

SERIE IIS

*La construcción cultural
de la **locura femenina**
en Costa Rica (1890 -1910)*

15.04.01

F663c

c.1

Mercedes Flores González



04036

CIDCACs (Ej.1)
15.04.01 F634c


EDITORIAL
UCR

*La construcción cultural
de la locura femenina
en Costa Rica (1890-1910)*

Mercedes Flores González



305.908
F634c

Flores González, Mercedes María, 1962-

La construcción cultural de la locura femenina en Costa Rica (1890-1910) / Mercedes María Flores González. – 1. ed. – San José, C.R. : Editorial UCR, 2007.

xvi-200 p. – (Serie Instituto de Investigaciones Sociales)

ISBN 9968-936-71-5

1. SALUD MENTAL DE LA MUJER - SIGLO XIX. 2. ENFERMOS MENTALES. 3. FEMINIDAD. 4. ENFERMEDADES MENTALES. 5. HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS - HISTORIA - COSTA RICA. I. Título. II. Serie.

CIP/1612
CC/SIBDI.UCR

Edición aprobada por la Comisión Editorial de la Universidad de Costa Rica
Primera edición: 2007

Ilustración de portada: Fotografía cortesía de Archivos Nacionales. • Diseño de portada: Juan Carlos Fallas Z.

© Editorial Universidad de Costa Rica, Ciudad Universitaria "Rodrigo Facio", San José, Costa Rica.
Apdo. 75-2060 • Tel.: 207 5310 • Fax: 207 5257 • E-mail: administracion@editorial.ucr.ac.cr • Página web: www.editorial.ucr.c.cr

Prohibida la reproducción total o parcial. Todos los derechos reservados. Hecho el depósito de ley.

CONTENIDO

PRESENTACIÓN	vii
 CAPÍTULO I	
TRANSICIÓN DE SIGLO COMO EXPERIENCIA CATASTRÓFICA	
Una geografía social de temor y fragilidad	3
Uniformes blancos: limpieza, orden y disciplina	10
La calamidad inscrita en los contornos femeninos	18
 CAPÍTULO II	
EL PROCESO CULTURAL DE CONSTRUCCIÓN DE LA LOCURA	
Certificaciones de ingreso: identificación de las anomalías sociales	29
La anamnesis como descripción empírico-natural del origen de los padecimientos	- 38
Los cuerpos cifraban las huellas de la violencia	39
El malestar de las pobres de solemnidad fue hecho anomalía de la precariedad	50
Las "mujeres públicas": persecución del desamparo social	53
La génesis de los padecimientos era tangible desde la materialidad del cuerpo	57
Atavismos constitucionales: la herencia y el vicio del licor	62
Vertientes etiológicas colaterales: accidentes y excesos en la lucha por la vida	68

En la diagnosis la subjetividad sucumbía en las tinieblas de la enfermedad	71
La represión se desbordaba como impulso vital	78
Constricciones internas de las emociones prohibidas	86
¿Un nuevo siglo más persecutorio?	93
“La posibilidad abierta de todos los síntomas posibles de la locura”	97
De la histeria a la perversión: en el siglo XX se construían otras irregularidades de la feminidad	100
La cura física y moral desde la intervención sobre los signos externos.	109
El descontrol de las pasiones fue la oveja negra del asilo	113

CAPÍTULO III

LA CORRESPONDENCIA DESDE EL ASILO (1894–1902)

La metáfora del padecimiento como mundo interno en conflicto	123
En la vida familiar cristalizaba una interacción social en disgregación.	139
La orfandad social y subjetiva instalada en la familia.	147
Epílogo sobre el significado de la función materna: entre la omnipresencia y la muerte del mundo	152

CAPÍTULO IV

EL IMAGINARIO SOCIAL DE LA INSANIDAD FEMENINA

Divisiones en los mundos íntimos: lejanía en la cercanía	161
En la imagen idílica de la casa vivían las mujeres santas y sanas	168

REFLEXIONES FINALES	177
----------------------------------	-----

BIBLIOGRAFÍA	185
---------------------------	-----

ACERCA DE LA AUTORA	197
----------------------------------	-----

PRESENTACIÓN

Desde el manicomio en que se encontraba recluida, Leonora Carrington escribió en 1943: “En un momento de lucidez, me di cuenta de lo necesario que era sacarme de dentro todos los personajes que habitaban en mí.” Una a una narra acerca de las figuras reales e imaginarias que acompañaron su travesía por la vida, en ese momento sumida en el horror de la guerra y la angustia de la desolación. Eran experiencias alojadas en espacios recónditos de su interioridad, que sostenían la violencia vivida en diversos escenarios sociales. Los personajes internos siempre habitan en la razón y la locura, tienen formas concretas y significados múltiples, nacen del contacto con la realidad que cada uno intenta construir desde las experiencias compartidas con otros. Por ello retratan realidades e imaginarios inmersos en muchos sitios que, al hacerse propios, adquieren versiones particulares sobre el influjo de la cultura en cada biografía. Incursionar en el terreno de los malestares psíquicos requiere atisbar en estos sitios, sacar del interior de la sociedad los personajes ocultos que se instalan en los procesos de formación de la subjetividad.

La experiencia histórica donde interesa incursionar se enmarca en el contexto de reforma político-social acontecida en Costa Rica después de la segunda mitad del siglo XIX, que estuvo estrechamente vinculada con la expansión del capitalismo y la ideología liberal. Fue un contexto permeado por la violencia social, derivada de regímenes dictatoriales impuestos mediante contiendas y fraudes político-electorales y de un modelo económico que propició la estratificación de clases sociales, la desigualdad en las condiciones educativas y laborales de la población, así como el empobrecimiento y marginación de diversos sectores sociales. La violencia también se escenificó en otros ámbitos de dominio que favorecieron la consolidación de formas institucionales modernas orientadas por sectores políticos, religiosos y científicos. Al impulsar un proceso de secularización, estos sectores expandieron el imaginario liberal, articulando nuevos modelos de producción con idearios de disciplina en la vida social. Uno de los terrenos de conducción de este imaginario fue la campaña de saneamiento impulsada desde fines del siglo XIX, que fungió como práctica de integración y control de la población, sobre la base de fuertes escisiones que acontecían en la sociedad decimonónica.

Estas escisiones, inherentes al proceso de reforma, generaron tensiones entre los modelos de producción e interacción social y las condiciones de exclusión que estos implicaron para determinados sectores de la población. Expresaban conflictos entre estándares aparentemente consensuales de comportamiento/pensamiento y las presiones subjetivas que implicaba la incorporación de nuevos patrones de convivencia. Dichas presiones se expresaron desde diversas manifestaciones de malestar que fueron representadas socialmente como enfermedad/insanidad individual. Estas representaciones –junto a otras imágenes de anomalía– formaron parte de la experiencia de transición al siglo XX, pero desde los márgenes ocultos de la sociedad, desde los lugares expropiados. La insanidad psíquica como expropiación cultural, develó nódulos de conflicto colectivo y subjetivo, transgresiones al orden secularizador moderno que se expresaron desde la interacción social. Efectuar una lectura sobre la génesis y contenidos de las tensiones expresadas a través de los malestares psíquicos, hurgar en lo expropiado que se enquistó históricamente en las formas institucionales y de socialización moderna, es una de las finalidades de esta investigación.

El proceso de reforma liberal tuvo implicaciones particulares en la socialización y regulación del comportamiento de las mujeres. Durante el XIX tardío las representaciones y funciones de la feminidad mantuvieron un fuerte anacronismo, expresado desde la exaltación de ideales de espiritualidad y emocionalidad contrapuestos a una intensa restricción en su desenvolvimiento económico, jurídico y social (Prokop, 1986, Gay, 1993, González, 1997). Anacronismos que se constituyeron en fuente de conflicto en sus vidas cotidianas, de descontentos cuyas manifestaciones fueron reguladas –muchas veces– mediante el estigma de la locura y cauteladas a través del encierro en el manicomio. La investigación se propone indagar en los malestares de mujeres que vivieron estas experiencias en nuestro contexto, así como en las formas de control que la sociedad decimonónica ejerció sobre las subjetividades femeninas. Es una indagación que involucra interrogantes acerca de la alteridad entre pasado y presente, sobre la posible persistencia de rasgos histórico-sociales modernos desde donde la feminidad ha sido representada como desviación del orden. Dicha alteridad también implica la interpelación acerca de las motivaciones para el abordaje del malestar en la feminidad desde la historia y la subjetividad. Una de ellas es contribuir a sacar del olvido las experiencias entretejidas en las vidas de mujeres que enfrentaron situaciones de violencia y desigualdad extremas, reconocer los conflictos originados por condiciones de intolerancia social y las posibles formas de enfrentamiento y resistencia que ellas construyeron aun en momentos límite de segregación social. Reconstruir parte de estas experiencias implica situar el peso que tiene la cultura en la imposición de dominios externos e internos a través de procesos represivos; situar el descontento que emerge de esta experiencia y que se expresa mediante múltiples manifestaciones sociales y subjetivas.

La segunda motivación refiere al tema del desarrollo de la racionalidad del mundo en el seno de la subjetividad, lo cual involucra –nuevamente– el lugar de la cultura en la construcción de comportamientos socialmente estabilizados o disgregados. La revisión inicial de documentos para la investigación permitió el hallazgo de manuscritos elaborados por mujeres internadas en el asilo. Textos que narraban diversas experiencias sociales de la feminidad y que permitieron plantear la lectura del malestar subjetivo como parte de un proceso cultural en conflicto. Accediendo al mundo de la locura era posible comprender lo que esta decía de la realidad, de las irracionalidades impuestas en las condiciones de vida de las mujeres y hombres de la época. En este sentido, las experiencias vividas desde la feminidad encerrada no se limitaban solamente a los muros concretos del manicomio, sino que trascendían hacia los modos en que el encierro se hacía práctica en la cotidianidad de las mujeres. Así, la falsa delimitación entre la locura y la razón se diluía, dejando abiertos los cauces en los cuales los procesos represivos involucraban tanto la exterioridad como la interioridad, mostrando los espacios desde los que se debatían contradicciones y rupturas producidas desde la convivencia social, pero negadas por la sociedad. La “locura” no era un acto heroico ni vano, era una experiencia humana que nacía de la violencia, la intolerancia y las injusticias. Era una desesperada tentativa de rebelión, al decir de Freud, frente a una cultura que disgregaba la vida social precisamente desde el precepto de la racionalidad.

Estos componentes a la vez interpelan acerca del sentido de atisbar en los malestares de la feminidad en la cultura contemporánea. Hoy en día, ¿cuál es la racionalidad que rige nuestros destinos? ¿cuál es nuestro “principio de realidad” como sujetos? En una sociedad en la cual los descentramientos son cada vez más profundos, cobra particular importancia desentrañar las experiencias históricas que han permitido instalar el dominio como distancia abierta por la cultura en el seno de nuestras subjetividades, reconocer los ligámenes entre la racionalidad y la irracionalidad que interiorizamos y compartimos. Indagar sobre los descontentos de las mujeres implica, entonces, reconocer que aun existe malestar en el proceso de constituirnos como sujetos femeninos dentro de una sociedad que continúa siendo violenta y represiva.

Por ello, escribir sobre el tema no es un intento de exorcismo que libere de la locura que nos envuelve, sino una reflexión que permita discernir y enfrentar los descontentos de raíz histórica y subjetiva, cuyos rasgos aún se entrelazan en las experiencias de socialización de las mujeres.

La aproximación a los contenidos de la investigación se realiza desde varias vertientes de análisis: ¿cómo se desarrolló la construcción cultural de la insanidad psíquica, a partir de la experiencia médico-psiquiátrica asentada en Costa Rica en la última década del XIX?, ¿cómo esta experiencia permitió consolidar una institucionalidad segregadora, sostenida desde el *clivaje* entre la sanidad social y la enfermedad individual?, ¿cuáles fueron las representaciones

y regulaciones que la práctica médico-psiquiátrica y el imaginario social de la época configuraron respecto a la feminidad en general y a la insanidad femenina en particular? Desde las mujeres internadas en el asilo, ¿cuáles fueron los contenidos de conflictividad subjetiva que se expresaron a través de manifestaciones de malestar y aflicción?

A partir de registros históricos elaborados durante el XIX tardío y la primera década del siglo XX, se incursiona en el estudio de la textualidad, mediante la cual se expresaron dimensiones de conflicto y ruptura surgidas en la experiencia cultural de la época. El acercamiento a la experiencia social desde la textualidad, refiere al análisis propuesto por Lorenzer (1997) en relación con la interpretación de texto. La textualidad en sus distintas formas, constituye un instrumento de socialización desde el cual se plasman modelos de comportamiento colectivo, así como órdenes simbólico-culturales. Ambos mediatizan contenidos manifiestos –formas consensuales de lenguaje e interacción– y sentidos latentes, ocultos tras la censura social sobre diversos componentes y emociones. Su acceso a través de la interpretación, involucra el análisis de mediaciones culturales y subjetivas de la experiencia desde la cual se construye la textualidad. Por tanto, no se orienta hacia la aprehensión del sujeto creador del texto como tampoco hacia el análisis de la estructura lingüística que contiene. Sobre esta línea de indagación, White (1992) propone que la experiencia como representación o significado, resulta reconocible desde los textos comunes y los documentales: “...todo texto o producto puede representar el mundo objetivo de reflexión y posiblemente el mundo de la producción emocional y la praxis de su época y lugar de creación.” (196) Desde esta perspectiva, la aproximación a la experiencia cultural de la época implica reconocer diversas construcciones narrativas, con el fin de registrar sus contenidos desde distintas dimensiones sociales.

Este proceso se encuentra filtrado por la labor interpretativa del investigador, quien articula un espacio intermedio, creado a partir del encuentro con los textos. Gadamer (1993) plantea que el sentido y la estructura de la historicidad hermenéutica desde la textualidad, requiere considerar la tensión/interrogación que se produce entre la tradición y la distancia temporal mediada por el intérprete. Distancia que, más que ser franqueada, debe preservarse analíticamente, en tanto permite acceder a la comprensión de la experiencia que subyace en el movimiento histórico de la sociedad: “Comprender es operar una medición entre el presente y el pasado, es desarrollar en sí misma una serie continua de perspectivas por las cuales el pasado se presenta y se dirige a nosotros.” (116) Es así como este espacio intermedio permite articular la textualidad y la experiencia en un movimiento recíproco, a través del cual se expresan procesos tanto materiales como simbólicos que son incorporados social y subjetivamente. También involucran modelos institucionales enraizados en el devenir histórico-social de una época.

La labor interpretativa que se plantea en la investigación, articula una triangulación entre las fuentes históricas primarias, la contextualización y los antecedentes historiográficos de la experiencia social y la población en estudio y los desarrollos teóricos vinculados con el tema de investigación. La finalidad de la triangulación es proveer criterios de validez y confiabilidad durante el proceso de interpretación. El movimiento/integración constante entre estas dimensiones, abre el acceso a las continuidades y discontinuidades que se producen en contextos y procesos histórico-culturales diversos, evitando así generalizaciones a partir de datos extraídos desde una coyuntura particular. A la vez, el enlazamiento de distintas fuentes provee la información necesaria para construir líneas analíticas que pueden verificarse desde varias dimensiones de la experiencia cultural. En la investigación interpretativa estos criterios de validez y confiabilidad son indispensables en el espacio intermedio producido entre el intérprete y los textos. Para el intérprete, implica la posibilidad de acercarse libremente a los contenidos que los textos le proponen y a la vez, establecer un movimiento de distancia paralela, que permita reconocer otras lecturas sobre los contenidos expuestos. Desde este espacio, la triangulación desempeña un papel central para la verificación analítica (Lorenzer, 1997). De forma paralela y considerando que durante el análisis es necesario sostener una tensión/interrogación respecto a los contenidos que fluyen desde el movimiento del pasado, es indispensable el acompañamiento externo que verifique la validez de las interpretaciones. Las fuentes históricas primarias de la investigación son: Historias clínicas del asilo, Informes a la Junta de Caridad de San José, Gacetas Médicas de Costa Rica, así como publicaciones que trataron contenidos vinculados con el tema de estudio durante el periodo 1890-1910.

Durante la investigación se revisaron todas las historias clínicas de mujeres internadas en el asilo entre 1890 y 1910 –aproximadamente 350 historiales–. Entre estos se seleccionaron 152 que contenían información demográfica completa así como observaciones clínicas descritas con mayor minuciosidad. Desde este criterio de selección se enfatizó en la interpretación de los textos que plasmaron mayor riqueza documental. La información demográfica de estos historiales expone algunas características generales de las mujeres que vivieron la experiencia de institucionalización. La mayor parte de ellas (119) fueron ingresadas como “pobres de solemnidad” y recibieron asistencia de forma gratuita, debido a que no podían costear los gastos del internamiento. Solamente 33 ingresaron como “pensionistas” en tanto sus familiares u otros pagaron una cuota mensual por la asistencia dentro del nosocomio. Este primer rasgo devela en sí mismo la orientación institucional respecto a la cautelación intramuros de ciertos sectores de la población durante el periodo en estudio. Las zonas de procedencia abarcaron prácticamente todo el país, pero hubo más ingresos de sectores geográficos con mayor concentración poblacional y organización administrativa. Las provincias con más ingresos fueron

San José y Alajuela.¹ El desarrollo de prácticas de internamiento en el asilo durante el XIX tardío, también debe comprenderse por su ubicación geográfica en el centro de San José, así como por los conflictos derivados del aumento de la población y la creciente marginalidad de sectores sociales en las ciudades.

Entre los ingresos se reportaron algunos de jóvenes con menos de quince años así como de señoras mayores de setenta años. Sin embargo, la mayor parte se concentró en edades que oscilaron entre los veinte y los treinta años, descendiendo paulatinamente conforme avanzaba la edad.² Las mujeres en el rango de edad cercano a los veinte representaban la población femenina que atravesaba procesos de posible consolidación de lazos matrimoniales y formación de nuevas familias. En el análisis sobre el aumento de la nupcialidad en el Valle Central a partir de la década de 1840, Rodríguez (2000) explica que el ascenso de los matrimonios estuvo asociado –entre otros factores– con la ampliación de la cobertura geográfica de la Iglesia Católica y el Estado y con una mayor centralización administrativa. Entre 1827 y 1851 las edades promedio para contraer primeras nupcias en el Valle Central eran de 24,4 años para los novios y de 19,5 para las novias. Rodríguez comparó estos datos con una muestra efectuada por González (1993) sobre registros nupciales del Valle Central correspondientes a la segunda mitad del siglo XIX, encontrando que las novias de zonas rurales se casaban a una edad promedio de 19,3 años y las ciudadinas en una edad promedio de 21,7 años. Lo anterior estaría indicando que durante la segunda mitad del siglo XIX las edades promedio para el matrimonio no variaron significativamente. Para muchas mujeres internadas en el asilo, el ingreso al mundo adulto se realizó a través del matrimonio, pero también hubo un importante porcentaje que experimentó la vida adulta fuera de los lazos conyugales. Por otro lado, las más jóvenes constituían mano de obra que se instrumentaba ya fuese desde los oficios domésticos o desde ocupaciones remuneradas fuera del hogar. En ambas situaciones se expresaron experiencias que limitaron el desarrollo de funciones socialmente esperadas en la esfera de la domesticidad familiar y en los ámbitos públicos donde muchas de ellas se desarrollaron.

El estado civil no parece haber sido un factor determinante en los internamientos –al menos entre los historiales seleccionados– pero hubo un predominio de solteras (77) y casadas (56) sobre aquellas que eran viudas (14), separadas/divorciadas (4) o que vivieron en unión libre (1).

1. Entre las 152 historias clínicas seleccionadas, las zonas de procedencia se desglosan de la siguiente manera: San José (69), Alajuela (30), Heredia (17), Cartago (11), Guanacaste (6), Limón (6) y Puntarenas (4). Hubo cinco ingresos de mujeres que procedían directamente del extranjero: Ecuador, Jamaica, Cuba, Guatemala y Nicaragua. En cuatro historiales no se consignó la zona de procedencia.

2. Estos datos se registran de la siguiente manera: Menores de 20 años (18), 20-30 años (54), 30-40 años (29), 40-50 años (25), 50-60 años (22), 60-70 años (3), 70-80 años (1).

Sin embargo, es necesario apuntar que la soltería estuvo asociada con el ejercicio de labores ocupacionales fuera del hogar y que el contacto con los espacios públicos fue un terreno de señalamiento social, que en no pocas ocasiones conllevó a la sanción dada por la segregación en el asilo.

Uno de los aspectos más significativos respecto a la información personal que se registraba en los historiales clínicos, es que tanto en las mujeres como en los hombres no se indicaba el nivel de escolarización que habían obtenido. Por tanto, no fue posible conocer esta faceta de la población internada, con excepción de los historiales en los que se registró el ejercicio de alguna profesión. Las ocupaciones registradas se encontraron en los historiales de mujeres cuyo estado civil era la soltería, predominando entre estas: sirvienta (10) –que generalmente se registraba como “sirvienta y prostituta”– costurera (7), cocinera (4) y maestra (3). También aparecen consignados una sola vez los oficios de hostelera, tintorera, lavandera, jornalera y purera. En la mayoría de historias clínicas (123) no se registró ocupación remunerada, posiblemente porque las mujeres se desempeñaban en oficios domésticos. Estas ocupaciones estuvieron vinculadas con la reproducción de labores domésticas y “femeniles”, que coincidían con la inserción laboral de las mujeres en el país registrada en los censos de 1864, 1883 y 1892 y que se concentraba en el rubro “servicios públicos y personales”, incrementado en los últimas dos décadas del siglo XIX. Fallas y Silva (1985) muestran que en estos censos, el trabajo de las mujeres en el rubro “Servicios” se concentraba en los oficios de aplanchadora, aya, cafetera, cocinera, costurera, lavandera, molendera, panadera, sirvienta y sombrerera. Indican que para 1883 se habían abierto nuevas áreas laborales tales como hostelera, modista, preceptora y panadera. Por otra parte, Robles (1986) muestra que en estos censos la distribución ocupacional de la fuerza de trabajo agrupaba en un 90 por ciento a agricultores, jornaleros, artesanos y ocupaciones de producción y servicios desempeñados mayormente por mujeres contratadas por otra persona. Las mujeres ocupaban el 30 por ciento de la fuerza laboral en los tres registros censales, lo cual era una proporción importante dadas las condiciones de restricción social que estas vivieron durante la época. Estas labores remuneradas permitieron a muchas de ellas solventar los gastos de las familias –o incluso mantener solas a sus hijos y otros parientes– y su fuerza laboral se enmarcó fundamentalmente dentro de condiciones de trabajo asalariadas.

En el primer capítulo, Transición de siglo como experiencia catastrófica, se efectúa una incursión en el proceso de construcción cultural de las anomalías psíquicas, a partir de los discursos y prácticas médicas que iniciaron su consolidación institucional desde las políticas de reforma social liberal. El acercamiento a este proceso involucra el análisis de las representaciones médicas sobre la feminidad y la insanidad femenina durante el periodo en estudio.

El segundo capítulo, El proceso cultural de construcción de la locura, es un recorrido por la experiencia social e institucional que consolidó la configuración y delimitación de la insanidad

psíquica durante la transición al siglo XX. El primer tramo se aproxima a los escenarios intermedios –preinstitucionales– en los cuales la identificación de los comportamientos anómalos en las comunidades y familias se articuló con prácticas segregativas desde la institucionalidad pública. En los tramos siguientes se incursiona en la experiencia asilar que consolidó la intervención médico-psiquiátrica sobre las enfermedades mentales. El análisis se orienta hacia la comprensión de las explicaciones científicas respecto a los orígenes de la insania, así como al estudio de las clasificaciones nosológicas de las patologías como estructuras fijas y autónomas de origen constitucional, que permitieron delimitar las enfermedades mentales como entidades empíricamente discernibles. El tramo final del capítulo integra las prácticas curativas empleadas en el nosocomio, los tratamientos científicos de intervención sobre los cuerpos y las vidas de las internadas.

El capítulo tercero, *La correspondencia desde el asilo (1894-1902)*, abre la reflexión a partir de textos elaborados por mujeres internadas en el recinto. En la primera parte se expone la correspondencia personal escrita por mujeres que procedían de diversos contextos geográficos y sociales, con la finalidad de reconocer contenidos sobre la experiencia de internamiento y de atribución de insania psíquica. En la segunda parte se exploran las manifestaciones de conflicto en la experiencia cotidiana de las unidades familiares, dando énfasis tanto a las regulaciones sociales sobre el comportamiento doméstico y materno, como a las transgresiones y resistencias de las mujeres frente a las funciones impuestas en los espacios familiares.

En el cuarto capítulo, *El imaginario social de la insania femenina*, se analizan las representaciones sobre sanidad e insania femeninas desde textos escritos por parientes o conocidos de las mujeres. Se intenta situar la lectura abriendo el relato “popular” respecto a los trastornos a partir de la interacción doméstico-familiar. En el primer tramo se estudian las versiones masculinas acerca de la relación con el mundo de la feminidad, los conflictos originados por la incorporación de modelos genéricos dicotómicos en la interacción cotidiana y las relaciones de dominio institucionalizadas en la convivencia familiar. Seguidamente, se analizan las representaciones sobre la normalidad/insania en la feminidad y los contenidos vinculados con las declaratorias de enfermedad desde las experiencias cotidianas.

Este proyecto se efectuó gracias al apoyo financiero, administrativo y académico de la Vicerrectoría de Investigación y del Instituto de Investigaciones Sociales de la Universidad de Costa Rica. Tuve la suerte de gestar el proyecto a la par de la escucha de los compañeros del instituto, quienes nutrieron la reflexión con sus observaciones y recomendaciones. A todos ellos mi mayor agradecimiento. Asimismo, deseo manifestar mi gratitud a don Luis Rodríguez, jefe del Departamento de Estadística del Hospital Nacional Psiquiátrico, por el apoyo brindado en la búsqueda y revisión de las historias clínicas. A Iriam Salas, por la dedicación y paciencia expresadas en la edición de los avances de la investigación. A Domingo Campos, Roxana

Hidalgo, Ursula Hauser, Jessica MacDonald y Rómulo Vega, quienes amablemente me acompañaron en distintos momentos de la investigación, compartiendo solidariamente sus críticas, su sensibilidad y sus invaluable aportes.



apítulo I

*Transición de siglo
como experiencia catastrófica*

Una geografía social de temor y fragilidad

“Al horror del pasado viene a suceder un futuro regulado. El caos del presente y del próximo futuro constituye la transición.” Max Horkheimer

El 29 de abril de 1885 el presidente constitucional de la República de Costa Rica y general en jefe del Ejército, Bernardo Soto, firmó el Decreto XXXVI para la fundación de un Hospicio Nacional de Locos en el país. En el considerando del decreto se exponía la finalidad de la creación del Hospicio:

“Que el grado de cultura que ha alcanzado la República reclama la fundación de un asilo nacional de locos, que a la mayor brevedad posible, proporcione abrigo y asistencia a los dementes pobres y muy especialmente a los que vagan por los caminos sin protección de ningún género, y con peligro para la tranquilidad de los habitantes.”³

Desde el contexto finisecular decimonónico, las imágenes del tránsito peligroso de los locos por las veredas de la República aparecían articuladas con otras, que referían a su exclusión del tranquilo paisaje de la naciente cultura costarricense. Emitidas desde el Palacio Presidencial de San José, estas imágenes develaban un orden institucional emergente, cuya misión se orientó hacia la regulación de los descontroles en la geografía social. También develaban las tensiones de una experiencia en transición, en cuyas ranuras quedaban enquistadas las anomalías, los mundos subterráneos de la nación que debían ser guarecidos en espacios delimitados del resto de los habitantes. De forma subyacente, ¿cuáles eran las ansiedades y temores que debían ser protegidos?

En este capítulo se introduce la reflexión sobre los procesos involucrados en la construcción social de las anomalías psíquicas en el periodo 1890-1910. Como preámbulo para el reconocimiento de esta compleja construcción cultural, se analizan varias facetas que influyeron en el delineamiento de la insanidad física y psíquica desde la experiencia de la época: un breve acercamiento a las vivencias de amenaza vital en la vida cotidiana de la población,

3. Archivo Nacional de Costa Rica, Decreto XXXVI del 29 de abril de 1885, Serie Leyes y Decretos.

como escenario de incertidumbre social que marcó la irrupción de la modernidad decimonónica. Desde esta irrupción, se exponen las respuestas político-institucionales de regulación sobre las desviaciones/patologías sociales, a través de las prácticas sanitarias asumidas por el naciente cuerpo médico durante de la última década del siglo XIX. Seguidamente, se analizan las representaciones sobre la feminidad y los significados subyacentes al control de la naturaleza femenina en el discurso científico de la época.

La experiencia social de transición al siglo XX involucró transformaciones en los procesos de socialización instaurados en épocas precedentes al XIX tardío, en los cuales el mundo de relaciones sociales había preservado modelos de interacción asentados en la tradición. Dichas transformaciones generaron conflictos tanto en la vida social como en las experiencias individuales. Asimismo, implicaron la puesta en práctica de respuestas político-institucionales de corte liberal que orientaron nuevas formas de integración y control social. Desde estos procesos, la convivencia social fue moldeada a través de patrones de normalidad y moralidad, en un intento de armonización de tensiones subyacentes a la reforma, a través de la identificación/exclusión de irregularidades sociales.

Una de las vertientes de aproximación a los conflictos expresados desde la irrupción de la modernidad en la vida social, es estudiada por Giddens (1991) a partir del análisis del debilitamiento de las seguridades de la tradición, ocasionado por la imposición de un orden post-tradicional cimentado en la certidumbre del conocimiento racional. La imposición de rasgos institucionales de modernidad, involucró un proceso de descentramiento de las relaciones sociales precedentes, sin que ello implicara su sustitución hacia otras formas de interacción que preservaran las seguridades dadas por las condiciones locales previamente existentes. El colapso paulatino de las relaciones sociales que antecedieron el nuevo orden, suscitó condiciones de incertidumbre que traspasaron la esfera de la subjetividad. En un sentido similar, Gay (1984) explica que a lo largo del siglo XIX y principios del XX, estas transformaciones se sustentaron en la exaltación del avance del progreso y la razón que, paralelamente, desembocarían en una experiencia marcada por la inestabilidad y fragmentación en los procesos de identificación colectiva. Esta experiencia cultural permite establecer un enlace entre los procesos objetivos de transición y las derivaciones que suscitó tanto en los modelos de socialización (Lorenzer, 1973)⁴ como en el imaginario social expresado en mundos de representaciones históricamente

4. El análisis propuesto por Lorenzer (1973) sobre los procesos de socialización, se fundamenta en la premisa de que la génesis de la vivencia subjetiva tiene raíces en las condiciones objetivas de la vida social. Desde esta dialéctica, se expresan y reconocen "...las estructuras relacionales objetivamente condicionadas dentro del sujeto. No es una psicología del comportamiento, sino una teoría de la interacción. Analiza la sedimentación, en los sujetos, de formas de interacción desfiguradas." (82) Cursiva en el texto original.

construidas (Castoriadis, 1989).⁵ Así, el acercamiento a la experiencia de transición al siglo XX, involucra el lugar de la subjetividad dentro de relaciones sociales institucionalizadas y constituidas por diversas mediaciones.

Algunas de estas mediaciones pueden situarse desde el análisis de Elías (1998) respecto a los procesos de transición social, a partir de los conflictos que acontecen entre los cánones tradicionales y los nuevos cánones en ascenso —o en violenta irrupción—. Estas tensiones penetran la existencia social de forma tal que estas se revierten sobre la vida de los individuos, quienes a través de síntomas expresan los conflictos derivados de la imposición de nuevos modelos de convivencia social. En el contexto finisecular decimonónico, el debilitamiento o disolución de lazos psíquicos y simbólicos que preservaban un mundo social compartido desde relaciones extensivas, se enfrentó a un nuevo orden que segmentó la sociabilidad y exaltó la incorporación de la privacidad y la individualidad en la interacción social. Giddens (1991:188-189) explica esta segmentación en los siguientes términos: “El tiempo de vida se libera cada vez más de las referencias externas asociadas a los lazos preestablecidos con otros individuos y grupos. (...) Al faltar referentes externos proporcionados por los otros, el tiempo de vida vuelve a aparecer como una trayectoria que se refiere ante todo a los proyectos y planes del individuo.”

Sobre este proceso de fragmentación de los lazos extensivos en el contexto decimonónico costarricense, Rodríguez (2000) explica que el predominio de la endogamia geográfica en el país se sustentaba en una vida cotidiana de carácter esencialmente local. Con la expansión del capitalismo agrario y la creciente diferenciación social —que modificó las propiedades y valores comunales— la identidad comunitaria empezó a debilitarse. Este descentramiento también se expresó en los procesos de identificación social, desde los cuales se diluían sentidos asimilados previamente desde la convivencia extensiva.⁶ González (1997) analiza

5. “Así como en el “pasaje de lo somático a lo psíquico” hay emergencia de otro nivel y de otro modo de ser y nada es en tanto psíquico si no es representación; así tampoco en el “pasaje de lo natural a lo social” hay emergencia de otro nivel y de otro modo de ser y nada es en tanto histórico-social si no es significación, aprehendido por y referido a un mundo de significaciones instituido.” (305)

6. En el análisis de la crisis de los procesos de identificación en las sociedades contemporáneas, Castoriadis (1997:155-167) se refiere a dos aspectos de la construcción histórico-social de las identificaciones, que son retomados en este estudio, debido a que develan la persistencia de rasgos históricos que se están analizando. Por un lado, esta crisis hace referencia al debilitamiento o dislocación de los procesos de identificación en diversas entidades como la familia o el hábitat, entre otras. Esta fragilización implica la configuración de un sí mismo individual-social que pasa por lugares que están en crisis y que a la vez no disponen de la emergencia de una totalidad de significaciones que permitan hacerse cargo de la crisis de los apuntalamientos particulares. En segunda instancia, Castoriadis expone que esta crisis de los procesos de identificación, se expresa en la quiebra de la auto-representación de la sociedad como “morada de sentido y de valor” e inserta en una historia pasada y futura dotada de sentido. De esta manera, un “nosotros” fuertemente investido queda dislocado.

este acontecer a partir de la constitución de estructuras subjetivas del individualismo liberal, durante la segunda mitad del siglo XIX. En las sociedades modernas, la configuración de la individualidad auto-contenida, generó una intensa dislocación subjetiva y social: un sí mismo exaltado desde la autodeterminación, autodomínio y fuerza de voluntad, pero a la vez descendido de los vínculos familiares y comunitarios. Dicha dislocación derivó en lo que González expone como realidad del sí mismo vacío, desde una socialización en la cual el distanciamiento de los otros estuvo marcado por el temor a la intimidad afectiva.⁷ Desde este violento deslinde, que instituía tanto el desencuentro con el sí mismo como con los sentidos de las identificaciones extensivas, es posible reconocer las presiones subjetivas que Elías expone a partir del conflicto expresado en síntomas.⁸

Esta noción es empleada por Brückner (1974) en el estudio de los procesos de integración social que surgieron durante el siglo XIX y principios del XX. Al respecto, explica que las formas de homogeneización de la población se sostuvieron desde la incorporación de valores que legitimaron las “virtudes burguesas” y los nuevos mercados, que cuestionaron los sentimientos, valores y pensamientos tradicionales. Por otra parte, esta armonización forzada implicó el desplazamiento de formas de regulación externa –heterónomas– hacia formas interiorizadas de conciencia, asimiladas durante las experiencias de socialización. Este aspecto es central para comprender ciertas configuraciones de la conciencia moral durante la época en estudio, debido a que desde esta se cristalizan las exigencias y prohibiciones tanto sociales como biográficas, construidas en un contexto en que el control social se asentaba a partir de dispositivos de autodisciplinamiento de fuerte contenido moral. Es en estas experiencias de interiorización donde Brückner sitúa los efectos estabilizadores de la regulación

7. “Sin embargo, estas mismas carencias crearon, en la vida adulta, grandes necesidades de dependencia y sumisión pasiva a las figuras de autoridad en las que se reconocía la omnipotencia infantil frustrada. El sujeto se balanceó, pues, entre dos extremos: la actitud destructiva, omnipotente y devaluativa de sus congéneres y del otro lado, la actitud sumisa, dependiente, invalidada.” (González, 1997: 17)

8. Se retoma el planteamiento freudiano de la formación del síntoma (1926) como signo o sustitutivo de una expectativa de satisfacción de estados afectivos, resultado del proceso de represión. Este proceso excluye de la conciencia la representación reprimida y los sustitutos de la misma –disminuidos, desplazados o inhibidos– no producen placer ni satisfacción, sino que adquieren carácter compulsivo. Las nociones psicoanalíticas de síntoma y represión, establecen la relación que se instaura entre individuo y sociedad dentro de una trama social violenta y de dominio. Desde una lectura que incorpore y a la vez trascienda la comprensión de la formación de síntomas en los sujetos, este planteamiento cobra importancia en el sentido de que la conflictividad que determina su surgimiento, refiere a una tensión permanente entre la represión social y las formas inconscientes en que quedan fijadas la insatisfacción o el malestar, así como las formas sustitutivas de satisfacción. Desde esta investigación, la noción de síntoma no implica la connotación de un proceso de transgresión social o de patología individual, sino de formas de expresión de conflictos subjetivos y sociales, cuyos sentidos develan claves latentes de denuncia, que potencialmente pueden ser reapropiadas por los sujetos y la cultura.

social,⁹ así como Freud (1930: 3053) expuso el devenir de los componentes represivos que la sociedad transfiere a la conciencia individual: "...la cultura domina la peligrosa inclinación agresiva del individuo, debilitando a este, desarmándolo y haciendo vigilar por una instancia alojada en su interior, como una guarnición militar en la ciudad conquistada." La represión interiorizada tenía correlatos externos, mediatizados por las instituciones estatales, desde donde "...la llamada solución regular de los conflictos sociales han de cuidar de que la sustancia social de los conflictos desaparezca en la afirmación de la ideología del Estado social." (Brückner, 1974: 36) De esta forma, la regulación institucional de los conflictos, se orientó a través de la disciplina y racionalización de la vida social, en un intento de amortiguar las tensiones inherentes a la reforma social en ascenso.

En 1902 el Dr. Vicente Lachner publicó un artículo denominado "Higiene Pública", en el cual efectuó un recuento de las enfermedades infecciosas en la Costa Rica del siglo XIX: mal de Lázaro, viruela, cólera, fiebre amarilla, paludismo, hepatitis crónica, disentería, tosferina, influenza, escarlatina, difteria, sarampión, paperas, fiebre tifoidea y sífilis. En su descripción histórica y epidemiológica de estas enfermedades, predominaba un lenguaje que apelaba a la experiencia de lo catastrófico:

"...en 1831 apareció la viruela en Cartago y se esparció por todo Costa Rica (...) haciendo grandes estragos entre la población (...) Esta primera epidemia fué la más desastrosa que tuvimos en el siglo. (...) De todas las epidemias que asolaron al país en el transcurso de este siglo, ninguna causó, sin disputa, tanta desolación como la epidemia del cólera en los años de 1856 y 57."

La narración de este cuadro epidémico evocaba imágenes devastadoras:

"La mortandad entre nosotros fué tan espantosa, que aun hoy se recuerda el año de 1856 con horror y este año pasó a ser algo así como el origen de una nueva época cronológica: los ancianos de hoy aun enumeran los años por su distancia del "tiempo del cólera". Las defunciones se sucedían por centenares cada día; los cadáveres, y hasta enfermos todavía vivos, eran conducidos por carretas á los cementerios, donde eran sepultados en grandes zanjas hechas con ese objeto y que pronto se llenaban. La 15ª parte de la población fué destruída por el cólera..." (Lachner, 1902: 193 y 200).

9. "Por otro lado, el control social estabiliza todos los resultados de la internalización: se imponen redesplazamientos (Nachverdrängungen), se facilita el camino al contentamiento de reemplazo y la formación de síntomas, cuando y en tanto que, individualmente, el menor indicio de liberación de la persona tropieza con las sanciones del medio y fracasa." (Brückner, 1974: 20).

La interpelación a la vivencia de horror constituía un preámbulo para la introducción de medidas preventivas y curativas entre la población. La alusión a la descomposición de los cuerpos provocada por las infecciones, exponía un cuadro de invasión de la muerte que hacía perentoria la necesidad de prácticas sanitarias de protección. Ejemplo de ello eran las fotografías expuestas en la edición número nueve de la Gaceta Médica de Costa Rica en 1902, en las que se mostraban los estragos de la epidemia de viruela en el Barrio de Ipís, a través de dos personas cuyos cuerpos estaban completamente cubiertos por erupciones infectadas. De esta forma, el cuerpo social corría el mismo peligro de contaminación. Sin embargo, el significado de estas imágenes trascendía la materialidad de los cuerpos enfermos, al integrar una dimensión simbólica de la contaminación social:

“Por último, y para concluir con la notable serie de enfermedades infecciosas que han representado papel importante en nuestra patología, mencionaremos entre las de mayor trascendencia, aunque no tenga carácter epidémico, á la sífilis. (...) Por esta razón no es posible juzgar de la extensión que pudiera tener el gálico en Costa Rica al comenzar el siglo XIX; pero por los datos apuntados podemos colegir que era una enfermedad de las más comunes, puesto que siempre ha habido prostitución pública entre nosotros.” (Lachner, 1902: 196 y 197).

