encuentra en una situación horrible de la que no puede salir sin que su hermana y los médicos la escuchen y la crean:

Mi querida hermana:

Recibí tu carta que ya esperaba con impaciencia [...]⁶

Estoy verdaderamente admirada de lo que dices siempre en tus cartas, que tenemos que esperar con paciencia que lleguen días mejores. ¿Quién crees que nos puede proporcionar esos días mejores? Tú sola y tú misma eres la que puede concluir con esa situación tan horrible para mí y si no lo haces... Yo no quisiera decírtelo pero estás tentando a Dios, hermana mía, a Dios que no puede consentir una crueldad y una injusticia... Yo tengo que avisarte, es un deber de mi conciencia, por el bien que te quiero te aviso que te pongas inmediatamente de acuerdo con los médicos y que me lleves a tu lado sin pérdida de tiempo.

Hazme caso, hermana mía, no te dejes llevar de otras opiniones; los médicos únicamente si te ven decidida te ayudarán. [...]

Te abraza a tu hermana (Pilar, 2018:64).

Vemos así cómo, pese a sus posibles alucinaciones, Pilar comprendía con claridad que ella nunca iba a ser creída y que solo podía salir de su encierro si alguien del exterior la apoyaba y se ponía de acuerdo con los médicos para darle de alta. Sin embargo, esta carta nunca llegó a su destinataria y el deseo de Pilar de ser libre y regresar con su hermana fue desoído y bloqueado en un archivo donde la carta quedó abandonada durante años, en lo que supone un caso de injusticia epistémica. Merece la pena destacar, sin embargo, que, al final, estas quejas fueron recibidas y oídas y Pilar fue dada de alta (Villasante et al., 2018:63).

En segundo lugar, también es destacable el testimonio de Otilia, que ya comenzamos a ver en la segunda sección de este artículo. En 1926 escribe varias cartas a un juez de

⁶ He cortado los fragmentos menos relevantes para evitar una extensión demasiado larga del artículo.

Getafe, para insistir, con lenguaje muy correcto y razones plausibles, en que está mentalmente sana y que él es el único que puede concederle libertad

Muy señor mío:

Quiero denunciar ante usted que mi madre y mi hermana con varios pretextos se han hecho las dueñas de mi persona y me han privado de mi libertad desde el 30 de junio de 1923. Denuncio que me tienen recluida en este manicomio de Leganés, injusta e indebidamente, pues esta casa es para dementes y yo no lo soy.

Admita usted esta denuncia y haga lo que sea necesario para que yo recobre mi libertad. Y también le pido el justo castigo que le mande la ley para las personas culpables de haberme metido en un manicomio sin ser loca, y el castigo del médico que hizo el certificado falso para que me trajeran aquí y que le sentencien a una indemnización por los daños y perjuicios que me han causado con estos tres años de encierro innecesario [...] (Otilia, 2018:144).

En la presentación de esta carta, Villasante (et al., 2018:143) mencionan que Otilia fue diagnosticada con paranoia y manía persecutoria y que acusaba a su familia de haberla encerrado para quedarse con su dinero. Como ya se aludió en la segunda sección de este artículo, resulta imposible saber hasta qué punto este conflicto familiar fue real o parte de la supuesta paranoia de Otilia; lo que vuelve a quedar claro es que desde el momento de su ingreso y hasta su muerte (en 1969, sin haber salido del asilo en cuarenta y cinco años), Otilia perdió toda credibilidad y ninguna institución (ni médicos, ni jueces, ni su propia familia) la consideraron como sujeto válido de conocimiento, ni escucharon sus quejas, ni iniciaron ningún trámite para liberarla; lo que de nuevo se puede entender como un caso de injusticia epistémica, testimonial (porque no es creída) y hermenéutica (porque ni la institución médica ni la legal tenían ninguna capacidad para atender a sus súplicas).