La presentación de la sífilis dentro de las patologías de la patria, expresaba un significado moral atribuido al contagio de las enfermedades que adquiría carácter particular, no tanto por los posibles estragos epidemiológicos, sino por la invasión de conductas licenciosas en el cuerpo social.

Desde los textos médicos de la época, la descripción de las patologías físicas estuvo fuertemente articulada con imágenes de descomposición y contagio, dadas por un peligro inminente que atentaba contra la preservación de la sociedad. Imágenes que confluían con un contexto más amplio de invasión de la muerte en distintos ámbitos de la vida cotidiana. Las poblaciones más vulnerables en sus condiciones de vida, estaban expuestas a mayores riesgos de contagio y constituyeron uno de los focos de intervención en las políticas sanitarias de la época. También eran más vulnerables a la violencia generada en la lucha por el poder político, que permitió el ascenso de los liberales. Las secuelas ocasionadas por el cólera –y descritas vivamente por el Dr. Lachner– son una ilustración de las pérdidas vividas por toda una generación. De la misma manera, las guerras, los conatos de revolución, los cuartelazos y los golpes de Estado, irrumpían en el escenario de transición de siglo, transformando la efervescencia política y la violencia en un acontecimiento de inestabilidad permanente entre la población, que se expresó también

desde los individuos.¹⁰ En los historiales clínicos del asilo¹¹ se verifica este clima de amenaza contra la vida, desde algunas de las experiencias vividas durante la campaña contra William Walker –antecedente del proyecto de construcción de la Nación– y otros acontecimientos político-militares de la época:

“...estaba en el Hospital de San Juan de Dios todavía hace 15 días por causa de un balazo que recibió el 27 de abril cuando Tomás Guardia tomó el cuartel...” (1892) “...se casó con el finado T.V. que murió en la campaña contra Walker...” (1894) “...y por única causa ella dice que debe ser el susto que tuvo cuando en la noche vinieron repentinamente a llevarse al hombre con quien vivía para servicio de la campaña.” (1898) “La trae su familiar J.J.A.P. informa que la paciente estuvo bien dedicada a sus quehaceres domésticos con eficiencia hasta marzo o abril en los días de la Revolución. Al principio no mostraba miedo a los acontecimientos políticos y caminaba por todas partes, sin precauciones. Comenzó a rezar mucho, que les fuera bien a los revolucionarios en el frente de guerra. Se preocupó mucho cuando los hombres de la familia fueron apresados.” (1903) “Su padre murió en 1894 de un balazo en un conato de revolución que hubo en Alajuela.” (1907).

Estos pasajes develan la relación existente entre los acontecimientos político-sociales y las experiencias traumáticas que estos generaron en la población. Las lesiones y muertes de los hombres de las familias, las separaciones obligatorias para combatir en el frente de guerra y la incertidumbre ocasionada por estos sucesos, se describían a través de la “nerviosidad” de las

10. Acuña (1996) sitúa el ascenso de los liberales al poder a partir de la dictadura de Tomás Guardia en 1870. Lehoucq (1996:151) explica que hasta fines del siglo XIX, el acceso al poder se logró por medio de las armas o de elecciones fraudulentas: “Fue hasta después de la dictadura de Tomás Guardia (1870-1882) que se eligió a los presidentes en comicios intensamente competitivos, en los cuales era usual el fraude e incluso la violencia. Entre 1882 y 1948, los presidentes impusieron a sus sucesores en seis diferentes ocasiones. Durante este periodo, miembros de la oposición organizaron veintitrés rebeliones contra el Gobierno, tres de las cuales triunfaron.”

11. Como historia clínica –en adelante H.C.– se denominaba al registro oficial que los directores del asilo realizaban de cada una de las personas internadas. Durante el periodo en estudio, estos registros contenían la siguiente información: Nombre, edad, estado civil, lugar de procedencia, peso, fecha y condición de ingreso, y la fecha de egreso. La condición de ingreso refería a la “certificación de pobreza de solemnidad”, que permitía la asistencia gratuita en el asilo o a la condición de “pensionista” en la cual la estadía era costeadada por familiares u otros. En relación con las actividades laborales, su registro aparece en los historiales clínicos de los hombres y de mujeres solteras. Sobre el nivel de escolaridad no se consignaba información. Además de esta información demográfica, se describía el origen del padecimiento, el diagnóstico, la estadía y –en algunos casos– el tratamiento, así como el egreso. Las historias clínicas también contenían información brindada por autoridades médicas, civiles y políticas, relacionadas básicamente con el internamiento, así como correspondencia elaborada por las personas internadas, sus familiares y conocidos.

parientes que perdían o se separaban de sus seres queridos. La inestabilidad cotidiana tenía un fuerte correlato político en los tiempos de construcción de la Nación. La seguridad de los pobladores también se estremecía desde experiencias sociales ocasionadas por fenómenos naturales en las que desaparecían personas, pueblos y geografías. Repentinamente, los seres queridos y los espacios de referencia local desaparecían, socavando o inundando las redes de relaciones sociales. Las consecuencias de estas abruptas pérdidas expresaban su eco desde la resonancia subjetiva:

“...hace 17 años a consecuencia de un susto (inundación de Cartago) se trastornó.” (1909) “...comenzó a presentar síntomas de enajenación hace veinte días, que se acentuaron el 25 de este mes con motivo de la erupción del Volcán Poás, lo que la impresionó vivamente.” (1910) “...pide que la dejen un mes más aquí mientras pasa la época de los temblores.” (1910), “Hace un año después de los temblores, estuvo ya muy trastornada...” (1911) “Después del terremoto hace un año y medio empezó a demostrar nerviosidad...” (1911).¹²

El pasaje desde el cual una mujer solicitaba estancia temporal en el asilo, mientras pasaba la época de los temblores, parecía expresar la imperiosa necesidad de resguardo y protección personal en un escenario social donde el peligro de muerte tenía diversos cauces.

El breve recorrido por una geografía social en la que se manifestaba el desvanecimiento permanente de seguridades vitales, también permite la aproximación a las formas en que el conocimiento científico empezaba a sustraer la violencia y la incertidumbre de su génesis político-social. Las experiencias traumáticas de la población, más que develar las presiones y ansiedades vividas en una vida cotidiana inestable, se establecían como ámbitos excluidos de la cotidianidad, que fueron denominados como nerviosidad o trastorno. Esta lectura quedó magistralmente consignada en las estadísticas médicas: entre los años 1891-1901 el “susto”, o “terror”, era descrito como origen de los trastornos entre 84 personas internadas en el recinto psiquiátrico –51 mujeres y 33 hombres–.

Uniformes blancos: limpieza, orden y disciplina

El estudio de los procesos de control e integración social que surgieron en el país durante la segunda mitad del siglo XIX y su articulación con el individualismo liberal, es fundamental para comprender la experiencia de incertidumbre de la época y su regulación mediante

12. Los pasajes corresponden –según orden citado– a las historias clínicas 8945, 8996, 9136, 9262, 9417, 9470, 9529, 9532, 9636 y 9637.

prácticas y discursos oficiales. Sobre estos procesos, González (1997) analiza las transformaciones sociales que acontecieron a partir de la consolidación y expansión cafetaleras. La diferenciación económica y social más marcada que durante la colonia, propició la centralización institucional del poder —estatal y eclesiástico— y su colonización en la vida cotidiana, a través de la segmentación entre el mundo público y el privado. Dicha separación estuvo orientada desde principios morales y sanitarios que invadieron tanto la esfera social como la subjetiva. Asimismo, la racionalización de la conciencia social —bajo los preceptos de orden y progreso— se asentaba desde regulaciones de carácter más simbólico y de fuerte acento moral. En este contexto, el control y la integración social orientaron la homogenización de la población no solamente desde prácticas institucionales de control civil o religioso, sino también desde la interiorización social y subjetiva de una conciencia auto-reguladora. Se podría afirmar que desde estas abruptas fragmentaciones sociales, tan intensas fueron las presiones y ansiedades vividas en la vida cotidiana, como intensos fueron los mecanismos de autocontrol de sus manifestaciones.

La institucionalización de estos procesos fue correlativa a la promulgación de las leyes liberales durante las dos últimas décadas del siglo XIX, que formaron parte de la redefinición del control estatal, al introducir principios de higienización como criterios de normalidad. Entre otras normativas, se promulgó el Reglamento de Higiene, la nueva Ley de Vagancia, la Ley de Médicos de Pueblo, la Ley de Profilaxis Venérea, el Reglamento de Prostitución y los mecanismos para “litigar como pobres”. Se creó el Instituto Nacional de Higiene y la Policía de Higiene, se inauguró el presidio en la isla San Lucas y al Penitenciaría Central en 1909. El decreto de creación del Hospicio Nacional de Locos y su inauguración en 1890, formó parte de esta extensa red de prácticas sanitarias estatales. Desde esta redefinición de las regulaciones estatales, las ciencias médicas y jurídicas ocuparon un lugar de abierta legitimación del nuevo orden, a través de la incorporación de corpus de conocimiento técnico-científico, apropiados por la élite intelectual nacional y de extranjeros radicados en el país. La oficialización de estos “saberes” se encauzó en buena parte, a través de las políticas sanitarias y desde la asimilación de sus preceptos entre la población.

El propósito regulador de estos preceptos a partir de la segunda mitad del siglo XIX, es reconocible desde las investigaciones efectuadas por Granados (1988-89) y Marín (1995). Granados explica que en las décadas que precedieron la llegada de los liberales al poder, el desarrollo económico cafetalero favoreció la exaltación del valor del trabajo en las relaciones sociales. Estos valores se transmitieron y naturalizaron mediante las prácticas educativas y la legislación de las primeras leyes de vagancia, los trabajos forzados y la beneficencia, que implicaron políticas sanitarias más estrictas como la penalización, los cordones sanitarios y el destierro. Durante las últimas décadas del XIX y principios del XX, la agudización de

las contradicciones sociales, la imposición de las relaciones salariales, el empobrecimiento y marginalización de distintos sectores de la población, empezaron a ser regulados mediante el proceso que Granados denomina como tecnificación del control social, a través de la influencia de la legislación y la terapéutica positivista europea –eugenesia, antropología criminal, darwinismo social– que se transmitía desde los discursos de los expertos y desde los diarios. Fue precisamente en esta época cuando se produjo una profunda reforma penal y médica. Marín (1995) señala que en este proceso se exacerbaban las tensiones entre las prácticas curativas tradicionales y la medicina, debido a que los principios higienistas visualizaban la tradición como un ilícito y, por tanto, acentuaron la regulación de las costumbres del pueblo a través de la centralización del oficio médico, que adquirió carácter gremial en la última década del siglo XIX. Palmer (1996) señala que el Protomedicato y la Asociación Médica creados en 1858, se convirtieron en la Facultad de Medicina en 1894. Por otra parte, el 1° de mayo de 1896 se publicó el primer ejemplar de la *Gaceta Médica de Costa Rica*, como órgano oficial de la Facultad de Medicina, Cirugía y Farmacia, creada por la Ley Orgánica del 29 de agosto de 1895.

Las reformas anteriores favorecieron la ampliación de redes institucionales/estatales encargadas del saneamiento social y la canalización de controles sobre las tensiones sociales. Sobre estos procesos institucionales de regulación a partir de la modernidad, Kleiman y otros (1997) efectúan un análisis sobre la función del Estado y las instituciones en la regulación de las personas, cuerpos y relaciones sociales desde condiciones de violencia. Las respuestas institucionales de la modernidad orientaron la canalización del sufrimiento colectivo a partir de dos procesos. Uno de ellos fue la introducción de análisis técnico-racionales, que replantearon los orígenes y significados particulares del dolor y la violencia desde lenguajes profesionales universales. De esta manera, la experiencia de daño social vivida desde la cotidianidad, fue ocultada a través discursos científicos que naturalizaron los efectos de la violencia.¹³ El segundo proceso involucró las representaciones sociales de sufrimiento asimiladas por la cultura popular y las instituciones. Estas representaciones, generadas desde un modelo político-económico desigual y excluyente, favorecieron la creación de un mercado de victimización, canalizado desde los grupos e individuos desposeídos, que permitió ocultar la génesis concreta del malestar en el entramado social. Estas orientaciones expandieron las esferas de dominio desde el

13. “Los procesos existenciales de dolor, muerte y duelo están metamorfoseados por estas racionalidades y tecnologías históricamente conformadas, las cuales muy regularmente, desatienden cómo las transformaciones que estas inducen contribuyen al sufrimiento que intentan remediar.” (Introducción, X) Las traducciones del inglés son responsabilidad de la investigadora.

imaginario liberal, que encontraba en las ciencias empíricas un vehículo legitimador de la creencia en el progreso a través del conocimiento material y técnico. Así, se creaban las condiciones necesarias para construir intersticios –ilícitos, anomalías– depositarios del malestar de la época.

En la presentación del primer ejemplar de la *Gaceta Médica de Costa Rica*, el director de la revista, Dr. César Borja escribió:

*“Según el texto y la mente de la Ley, la Facultad de Medicina es una corporación oficial docente y consultiva y á la vez un tribunal supremo con jurisdicción bien determinada y definida, obligada á ejercer **“vigilancia superior respecto de la higiene y la salubridad públicas.** (...) Así, pues, uno de los objetos de esta publicación es divulgar ciertos conocimientos útiles de higiene privada y pública y medicina general; fomentar las buenas prácticas y censurar y aun corregir, en cuanto nos sea posible, los malos hábitos y costumbres, origen de muchas enfermedades y dolencias ó causa cuando menos de la degeneración física y moral de las generaciones.”* (“Nuestro Programa”, 1896: 1-2. Destacado en el texto original).

La irrupción de un ordenamiento de carácter sanitario, veía florecer la expansión de prácticas científicas legitimadas por el Estado para la salvación del cuerpo social. Al igual que en otras latitudes, las ciencias médicas se abrían espacios de dominio, necesarios para configurarse como autoridades vigilantes del comportamiento, tal y como históricamente lo habían ejercido las autoridades eclesiásticas.¹⁴

La misión científica descrita en el programa de la revista, contenía un sentido mesiánico, perfilado en la resolución del desorden del pasado como origen de la descomposición social. Sustentados en la razón del Estado, del humanismo como virtud práctica y del desarrollo de las ciencias naturales, la confluencia entre las cosmologías estatales y científicas delineaban el embate contra el misticismo y superstición (Gay, 1977, 1993). Los cánones fundados en el predominio de la inteligencia crítica sobre la naturaleza y el hombre, se articulaban desde un lenguaje técnico-racional orientado a la disciplina social, a través de la apelación a la conciencia de los legos:

14. Cott (1978:221) ha analizado la ascensión de la función moral de la medicina, durante el siglo XIX tardío en Estados Unidos: “Los historiadores han señalado que los médicos asumieron el papel de consejeros de los ministros a finales del siglo diecinueve. (...) La nueva función de los médicos como consejeros espirituales, iluminó el camino de la autoridad moral de la religión a la ciencia durante el curso del siglo.”

“La medicina no es tan solo el arte de curar: es un conjunto de ciencias positivas, las grandes ciencias de la Naturaleza y del hombre, estudiadas en sí y en sus relaciones mutuas... (...) Ahora pues, la suprema aspiración de la Medicina es la Higiene, que es orden, método, economía y moral, en el individuo y en la familia, en la sociedad y en el pueblo...” (“Nuestro Programa”, 1896: 1-2).

La consejería médica funcionaría como apelativo de la razón frente a la ignorancia del vulgo y a la vez, interpelaría la transmisión de dispositivos simbólicos de control por medio de la asepsia y la constricción en los ámbitos público y privado.¹⁵ La intensidad en la transmisión de las prácticas de higiene como idearios de orden y moral, se expresó en varias ediciones de la *Gaceta Médica de Costa Rica* en las cuales se brindaban consejos de higiene para los niños, las mujeres embarazadas, los enfermos de sífilis, entre otros, que recomendaban reiteradamente la limpieza de los órganos genitales. El exterminio de la suciedad –ubicada de forma recurrente en las partes pudorosas– debía ser transmitido desde la más temprana infancia.¹⁶

Este proceso se alimentó, por otra parte, desde apelaciones discursivas tendientes a contraponer la razón positiva –orden, método, economía y moral– frente a la naturaleza de las pasiones y la imaginación. La referencia a la nacionalidad como imagen fundada en la contaminación del cruzamiento de razas, expresaba esta aguda segmentación y a la vez dejaba entrever la influencia del positivismo europeo entre los intelectuales y científicos residentes en el país:

“...¿de qué dependen las guerras entre nosotros, y cuál es la causa de nuestra exigua adaptación á la vida civilizada? ¿Por qué hemos sido y somos un pueblo bárbaro, incapaz de evolución y de aclimatar un alma nacional con sentido moral? (...) Según Gabineau y Perier, la ineptitud de nuestros pueblos para el progreso depende del cruzamiento de razas, como en las repúblicas hispano-americanas. Darwin y Lombroso señalan iguales causas á nuestra barbarie, y el sociólogo Spencer, en carta publicada después de su muerte y dirigida á los japoneses, recomienda á estos que en ningún caso se mezclen con razas distintas, porque de hacerlo correrían la suerte de los hispano-americanos, incapaces de progresar.”

15. “Formando la higiene de la primera Infancia parte de la higiene privada, no se puede imponer sus preceptos como los de la higiene pública; en nuestro caso tenemos que valerlos del consejo, dirigiéndonos a la razón, y tratar de vulgarizarla.” (Parreño, 1896:153)

16. “Debe asearse al niño todas las mañanas. Lavatorio de todo el cuerpo y especialmente de los órganos genitales, que deben estar muy limpios.” (“Consejos a las madres y nodrizas”, 1896: 5)

De forma igualmente explícita, sobresalía una simbología de la geografía tropical-exótica como determinante del componente instintivo-animal en las razas hispanoamericanas. Así, la naturaleza se condensaba con el atavismo innato de lo monstruoso:

“Y si el cruzamiento no es la razón de nuestra inferioridad moral é intelectual como pueblo, ¿cuál es la causa de nuestro atraso?” (...) “La zona en que nos ha tocado venir á la vida, excita las pasiones brutales... (...) He aquí que fauna tan triste para la civilización, la que produce este suelo... (...) Debido á la preponderancia de la imaginación nuestros hombres públicos desposeídos en lo general de la mentalidad positiva...” (“Discurso pronunciado por el Dr. Eduardo Zuleta en la sesión solemne de la Academia de Medicina”, 1905: 284-287).

La transculturación discursiva asumida desde la medicina oficial, presentaba una visión catastrófica y pesimista del mundo propio, asediado por la amenaza permanente del descontrol instintivo. Esta visión expresaba una experiencia de descentramiento, en tanto apelaba a un ideal de civilización inexistente en la barbarie tropical originada en el cruzamiento racial.¹⁷ Dentro de este caos, la única apelación posible para el progreso de la nación, se establecía desde el conocimiento científico inculcado entre las clases superiores. Conocimiento que fundaba su expansión a partir de la construcción de simbologías de contaminación/degeneración de los grupos inferiores. Las representaciones de suciedad y fealdad adjudicadas a los pobres y marginados de la geografía urbana, verificaban rasgos de dominio e intolerancia tan intensos, que prácticamente apelaban a su desaparición del paisaje:

*“Preciso también y aconsejar á la clase menesterosa que habita los chiribitiles y los horrorosos **chinchorros** que abandone la ciudad donde la vida es cara y el trabajo mal retribuido, para emigrar hacia los campos donde gozará de perfecta salud y encontrará en abundancia el trabajo remunerador.”* (“Informe del Sr. Elías Rojas, del Servicio de Medicina del Hospital San Juan de Dios al Presidente de la Junta de Caridad”, 1896: 76. Destacado en el texto original).

Las prácticas de vigilancia y aislamiento de los “focos contaminantes” se habían establecido en el país desde antes del siglo XIX. En la colonia existieron medidas afines respecto a los portadores de las pestes, en especial, hacia quienes padecieron el mal de Lázaro. Sin

17. *“De modo que sólo podemos hacer conjeturas sobre la cuestión de si la lepra fué importada a Costa Rica de los países vecinos, ó si ya existía entre los indios. Esto último no tendría nada de extraño, si se atiende á la debilidad constitucional de nuestros indígenas, á su género de vida y alimentación. (...) Los historiadores de lepra creen, sin embargo, que el principal propagador de ella en América ha sido el elemento africano. (...) ...así es que la introducción á Costa Rica por medio de negros ó mulatos venidos de países vecinos, es bastante probable.”* (Lachner, 1902: 190-200) Para profundizar en el análisis de los argumentos raciales en las políticas liberales del Estado costarricense, durante la transición al siglo XX, consultar Putnam (1999) “Ideología racial, práctica social y Estado liberal en Costa Rica”, *Revista de Historia*, 39, 139-186.

embargo, lo que varió sustancialmente a través de las políticas de saneamiento durante la época liberal, fue la forma en que los discursos y las prácticas científicas apelaron a la distancia y exclusión de la contaminación. Estas propuestas no interpelaban solamente los posibles peligros epidemiológicos, sino que –y quizás fundamentalmente– permitieron la introducción de discursos que patologizaban las formas de vida de sectores o grupos poblacionales considerados inferiores o defectuosos. Aquellos que fueron identificados y estigmatizados como tales –como en el pasaje anterior– pasaron a formar parte de los territorios oscuros y extraños que atentaban contra el orden y la disciplina social del progreso.¹⁸

Este complejo proceso también estuvo articulado con la consolidación del Estado liberal y la construcción del nacionalismo oficial entre las élites en el poder. En el análisis de las representaciones de nacionalidad costarricense durante el periodo en estudio, efectuadas por varios investigadores, estos coinciden en que el discurso oficial expresaba una intensa disonancia entre la unificación y la escisión.¹⁹ Ovares y otros (1993) destacan que dicho discurso operó desde sistemas axiológicos de valoración, cuya dinámica incluía y excluía seres, ideas y espacios. Lo propio y lo ajeno se definían desde la idealización de la tradición, que a la vez se perfilaba como representación escindida, debido a la inclusión de valores externos de progreso. Desde una perspectiva similar, Quesada (1998) propone que el discurso nacional expresaba frágiles fronteras entre lo propio y lo ajeno: la asimilación del modelo oligárquico de realidad e identidad nacional, configuró una representación doblemente enajenada de nacionalidad, en tanto ocultaba la dependencia de referentes externos y reprimía la existencia de diversidades internas.²⁰ Las condiciones históricas que propiciaron la construcción de estos discursos, delineaban otras formas de mediación del dominio social: un discurso “propio” que desde la lógica de su fragmentación, disgregaba violentamente dimensiones de la vida social, al institucionalizar prácticas de delimitación de geografías internas en el territorio nacional.

Desde las identificaciones colectivas se debatían procesos de integración/exclusión que agudizaron el control y estigmatización sobre personas y grupos “peligrosos”. Estas tensiones

18. En 1899 se reprodujo en la *Gaceta Médica de Costa Rica*, un artículo elaborado por el Dr. Netter, de la Facultad de Medicina de París, respecto a la profilaxis epidemiológica. En uno de los párrafos advertía: “*Nada ha cambiado en lo esencial: impedir en lo posible el acceso de individuos enfermos en las localidades más sanas, vigilando los individuos sospechosos.*” (“La Peste”, 1899: 124).

19. Ver Ovares y otros (1993); Rojas y Ovares (1995); Duncan y otros (1995); Quesada (1998).

20. Por un lado, el ocultamiento de la existencia del otro interior negaba el reconocimiento de la pluralidad de prácticas discursivas y culturales propias de otros grupos o áreas de la vida social –grupos populares, mujeres, deseo sexual o luchas de poder– y por otro, en la relación conflictiva con el poder metropolitano, el otro exterior exigía la imposición de sus discursos y proyectos como modelo universal de nación y civilización. (Quesada, 1998: 18-19).

implicaron que los componentes culturalmente contruidos y rechazados, se desplazaran hacia territorios internos amenazantes para el nuevo orden instituido. La violencia implícita en estos procesos, se relaciona con temores culturales en torno a la pérdida de control y orientación sobre los modelos de comportamiento colectivo, que generan una fuerte necesidad de aglutinamiento para preservarlos, pero que a la vez implican el establecimiento de barreras de exclusión social (Erdheim, 1995, Rohr, 1995).²¹ Asimismo, la consolidación del dominio científico-estatal permitió que la técnica y la eugenesia se instituyeran como formas de aseguramiento y autoprotección del nuevo orden, vigilando a los sectores sociales que –se argumentaba– carecían de control sobre sí mismos: “Este poder se basa en que lo extranjero puede remitir a los déficits, las fisuras y los límites de una sociedad, y a los anhelos y sueños que han quedado insatisfechos en las personas.” (Rohr: 37).

En este sentido, las representaciones de desviación social transmitidas desde el conocimiento científico, apuntaban hacia los intersticios rechazados culturalmente, a las “carencias” disciplinarias en el mercado productivo y en la convivencia social. En esta delimitación de geografías internas, también acontecía un proceso de difusión de pánicos sociales que Palmer (1994) identifica en el país desde principios del siglo XX. Efectuada desde las organizaciones estatales, esta difusión tuvo un fuerte impacto en diversos sectores sociales, en tanto apelaba a peligros que invadían la sociedad y que “... sirvió como un terreno simbólico donde coexistían muchos y bien arraigados temores y donde estaban en conflicto distintos valores sociales.” (197) Estos valores involucraban modelos de producción y de comportamiento tendientes a la racionalización y disciplina, necesarios para el capitalismo en expansión. En 1906 se publicó un artículo sobre alcoholismo que hacía explícita la relación entre ociosidad y patología. En sus deliberaciones el autor dejaba entrever el extenso umbral de identificación de transgresores a la regularidad del trabajo, así como las prácticas de represión contra los disfuncionales:

“Pocos son los países que no sufren de esta calamidad social... (...) ...pero reprimiendo y disminuyendo el considerable número de individuos que hoy se inutilizan para el trabajo, entregándose á él y perdiendo no solo la dignidad personal, sino comprometiendo notablemente su salud, y en seguida ser causa efectiva en la producción de familias degeneradas, muchos de cuyos miembros se convierten más tarde en carga pesada para la sociedad. (...) ...por severa

21. Sobre este proceso de escisión social que se incorpora en la subjetividad, Erdheim (1995: 21-22) expresa: “Así es como la representación del extraño tiende a desarrollarse en una suerte de gabinete de monstruos de lo propio punitivo. (...) Con violencia se intenta tranquilizar el miedo; uno está activo y lucha contra lo malo, pero no advierte que lo malo para nada se encuentra en el otro, sino en sí mismo.”

que sea la ley que contra el vicio de la enfermedad se dicte, los beneficios que reportará serán de un valor inapreciable, toda vez que será para redimir un crecido número de miembros, cuyas aptitudes para el trabajo, en sus formas diversas, no se aprovechan hoy, con grave perjuicio del progreso general del país.” (Parreño, 1906: 183-184).

El asentamiento de una institucionalidad moderna encargada de las políticas de saneamiento público y privado en el país, develó dos importantes componentes. La edificación de un extenso ensamblaje de regulación de las poblaciones temidas y rechazadas, se sustentaba en los discursos y prácticas oficiales que se habían adjudicado la misión de la lucha contra las pasiones y el caos a través de la razón positiva.²² Ello implicaba construir simbologías internas de barbarie y degeneración que legitimaran la intervención estatal sobre el gran escenario de los grupos contaminados. De forma correlativa, la tecnificación del control social asumida desde la medicina oficial, permitió materializar prácticas fuertemente segregativas sobre dichos grupos, a través de las cuales se establecía una delimitación de fronteras sociales, un “pulimiento de bordes”, que en su interior contenían la pugna entre diversas tensiones sociales y subjetivas (Giddens, 1991).²³

La calamidad inscrita en los contornos femeninos

Visualizados desde la experiencia social de transición al siglo XX, los procesos anteriores muestran rasgos históricos reiterativos, en relación con las representaciones y regulaciones sobre el comportamiento femenino. Un rasgo que pareció preservarse desde la colonia fue el control externo de su desenvolvimiento, tanto en condiciones de ilicitud o transgresión como en el comportamiento cotidiano. En la sentencia de la primera causa tramitada por hechicería en el país –el 28 de setiembre de 1775 en Cartago– aparece el

22. Ellenberger (1976:230) señala el culto de la razón como herencia del pensamiento de la Ilustración: “...considerada como una entidad universal y permanente, igual para todos los hombres de todas las edades y de todos los países. La razón se oponía a la ignorancia, el error, el prejuicio, la superstición, la tiranía de las pasiones y las aberraciones de la fantasía.”

23. “Como ocurre en otros procesos del desarrollo social moderno, sería equivocado entender el secuestro de la experiencia como algo envolvente y homogéneo, pues no lo es. Posee una gran complejidad interna, revela contradicciones y permite posibilidades de reapropiación. El secuestro, insistamos, no es un fenómeno que se produzca de una vez por todas y no represente un conjunto de fronteras sin fricciones. El lugar de la opresión, sus características excluyentes, comportan normalmente connotaciones de diferenciación y desigualdad jerárquicas. Las fronteras de la experiencia secuestrada son líneas de fractura, fuerzas cargadas de tensiones y débilmente controladas; o, continuando con las metáforas, son campos de batalla, a veces de carácter directamente social, pero a menudo situados dentro del terreno psicológico del yo.” (1991: 213)

uso de “casas honestas” como recurso de sanción sobre la conducta de las mujeres, según las prácticas de la época:

“El concubinato igualmente no se prueba; lo que únicamente tiene vicios de probabilidad, es que no sepan la doctrina cristiana, esto puede provenir de la mala crianza que les hayan dado sus padres, pues se ve que en ciudades más populosas, se ha experimentado en algunas este efecto, bastante pernicioso, por lo que es de sentir que se pongan en casas honestas, hasta tanto entiendan los dogmas de nuestra santa fe, o se pase oficio al párroco para que providencie su enseñanza, absolviéndolas de los delitos imputados, declarándolas libres.” (Alfaro, 1961: 75-76).

En otras causas judiciales del siglo XVIII, Lobo (1993) demuestra cómo durante la resolución de las mismas, los “depósitos en casas honorables” eran una práctica común, aun en los casos en que la mujer se presentara como demandante, tal cual ocurrió en 1723:

“Entonces regresaron los lanceros y se llevaron a Marfa del Carmen para ponerla en depósito en la casa del teniente general de Cartago, donde, además de recibir buena doctrina cristiana, debía hacer el servicio doméstico sin paga ni salario, privada de su libertad.” (28)

De esta forma, la presencia de una autoridad vigilante se articulaba con la delimitación física de las sanciones retributivas.

Hacia fines del siglo XIX, en el país y en otras latitudes, la regulación del comportamiento de las mujeres se intensificó como resultado de la restricción impuesta a su autonomía social y económica, así como por la diversificación y disonancia de interpelaciones culturales respecto a la feminidad (Prokop, 1986; Gay, 1993; González, 1997). Si bien esta restricción formó parte de una dinámica de integración más amplia, que traspasó tamices de raza, clase social y origen geográfico, también develó particularidades respecto a las construcciones simbólicas sobre la feminidad. En consonancia con la política de eugenesia social, se crearon normativas orientadas al control de comportamientos femeninos, como la Ley de Profilaxis Venérea y la Reglamentación de la Prostitución, decretada en 1906 por el Consejo Nacional de Higiene. Sobre la misma lógica de control, Mora (1993) menciona la presentación del Proyecto de Reglamentación del Servicio Doméstico en 1903. Aunque no fue aprobado, en este se proponía un registro público de las servidoras en el cual los patrones consignarían sus comportamientos, así como la presentación de un certificado médico de sanidad.

Desde prácticas menos explícitas respecto a los controles ejercidos sobre las mujeres que accedían a los espacios públicos, Mora (1993) y Rodríguez (1996) han expuesto las regulaciones

refrendadas por los patronos en los nuevos ámbitos laborales que se abrían a principios del siglo XX: "...la subordinación que experimentaba la mujer dentro del hogar, como madre, esposa o hija, también se experimentaba en su lugar de trabajo, en donde la figura paterna era asumida por el jefe o patrón, para el cual sus empleadas no eran obreras, sino "obreritas" (Mora, 1993: 73). En los documentos estudiados por Rodríguez (1996) sobre las tipógrafas josefinas, se expresaba vivazmente esta función de vigilancia moral y de "redención" de la condición femenina.²⁴

El punto de referencia común de estos procesos de regulación era la preservación de relaciones de dominio que permitieran orientar prácticas de vigilancia en los espacios públicos y privados, sobre aquellas naturalezas incapaces de ejercer dominio sobre sí mismas. En el imaginario médico, las representaciones de feminidad se articulaban desde la asociación entre cuerpo y emoción como fuentes primarias de irregularidad física y mental; como determinaciones constitucionales proclives al descontrol de los instintos. En 1904 y 1905 se publicaron artículos en los cuales los dinamismos internos del cuerpo de las mujeres, se presentaban como estados naturales de excitabilidad y desequilibrio; de desorden innato expresado en la debilidad intelectual y moral:

"Las funciones genitales de la mujer tienen en todas las etapas una influencia muy marcada en su condición moral. Con la primera aparición de los menstruos se presentan desórdenes orgánicos é intelectuales... (...) Pero después de la aparición de la menstruación; el útero se transforma en un foco de excitabilidad de intensa concentración que atrae hacia sí todas las manifestaciones de la vida. Como ha dicho el gran Van Helmont, "proper solum uterum mulien est id quod est", es decir, un ser esencialmente nervioso. La aparición de las reglas constituye una verdadera enfermedad que se manifiesta al exterior por varios actos promovidos por pereza y malestar." (Cumston, 1904: 62. Destacado en el texto original). "...Por más que la menstruación es un estado fisiológico, produce alteraciones en los órganos genitales y en las funciones generales del organismo femenino, que si bien no constituyen un verdadero estado patológico, no dejan de ser un periodo anormal de mayor vulnerabilidad, de menor resistencia orgánica, esto es, de cierta morbilidad en que la mujer puede enfermar más fácilmente." (Martínez, 1905: 12).

24. "...El fue el que tuvo el atrevimiento de publicar en *La Prensa Libre* mis primeros adefesios poéticos, y no por mala fe; sino movido por ese noble empeño de estimular á la mujer y de redimirla de su condición. (...) La mujer es digna de lástima y cariño y al mismo tiempo de protección moral; y el señor Greñas tiene para ella un alma noble que albergue estas virtudes." (155).

La distorsión de los procesos de vitalidad que discurren en el cuerpo femenino, se expresaba a través de imágenes de morbilidad o enfermedad que se gestaban en los órganos reproductores y genitales. La simbología uterina era el foco originario del debilitamiento orgánico, moral e intelectual de sus portadoras, el escenario temido de sus instintos mórbidos. Giberti (1992) señala que en los discursos médicos sobre la mujer durante el siglo XIX, el útero persistió como representación de imperfección femenina, en sentidos similares a los que existieron en momentos históricos precedentes. La medicina decimonónica nombraría, entonces, la malignidad uterina de antaño como insanidad congénita de origen orgánico. En el trasfondo de estas imágenes, subyacían contenidos vinculados con las “funciones genitales” de la mujer: la sexualidad era el componente excluido en los discursos, no así el terreno de significaciones de dominio sustentados en imágenes de feminidad como condición natural de debilitamiento moral y mental. La violenta escisión que se construía entre las representaciones de racionalidad y las fuerzas instintivas que brotaban del interior de los cuerpos femeninos, naturalizaba un falso potencial destructivo entre aquellas esencialidades gobernadas por el imperio de las pasiones brutales, que se intensificaban durante el proceso de gestación. Así, los dominios científicos establecían una representación esencialmente innata de feminidad, que traspasaba las mediaciones concretas de la condición de clase, raza o procedencia geográfica:

“Durante el embarazo el útero se convierte en un centro aun más marcado hacia el cual convergen los actos de sensibilidad general... (...) Una especie de instinto animal gobierna a la mujer en este periodo, de tal modo que las más leves causas de excitación pueden resultar desastrosas. (...) En vano la razón trata de recuperar en ellas su imperio, pues en realidad, es un monarca cuyo poder se ha hundido.” (...) “Bajo estas condiciones, el embarazo ya sea entre los ricos o entre pobres, constituye una función peligrosa que causa profundos cambios en el organismo y despierta y extrema tendencias nerviosas que todas las mujeres incuban y de aquí proceden desórdenes de las facultades intelectuales y sensoriales.” (Cumston, 1904: 63-65).

La publicación de estos discursos en la revista oficial del gremio médico costarricense, exponía la fuerte influencia de vertientes positivistas como el materialismo médico y biofísico entre los expertos nacionales. Porter (1993) ha señalado que desde estas corrientes científicas, las enfermedades fueron inscritas en el mundo real de la anatomía, la fisiología y la neurología como desequilibrios orgánicos y que esta noción cobró relevancia particular en las construcciones médicas sobre la disfuncionalidad femenina. Desde los nacientes campos de la ginecología y la psicofisiología, el sistema reproductivo y la libido femenina se establecían como campos empíricos de verificación de irregularidades y peligrosidad. Campos de dominio racional sobre la naturaleza femenina; sobre la mujer como “otro diferente y bizarro”, según

lo enuncia Porter y que Suárez (1997:142) describe con particular claridad: "...la cercanía de las mujeres a la naturaleza engendró con frecuencia hostilidad y violencia, un temor a las fuerzas desconocidas de las pulsiones, miedo con raíces eróticas y sexuales, por lo que a lo femenino se le vinculó fácilmente con lo extraño, a la magia y a la oscuridad, a las tinieblas. El "extraño misterio" femenino generó así una rápida unión a la impureza, los flujos, el parto, la sangre, la sexualidad; estos se asociaron con la mancha y con la necesidad de purificación. Una purificación urgente ante la perenne angustia del hombre por la posible venganza y aniquilación divina, una interiorización de la creencia en la necesidad del castigo para borrar la impureza con la esperanza de regresar al camino correcto, al orden."

Los significados sociales de este proceso se develaban desde representaciones fragmentadas entre la naturaleza femenina y la racionalidad masculina, pero adquirían connotaciones específicas en las imágenes polarizadas respecto a la feminidad.²⁵ Dentro de la esfera privada la sexualidad de las mujeres se transformaba en ámbito negado, que permitía preservar ideales de pureza escindidos de la sensualización y el goce. Por ello, la alusión a la existencia de pasiones carnales femeninas en dicha esfera, fue prácticamente invisibilizada por los discursos médicos, excepto en situaciones en las que el comportamiento "erótico" de las mujeres era estigmatizado como patología. Así, los temores y prejuicios respecto a la sexualidad femenina se desplazaron más abiertamente hacia mujeres que accedían a espacios públicos, mediante imágenes acosadoras y amenazantes de descontrol instintivo. De esta forma, se establecía una escisión entre componentes de emoción desterrados de la pasión y el deseo y aquellos de naturaleza sensual y perversa, excluidos de la pureza. Sobre esta escisión, las representaciones esencialistas sobre la feminidad escenificaban los contrasentidos de la razón:

"Las mujeres no raciocinan, comprenden solamente las cosas que tocan directamente el corazón. Tienen muy pocas convicciones, todo en ellas es afección²⁶ y ternera. (...) Las jóvenes van al teatro á ver la exposición de las morbideces de la sociedad actual y ahí reciben las primeras lecciones de inmoralidad y abren sus corazones á los delicados arrullos de las pasiones. (...)

25. "...la producción hegemónica de representaciones sociales de la mujer estaba obsesionada con el deslindamiento del mundo externo "sucio" y del interno "puro y limpio", lo cual si bien era una herencia intelectual del cristianismo, era inseparable, a fines del siglo XIX, de la estructura de las esferas de lo público y lo privado y de la profundización de la experiencia subjetiva." (González, 1997:155).

26. El uso de este vocablo es muy interesante, ya que contiene una doble acepción: por una parte, refiere a "afecto e inclinación" y por otra, a su significación médica, cuyo sinónimo es "enfermedad." (Diccionario Larousse (1972) Larousse-Noguer, Barcelona). La idea de la afectividad femenina se asociaba, simbólicamente, con un "estado de enfermedad".

Saturada con esta maléfica literatura, las pasiones sensuales de la mujer se acrecientan y llegan á ser peligrosas.” (Cumston, 1904: 64).

Con argumentaciones similares se publicaban en 1908 los siguientes consejos para los jóvenes:

“Sois ahora jóvenes crecidos y por este mismo hecho esperad que la provocación femenina os persiga como presa fácil de explotar. Esta provocación, sabedlo bien, está en todas partes y bajo todas formas. No tan solo la hallaréis por el día y la noche en las esquinas de las calles, la encontraréis de día bajo forma, por ejemplo, de elegantes mujeres ó pseudo obreras que parecen llevar en las manos su trabajo: pero sobre todo en los cafés de camareras, en los espectáculos, en los teatros, en los bailes públicos, cafés-conciertos, etc, como finalmente en todos los prostíbulos, que con apariencias varias pululan en nuestra capital.” (“Para nuestros hijos cuando tengan 18 años”, 1908: 160).

Tal y como se exponía, el discurso científico –masculino– se hacía eco de la creencia de que la feminidad era peligrosa en sí misma, por lo cual la vigilancia externa constituía la única vía para salvaguardar las consecuencias funestas de su descontrol. Estas representaciones se tornaban persecutorias cuando se establecía un quiebre de esta vigilancia y las mujeres contaminadas invadían los espacios públicos con fines perversos. La represión concreta y simbólica del desenvolvimiento social de las mujeres quedaba así claramente delineada desde los dominios de la ciencia.

Estas imágenes cobraban mayor intensidad en los discursos médicos acerca de la prostitución, que mostraban consonancia con las prácticas de control que se establecieron sobre esta población desde finales del siglo XIX. Marín (1994) explica que estas prácticas permitieron la aplicación de fuertes sanciones sobre las meretrices, como las condenas de trabajo gratis en reformatorios o en casas honorables para las menores de edad. También se aplicaron penas de destierro por lo menos hasta las dos primeras décadas del siglo XX. Palmer (1999) señala que desde 1900 la tendencia hacia la criminalización de la sociedad desde los aparatos judiciales y policiales, involucró a las mujeres que ejercían la prostitución así como a las trabajadoras y las mujeres pertenecientes a los sectores populares: “De repente, toda mujer con perfil trabajador o popular era una prostituta real, encubierta o potencial. Un informe de 1896 calculó que el número de ramerás josefinas era de 7.996 mujeres, cantidad que equivalía a alrededor del 80 por ciento de la población femenina de San José en aquel momento.” (Palmer, 1999: 111). De forma correlativa con esta tendencia, en los discursos médicos las representaciones del cuerpo femenino prostituido condensaron varios contenidos. Uno de ellos fue la delimitación exclusiva del ejercicio de sexualidades ilícitas entre mujeres de sectores pobres de la población, que unificaban la imagen devaluada/temida de las mujeres

públicas con las condiciones de vida de los sectores populares. Su proscripción de la sociedad decente no se suscitó solamente desde las prácticas de control sanitario, sino también desde los dispositivos simbólicos que estigmatizaban sus formas de vida y su desenvolvimiento social como desviación de los modelos de feminidad de las clases superiores.

Por otra parte, estas representaciones fueron un vehículo de mediación de temores masculinos respecto a la sensualidad y el goce en la mujer. En los textos médicos de la época, la única referencia posible y directa sobre la sexualidad femenina fue su asociación con la amenaza y la destrucción. Los placeres eran trasmutados en muerte social, en peligro para la preservación de la patria:

“Ah! pero hay también infelices, hay también lascivas, libidinosas que engolfadas en la ciénega nauseabunda del placer de la carne, hacen abstracción de sentimientos maternos, disecando en su cuerpo de brutos todo lo noble y generoso que tiene la mujer.” (Picado, 1901: 250).

Esta transmutación era representada en el cuerpo femenino prostituido, como referencia simbólica de la transmisión de la muerte²⁷ y también como referencia material de la degeneración constitucional a través del contagio de la sífilis:

“Porque a través de las entrañas de la sociedad circula un virus que va minando sordamente las generaciones, marchitándolas en lo más florido y lozano de las edades, y que amenaza las descendencias con el triste legado de la degeneración orgánica; esta enfermedad es la sífilis. Su contagio inagotable, emana como una filtración maligna de las relaciones sexuales y su virulencia es la impregnación honda é indeleble que corroe como un veneno los órganos, arruinando la vitalidad de la casta. El vehículo humano de este mortífero virus es la prostitución.” (De Céspedes, 1900: 250).

Las argumentaciones científicas sobre el origen constitucional de la contaminación femenina, también se expresó en la construcción de nosologías específicas respecto a la prostitución, como lo fue el diagnóstico “moral insanity”. En la práctica clínica esta nosografía fue consignada básicamente entre mujeres que procedían de sectores populares –nacionales

27 Sobre estas representaciones del cuerpo prostituido de la mujer a través de rituales de purificación –entre ellos, el conocimiento médico en la modernidad– ver Chacón (1992). “En la dicotomía entre la mujer sucia y la limpia queda inscrita la dicotomía entre la vida y la muerte: la mujer limpia reproduce la vida, la mujer sucia lleva a la muerte. (...) El espectro de lo sucio y lo limpio es nombrado con otros nombres desde el universo de la ciencia: lo normal y lo patológico. Dentro de este marco, la representación del acto de contagio es vinculado al concepto de suciedad.” (26 y 30).

o extranjeras— y su descripción definía conductas inmorales o perversas, que se estudiarán posteriormente. Asimismo, dichas argumentaciones fueron instrumentos de legitimación de controles simbólicos y físicos hacia las prostitutas y las enfermas venéreas, desde los cuales la demarcación del espacio y de los cuerpos infectados se transformó en práctica reglamentada:

*“Las enfermas con venéreas serán hospitalizadas o visitadas diariamente por el médico de la Inspección, en cuya puerta de su habitación se colocará un cartel con letras bien visibles que contenga la palabra **Enferma**.”* (“Reglamento de la Prostitución”, 1906: 248. Destacado en el texto original).

También se apelaba a medidas propuestas desde la antropología criminal, como el gabinete fotográfico y de antropometría, así como los retratos. La minuciosidad de los registros era sorprendente: libro de registro de las prostitutas, libro de domicilios y número de las mujeres, libro alfabético de nombres y domicilios, libro para la estadística, libro de contabilidad, boletas talonarias de remisión de enfermas al hospital. De acuerdo con Marín (1994), estos registros se empezaron a elaborar en 1864 desde las municipalidades, cuando la reglamentación de la prostitución se puso en práctica. Dentro de un contexto como este, es posible comprender la “crisis” sufrida por una joven de 15 años, quien fue remitida al asilo por la policía en 1901. En el historial clínico fue consignada como “sirvienta y prostituta”:

“Desde hace seis meses lleva vida de vagancia y de mujer de la calle. Dicen que ayer tomó unos tragos y en seguida resultó trastornada —huyendo porque la perseguían—” (H.C. 9194, San José. Destacado mío).

Durante el periodo de transición al siglo XX, las autoridades estatales impulsaron la puesta en práctica de principios higienistas a través de formas institucionales de control, que requirieron la presencia de los estratos científicos para consolidar diversas regulaciones sobre el cuerpo social. Cuerpo representado como organismo enfermo, pero que no incluía a todos los habitantes de la República. Era una representación que filtraba dominios sociales, expresados desde prácticas de saneamiento que delimitaban las fuentes de degeneración de la geografía social: el pasado y la tradición, los sectores populares y sus costumbres, la población debilitada por el cruzamiento de razas, los viciosos inadaptados a la regularidad productiva y la naturaleza femenina, fueron expuestos como protagonistas del escenario de descomposición que carcomía los ideales de progreso y orden.

En la base de esta violenta segmentación cultural, se debatían ansiedades y conflictos que intentaron sostenerse a través de una rígida homogeneización de valores y comportamientos, que implicó la construcción de fronteras internas en el seno de la sociedad. Si bien fueron diversas las poblaciones y grupos perseguidos desde estas prácticas institucionales, la situación

de las mujeres durante las últimas décadas del siglo XIX, propició una impresionante agudización de la vigilancia en torno a sus representaciones y desenvolvimiento social. Desde los textos médicos, el trasfondo de este proceso se situaría en las cosmologías científico-estatales que asumieron como propia la misión de civilizar la naturaleza indómita, la impulsividad primaria como elemento patógeno de la condición moral e intelectual. Desde este contrapunto de la razón, se fundaban dominios institucionales que naturalizaron las experiencias de violencia social impuestas sobre las feminidades “desviadas” del orden.

A large, light gray, stylized letter 'C' in a cursive font, serving as a decorative element for the chapter title.

Capítulo II

*El proceso cultural
de construcción de la locura*

Certificaciones de ingreso: identificación de las anomalías sociales

“En algún lugar, toda cultura tiene una zona imaginaria que es excluida, y es esa zona la que debemos recordar hoy.” (Cixous y Clément).

Una de las expresiones relacionadas con la exaltación del espíritu nacionalista costarricense durante el XIX tardío, fue la construcción de símbolos patrios como el Monumento a Juan Santamaría en 1890 o el Monumento Nacional en 1895 (Rojas y Ovares, 1995). La apertura oficial del Teatro Nacional en 1897 formó parte de esta simbología, que exaltaba el progreso cultural de la nación. En la misma década pero algunos años antes –el 4 de mayo de 1890– en el centro de la capital se había inaugurado un costoso edificio al que se le asignó una misión más ingrata: *“restaurar la salud á la parte más desgraciada de la sociedad; el enfermo de la razón.”* (“Informe del Presidente de la Junta de Caridad”, 1891).

Desde este extraño símbolo también se exaltaban virtudes nacionales como la piedad y la filantropía. Virtudes que en su sentido humanitario, expresaban la edificación de formas institucionales de asistencia consagradas a la curación de los enfermos pobres:

“El mérito del edificio está á vista de todos. Por su arquitectura, es uno de los que más contribuyen al ornato de la capital de la República; por su tamaño y construcción, es la obra más grande y acabada que tenemos; y por el uso a que está destinado, será una mansión cómoda, higiénica y agradable para los enfermos. Ya no serán los pobres dementes objeto de diversión para unos, de molestias para otros, y de conmiseración para la generalidad. Ya su desgracia será menos penosa, porque la mano caritativa del pueblo costarricense se ha mostrado pródiga a fin de mejorar su condición, levantando este edificio que pudiera llamar “Templo” por estar consagrado al culto de la virtud más sublime, la Caridad.” (“Informe del Presidente de la Junta de Caridad”, 1890: 8).²⁸

28. Las citas textuales de informes a la Junta de Caridad en las que no se consigna número de página, se debe a que algunos se publicaban sin numeración.

En la imagen de mansión/templo se unificaba el precepto de aislamiento físico y simbólico de los insanos desde dos vertientes: su separación de la sociedad, con el fin de evitar el contagio de las enfermedades y la dotación de condiciones institucionales que condujeran a la disciplina interna como técnica de rehabilitación del comportamiento.

Gay (1993) ha señalado que durante el siglo XIX tardío, la confluencia entre caridad y racionalidad se había asimilado socialmente como forma de conducción de una nueva sensibilidad ante el sufrimiento. Mediante el humanitarismo y la ingeniería social, dicha sensibilidad sería encauzada como “política de la decencia” que invocaba la generosidad hacia los inferiores y el tratamiento civilizado hacia las mujeres, niños, sirvientes y criminales. En nuestro contexto, la influencia de la ideología filantrópica del Estado se verifica desde el gobierno de Braulio Carrillo, en el cual se creó la legislación de beneficencia. Posteriormente, en 1845, se creó la primera Junta de Caridad. Desde estas organizaciones las prácticas filantrópicas fueron conducidas bajo la dirección de los sectores en el poder. Palmer (1999) explica que después del ataque anticlerical efectuado por los gobiernos liberales, las asociaciones y órdenes religiosas establecieron modificaciones en su relación con los sectores políticos, debido a que empezaron a recibir fondos estatales para sus instituciones. Este auspicio implicaba redefinir su misión desde las prácticas de reforma social. Por ello, en las Juntas de Caridad se preservaron puestos para el Arzobispo y el Presidente de la República, donde coincidían la beneficencia eclesiástica, la caridad pública y la filantropía oligárquica. Estas prácticas también favorecieron la presencia eclesiástica en el campo de la medicina, a través de las Juntas de Caridad y de la administración hospitalaria. De forma paralela, se fundaron sociedades de beneficencia privada en las cuales confluían representantes de poder político, económico y religioso. Un caso ilustrativo fue la sociedad “El socorro de los pobres vergonzantes”, que repartía alimentos a sectores empobrecidos. Era dirigida por doña Celina Fernández de Brealy y entre sus colaboradores estaban el obispo Juan Stork, el banquero Jaime Bennett, el señor Cleto González Viquez y la United Fruit Company (Quijano, 1939: 106) Desde distintos ángulos la caridad como virtud práctica hacia los desheredados fue mediatizada por las élites.

La administración del Hospital San Juan de Dios y posteriormente del Hospicio Nacional de Locos, fue encomendada a la Congregación de las Hermanas de la Caridad y a la Junta de Caridad de San José. Después de su inauguración, la superintendencia del Hospicio estuvo a cargo del matrimonio Large, A.E. y Silvia, quienes habían sido los primeros asistentes del Holloway Hospital en Inglaterra.²⁹ El servicio médico fue asumido durante los primeros cuatro meses por el Dr. Eduardo Pinto, y el Dr. Calnek prestó servicios de forma gratuita. El 10 de

29. En 1890 el señor Large presentó una publicación titulada “Instrucciones para el manejo de los empleados que tengan a su cuidado los pacientes del Hospicio Nacional de Locos de San José.” (Dobles, 1936).

diciembre de 1890 se nombró al Dr. Maximiliano Bansen en la medicatura y el 10 de mayo de 1891 fue designado en la superintendencia del Hospicio. El primer informe presentado por Bansen a la Junta de Caridad de San José se realizó en enero de 1892 y correspondía a la información de 1891 (“Informe del presidente de la Junta de Caridad”, 1891). Esta organización institucional mostraba una delimitación entre los ámbitos administrativo y técnico –médico y asistencial– pero la manutención y el funcionamiento del recinto dependían de la Junta de Caridad, razón por la cual el director debía presentar a esta informes anuales. Esto permitía sostener una linealidad entre las prácticas filantrópico-burocráticas y las técnico-científicas, que mostraban las formas de organización institucional respecto a la atención de los internados.

En este tramo de la investigación no se ingresa aun en el interior del asilo. El análisis se sitúa en la antesala, en un escenario intermedio entre los contextos familiares y comunitarios que paulatinamente fueron transfiriendo a las personas consideradas insanas hacia las redes burocrático-institucionales encargadas de tramitar los internamientos. La finalidad del deteni-miento en este proceso, es reconocer cómo el ingreso al nosocomio estuvo precedido por una experiencia social que había incorporado formas de identificación y exclusión de ciertas “irregularidades” individuales. A través de la objetivación de la miseria y la insanidad, así como de la naturalización del aislamiento, develados en esta experiencia, las políticas institucionales de saneamiento social se nutrieron también desde la “vulgarización” de sus prácticas reguladoras.

Los procedimientos más comunes de ingreso al Asilo requerían la presentación de una “Certificación del estado de pobreza”, documento oficial extendido por los gobernadores o los jefes políticos de las provincias. En estas certificaciones se daba fe pública del desamparo material y se solicitaba el ingreso gratuito al recinto. Era firmado por varios testigos, todos ellos hombres residentes en la zona. En el mismo documento se notificaba el “estado mental” de la persona, descrito por la autoridad responsable de la solicitud de ingreso:

Correspondencia Oficial

Señor Médico y Superintendente del Hospicio Nacional de Locos

Abril 27 de 1894

La señora M.T.G.U. es pobre de solemnidad y se encuentra en completo estado de demencia. En consecuencia remito a usted a dicha demente para que se sirva disponer lo que convenga a fin de que se admita gratis en dicho establecimiento.

El señor J.G.E. va con el objeto de dar a usted todas las explicaciones necesarias sobre la familia y enfermedad de dicha demente.

Soy de usted muy atento y seguro servidor

J. M. M. S. (H.C. 9005, Heredia).

En estas certificaciones se exponía un proceso en el cual distintos miembros de la comunidad se hacían partícipes de la identificación de comportamientos individuales “anómalos” dentro de ella. A través de la figura de autoridad estatal de la zona, esta identificación se efectuaba a partir de la asociación entre pobreza y trastorno psíquico, por lo que la utilización de acepciones médicas que definían las enfermedades mentales fue muy frecuente. Por otra parte, desde estas certificaciones se empezaba a asimilar el sutil pero violento proceso de “des-subjetivación” de la persona hacia la condición diferenciada de enfermo. En esta filigrana es posible verificar que los procesos de exclusión –simbólicos y físicos– fungieron como dispositivos de estigmatización y control sobre ciertas personas, que funcionaban de forma previa al internamiento en el asilo. La participación de los galenos en este proceso se efectuó a través de certificaciones extendidas por los médicos de pueblo o por médicos privados. En ellas se oficializaba el criterio técnico como nuevo ámbito de valoración física y psíquica a través del examen clínico. Desde este procedimiento médico era posible homogeneizar criterios descriptivos sobre la existencia de una esfera de morbilidad mental, cuya posibilidad de curación se ubicaba en la intervención institucional:

Benjamín De Céspedes y Santa Cruz
Médico de Pueblo de Heredia

Certifico haber reconocido a la Señora Doña A.M. y C., la cual en la actualidad se encuentra atacada de manía, cuya afección cerebral solo puede curarse por caso en ella de extrema pobreza, en el Manicomio Nacional. (H.C. 9455, Heredia, 1895).

Cuando las certificaciones clínicas eran efectuadas por médicos privados, la descripción de las enfermedades y la recomendación del internamiento, muestra una diferencia narrativa en relación con aquellas realizadas por los médicos de pueblo, que estaría asociada a la condición de clase de las mujeres examinadas. El ingreso de aquellas que procedían de sectores pudientes se establecía con la finalidad del cuidado especializado de su nerviosidad, no así para aislar los posibles peligros de sus enajenaciones mentales, que eran atribuidos a los internados que procedían de sectores populares. No obstante, la verificación clínica del trastorno prevaleció como criterio de recomendación para la intervención institucional:

“Volví a examinarla nuevamente con el Dr. G. y ambos consideramos que sería muy oportuno para la enferma una permanencia suficientemente larga en el Asilo Chapuí. A más de desearlo ella, circunstancia que es conveniente aprovechar para curarla, una estadía de varios meses en el Asilo sería según nuestra opinión en extremo provechosa. (...) El Asilo puede y debe aprovecharse no solo para su destino habitual, cual es aislar enajenados mentales,

sino también para cuidar enfermos nerviosos o maniáticos que sufren manía pasajera..." (H.C. 9504, San José, 1909).

El hecho de que las certificaciones de insanidad se efectuaran tanto desde los circuitos oficiales de médicos de pueblo como desde la medicina privada, mostraba un proceso de centralización administrativa en el cual el lenguaje médico fungía como criterio descriptivo y diagnóstico de las anomalías psíquicas, que permitió consolidar lo que Scull (1993) describe como medicalización de las desviaciones. En el proceso se legitimaron prácticas de institucionalización que naturalizaban el aislamiento como requerimiento para la intervención curativa. Más allá de los posibles grados de enajenación que los médicos certificaban, el encauzamiento de la aflicción y el malestar subjetivos se empezaban a dirimir desde los entramados institucionales que se consolidaban. En este encauzamiento también se expresaron las orientaciones sociales —que involucraban a las familias y comunidades— en relación con el tratamiento institucional. Esta era una experiencia compleja donde se manifestaron continuidades respecto al proceso de exclusión social de los “enfermos”, así como diversidades y conflictos en torno a las posibles soluciones curativas.

El engranaje administrativo que delegaba la referencia de las personas consideradas insanas entre las autoridades civiles, policiales y médicas, abrió un amplio margen de regulación sobre los comportamientos “irregulares” desde las comunidades. Gil (1999) ha descrito este proceso a partir de la creciente presencia de agentes civiles y eclesiásticos en los poblados del país durante segunda mitad del siglo XIX. Entre 1880-1920 creció el número de jefes políticos, policías, alcaldes, jueces, maestros y curas.³⁰ La función de estos agentes era la regulación de la población, como parte de un proceso de control social que fue asumida por los gobernantes y las autoridades locales, pero que también se asentó desde las comunidades: “No escasearon las ocasiones en que [los pobladores] solicitaban la presencia de un maestro para que instruyera a los niños en las letras; después pidieron un médico que les aliviara los malestares y, claro está, no faltó nunca la petición de vecinos de protección para sus vidas y posesiones.” (Gil, 1999: 9).

En esta tarea la medicina desempeñó una función central. Palmer (1996) señala que entre 1880-1890 se efectuó una reforma médica, que favoreció la creación del Instituto Nacional

30. Gil (1999:10-11) señala que en 1885 había en el país veinte jefes políticos, número que aumentó a 49 en 1920. En 1880 trabajaban 119 policías en las agencias de policía y en 1920 había 808 policías en todo el país, de los cuales 390 fueron ubicados en San José. Entre 1885-1920 aumentó el número de juzgados: en 1885 existían ocho y en 1910, catorce. Para 1885, existían 96 zonas donde había escuela. Por otra parte, explica que de las 117 parroquias existentes en el país en 1966, el 39 por ciento de ellas se habían fundado entre 1850-1920.

de Higiene, la Policía de Higiene, la Facultad de Medicina, Cirugía y Farmacia y la legislación de las leyes de Médicos de Pueblo y de Profilaxis Venérea. Estas reformas aceleraron la campaña de higienización social: “Era un sistema integrado, con expertos médicos, inspectores que trabajaban según criterios científicos y policías. Su creación tenía por fin vigilar la salud del organismo social e intervenir contra los individuos para mantener esa salud colectiva...” (Palmer, 1996: 112).

Desde este sistema era posible establecer castigos, así como definir estados de pobreza y delincuencia. Por otra parte, el número de galenos se incrementó, pasando de 50 en 1885 a un centenar en 1900.

Las funciones de control que adquirieron estas autoridades, unificadas con las regulaciones comunales que se instalaban de forma más o menos explícita, derivaron en diversas ocasiones en prácticas arbitrarias sobre las personas. En 1908 el director del asilo denunciaba el internamiento injustificado de una mujer por parte del Jefe Político de Paraíso. En la denuncia se argumentaba que el abuso de autoridad residía en el hecho de que la mujer no padecía de trastorno mental, por tanto, no se justificaba su internamiento:

“Nos dirigimos al Jefe Político del Paraíso acusando el hecho y este envió hoy por ella y se comprometió a levantar la información del caso a fin de castigar el abuso que se ha cometido y la grave falta de privar a una persona de su libertad sin estar trastornada.” (H.C. 9448, Cachí, 1908).

A través de la denuncia se describían los abusos que podían suscitarse en las comunidades mediante los engranajes de control existentes. Asimismo, se confirmaban los alegatos médicos respecto a la legitimidad de la privación de libertad hacia las personas consideradas insanas. De esta forma, las respuestas sociales y las prácticas médicas confluían en un proceso que naturalizaba el encierro con fines curativos.

En este sentido, hubo situaciones en las cuales la remisión al asilo fue precedida por el uso de la violencia física sobre las personas, lo cual daba cuenta de la persistencia del castigo corporal como forma de sanción desde las comunidades. Frente a estas prácticas, los médicos exponían la arbitrariedad del trato aplicado:

“...la tenían encerrada porque se desnudaba y así por un año la tenían encerrada en un cuarto oscuro...” (H.C. 9020, Río Segundo, 1894). *“...los traen maneatados y sujetos como si se tratara de animales feroces, vienen llenos de cardenales.”* (H.C. 711, Naranjo, 1905).

La “sustitución” de las penas corporales por el tratamiento humanitario y científico del asilo, justificaba los internamientos y a la vez mostraba la construcción de orientaciones sociales altamente segregativas en relación con las transgresiones al orden. A pesar de las divergencias respecto al trato que los enfermos requerían, el nexo común entre ambas sanciones seguía siendo el apremio corporal. En algunas de las situaciones expuestas, este parecía aplicarse como práctica punitiva directamente represiva y bajo los alegatos médicos era justificable como práctica de dominio sobre los desviados de la razón.

Si bien el proceso de intervención institucional se articuló con una experiencia social que paulatinamente asimilaba la diferenciación y exclusión de los “insanos” del resto de la sociedad, este no aconteció como movimiento unívoco entre toda la población. La monopolización paulatina del conocimiento científico en las políticas de saneamiento del organismo social, se enfrentaba con tradiciones curativas fuertemente arraigadas, lo cual dio origen a un terreno de tensiones expresadas desde la pugna entre diversas alternativas de asistencia para los enfermos. Palmer (1996) explica que el arraigo de la medicina tradicional en el país, se hacía patente en los textos que circulaban y se leían hacia fines del siglo XVIII y principios del XIX. Una de las primeras obras editadas en Costa Rica en 1834 fue *Medicina casera moderna o tratado popular*, del médico inglés Thomas John Graham: “El mercado para tales libros había sido preparado por los recetarios de remedios caseros, basados en las teorías humorales. (...) Aun para los letrados, consumidores de libros bastante caros, la curación empezaba en la casa, aunque a veces tenían que buscar ayuda fuera de su hogar.” (93) Uno de los puntos claves de la tensión que se dirimía entre la medicina tradicional y la oficial, en relación con la asistencia de los enfermos de la razón, era la permanencia de estos en las familias y comunidades, que permitieran la asistencia mediante prácticas tradicionales y devocionales o la intervención especializada de los expertos a través de la segregación física en el asilo.

Para los directores del recinto, la ausencia de intervención especializada desde la institución, inevitablemente conducía a un peligroso deterioro de los enfermos. En el informe a la Junta de Caridad de 1902, el Dr. Teodoro Prestinary lo exponía de la siguiente manera:

“Sin embargo, hay aun muchos que miran con horror esta institución, que prefieren encerrar los enfermos en sus casas, perdiendo así el tiempo precioso en que se puede hacer algo por ellos y que no se resuelven a traerlos al Asilo, sino hasta que han agotado todos los remedios caseros y se han convencido de que su enfermo, en vez de mejorar, empeora cada día...”

Desde los primeros años de funcionamiento del asilo, los directores habían esgrimido que la ignorancia y la incredulidad populares respecto a la intervención de los facultativos, así como las prácticas tradicionales de curación, eran una imprudencia que agudizaba los padecimientos:

“La sacaron hoy para ensayar remedios de curandero!” (H.C. 8966, San José, 1892). *“...hoy sale bastante mejorada pero contra mi voluntad, se la lleva la madre (...) ...quieren cumplir una promesa en los Angeles de Cartago y es casi seguro que eso la va de nuevo a descomponer completamente.”* (H.C. 9058, 1895).

Esta desvalorización de los imaginarios no científicos, no evitó que para algunos sectores de la población, el arraigo de las tradiciones medicinales y devocionales como recursos cotidianos de enfrentamiento a diversos problemas, prevaleciera sobre el convencimiento respecto al poder curativo de la ciencia. Por otra parte, estos recursos garantizaban cierto control familiar sobre el destino de sus parientes.

Contrariamente, la desvalorización científica de las creencias religiosas y los conocimientos curativos tradicionales arraigadas entre los pobladores, se exponía desde argumentaciones que proponían la separación del enfermo de su contexto de relaciones vitales y su “sustitución” mediante la asistencia institucional. Así, el “enfermo” de la familia y la comunidad pasaba a ser el trastornado del médico y del manicomio; quien padecía pasaba a ser receptor o portador de la enfermedad. La persecución de las prácticas curativas tradicionales, así como la resistencia hacia la intervención de la medicina científica, se expresaría desde la experiencia de una de las mujeres internadas. El médico atribuía un aparente estado de trastorno al hecho de que la mujer se oponía a consumir medicamentos. Sin embargo, la medicación parecía representar para ella un posible atentado contra su vida y su sabiduría curativa:

“Era curandera hasta últimamente estaba curando toda clase de gente. Hace un año se puso pálida y se hinchó todo el cuerpo y desde ese tiempo se notó falta de sentido porque al mejorarse de la hinchazón, no quiso tomar más medicinas, diciendo que el médico tenía orden de matar á todas las viejas.” (H.C. 9097, Palmares, 1897).

Pese al arraigo de la tradición curativa popular, la consolidación de la medicina desde las prácticas de saneamiento, favoreció un proceso de asimilación social sobre los posibles beneficios de la asistencia científica. Este proceso involucró al menos dos dimensiones que propiciaron el desplazamiento de los “insanos” hacia la institución psiquiátrica. Una de ellas refería a la legitimidad que empezaba a adquirir el conocimiento y el humanitarismo médico, que reorientaron las expectativas de curación a través del internamiento supervisado por especialistas. Por otra parte, esta reorientación verificaba el desprendimiento paulatino que las familias y comunidades efectuaban en relación con la asistencia de los enfermos, que implicaba una experiencia de objetivación de los padecimientos, cuyos portadores debían separarse del resto de la sociedad:

“Es gracia que solicitamos del magnánimo corazón de usted en la seguridad de que seremos favorecidos por ella, obteniendo, además, la cura completa de la enferma en breve tiempo, si se la sujeta al tratamiento científico del Asilo Chapuí.” (H.C. 9485, Heredia, 1901). *“Según consta de la adjunta certificación expedida por el Dr. Don J.M.S. mi madre, Sra. R.P.A. de R. se encuentra enferma hasta el punto de hacerse indispensable su internación en el Asilo que usted dirige, para lograr si fuese posible su curación radical.”* (H.C. 9636, San José, 1911).

En el acontecer anterior, se hacía palpable la manifestación de diversas tensiones sociales generadas por el nuevo ordenamiento social. Tensiones inmersas en un contexto que atravesaba rupturas en los referentes relacionales y simbólicos, que implicaron amenazas permanentes en distintas esferas de la vida. Lira y Patrón (1990) explican que en las sociedades que atraviesan esta experiencia, la interacción social y las estructuras psíquicas se fragilizan, debido a que se instalan desde la vivencia del miedo, ante la cual surgen formas de protección subjetivas y colectivas, generalmente encauzadas desde mecanismos de olvido y exclusión. El decurso de estos mecanismos también se relaciona con las formas sociales de asimilación del dominio y, por ende, con el control sobre las transgresiones al orden establecido. Desde esta perspectiva, se hace más comprensible la confluencia paulatina que adquirieron los lenguajes y prácticas médicas oficiales y las respuestas sociales vinculadas con la estigmatización y aislamiento de los insanos.

Los principios y prácticas higienistas tendían a orientar –forzosamente– patrones de normalidad y sanidad, con la finalidad de regular los conflictos que estallaban desde la interacción social. Desde dicha regulación se hacía indispensable imponer connotaciones de irregularidad sobre poblaciones e individuos, que legitimaran la medicalización de las desviaciones. Este dominio se nutrió desde los márgenes de control de las transgresiones sociales, que hicieron posible la exclusión simbólica y física de los “grupos peligrosos”, lo que a la vez favoreció la autonomización de las desviaciones desde la construcción de imágenes de enfermedad mental en los individuos. La exaltación permanente de la individualidad auto-contenida, creaba así un terreno propicio para la condena de los descontentos sociales y subjetivos.

Este proceso también permitió generalizar el pánico social en torno a la posible “adquisición” de insania, en el sentido de que muchas transgresiones eran percibidas como enfermedad que se sancionaba. La práctica médica fortalecería estos temores, mediante la concepción de la insania como condición autónoma de desequilibrio individual, determinada por dinanismos de carácter orgánico. Sin embargo, esta “democratización” del posible contagio de las patologías mentales, se encontraba mediada fundamentalmente por el estigma de irregularidad moral y mental atribuido a los sectores populares. La asimilación social de los pánicos –del

miedo al contagio de los trastornos— permitió el fortalecimiento de la creencia popular en la asistencia humanitaria y científica de la medicina, que hacía perentoria la curación/intervención sobre los desórdenes individuales. Dicha asimilación constituyó una faceta indispensable para la legitimación social del aislamiento intramuros, que se aceleró y consolidó con la edificación del manicomio.

La anamnesis como descripción empírico-natural del origen de los padecimientos

Cuando una persona era ingresada al Hospicio Nacional de Locos³¹ generalmente iba acompañada por un pariente o por un conocido de la familia, quien llevaba la remisión correspondiente. En otras ocasiones la documentación era entregada por la policía o enviada por alguna autoridad médica o civil. Además de efectuar los trámites de ingreso, los acompañantes brindaban información al director del recinto sobre el desarrollo de los trastornos. Sobre la base de estos datos los directores construían la anamnesis de los pacientes, que era una narración acerca de los antecedentes del trastorno, una historia de la enfermedad que se construía a partir de la versión de terceros, sin incluir el relato del internado sobre su situación personal y familiar. Esta exclusión del relato personal desde la voz propia, llevaba implícita la presunción de que el enfermo carecía de posibilidades de discernimiento de los conflictos que lo aquejaban, en tanto se encontraba en estado de enajenación. La historia de la enfermedad era, entonces, la descripción temporal de signos patológicos, que no contemplaba las condiciones de regulación social sobre los comportamientos transgresores, como tampoco las condiciones histórico-biográficas involucradas en los padecimientos de los internados. Los contenidos de sus malestares se perdían en el camino de acceso exclusivo a la patología psíquica.

No obstante, los relatos anamnésticos constituyen una de las principales fuentes de registro sobre las representaciones de enfermedad mental construidas en el contexto de transición al siglo XX. Muestran la confluencia —relativamente unívoca— que existió entre las versiones populares y las explicaciones médicas acerca del desarrollo de los padecimientos entre las mujeres de la época. Por otra parte, la descripción temporal de los antecedentes de las enfermedades, permite adentrarse en las experiencias sociales, subjetivas y corporales vividas por las mujeres antes de ser internadas en el asilo. La principal finalidad de este tramo es

31. Hasta 1897 el manicomio nacional se denominó Hospicio Nacional de Locos. El 26 de abril de ese año la Junta de Caridad de San José dispuso la adopción del nombre Asilo Chapuí, para rendir homenaje al Presbítero Manuel A. Chapuí y Torres (1710-1783) quien había donado los terrenos de Mata Redonda en los cuales se construyó el asilo. A la vez se aprobó el Reglamento del Asilo Chapuí, que sobrevivió sin modificaciones importantes hasta la década de 1950. (González, 1979).

precisamente el develamiento de estas experiencias, acontecidas tanto en la esfera doméstica como en la pública. Vivencias violentas y traumáticas, así como también transgresoras dentro de un contexto cultural intensamente intolerante respecto a las manifestaciones de resistencia y autonomía de las mujeres, cuyos contenidos fueron rechazados y mitificados como desórdenes individuales originarios. A través de estas manifestaciones de malestar, también se intenta comprender la relación existente entre las condiciones histórico-sociales de represión y dominio de la época y las implicaciones subjetivas que estas tuvieron entre mujeres que vivieron la experiencia de segregación social desde el encierro intramuros.

Los cuerpos cifraban las huellas de la violencia

En los relatos anamnésicos, el cuerpo femenino aparece reiteradamente como representación material asociada con trastornos psíquicos. Desde los constantes malestares físicos que aquejaban a las pacientes —entre estos, los padecimientos ginecológicos y los asociados con los contagios venéreos— transitando por los embarazos, partos, lactancias y abortos; hasta las experiencias de abuso físico y sexual, así como por las desfloraciones deshonorosas y la huida de los “seductores”, las imágenes corporales fueron delineadas como reservorios de enfermedad, como referencia empírica de la alteración de los nervios. Desde el cuerpo sufriente que desconocía el placer y hacía de este un santuario para los más sublimes ideales femeninos —fueran estos la maternidad prolífica o la castidad sacralizada de los conventos— o desde el cuerpo pasional en su naturaleza mórbida, el sustrato biológico aparecía como campo de dominio de la clínica médica. Empero, la corporeidad también fue un terreno de mediación de descontentos subjetivos, originados en las relaciones familiares y de pareja: en los padeceres corporales de las mujeres también se inscribían experiencias que expresaban tensiones, disonancias e intersticios de resistencia —oposición— respecto al sufrimiento y la pasividad inculcados desde la socialización femenina decimonónica. Los contenidos de estas experiencias eran casi totalmente cifrados desde el registro corporal, como sello no verbalizado de denuncia frente a los atropellos y la violencia cotidiana.

Los controles sobre el cuerpo formaron parte de los nuevos dominios científicos y de las políticas de regulación institucional durante el XIX tardío. Las representaciones médicas sobre la corporalidad femenina, situaban su naturaleza como un ámbito de desorden y vulnerabilidad, incompatible con los cánones de racionalidad de la época. La regulación de los cuerpos también involucró la vigilancia de la sexualidad, que se filtró a través de rígidos preceptos morales. Cott (1978) explica que la asociación entre sexualidad femenina y moralidad se encauzó mediante la idealización del comportamiento de las mujeres desde las esferas morales y espirituales. La dominación concomitante giraba en torno a la desexualización del deseo y la negación de las pasiones carnales en la feminidad.

En el contexto costarricense, esta regulación se situaría a partir de las transformaciones que acontecieron alrededor de los valores sobre la sexualidad femenina. Según González (1997) el dominio sobre los cuerpos de las mujeres se cristalizó como consecuencia de la creación de una sociedad de clases asentada en la expansión cafetalera. Los procesos de integración y cohesión desplegados en la época, crearon las condiciones necesarias para descentrar la sexualidad prematrimonial de la vida comunitaria, a partir de la asimilación de sentimientos de pudor y vergüenza. Con el despliegue del mundo público las sexualidades se inscribieron en el terreno de lo privado y lo privado en el terreno de lo oculto. Esta intensa modificación de escenarios y valores de interacción, tuvo como corolario la construcción de representaciones vinculadas con la pureza femenina. Las rígidas regulaciones morales impuestas al comportamiento sexual femenino, implicaban la interiorización de una autoconciencia respecto a las sexualidades lícitas e ilícitas, como vía necesaria para preservar el comportamiento privado de las mujeres en los márgenes de la esfera espiritual. Sin embargo, en las experiencias cotidianas la preservación de este ideal fue constantemente cuestionado, a través de transgresiones a la sexualidad permitida y mediante la violencia familiar y comunal sobre las mujeres, que develó otras transgresiones a la moral sexual de la época. En ambas situaciones la corporalidad femenina fue un escenario de conflictos, que en momentos críticos de expresión fueron descritos como trastornos mentales.

En los historiales clínicos de mujeres que vivían en relaciones matrimoniales, la maternidad prolífica aparece como uno de los cauces de regulación de los cuerpos femeninos. Regulación que implicaba un proceso de naturalización de las funciones femeninas, entre las cuales la experiencia de procreación se establecía como derivación de una esencialidad innata, gestora de hijos durante el transcurso de sus vidas. La centralidad adjudicada a la maternidad desde las experiencias de socialización de las mujeres, definía un fuerte modelo de identidad y funcionalidad en la interacción familiar, especialmente desde el vínculo matrimonial: la madre aseguraba la creación y continuidad de los lazos familiares. Paralelamente, la maternidad constituía una esfera de aseguramiento del potencial masculino para la procreación y la garantía de su descendencia. Desde estas funciones culturalmente impuestas, la sexualidad de las mujeres se encauzaba a través de la procreación, estableciendo un ámbito de dominio que denegaba las posibilidades femeninas de apropiación de sus cuerpos, que podía interiorizarse como impedimento para el goce de la sensualidad y –paradójicamente– de la maternidad. Era un dominio que se ejercía a través del silenciamiento de la sexualidad precedente a los embarazos en las relaciones de pareja, cuya experiencia podía involucrar diversos componentes implícitos de violencia. Cuando la maternidad prolífica se interrumpía como consecuencia de abortos, de muertes prematuras de los infantes o por dificultades en el maternizaje de los niños, los médicos asociaron la procreación fallida con la manifestación de trastornos psíquicos: los cuerpos fallidos expresaban que la naturaleza femenina había adquirido formas irregulares.

En algunos historiales, el contagio venéreo de los esposos fue descrito como desencadenante de una larga experiencia de padecimientos físicos, abortos o muertes prematuras de los hijos. Contagios que develaban peligros reales en los lechos conyugales, así como infidelidades que fracturaban las imágenes idílicas del matrimonio, cuyas consecuencias fueron expuestas desde los cuerpos dolientes de las esposas. A pesar de estos padecimientos, la corporalidad debía fungir como instrumento de gestación a través de partos recurrentes, que también conllevaban a experiencias consecutivas de muerte de los recién nacidos:

“Hace seis años se casó, hay un niño vivo, uno murió de cuatro meses y uno nació muerto. El esposo padeció sífilis que fue adquirida tres años antes de casarse, él cree y con razón, que su esposa fue contagiada por él. Poco tiempo de casada, ataques. En ese tiempo también padecía de la matriz (fuertes dolores, flujos blancos y sanguinolentos, gonorreicos?), inflamación del vientre. Ha sido tratada por infinidad de médicos que le hicieron un curetaje en el Hospital San Juan de Dios. Cree el esposo que a consecuencia de todos estos padecimientos y de la infinidad de narcóticos (morfina, etc.) que le han suministrado y de los sufrimientos que ha tenido, que se ha llegado a poner en ese estado.” (H.C. 9273, Zapote, 1903). “E. fue sana hasta la edad de 16 años que se casó con R.G. Tuvo un parto feliz y después de este fue contagiada por su esposo, que había adquirido una sífilis. A consecuencia de esto tuvo varios abortos. Después de enviudar de G. contrajo segundas nupcias con J.H.F. de quien ha tenido dos hijos que murieron en temprana edad después de haber tenido dos abortos.” (H.C. 9297, San José, 1904).