Esta injusticia hermenéutica tiene también consecuencias legales, en tanto estas mujeres pierden estatus como ciudadanas con derechos el momento en el que son psiquiatrizadas. En este punto, la explicación de Fricker coincide con la del filósofo francés Michel Foucault, quien casi cuarenta años antes de que Fricker escribiera sus libros, hizo una historia de la locura y de sus consecuencias discriminantes que lo hacen merecedor del título de “teórico de la injusticia epistémica *avant la lettre*” (Allen, 2017:187). Para Foucault, los testimonios de las personas tratadas como locas (con independencia de que tuvieran un diagnóstico “real” o no) no son creídos: “Su palabra es considerada como nula y sin valor, no conteniendo ni verdad ni importancia, no pudiendo testimoniar ante la justicia” (Foucault, 1987:16). Esto que supone una situación bastante clara

de injusticia testimonial. Por otro lado, el loco tampoco puede firmar escrituras o contratos (ib.). Esto es, las instituciones no consideran a las personas psiquiatrizadas como sujetos válidos y pierde capacidad de tomar decisiones sobre sus vidas. Así le sucedió, por ejemplo, a Leocadia (2018:99), que quiso cambiar su testamento para no legar nada a sus hijos y dárselo, a su vez, a varios militares e instituciones religiosas. Ahora bien, al haber sido incapacitada por su diagnóstico médico (de psicosis degenerativa y psicopatía demencial), su voluntad no fue respetada (Villasante et al., 2018:98), en otro caso donde coinciden injusticia testimonial y hermenéutica.

3.2.4 Sesgos de género que medicalizan a estas mujeres

Resultan merecedores de análisis asimismo otros casos de injusticia hermenéutica donde se evidencia la presencia de sesgos, valores y prejuicios misóginos en la sociedad que impiden comprender y tratar como sujetos epistémicos válidos a mujeres, lo que las perjudica. En muchas cartas, y como ya se explicó en la segunda sección de este artículo, puede leerse cómo numerosas mujeres fueron encerradas por sus maridos sin más razones que las de no cumplir los mandatos de género, de “perfecta casada” (De León, 2019) y, como consecuencia, estas mujeres perdieron toda legitimidad y credibilidad.

Este es el caso de Manuela, ya citada al inicio del artículo, que fue internada por su marido por volverse “conflictiva” cuando comenzó la menopausia. Su diagnóstico fue de “paranoia familiar, personalidad perezosa y desviación del afecto” (Villasante et al., 2018:155); esto es, aparentemente, dejó de cumplir sus deberes como esposa y comenzó a mostrar enamoramiento por su confesor, Fray Federico. Este es el inicio de la carta de 1935 a su médico, citada previamente:

Distinguido don Aurelio:

Siento mucho tener que molestarle a usted, pero no teniendo a quien pedirle este favor recurro a usted por ser el médico del establecimiento y juzgarle un caballero, pues yo creo que de usted depende mucho, o quizás todo, mi salida, pues usted habrá observado que yo no estoy enferma pero claro se me trata como una enferma o peor, porque en estos sitios no les gusta que estén más que las enfermas [...] La otra noche por poco no me muero y sin tener a nadie a quien recurrir, encontrándome sola y a oscuras completamente, esto está muy mal dispuesto. Claro está, si me muero me entierran y usted con un papel cumple y terminado. (Manuela, 2018a:156)⁷

Cabe apreciar de esta manera la impotencia y los miedos de Manuela, quien es conscien-

⁷ En esta carta y en la siguiente he corregido la ortografía de Manuela para hacer más comprensible la carta.

te de que su vida no tiene ningún valor, que su muerte se convertiría en un mero trámite (probablemente cotidiano, dadas las condiciones de vida del asilo) y que la única forma en la que podría ser liberada pasaría por la colaboración de un médico que no la va a tener en cuenta. No se han encontrado cartas de Manuela a su marido (quizá sí fueron enviadas o quizá ella no le escribió porque sabía que él no las iba a leer), pero sí algunas a su confesor, a quien declara su amor:

Queridísimo Federico:

Cuánto tiempo hace que no sé de ti. Dios quiera que cuando esta recibas disfrutes mucha salud. Yo ya creo que lo sabrás, estoy en Leganés, he estado de manicomio y manicomio y ya no me siento con fuerzas para nada. Si me vieras te costaría trabajo conocerme. Estoy cansada de pasar miserias y calamidades y verlas al mismo tiempo que las paso, y tú sin cumplir tu palabra de caballero. Tienes que venir a hacerme tu esposa, pues tú no sabes qué lucha he tenido hasta decidirme a escribirte. Esto de hacer las cosas sin saber lo que hago es muy triste, y además estoy pasando por todo, hasta por vaga, pues según el médico cuando he servido era perezosa para el trabajo. [...]

Que vengas a buscarme enseguida. Que yo así no puedo vivir y sabes que te quiere siempre, tu Manuela. (2018b:157).

Manuela debía de tener unos cincuenta años cuando fue internada en el asilo, los únicos datos disponibles son que sucedió tras su menopausia y que permaneció ingresada allí desde 1935 hasta su fallecimiento en 1938. Por la carta al fraile podría pensarse que padecía demencia o algún trastorno que la llevaba a creer que él la amaba y le había prometido hacerla su esposa, o quizá esto sí sucedió en realidad. ¿O quizá el fraile abusó de Manuela o fue la única persona que la trató con cariño y amabilidad? Nunca podremos saber lo que realmente sucedió, excepto que murió, encerrada en el asilo, sin ser creída.

Un caso similar es el de Adela, casada a los diecinueve años, no mostraba signos de enfermedad y encarnó bien el rol de madre y esposa hasta su segundo parto, cuando comenzó a tener terribles dolores (posiblemente endometriosis⁸) y fue tratada con morfina. Se hizo adicta y robaba, mentía y se escapaba de la casa familiar para conseguirla. Tras cinco embarazos y muchos conflictos familiares, su marido se fue a vivir con su amante (probablemente “la N.”), e internó a Adela en el asilo en 1940, donde fue diagnosticada con “personalidad psicopática y toxicomanía”. Allí participó en actividades

⁸ Esta hipótesis es de Elena García Olivares, artista visual conocida como *Toxic Lesbian*, quien me enseñó el libro de Villasante y desarrolló una pieza artística y una aplicación para móvil basada en el testimonio de Adela. Más información aquí “Una app recupera a las mujeres recluidas en los manicomios del franquismo” *El país*, 01/11/2019 (https://elpais.com/cultura/2019/11/01/actualidad/1572607879_227173.html) (Última consulta: 19 de julio de 2022).

religiosas y siguió los talleres y actividades para su “curación” (sobre todo costura y labores de hogar). Se recuperó, o quizás se entendió que estaba recuperada por haber hecho labores propias de su género, y recibió el alta en 1945 (Villasante et al., 2018:177).

Antonio, anúlame de tu vida, pero ¡Por Dios! déjame al lado de mis hijos. Déjame cuidar nuestra casa y atenderlos a ellos, que tú bien sabes que eso siempre lo hice con esmero. ¡Antonio! Por la Virgen, ¿tú sabes dónde me has enviado? ¿Tú tienes idea siquiera de lo que es un manicomio? No; tú no lo sabes, no es posible que si así fuese me hubieses traído aquí, a mí que aunque ya no me quieras soy la madre de tus cinco hijos y tú sabes lo que yo te quiero. Yo envidio a la N. y si no vienes pronto acabaré solo Dios sabe cómo. No te hagas de piedra y ten compasión de tu desgraciada mujer, que lo único que quiere es a sus hijos. (Adela, 2018:178-9)

En la carta que, recordemos, nunca fue entregada ni leída por Antonio, cabe comprobar que Adela no parecía tener ninguna enfermedad, excepto la adicción causada por opiáceos que le proporcionaban los médicos. Ella suplica ser escuchada y dada de alta, para volver a estar con sus hijos. Increpa también a su marido, a quien consideraba incapaz de comprender lo que había hecho al ingresarla y nunca podría comprender lo que suponía estar recluida en un manicomio. En definitiva, se trata de otro ejemplo de injusticia testimonial (palabras y quejas que nunca fueron escuchadas ni atendidas) y hermenéutica (sociedad que no podía hacerse cargo del daño que estaba causando a ciertas personas y colectivos). En este caso, fue dada de alta cuando aceptó los roles asignados a su género y dio pruebas de su creencia religiosa que, según Villasante, no tenía al inicio de su encierro (Villasante et. al., 2018:178). En este caso, no cabría decir que fue “curada”, porque en realidad no parecía padecer ningún trastorno mental, sino que aceptó el camino que le habían asignado, en una confirmación más de la situación de injusticia que vivían las mujeres de la época, fueran o no psiquiatrizadas.