En el pasaje que enumera la infinidad de tratamientos ginecológicos efectuados después del contagio venéreo del esposo, se escenificaba una experiencia aterrorizante para la mujer: el acceso a la sexualidad marital había implicado un contagio, una invasión destructiva del cuerpo que había derivado en enfermedades que no encontraban cura. Aun así, se imponía la misión procreadora, la gestación de vida que desembocaba en fallecimientos recurrentes de los recién nacidos. La gestación se transformaba en muerte. La madre que no había sanado su cuerpo, tampoco había reparado la desgarradora experiencia de la pérdida de sus hijos; vivía en medio de gestaciones/muertes no resueltas que llevaron al límite de su resistencia emocional y física. En el segundo pasaje, el lazo matrimonial como escenario precursor de los padecimientos de la esposa, no solamente se expresó desde las muertes ocasionadas por el contagio venéreo del marido, sino también por el fallecimiento del cónyuge. Esta experiencia de pérdidas no resueltas, se reprodujo en el segundo matrimonio, a través de los abortos y los hijos fallecidos. La muerte y la violencia rondaban la maternidad, tenían orígenes concretos en la imposición de la procreación prolífica, no siempre posible –y probablemente no

siempre deseada— desde sus cuerpos contagiados y enfermos. La violencia implicaba que estas experiencias se ocultaran en aras del ideal materno, hasta que los duelos no resueltos estallaban desde la corporalidad interna. Asimismo, en los padecimientos desencadenados a partir de sexualidades que enfermaban el cuerpo, subyacían conflictos en la intimidad marital, que constantemente se agudizaban, cuando se reiniciaba el ciclo “natural” de la reproducción.

Mediante otros relatos, la aparición de los trastornos fue directamente asociada con el puerperio. Es necesario recordar que en el discurso médico la gestación era visualizada como periodo particularmente peligroso, debido a la aparente intensificación de condiciones propicias para el desequilibrio mental. Según esta concepción, el puerperio fue descrito como precursor de estados de insania: las dificultades de las madres para ser nutricias a través de la lactancia y las aflicciones expresadas a raíz de las muertes de los hijos, se exponían como manifestaciones de trastornos, no así como derivaciones subjetivas ante las experiencias de pérdida:

“Casada hace 23 años. Ha tenido doce partos, cinco hijos vivos, siete mueren de eclamsia infantil a temprana edad. Hace como diez años estando amamantando un niño se trastornó por la primera vez (...) Hace tres años se trastornó por segunda vez por las mismas circunstancias (amamantaba un niño). Ahora hace cuatro meses que se trastornó por tercera vez (también daba de pecho a un niño). Causa: puerperio, herencia.” (H.C. 9425, 1907).

La mujer que se menciona en el pasaje tenía 44 años, parió doce veces y había vivido la muerte de siete hijos. En su experiencia materna había más muertes que vidas y por encima de ello debía preservar su función nutricia en cada gestación. A sus 44 años aún seguía pariendo, pese a que desde diez años antes se estaba expresando un síntoma elocuente: su capacidad de nutrir se estaba quebrando, debido a que a través de ella se expresaban conflictos no resueltos. La lactancia fallida como consecuencia de las pérdidas recurrentes de sus hijos, condensaba la escena de esta ruptura interna en la maternidad, en la feminidad interpelada por el imperativo cultural de la dotación de vida como tarea interminable y dolorosa.

Esta faceta de las experiencias femeninas de la época, que transcurrían su existencia pariendo desde el sufrimiento y no desde el goce —como estipulaba la ética cristiana de la maternidad— también se manifestó en otro relato clínico. En él, la mujer, de 38 años, atribuía la muerte de sus hijos a un desequilibrio de su naturaleza interna:

“Hace ocho años se trastornó por primera vez, poco tiempo después de un parto, cuando murió el recién nacido que era sietemesino. (...) Curó y por dos veces más volvió a presentar el mismo cuadro, siempre después de la muerte

de alguno de los hijos. Ahora se trastorna por la cuarta vez, principió hace cinco meses después de la muerte de la última niñita: se acusa de haber sido la causante de esa muerte. (...) "Causa: histerismo, puerperio, sufrimientos morales." (H.C. 9530, 1910).

La pérdida de los hijos enunciaba una "condición fallida" en su corporalidad, una disfunción que se imponía como propia. La madre que se acusaba de la muerte de su última hija, develaba los efectos subjetivos que podía tener la gestación transmutada en pérdida y constantemente vivificada en cada hijo fallecido. El impedimento de reparar estas experiencias, expresaba, a su vez, la violencia social que traspasaba la intimidad de las mujeres en el ámbito conyugal. La función de esposa se articulaba con la función materna y, más allá de las pérdidas vividas en cada gestación, las significaciones de procreación prolífica en la maternidad –interiorizadas desde la socialización femenina– persistían, atropellando los conflictos internos que ello provocaba en las madres.

Siempre dentro de la convivencia matrimonial, se describieron experiencias de muerte de los esposos en las cercanías de los partos, como desencadenantes de los trastornos. Con ello la experiencia de gestación quedaba nuevamente atravesada por los duelos:

"Se casó buena y a los cinco años de casada mataron al marido y lo llevaron donde ella muerto y ella a las 24 horas dió a luz el cuarto hijo de su primer marido, y se trastornó por segunda vez..." (H.C. 9129, San Juan, 1898) "Hace un año, estando ella convaleciente de un parto murió el marido, siendo esta la causa que se trastornara por segunda vez. (...) Causa: sufrimientos morales y aniquilada." (H.C. 9236, Heredia, 1901).

El dolor se situaba como origen de los padecimientos, no así como expresión de condiciones traumáticas manifiestas desde los cuerpos gestantes de mujeres que constantemente se enfrentaban a muertes reales o simbólicas, que develaban experiencias subjetivamente insostenibles. Desde ese ámbito de conflicto, las madres manifestaban las implicaciones internas de una experiencia social en la cual el dominio sobre los cuerpos femeninos había naturalizado la regulación de las vidas íntimas de las mujeres desde la maternidad prolífica y los duelos no resueltos que esta función imponía.

No obstante, desde el registro de la dolencia física y emocional también se expresaban otras implicaciones respecto a estas experiencias, que eran institucionalmente silenciadas. En la reiteración de los "cuadros" descritos por los médicos, se aprecia que los malestares de estas mujeres muchas veces precedían la dolencia física o se manifestaban a través de esta. En el ámbito de la convivencia matrimonial, se escenificaban conflictos que atravesaban directamente los

cuerpos, sexualidades y gestaciones de las mujeres, que impedían el goce del bienestar subjetivo. Por ello, mediante “los cuadros” también se exponían las derivaciones de esta denegación en sus vidas íntimas, como registros no verbalizados acerca de sus necesidades y potenciales en sus relaciones cotidianas. La corporeidad se instituía como vía directa de desciframiento, no solamente de las pérdidas y rupturas en la maternidad y en la relación de pareja, sino también como búsqueda de límites frente a ideales y situaciones insostenibles desde la interioridad. Uno de estos límites se expresó reiteradamente a través de los duelos no resueltos. Para los médicos, los duelos eran un signo de manifestación de los trastornos, pero desde la experiencia de estas mujeres eran la expresión de un lugar de legitimidad de su pena y sus necesidades en momentos de intensa conflictividad. Sus cuerpos se recubrían de signos que delataban que la dotación de vida propia y para otros requería, ante todo, una legitimación interna que sostuviera alguna circularidad o sentido en el entorno inmediato de relaciones.

Fue en la esfera premarital donde los registros anamnésicos describieron, de forma menos silenciosa, los contenidos vinculados con las experiencias subjetivas de las mujeres en las relaciones familiares y de pareja, que involucraron directamente el registro corporal y la sexualidad. Los compromisos de noviazgo, las relaciones fortuitas de pareja, los engaños de los “seductores” y la “entrega de la honra”, fueron acontecimientos que redundaron en embarazos y posteriores abandonos de los compañeros. Más allá de la posición social o la residencia geográfica de las mujeres, estas experiencias fueron traspasadas, en la mayoría de relatos, por la dimensión de la honorabilidad perdida desde la feminidad. Siendo el honor uno de los principales ligámenes de identidad en la interacción social y familiar de la época, la transgresión a su normativa podía implicar la pérdida de los vínculos con el entorno vital inmediato.³² En este sentido, las sexualidades ilegítimas que se evidenciaron a través de los embarazos extramaritales, incidieron en un desencadenamiento de conflictos. Además de la furia de las familias y comunidades “decentes”, la vergüenza impuesta o incorporada en las mujeres, se posó como marca que devino en crisis.

Desde los relatos médicos, la valoración moral del comportamiento de mujeres que vivieron estas experiencias, se hacía evidente a través de las descripciones sobre la ilicitud sexual y la deshonor que esta conllevaba. La concepción médica sobre la sexualidad femenina se hilvanaba desde una vertiente común, que refería a su naturaleza impulsiva y voluble, incapaz de

32. Sobre el honor en la vida cotidiana de la Costa Rica del siglo XIX, ver González (1997): “Por tanto, en nuestra aproximación, perder total o parcialmente el honor era la experiencia de ya no pertenecer más a una familia, a un grupo; esto significaba, también no tener ya un pasado en el cual reconocerse o un futuro en el cual visualizarse. (...) En una sociedad donde los límites entre el individuo y su medio social no están demarcados del todo, la pérdida de pertenencia era, a la vez, una falta de identidad, o, si se quiere, de “mismidad.” (225-226).

autocontención aun dentro del marco de la vigilancia familiar. Las descripciones en las cuales se narra su vulnerabilidad ante las artimañas de hombres “seductores”, son una ilustración de esta visión sobre la aparente debilidad de la naturaleza femenina. Asimismo, la deshonra expresaba un fallo en los controles externos –especialmente de la autoridad paterna y masculina– sobre la impulsividad sexual de sus mujeres, que manchaba también la honorabilidad familiar. Desde esta lectura, los galenos tendían a sesgar los relatos, según la condición de clase social de las mujeres. En los casos de aquellas que procedían de sectores pudientes, las descripciones sobre las ilicitudes sexuales se efectuaban con sumo cuidado, evitando las referencias explícitas sobre las experiencias pasionales subyacentes en los relatos. Así, se daba énfasis a las implicaciones familiares derivadas de las transgresiones sexuales de las mujeres. El castigo por la deshonra familiar desembocaba en la expulsión de la casa paterna, en un destino incierto a merced de los seductores o de otros parientes, que quebraba el entretejido de pertenencia física y emocional, cuyos resultados podían ser catastróficos para las transgresoras:

“Por la buena posición social del padre trataron de educarla bien, pero a pesar de esto, entregó ella su “honra” a un sirviente de la casa. (...) Las mujeres de la casa eran también excesivamente religiosas y cuando M. tuvo a su hijo con el sirviente de la casa, hubiera sido necesario que un médico alienista hubiera atendido su estado mental y fue un error gravísimo haberla casado con ese sirviente. Casada ya con él y retirada de la familia fue la vida de ella una enfermedad crónica llena de sufrimientos y el estado de trastorno fue agravándose paulatinamente y ella, separada de su familia, buscaba alivio en el alcohol.” (H.C. 9170, Heredia, 1899). *“Se educó con esmero. Después de algunos años de noviazgo con un individuo este la engañó y la sedujo. Salió embarazada y abortó á los seis meses. Fue arrojada de la casa paterna y vivió maritalmente algunos meses con dicho individuo pero este se cansó y la abandonó, pasó a vivir con la abuela y allí empezó (hace cinco meses) a dar muestras de un desequilibrio mental.”* (H.C. 9730, San José, 1913).

A través de estos pasajes se desliza la visión secular de los médicos, en relación con el acceso a la educación como experiencia disciplinaria que favorecería la interiorización de patrones morales y éticos de comportamiento. De forma contrapuesta a las mujeres marginales que eran portadoras de moral insanity por carecer de educación, las señoritas con buena posición social habrían incorporado los modelos burgueses de comportamiento femenino a través de la educación esmerada. Cuando la ilicitud sexual evidenciaba la ruptura de dichos modelos, los médicos indicaban el inicio de estados de trastorno que se desencadenaban como resultado de la reacción familiar ante la deshonra protagonizada por las señoritas. Sin embargo, no establecían que dichos estados fueran los signos precursores de comportamientos determinados por la pérdida de sentimientos morales o éticos, como sí se atribuía a los estados de *moral insanity*.

En este contexto las transgresiones sexuales eran crudamente castigadas, implicaban la expulsión, la mancha denigratoria de su condición moral y mental, así como la imposibilidad de reparar el daño ocasionado a las familias. Como experiencia subjetiva no solo implicaba el estigma de la vergüenza, sino también la dolorosa asociación entre sexualidad y destrucción. Destrucción vivida ante el arrebato de la pertenencia familiar y más aun, ante el abandono de los “seductores”, lo cual confirmaba un castigo. La experiencia de la sexualidad ilícita condensaba así traiciones y abandonos reiterados, destierros sociales y emocionales que fueron los precursores de los quebrantos internos de las transgresoras a la moral sexual de las familias de la burguesía.

Desde este proceso también se evidenciaban las formas particulares en que la burguesía ponía en práctica fuertes dispositivos de control sobre las vidas íntimas de las mujeres desde el interior de sus familias. Operaba como regulación menos mediatizada por las miradas externas –institucionales– y se fundaba en estrategias de interiorización de modelos de comportamiento desde la individualidad enmarcada en una rígida moralización: la incorporación de valores de decencia implicaba una autorregulación transmitida por la educación esmerada. Empero, en los pasajes anteriores se exponen algunas de las disonancias producidas por esta regulación a través de la socialización de las mujeres. La educación privilegiada y la excesiva espiritualización de estas mujeres, se imponían como distancia frente a la dimensión del deseo y el goce, que se instituía como faceta intensamente amenazante y rechazada de la feminidad. Cuando entra en escena la mujer transgresora que rompe el ícono virginal, se develan no solamente las tensiones producidas por los controles incorporados en la burguesía, sino también los quiebres que podían suscitarse en los modelos generacionales de feminidad: ante la beatitud y pasividad de las madres, tías y abuelas, desde las cuales se denegaba –o silenciaba– el acceso al goce, irrumpía la mujer joven que desenmascaraba la falsedad de un ideal de feminidad de sacrificio y represión subjetiva.

En los relatos sobre mujeres que procedían de sectores populares, la descripción de sexualidades ilícitas y la relación con su condición moral, fue más explícitamente narrada y patologizada por los alienistas. Debido a experiencias de vida que habían implicado la deambulación, la mendicidad, el trabajo fuera del hogar o el ejercicio de la prostitución, muchas de ellas habían accedido a diversos espacios públicos. Su desenvolvimiento en el mundo popular –considerado corrupto y sucio– era visualizado como transgresión a los modelos femeninos de decencia, que involucraban el cuestionamiento de su condición moral. Los médicos asociaron esta condición fallida con prácticas sexuales no reguladas y, de esta forma, la atribución de inmoralidad innata se vinculaba con la indagación directa de la honorabilidad en sus comportamientos:

“Ha sido honrada, pero el padre no sabe más que desde tres meses se ha suspendido la menstruación. Ha vagado por las calles.” (H.C. 9148, La Uruca, 1898).

“Huérfana desde la infancia, tuvo que ganarse la vida muy temprano como sirvienta. Su conducta fue relativamente buena, pues aunque tuvo dos hijos que murieron pequeñitos, nunca se prostituyó.” (H.C. 9348, Heredia, 1905).

Desde el discurso médico el planteamiento valorativo de la condición moral de estas mujeres, confluía en el tema del honor femenino como terreno de preservación o ruptura de la pureza corporal. Si bien la sospecha de sus capacidades éticas mediaba las descripciones, la castidad establecía la honradez y limpieza preservadas. Desde esta visión, la mujer que había vagado por las calles conservaría su honorabilidad en tanto no se confirmara un embarazo producido por la ilicitud sexual. La sirvienta, en cambio, habría manchado su honor al ser madre soltera, aunque no había sucumbido en la perversión moral atribuida a la prostitución. Es así como es posible visualizar diferencias en la operación de las estrategias de control sobre los cuerpos y sexualidades de las mujeres. Quienes procedían de sectores populares estaban más expuestas a la vigilancia institucional que estigmatizaba sus comportamientos públicos, atribuyéndoles la ruptura de la capacidad ética para la preservación de los estándares de feminidad “normalizada”. Sin embargo, la reacción familiar ante su acceso a los espacios públicos y a la sexualidad fuera del matrimonio, no muestra la misma intensificación de sanciones que se imponía a las jóvenes de la burguesía: podía atribuírseles la falta de prudencia a sus comportamientos, pero ello no necesariamente implicaba la expulsión de la familia. De esta forma –como se puede apreciar en el primer pasaje– la indagación y descripción de la condición moral se deslizaba desde el interrogatorio médico, que conducía un testimonio enmarcado en los valores del saber normativo de la psiquiatría.

Siguiendo el trazo de este entramado de dominio, se encontraron historiales clínicos en los cuales aparecen relatos sobre abusos sexuales como experiencia existente en las familias y comunidades.³³ En los siguientes pasajes la violencia social se plasma a través de los embarazos de dos jóvenes solteras, como consecuencia de experiencias previas de abuso sexual. El descubrimiento de los embarazos establecía el desencadenamiento de conflictos o escándalos en las familias, sin embargo, la agresión sexual vivida previamente tendía a ser ocultada a través del silencio o distorsionada mediante el desplazamiento de la responsabilidad de aquella en las jóvenes. En el relato médico las experiencias de abuso vividas por una de las jóvenes, aparecen como datos para descubrir al hombre involucrado en el embarazo, más que como fuente de denuncia respecto al atropello:

33. En relación con el tema de la violencia sobre los cuerpos-sexualidades femeninas en el país, durante los siglos XVIII y XIX, consultar Lobo (1993) y Rodríguez (1994).

“...está embarazada, aparentemente de 7 meses, ella declara que ha tenido que ver con su tío P.P. y este en seguida se fue a Las Cañas. 13.11.95 ...hoy dió a luz un niño que no se encuentra bien desarrollado (...) ...ella había antes de declarado que su tío P.P. debe ser el padre del chiquillo ahora confiesa que primero fue el propio padre de ella R.C. que tuvo que ver con ella y por eso se enojó la madre mucho, después fué el dueño de la Taquilla del Garabito que primero le regaló unos confites y en seguida la llevó adentro, después también el tío P. y por último el tío R.P. todos le hicieron eso. 2.3.98 Muere de disentería. Manía a causa de herencia y epilepsia.” (H.C. 9034, San Mateo, 1895).

En las frases “ha tenido que ver” y “todos le hicieron eso” se evidenciaba la limitación del alienista para describir explícitamente la violencia sexual que se expresaba en el relato. El uso neutralizado de las frases silenciaba las condiciones de hostilidad y desprotección desde las cuales acontecieron las agresiones y, además, plasmaba dudas sobre el comportamiento de la joven que “había tenido que ver” con varios hombres. Pese a este silenciamiento o distorsión de la experiencia, la narración muestra agresiones sexuales recurrentes que involucraban a varios miembros de la familia y la comunidad. El incesto efectuado por el padre y los tíos exponía las condiciones extremas de violencia física y emocional a que podían ser sometidas las mujeres en la “privacidad” de las familias, así como los dominios sociales que legitimaban el uso del cuerpo de las mujeres. La violencia implícita en este dominio se asentaba en la naturalización de la invasión del cuerpo y la intimidad femenina por parte de los hombres, cuya masculinidad involucraba un aseguramiento de poder a través de la virilidad sexual. Esta violencia naturalizada –y por tanto legitimada– aconteció desde una complicidad que parecía perpetuar la cadena de agresión, hasta que el embarazo evidenció el protagonismo de figuras masculinas en el atropello vivido por la joven. Sin embargo, esta evidencia también fue silenciada: la mujer invadida y violentada aparecía, entonces, como protagonista única de la trama, como depositaria de las responsabilidades y consecuencias del incesto. En última instancia, como la mujer trastornada. La descripción médica confirmaría este terrible alegato: la causa del trastorno era atribuida exclusivamente a la herencia y la epilepsia, borrando así toda referencia a los orígenes sociales del sufrimiento de la joven.

El silenciamiento social de los abusos sexuales podía tomar otro rumbo. La confirmación del embarazo de las jóvenes abusadas, implicaba que el entorno inmediato asociara la castidad mancillada con la pérdida del honor. De esta forma, el castigo resarcitorio de la vergüenza se desplazaba hacia las mujeres:

“Ella era Hija de María y mui hermosa, tenía muchos novios y al fin tuvo el chiquito (ya finado) de un primo hermano que fué concertado en la casa llamado

N.Z., ahora concertado en San José dicen que él mismo declaró que le había dado càntavides. El ataque histérico-epiléptico fue causado por un gran susto que recibió de su padre que vino à darle palos por haber tenido un hijo, se huyó del padre escondiéndose. El padre estaba ebrio.” (H.C. 9133, San José, 1895. Subrayado en el texto original).

A pesar de que el relato exponía la responsabilidad del pariente en la violación y la concertación policiaca de este por el hecho cometido, la ira del padre no se cernía sobre el responsable del acto de violencia, sino sobre la marca vergonzante instalada en la hija. La furia paterna se situaba en la deshonor de su nombre y su familia, imponiendo así un cuestionamiento sobre el comportamiento “ilícito” de la hija. Los desenlaces finales de ambas experiencias fueron trágicos: la muerte de una de las jóvenes, que dejaba un niño “que no estaba bien desarrollado”, el fallecimiento del niño nacido como consecuencia de la violación y el estigma de locura histérico-epiléptica de su progenitora. Así, el correlato común de esta trama de dominio se hilvanaba desde la violencia social que legitimó –a través del silencio– los atropellos sexuales, desplazando la responsabilidad de estos en las mujeres. Su culpabilización implícita permitía ocultar los orígenes “privados” de las vejaciones y, a la vez, naturalizar la invasión de los cuerpos femeninos. La violencia extrema expresada en los relatos, incluía el accionar de la institución psiquiátrica, que tradujo las consecuencias de los atropellos en enunciados clínicos de carácter patológico, no así en la comprensión de las implicaciones subjetivas de las agresiones.

La división decimonónica entre la esfera privada y la pública implicó una fuerte regulación de las relaciones genéricas establecidas en ambos espacios (Smith-Rosenberg, 1975), que se intensificó a partir de la inserción laboral de las mujeres en oficios fuera del hogar. Supuso mayor amplitud en la interacción genérica y, por tanto, la activación de mayores controles en torno al comportamiento público de las mujeres trabajadoras. Por tanto, estas regulaciones no implicaron una ruptura con la sospecha social sobre la honorabilidad de las mujeres que accedían al ámbito público, como tampoco una “desnaturalización” del uso del poder masculino hacia las trabajadoras, desde el acoso sexual. En el pasaje siguiente se expone una situación de abuso de autoridad hacia un grupo de maestras, efectuado a través de la intimidación sexualizada:

“Hace un año dice su padre que siendo ella maestra en Agua Caliente y D.A. Presidente de la Junta de Educación allá, este le dió a ella unos tragos y la perseguía mucho, como lo hace con muchas maestras, en seguida se trastornó.” (H.C. 9130, Cartago, 1898).

Como se aprecia, la esfera laboral pública no estuvo exenta de experiencias de violencia genérica, en cuyo trasfondo se reproducían las condiciones de dominio necesarias para

desplazar las consecuencias de los atropellos hacia las feminidades violentadas: la joven maestra aparecía como depositaria de la experiencia a través de su "trastorno".

El malestar de las pobres de solemnidad fue hecho anomalía de la precariedad

De forma concordante con la misión encomendada al Hospicio Nacional de Locos respecto a la asistencia de los dementes pobres, la mayor parte de las mujeres internadas en el recinto procedían de sectores populares. Desde los relatos anamnésicos se hacía evidente que en sus condiciones de vida atravesaban penurias económicas, tanto desde la convivencia matrimonial o extramarital, como desde aquellas que vivían en la casa familiar. Estas carencias materiales muchas veces fueron solventadas por el trabajo remunerado efectuado por mujeres que desempeñaron oficios fuera de la casa, necesarios para la subsistencia. Las situaciones de incertidumbre material se conjugaron con experiencias de maltrato físico, pérdidas frecuentes de seres queridos y abandonos que intensificaron las tensiones vividas por muchas de ellas.³⁴

Dichas tensiones, producidas por la precariedad económica, la violencia y el trabajo en diversas faenas, fueron expuestas por los galenos como factores precipitantes de los trastornos. La construcción médica de un corpus sintomático vinculado con la precariedad económica, no solamente suprimía los márgenes de comprensión de la pobreza como acontecer social, sino también ocultaba situaciones en las que el ideal cultural de las familias como ámbitos de autosuficiencia material y emocional mostraba otras realidades. La vida cotidiana de muchas mujeres que procedían de sectores populares, estaba envuelta en conflictos que se intensificaban cuando además de enfrentar la carencia material, experimentaban la ruptura de vínculos de interacción o de pertenencia familiar y local:

"Ella por los últimos treinta años de su vida ha sufrido mucho, sufrimientos morales causados en la familia y siempre ha sido muy trabajadora, últimamente por excesivo trabajo y mucha necesidad que sufrió parece ser la causa de su trastorno antes de trastornarse lavaba ropa y rodaba de una casa a otra en ese tiempo sufrió bastantes veces hambre. No abusó [del] licor ni café, viene en extremo flaca." (H.C. 9017, Heredia, 1894). "Entregada hoy por la policía de Aserrí que la recogió en aquel pueblo, donde vivía en una casita completamente sola. Parece que el marido M.P. la había dejado abandonada en la mayor miseria y se había marchado sin que

34. Entre las demandas de divorcio eclesiástico y civil planteadas por las esposas durante los siglos XVIII y XIX, Cerdas (1992) y Rodríguez (1995,1996) han señalado una importante incidencia de causales relacionadas con el maltrato físico y moral, así como la ausencia de provisión material para la subsistencia familiar, lo cual demuestra la frecuencia que estas situaciones tuvieron entre familias de diverso origen social y geográfico.

nadie sepa nada de él. Ella pasaba mil trabajos alimentándose sola de plátanos verdes y otras frutas. Hace dos meses que à causa de los sufrimientos y aniquilamiento se trastornó." (H.C. 9220, Aserri, 1902).

Desde la clínica médica, la asociación entre sufrimiento moral y aniquilamiento físico no era fortuita, debido a que en las explicaciones causales de los trastornos se rastreaban signos constitucionales degenerativos. Por tanto, las manifestaciones de aflicción se articulaban con precipitantes empíricos mediante los cuales se intentaba verificar el origen del padecimiento. Sin embargo, los relatos develaban que las experiencias generadoras de tensiones en las mujeres se encontraban estrechamente vinculadas con situaciones de desprotección y abandono, acontecidas en los entornos familiares inmediatos. Si bien estas experiencias también podían formar parte de la vida cotidiana de muchas mujeres que procedían de sectores acomodados, la vulnerabilidad frente a condiciones de violencia en los sectores populares era aun mayor.³⁵ Desde estas experiencias, el sufrimiento coexistía en sus vidas cotidianas, como resultado de las injusticias impuestas en su desenvolvimiento social. En los siguientes pasajes se exponen las tensiones vividas desde las relaciones de pareja y las incongruencias de una lógica de dominio asentada en el debilitamiento de los lazos de protección extensivos:

"Huyendo anduvo tres días perdida en la montaña. Hace cinco meses se vino a pie hasta la casa de su madre y hace cuatro que el marido, después de haberla llevado, la despachó con su propio caballo separándose por completo de ella." (H.C. 9199, Heredia, 1901). *"La enferma se trastornó después de haber sido muy maltratada por el hombre con quien vivía y que la iba a echar al río lo que impidieron los vecinos. Causa: sufrimientos morales del hombre con quien vivió y de quien tenía familia y hambre y herencia."* (H.C. 9047, Paso de la Vaca, 1895). *"Oct.4.95. Refiere la enferma que su marido no la asiste que la maltrata mucho y dicen que el marido la obliga siempre a emborracharse junto con él así declara el padre de ella. 3.11.95. Hoy vino el marido casi lleno*

35. La narración de estas formas de violencia se registró fundamentalmente en los historiales clínicos de las mujeres pobres. Sin embargo, se encontraron algunos historiales en los que hubo pequeñas descripciones sobre abandonos vividos por mujeres de familias acomodadas. Entre ellas aparece la experiencia de una joven maestra expulsada de la casa paterna: *"Madre padeció de "nervios" y murió de tuberculosis, abuelo paterno murió trastornado, tía materna murió de demencia senil. Padre sano, "pero tiene sus genialidades" (como expulsar a una de las hijas de la casa sin motivos suficientes). Una hermana, C. está en el Asilo y otra fue prostituida. Sana e inteligente, fue maestra durante diez años. (...) Causa: herencia."* (H.C. 9504, San José, 1909). Debido a que la herencia degenerativa fue expuesta como causa exclusiva del trastorno de la joven, la consideración de otros factores asociados con la trama familiar se exponían de forma colateral y cuidadosamente descritos. Por ejemplo, el abandono, que fue consignado como consecuencia de las "genialidades" del padre, no se vinculó con el posible sufrimiento moral que pudo provocar en la hija. En este sentido, la aflicción derivada de situaciones familiares conflictivas, se expuso más abiertamente entre mujeres que procedían de sectores populares.

de licor demandando ver a su esposa. 1.1.96. Ha venido el padre rogando de no entregarla al marido que es borracho y así ha llegado varias veces a preguntar por ella.” (H.C. 9048, Santo Domingo, 1895).

La incorporación de la pena era así culturalmente impuesta en las experiencias de muchas mujeres. Se originaba desde condiciones reales de violencia e injusticia, pero se ocultaba tras el imaginario de la feminidad doliente, que permitía naturalizar el sufrimiento, sacralizándolo como ideal. Cuando la violencia vivida traspasaba los márgenes de la convivencia familiar, develándose en el escenario social inmediato, la aflicción manifiesta en las mujeres pasaba a ser inscrita en los umbrales de la patología.

Los médicos también describieron el “sufrimiento moral” ocasionado por las separaciones o muertes de los seres queridos, como precipitantes de los trastornos entre las mujeres internadas. La vivencia de muerte –por motivos políticos, socio-naturales o por contagios epidemiológicos– formó parte de la incertidumbre de la época, cuyos efectos subjetivos se agudizaban ante los fallecimientos naturales de figuras significativas en la convivencia familiar, como los hijos, padres –en especial la madre– o las hermanas, que originaron penas y duelos que minaban el desenvolvimiento habitual de las mujeres. Eran experiencias envolventes, que cerraban el mundo vital, quizás como intento subjetivo para la preservación de la integridad interna. Este quiebre del comportamiento cotidiano, estos pesares prolongados que trastocaban las responsabilidades domésticas, se inscribieron externamente como una “desnaturalización” de los duelos, transformando la pena en signo de trastorno mental:

“Hace cuatro años empezó con una tristeza y llorar sin fundamento cuando se casó una hermana y cuando su hermana tuvo su primer hijo en un parto difícil y el mismo día murió una prima-hermana, desde ese día empezó L. con ataques (histéricos?) de corazón falta de aire y diciendo que se muere...” (H.C. 9030, 1895), “...hace como dos años que se murió la madre... (...) Al cabo del año de la muerte de su madre no quiso comer todo el día y lloraba mucho y al día siguiente empezó a ser suspensa del sentido.” (H.C. 9035, San José, 1895). “... y muy pronto empezó a entristecerse, llorando mucho y durmiendo poco, en esos días murió la madre y eso agravó la situación, dando ya síntomas claros de enajenación mental...” (H.C. 9840, Tibás, 1913).

El registro de experiencias de violencia que atravesaron las mujeres ingresadas al recinto psiquiátrico era mucho más amplio.³⁶ Sin embargo, se han expuesto aquellas que expresaron

36. Al respecto, habría que mencionar otras violencias que aparecen en los historiales clínicos: los despojamientos de las herencias y las pérdidas de bienes, los noviazgos no aceptados, los conflictos maritales o parentales entre las familias adineradas, los actos fuertemente punitivos de las familias sobre las mujeres que transgredían la esfera doméstica.

cómo las condiciones sociales de pobreza derivaron en situaciones de vulnerabilidad e incertidumbre dentro de las familias, que intensificaron las presiones en la convivencia cotidiana de las mujeres. Dichas tensiones se manifestaron a través de padecimientos físicos y aflicciones internas, que permitieron construir representaciones de dolor como modelo cultural de regulación del malestar entre las mujeres: la pena y la impotencia se incorporaban como dimensión reguladora de posibles estallidos subjetivos de descontento. La clínica médica establecía la génesis del sufrimiento moral en la precariedad material de los pobres, en sus condiciones “naturales” de vida, que incubaban y precipitaban la aparición de los trastornos.

Pese a estas condiciones culturales e institucionales, los relatos anamnésicos también exponen las herramientas utilizadas por las mujeres que vivieron en condiciones de miseria y soledad, para sobrevivir o preservar sus vidas. El trabajo inestable, agotador y mal pagado, así como la búsqueda de alimentación básica en situaciones de absoluta carencia material, develaban componentes de fortaleza, necesarios para sobrevivir en el desamparo familiar. El alejamiento de las experiencias de maltrato y la búsqueda de protección en las comunidades o en las familias de origen, expresaban el valor para procurarse condiciones mínimas de bienestar y la resistencia a ser sometidas a la violencia por parte de sus compañeros. Estos componentes permiten desmitificar los rasgos de pasividad y minusvalía que el discurso psiquiátrico atribuía a las mujeres pobres, así como el carácter inmanente que se adscribía al sufrimiento en la femineidad. Aun en situaciones de extrema necesidad material y emocional, se expresaban fortalezas que les permitían a estas mujeres no sucumbir en un distanciamiento personal respecto al futuro de sus vidas.

Las “mujeres públicas”: persecución del desamparo social

El abandono social vivido por mujeres que carecieron de referentes familiares cercanos antes de ser internadas en el asilo, fue otra de las dimensiones de violencia que aparecen registradas en los relatos anamnésicos. A través de ellos, la marginalidad y estigmatización de las mujeres solas –que vivieron en orfandad, mendicidad, alcoholismo, servidumbre o prostitución– arrojadas a la supervivencia en los espacios públicos, se constituyeron en foco de persecución social e institucional. Detrás de esta persecución subsistía un engranaje cultural que apelaba a los códigos morales del comportamiento femenino desde la domesticidad familiar, como garantía para la vigilancia de sus actos. Las mujeres “de lo público” transgredían estos códigos valorativos, representaban las figuras de las mujeres malévolas carentes de moralidad, que las conducía al irrespeto de los comportamientos decentes y a la entrega de sus desafueros instintivos. Se requería, entonces, su vigilancia reglamentada y punitiva.

En los siguientes relatos se expondrán experiencias de mujeres que vivieron en condiciones de desamparo social, así como las respuestas sociales e institucionales que situaron estas

experiencias como uno de los principales focos de limpieza moral de la época. El tránsito transgresor por las vías públicas, el comportamiento escandaloso y la sospecha de participación en sexualidades ilícitas, fueron violentamente sancionados bajo diversos argumentos de índole valorativa. Debido a sus condiciones de vulnerabilidad social, la intervención institucional fue claramente represiva y en este sentido la práctica médica facilitó la sanción moral, describiendo sus condiciones de vida desde nociones de perversidad o insanidad individual.

Una de las descripciones que ilustra con mayor claridad este proceso, es el de una joven de 14 años oriunda de Atenas. Desde este relato se expresa cómo las repuestas institucionales frente al abandono, reprodujeron condiciones de violencia social, a través de alegatos técnicos que denigraron las experiencias vividas por la muchacha, mediante la estigmatización de su comportamiento desde la adjudicación de características irregulares innatas:

“R. se ha creado en el Hospicio de Huérfanos. La madre en su trastorno la dejaba abandonada en la casa y pasaba hambres la infeliz. El Agente de Policía la envió por eso al Hospicio a la edad de seis años. Hace dos años que salió del Hospicio y empezó a rodar de casa en casa como sirvienta y prostituirse. En un pleito que tuvo con otra mujer por celos la llevaron a la Casa de Reclusión. Considerándola trastornada el doctor T. la remitió hoy al Asilo. No presenta síntomas marcados de enagenación mental definida, aunque sí algunos de moral insanity. Julio 10 de 1909. Observada durante todo un mes se ha probado que R. no padece de enagenación mental es simplemente una pervertida moralmente, careciendo de educación. Además ha presentado síntomas de sífilis secundaria.” (H.C. 9487, San José, 1909. Destacado mío).

La sutileza de la violencia técnica se expresa a través de la descripción aparentemente inocua de rasgos estigmatizadores que “marcaron” la vida de la joven: la huérfana sustituía a la niña, la sirvienta a la trabajadora y la prostituta-prisionera-perversa a la mujer marginada y violentada reiteradamente. Entre considerarla trastornada o moralmente pervertida no se establecía una diferencia radical en la imputación de estigma de desviada. La atribución médica de perversión moral permitía establecer con mayor veracidad el origen de su aparente descomposición, descrita a través de la ausencia de educación y de la degeneración constitucional manifiesta en la prostitución, cuyos efectos secundarios aparecían desde la sífilis secundaria. Quedaba así borrado el registro del abandono y de los atropellos institucionales que condenaron su experiencia de vida. Estas prácticas punitivas fueron indispensables para la institucionalización de los marginados: el desplazamiento del castigo corporal hacia estrategias de cautela física que contenían regulaciones y violencias más simbólicas, ocultas tras los lenguajes científicos. Las nuevas segregaciones se habrían aplicado desde las comunidades de origen y, posteriormente, la segregación intramuros ponía en función las

estrategias técnicas que legitimaban la intervención sobre las transgresoras. Este pasaje del castigo corporal al encierro tecnificado es analizado por Foucault (1976) como poder configurativo desarrollado en las sociedades modernas, cuyos dominios se asientan en las estrategias de vigilancia externa simbólicamente disfrazadas.

En otros relatos las prácticas punitivas confirmaban la condena hacia comportamientos “anómicos” en la dinámica de funcionalidad social: la vagancia, la mendicidad o el alcoholismo transgredían, por ejemplo, la disciplina impuesta desde el trabajo doméstico de las mujeres. Los niveles de tolerancia frente a estos desacatos topaban con límites estrictos, particularmente cuando los comportamientos se tornaban “hostiles o escandalosos”. Estos límites sociales mostraron que el encierro institucional se ejerció con la finalidad de imponer castigos segregativos a las irreverentes:

“...remitida por el señor Gobernador de la Provincia sin información ni ropa ni acompañada de su madre, dicen que estuvo en el Hospital de la Profilaxis Venérea y ahí la entregan a la policía por creerla trastornada, porque no la podían dominar. Resulta aquí que no tiene señal de Trastorno Mental, pero a pedimento del señor Ministro de Policía quedará cuatro días en observación...” (H.C. 9071, Alajuelita, 1896. Destacado mío). *“Viene del Hospicio de Incurables donde siempre trata de fugarse y anda pidiendo limosna para comprar licor y tabaco y después de abusar de esos venenos se descomponen y tiene ataques de excitación.”* (H.C. 9063, San José, 1896).

Puede apreciarse que los actos transgresores de la decencia social eran fuertemente intolerados y las sanciones concomitantes requerían no solamente de argumentaciones técnicas para justificar la rehabilitación/normalización de los comportamientos, sino también involucraban alegatos disciplinarios esbozados por autoridades civiles y políticas que eran refrendados por los médicos.

La vigilancia y persecución social de las mujeres solas también involucraba a las trabajadoras domésticas y, por supuesto, a las prostitutas.³⁷ En 1892 y 1902 se describían de la siguiente manera los abusos y maltratos que vivieron mujeres de la servidumbre:

37. Una gran parte de mujeres que vivían solas o en casas de los patronos, eran jóvenes oriundas de zonas rurales que llegaban a San José para trabajar en la servidumbre. También aparecen registros de inmigrantes extranjeras que vinieron al país a trabajar con familias adineradas. Entre ellas varias inmigrantes jamaquinas residentes en Limón, quienes habían sido enviadas previamente a la reclusión de la provincia por diversas faltas, antes de ser remitidas al asilo.

“Hace dos meses llegó del [espacio en blanco] llorando cada noche a su casa estaba [espacio en blanco] en casa de J. de D.P. que en los últimos dos años ya tres sirvientas de esta casa han salido trastornadas dicen por el mal trato.” (H.C. 8965, Heredia, 1892). “Parece que hace como uno y medio año entró a servir en una casa donde fue seducida por el hijo de la casa, saliendo embarazada. Ella se afligió mucho y un día después de haber dado a luz, a consecuencia de una cólera se trastornó.” (H.C. 9253, Moravia, 1902).

Debido a que durante la época en estudio, el oficio de sirvienta era socialmente considerado “corrupto” (Marín, 1994) la desvalorización social hacia estas trabajadoras era muy similar a la adjudicada sobre la prostitución: mujeres de dudosa reputación, moralmente cuestionadas por irrumpir en escenarios sociales no regulados desde la vigilancia familiar. Aunque en los pasajes anteriores los médicos no cuestionaban directamente la condición moral de estas trabajadoras, el “abandono” laboral se atribuía a los trastornos que los maltratos del patrón habían producido, no así a la oposición de las mujeres de permanecer en situaciones laborales cargadas de violencia, que amenazaban su integridad personal. De forma similar, los argumentos médicos silenciaban las experiencias de abuso e injusticia producidas por el engaño del hijo del patrón, el embarazo y la maternidad en soltería. Los conflictos que ello implicó para la joven eran descritos como trastorno originado por un enojo y no por la ira legítima desencadenada por el engaño.

La articulación que se había establecido entre lo público y lo sucio permitió vincular a las mujeres que sobrevivían en estos espacios con representaciones de declinación de su condición moral, que se expresarían en el desbordamiento de conductas sexualmente licenciosas. Si bien esta denigración se extendió hacia las mujeres de los sectores populares, las “meretricies” debieron soportar mayor violencia social desde los dominios institucionales que estigmatizaban sus formas de vida. Entre aquellas cuyas experiencias de violencia culminaron con el estigma de la locura, fue frecuente la descripción de una larga cadena de institucionalización en distintas instancias públicas de control y asistencia, que desembocaron en el internamiento en el asilo:

“...remitida a este Hospicio por el Médico de la Profilaxis Venérea. (...) J. hace cinco años es de la calle y hace dos años aborto forzoso ella estaba una temporada en Limón también de mujer pública. 12.5.96 Hoy la remite el Señor Gobernador. Estaba en la reclusión por faltas y allí se trastornó.” (H.C. 9051, San José, 1895). “Tiene una hija de doce años, A.A. que hace un mes ya es prostituta. Tiene otra hija, M.I. que está en el Hospicio de Huérfanos. Hace

muchos años vive en San José, se mantenía en La Puebla, en su refugio de prostituta.” (H.C. 9204, San José, 1901).

De esta forma, los males temidos por una sociedad que producía violencias, exclusiones y condenas sobre feminidades en abandono y soledad desplazaba sus horrores hacia las mujeres impuras, origen de la maldad. Las mujeres “públicas” eran las que asesinaban, abortaban, cometían actos criminales, abandonaban y corrompían a sus propios vástagos. Eran naturalmente destructivas y, por tanto, la sociedad requería su cautela inmediata. Sin embargo, desde una perspectiva que trascienda los rígidos límites e intolerancias institucionales de la época, se puede afirmar que ellas constituían un grupo de feminidades no dominadas. Mujeres que desde la dureza de sus condiciones de vida y de la persecución social, se negaban a ser capturadas y maltratadas por las instituciones: “armaban camorra”, se defendían, se fugaban. De forma similar a otras mujeres que procedían de sectores populares, también se habían instrumentado para sobrevivir en situaciones de injusticia y para enfrentar el estigma del ejercicio de oficios culturalmente desvalorizados, que les permitían sobrevivir en condiciones límite de segregación social.

Las fragmentaciones sociales que se escenificaron en la experiencia de transición al siglo XX, develaron que la restricción social de las mujeres se ejerció a través de diversos y violentos dispositivos de regulación. La diversidad de estos refiere al hecho de que en el plano de dominación simbólica, las representaciones de feminidad fueron un eje unificador que traspasó diferencias de clase, raza o procedencia geográfica. En este sentido, las prácticas de regulación de las mujeres y los significados sociales inscritos en la feminidad, confluyeron en imágenes naturalizadas de vulnerabilidad y nerviosidad, innatamente inaccesibles al imperio de la razón. Sin embargo, en la dimensión del dominio más abiertamente represivo, fue claro que las prácticas de persecución estuvieron mayormente orientadas hacia las mujeres de sectores populares. Ellas no representaban solamente esencialidades vulnerables por naturaleza, eran también la encarnación de los males de la feminidad. En palabras científicas, no representaban a las mujeres enfermas sino que eran las portadoras de las enfermedades (Giberti, 1992).

La génesis de los padecimientos era tangible desde la materialidad del cuerpo

En el informe que el Dr. Maximiliano Bansen presentó a la Junta de Caridad de San José en 1901, adjuntó un resumen estadístico de los primeros diez años de funcionamiento del asilo, que abarcaba desde el 1° de enero de 1891 al 1° de enero de 1901. Durante 1891 se internaron y asistieron 158 personas de las cuales 102 eran hombres y 56 eran mujeres. Durante los años

siguientes, la tendencia de mayor ingreso de hombres al asilo se mantuvo, aunque la brecha cuantitativa fue mucho menor a partir de 1892.³⁸ Este movimiento revelaba que en el país, el ingreso a dicho recinto –al menos durante los primeros 15 años de funcionamiento– no mostró una tendencia sesgada en términos cuantitativos, hacia el predominio del internamiento de mujeres. Los datos que sí develaron una regulación sesgada de los comportamientos, eran los que referían a la condición social de los internados: los pobres de solemnidad formaron el mayor contingente de asistidos, en relación con los pensionistas.³⁹

De forma significativa, en 1901 hubo un aumento considerable de ingresos: 869 personas –503 hombres y 366 mujeres–. El nuevo director del recinto, Dr. Teodoro Prestinary, llamaba la atención sobre este hecho:

“Las enfermedades mentales han revestido en este año un carácter más grave que en otros. Pero también el número de pacientes que ha ingresado al Asilo, ya con males crónicos e incurables, ha sido mayor...” (Informe a la Junta de Caridad de San José, 1902: 263).

Esta observación abre interrogantes sobre los factores que Prestinary asoció con el incremento y agudización de las enfermedades mentales durante el cambio de siglo. De manera más amplia, sugiere reconocer los aspectos que influyeron en las explicaciones médicas sobre las causas de los trastornos a lo largo del periodo en estudio: ¿Cuáles fueron las construcciones médico-psiquiátricas respecto a los orígenes de las enfermedades mentales? ¿Cómo estas construcciones se articularon dentro del proyecto político de saneamiento social, a través de la práctica clínica en el asilo? Estas interrogantes orientan el análisis de este tramo de la investigación, cuya finalidad es acercarse a las representaciones empírico-rationales y morales que prevalecieron en los discursos científicos de la época, en relación con la génesis de los trastornos. Desde estas representaciones, la práctica psiquiátrica permitió legitimar la patologización de las formas de vida tradicionales y de los sectores populares, así como las dimensiones no racionales de la subjetividad humana. Paralelamente, articuló el conocimiento científico en las esferas de dominio de las clases superiores, desde una visión que confluía con el imaginario liberal eclesiástico y estatal.

38. En los datos estadísticos de 1891-1901 el cuadro correspondiente al movimiento de los enfermos muestra que en ese periodo ingresaron un total de 2296 personas. De estas 1047 eran mujeres y 1249 hombres. A partir de 1902 se encontraron los siguientes datos de los ingresos totales: 1902 (234) 1903 (246) 1904 (257). Mujeres: 121/ Hombres: 136).

39. Esta información no se encuentra registrada estadísticamente en los informes de los directores del asilo, sino que se extrae de las historias clínicas revisadas para esta investigación.

Los dos médicos que dirigieron el asilo entre 1891 y 1912 realizaron su formación académica en Europa. El Dr. Maximiliano Bansen era oriundo de Silecia –Prusia– y llegó a Costa Rica en 1876 donde radicó hasta su muerte, acaecida en Berlín en 1901. Efectuó estudios de medicina en Berlín, donde fue discípulo de Wirkow y de Frerichs y terminó el doctorado en Zurich en 1874. Fue el primer asistente en el Asilo de Orates de Stephansfeld en Alsacia, donde estudió psiquiatría hasta 1876. Fue director del asilo en San José desde 1891 hasta 1901. Su sucesor, el Dr. Teodoro Prestinary Pérez estudió medicina en la Universidad de Heidelberg y fue director del recinto de 1902 hasta 1912, fecha en que falleció. Su ayudante desde 1907 fue el Dr. Federico Alvarado, quien estudió medicina en Montpellier y psiquiatría en la clínica del Prof. A. Mairret, también en Montpellier.⁴⁰ La mayor parte de la práctica psiquiátrica que ejercieron se efectuó en el asilo de San José. Tanto desde su formación académica como desde la práctica clínica, ambos directores se orientaron desde la corriente que Ellenberger (1976) denomina como psiquiatría oficial. Dicha corriente era reconocida por el Estado, enseñada en las facultades de medicina y expuesta en los libros de texto. Entre 1850-1860 esta orientación médica sufrió un cambio gradual, pasando de la psiquiatría del hospital mental a la psiquiatría de la universidad. En ese mismo periodo, cayó bajo una fuerte influencia del positivismo y científicismo, desde el cual prevaleció una concepción organicista de la enfermedad mental. Lanteri-Laura (1998) señala que durante el siglo XIX los paradigmas psiquiátricos más influyentes, el de la alienación mental y posteriormente el paradigma de las enfermedades mentales –después de la década de 1850– se desarrollaron en las escuelas francesa y alemana.⁴¹ La influencia de estas corrientes quedó plasmada en los informes e historias clínicas de ambos directores.

Lorenzer (1986) explica que el desarrollo de estos paradigmas en el siglo XIX, fue precedido por varias fases del acontecer histórico en torno a la construcción de los padecimientos psíquicos. En un primer momento, la interpretación religiosa fue reemplazada por la secularización: “Por secularización se entiende una contemplación jurídica y la administración de la desgracia psíquica como parte de una asocialidad, de la que forman parte tanto la prostitución como la pobreza desamparada y los trastornos mentales.” (2) Posteriormente, el juicio médico sobre los sufrimientos, concebidos en los siglos XVII y XVIII como enfermedades, llevaron a otra fase de argumentación y revisión de las enfermedades por medio de las ciencias naturales: “Lo que era válido para la medicalización del sufrimiento, es aun más válido

40. “Maximiliano Bansen”. *Obituario (1902) Libro Azul de Costa Rica (1916)*, Quijano (1939), González (1976).

41. De acuerdo con Lanteri-Laura (1998) durante la segunda mitad del siglo XIX el paradigma de las enfermedades mentales empezó a consolidarse a partir de “...una concepción de conjunto en la que predomina, en primer término, la diversidad irreductible de las afecciones psiquiátricas cuyas especies mórbidas naturales se esfuerza por distinguir...” (71).

para la científicación de la medicina. Esta también aumentó considerablemente el potencial del poder médico. El médico se convierte en el único conocedor que no solamente conoce los propósitos de la vida sino también el origen del sufrimiento y los mecanismos de la enfermedad. En la pareja formada por el médico y el paciente, el primero va a ser el que interviene y decide. Conocemos bien el fin horrendo de esta relación entre omnipotencia y omnisciencia..." (3) La relación entre los discursos científicos y la práctica médica llevada a cabo en el asilo bajo la influencia de esta concepción del conocimiento, se expondría desde los textos elaborados por los directores del recinto.

En el Informe a la Junta de Caridad de 1893 el Dr. Bansen escribió:

"¿Por qué hay tantos insanos en Costa Rica? Hay causas que predisponen y causas más directas. Padres y madres, maestros y tutores, todos á quienes está confiada la juventud, deben tener la conciencia de sus deberes, pues el abandono de chiquitos y jóvenes es muy grande en Costa Rica. Mala é inadecuada alimentación, tolerancia de narcóticos y vicios, en muy temprana edad; ya chiquitos se les hace jugar de novios, y ya en edad de nueve á diez años empiezan aquí a ocuparse ambos sexos con sus partes sexuales tanto en el campo como en la ciudad; á todos alienistas es bien conocido como el abuso sexual predispone en general á la demencia; directamente alrededor del Liceo de Costa Rica viven muchas mujeres de la mala vida, pues debe sufrir la moral. El abuso de tabaco en los niños y hasta aguardiente da la gente á niños de corta edad. La mala alimentación, en general, y principalmente cuando hay carestía de víveres á causa de intransitables vías de comunicación, la falta de las más necesarias y rudimentarias nociones de higiene y la casi criminal manera de criar los niños entre la gente pobre. Susto y terror pueden ser causas directas aun para adultos como nos enseña nuestra estadística, y son siempre armas detestables en la educación de la juventud y de los niños. Hoy son los médicos los llamados para precaver y evitar las enfermedades por medio de consejos y advertencias, y debían siempre en la familia ocupar el mismo lugar como el clérigo confesor. Mens sanun in corpore sano."

En este preámbulo del informe, el director exponía buena parte del discurso psiquiátrico que predominó durante los primeros años de funcionamiento del nosocomio. La formación de los directores desde la psiquiatría empirista, así como la práctica clínica efectuada sobre todo con personas que procedían de sectores populares, influyeron en las explicaciones respecto a los orígenes de la insania en el país. Este rasgo fue común en el desarrollo de la psiquiatría positivista europea, tal como exponen Showalter (1987), Porter (1993) y Gilman (1993) en

relación con las construcciones culturales de la histeria. Desde las prácticas realizadas por Charcot en la Salpêtrière, los hospitales mentales fueron los escenarios privilegiados para la construcción de la clínica psiquiátrica, desde la práctica con sectores marginados de la población. En las deliberaciones del Dr. Bansen, el origen de las enfermedades mentales en el país se vinculaba fundamentalmente con las formas de vida de los sectores populares. La incapacidad que les atribuía para la asimilación de normas disciplinarias –crianza, alimentación e higiene– suponía un elemento patógeno contenido en sus costumbres; una defectuosidad anclada en el debilitamiento o carencia de controles internos. En este sentido, la referencia a las “costumbres” sexuales de estos pobladores no era fortuita, en tanto conjugaban imágenes de desbordamiento de las pasiones y de ausencia de moralidad. Los grupos inferiores representaban el germen de la declinación racial; de la degeneración constitucional, moral e intelectual de la patria; el principal foco contaminante de la geografía social.

Desde estos argumentos, el discurso del alienista⁴² se hacía eco de la misión salvadora de la ciencia, que de forma sintónica con la redención clerical, se haría cargo de aquellos innatamente determinados hacia la criminalidad y la insania. La referencia simbólica con el orden eclesiástico, era muy significativa en un contexto de secularización social y de reafirmación de las ciencias empírico-materialistas sobre el imaginario religioso. Como se mostrará durante el análisis, esta aparente sustitución ideológica se disolvía en la unificación de los sectores en el poder desde el imaginario liberal, que exaltaba la razón y la moral dentro de la sociedad costarricense a partir de los principios de higienización social. La campaña de saneamiento encontraba ecos afines entre los intelectuales, clérigos y autoridades políticas –como los miembros de la Junta de Caridad de San José–.⁴³ Mediante el análisis de los informes anuales de los directores y de las descripciones clínicas, se reconocerá cómo se conjugaron estas dimensiones desde la práctica asilar.

-
42. El término “alienista” mencionado en diversas ocasiones como autonominación por parte de los directores del asilo, sustituyó el término “superintendente” utilizado previamente durante el siglo XIX. “Alienista” fue acuñado por los franceses y se empleó hasta que fue sustituido por el término “psiquiatra”, de origen alemán, durante el último tercio del XIX (Scull, 1993).
43. González (1997) analiza esta confluencia ideológica desde los escritos del obispo Thiel, quien “...conceptualizaba el liberalismo como una doctrina que afirmaba la autonomía del hombre en la razón y en la moral...” Doctrina que era concordante con un liberalismo que “...legitimaba la Iglesia como institución gestora de estructuras subjetivas consonantes con el capitalismo en expansión.” (30-31) Por otra parte, Gil (1999:11) al describir el aumento de parroquias en el país durante la transición al siglo XX, apunta: “...resulta interesante observar que dicho incremento se da en un periodo anticlerical, lo que pone en entredicho la ruptura Iglesia-Estado, la cual en realidad no fue tal. Lo que sí se dio fue el hecho de que la Iglesia vio redefinidas sus funciones e importancia como mecanismo de control.”

Atavismos constitucionales: la herencia y el vicio del licor

Entre los orígenes explicativos de la insania en el país, registradas durante el periodo 1891-1905, predominaron la herencia y el abuso del licor.⁴⁴ Uno de los propósitos más importantes en la construcción de la trayectoria de los trastornos, era el rastreo de los antecedentes hereditarios en la genealogía de las familias. En casi todos los historiales clínicos consultados, los antecedentes del trastorno confirmaban o descartaban una rama familiar degenerativa:

“La madre de ella y cinco tíos con trastornos, dos hermanos y en la familia de V. hay muchos trastornados.” (H.C. 9129, San Juan, 1898). *“I.Ch. [padre de la mujer internada] abusaba mucho del licor y pertenece a la familia Ch. de Heredia, donde han habido muchos trastornados.”* (H.C. 9222, Grecia, 1902).

Esta búsqueda implicó la revisión de los historiales que mencionaban el internamiento de otros familiares de las mujeres y en ellos se encontró el mismo seguimiento de la rama familiar degenerativa, así como el predominio colateral del alcoholismo como una de las manifestaciones congénitas heredadas. Este primer indicador de signos patógenos, orgánicamente transmitidos de generación en generación, orientaba la descripción clínica de los trastornos y confirmaba la existencia en el país de defectos atávicos originarios en la insania. Al respecto, el Dr. Bansen expresaba en 1893:

“Se debe advertir, generalmente, que los defectos humanos son hereditarios, y las enseñanzas de Darwin se deben enseñar á los discípulos de las clases superiores en todas las escuelas.” En 1894 ampliaba la explicación sobre los factores hereditarios de la insania: *“De los 344 insanos en 86 era hereditaria la demencia, presentándose, además, muy á menudo el atavismo. También se nota que en muchos lugares se repite con insistencia el caso de familias que están en degeneración mental. (...) Fuera de los casos de herencia, los más frecuentes son los que se deben á los desequilibrios mentales originados por los accidentes de la lucha por la vida: en ambos puntos se comprueban todos los días las admirables conclusiones de Darwin, cuyos trabajos sería de apetecer que se vulgarizaran más en estos países.”* (Informes a la Junta de Caridad de San José, 1893 y 1894. Destacados en los textos originales).

44. Sumando los datos anuales presentados en los Informes a la Junta de Caridad de San José hasta 1905, el resultado es de un ingreso total de 2.793 personas. Hasta 1901, la herencia aparece como causa de la enfermedad mental en 695 personas (359 mujeres y 336 hombres) y el abuso del licor en 479 de ellas. El total de trastornos explicados a partir de ambas causas es de 1174. Esta tendencia se mantuvo en los datos existentes hasta 1906.

La introducción explicativa sobre los determinismos hereditarios en la génesis de la insania mental en el país, dejaba entrever la influencia de la lectura empírico-positivista sobre el pensamiento evolucionista darwiniano y las teorías de la degeneración. En el análisis que Ellenberger (1976) efectúa sobre la influencia del darwinismo en la psiquiatría positivista del siglo XIX, destaca dos aspectos que es necesario retomar. En primera instancia, sitúa la doctrina darwinista en el contexto de surgimiento de nuevas ideologías en el mundo occidental, a partir de la segunda mitad del siglo. Si bien el prestigio de los postulados de la Ilustración habrían decaído en el periodo finisecular decimonónico, la concepción de progreso como proceso continuo orientado bajo la guía de la razón, preservó su influencia en la filosofía de la Revolución Industrial –libre empresa, competencia, pugna por los mercados mundiales– mediante lo que Ellenberger denomina como “racionalización aparentemente científica” del darwinismo. En este proceso fue donde se insertaron las nuevas ideologías respecto a la naturaleza del hombre y de las sociedades. En este mismo sentido, Gay (1996) explica que desde esta cosmovisión, tanto la medicina –desde el empirismo– como el materialismo filosófico –desde la lucha contra la superstición– favorecieron la construcción de argumentos respecto a la salvación de la civilización enferma. La creencia en el progreso y en la conquista del conocimiento como avance de la razón, perfilaron a la medicina y la cura como salidas frente al desorden.

En segundo término, Ellenberger señala que pese a que en su obra *La descendencia del hombre*, Darwin separó el papel casi exclusivo que había dado a la lucha por la supervivencia, las interpretaciones posteriores respecto a esta hipótesis adquirieron la categoría de verdad científica: “La noción de la lucha por la existencia, lejos de entenderla como hipótesis explicatoria, fue considerada como la base principal del darwinismo, olvidando que el propio Darwin había propuesto otros diversos mecanismos (uno de los cuales era la selección sexual). La lucha por la vida, concebida en un sentido más hobbesiano como “guerra de todos contra todos” fue proclamada ley universal descubierta y demostrada por Darwin, “ley de hierro” que gobernaba el mundo viviente y la humanidad y que proporcionaba un criterio para la ética.” De esta manera, el campo específico de la historia natural de Darwin se extendió a otras ciencias y el proceso de selección natural fue preconizado como ley universal: “La evolución de las sociedades humanas, de la familia, de las lenguas, de las instituciones morales o de las religiones se construyó también de forma semejante, y ninguna rama de la ciencia quedó libre de tal especulación.” (274-276).⁴⁵

45. Para profundizar en el análisis sobre la interpretación positivista del pensamiento darwiniano y su influencia en el desarrollo de la psiquiatría del siglo XIX, desde una lectura de género femenino, ver Showalter (1993 y 1987). Showalter explica que en Europa la psiquiatría darwinista tuvo su mayor auge entre 1870-1920.

En el pasaje suscrito por Bansen, se expresaba esta lectura de las teorías darwinianas como presupuestos universales de conocimiento científico. Su verificación empírica se manifestaba a través de la constatación de taras hereditarias en algunos sectores de la población nacional y en los desequilibrios producidos en la lucha por la vida. El énfasis en el atavismo se vinculaba con las teorías de la degeneración de origen constitucional, propuestas por V. Magnan y A. Morel desde la psiquiatría francesa. Harris (1991) explica que en *El tratado de las degeneraciones* (1857) Morel había propuesto la relación entre herencia, ambiente y declinación racial. Desde estos ligámenes, el proceso de degeneración refería a la producción de variedades mórbidas dentro de la especie humana. Esto implicaba un proceso involutivo de transmisión hereditaria, observable desde las características patológicas persistentes en generaciones sucesivas. De acuerdo con Harris, esta teoría influyó notablemente en la visión clínica, social y moral de las especialidades psicológico-médicas empiristas en la segunda mitad del siglo XIX, que tuvo un impacto directo en las políticas del movimiento higienista y en las instituciones públicas de asistencia. La teoría de la degeneración se integró al movimiento de reforma entre 1890-1910 y contenía un fuerte potencial autoritario de intervención, justificado en la efectividad del manejo técnico. También influyó en el clínico austríaco Kraft-Ebing, quien inició el estudio de la patología sexual científica. A partir de la aceptación de una psicogénesis de las perversiones sexuales, Magnan trabajó con Charcot en su tratamiento.

Estos postulados también fungieron como sustento ideológico para la explicación de distinciones jerárquicas innatas entre grupos humanos en el país. El defecto constitucional y moral adjudicado a los sectores populares, sería combatido a través de la apropiación del conocimiento científico-racional entre las clases superiores. De esta forma, los postulados positivistas se articulaban con fines políticos de control sobre los grupos estigmatizados como peligrosos. Esta tendencia de pensamiento se preservó después del cambio de dirección del asilo a inicios del siglo XX. En el informe a la Junta de Caridad de 1902, el Dr. Prestinary exponía que la herencia continuaba siendo la principal causa de las enfermedades mentales en el país. En 1901, del total de 206 ingresos, este designó la herencia como el principal origen de los trastornos en 109 internados. Esta persistencia hereditaria era explicada en los siguientes términos:

“La transmisión de las enfermedades mentales va como una progresión generalmente ascendente, de generación en generación. En el tronco encontramos tal vez, á la par de los síntomas nerviosos, la carencia de los sentimientos éticos; en la primera generación aparece ya la predisposición a los excesos que el alcoholismo contribuye a aumentar. (Siendo los excesos más frecuentes; el alcoholismo en los hombres y la prostitución en las mujeres). En la segunda suelen manifestarse el suicidio y las ligeras enagenaciones; y en las últimas,

acumulados todos los gérmenes nerviosos, los estados congénitos (idiosía, imbecilidad, etc.) y enagenaciones más graves e incurables. Los individuos sanos que quieran tener una descendencia sana, no deben unirse a ninguna persona que proceda de una familia tuberculosa, sifilítica, psicopática y menos aun si tienen parentesco con ella.” (Informe a la Junta de Caridad de San José, 1902: 236).

Desde la ciencia empírico-material, la enfermedad mental era concebida como involución mórbida de gérmenes nerviosos. Esta degeneración tenía carácter determinista y funcionalidad mecánica: cada generación acumulaba las patologías anteriores. Desde la ausencia de sentimientos éticos hasta las enajenaciones incurables, se trazaba una línea ineludible de descomposición orgánica, a través de la cual eran identificables los grupos, familias e individuos en degeneración. La relación entre defectos atávicos y sus manifestaciones colaterales a través de las generaciones tocadas por la insania, mostraban también, los efectos catastróficos de los determinismos innatos en la sociedad. Ilustraban una articulación entre la ética de la disciplina social del capitalismo en expansión y los correlatos moral-rationales de las ciencias empiristas:

“En una República tan pequeña como la nuestra, donde se conocen bien los grupos de familias tocadas por la insania, es fácil librarse de contraer un matrimonio peligroso; y sin embargo, á menudo desesperamos de que puedan terminar esas familias de degenerados que se hacen desgraciadas a sí mismas y contribuya á la perdición de las sociedades, porque las bodas entre esas gentes se verifican sin ninguna previsión. A los padres de familia, á los sacerdotes, y á los señores profesores de higiene corresponde la obligación grave de infundir temor por tales uniones, en provecho de nuestra raza.” (Informe a la Junta de Caridad de San José, 1906).

La misión eugenésica de las clases superiores estaba encomendada a prevenir la degradación del cuerpo social: la expansión de los peligros originados en los grupos portadores de la insania, sería restringida a través de prácticas purificadoras que preservaran la sociedad.⁴⁶ A través de esta purificación el materialismo médico se fundía con la función moralizadora del clero, en la tarea de vigilancia sobre las vidas privadas de los pobladores estigmatizados. Vigilancia claramente represiva que develaba fuertes rasgos autoritarios en las corrientes

46. Alegatos similares también se expresaron en los informes previamente escritos por el Dr. Bansen: “Los casamientos que por vínculos de parentesco se efectúan y también que todo un pueblo siempre entre sí los tiene, dejan por regla general muchos hijos insanos y el clero debía tratar de evitarlos y enseñar bien á su pueblo. Bien conocido está que pueblos enteros y toda una raza puede degenerar y en ella abunda el idiotismo si no mezcla con otra sangre. Insanos nunca debían casarse.” (Informe a la Junta de Caridad de San José, 1893).

positivistas. Explicaciones similares fueron expuestas mediante la presentación de la segunda explicación causal de los trastornos psíquicos: el abuso del licor.

En las estadísticas de 1891-1901, el abuso del licor fue consignado como origen de los trastornos en un total de 479 internados (153 mujeres y 326 hombres). Según los registros estudiados, el predominio del consumo de licor entre los hombres se mantuvo como origen explicativo de los trastornos hasta 1905. En las construcciones etiológicas sobre esta causal, es posible reconocer una continuidad argumentativa en el discurso médico, basada en el postulado de los efectos degenerativos acumulados y transmitidos entre generaciones. De la misma forma que en las explicaciones originarias de la herencia, los efectos del vicio fueron representados como calamidad social que amenazaba el progreso de la nación.⁴⁷ Amenaza que era asociada con las costumbres y tradiciones populares, cuyos excesos involucraban también a las mujeres:

“En nuestros informes anteriores hemos dicho acerca de los peligros del alcoholismo, de la facilidad de contraer este vicio degradante en toda la extensión de la palabra y del detrimento que en Costa Rica va tomando. Pensar que hasta las mujeres se dedican á trasegar copas, es cosa que opaca el ánimo. (...) Curiosa observación hemos de publicar con relación á las dementes mujeres por el alcohol: preguntamos á dos de ellas cuál era su oficio, nos contestaron garbosamente que “rezadoras”. (...) En estas velas, concurridísimas, honradas mujeres, que han sufrido en otras ocasiones al ver á sus maridos ó hermanos rodar como vástagos sobre la mesa que soporta el ataúd, ó que á la vuelta á su casa han sufrido sobre sus espaldas las consecuencias de los trastornos que provoca el venenoso aguardiente en su marido, tratan de evitar estos males tomando ellas también, y rodando por consecuencia al abismo de su perdición.” (Informes a la Junta de Caridad de San José, 1904 y 1905).

Otras costumbres mencionadas eran adicionar licor a los alimentos para ayudar en las convalecencias de enfermedades y partos; el obsequio de “guaro mistado” de los maridos a las esposas, las fiestas religiosas y el consumo forzoso de licor por parte de los maridos. El temor al descontrol generalizado de los vicios era correlativo con la activación del pánico moral difundido en el país desde inicios del siglo XX. Palmer (1994) explica que después de la segunda

47. Cerdas (1992) y González (1997) coinciden en que durante la segunda mitad del siglo XIX, el vicio del licor se transformó en una representación de calamidad social en el país, una amenaza de descomposición social y familiar. Cerdas (1992:90) afirma: “De acuerdo con los reportes enviados por los curas a las altas autoridades eclesiásticas, el alcoholismo fue el vicio más generalizado en la segunda mitad del siglo pasado [XIX].” Esta representación del alcoholismo como flagelo social, también prevalecía en otras latitudes, como lo demuestran los artículos publicados en la *Gaceta Médica de Costa Rica* (1901) y en Castañeda y Alvarez (1898).

mitad del XIX, el consumo de drogas como la morfina y el opio entre las familias acomodadas fue tolerado por las autoridades. Sin embargo, cuando el consumo de heroína se expandió entre los sectores populares, empezó a ser considerado como epidemia que requería de una campaña sanitaria para combatirla. En este mismo sentido, el vicio del licor era representado como flagelo en expansión entre los sectores populares. La referencia médica sobre los vicios iba más allá del consumo excesivo del alcohol o de otras sustancias como la morfina o la cocaína. Entre las causas de las enfermedades mentales registradas hasta 1901, el abuso del café y del tabaco se registraron como etiologías colaterales de los trastornos entre mujeres y hombres. Esto demostraba cómo la difusión del pánico social fue esgrimida también desde los discursos médicos de principios del XX, mediante la presentación casuística de los estragos de la caída en todo “vicio”.

En los pasajes anteriores subyacía la preocupación por la degradación moral y la pérdida de mano de obra, ocasionada por la transgresión a la disciplina del trabajo entre el contingente de los pobres. De forma similar, Palmer (1994) señala estas preocupaciones entre las élites y la clase media respecto al consumo de heroína entre los trabajadores. Por otra parte, la pérdida de las mujeres en el vicio amenazaba no solamente su laboriosidad doméstica, sino también implicaba la degradación de la raza, mediante la posible reproducción de vástagos defectuosos, inservibles para el progreso de la patria. En el informe a la Junta de Caridad de 1902, se exponía la concepción científica del flagelo, cuyos portadores aparecían como focos de contaminación social. A través de la cadena degenerativa derivada del vicio, esta visión apelaba a la pérdida de valores ético-morales, que los alienistas se proponían combatir a través de la institucionalización y la cura:

“El alcoholismo es ya de por sí una manifestación de desequilibrio orgánico: muy á menudo el resultado de la herencia. El alcohol es una destrucción del sistema nervioso. (...) Desde el punto de vista clínico, aparte de que el estado de embriaguez evidencia un trastorno completo de las funciones cerebrales, producida por un envenenamiento agudo, encontramos toda una sintomatología que resulta de un sistema nervioso enfermo. (...) ...males de los que no solo adolece el vicioso alcoholista, sino también su degenerada prole, contribuyendo todos a contaminar la sociedad.”

Frente a estas calamidades, Harris (1991) explica que el conocimiento científico interpuso discursos de moderación y sanción sobre todo exceso, que proveyeron correlatos fisiológicos a las doctrinas morales de la reforma liberal en la segunda mitad del siglo XIX. Por otra parte, a principios del XX, se hacía evidente que las políticas de segregación y vigilancia sobre grupos estigmatizados como peligrosos, se expandían paulatinamente hacia otras propuestas de institucionalización total. En el informe a la Junta de Caridad de 1905, el Dr. Prestinary sugería

la construcción de un asilo para alcohólicos, tutelado por el Estado y dirigido por un especialista médico.⁴⁸ Sobre ello también habría que recordar la inauguración de la Penitenciaría Central en 1909 y la vigilancia panóptica de los criminales.

Vertientes etiológicas colaterales: accidentes y excesos en la lucha por la vida

En los registros cuantitativamente menos frecuentes sobre el origen de los trastornos, se encontraron otras etiologías que es necesario destacar, debido a que muestran una línea de continuidad explicativa en relación con la herencia y el abuso del licor.⁴⁹ En primera instancia, sobresalían aquellas que pueden situarse desde un tronco común, referido a la visión positivista del pensamiento darwiniano respecto a la lucha por la vida. Desde las estadísticas de 1891-1901, estas etiologías eran aniquilamiento, hambre y fractura y golpes del cráneo, que sumaron un total de 129 internamientos.⁵⁰ Estos orígenes se explicaban a partir de la debilidad constitucional de la población pobre y la incapacidad para adaptarse a condiciones de vida disciplinadas. Los alienistas afirmaban que sus condiciones de vida y sus costumbres eran el terreno idóneo para la germinación y desencadenamiento de las enfermedades mentales:

“Apuntan muchos psiquiatras, que el ayuno, la mala alimentación, la deficiente nutrición, son entre otras, causa del delirio agudo. El mismo inolvidable Doctor Bansen había ya notado eso, y en algunos de sus informes expuso que en nuestro país, donde la calidad de los alimentos es tan inferior, y en donde, sobre todo, el pueblo come mal, todas las fiestas religiosas, cuaresma con sus ayunos, velorios, etc., que tienden al aniquilamiento corporal, en algunos organismos hacen tales efectos, que enferman el espíritu y provocan el delirio.” (Informe a la Junta de Caridad de San José, 1905).

48. *“Un Asilo para alcoholistas es ya muy necesario en Costa Rica. El cual no deberá parecerse en la exajeración de la disciplina á una cárcel; ni a un asilo de insanos en la libertad con que estos se manejan los enfermos; pero sí debe adoptarse un término medio que dé campo para que estén los reclusos algo libres, pero perfectamente vigilados. (...) Concebimos este establecimiento, nacional, bajo la dependencia directa del Estado, y sobre todo dirigido por un psiquiatra ó un médico experto. (...) El edificio también podría contener departamentos para morfinómanos, cocainómanos, etc, pues así se satisfacerían las solicitudes que hemos recibido para que admitamos aquí enfermos del vicio de la morfina, la cocaína y el alcohol...”* (Informe a la Junta de Caridad de San José, 1904).

49. Para ello se seleccionaron los orígenes que permiten dar seguimiento a las líneas de continuidad mencionadas. Sin embargo, en los informes médicos aparecen otras etiologías: epilepsia, susto o terror, espiritismo, sufrimientos morales, parto o puerperio e histerismo.

50. Datos desglosados de la siguiente manera en el Informe a la Junta de Caridad de 1901: aniquilamiento (15) hambre (91) fractura y golpes de cráneo (23).

La incapacidad de adaptación del pueblo se exponía a partir de las condiciones de vida impuestos por la pobreza; su ignorancia los hacía presa fácil del fanatismo religioso, que desde sus prácticas, contribuía al deterioro del cuerpo y del espíritu: las consecuencias patógenas del misticismo religioso eran colaterales a la evidencia empírica de la debilidad constitucional de las clases populares. De forma similar a los postulados de la teoría de la degeneración, organismo y ambiente se conjugaban en la producción de gérmenes patógenos en los sistemas nerviosos de los inferiores. Paralelamente, su inadaptabilidad se expresaba a través de las dificultades de asimilación de la disciplina del orden y limpieza, que hacía de las barriadas populares un foco permanente de contaminación. Debido a las habitaciones inapropiadas para la vida, a la dificultad para el crecimiento espontáneo de los elementos nativos, a la contaminación de las aguas y a las malas costumbres de los habitantes, se propagaban diversas enfermedades infecciosas que acrecentaban el número anual de insanos.⁵¹

La referencia a estas enfermedades abría otro ángulo explicativo de la insania entre los sectores populares, directamente vinculado con el desenfreno de los impulsos sexuales y la transmisión sifilítica. Nuevamente, las representaciones de sexualidad expresadas desde el discurso médico, develaban imágenes de suciedad asociadas con la geografía marginal y las mujeres pobres:

“Las observaciones que hacemos en el Asilo y en ciudad nos hacen temer con fundamento que, al paso que vamos habrá un momento en que la locura sifilítica ocupará lugar de consideración en nuestra estadística. La juventud que no puede refrenar sus pasiones; el servicio militar que lleva á vivir en la ciudad á los sencillos y sanos campesinos, que seducidos por los engaños del placer recogen de sórdidos chinchorros las inmundicias de la carne para llevarlas á sus pueblos, encontraron en otros tiempo, prevenido por el legislador, el peligro que hoy no evitan. (...) Y aquí, que la sífilis es un peligro más inminente que la lepra, que la tuberculosis, no se piensa en recluir á las prostitutas enfermas, a fin de disminuir la alarmante propagación de tan asquerosa enfermedad como es la sífilis, que presenta facilidad para ocultarla y extenderla silenciosamente.” (Informe a la Junta de Caridad de San José, 1905. Destacado en el texto original).

51. Entre las enfermedades infecciosas que más preocupaban a los alienistas se encontraban la fiebre tifoidea, la tuberculosis (tisis) y la sífilis. Sin embargo, en los datos acumulados entre 1891 y 1901 solamente aparecen 53 causales referidas a estas enfermedades, distribuidas de la siguiente manera: Fiebre y tifoidea (31), tisis (9), abuso en venere (13).

Si bien las estadísticas del asilo demostraban una baja incidencia de la sífilis y de la locura sifilítica entre los internados, las observaciones médicas al respecto expresaban significados de carácter más simbólico, en relación con los temores a la sexualidad en general y a la sexualidad femenina en particular. La sexualidad representaba los horrores del cuerpo: el descontrol pasional y el terror al goce eran imágenes acosadoras que amenazaban la pureza corporal y mental. Los dominios científicos interpelaban, entonces, a una purificación permanente a través de la autocontención y la fragmentación entre el cuerpo y la razón. Estos procesos disciplinarios podían debilitarse en poblaciones específicas como los jóvenes y los campesinos, pero estaban ausentes en las mujeres perversas que expandían su contaminación de forma subrepticia. En 1894 el Dr. Bansen señalaba que la propagación de esta y otras plagas podían evitarse desde la intervención científica orientada bajo los “cánones benefactores de la higiene pública.”

Los desenfrenos impulsivos que referían a excesos o sobreexcitaciones, se asociaron también con otras etiologías de los trastornos: mala vida y excitación religiosa o política.⁵² Entre las mujeres estos “descontroles” se adjudicaron fundamentalmente a conductas transgresoras en los espacios públicos y al fanatismo religioso. De esta forma, causales como “mala vida” permiten reconocer, explícitamente, el sesgo valorativo de las etiologías psiquiátricas sobre los comportamientos de las mujeres que procedían de sectores populares: se asociaron con la vida licenciosa, las prácticas sexuales ilícitas y peligrosas, los escándalos públicos y la ebriedad. Con menor frecuencia, esta etiología se asoció con situaciones de miseria, violencia y maltrato en las relaciones familiares y conyugales.

Los excesos religiosos o políticos fueron dilucidados por el Dr. Bansen en 1894 como resultado de la predisposición constitucional: “*Sabido es que la sobreexcitación religiosa, como la política, no suelen llevar á la demencia sino á las personas que están para ello predispuestas...*” También aducía que el fanatismo religioso fomentado en los sectores populares, era otra fuente desencadenante de los trastornos. Este fanatismo no era más que otra de las manifestaciones de la superstición del pueblo, caldo de cultivo para los excesos anclados en sus formas de vida. Al respecto, el Dr. Bansen no exponía una lucha frontal contra las autoridades eclesiásticas oficiales, sino contra misioneros cuyas predicaciones promovían los excesos devocionales. La vigilancia no se dirigía a la religiosidad recatada, sino a las manifestaciones sobreexcitadas de misticismo, que el mismo clero debía controlar. En el informe a la Junta de Caridad de 1894 advertía:

52. Sobre estos orígenes se registraron los siguientes datos, correspondientes al periodo 1891-1901: Mala vida (71) – 34 mujeres y 37 hombres–, excitación religiosa (46) –22 mujeres y 24 hombres–, excitación política (35) –4 mujeres y 31 hombres–.

“Se deben propagar nociones sanas en el pueblo en materia tan interesante, y combatir la superstición religiosa en virtud de la cual las gentes de las masas populares entienden que la muerte de un niño es motivo de júbilo... (...) Ya que hablo de esto, bueno sería pedir también la colaboración de nuestro ilustrado Diocesano contra el fanatismo de ciertos misioneros que andan por los campos, y que tanto daña los intereses de la bien entendida y bien sentida religión: un hombre de San Vicente y una mujer de Atenas que se encuentran hoy en el Hospicio, han perdido el juicio, según informaciones fidedignas, por el mal influjo de las predicaciones de esos misioneros...”