3.2.5 Deseos de salir, apenas escuchados

Un último rasgo que comparten la mayor parte de las cartas analizadas es la formulación del deseo, claro y explícito, de salir de la institución. Esto se puede ver tanto en la interpelación directa a sus familiares, quienes en muchos casos eran responsables de su internamiento (así le sucede a Adela, como se acaba de narrar); como por súplicas a los médicos que las trataban (como manifiestan Manuela o Irene y ya hemos visto). En la mayor parte de las cartas, estas mujeres están expresando un deseo clarísimo de salir de la institución y retomar su vida, que es desoído al darse la situación de injusticia epistémica ya descrita a lo largo de toda esta sección. Más de la mitad (siete de quince) fallecen

en la institución; Amalia, María y Elvira son trasladadas a otro centro, sin que sepamos más de su vida; solo cuatro de ellas (Pilar, Carmen, Adela y Matilde) son dadas de alta y pudieron regresar a su vida anterior y del destino de Josefa no sabemos nada.

Vemos así otro de los rasgos más característicos de la injusticia epistémica que afecta a estas mujeres, no solo por la pérdida de credibilidad que recibieron; sino que, además, sufrieron situaciones de injusticia ética y política, al ser desautorizadas, por diagnósticos médicos controvertidos que contenían razones extramédicas y sesgos de género, y perder así todos sus derechos y control sobre sus propias vidas, libertad de movimiento lo que, en muchos casos, provocó incluso su muerte en situaciones deplorables.

4. Conclusión: Del pasado al presente

Como se ha visto en el desarrollo del artículo, la mayor parte de casos de internamiento de las mujeres en el asilo de Santa Isabel no se debía a razones puramente médicas, sino a que estas mujeres no cumplían las normas que en la sociedad del momento se asignaban al género femenino: la perfecta casada, abnegada y dedicada en cuerpo y alma al cuidado del marido y de los niños, ni respetaban, en muchos casos, el catolicismo imperante. Este estereotipo de género fija unas formas “correctas” de ser y penaliza (en este caso, psiquiatrizando) a quienes no las cumplen, limitando las posibilidades vitales de estas mujeres y castigando con diagnóstico de locura, encierro y pérdida de credibilidad, a las que se desvían.

Se daba así un mecanismo perverso o círculo vicioso (que puede quedar más claro si se observa desde el prisma de la injusticia epistémica). Cualquier mujer que incumpliera o cuestionara estas normas era, de forma casi inmediata, considerada como loca. Y en el momento en que se daba este diagnóstico (con o sin motivos médicos), estas mujeres perdían credibilidad, autonomía y libertad: nada de lo que dijeran o hicieran era escuchado, excepto cuando se recibía como una corroboración de su locura. Como consecuencia, la mayoría de estas mujeres pasaron toda su vida recluidas en sanatorios, sin posibilidad alguna de ser escuchadas ni tratadas como personas adultas, sin que sus testimonios fueran escuchados y sus quejas fueran atendidas ni por las personas más cercanas a ellas, ni por las instituciones.

Cabe pensar que la sociedad del momento no estaba preparada para entender y aceptar que estas mujeres quisieran tener una vida distinta a la que le habían impuesto y, como consecuencia, eran recluidas, psiquiatrizadas, perdían credibilidad y autonomía, lo que les causaba un enorme daño; lo cual es un claro ejemplo de injusticia testimonial, como ya se ha argumentado en el artículo.

En conclusión, al problematizar la comprensión naturalista de la salud mental y aportar marcos constructivistas, holistas de la salud, unidos a la propuesta de la injusticia

epistémica, he intentado dar una comprensión más profunda de cómo se daban los diagnósticos de salud mental de mujeres en la primera mitad del siglo XX en España, con el objetivo de denunciar el silenciamiento y las violencias que recibieron estas mujeres, que he explicado como casos de injusticia epistémica.

Ahora bien, más allá del debate teórico sobre la pertinencia del concepto de injusticia epistémica para describir la situación que vivieron estas mujeres, lo que más me interesa y lo que me llevó a escribir este artículo fue la voluntad de recuperar las voces y testimonios de las mujeres recluidas en la Casa de Dementes de Santa Isabel, para (aunque sea de manera póstuma) visibilizar sus historias, darles reconocimiento y voz.

Para acabar me gustaría preguntar si estos casos de silenciamiento e injusticias fueron propios de la primera mitad del siglo XX en España o si se siguen dando en la actualidad. Cabe destacar que el asilo de Santa Isabel permaneció abierto hasta 1985 y que posteriormente, tras una reforma, volvió a abrirse y convertirse en un centro público de atención a la salud mental.

Retomo la tesis de Chesler (2005), según la cual, incluso a finales del siglo XX las mujeres seguimos recibiendo más diagnósticos por salud mental que los hombres. Informes estadísticos validan esta tesis. Por ejemplo, según la Encuesta Europea de Salud Mental de 2020⁹ (realizada en dos momentos, justo antes de la pandemia y a final de ese año): en el caso de España el 12,7% de la población adulta muestra signos de depresión, en distintos grados de gravedad. En todos ellos, las mujeres son diagnosticadas casi el doble que los hombres (8,9% de hombres diagnosticados por depresión, versus 16,3% de mujeres diagnosticadas por el mismo motivo).

Respecto de estudios nacionales, apenas hay investigaciones sobre salud mental tras la pandemia, tan solo encontramos una encuesta nacional sobre de apreciación subjetiva de salud mental¹⁰, realizada entre junio de 2019 y junio de 2020, donde se vuelve a repetir la diferencia de género: el 15% de los hombres, el 27% de las mujeres promedio y el 39% de las mujeres mayores de 65 años mostraban sensación de malestar psíquico, como sensación de tristeza, cansancio, falta de sueño o de apetito... Y los datos más recientes del Instituto Nacional de Estadística sobre salud mental en España¹¹, recabados en 2017,

9 Fuente: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/Enc_Eur_Salud_en_Esp_2020.html.

10 Fuente: "Indicadores de salud en periodos previo y durante pandemia" (<https://ine.es/jaxi/Tabla.htm?tpx=48130>).

11 Fuente: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176783&menu=resultados&secc=1254736195650&idp=1254735573175.

muestran que un 30% de las mujeres adultas ha sido diagnosticada, en algún momento de su vida, con algún trastorno mental; mientras que el porcentaje de hombres es del 24%. Además, según esta misma encuesta, las mujeres estamos mucho más medicalizadas que los hombres para paliar malestares psíquicos (el 34,3% de las mujeres y el 17% de los hombres fueron recetados con tranquilizantes y ansiolíticos en 2017¹²).

Si nos trasladamos a EEUU¹³, los datos más recientes son de 2020 y la diferencia de género se vuelve a repetir: el 25,8% de las mujeres y en 15,8% de varones fueron diagnosticados por salud mental, apareciendo además una evidente diferencia racial: el 35,8% de las personas (de ambos sexos) que se atribuyen dos o más orígenes étnicos fueron diagnosticadas con algún trastorno mental, a diferencia de las personas que se consideran blancas, cuyo porcentaje de diagnóstico de salud mental fue del 22%.

Apoyándose en estas cifras y en sus propias experiencias, colectivos como el Orgullo Loco¹⁴ denuncian que en pleno siglo XXI se sigue dando pérdida de credibilidad y de derechos, sobremedicalización e, incluso, reclusión, uso de contenciones físicas para controlar a las personas psiquiatrizadas, lo que afecta mucho más a las mujeres que a los hombres.

Persiste, asimismo y de forma bastante generalizada, el juicio de valor y la acusación directa que desacredita a cualquier mujer, tan solo con adjetivarla como “loca” o “histérica”. Y sigue dando la impresión de que gran parte de estos diagnósticos o insultos no se deben a razones puramente médicas, sino a una sociedad cargada de prejuicios y sesgos de género sobre cómo debemos ser las mujeres.

Quizá no estamos tan lejos de las situaciones que denunciaron las mujeres recluidas en la Casa de Dementes de Leganés, por eso considero fundamental que sigamos haciendo valer nuestra voz y nuestros testimonios para evitar que continúen estas formas de injusticia que nos dejan dos posibilidades: o cumplir con los roles y estereotipos de género o ser consideradas como locas, perdiendo así nuestra voz y credibilidad.