Es llamativo que en sus alegatos sobre estas etiologías, no apareciera ninguna referencia directa a la convulsión política que se vivió durante esta época.

Desde las descripciones etiológicas expuestas por los directores del asilo, se ha reconocido que el establecimiento de instituciones totales como el manicomio y la práctica psiquiátrica asentada en el país desde la última década del siglo XIX, formaron parte de las respuestas estatales y científicas, cuya finalidad era la regulación de los conflictos sociales agudizados desde la segunda mitad de la centuria. Las nuevas formas de control social, en las que confluyeron la ideología liberal, el humanismo religioso y civil, así como las ciencias empírico-materialistas, permitieron dirimir estas tensiones a través de discursos oficiales y prácticas segregativas de fuerte carácter represivo. Desde la lucha del orden contra la patología y del progreso contra la degeneración, la práctica psiquiátrica articuló una visión organicista del cuerpo social que permitió estigmatizar poblaciones en la geografía nacional. Detrás de las explicaciones atávicas y degenerativas, la ciencia psiquiátrica legitimaba las políticas estatales de vigilancia y exclusión social y, a la vez, construía un campo de intervención sobre las vidas privadas de los sectores populares y de otros grupos transgresores de los cánones del progreso.

En la diagnosis la subjetividad sucumbía en las tinieblas de la enfermedad

“Set.21 de 1932. Sin cambio apreciable en su estado mental. Hay disgregación del pensamiento haciéndose imposible comprender lo que dice, así por ejemplo: Los ángeles viven en el infierno y los demonios en el cielo...” (H.C. 9479).

“Me habló suavemente, y yo pensé que venía a interrogarme sobre mis ideas delirantes. Sin esperar a sus preguntas, le dije: “No tengo ideas delirantes. Estoy jugando. ¿Cuándo dejará usted de jugar conmigo?” Se quedó mirándome con

asombro, al encontrarme lúcida, y se echó a reír. Le dije: "¿Quién soy yo?"; aunque lo que estaba pensando era: "¿Quién soy yo para usted?" Leonora Carrington.

A inicios del siglo XX, la lectura positivista de los postulados darwinianos sobre la evolución permitió explicar los factores originarios de la insania en el país. El desarrollo fisiológico y la lucha por la vida podían activar predisposiciones patógenas entre la población joven:

"Este periodo [15 a 21 años] por ser el del desarrollo fisiológico, la transición entre la infancia y la edad adulta, la época de la pubertad, es también en el que la célula degenerada que se trae por herencia recibe nuevo impulso que aumenta la predisposición a adquirir enfermedades mentales. (...) ...cuando principian las preocupaciones por la vida [21 a 30 años] cuando se entra de lleno en la lucha por la existencia, cuando es fácil caer en los vicios, es también cuando se facilita el desarrollo de las enfermedades mentales." (Informe a la Junta de Caridad de San José, 1902).

Cuando los procesos de desarrollo constitucional se suscitaban en un terreno fértil para la activación de patologías hereditarias, la inscripción de células degeneradas en el sistema nervioso suponía un carácter disfuncional que afectaba todo el sistema. En el pequeño escenario de la fisiología individual, los movimientos de transición –también escenificados en el terreno social– permitían exponer los temores de los galenos respecto a los movimientos de transformación, que adquirirían connotaciones catastróficas. El crecimiento podía trastocarse en enfermedad. Desde la descomposición constitucional de los nervios, el materialismo empírico-organicista concibió la enfermedad mental como estado involutivo y fijo, cuyas formas pasarían al campo de las percepciones sintomáticas. A través de ellas, la clínica psiquiátrica construyó estructuras nosológicas mediante las cuales se describían desequilibrios mentales de etiología fisiológica y neurológica.

En esta cosmología, el desarrollo humano también era concebido a partir de determinaciones orgánicas. El paso hacia la adultez implicaba peligros, agudizados por posibles defectos atávicos heredados, que podían manifestarse como debilidad constitucional en la lucha por la supervivencia; como inadaptabilidad frente a las exigencias de la vida adulta. La evolución del sujeto adulto, enfrentado a los riesgos de la vida, implicaba una lucha constante entre los impulsos generadores de insania y la contención de descontroles internos:

"...el influjo de la vida solitaria, o el arrebató de las pasiones á que conduce la soltería, por falta de un atractivo sano y discreto, dulce y útil, predispone con alta frecuencia a los hombres á ser víctimas de la enajenación mental." (Informe a la Junta de Caridad de San José, 1902).

Desde esta lucha se manifestaba la tensión entre los modelos liberales de convivencia social y los riesgos individual/constitucionales de ruptura o transgresión de estos, mediante la pérdida de autodomínio.

Tras los modelos naturalizados de adultez y familia, se encontraban implícitas las representaciones de normalidad esbozadas en el discurso de la ciencia. La adaptación implicaba un modelo normativo de adultez representado en la individualidad masculina, que habría conquistado estoicamente la lucha contra sus propias pasiones, orientando internamente su voluntad hacia fines productivos, entre los cuales se encontraba la reproducción del núcleo natural de la familia. La mujer como complemento de la individualidad masculina, garantizaba la mediación de las relaciones de pareja –y de las sexualidades– a través del lazo matrimonial. Su presencia dulce y discreta evitaba el tentador retorno a los deseos no regulados, con lo cual también se establecía el control de las pasiones femeninas desde la vida marital. Este modelo de normalidad adulta se contraponía al mundo de desorden e ilicitud de las clases populares y las mujeres corruptas, carentes de autodomínio y utilidad en una sociedad con aspiraciones de civilización.

Por tanto, el desciframiento psiquiátrico de la enfermedad mental estuvo directamente vinculado con la construcción médica de representaciones sobre la sanidad y la insanidad individuales. Los patrones de normalidad/sanidad esbozaban una mentalidad individual como esfera de pensamiento racional, consciente y volitivo, producto de un sistema nervioso funcional que orientaba el comportamiento asimilado desde el modelo burgués-liberal de convivencia y producción social. Cuando este sistema se desequilibraba como resultado de una disfunción orgánica –heredada o colateral– se hacía posible establecer el ámbito descriptivo de la insania como entidad empíricamente discernible de desequilibrio constitucional y de fijación de estados patológicos, en los cuales el pensamiento sucumbía en el mundo de la irracionalidad.⁵³ En la mente del insano se verificaba un decurso fallido de pensamiento, un terreno oscuro, desordenado y peligroso, perdido en el sinsentido:

“Cualidades preeminentes del alienista: “cualidades imaginativas” que se desenvuelven simpáticamente con el espíritu del loco, pulsando, sondeando y dirigiendo á manera de hábil pianista ó experto piloto el inarmónico

53. Sobre el estudio de la historia cultural que derivó en la invención griega del concepto de mente, Olson (1998) expresa: “Sólo en el periodo clásico *psyche*, *thumos* y *noos* se unen en un concepto general de mente como órgano mental localizado en la cabeza (Snell, 1960), y sólo entonces la mente es vista en contraste con el cuerpo, controlándolo... (...) La concepción moderna de la mente y las nociones modernas de subjetividad se remontan por lo común hasta Descartes y su famosa frase: “Cogito ergo sum”: pienso, luego existo. Desde el siglo XVII, pensar más que conocer fue la función central de la mente.” (266 y 270. Destacado en el texto original).

teclado de un sensorio en desorden, y la no menos peligrosa costa en que á veces ignoramos los ocultos peligros donde zozobra la razón y surge la locura.”
(De Céspedes, 1900: 230-231. Destacado en el texto original).

Scull (1993) explica que, en el transcurso del siglo XIX, la psiquiatría definió la locura esencialmente a partir de fuerzas prenaturales, desde las que ciertas ideas irracionales dominaron la mente. Los insanos perdían la noción consensual de la realidad porque los procesos de pensamiento tomaban caminos erróneos. Por tanto, la misión del alienista era reconocer el cuadro perceptivo del *clivaje* de la razón, que permitía descifrar clínicamente los síntomas del individuo que los producía. La función del alienista era dirimir el estado patógeno que invadía la totalidad del enfermo.⁵⁴

Desde esta perspectiva, el insano era definido como una entidad anómala, a la cual se le excluían sus cualidades subjetivas y civiles:

“La situación del médico alienista, generalmente delicada y difícil en frente de sus enfermos, la mayor parte de ellos condenados á irremediable cronicidad y en frente también de sus familiares aquejados de un optimismo que les hace dudar hasta de la necesaria intervención del facultativo; su responsabilidad ante la sociedad que exige del sujeto enfermo y peligroso, el aislamiento, la secuestación y la tutela de su personalidad jurídica, todos estos antecedentes deberán investir al alienista de prestigio y de la autoridad necesarias para granjearse en primer término la confianza de sus enfermos...” (De Céspedes, 1900: 231).

La responsabilidad autoatribuida a la intervención médica, se sustentaba en la creencia de que el enfermo estaba incapacitado para producir juicios razonables sobre el mundo y sobre sí mismo; por tanto, no tenía responsabilidad emocional ni moral. Constituía una antítesis del modelo empírico de racionalidad como figura constante y universal de la naturaleza humana (Harris, 1991). Por tanto, la función de rehabilitación de la medicina, implicaba solidificar un campo de intervención sobre las “desviaciones” individuales del autodominio –orientado por la razón y la moralidad– mediante la legitimación de prácticas segregativas y la aplicación de categorías diagnósticas que consolidaran una clínica empirista.

54. Foucault (1987: 6) analiza la construcción de la clínica médica en el siglo XIX a partir de la espacialización y la verbalización de lo patológico, construido entre el lenguaje médico y su objeto: “Las formas de la racionalidad médica se hunden en el espesor maravilloso de la percepción, ofreciendo como primera cara de la verdad el grano de las cosas, su color, sus manchas, su dureza, su adherencia. El espacio de la experiencia parece identificarse con el dominio de la mirada atenta, de esa vigilancia empírica abierta a la evidencia de los únicos contenidos visibles.” Un aspecto que Foucault no toma en consideración es que entre el lenguaje y el objeto médico habría que situar también las mediaciones culturales que encarnaban diversos dominios en la vigilancia empírica de la locura.

Desde este acercamiento preliminar a la visión de los alienistas sobre la insania mental, se inicia el estudio de las estructuras diagnósticas registradas en el país entre 1892-1910. En este tramo interesa comprender las argumentaciones que la psiquiatría oficial esgrimió para diferenciar empíricamente la enfermedad mental del mundo de la racionalidad y la influencia de esta concepción en la práctica clínica de clasificación de los trastornos. El estudio de las nosografías clínicas cobra especial relevancia, debido a que desde ellas se expresaron tanto las nociones científico-morales involucradas en la descripción de las patologías, como los dominios médicos en torno a las manifestaciones de malestar entre las mujeres internadas, a través de la violencia tecnicada que expropió los contenidos subyacentes de conflicto y transgresión expresados desde el descontento.

En diversas ediciones de la *Gaceta Médica de Costa Rica* de principios del siglo XX, se publicaron artículos que tenían como tema central las clasificaciones psiquiátricas de las enfermedades mentales.⁵⁵ La necesidad de difundir y actualizar el conocimiento médico en este campo, requería de información sobre los avances de la psiquiatría reconocida internacionalmente. En 1904 se publicaba un extenso artículo donde se planteaba la concepción psiquiátrica respecto a la génesis de las patologías mentales. A partir de la teoría de la degeneración constitucional, se establecía el decurso del procedimiento natural de eliminación de los menos aptos para la supervivencia y la adaptación social:

“...se reconoce como origen la degeneración cerebral transmitida de padres á hijos por la ley de la herencia, responden al procedimiento eliminatorio empleado por la naturaleza para descartar á la especie de la rama débil, de la rama inadaptable.” (Ballesteros, 1904: 246. Destacado en el texto original).

Los directores del asilo retomaron estos postulados generales y los cuadros nosográficos elaborados por la psiquiatría descriptiva, adaptándolas a las observaciones clínicas realizadas en dicho recinto.⁵⁶

De acuerdo con Braunstein (1985), los modelos médicos de clasificación de las enfermedades mentales, utilizados por la psiquiatría descriptiva en el siglo XIX, tuvieron como base la

55. Entre las más extensas y detalladas se encuentran las publicadas por De Céspedes (1900) y Ballesteros (1904).

56. En el informe a la Junta de Caridad de 1904 el Dr. Prestinary explicaba: “Comprendemos que la clasificación de las psicosis presentada por nosotros no es absolutamente científica, pero sacrificamos, por ahora, á nuestro pesar, el rigorismo científico en gracia á la sencillez y claridad. Sobre todo porque nuestros informes no van dirigidos sólo á personas versadas en estos asuntos. De modo que, siguiendo la práctica de nuestro estimado antecesor, el Doctor Bansen, y la nuestra, expuesta en informes anteriores, pasamos directamente á dar cuenta de las enfermedades mentales que hemos asistido.”

clasificación efectuada por Pinel: melancolía, manía con delirio, manía sin delirio, demencia e idiotismo. Posteriormente, la sistematización realizada por Kraepelin –que incluía catorce categorías correspondientes a las psicopatías y reacciones psicógenas– fue la organizadora de la psiquiatría descriptiva del siglo XX: “La clasificación no solamente creaba los objetos sobre los que se aplicaba sino que creaba un lenguaje, un modo de pensar y unas reglas semiológicas que, a su vez, creaban a los psiquiatras como agentes de aplicación del sistema propuesto.” (Braunstein, 1985: 16-17). Desde que el Dr. Prestinary asumió la dirección del asilo, fueron frecuentes las observaciones respecto al incremento constante de los ingresos al nosocomio, así como a la gravedad de los trastornos que se diagnosticaban a los internados. Esto implicaba una revisión de cuadros diagnósticos que permitieran incluir con mayor detalle y extensión los padecimientos crónicos e incurables. Asimismo, requería la incorporación de diagnósticos compuestos que daban cuenta de una mayor complejidad de los trastornos y a la vez actualizaban las nosologías, de acuerdo con el desarrollo de la psiquiatría oficial de principios de siglo.

En el informe a la Junta de Caridad de 1904, el Dr. Prestinary disertaba de la siguiente manera sobre las patologías relacionadas con “la gran familia de los degenerados” en el país, entre las cuales se habían identificado “...no solo a los que muestran la locura característica (...) y los que padecen nerviosidades muy cerca ya del desequilibrio cerebral patente (...) sino los que físicamente presentan defectos congénitos ó los que claudican moralmente, ó los que tuercen con raros caprichos el criterio intelectual, como los fetichistas.”

Estas observaciones clínicas tenían sustento en los modelos neurológicos que la medicina había desarrollado para explicar y clasificar diversos estados de deterioro del sistema nervioso. Según Porter (1993), estos modelos se basaban en la descripción de una extensa gama de condiciones mórbidas con localización anatómica, que permitieron generalizar terminologías referidas a lo constitucional, hereditario y degenerativo. Scull (1993) y Harris (1991) coinciden en reconocer la función que tuvo el desarrollo de la frenología sobre estos modelos neurológicos. La explicación empírica de la existencia del dualismo mente/cuerpo se resolvía postulando la noción de mente como sustancia inmaterial que operaba a través de un instrumento material denominado cerebro. Por otra parte, las enfermedades mentales se enmarcaron en cuadros perceptivos que definían las condiciones patógenas de los sistemas nerviosos fallidos hasta sus últimas ramificaciones. Demarcación que contenía una función más sutil, al adscribir los estados mórbidos dentro de determinaciones orgánicas negativas y fijas.

El predominio de la concepción organicista y descriptiva de las enfermedades mentales, influyó notablemente en las categorías diagnósticas registradas en el país entre 1892 y 1910. La percepción exclusiva de signos constitucionales de patología mental, dejaba de lado otras

dimensiones que confluían en la construcción de representaciones de insania, desde las cuales se expresaban modelos de normalidad y moralidad de la época, impuestos bajo condiciones de dominio. Estas dimensiones –anuladas desde la práctica psiquiátrica– referían, por una parte, a las regulaciones sociales involucradas en la sanción y segregación de comportamientos transgresores, y por otra, a las raíces histórico-sociales y subjetivas implicadas en la construcción del malestar y el conflicto psíquico. La exclusión de estos componentes permitió objetivar y patologizar las expresiones de descontento subjetivo, mediante la descripción de síntomas que se reconocían como manifestaciones de estados de desequilibrio constitucional, precursores de diversos cuadros diagnósticos. Debido a ello, las expresiones de malestar fueron clínicamente descritas como comportamientos disgregados del orden, y regulados desde el estigma de la locura.

Desde estas consideraciones, es indispensable replantear –frente a los discursos científicos empiristas– una lectura que permita reconocer los componentes involucrados en la manifestación de comportamientos deslindados de la interacción y los lenguajes habituales. Comportamientos que involucraban transgresiones socialmente sancionadas e inscritas en el ámbito de las desviaciones y que comprometieron la valoración social y moral de las mujeres internadas. A la vez, contenían padecimientos que comprometieron la relación de estas mujeres con sus mundos internos y externos.

En ambos sentidos, dichos comportamientos fueron manifestaciones individuales y sociales de un contexto en transición, rígidamente regulado desde estándares de disciplina y contención internas, tanto en el comportamiento público como en el privado. Asimismo, se expresaron desde “protolenguajes” en los cuales el cuerpo y los actos develaron traumas no verbalizados (Showalter, 1993, Bronfen, 1998). Desde esta perspectiva, el trauma psíquico no refiere a lesiones físicas o fisiológicas localizadas en el cuerpo, sino a experiencias conflictivas que se manifiestan desde el registro corporal, cuando las posibilidades para la verbalización de estas se encuentran bloqueadas o reprimidas. Paralelamente, los comportamientos que se expresaron de forma más disgregada en relación con la interacción y el discurso comunes –como los procesos psicóticos, los delirios y alucinaciones– representaron un mundo de sentido para los individuos que los produjeron (Castoriadis, 1998).

Lo anterior implica que la delimitación entre los mundos interno y externo constituye un terreno que puede ser fuente de conflicto para los individuos, con una intensidad y complejidad tal, que puede impedir o quebrar la unificación de la experiencia subjetiva: “La patología nos presenta gran número de estados en los que se torna incierta la demarcación del yo frente al mundo exterior, o donde los límites llegan a ser confundidos: casos en que partes del propio cuerpo, hasta componentes del propio psiquismo, percepciones, pensamientos, sentimientos, aparecen como si fueran extraños y no pertenecieran al yo; otros en los cuales se atribuye al

mundo exterior lo que a todas luces procede del yo y debería ser reconocido por este. De modo que también el sentimiento yoico está sujeto a trastornos, y los límites del yo con el mundo exterior no son inmutables.” (Freud, 1930: 3018-3019). Con el fin de comprender la disgregación del mundo común producida en las psicosis, Castoriadis (1998: 140-141) plantea varios componentes intrapsíquicos involucrados en su construcción: la experiencia corporal propia es registrada como cuerpo-sufrimiento y no como cuerpo-placer; los afectos generalmente devastados son masivamente reemplazados por la angustia; hay un funcionamiento evanescente del fantaseo, delirio y alucinación que reemplazan a la fantasía en el sentido habitual; las relaciones y propiedades de los objetos –incluido el cuerpo– devienen “delirantes”. La delimitación difusa entre la interioridad y la exterioridad que se produce en estos procesos intrapsíquicos no solamente se configura como resultado de experiencias subjetivas violentas y dolorosas; son también consecuencia de situaciones de represión y fragmentación social.

En un importante estudio efectuado por Rozitchner (1990) sobre los efectos subjetivos y sociales de la violencia autoritaria desde el Estado, expone los procesos a través de los cuales se instaura el terror y dominio sobre la población. Cuando acontecen situaciones extremas de conflicto y polarización político-social, la violencia que se encubre desde la interacción emerge a través del cuerpo social que ha sido sometido y marcado por ella. Estos procesos tienen implicaciones individuales, que se expresan en el cuerpo violentado de las subjetividades. Como consecuencia, la imposición del dominio autoritario puede instaurarse como proceso interiorizado en los sujetos; como experiencia de terror y angustia que si bien procede del exterior, es incorporada como vivencia de origen subjetivo. Es así como el germen histórico-social de la violencia se expresa también en las configuraciones subjetivas, que reproducen los fantasmas angustiantes de la experiencia individual e infantil –que deviene en múltiples matices y significados de violencia– y que se preserva traspasando la realidad histórica, adulta y colectiva.

Seguidamente se estudiarán las implicaciones de los dominios autoritarios desde las experiencias de mujeres que vivieron en condiciones extremas de conflicto y segregación, así como los contenidos subyacentes en sus actos, palabras e ideaciones delirantes, en momentos límite de malestar subjetivo.

La represión se desbordaba como impulso vital

Desde la práctica psiquiátrica desarrollada en el asilo de San José, el cuadro diagnóstico descrito con mayor frecuencia fue la manía. De acuerdo con las observaciones clínicas efectuadas por los directores, este padecimiento contenía dos grandes rasgos: era más recurrente entre las mujeres y la sintomatología presentaba mayor gravedad entre estas, especialmente cuando se presentaba el delirio agudo:

“La manía como siempre, es la enfermedad que mayor contingente ha dado, contando casi el doble de mujeres que de hombres, y presentándose con carácter grave en aquellas.” (Prestinary, Informe a la Junta de Caridad de San José, 1901).⁵⁷

Esta articulación entre generalidad y gravedad implicaba la identificación de signos patógenos comunes entre gran parte de la población internada, lo cual incidió en una amplia clasificación de comportamientos dentro del cuadro. Por otro lado, la verificación de estados de gravedad y cronicidad en los síntomas, era asociado con el deterioro en las condiciones de salud mental de los internados, tal como advirtiera el Dr. Prestinary en el informe de 1901:

“Incluimos en este grupo todas las diferentes formas de esta enajenación: delirio agudo, manía aguda, subaguda, crónica, intermitente; y además, el delirio alcohólico y las locuras infecciosas cuando han presentado síntomas de manía. Confirmamos hoy lo que dijimos en nuestro último informe: que sí tenemos en Costa Rica el delirio agudo, con el carácter gravísimo con que se presenta en otros países. (...) En este grupo ponemos los casos de amencia que se caracteriza por las alucinaciones en todas sus formas. Y también los de delirio agudo de cuya gravedad ya hemos hablado, y que por desgracia es tal que conduce la mayor parte de las veces á la muerte.”

Aunque estas “formas de enajenación” eran diagnosticadas en mujeres y hombres, la observación del Dr. Prestinary sobre la preeminencia del padecimiento entre las primeras, sugiere que entre las descripciones de manía hubo un registro particular de signos que se asociaron con comportamientos femeninos culturalmente sancionados. En el informe de 1905 señalaba que la gravedad del trastorno se explicaba por la presencia de actos violentos y destructivos, cuya manifestación común era el descontrol de los impulsos. La peligrosidad de estos estados requería de una pronta intervención:

“Más que otros, los maniáticos deben ser reclusos cuanto antes, no solo para poder lograr su curación sino para evitar conflictos á su familia, pues estos enfermos, por sus excitaciones violentas, por su inquietud, por su afán de destrucción, son muy molestos.” (Destacado mío).

57. Los datos de 1891-1901 muestran que en ese periodo la manía fue diagnosticada a 314 internados, de los cuales 160 eran mujeres y 154, hombres. En 1902, se consignaron 87 casos –no se desglosaron por género– en 1903 (95) –56 mujeres y 39 hombres– y en 1904 (115) –64 mujeres y 51 hombres–.

Si estas manifestaciones fueron identificadas con mayor frecuencia entre las mujeres internadas, entonces ¿qué implicaciones tenían sus “excitaciones” en la cotidianidad habitual de las familias y comunidades, así como en el asilo? Una primera aproximación al respecto tendría que considerar el sentido bizarro que se adjudicó a la expresión de emociones prohibidas en las mujeres dentro del contexto social de la época. Los actos de excitabilidad representaban amenazas en la interacción cotidiana, debido a que confrontaban patrones de comportamiento social impuestos desde la disciplina y contención internas, así como ideales de recato y delicadeza en la feminidad. Por tanto, activaban dispositivos de control para reencauzar la transgresión que representaban y la molestia que generaban. En los historiales clínicos se expresa el desarrollo de estos dispositivos como terreno de intervención sobre las “impulsividades disonantes” del orden, a través de la descripción de estados de desatino y excitación maniaca:

“...en seguida se trastornó, llegó a Cartago a la casa del padre en la madrugada, muy alegre, hablando mucho, cantando, con desatino por andar y asociarse con todo el mundo, esto duró un mes, después quedó buena y siguió dando clases. Ahora por segunda vez hace dos meses empezó lo mismo...” (H.C. 9130, Manía con síntomas histéricos, 1898), *“...al comienzo de la enfermedad se fue agravando poco a poco hasta llegar a una excitación violenta. Tenía desatino por andar, correr, hacer mil daños a los vecinos apoderándose de todo lo que caía en sus manos, cantando, riéndose, gritando, bailando continuamente...”* (H.C. 9228, Manía, 1902).

En el entorno inmediato de las comunidades operaban formas de señalamiento, directamente vinculadas con los patrones aceptables de desenvolvimiento social: la ruptura de los límites impuestos en la casa paterna, el desvanecimiento de las fronteras respecto a la propiedad privada y los espacios de interacción habitual. Estos constituían transgresiones explícitas a los modelos de convivencia incorporados desde las comunidades y se consignaban como precursores del trastorno. Estos antecedentes se establecían como continuidad de comportamientos anómalos, desde los cuales se detectaban fallas en el autocontrol de las emociones que eran denegadas a las mujeres: la alegría, la palabra ilimitada y el cuerpo en voluptuosidad, aparecían como señales certeras de desborde emocional y de manifestación del trastorno. En los registros médicos, la señal de “desatino” describía el temor y rechazo social sobre componentes vitales, que se traducían técnicamente como patología enclavada en la mente del maniaco: las manifestaciones de vitalidad que afloraban rompiendo las fronteras restrictivas de la vigilancia exterior, constituían estados de morbilidad en tanto ruptura de las propias barreras de contención. Estas expresiones –percibidas en el entorno como descontrol o exceso– transgredían las regulaciones familiares y comunales sobre el comportamiento de las mujeres; activaban el temor a la pérdida de límites sociales y subjetivos desde la feminidad. De esta forma, la “perversión de los impulsos” en los cuadros maniacos, unificarían los signos diagnósticos de la patología y el terreno de intervención de la terapéutica médica.

En el pasaje social que revertía los comportamientos transgresores de estas mujeres en signos de irregularidad, los componentes de vitalidad y descontento expresados eran anulados de su significación subjetiva. La protagonista del primer pasaje era una joven maestra que había irrespetado los estrictos márgenes de convivencia impuestos a las señoritas de la burguesía, era una trabajadora que desafiaba ese mundo restrictivo y limitado a las relaciones endógenas de la familia y el universo femenino. Experimentaba emociones prohibidas en el pequeño ámbito de la privacidad burguesa y ello implicaba para su entorno un inevitable proceso de contaminación en el mundo exterior a la familia. La transgresión descrita en el segundo pasaje implicaba desafíos más amplios para el entorno comunal, debido a que la emoción circulaba sin mediaciones; aparecía en toda su desnudez, “des-cubriendo” límites restrictivos en la femineidad: el cuerpo, la sensualidad, la ira. Esta exposición ilimitada, desafiante, de componentes rechazados, era socialmente inscrita como inminencia de una catástrofe que debía ser encerrada en las barreras de la patología individual.

Durante las primeras décadas del siglo XIX el desarrollo del paradigma de la alienación mental en las teorías psiquiátricas europeas, preservó esta sintomatología como estructura explicativa del cuadro. Lanteri-Laura (1998) explica que fue en la Escuela Francesa, especialmente en las investigaciones de Pinel y Esquirol, donde se redefinió la nosología maniaca, al sustituirse la teoría de los trastornos del humor por la teoría del delirio. En las investigaciones de Pinel sobresalía la referencia al predominio de la manía entre las alienaciones, así como el descontrol de los impulsos como estado estructurante de la enfermedad: “La manía, la especie de alienación más frecuente, se distingue por una excitación nerviosa, o una agitación extrema que en ocasiones llega hasta el furor, y por un delirio general más o menos marcado, a veces con los juicios más extravagantes, o incluso una completa conmoción de todas las funciones del entendimiento. Tiene sus propios signos precursores, su explosión brusca o su desarrollo graduado, y sus periodos de violencia, de declinación y de convalecencia, cuando su marcha no es intervenida para nada; por consiguiente ella puede tener las apariencias de una enfermedad aguda; pero también puede prolongarse indefinidamente como una enfermedad crónica, y transformarse entonces en continua o periódica.” (Pinel, 1809. Citado por Lanteri-Laura, 1998: 61). La excitabilidad o agitación excesivas eran agravadas por la manifestación del delirio general, cuyos contenidos podían ser diversos. Esta orientación se mantuvo en el registro de las nosologías maniacas del asilo.⁵⁸

58. En las historias clínicas del periodo en estudio, aparecen las siguientes subclasificaciones del trastorno: manía con histerismo, manía aguda, manía subaguda, manía con alucinaciones, manía de melancolía, manía/ninfomanía, delirio alcohólico y amencia de Meynert. En la mayoría de estos relatos prevaleció la descripción de estados de excitación violenta y en muchos de los casos el registro de delirios generales, asociados con el descontrol de los impulsos.

Una ilustración al respecto es la descripción del cuadro maniaco de una mujer de 20 años, en el cual se expresa la lectura clínica sobre la manifestación de signos de excitabilidad. En el mapeo del cuadro se puntualizaba la presencia de signos precursores, que discurrían desde el desatino general hasta la tristeza y el llanto. Empero, el rasgo central que estructuraba la enfermedad era la persistencia de la impulsividad, como resultado del debilitamiento de las facultades morales y mentales. El comportamiento moral de la mujer se encontraba cuestionado por su salida de la casa, su desnudez pública y por su escándalo inacabable:

*“...principió con desatino por andar y correr y no querer parar en la casa, no dormía no comía y hablaba mil **disparates**. Unas veces cantando y desnudándose salía a la plaza del pueblo así donde se ponía a bailar y hacer mil **disparates**. Ruidosa y excitada día y noche, viendo relámpagos, figuras malas y otras cosas. Tenía un miedo atroz. Otras veces se pone triste, llorando y afligida. Algunas veces se ahincaba y rezaba a gritos, excitándose después mucho, porque el padre no la quería confesar.”* (H.C. 9217, Manía, 1901. Destacados míos).

De la misma forma que en los pasajes expuestos anteriormente, los signos precursores del trastorno se verificaban a partir de la transgresión social o difusión de límites de auto-contención. Sin embargo, desde este quiebre de fronteras sociales y subjetivas, las señales de aflicción interna en la joven brotaban sin mediaciones frente a otros, se develaban en la desnudez pública, en el registro corporal como acto primario de significación social. En la estampa de la mujer provocadora ante el pueblo, se escenificaba el grito actuado desde el cuerpo, un grito irreverente sancionado por el cura en la negación de la confesión. Las consecuencias sociales de estos actos, denegaban la posibilidad de absolución de su irreverencia pública y de sensibilización respecto a los miedos atroces que la atormentaban: el terror hecho alucinación permanecía a la deriva en su interioridad y se intensificaba cuando su grito por la salvación sagrada era silenciado. Por otra parte, la lectura médica acerca de los síntomas maniacos se orientaba al rastreo de actos e ideaciones irracionales que estructuraban el diagnóstico. En el pasaje anterior, la verificación clínica de estados de irracionalidad se exponía a través de la referencia permanente a los “disparates” protagonizados por la enferma, que era una acepción que prevaleció en las descripciones de todas las nosologías. Su significado clínico hacía referencia a la pérdida de discernimiento respecto a los estándares de comportamiento habitual, delineaba una esfera de sinsentido que invadía al enfermo y que se expresaba en sus actos y pensamientos dislocados.

En las narraciones desde las que se describía la presencia del delirio general como rasgo estructurante del cuadro maniaco, su desencadenamiento se asoció con estados de excitabilidad persistentes, que se fundían con ideaciones de diversa índole. Pese a esta multiplicidad

ideacional, los contenidos más recurrentes en los delirios se expresaron a través del misticismo religioso y del temor a la descomposición del cuerpo. La exaltación religiosa impuesta en el contexto decimonónico durante las últimas décadas del siglo XIX, tuvo implicaciones particulares en la socialización femenina. González y Pérez (1996) así como Poveda (1997) han analizado la transmisión de ideales espirituales en la feminidad, como ejes articuladores de la armonía familiar y comunitaria en contextos urbanos y rurales. La asimilación del marianismo desde diversas esferas eclesiásticas y la creación de congregaciones o cofradías religiosas, permitieron encauzar prácticas devocionales con una fuerte presencia femenina, que orientaron la misión de espiritualización de la sociedad.

Poveda afirma que la relación entre mujer y religiosidad se expresó –entre otras vertientes– en la imagen de la Virgen María como alma y centro de la familia. Desde su representación simbólica de piedad y moralidad, se transmitían los modelos de espiritualidad que debían ser inculcados en las mujeres. Su función en las familias era reproducir estos patrones de comportamiento, necesarios para preservar la armonía y continuidad de las familias. Estas funciones se recreaban en las congregaciones de madres e hijas cristianas, así como en las prácticas religiosas protagonizadas por las mujeres en diversas zonas del país, como señalan González y Pérez (1996). Los valores y prácticas devocionales religiosas se asimilaron en las experiencias de socialización de las mujeres, no solamente como mecanismo de control externo de sus comportamientos, sino también desde la incorporación de una conciencia moral autorreguladora. Los efectos subjetivos de esta interiorización represiva y punitiva en la feminidad, se expresaría en las ideaciones de mujeres que registraron estos dominios sociales desde formas no convencionales de figuración religiosa:

“...hasta hace 8 días principió a hablar de espiritismo y se consideró medium-escribiente. Continuamente ha estado escribiendo lo que dictan los espíritus, luego ha estado llamando a los muertos de la familia y afirma que ella es la Virgen Santísima y la esposa de San José.” (H.C. 9162, Manía con síntomas histéricos, 1899). *“Se cree la virgen de los dolores y ha tomado una expresión de dolor como el que tienen las imágenes de la madre de cristo. No se mueve del lugar donde está con los ojos fijos al cielo, sin querer tomar alimento. Casi todo el día callada y silenciosa, algunas veces grita para llamar á su hijo, á Jesús de Nazareth.”* (H.C. 9221, Manía con síntomas histéricos, 1902). *“Además tiene ideas de grandeza descabelladas: se cree sultana y la esposa de Mahoma, que sus lágrimas se transforman en perlas, etc.”* (H.C. 9529, Manía aguda, 1910).

Los valores y prácticas espirituales incorporadas desde la socialización femenina, constituyeron el material primario de los delirios, pero las significaciones reinscritas en ellos se

deslindaban de las formas convencionales de religiosidad y los modos habituales de devoción. Las iconografías como la Virgen de los Dolores reeditaban una feminidad adscrita a la dimensión del sufrimiento, establecida en la ética cristiana de la pena materna. No obstante, los delirios también podían romper dichos cánones, dando lugar a figuraciones de feminidad que accedían a otras dimensiones, como el privilegio del conocimiento. La imagen de la medium-escribiente poseía la cualidad de transmisión de la sabiduría divina, el contacto con el más allá y los mensajes de los seres perdidos que habitaban en el mundo celestial. El privilegio de la mediación entre los universos terrenales y sagrados, significaba la posesión de un don único y dignificante en relación con el resto de los mortales, que otorgaba atributos valorados a la condición femenina.

Por otra parte, en estas construcciones delirantes las iconografías de las familias sagradas tuvieron un lugar central, que permitió deificar a las figuras femeninas, accediendo a otros privilegios dignificantes: figurarse como madre de Jesucristo, esposa de San José o de Mahoma, implicaba la posesión de cualidades de creación divina y de cercanía con los dioses. Los lugares de consorte y madre sagradas adquirían connotaciones de respetabilidad más que de subordinación o devaluación, como intento de reivindicación de su valor y poder para la preservación y continuidad de las familias. De esta forma, en los delirios se expresaban las identificaciones subjetivas con los atributos de feminidad contenidos en la tradición cristiana, pero también se enunciaban las disonancias culturales respecto a la exaltación social del sacrificio en las mujeres, que adquiría versiones particulares desde los comportamientos e ideaciones disgregadas de la religiosidad habitual. La función reguladora de la espiritualización en el comportamiento cotidiano, se edificaba en la devaluación/idealización de la condición femenina, que podía experimentarse como fisura interna generadora de conflictos. En las ideaciones anteriores, esta escisión en las experiencias terrenales de la feminidad, era franqueada a través de la preservación del polo dignificante de la posesión de atributos sagrados y de riquezas, como pretensión de acceso a un poder propio, constantemente devaluado en la interacción social.

Cuando los delirios comprometieron directamente el registro corporal, la integración de límites entre lo interno y lo externo se fracturaba desde la imagen del cuerpo propio como registro de descomposición. Desde este registro, la exterioridad era experimentada como fuente de angustia que desintegraría la corporalidad interna, impidiendo la preservación de lo propio:

“...desde entonces comenzaron a ver fallas en su memoria, se le olvidaban las oraciones a medio decirlas. Luego rehusó los alimentos, alegando que tenían gusanos y venenos. Oía voces de espíritus que estaban debajo de la cama y que amenazaban con invadir la casa y no dejarla pasar.” (H.C. 9262. Manía aguda histérica, 1903).

El terror a ingerir lo de afuera, de ser invadidas o violentadas por la maldad exterior, expresaba un acto protector frente a la posible difusión interna. Eran imágenes de destrucción que se desplazaban fuera del sí mismo, como defensa contra la experiencia de invasión de la muerte: la animalidad y los espíritus malignos expresaban monstruosidades que amenazaban la existencia subjetiva, que impedían el accionar de lo propio. Asimismo, las vivencias de destrucción interna se expresaron como invasión masiva de lo intolerable, a través de la imagen corporal:

"...entre sus ideas delirantes predominan las religiosas, quiere a todo trance confesarse y comulgar y dice que con sus prácticas piadosas salvará a los bebedores, jugadores, etc. Está convencida de que tiene alacranes en el estómago y que vomita sangre y pus por los ojos, boca, orejas y nariz." (H.C. 9457. Manía, 1908).

La imagen de la putrefacción del cuerpo se transmutaba en el vómito de las inmundicias y de lo siniestro: "...el lugar donde se descubre el monstruo que transforma la imagen en verdad apocalíptica, que seguirá siendo *ad aeternum*; de ese lugar no puede surgir palabra alguna, sino el "grito de alarma" que anuncia la angustia." (Aulagnier, 1994: 301) Esa verdad apocalíptica, que tomaba forma en la construcción de contenidos delirantes, era la expresión de la presencia avasallante del horror en la corporalidad interna, que impedía nutrirse del mundo exterior. No obstante, era también un proceso de preservación, que evitaba así, "alimentar" los monstruos instalados en el cuerpo, impidiendo la destrucción absoluta del sujeto y su mundo de relaciones.

Estos contenidos también expresaron otra vertiente ideacional que surgía desde la interioridad: la salvación de las almas perdidas a través de las prácticas piadosas. La búsqueda de preservación interna frente a lo intolerable, evocaba una unión redentora –protectora– que anunciaba una salida para enfrentar la inminencia de la muerte subjetiva. El recurso del rito religioso aparecía como posibilidad de salvación interna. En 1907 Freud exponía que el dinamismo inconsciente del ceremonial religioso refiere precisamente a la búsqueda de protección subjetiva frente a componentes punitivos interiorizados, que intensifican la angustia. Así, mediante la penitencia se intenta minimizar la invasión masiva de esta, como se aprecia en el último pasaje citado. La necesidad de expiación –desde la confesión, la comunión y los actos piadosos– que procurara un alivio interno, podía adquirir tal intensidad, que prácticamente paralizaba la interacción cotidiana. En ese rito de purificación se intentaba alivianar el tormento posado en la interioridad, pero también se preservaba la reproducción de la impotencia culturalmente transmitida a través de la esperanza en la salvación divina frente a las incertidumbres de la vida social.

Los cuadros maníacos fueron expuestos como estructuras patógenas determinadas por el descontrol de los impulsos, rasgo que unificó estados de excitabilidad de diverso origen en los comportamientos. La identificación clínica de estos estados permitió la intervención médica sobre conductas fuertemente denegadas para las mujeres: la alegría y la pasión, las expresiones voluptuosas e indecorosas y en particular las distintas manifestaciones de ira —que muchas veces trascendieron los espacios familiares— se contraponían a las representaciones idílicas de feminidad. Estas transgresiones implicaron el cuestionamiento de las capacidades morales y mentales de quienes protagonizaron “desbordes” emocionales prohibidos, pese a que no todas las mujeres internadas que fueron diagnosticadas como maníacas presentaron síntomas de disgregación interna. El mapeo clínico de estos estados y la institucionalización de sus portadoras, finalmente mediatizó la regulación de las transgresiones, a través de un extenso umbral de estigmatización del malestar. Por otra parte, la descripción de los delirios generales permitió explicar la persistencia de los padecimientos, pero los significados subjetivos y sociales de sus contenidos quedaron ocultos desde la lógica reguladora de la racionalidad científica.