¹² Estos son cifras oficiales, resulta imposible saber cuántas personas tomaron estos medicamentos sin receta.

¹³ *The National Institute of Mental Health*: https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/mental-illness#part_2539.

¹⁴ Véase su web: <https://linktr.ee/OrgulloLocoMadrid>, con especial interés de su artículo “Revuelta feminista y salud”.

BIBLIOGRAFÍA

TESTIMONIOS

- Adela (2018). “Carta a su marido”. En Villasante et al. (eds.) *Cartas desde el manicomio: experiencias de internamiento en la Casa de Santa Isabel de Leganés*. Madrid: Catarata, p. 177. [Fecha original: 16 de agosto de 1944].
- Amalia (2018). “Carta al reverendo Don Antonio”. En Villasante et al. (eds.) *Cartas desde el manicomio: experiencias de internamiento en la Casa de Santa Isabel de Leganés*. Madrid: Catarata, p. 96. [Fecha original: 8 de septiembre de 1912].
- Elena (2018). “Carta al médico facultativo”. En Villasante et al. (eds.) *Cartas desde el manicomio: experiencias de internamiento en la Casa de Santa Isabel de Leganés*. Madrid: Catarata, p. 167. [Fecha original: 21 de abril de 1967].
- Guadalupe (2018). “Copia de la carta que escribe a su primo D. Jaime”. En Villasante et al. (eds.) *Cartas desde el manicomio: experiencias de internamiento en la Casa de Santa Isabel de Leganés*. Madrid: Catarata, p. 71. [Fecha original: 29 de agosto, posiblemente entre 1910-1920].
- Irene (2018). “Carta al director del establecimiento”. En Villasante et al. (eds.) *Cartas desde el manicomio: experiencias de internamiento en la Casa de Santa Isabel de Leganés*. Madrid: Catarata, p. 123. [Fecha original: no figura, posiblemente años 40].
- Josefa (2018). “Carta a sus hermanos”. En Villasante et al. (eds.) *Cartas desde el manicomio: experiencias de internamiento en la Casa de Santa Isabel de Leganés*. Madrid: Catarata, p. 175 [Fecha original: 18 de enero de 1946].
- Leocadia (2018). “Testamento”. En Villasante et al. (eds.) *Cartas desde el manicomio: experiencias de internamiento en la Casa de Santa Isabel de Leganés*. Madrid: Catarata, p. 99. [Fecha original: 1 de noviembre sin año, probablemente de 1919 o 1920].
- Manuela (2018a). “Carta a don Aurelio”. En Villasante et al. (eds.) *Cartas desde el manicomio: experiencias de internamiento en la Casa de Santa Isabel de Leganés*. Madrid: Catarata, p. 156. [Fecha original: 8 de julio de 1935].
- Manuela (2018b). “Carta a Fray Federico”. En Villasante et al. (eds.) *Cartas desde el manicomio: experiencias de internamiento en la Casa de Santa Isabel de Leganés*. Madrid: Catarata, p. 157. [Fecha original: 22 de julio de 1935].
- Matilde (2018). “Carta a sus hijos”. En Villasante et al. (eds.) *Cartas desde el manicomio: experiencias de internamiento en la Casa de Santa Isabel de Leganés*. Madrid: Catarata, p. 186. [Fecha original: 16 de mayo de 1946].
- Otilia (2018a). “Carta a su hermana”. En Villasante et al. (eds.) *Cartas desde el manicomio: experiencias de internamiento en la Casa de Santa Isabel de Leganés*. Madrid: Catarata, p. 144. [Fecha original: 17 de febrero de 1925].

- Otilia (2018b). “Carta al señor juez de Getafe”. En Villasante et al. (eds.) *Cartas desde el manicomio: experiencias de internamiento en la Casa de Santa Isabel de Leganés*. Madrid: Catarata, p. 146. [Fecha original: 25 de febrero de 1926].
- Pilar (2018). “Carta a su hermana”. En Villasante et al. (eds.) *Cartas desde el manicomio: experiencias de internamiento en la Casa de Santa Isabel de Leganés*. Madrid: Catarata, p. 64. [Fecha original: 23 de julio de 1913].