Constricciones internas de las emociones prohibidas

Los datos estadísticos presentados por el Dr. Bansen entre 1891-1901, mostraron que la melancolía fue el segundo padecimiento cuantitativamente diagnosticado entre los internados, siendo la mayoría de ellos hombres: de un total de 153 personas diagnosticadas, 60 eran mujeres y 93 hombres. Después del ingreso del Dr. Prestinary a la dirección del asilo en 1901, el registro de esta nosografía clínica empezó a disminuir sensiblemente y para 1905 este señalaba que ya no era tan frecuente en el país. Los datos reportados muestran que en este periodo la incidencia de la melancolía fue similar entre mujeres y hombres.⁵⁹ Los cambios registrados en este diagnóstico, proponen la interrogación acerca de los factores que pudieron influir en su disminución súbita: ¿estuvo relacionada con el cambio de dirección, que introdujo una lectura distinta de los síntomas? ¿la transición al siglo XX habría implicado efectivamente una disminución de las “vivencias melancólicas” entre los internados? Desde el análisis de las nosografías de melancolía y paranoia, podrían encontrarse algunas sugerencias respecto a estas incógnitas.

Foucault (1982) explica que la construcción de la estructura perceptiva del ciclo manía-melancolía antecedió el desarrollo de la psiquiatría durante el siglo XIX. Desde el periodo clásico hubo dos tendencias de comprensión del ciclo: una de ellas lo concebía como resultado de patologías autónomas y la otra como tensión de una misma enfermedad, pero en la

59. De acuerdo con los registros presentados por el Dr. Prestinary en los Informes a la Junta de Caridad de San José, los diagnósticos de melancolía en los primeros años del siglo XX se desglosaron de la siguiente manera: 1902 (19) 11 mujeres y 8 hombres-, 1903 (21) -8 mujeres y 13 hombres- y 1904 (13) -6 mujeres y 7 hombres-.

que se percibían signos opuestos. Esta última tendencia fue precursora de la noción maníaco-depresiva. Al respecto, Harris (1991) explica que cerca de 1854 los psiquiatras J.P. Falret y J.G.F. Baillarger habían expuesto el síndrome maniaco-depresivo como una sola entidad patológica, que anteriormente había permanecido separada entre manía y melancolía. A pesar de las diferencias explicativas respecto a la unificación o separación de estas nociones clínicas, las imágenes descriptivas del ciclo tendieron a prevalecer durante el siglo XIX de la siguiente manera:

“El espíritu del melancólico está completamente ocupado por la reflexión, de tal manera que la imaginación permanece en ociosidad y reposo; en el maníaco, al contrario, la fantasía y la imaginación están ocupadas por un flujo perpetuo de pensamientos impetuosos. Mientras que el espíritu del melancólico se fija sobre un solo objeto, único y al que atribuye unas proporciones irracionales, la manía deforma conceptos y nociones; o bien, los objetos pierden su congruencia, o bien los caracteres de su representación están falseados; de todas maneras, el conjunto pensante está dañado en sus relaciones esenciales con la verdad. La melancolía finalmente, se presenta siempre acompañada por la tristeza y el miedo, en el maníaco, por el contrario, se observan la audacia y el furor.” (Foucault, 1982: 419).

Esta tensión binaria definía síntomas de mayor gravedad en el polo maníaco, acentuados por el delirio general, en contraposición con el delirio exclusivo y secundario de la melancolía que a la vez significaba un pronóstico más favorable para la curación. Durante el siglo XIX el cuadro melancólico fue definido de esta forma:

“Todos los autores están de acuerdo en considerar que, en la melancolía los fenómenos fundamentales son: el estado emocional de dolor moral, insuficientemente motivado o incluso totalmente inmotivado, y los trastornos del ejercicio intelectual, llamado todavía detención psíquica.” (Ségla, 1894: 8).

Desde estos fenómenos precursores del padecimiento, resurge la incógnita acerca de la baja incidencia de la melancolía entre las mujeres internadas en el asilo de San José, cuya socialización propiciaba la interiorización del sufrimiento como registro de sus malestares internos. Por tanto, siendo el dolor moral uno de los fenómenos estructurantes del padecimiento, resulta significativo que su incidencia no haya tenido un delineamiento más feminizado. Lanteri-Laura (1998: 79-80) explica que la noción de dolor moral en el idioma psiquiátrico puede reconocerse desde inicios del siglo XIX. Junto al “enlentecimiento” psíquico, esta noción mostró los fenómenos primeros y fundamentales de la melancolía y del delirio melancólico, cuyos contenidos referían a la ruina, envilecimiento, incapacidad, autoacusación, culpabilidad respecto a

la sociedad y hacia Dios, persecución, temor a los castigos, ideas de negación y de inmoralidad. Estos contenidos tendrían una importante asociación con las experiencias femeninas de religiosidad, vigilancia y devaluación que se impuso en su desenvolvimiento social durante el XIX tardío. Sin embargo, los registros médicos sugieren que estos contenidos fueron percibidos no solamente desde los cuadros melancólicos, sino también a través de otros diagnósticos. La intensa incorporación de componentes moralizadores y culpabilizantes desde la socialización femenina muestra, entonces, las fuertes consecuencias que estos tuvieron desde diversos conflictos vividos por las mujeres de la época.

Un proceso similar se expresó en la descripción clínica del dolor moral. Entre 1891-1901 los registros estadísticos del asilo mostraron 58 causales de enfermedad atribuidas a este estado, básicamente entre mujeres –49–. Por otra parte, en el informe a la Junta de Caridad de 1903, el Dr. Prestinary reportó 18 mujeres –de un total de 22 internados– cuyos padecimientos se habrían originado en el sufrimiento moral. Al respecto, escribió: *“Como siempre, en los padecimientos de esta índole, el mayor número corresponde al sexo femenino.”* No obstante, este estado precursor de la melancolía no se presentó como factor explicativo de los padecimientos femeninos solamente desde este diagnóstico, sino que se asoció con el desencadenamiento de otras enfermedades. La escasa incidencia del cuadro melancólico entre mujeres, también podría explicarse por la identificación clínica de trastornos del ejercicio intelectual. Esta alteración era verificable entre quienes –se creía– poseían capacidades intelectuales que la enfermedad disminuía. Al ser este un rasgo cultural y médicamente negado en la naturaleza femenina, difícilmente era reconocible su alteración desde las descripciones clínicas. En este sentido, tanto Foucault (1982) como Showalter (1993) han descrito la construcción de las imágenes de melancolía como enfermedad primordialmente masculina.

Sobre los cuadros melancólicos entre los pacientes del asilo, el Dr. Prestinary anotó en el Informe a la Junta de Caridad de 1905:

*“Como se ve por este número, no es tan frecuente en este país como en otros. La única molestia, que no es poca, que ocasionan es la vigilancia cuidadosa que exigen por su tendencia al suicidio, y el tener que alimentarlos por sonda cuando rehusan el alimento.”*⁶⁰

60. En el Informe a la Junta de Caridad de 1902, el mismo director explicaba que dentro de las subclasificaciones de melancolía se habían definido: melancolía aguda simple, melancolía ansiosa, melancolía religiosa y melancolía subcrónica.

A diferencia de los maniacos, particularmente “molestos por su violencia, inquietud y destrucción”, los melancólicos resultaban incómodos por su tendencia a la retracción y aislamiento psíquico como estado que podía derivar en consecuencias peligrosas para los internados y para la institución. La percepción de estos signos fue determinante en la diagnosis del padecimiento, empero, no fue el estructurante único del cuadro, debido a que los síntomas maniacos también se registraron como desencadenantes del trastorno. Persistía así cierta unificación binaria de signos opuestos, pero delimitados en nosologías diferenciadas: la verificación clínica de estados bipolares se presentaba a través de la descripción preliminar de signos maniacos que precedían la cristalización del estado melancólico.

En relación con los contenidos que se manifestaron en los cuadros melancólicos, aparecen las ideaciones religiosas de carácter apocalíptico, que estuvieron vinculadas con experiencias en las relaciones de pareja y en la maternidad. Los componentes precursores de estos estados, expresaban tramas subjetivas en las cuales las vivencias de sexualidad y maternidad se trastocaban en conflicto:

“El 29 de junio dió a luz una niña. Tres días después principió a excitarse, y quiso que su esposo hiciese uso de ella. Como este se opuso, pues no lo creía conveniente, principió ella con un resentimiento que se convirtió ocho días después en un ataque de furia. Desde entonces se pasaba todo el día hincada rezando, ofreciendo a los Santos cuanta vela encontraba y suplicando que le trajeran al padre, pues sentía que pronto se iba a morir, que su última hora se acercaba y pidiendo perdón a todo el mundo.” (H.C. 9173, Melancolía, 1899. Subrayado en el texto original).

El nacimiento de una hija interpelaba no solamente la imagen de la madre, sino también la preservación de la mujer en la relación de pareja. Madre y mujer escindidas, en un conflicto que desataba la furia por la mujer perdida en la donación de la vida. Furia imperdonable, inaceptable en la representación materna femenina, que, por tanto, era retraída hacia la interioridad, como culpa e invocación de perdón.

Si la maternidad se transmutaba en vivencia apocalíptica, la única salvación era transformar en redención la ruptura interna:

“Hace una semana está completamente mala y hace tres días trató de ahogar en la acequia a su hija. Ahora se mantiene rezando mirando los santos, pidiendo perdón a todos, haciendo penitencia mui humilde y leyendo siempre.” (H.C. 9172, Melancolía, 1899).

Redención culpabilizante porque refería a una falta inconcebible en la mujer/madre: la denuncia del malestar en la feminidad que vive en conflicto la donación de la vida, cuando no ha podido ser para sí. El pasaje del posible infanticidio expresaba la anticipación de una tragedia en la cual el mundo de la mujer había colapsado frente a la interpelación de la maternidad: "En la escena del infanticidio, el interior del cuerpo viene a suplir el derrumbamiento de la frontera entre el adentro y el afuera. Como si la piel, frágil continente, ya no garantizara la integridad de lo propio." (Hidalgo y Chacón, 2001: 144). Desde esta angustia intolerable, el rito piadoso intentaba sostener el derrumbamiento de la frontera, como una piel externa que impedía la difusión subjetiva.

De forma paralela, la descripción de delirios secundarios mostró la manifestación de ideaciones de carácter persecutorio, así como la angustia por la posible evanescencia del cuerpo. En las construcciones persecutorias, el escenario de las ideaciones surgía desde la interacción cotidiana con las familias y vecinos, como espacio central de relación del sí mismo con otros. Lugares de relación con el mundo a partir de los cuales también se manifestaban quiebres subjetivos cuya angustia germinaba en la interioridad, pero que transmutaba las fuentes de la misma hacia las relaciones externas. En las imágenes persecutorias la angustia interna se disfraza de terrores externos, expulsa hacia afuera los desbordes de una auto-interpelación condenatoria. En esa difusión del adentro y el afuera, el sujeto se protege a través de la retracción psíquica, se defiende de la vigilancia que lo invade. Freud (1910) expuso que en estos delirios acontece una transformación del afecto: "...aquello que había de ser sentido interiormente como amor es percibido como odio procedente del exterior" (1520).

Para explicar las estrategias defensivas ante esta dolorosa experiencia, planteaba la alegoría de la vivencia del fin del mundo para interpretar el sentido de esa transmutación en el dinamismo subjetivo. En ella se construye un dique de protección, que no implica un cierre definitivo de la experiencia vital, sino un intento hecho por el sujeto para enfrentar las amenazas internas que lo atormentan. En esta misma línea, Aulagnier (1994) explica que en dichas experiencias, discurre un proceso de extrapolación del poder persecutorio del cuerpo hacia objetos exteriores, como protección que permite preservar la vida. Así el perseguidor queda fuera del yo aunque continúa formando parte de este.

En los delirios melancólicos descritos por los médicos, las fuentes persecutorias tomaban forma en las personas cercanas, que dañaban, injuriaban y traicionaban; que poseían poderes de destrucción conducidos hacia la devastación real o simbólica de la mujer:

"Después la enfermedad fue aumentando y ahora tiene ideas delirantes de persecución: cree que la cuñada es la causante de su enfermedad, pues ella le ha echado un maleficio, además tiene miedo a la gente." (H.C. 9532,

Melancolía Simple, 1910), “...siguió con ideas de persecución porque decía que la gente andaba diciendo que ella tenía relaciones amorosas con el menor de sus hijos. Tiene alucinaciones, oye que le reprochan eso.” (H.C. 9639, Melancolía Ansiosa, 1911).

La acción destructiva de “otros” en la imagen del maleficio –que conducía a la locura– o en la injuria del incesto –que ensuciaba el honor de la madre pura y sin deseos– resume el desplazamiento de las amenazas internas hacia la exterioridad del sujeto. En la escena del incesto madre-hijo, el reproche aparece como referencia auto-condenatoria ante una unión culturalmente prohibida, pero a la vez como negación/castigo del deseo en la madre. Así, sale a flote otra derivación de la prohibición del deseo en la mujer, que se transformaba en fuente generadora de angustia y persecución.

Estas ideaciones evocan también los extremos vividos desde la interacción social de la época, en relación con la vigilancia sobre las vidas “privadas” de las mujeres: sus relaciones de intimidad, sus sexualidades y maternidades podían constituir un foco de persecución real que adquiriría desciframientos subjetivos desde el delirio. En la experiencia del “miedo a la gente”, descrita en uno de los pasajes anteriores, se expresaban las implicaciones subjetivas de un contexto social intensamente opresivo y vigilante del accionar de la feminidad. Rozitchner (1990) explica que en estas experiencias, la violencia de la realidad externa se aglutina desde imaginarios arcaicos que son vivenciados como certeza en el mundo intrapsíquico: “...las fantasías más temibles se verifican en la realidad represora, así como la realidad aterrizante se verifica como “cierta” en la fantasía más persecutoria.” (132)

En las ideaciones secundarias de la melancolía, la posible evanescencia subjetiva también discurría a través del registro corporal. En ellos el cuerpo podía presentarse como precursor de una experiencia interna persecutoria; como referente de amenaza en el proceso de integración subjetiva:

“Desde ese día hasta hoy ha continuado lamentándose de sus pecados, principalmente de haber querido envenenarse, mostrando tal desesperación que el médico temiendo otra tentatura [de suicidio] la ha tenido hasta hoy bajo la influencia de narcóticos.” (H.C. 9248, Melancolía con síntomas histéricos, 1902).

La angustia frente a la vivencia interna del cuerpo, llevaba consigo la desesperada búsqueda de su desaparición a través del castigo, expresado en las tentativas de auto-aniquilación. En este sentido, la evanescencia subjetiva enunciaba un proceso de disgregación interna originalmente situada en el Yo/cuerpo fragmentado. Estas experiencias límite, en las que las posibilidades de unificación corporal y yoica podían diluirse irremisiblemente, también se expresaron en las ideaciones del cuerpo vacío:

“Tiene ideas fijas de estar desnuda de no tener ropa para poner de que ya no exista espíritu en su cuerpo. (...) Tiene ideas de suicidio y temblando de miedos. Mentaly depressed.” (H.C. 8979, Melancolía, 1893).

La vivencia de desnudez frente al mundo exterior, de despojamiento de las barreras de preservación internas, eran imágenes de un proceso de disolución de referentes subjetivos que transferían la mismidad a la nada. El “cuerpo sin espíritu” figuraba esta experiencia de disgregación y pérdida de vitalidad: la muerte posada en el sí mismo quedaba inscrita en los límites corporales y podía tornarse tan intolerable hasta convocar la auto-destrucción que diera salida a la desesperación del vacío.

Desde las descripciones clínicas de los estados melancólicos y maniacos, se manifestaron procesos subjetivos en los cuales la angustia masiva se instalaba en el registro corporal, a través de vivencias de descomposición y destrucción internas. ¿Qué develaban estos procesos, desde el interior de una cultura que estaba atravesando experiencias de represión y descentramiento social? Rozitchner (1990) propone que las experiencias subjetivas de desintegración remiten a procesos histórico-sociales en los cuales la corporeidad colectiva deviene disonante y fragmentada, produciendo así las condiciones para su propia destrucción. En condiciones de invasión masiva de angustia, este imaginario de disgregación impone en la interioridad un orden omnipotente que no se puede enfrentar; que se enquistaba desde la inmovilidad y la impotencia frente al mundo de relaciones sociales y subjetivas. Sin embargo, los pasajes anteriormente expuestos develan que la inmovilidad subjetiva no llega a ser absoluta, aun en procesos de intensa disgregación interior. Desde su intensidad se expresan múltiples intersticios de ruptura, desde los cuales las mujeres se resistían a la parálisis total: rehusaban los alimentos, ejercían prácticas piadosas, deseaban el goce del cuerpo, invocaban el perdón-comprensión. Recurrían a instancias de protección subjetiva asimiladas desde la propia cultura, entre ellas la heteronomía religiosa que permitía expulsar los demonios internos –la realidad amenazante– a través de actos de fuerte significación corporal. Nuevamente era el cuerpo el que cifraba lo denegado a las palabras de las mujeres.

Durante las direcciones de los doctores Bansen y Prestinary, los diagnósticos de manía y melancolía se mantuvieron como nosografías autónomas, que expresaban manifestaciones polares de trastorno mental. A pesar del registro no poco frecuente de signos binarios en uno u otro cuadro, los diagnósticos diferenciados se mantuvieron durante la primera década del siglo XX.⁶¹ Posteriormente, al sobrevenir un nuevo cambio en la dirección del nosocomio,

61. En algunas ocasiones el Dr. Prestinary se refirió a la presencia de síntomas polares identificados como maniacos o melancólicos: *“Poco a poco fue desarrollándose el trastorno, con alternancia de épocas de melancolía y otras en que tenía verdaderas excitaciones maniacales.”* (H.C. 9422, 1907).

como consecuencia de la muerte del Dr. Prestinary, aparecen los primeros diagnósticos de psicosis maniaco-depresiva como cuadro descriptivo de una enfermedad unificada en la tensión binaria de los síntomas, así como en la gravedad de estos dada por la manifestación de delirios.⁶² De la misma forma que en otras latitudes, el decurso clínico de ambas nosografías derivó en la noción maniaco-depresiva, que se había establecido como nueva configuración diagnóstica en la psiquiatría descriptiva del siglo XIX. En este sentido, la incorporación de nuevas nociones clasificatorias de las enfermedades mentales, expresaba cómo la evolución de la práctica clínica dentro del asilo redefinía las manifestaciones de los malestares subjetivos en los albores del siglo XX.

¿Un nuevo siglo más persecutorio?

Durante el transcurso de los primeros diez años de funcionamiento del asilo, el Dr. Bansen consignó el diagnóstico de paranoia en el cuarto lugar de incidencia de los trastornos. De 105 diagnósticos del cuadro, 43 correspondían a mujeres y 62, a hombres. Hacia 1902 estos datos describían que las paranoias se habían incrementado y las melancolías disminuido.⁶³ En el informe a la Junta de Caridad de 1904 el Dr. Prestinary se refería a la paranoia en los siguientes términos:

“Aquí contamos las locuras que los españoles llaman sistematizadas y algunas de las degenerativas que presentan los síntomas de paranoia, y que no pueden encasillarse aparte. (...) Temerosos de imaginarios envenenamientos, estos enfermos rehúsan la comida, por lo cual también es necesario aplicarles la sonda para alimentarlos.”

En esta exposición, el director del nosocomio definía como fenómenos estructurantes del padecimiento algunos de los fenómenos expuestos por la psiquiatría descriptiva en el siglo

-
62. Durante su primer ingreso al recinto en 1909, una de las mujeres fue diagnosticada de manía crónica. Cuando reingresó en 1912, el diagnóstico fue psicosis maniaco-depresiva. En la descripción de los síntomas se hacía referencia a ideaciones especiales, automutilaciones, intentos de suicidio y finalmente el “estado de caquexia de las enajenadas” que anunciaba un final trágico que generalmente llevaba a la muerte. En el primer ingreso de otra mujer en 1913, esta fue diagnosticada de melancolía y cuando reingresó en 1915, el diagnóstico fue psicosis maniaco-depresiva. Se describían ideaciones, actos destructivos en el entorno inmediato y abandono del cuidado personal.
63. El movimiento de esta reversión a partir de 1901 fue la siguiente: 1901 (melancolía: 19/paranoia: 34), 1902 (melancolía: 19/paranoia: 31. Del total de paranoia se registraron 12 mujeres y 19 hombres), 1904 (melancolía: 21/paranoia: 35. Del total de paranoia se registraron 17 mujeres y 18 hombres), 1905 (melancolía: 13/paranoia: 42). La melancolía era considerada por el Dr. Prestinary como pronóstico favorable para la curación, por el contrario, la paranoia tenía un pronóstico desfavorable.

XIX y principios del XX (Bogaert, 1992). Uno de ellos era la monomanía, noción introducida por J.E.D. Esquirol, desde la cual la alienación mental se asoció con una condición generalizada de desorden y disminución de la inteligencia. La monomanía fue propuesta como fenómeno estructurante del delirio intelectual, desde el cual se expresaban conductas y preocupaciones extremas (Harris, 1991). La estructura sistematizada del trastorno, era verificada a través de la monomanía y de las ideas delirantes –también sistematizadas– de carácter primario, que habían sido descritas por Bleuler. Siguiendo la exposición del Dr. Prestinary, los síntomas de paranoia involucraban estos dos rasgos, a los cuales se integraba la ideación persecutoria, que era una noción introducida por Lasègue. Las locuras degenerativas fusionadas en la nosología paranoica, básicamente correspondían a la subclasificación de paranoia crónica –distinguible de la paranoia aguda– desarrollada por Kraft-Ebing y a la verificación del delirio crónico en individuos con taras de degeneración –Magnan–. En los historiales clínicos de mujeres se encontraron las subclasificaciones de paranoia crónica, paranoia religiosa y paranoia completa.

En la descripción clínica de los estados paranoicos, sobresalió el relato de monomanías religiosas y de construcciones megalomaniacas o fantasías de omnipotencia. Las descripciones médicas sobre las monomanías religiosas fueron similares a las efectuadas en otras nosologías, pero en los cuadros paranoicos los alienistas identificaban el carácter sistemático o exclusivo en que estas se manifestaban, así como las ideaciones persecutorias que podían contener. Estos signos determinaban estados de cronicidad o gravedad mucho más intensos que en los delirios secundarios de la melancolía, en los cuales también se manifestaban ideaciones religiosas y persecutorias. Según la lectura efectuada por el Dr. Prestinary, la gravedad en la manifestación de tales estados, permitió redefinir clínicamente el incremento de la paranoia en el país y la disminución de los trastornos melancólicos. Este planteamiento pretendía verificar la manifestación de mayores grados de insania en el país, que se exponían como un signo de alarma ante el deterioro moral de la población. El terreno inicial de percepción médica sobre los estados precursores de las monomanías religiosas, se situaban a partir del exceso de fervor; en el desborde creciente o desviación respecto a la religiosidad convencional. El exceso de devoción o misticismo verificaba un signo de irregularidad, que cristalizaba en patología cuando se desencadenaba como contenido exclusivo:

“Siempre ha sido mui devota y metida en la iglesia, desde que empezó el trastorno reza y se ahinca mucho más. (...) Sufre mucho de visiones, como que viene mucha gente a atacar al cura.” (H.C. 9205. Paranoia, 1902). “...Poco después empezó a hacer mil disparates: colocaba los cuadros de los santos en el suelo y se acostaba sobre ellos, se hincaba y rezaba mucho, se iba a la montaña a buscar flores que ofrecía a Dios.” (H.C. 9374. Paranoia religiosa, 1906).

Desde estas descripciones, el carácter sistemático de la monomanía era asociado con la verificación del contenido religioso, no así con los sentidos implicados en la diversificación de devociones e ideaciones a través de los delirios. En los pasajes anteriores, el rito religioso expresaba la búsqueda subjetiva de refugios protectores frente a la angustia: la presencia constante en la iglesia y los actos piadosos con propósitos de salvación, contenían sentidos similares al acto de bajar los santos al mundo terrenal, para garantizar su cercanía y la preservación de sus atributos sagrados/protectores. De esta forma, la heteronomía religiosa encontraba su sitio en las significaciones delirantes; la angustia provocada en las experiencias terrenales se encubrían a través de los refugios divinos y las esperanzas de consuelo y salvación en los poderes del más allá.

La descripción de ideaciones religiosas dentro de este y otros cuadros, confirma la centralidad cultural que esta experiencia tuvo en los procesos socializadores de la época, como una de las dimensiones unificadoras de la integración social y de las identificaciones colectivas, así como recurso sustitutivo de protección frente a las incertidumbres que impregnaron la interacción cotidiana. El tránsito de la religiosidad convencional hacia formas transmutadas de misticismo religioso, develaban que en esta experiencia social, los componentes asentados en los ritos y valores espirituales, fueron redefinidos a través de procesos subjetivos dinamizados por la angustia masiva. Rozitchner (1990) denomina estos dinamismos culturales e individuales como “repetición del infortunio en letanía asfijante”. Los poderes del cuerpo histórico en retracción e impotencia, reproducen dramas subjetivos mediante la repetición incansable de lo mismo; a través del enfrentamiento irresoluble contra realidades que no son develadas: “Expresa el extremo límite donde el obstáculo se impone masivamente como una roca viva hecha por el apelmazamiento estéril de la propia sustancia personal” (132).

Otro de los contenidos descritos desde los diagnósticos de paranoia, fueron aquellos que referían a un sí mismo sobrevalorado. En estas ideaciones la figuración de vivencias subjetivas omnipotentes, se articulaba con experiencias de quebranto y devaluación psíquicas. Wurmser (1995) explica que la configuración de fantasías de omnipotencia ocurre cuando en el registro biográfico han acontecido experiencias de violencia y desolación que fragilizaron profundamente la integridad subjetiva. Dichas experiencias quedan inscritas desde la vivencia interna del atropello a las necesidades subjetivas de afecto y respeto, que puede derivar en una condición de vulnerabilidad del sujeto en la relación con otros. En la fantasía omnipotente esta inscripción se “revierte” hacia su sentido opuesto: la condición de fragilidad se transmuta hacia una identificación activa con las figuras de agresión, que es suscitada como protección contra la angustia provocada por el desamparo y violencia vivida. Así el sujeto

violentado y perseguido se hace poseedor de las cualidades de dominio de tales figuras. En este proceso acontece una compensación interna o yoica:

“...el enfermo atacado primariamente por el delirio de ser perseguido por magnos poderes siente la necesidad de explicarse tal persecución y llegar así a suponer que él mismo es una elevada personalidad digna de tanto interés.” (Freud, 1910: 1510).

Queda así cristalizado el origen precursor de las ideaciones megalomaniacas: la grandiosidad contiene los mismos atributos de poder investidos en las figuras o experiencias perseguidoras.

Las fantasías megalomaniacas de las mujeres internadas tenían un escenario privilegiado de expresión: los mundos idílicos de las familias y matrimonios donde la feminidad era representada desde un lugar de dignificación y respeto. El lazo conyugal con hombres poderosos y adinerados aparecía como vía que simbólicamente permitía acceder al amor y honorabilidad de las mujeres, según los cánones de moralidad de la época. Este sentido de honorabilidad a través del matrimonio hacía a la mujer merecedora de reconocimiento social: “...también tiene ideas de grandeza, que está rodeada siempre de Presidentes que quieren casarse con ella, y muchos otros disparates.” (H.C. 9353, Paranoia, 1905).

Por otra parte, la relación de pareja regulada desde el lazo conyugal, permitía exponer la dimensión de la sexualidad a través de la imagen del deseo de otro, desde condiciones de respetabilidad social. Sin embargo, la dimensión del deseo propio podía tornarse en fuente de amenaza cuando la tentación era muy intensa:

“Hace cosa de dos años que se acentuó en ella la idea de que un tal Sr. S. (...) había vuelto al país, rico y con intenciones de ser su marido. (...) Este es el tema de su monomanía, que en la semana última la tenía tan exitada, que pedía un revolver para quitarse la vida, pues “antes muerta que deshonrada.” (H.C. 9268, Paranoia crónica, 1900).

Los contenidos de las monomanías también adquirían connotaciones no religiosas: el temor provocado por la fantasía del deseo, imponía una prohibición interna –y cultural– expresada en la castidad como virtud femenina. Prohibición que develaba la condena del acceso a la pasión, en tanto constituía una fuente denegada a las mujeres. Así, el cuerpo propio y el goce de la sensualidad desde la feminidad, se transformaban en fuente de persecución interna, por lo que su enunciación se hacía posible a través de imágenes de deseabilidad atribuidas a otros.

En un contexto en el cual el péndulo oscilante entre la idealización y la devaluación de la feminidad, implicaba la denegación de sus potenciales de autonomía y valoración, el delirio omnipotente denunciaba la necesidad imperiosa de reconocimiento y dignificación personal. Este anacronismo ciertamente propició la construcción de fantasías compensatorias desde imágenes de feminidad investidas de grandiosidad, deseo y respeto. Sin embargo, las escenas anteriores sugieren que las ideaciones persecutorias y megalomaniacas no solamente expusieron procesos generados desde subjetividades violentadas y devaluadas, sino que también eran derivaciones de una vida social cada vez más compleja y regulada. La interacción social se encontraba regida por fuertes dispositivos normativos, vigilantes del desempeño personal a través del control interiorizado sobre el comportamiento propio y de los otros. En condiciones de disgregación subjetiva, dicho control adquiriría connotaciones persecutorias, debido a que las exigencias asimiladas condenaban toda función socialmente fallida o devaluada. Por tanto, el peso de la vigilancia social quedaba encerrado en los contornos subjetivos.

“La posibilidad abierta de todos los síntomas posibles de la locura”

Desde esta frase, Foucault (1982) exponía la imagen naturalizada de la demencia como esencia de la locura: una afección constitucional en deterioro absoluto y una perturbación total del espíritu. Esta imagen de demencia, trastocada irremisiblemente en sus posibilidades de control y racionalidad, ha representado históricamente el temor y desprecio hacia la locura. En los registros psiquiátricos del asilo de San José, se preservó esta representación de la demencia, a través de descripciones clínicas que mostraban estados grotescos e irracionales adjudicados al padecimiento. Entre 1891 y 1901 las estadísticas del asilo expusieron la demencia como el tercer diagnóstico más frecuente entre los internados: de 127 en total, 45 eran mujeres y 82 hombres. Esta alta incidencia en el registro del padecimiento persistió después de 1901, en medio de la advertencia médica sobre el aumento constante de casos, que se desglosaban de acuerdo con las subclasificaciones desarrolladas por la psiquiatría descriptiva.⁶⁴ Estas clasificaciones de la demencia permitían una diferenciación clínica de los trastornos denominados locuras congénitas –idiotismo e imbecilidad–. Sin embargo, en los historiales clínicos se observa una cercanía descriptiva entre ambos, que se relacionaba con las explicaciones médicas respecto a los estados estructurantes de estos padecimientos –también llamados locuras morales–: la degeneración constitucional última y el grado máximo de insania existentes. Sobre ellos el Dr. Prestinary expresaba en el informe de 1904 a la Junta de Caridad:

64. Estas clasificaciones eran: demencia, demencia primaria o precoz, demencia secundaria o senil, demencia alcohólica. En 1901 aparece registrada la demencia histórica. En 1902 se diagnosticaron 49 casos –25 de demencia primaria y 24 de demencia secundaria–. En 1903 fueron diagnosticados 64 casos –36 de demencia primaria y 28 de secundaria–. En 1904 y 1905 no aparece información al respecto.

“Llamamos la atención sobre el aumento considerable que van tomando las locuras congénitas en Costa Rica, porque ello demuestra que hay bastantes individuos que han llegado al grado máximo de degeneración en un país nuevo y que se precia de tener un grado medio de moralidad muy halagador para los sociólogos y los patriotas.”

La preocupación por el incremento de estos diagnósticos hacía una alusión directa a los procesos de deterioro moral que sufrían los individuos portadores y a la sociedad en general, que bien podría asociarse con la inquietud por el deterioro de la raza. En este sentido, la percepción de los grados últimos de degeneración constitucional y moral se mantuvo tanto en los diagnósticos de locuras congénitas como en las demencias. En las descripciones clínicas de estas nosologías, los alienistas unificaron los signos de excitación maniaca como desencadenantes comunes de deterioro constitucional en sus últimas ramificaciones. En los cuadros denominados “locuras congénitas” era frecuente que los estados de excitación percibidos –descontrol, desnudez, risa, furia o inquietud– se asociaran con la apariencia corporal de las mujeres internadas, generalmente descrita como “atontamiento o idiosia”. De esta forma, clínicamente se explicaba la gravedad del deterioro mental a través de formas corporales concretas que verificaban la degeneración:

“Hace cuatro meses empezó con miedos infundados, duerme mal, llora sin razón, y después se excita más de lo natural. (...) Trata de desnudarse, no come. Ahora llega casi idiota por completo, no contesta y todo el aspecto es de idiota, siempre riéndose.” (H.C. 9010, Demencia, 1894). *“Hace dos años recién muerto su padre empezó por la primera vez a trastornarse aborreciendo primero a la madre y vió al padre muerto y no quiso quedarse la noche en casa à veces ayudaba à veces se puso mal y así ha quedado por dos años siempre como atontada mientras antes no era así, los últimos dos meses se remató y no se deja sujetar.”* (H.C. 9117, Demencia/imbecilidad, 1891). *“Se desprende de esta carta que unos misioneros protestantes han trabajado para convertir a esta semi-idiota al protestantismo. (...) Probablemente el fanatismo de los misioneros (...) ha sido la causa de su excitación maniaca.”* (H.C. 9188, Idiotismo, 1900. Subrayado en el texto original).

Como se aprecia, la relación que los médicos establecían entre degeneración constitucional y excitación maniaca, permitía introducir elementos descriptivos que enunciaban la pérdida total de cualidades racionales y morales en las internadas; el momento de manifestación última de comportamientos degradantes y abominables. La imagen del “idiotismo”, explícitamente expuesta, otorgaba formas grotescas a estas manifestaciones. Cuando los diagnósticos de demencia aparecían clínicamente diferenciados de las locuras congénitas, también

predominó la descripción del descontrol de los impulsos como estado desencadenante de los trastornos. La imagen corporal no formaba parte de los relatos, empero, los estados demenciales se exponían a través de las mismas imágenes repulsivas: la impulsividad o vulgaridad descontrolada, el abandono de los hábitos de limpieza y cuidado personal, así como la caída en estados de marasmo o “caquexia”, que borraban toda cualidad humana en la trastornada. Estas descripciones brindaban un escenario óptimo para mostrar a la demencia como imagen donde convergían la violencia y el desorden extremos:

“1.1.900. Maldice horriblemente, ruidosa, agrede a las asistentes en la cara y en el vientre, ataca las personas con uñas y pies. Grita y pide bárbaramente a su B. [el esposo] en la noche. Defeca y orina en la ropa. (...) 1.6.901. Pulso sumamente débil y aun así aruña y escupe a las asistentes. NO PARECE SER HUMANA.” (H.C. 9170, Demencia, 1900. Mayúsculas en el texto original). *“Después le vinieron excitaciones violentas insultando a su madre y hermanas, rompiendo las ropas, destruyendo ropas, ensuciando la ropa, la cama y las paredes. Poco a poco se fue (...) más y más y ahora está indiferente y apática para todo: come cuando le dan, duerme cuando la acuestan, hace sus necesidades en la ropa.”* (H.C. 9227, Demencia secundaria, 1902).

Las dementes y las locas congénitas eran los monstruos de la irracionalidad: maldecían, agredían, atacaban, gritaban, defecaban, orinaban, aruñaban, escupían, insultaban, rompían, destruían, ensuciaban. Enlodaban irremisiblemente toda imagen posible de feminidad deseada, llegaban al colmo de la transmutación de la pureza y la decencia. Probablemente por eso, las descripciones médicas exponían con bastante laxitud lo incorrecto de las emociones expresadas por estas mujeres: sus miedos eran infundados, su llanto sin razón, su excitación más allá de lo natural. No quedaba vestigio de sentido en ninguna de sus manifestaciones subjetivas, ni rasgo de humanidad en quienes desencajaban el estricto orden de la neutralidad y la asepsia personal. Pero ¿qué denunciaba la “monstruosidad” que las habitaba, la desesperación extrema que expresaban ensuciando el mundo exterior? Ellas gritaban imágenes humanas, mundos de relaciones en peligro de desaparecer: la petición “bárbara” del esposo, la ira/grito por la madre y hermana. Lo grotesco tenía, entonces, formas humanas, nacía de experiencias tan desgarradoras, que solamente a través del terror era posible expulsar. A veces el horror interior era tan intenso y el mundo externo tan amenazante, que el sujeto intentaba cerrar las puertas y dirigirse a otro lugar que parecía inaccesible a la mirada de los otros.

De la histeria a la perversión: en el siglo XX se construían otras irregularidades de la feminidad

En los primeros años del siglo XX la *Gaceta Médica de Costa Rica* introdujo anuncios publicitarios sobre medicamentos, artículos médicos y alimentos como la leche Nestlé. En ellos se presentaban ilustraciones de madres y de enfermeras jóvenes y lozanas, como figuras encargadas del cuidado y la higiene de los infantes y las familias. Junto a estos anuncios aparecían otros, que referían a una nueva faceta de las representaciones de feminidad de la época: su nerviosidad. En 1907 se publicó el siguiente anuncio comercial:

“Enfermedades nerviosas.

*Insomnios *Histérico *Nerviosismo*

El cloral y el bromuro de potasio, que son los más poderosos modificadores del sistema nervioso, están felizmente combinados en el

JARABE GELINEAU

El más activo de los sedativos

El jarabe Gelineau constituye el medicamento por excelencia á oponer á la AGITACION NERVIOSA, que causa tan á menudo la mujer á ciertas épocas de su existencia.”⁶⁵

Las casas farmacéuticas se hacían eco de la divulgación del nuevo mal de la época, las enfermedades nerviosas. A la vez anunciaban la solución del mal para quienes eran sus principales portadoras, mediante el mercadeo de medicamentos específicos para su curación. El nerviosismo femenino en sus manifestaciones agitadas encontraría la cura a través de la fórmula medicamentosa de la sedación accesible a todo público. Si bien los anuncios aseguraban la curación de los padecimientos nerviosos para la población en general, también enfatizaban en la identificación del público femenino, más propenso a los desequilibrios debido a su naturaleza constitucional, tal como aparecía en el comercial de la misma casa farmacéutica publicado en 1908:

65. *Gaceta Médica de Costa Rica* (1907) Año XII, 1. Mayúsculas en el texto original.

“Afecciones nerviosas en general
Epilepsia Accidentes nerviosos de la menstruación
 y de
 La menopausia
 Grajeas GELINEAU”⁶⁶

En este anuncio se especificaban de forma más explícita los periodos de riesgo que las mujeres atravesaban como posibles precursores de trastorno mental: los dinamismos internos del cuerpo y sus peligros concomitantes. Sobre los significados clínicos adjudicados a estas representaciones, es importante recordar que en el imaginario médico del siglo XIX el cuerpo y la sexualidad femenina eran expuestas como condiciones naturales de desequilibrio; el erotismo y la concepción se explicaban a partir de estados mentales y morales de carácter irregular. Esta cosmología tuvo antecedentes en los imaginarios contruidos en torno a la nerviosidad femenina, que precedieron a las doctrinas médico-materialistas del siglo XIX, pero cuya continuidad se preservó en las representaciones sobre los sistemas reproductivo y nervioso de las mujeres (Showalter, 1993).

La asimilación de estas representaciones en la medicina oficial costarricense, se expresó en una de las ediciones de la *Gaceta Médica de Costa Rica* en 1899, que rendía tributo a Charcot después de su muerte. De su trabajo clínico se rescataba el descubrimiento de los fenómenos nerviosos a partir de lesiones orgánicas, desde las cuales los estados mentales se visualizaban como defectos psicofisiológicos heredados. Se rescataba también el desciframiento clínico de la histeria y de las enfermedades del sistema nervioso:

“La ciencia le es deudora de la doctrina de las localizaciones cerebrales, del método natural del estudio de las funciones y enfermedades del sistema nervioso, de la clasificación de algunas de estas enfermedades, del conocimiento del mecanismo funcional complejo del lenguaje interno, de la clínica del histerismo y del descubrimiento del hipnotismo y sus tres estados sucesivos.”
 (“La estatua del Prof. Charcot”, 1899: 6).

Ya fuera desde el mercadeo publicitario o desde las publicaciones oficiales del gremio médico, en el imaginario social se empezaba a difundir un “nerviosismo” específicamente femenino, contruido desde la concepción de una naturaleza disfuncional que incubaba gérmenes de insania.