LIBROS Y ARTÍCULOS ACADÉMICOS

- Allen Amy (2017). “Power/knowledge/resistance. Foucault and Epistemic Justice”, en Kidd, Medina y Pohlhaus (eds.) *The Routledge Handbook of Epistemic Injustice*. Oxford: Routledge, 2017, pp. 187-196.
- Boorse, Christopher (1977). “Health as a Theoretical Concept”. *Philosophy of Science* n° 44/4 (Diciembre de 1977): pp. 542-573. DOI: <https://doi.org/10.1086/288768>
- Canguilhem, George (1966). *Le Normal et le pathologique*. París: PUF. (Traducción castellana: Lo normal y lo patológico. México: Siglo XXI, 1986).
- Carel, Havi y Kidd, Ian J. (2014). “Epistemic Injustice in Healthcare: A Philosophical Analysis”. *Medicine, Health Care and Philosophy*. Vol. 17/4 (2014). pp: 529-534. DOI: 10.1007/s11019-014-9560-2
- Chesler, Phyllis (2005). *Women and Madness*. Nueva York: Doubleday. (Segunda edición, revisada. Traducción castellana: *Mujeres y Locura*. Madrid: Continta me tienes, 2019).
- De León, Luis (2019). *La perfecta casada*. Madrid: Linkgua (Original de 1584).
- Foucault, Michel (1987). *El orden del discurso*. Barcelona: Tusquets. (Trad: Alberto González Troyano. Original: *L'ordre du discours*. París: Gallimard, 1971).
- Fricker, Miranda (2017). *Injusticia epistémica*. Barcelona: Herder (Trad: Ricardo García Pérez. Original: *Epistemic Injustice*, Oxford: Oxford UP, 2007).
- Fricker, Miranda (2021). “Conceptos de injusticia epistémica en evolución”, *Las Torres de Luc-ca*. Vol. 10. n° 19 (julio de 2021): pp. 97-103. DOI: <https://doi.org/10.5209/ltdl.76466> (Trad: Cristina Bernabéu. Original: “Evolving concepts of epistemic injustice”, en Kidd, Medina y Pohlhaus (eds.) *The Routledge Handbook of Epistemic Injustice*. Oxford: Routledge, 2017, pp. 53-60).
- Medina, José (2013). *The Epistemology of Resistance*. Harvard: Harvard UP.
- Saborido, Cristian (2020). *Filosofía de la medicina*. Madrid: Tecnos.
- Scrutton, Anastasia (2017). “Epistemic Injustice and Mental Illness”. En Kidd, Medina y Pohlhaus (eds.) *The Routledge Handbook of Epistemic Injustice*. Oxford: Routledge, pp. 347-355.
- Szasz, Thomas (1982). *El mito de la enfermedad mental*. Buenos Aires: Amorrortu (Trad: Flora Setaro. Original: *The Myth of Mental Illness*. Nueva York: Harper & Row, 1961).

- Villasante, Olga; Candela, Ruth; Consegnieri, Ana; Vázquez de la Torre, Paloma; Tierno, Raquel y Huertas, Rafael (2018). *Cartas desde el manicomio: experiencias de internamiento en la Casa de Santa Isabel de Leganés*. Madrid: Catarata.
- Wakefield, Jerome (1992). "The Concept of Mental Disorder: O the Boundary Between Biological Facts and Social Values". *American Psychologist* Vol. 47 (1992): pp. 373-388. DOI: 10.1037//0003-066x.47.3.373

ARTÍCULOS DE PRENSA

- Riaño, Peio (01/11/2019). "Una app recupera a las mujeres recluidas en los manicomios del franquismo" *El país*, 01/11/2019 (https://elpais.com/cultura/2019/11/01/actualidad/1572607879_227173.html) [Última consulta: 19 de julio de 2022].
- Rivas, Rosa (18/03/1984). "El hospital de Leganés, un manicomio en ruinas". *El país*, 18/03/1984 (https://elpais.com/diario/1984/03/18/madrid/448460655_850215.html) [Última consulta, 19 de julio de 2022].

ESTADÍSTICAS

- Eurostat (2020). *Encuesta europea de salud en España* (https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/Enc_Eur_Salud_en_Esp_2020.htm) [Última consulta: 27 de abril de 2022].
- INE (2017). *Encuesta Nacional de Salud*. (https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176783&menu=resultados&secc=1254736195650&i-dp=1254735573175) [Última consulta: 19 de julio de 2022].
- INE (2020). *Indicadores de salud en periodos previo y durante pandemia* (<https://ine.es/jaxi/Ta-bla.htm?tpx=48130>). [Última consulta: 19 de julio de 2022].
- National Institute of Mental Health (2022). *Mental Illness*. (https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/mental-illness#part_2539) [Última consulta: 19 de julio de 2022].

PÁGINA WEB

- Orgullo Loco: <https://linktr.ee/OrgulloLocoMadrid> [Última consulta: 19 de julio de 2022].

ANEXO: PRINCIPALES DATOS DE LAS CARTAS

Nombre	Fecha ingreso	Resolución del caso	Diagnóstico médico	Testimonio
Mercedes	1901	Fallece en el asilo en 1944	“Degeneración mental” “Imbecilidad” (59)	Acusa a su hermano de encerrarla por no querer mantenerla (63)
Pilar	1902 y 1909	Alta en 1920	“Locura maníaco-depresiva” y “estado melancólico” (63)	Ve visiones. Pide a su hermana que la libere (64)
Guadalupe	1911	Fallece en el asilo en 1951	“Manía religiosa” (70). Después “deficiencia mental” y “esquizofrenia”.	Expresión de amor por su primo, le pide que la libere y lleve con él (71)
Amalia	1912	Trasladada a otro centro en 1914	“Manía persecutoria, psicosis sistematizada progresiva” (94) Piromanía (para protestar por las condiciones quemó sus cosas)	Las monjas de la institución la persiguen y hostigan (96)
Leocadia	1914	Fallece en el asilo en 1921	“Delirio de persecución” “Psicosis degenerativa” “psicopatía demencial” (98)	Quiere cambiar su testamento desheredar a sus hijos y ceder sus bienes a un militar (99)
Irene	1917	Fallece en el asilo en 1954	“Tendencia a irascibilidad” (121). “Delirio de persecución y paranoia de reivindicación perseguidora peligrosa” “Carácter exaltado” (122)	Exigencias al director del centro para que le den el alta y queja por malas condiciones (123)
Carmen	1917	Alta en 1918	Tristeza, nerviosismo, “psiconeurosis” (127)	Pide a alguien (“Babil”) que vaya a sacarla. Culpa por traer discordias a casa (128)
Otilia	1924	Fallece en el asilo en 1969	“Paranoia” y después “parafrenia” (143)	Acusa a su madre y su hermana de robarle todas sus posesiones y encerrarla (144)
Manuela	1935	Fallece en el asilo en 1938	“Paranoia parcial familiar” (157)	Escribe al médico que no está enferma y le pide que le dé el alta (158). Expresa su amor a su confesor y también le pide que la libere (159)

Nombre	Fecha ingreso	Resolución del caso	Diagnóstico médico	Testimonio
María	1940	Trasladada a otro centro en 1961	"Psicosis maníaco-depresiva" (166)	La única que no se queja de las condiciones. Parece que podía salir (166)
Elena	1949	Fallece en el asilo en 1970	"Indiferencia hacia labores de su sexo". "Esquizofrenia". "Crisis melancólicas, actitud colérica, irritable, plañidera y pueril", "Agresividad". "Aversión a las monjas" (167)	Carta a un médico del centro para decir que no es una interesada y pedir que la libere y le dé trabajo (169)
Josefa	1944	No consta	"Personalidad psicopática por agotamiento" "Insomnio" "Anemia" (174)	Queja a sus hermanos por no escribirle, peticiones de que le lleven cosas (175)
Adela	1944	Alta en 1945	"Toxicomanía y personalidad psicopática" (177)	Ruega a su marido que la libere o le lleve sus hijos. Insiste en estar sana (178)
Matilde	1945	Alta en 1947	"Desarrollo paranoico con delirio de persecución" (186)	Queja a sus hijos porque no le escriben y le quitan sus bienes (188). Súplica al médico para que la libere (189)
Elvira	1947	Trasladada a otro centro en 1962	"Síndrome paranoide" (198)	Cartas a los médicos para que la liberen (199)