Desde la práctica clínica del asilo, esta concepción se plasmó mediante la introducción de nuevas nosologías clínicas a partir de la dirección del Dr. Prestinary. Los diagnósticos de psicosis –particularmente la psicosis histérica– psiconeurosis, histeria y moral insanity, proponían nuevas derivaciones clínicas vinculadas con la moral y la insania femeninas. La

66. *Gaceta Médica de Costa Rica* (1908) Año XIII, 2. Mayúsculas y subrayado en el texto original.

particularidad de tales estados se explicaba por la relación entre las disfunciones de los sistemas nerviosos y la percepción de procesos de introspección mórbidos. Aunque el registro de la incidencia de estos diagnósticos fue cuantitativamente menor que las nosologías analizadas anteriormente, la nueva percepción clínica de ellos develaba el proceso que Foucault (1984) denominó como histerización del cuerpo femenino durante el XIX tardío. Proceso en el cual el cuerpo de la mujer fue analizado como corporeidad saturada de sexualidad, efecto de una patología intrínseca, que permitió la intervención de los dominios médicos sobre la feminidad: "...la Madre, con su imagen negativa que es la "mujer nerviosa", constituye la forma más visible de esta histerización." (127) Este proceso de dominio sobre los cuerpos y sexualidad de las mujeres internadas, se verificaría en las descripciones clínicas que se analizan.

Los alienistas concebían los trastornos psiconeuróticos e histéricos como estados nerviosos que no constituían enajenaciones o locuras estrictamente puras. En sus descripciones señalaban que dichos estados se estructuraban clínicamente a partir de signos semejantes a las percibidas en las neurastenias, que se desencadenaban como resultado de un agotamiento del sistema nervioso. La narración de signos histéricos involucraba, por un lado, la verificación de comportamientos asociados con labilidad e inestabilidad mentales, que desde el imaginario médico también constituían rasgos innatos de la naturaleza femenina. Por otra parte, estos signos eran vinculados con la descripción de ideaciones con contenido "erótico", que expresaban rasgos de morbilidad interna. La integración de ambas dimensiones estructuraba los estados "puramente histéricos", en los cuales también podía comprometerse la condición moral de la mujer. Tal fue el caso expuesto en el historial clínico de una maestra de 28 años, cuyo estado "histérico" fue asociado con la honra perdida:

"Hace cuatro años se fue para el Puriscal, donde dejó al año la escuela para irse a vivir con M.L.R. 1.4.08. Histérica en sumo grado, no ha presentado síntomas de enfermedad mental determinada solamente llora y se queja de su suerte, acusando a su amante de haberla sacado de su casa prometiéndole matrimonio." (H.C. 9442, Histeria, 1900).

El médico describía la presencia síntomas histéricos a partir del llanto, queja y acusación de la mujer con respecto al comportamiento de su amante. Estos actos de malestar explícitamente manifiestos, eran transformados en signos de morbilidad, debido a que la mujer había accedido a una relación extramarital que cuestionaba su condición moral. De esta forma, los sentidos de su inconformidad ante la situación vivida, quedaban inscritos en el marco de un comportamiento banal frente al error cometido. Desde esta lectura, el dolor y la rabia por la traición y abandono de la pareja, eran excluidos como componentes de la experiencia vivida por la mujer: la ruptura de una promesa y el desvanecimiento de un proyecto de pareja que había implicado su "entrega" como mujer.

En otros historiales los estados histéricos se reconocían a través de actos de simulación e irritabilidad, que se asociaban con signos disfuncionales en el cuerpo y la sexualidad. Esta indagación clínica sobre las manifestaciones “eróticas” en las mujeres internadas, evidenciaba la centralidad que la práctica psiquiátrica atribuía al desarrollo de las ideas mórbidas en la histeria. En el siguiente relato, el médico indicaba que los datos obtenidos respecto a la esfera sexual de una de las mujeres habían sido proporcionados por el esposo. Esta indicación clarificaba que en la práctica del asilo, los alienistas nunca indagaban estos contenidos directamente con las mujeres, debido a que ello podía propiciar el surgimiento de ideas mórbidas.⁶⁷ Desde esta práctica se expresaban los prejuicios médicos sobre el cuerpo y las pasiones femeninas y a la vez, se manifestaban las defensas que estos interponían frente a los temores y ansiedades que la sexualidad les generaba:

“Casó a los 16 años, se puso más nerviosa, con manifestaciones puramente histéricas. (...) No presenta manifestaciones eróticas, el acto sexual le inspira repugnancia y le produce dolor en la región útero-ovárica (datos marido). Se trata más bien de una histérico-neurasténica que de una verdadera alienada: caprichosa, mal humorada, come bien, hace paseos por los jardines y por la ciudad en carruaje. Facultades mentales normales.” (H.C. 9722, Psicosis histérica en 1913).

Cuando el médico afirma que la señora no presentaba manifestaciones eróticas e inmediatamente escribe que el acto sexual le inspiraba repugnancia y dolor, efectuaba una distorsión de los contenidos expuestos: los componentes sexuales no se expresaban como ideación morbosa –“propia” de la histeria– pero sí exponían sensaciones desagradables en relación con el cuerpo y la vida íntima en la relación de pareja. La mujer “se puso nerviosa” desde que contrajo nupcias a temprana edad: ¿por qué la sexualidad se transformó en repugnancia?, ¿qué ocurrió para que el cuerpo de la joven se transformara en fuente de dolor, ante la posibilidad de la intimidad con la pareja? Su mal humor, ¿se relacionaba con las experiencias anteriores? El texto exponía una situación de malestar en la mujer, directamente vinculada con temores respecto a la vivencia del goce desde el cuerpo propio y también denunciaba una amenaza en el acceso a la sexualidad desde el lazo conyugal. Este conflicto, clínicamente ocultado, pasaba a pertenecer a los actos banales y teatrales que los alienistas intentaban verificar en los estados histérico-neurasténicos que describían. Aun

67. “20 abril 1901. Aquí durante el tiempo que estuvo creció el vientre lentamente y la Asistente Mayor dio aviso que estaba embarazada. Como aquí se acostumbra mientras no haya una verdadera necesidad de no examinar el médico la esfera sexual de las mujeres alienadas por cuanto un examen semejante, en la mayor parte de las veces, aumenta la excitación y también el principio de nuevas ideas...” (H.C. 9178, 1900).

cuando no identificara estados patológicos puros, la práctica psiquiátrica no toleraba el no encasillamiento en estructuras taxonómicas, por lo que creaba nuevas categorías basadas en la negatividad o neutralización de los malestares.

Esta práctica se hacía aun más tangible en las descripciones de nosologías como las psicosis histéricas.⁶⁸ La principal causa explicativa de estos diagnósticos era la degeneración constitucional transmitida de padres a hijos, cuyas manifestaciones hereditarias o colaterales se rastreaban a través de las “ideaciones mórbidas” que presentaran las mujeres. En este mapeo se efectuaba una valoración de las vidas íntimas de las mujeres, por lo que la función normativa de los alienistas se establecía a partir de la intervención sobre los comportamientos “eróticos” definidos como esfera prioritaria de curación. La estrategia curativa era clara: implicaba el abandono de las fijaciones pasionales, imponía una vuelta a la desexualización de las vidas privadas de las mujeres:

“Asegura que hace más de un mes abusó de ella un ayudante de dentista y se cree embarazada. 21.5.1911. Los primeros días muy nerviosa con sus ideas puramente histéricas: la violación del dentista, matrimonio con un chino, etc. 2.4.1912. Muy nerviosa (ideas eróticas) cree que hay un hombre que la persigue y tiene miedo de caer. 1.5.1913. Se tranquilizó rápidamente, ya abandonó sus ideas eróticas.” (H.C. 9245, Psicosis histérica, 1913).

¿Qué se decía desde estas ideaciones “eróticas”? El cuerpo y la sexualidad femenina se asociaban con el temor al embarazo violentamente producido: la gestación nacía de un acto hostil contra el cuerpo de la mujer, de una invasión sobre la cual no existía dominio propio. La imagen del cuerpo aparecía como un terreno sin pertenencia subjetiva, como el reservorio del dominio de otros, que denunciaba la violencia social sobre sus contornos. La mujer nominaba la sexualidad desde imágenes persecutorias, que expresaban cómo la dimensión del deseo se había transmutado en angustia. Esta experiencia era otra manifestación de los efectos subjetivos de la represión de potenciales vitales en las mujeres de la época, así como de las expresiones de descontento frente a los conflictos que ello generaba en sus vidas cotidianas. En el siguiente pasaje se expone claramente la banalización que el discurso psiquiátrico efectuaba sobre los componentes de malestar entre las mujeres que presentaban estados “histéricos”:

68. Después de 1901 las clasificaciones de las psicosis incluían: psicosis epiléptica, psicosis sífilítica, psicosis circular y psicosis histérica, predominando esta última entre las mujeres.

“Cuando se le contradice se pone furiosa, coje palos y quiere pegarle al marido. Abandonó el cuidado de la casa (aunque no se ha vuelto desaseada)... (...) Unas veces ríe sin motivo, otras llora y tiene verdaderos ataques histéricos de gran histeria. El marido vino a verla y ella le hizo una gran escena que recordará a las eróticas.” (H.C. 9391, Psicosis histérica, 1906).

El control normativo del alienista hacía énfasis en la presencia de signos mórbidos, determinados por los vaivenes de la naturaleza constitucional femenina, proclive al erotismo. La descripción de la “escena histérica” frente al esposo intentaba puntualizar este componente: la alteración del curso regulado de la sexualidad en la relación marital. Por otra parte, las manifestaciones de rebeldía o ira, traducidas como actos hostiles o caprichosos inmotivados, expresaban rasgos de inestabilidad y labilidad propias de la histeria. La vigilancia externa del médico era recurrente y se encargaba de neutralizar, desde el lenguaje clínico, todo intento de expresión propia de los conflictos subjetivos que aquejaban a las mujeres. Por ello las afirmaciones relatadas en su discurso, siempre proponen dudas: “Cuando se le contradice se pone furiosa”, pues ¿quién escuchaba lo que decía?, ¿por qué la ira se presentaba como única salida de las experiencias internas?, ¿por qué la escena “erótica” y pública ante el marido sustituía el recato de la sexualidad marital?

Los cuerpos actuantes de las mujeres resguardaban estos contenidos silenciados, como registro de las tensiones y rupturas que se habían instalado en sus experiencias maritales. Develaban experiencias negadas en la domesticidad familiar: la sexualidad tenía formas y sentidos concretos –temor, violencia, embarazo, ira, deseo, goce– no era un ámbito exclusivo y neutro de reproducción; preexistía al matrimonio y dentro de este era un terreno de expresión de descontentos y también de transgresiones. El terreno transgresor de la sexualidad se manifestaba desde actos que referían a un ámbito sostenido en la opacidad, que la moralización de la mujer en la época no pudo silenciar totalmente. La resistencia de las mujeres ante los conflictos vinculados con el deseo, se expresaba en la “puesta en escena” de contenidos prohibidos en la feminidad, perfilando así un terreno posible de preservación de cierta autonomía personal.

Desde la objetivación y denigración de manifestaciones subjetivas directamente vinculadas con la vida íntima de las mujeres, la clínica psiquiátrica intentó disfrazar los conflictos desencadenados por las restricciones impuestas a las mujeres en la vida doméstica y de pareja. Chesler (1997) explica que las sintomatologías de la histeria y la neurosis en la mujer decimonónica eran precisamente un cauce de expresión de las relaciones de dominio asimiladas a través de la negación de la autonomía y el goce. Este ideal de sacrificio del sí mismo, fungió como mecanismo de control de estos componentes en la feminidad, que, no obstante, se quebraba a

través de malestares que provocaron temor y castigo desde los entornos sociales e institucionales. De esta manera, la regulación familiar y social de la “histérica”, fue reproducida por la institución psiquiátrica mediante la moralización y patologización de las experiencias íntimas de las mujeres.

En un sentido similar, Bronfen (1998) interpreta los síntomas de la histeria en el siglo XIX, como “simulaciones de la pasión” o escenas de malestar no verbalizado. En ellas el registro corporal expresaba las implicaciones de experiencias traumáticas que habían sido escindidas de la posibilidad de expresión verbal. Al reprimirse los orígenes de estas experiencias, sus significados subjetivos también fueron desconocidos: lo traumático se tradujo en simulación y el cuerpo en alteridad de un sí mismo en conflicto. En esa alteridad también se activaban los efectos de la opresión social sobre la simbolización en la feminidad, que impedía verbalizar las experiencias traumáticas. Prohibición que fracturaba los potenciales de resistencia a partir del entendimiento con otros: “Restricción a la propia circularidad subjetiva, retraída, excluida, alejada hasta de la prolongación “sonora” de su cuerpo hacia los demás. Aislamiento y distanciamiento extremo del cuerpo colectivo.” (Rozitchner, 1990: 131).

Otra de las vertientes clínicas que expresaron la “histerización” de los cuerpos y sexualidades femeninas, fue la descripción de estados de perversión moral clasificados en la nosografía denominada “Moral Insanity”. Showalter (1987: 39) explica que este concepto fue introducido por James Cowles Prichard en 1835 como “...perversión mórbida de los sentimientos naturales, afecciones, inclinaciones, temperamentos, hábitos, disposiciones morales e impulsos naturales, sin ser un desorden específico o defecto del intelecto, del conocimiento o de las facultades de raciocinio y particularmente sin ninguna ilusión o alucinación insana.” Esta visión clínica formaba parte de la ideología y la práctica psiquiátrica victorianas, que preconizaban su desempeño a partir de modelos domésticos de comportamiento y de la intervención curativa de sus transgresoras a través de la institucionalización. En 1901 se publicó un artículo en la *Gaceta Médica de Costa Rica* donde se exponía la definición científica de la nosología:

*“...la prostitución no es más que una forma de degeneración mental, el primer caso de la **moral insanity** revelado por la falta de pudor. (...) ...además de la mala educación, de los malos ejemplos, de la falta de trabajo, de la pereza, del lujo, de la seducción, etc., hay mujeres (hecho casi demostrado) que van a la prostitución instintiva, fatalmente, como van los locos morales al mal y el vicio. Así tal vez la prostitución no es más que una derivación de la criminalidad y que algunas prostitutas son, sin duda, desgraciadas que sufren **moral insanity**, locura o degeneración.”* (Laurent, 1901: 165-166. Destacados en el texto original).

Esta nosología clínica fue introducida en la práctica psiquiátrica del país durante el primer decenio del siglo XX, para explicar y clasificar trastornos cuyos orígenes se establecían en la degeneración constitucional. Esta degeneración podía manifestarse a través de las secuelas secundarias de enfermedades como la sífilis o desde taras hereditarias como el alcoholismo, entre otras. Como consecuencia de estas secuelas constitucionales, el trastorno ocasionaba la pérdida de sentimientos éticos y morales, no así de las facultades mentales que derivaban en enajenaciones o locuras. Fue así como los alienistas del país describieron la moral insanity como perversión del sentido moral. Algunos años antes, el Dr. Bansen había descrito el comportamiento histérico de una mujer, cuya ausencia de sentimientos éticos y morales era atribuido a la “mala vida” que esta llevaba. En los relatos sobre la moral insanity, se preservó esta linealidad descriptiva a través de la estigmatización de comportamientos entre mujeres que ejercían la prostitución, pero la adjudicación de estados de perversión moral también se extendió hacia mujeres que procedían de sectores populares. Este sesgo valorativo de los galenos sobre las formas de vida de las poblaciones marginadas y sobre las mujeres que rompían con los modelos idílicos de feminidad, se expresó explícitamente tanto desde la construcción misma de la nosología como en las descripciones clínicas efectuadas en el asilo nacional:

“Hace dos años que salió del Hospicio y empezó a rodar de casa en casa como sirvienta y prostituirse. (...) No presenta síntomas marcados de enajenación mental definida, aunque sí algunos de moral insanity. Julio 10 de 1909. Observada durante todo un mes se ha probado que R. no padece de enajenación mental es simplemente una pervertida moralmente, careciendo de educación. Además ha presentado síntomas de sífilis secundaria.” (H.C. 9487, 1909). “...la madre es una moral insanity y lleva mala vida. (...) ...abandonó el hogar conyugal y se fue a vivir con un hermano, dice que detesta la casa del esposo. En estos últimos tiempos se ha dado a tal impetuosidad al licor que por lo general se pasa en estado de ebriedad. Exitación sexual marcada. Apetito caprichoso.” (H.C. 9587, 1910).

La articulación que los alienistas intentaban establecer entre la degeneración constitucional y las formas de vida de los sectores populares, tenía como finalidad explicar la génesis de sus comportamientos a partir de la pérdida de sentido moral, transmitida a través de generaciones. La perversión moral fungía entonces, como estigma o signo degradante que también se manifestaba en la distorsión de la ética femenina: transgredían la moral doméstica, pero sobre todo, la moral sexual transmitida desde modelos idílicos de feminidad. Esta debilidad moral era nuevamente construida en el discurso médico, a través de las imágenes de mujeres malévolas y corruptas, cuya “exitación sexual marcada” o embriaguez verificaba los estados de perversión en que caían, como resultado de sus determinaciones instintivas. En el último pasaje

expuesto, se observa una narración similar a la empleada por los galenos en la descripción de las ideaciones “eróticas” de la histeria: la decencia sexual en el lecho conyugal se transmutaba en desborde de excitación en un escenario público. En esa transmutación se conjugaban los actos perversos o histéricos de las trastornadas. Frente a estas interpretaciones, nuevamente surgen incógnitas: si la mujer presentaba una intensa excitación sexual, ¿por qué habría abandonado el hogar conyugal, donde podía satisfacer sus desafueros?, ¿por qué detestaba a quien podía ser objeto de sus instintos?

El acercamiento al proceso cultural e institucional desde el que se configuraron representaciones sobre la insanidad psíquica de las mujeres en el contexto de transición al siglo XX, implica retomar varias dimensiones que se articularon durante el periodo de reforma liberal a través de la campaña de saneamiento social. Una de ellas se desprende de la práctica psiquiátrica, desde la cual las manifestaciones de malestar y aflicción de las mujeres fueron traducidas clínicamente como trastornos nerviosos, empíricamente discernibles y determinados por leyes naturales y universales. Desde esta concepción, la práctica médica orientó su intervención sobre los nervios, los patógenos y las pasiones instintivas, excluyendo los significados histórico-biográficos de las manifestaciones subjetivas de conflicto. Las descripciones del decurso de los trastornos desde determinaciones orgánicas degenerativas, permitió a la vez delimitar un terreno específico de control sobre los desequilibrios o desórdenes individuales. Terreno desde el cual se patologizaron amplios umbrales ruptura o transgresión, cuyas manifestaciones pasaron a pertenecer al oscuro mundo de la irracionalidad.

De forma correlativa, las descripciones nosológicas expuestas desde la práctica asilar revelaron diversas formas de expresión de conflictos entre las mujeres de la época. Algunas de ellas vivieron la condena social a través de la imposición de locura, como resultado de las transgresiones a los modelos de feminidad convencional, hecho que traspasó condiciones de clase, raza y procedencia geográfica. La “prostituta arrastrada”, la joven esposa que celaba al marido, la maestra que se asociaba con todo el mundo, la señora que pedía hombres “para que la calmaran” o la que deseaba sexualidad después del parto, representaban una amenaza a los rígidos cánones de moralización del comportamiento femenino. En este sentido, la manifestación de emociones prohibidas en la feminidad –particularmente los componentes agresivos y sexuales– activaron la imposición de dispositivos de dominio que permitieran sancionar su “desborde” mediante el estigma de la locura.

Desde otras experiencias femeninas, los procesos anteriores fueron más complejos, debido a que los conflictos no solamente comprometieron el comportamiento social, sino también la integración subjetiva. Las prácticas médicas fueron particularmente inquisidoras de la expresión

de emociones denegadas –“impulsividades”– que se establecían como precursoras comunes de casi todos los padecimientos en la feminidad de la época. Esta puntualización permanente de la ruptura de la autocontención y disciplina interna, paradójicamente expresaba un quiebre en la racionalización de la vida social: la constricción subjetiva de las emociones culturalmente prohibidas se desbordó en manifestaciones recurrentes de descontento. Constricción particularmente asimilada desde la socialización femenina, a través de representaciones de pureza y recato, que, trastocadas en impulsividad, fueron sancionadas desde la atribución externa de locura o perversión. En los delirios, esta feminidad disconforme expresó los sentidos de sus malestares: la vivencia persecutoria sobre sus vidas, la desvalorización/anulación de su función social a través del vacío o la monstruosidad instalados en sus cuerpos, la expiación de los tormentos y la redención de las culpas mediante rituales místico-religiosos y el temor al goce de sus cuerpos, sensualidades y maternidades. Eran componentes escenificados desde procesos disgregantes del mundo interno y externo, que referían a un contexto de dominio violento y opresivo, a un mundo de relaciones sociales que fragmentaba la sociabilidad compartida, y que situaba las funciones femeninas en la oscilación permanente entre la anulación e idealización de sus comportamientos.

La cura física y moral desde la intervención sobre los signos externos

“Yo espero que el 30 del corriente saldré de este Infierno. Y no me refiero al Asilo Chapuí, sino al poder de las tinieblas.” (H.C. 10204, 1920).

El desarrollo de políticas de saneamiento social y la influencia de la medicina oficial en esta campaña estatal, favorecieron la consolidación paulatina del campo de intervención científica sobre los malestares sociales y subjetivos durante el último decenio del siglo XIX. En este contexto, la práctica psiquiátrica tuvo una función central en el proceso de individualización de la enfermedad mental, que implicó la aplicación de diversas técnicas curativas sobre los internados en el manicomio. Este proceso estuvo articulado con una experiencia social desde la cual las familias y comunidades empezaban a identificar y estigmatizar ciertos comportamientos y formas de vida desde la interacción cotidiana. Desde ambas dimensiones, los mecanismos de objetivación de los “trastornados” derivaron en prácticas de exclusión social, cuyo punto culminante fue la institucionalización intramuros.

El tema que ocupará las reflexiones de este tramo es la experiencia institucional relacionada con la intervención médica sobre los malestares expresados por las mujeres internadas. Mediante la puesta en práctica de terapéuticas científicas en el interior del asilo, los médicos ejercieron estrategias de dominio fundadas en diversas segregaciones. Interesa particularmente

reconocer aquellas que silenciaron los significados de los conflictos de las mujeres, a través de explicaciones técnicas que redujeron las manifestaciones subjetivas a comportamientos patógenos, determinados por desequilibrios constitucionales. Este silenciamiento permitió establecer prácticas terapéuticas orientadas hacia el “retorno de la normalidad” individual, cuya finalidad era la incorporación de patrones de disciplina y funcionalidad acordes con el nuevo orden económico-social.

La imagen del asilo que los directores expusieron en los informes anuales, evocaba el mito de la domesticidad construido en el XIX tardío: un refugio seguro y pacífico que protegía de las amenazas del mundo exterior. El carácter endogámico del refugio pretendía una convivencia familiar y tranquila, guiada por la autoridad protectora del padre. Esta autoridad era también salvadora de los infantes perdidos en el mundo de la locura. Desde la simbología de la casa paterna, el resguardo de las personas internadas era propuesto a partir de la separación del ambiente contaminante del afuera y la vigilancia constante del doctor:

“Llevar al insano al Hospicio es ponerlo en condiciones más higiénicas, y alejando de él las causas de la enfermedad, él recibe impresiones nuevas, siempre está bajo el constante régimen y control del médico... (...) ...basta ver estos números para comprender el gran bien que resulta para estos infelices que ahora reciben protección y un cuidado esmerado en nada comparable con lo que antes se hacía sufrir en sus casas...” (Informe a la Junta de Caridad de San José, 1893). *“La vida de los enfermos en nuestro Asilo, se desliza tranquila y familiarmente, tanto con el personal de la casa, como entre ellos mismos: se trata así de no hacerles sentir la dolorosa separación de su hogar y de quitarles á la vez de aquel ambiente perjudicial donde ellos contrajeron su desequilibrio mental.”* (Informe a la Junta de Caridad de San José, 1902).

Esta simbología también verificaba una práctica real, un primer paso hacia el control heterónimo de los comportamientos en un espacio intramuros, donde permanentemente se escenificaba la enfermedad, razón de ser del asilo y del tratamiento. Esta práctica confluía con el imaginario de racionalidad humanista, puesta el servicio de las formas científicas de regulación social: “Ella ha movilizad también la buena voluntad paternalista en que se inspiraba la mayor parte de sus primeros representantes para dar a la vida del asilo su primer estilo, esa mezcla de autoritarismo y de humanismo que es propio de los profesionales de la asistencia y del albergue en los asilos.” (Castel, 1981: 157).

En la pretensión de crear una geografía curativa aislada y armónica, todos sus habitantes eran inducidos a la endogamia. El director asistía a la institución todos los días, incluyendo los feriados y domingos que hacía guardia y el resto del personal residía dentro del nosocomio y tenían

tarde libre cada cinco días.⁶⁹ Para el Dr. Bansen el bien de la institución y el beneficio de los enfermos a su cuidado, implicaban el sacrificio de sus actividades privadas. (“Amonestación al Dr. Bansen”, 1899: 171). No obstante, en este encierro “compartido” también habitaban conflictos que se expresaban no solamente desde los enfermos, sino también desde los lugares intermedios de la institución ocupados por los asistentes, quienes eran los encargados del trato cotidiano y directo con los internados:

“...no ha sido posible conservar buenos sirvientes siempre, pues de los asistentes ingleses, los dos primeros se fugaron y abandonaron el país (...) la razón del cambio de sirvientes ha sido siempre por disgustos entre ellos mismos.”
(Informe a la Junta de Caridad de San José, 1892).

Este lugar intermedio –entre la locura de los pacientes y el saber del alienista– expresaba la lógica contraproducente del encierro institucional como situación productora de sus propios conflictos. Por otra parte, la condición de servidumbre que el director atribuía a los asistentes, develaba relaciones de dominio dentro de la casa, a través del control médico que aseguraba un poder mediado por la autoridad de su presencia y su conocimiento. La preservación de esta dinámica también requería el aislamiento del mundo exterior mediante la prohibición de las visitas de los parientes. La argumentación respecto al efecto dañino de los gérmenes contaminantes del exterior, también sostenía la necesidad de prevenir “la excitación nerviosa” de los pacientes, el desborde de las emociones y del desorden, frágilmente sostenidos desde la regularidad institucional:

“...porque perjudican al enfermo en su tratamiento ó hacen volver atrás al que marchaba en vías de curación. (...) Con la prohibición de las visitas hemos conseguido implantar en él cierta monotonía de la vida, que aunque aburrida y fastidiosa para los sanos, opera de manera admirable sobre un sistema nervioso excitado, tranquilizándolo.” (Informe a la Junta de Caridad de San José, 1902).

La apertura del asilo justificaba la intervención institucional sobre los enfermos de la razón, desde la cual confluían idearios de funcionalidad productiva y normativa, expresados en la clínica psiquiátrica. Este quehacer requería traducir toda disgregación del orden establecido en categorías patológicas que dieran cuenta del fracaso de la disciplina interna, necesaria para el trabajo y la utilidad social. Así, la enfermedad mental contenía rasgos de disfuncionalidad e improductividad que incidían en el desenvolvimiento social de sus portadores. Correlativamente, dichas disgregaciones o transgresiones eran explicadas como derivaciones

69. González (1979) señala que en 1912 se construyó la residencia del director, denominada “Casa Verde” dentro del perímetro del nosocomio.

patógenas de sistemas nerviosos desequilibrados. La anomia productiva de los enfermos tenía, entonces, orígenes orgánicos. Esto implicaba que desde el punto de vista de la clínica empírica, la cura debía orientarse a la normalización de estos sistemas, con el fin de procurar el retorno a la funcionalidad social. A través de la eliminación de los agentes patógenos, el tratamiento se transfería a la disciplina de los cuerpos, dentro de un régimen de “reversión” del desequilibrio:

“El tratamiento de los enfermos en el Hospicio Nacional es en primera línea fisiológico y moral, á la par con muy buena alimentación, y si no es suficiente solo en caso de absoluta necesidad también medicinal. (...) Procurar en lo posible el bienestar, nunca usar la fuerza bruta ni castigo corporal. Ocupar los enfermos en trabajos rurales ó de agricultura, dejando descansar el cerebro y sistema nervioso” (Informe a la Junta de Caridad de San José, 1893). *“...que bajo un régimen especial y así sujeto á la disciplina del establecimiento; se ha podido acostumbrar al trabajo y abrigamos la esperanza de devolverlo á su familia, en estado de serle miembro útil.”* (Informe a la Junta de Caridad de San José, 1902). *“...respecto a los tratamientos hago lo posible por ir á la par de los europeos, en esta noble labor de atender á los infelices, y de buscar ávidamente el medio de normalizar tanto cerebro desequilibrado.”* (Informe a la Junta de Caridad de San José, 1905).

En los intentos científicos de normalizar cerebros disfuncionales, se verificaba la introducción de dispositivos técnicos de coerción, mediante terapéuticas clínicas que aparentemente sustituían el castigo corporal de los enfermos, efectuado en épocas precedentes. Empero, el encierro intramuros requería el apremio corporal como medio de imposición disciplinaria, que desde la ética de la utilidad productiva, garantizara la reinserción social del paciente rehabilitado. El intenso significado normativo de esta concepción de la cura, también permite entrever las implicaciones políticas de estas prácticas, desde los principios higienistas de los liberales. Las descripciones médicas respecto a la génesis de los padecimientos, viabilizaban la adscripción de rasgos de desviación a personas o poblaciones cuyas formas de vida se deslindaban de los patrones de producción y utilidad. A través de este proceso y como plantea Goffman (1981) lo primero que opera es la identificación de la ruptura con la regularidad social.⁷⁰ Ahora bien, suponiendo que la ruptura con esta regularidad estuviera mediada por la

70. “Naturalmente algunas condiciones personales como la pérdida de la memoria, o una intensa sensación de ansiedad, o un grave sentimiento de persecución se transforman rápidamente de transgresiones en síntomas, pero también en este caso frecuentemente acontece que las primeras en ser trastornadas son las reglas sociales que rigen la forma en la cual una persona puede orientarse correctamente o percibir su propia situación.” (266)

gravedad de los síntomas —como los delirios, alucinaciones o los actos de automutilación— el terreno de las intervenciones médicas continuaba demarcado en la eliminación de signos patógenos de origen neurológico. De esta forma, al adscribir la cura a lo constitucional, clínicamente desaparecía el tema del conflicto intrapsíquico y políticamente se ocultaban las expresiones de malestar social. En las estadísticas anuales del nosocomio el registro de las curaciones daba cuenta de esta finalidad.⁷¹

Los resultados de las inspecciones de representantes políticos al recinto, reafirmaban los significados ideológicos de la normalización a través del tratamiento científico. La verificación del éxito institucional sobre los desórdenes mentales, expresaba así un paralelismo entre la cura y los objetivos políticos del saneamiento social, en términos del retorno a la racionalidad de la conciencia y la funcionalidad social: “*Existe en el vulgo la falsa idea de que en el Hospicio no solo se desatiende á los enfermos, sino que para sujetarlos en momentos de exaltación se les maltrata brutalmente. Nada más falso ni más injusto. Hemos visitado los departamentos y hemos admirado no solo la solicitud con que se atiende al enfermo, estimulándolo por el cariño, sino el aseo perfectísimo, el espíritu de orden absoluto que allí reina. (...) Quien sale de allí curado lleva ideas de orden y un buen caudal de conocimientos útiles para la vida real.*” (Oreamuno, Pacheco y González, 1904). Al igual que los alienistas, los voceros de la razón del Estado justificaban los altos costos erogados por el asilo, en virtud del saneamiento moral y mental que transformaba a los insanos en buenos ciudadanos. Para ello, era necesario legitimar el aislamiento de los enfermos —como exclusión aparentemente no represiva— con el fin de reorientar políticamente los efectos nocivos de la desviación.

El descontrol de las pasiones fue la oveja negra del asilo

En 1896 el Dr. Bansen describía de la siguiente forma el comportamiento de una mujer internada en el recinto: “*1.10.96 va mejor pero no quiere trabajar, dice que ha venido para curarse pero no para trabajar y pide más medicinas.*” (H.C.9072). En 1910 otra mujer, de 25 años, quien fue ingresada al asilo después de permanecer en la cárcel por vagar y “excitarse” en las calles de Puntarenas, había dicho: “*Atribuye ella su enfermedad a un “maleficio” que le hizo su amante,*

71. Durante el periodo 1891-1901 los ingresos totales al asilo sumaron 2.453 personas. Las salidas totales durante ese mismo periodo fueron 1.496, desglosadas de la siguiente manera: curados (736), bastante mejorados (242), mejorados (106), sin mejoría (52) y muertos (360). Se registraba así un éxito curativo en los tratamientos del asilo, durante los primeros diez años de funcionamiento. Los datos obtenidos después de 1901 son los siguientes: 1902 (Ingresos: 234/ Curados: 61), 1904 (Ingresos: 257/Curados: 66), 1905 (Ingresos: 265/Curados: 59). La disminución de egresos “curados” después de 1901 sugiere que el aumento de ingresos y la gravedad de los padecimientos sobre los que el Dr. Prestinary informara durante ese año, habrían influido en los “efectos terapéuticos” de los tratamientos.

dice que la atontaron, pero que no está tan loca cuando nos puede dar razón de su familia y de su vida.” (H.C.9551). Dentro de un espacio idóneo para la escenificación de la irracionalidad como lo era el manicomio, ¿qué significaban estas interpelaciones directas al alienista respecto a los beneficios esperados de la asistencia institucional?, ¿cuál contradicción develaban estas mujeres “trastornadas”, al expresar que querían sanar y no servir; al manifestar que estaban lo suficientemente juiciosas como para discernir sobre sus propias vidas?

Desde el imaginario médico, quizás formaban parte de posibles estados histéricos, de actos disparatados o de ausencia de educación, que dibujaban interioridades inarmónicas, más que actos de introspección. Por ello, la exposición clínica de las notas disonantes de la locura fue mucho más abundante que aquellas que expresaban las capacidades reflexivas de las mujeres, en relación con su tratamiento en condiciones de encierro intramuros. El mapeo de la locura escenificaba las dimensiones oscuras y grotescas de la enfermedad: “*Sigue siendo sucia siempre, separada de las otras porque se excita con facilidad y tiene un vocabulario indecentísimo cuando se excita. Se levanta la ropa y exhibe los genitales.*” (H.C.9206, 1902). “*Recoge basuras y se pone a jugar con ellas, algunas veces se afligía y con lágrimas en los ojos suplicaba “que la dejaran ver su tesoro, su hijo de su corazón”. La aislan y rompe cloacas para bañarse con las sucias aguas que conduce ese caño...*” (H.C.9211, 1902). El relato constante de la suciedad, los desechos, la vulgaridad y la excitación sexual, refería puntualmente a las dimensiones subterráneas e irracionales que permitían verificar la presencia de la insania en el recinto. Esta exposición permanente de escenas grotescas, fundamentaba diversas formas de intervención sobre las suciedades que inundaban el asilo, que requerían su eliminación mediante el aseo, el orden y la disciplina. También evidenciaban la coexistencia cotidiana del malestar dentro del régimen disciplinario del asilo.

A través de los historiales clínicos, la descripción de signos patógenos en el comportamiento de las internadas, se hacía aun más visible, debido a que los alienistas también atendían los padecimientos físicos que eran muy frecuentes y en muchos casos graves.⁷² Estas labores de índole clínica se unificaban desde la misma estructura perceptiva de lo patológico, enclavada en la materialidad empírica de los cuerpos y los sistemas nerviosos desequilibrados. Debido a ello, los directores recurrieron a estrategias curativas de índole “moral” –ludoterapia, sugestión y laborterapia– como a aquellas de carácter fisiológico, que se aplicaban directamente sobre los cuerpos: baños tibios prolongados; empacaduras húmedas –sábanas mojadas en el cuerpo desnudo

72. Entre los padecimientos físicos de las mujeres internadas se encontraban: la disentería y la tuberculosis –que eran las enfermedades más frecuentes en los asilos durante la época en estudio– pericarditis e insuficiencia cardíaca, influenza, edema, reumatismo, matriz hipertrófica, *status epilepticus*, gangrenas, piernas ulceradas, caquexia de las enajenadas –estado de aniquilamiento y estupor extremo, que generalmente antecedía la muerte–.

del paciente y luego una frazada de lana—; aislamiento físico; hipnóticos, calmantes y sedantes como la hyoscina para el insomnio; el régimen sistemático del opio para la melancolía; el opio y los bromuros para los epilépticos, así como la alimentación por sonda para los inapetentes.⁷³ A principios del siglo XX el Dr. Prestinary narra su visita a asilos alemanes y franceses, con la finalidad de mantenerse al día en los tratamientos más modernos sobre las enfermedades mentales. De esta forma las corrientes psiquiátricas empírico-materialistas desarrolladas en los más reconocidos manicomios europeos, continuaban siendo la influencia más directa en la práctica curativa del asilo nacional.⁷⁴

Dentro de esta práctica, ¿cómo se escenificaba la curación desde el asilo? Una consideración que es atinente enfatizar en este momento del análisis, es el hecho de que los internamientos en el nosocomio eran el resultado de diversas formas de transgresión social, que en diversos casos también activaron disgregaciones internas en relación con los lenguajes e interacción habitual. Desde ambas perspectivas, el régimen disciplinario del asilo visualizaba los tratamientos a partir de la rehabilitación de los cerebros desequilibrados. Los esfuerzos se concentraron en la contención externa de las disfunciones: “el efecto maravilloso de tranquilizar” que requería la eliminación del desorden y su reorientación hacia comportamientos estabilizados y productivos. Este dominio técnico involucraba un engranaje burocratizado, que como afirma Chesler (1997) contenía la función de infantilizar a los pacientes y de reproducir dispositivos de dominio social, asentados en imposición de la pasividad y la impotencia.⁷⁵ Este engranaje involucraba a todas las personas internadas, pero desde las experiencias de socialización de las mujeres cobraba mayor intensidad, debido a que su desenvolvimiento social estaba más mediado por la vigilancia externa. En este sentido, el régimen disciplinario del asilo reproducía los mismos mecanismos de coacción incorporados desde las esferas familiares y comunales.

73. Esta información corresponde a la descrita por los doctores Bansen y Prestinary en varios informes a la Junta de Caridad de San José. Para conocer con mayor detalle los tratamientos que predominaron en el asilo durante la época en estudio, consultar González (1979: 159-183).

74. En el Informe a la Junta de Caridad de San José de 1905 describió su recorrido por la Salpêtrière, donde visitó al Prof. Deny; al Dr. A. Marie en el Asilo de Villejuif (Seine) y a la Colonización Familiar en Vieillese. También visitó los manicomios en Bicêtre, Charenton, el Asilo y la Casa de Salud de Ville Evrard, el Asilo de Maison Blanche y otros más en el Departamento del Sena. En Alemania visitó la Clínica Psiquiátrica y para enfermedades nerviosas de la Caridad de Berlín, el Manicomio de Munich y la Clínica de Heidelberg donde había sido estudiante.

75. “La locura —como etiqueta o como realidad— no es concebida como divina, profética o útil. Es percibida —y con frecuencia formada— como una enfermedad vergonzosa y amenazante, de cuya agotadora elocuencia la sociedad debe ser protegida. (...) Peor aún, los asilos mentales son familias burocratizadas: la degradación y privación de la ciudadanía, como lo experimentado por la criatura biológicamente poseída —paciente, mujer— toma lugar en el anónimo y sin embargo, culpable abrazo de padres y madres extraños.” (75)

La puesta en práctica de la terapéutica científica en el asilo daba cuenta de estos propósitos normativos, por intermedio de técnicas de sujeción que intentaban neutralizar el malestar de las internadas. Eran asistidas a partir de las manifestaciones externas de su comportamiento, lo cual implicaba la exclusión del accionar propio en las escenas de sus conflictos: *“En las últimas semanas ha estado tan mal, tan insoportable, sin sacar provecho de ella, ni con aislarla, ni con narcóticos ni calmantes, se le dió a tomar baños tibios prolongados que han tenido, por así decirlo, un efecto maravilloso. Se ha tranquilizado.”* (H.C.9088, 1897). La “cura” se dirimía, entonces, desde los escenarios construidos por la institución, que también se expresaban desde otros escenarios de dominio en la experiencia social. En el siguiente pasaje se expone la forma en que las regulaciones externas se transformaban en controles interiorizados desde la feminidad. El internamiento voluntario funcionaba como proceso autorregulador de comportamientos sancionables:

“Ella vino voluntariamente y entró. El médico le advirtió a la Asistente Mayor, en presencia de ella, que venía a curarse de su mal genio y sus celos infundados y todas esas majaderías, a lo que ella no objetó.” (H.C. 9191, 1900).

Sobre esta lógica sustentada en la conciencia punitiva, el alienista expresaba la banalización del malestar femenino: el mal genio y los celos eran componentes de desobediencia que legitimaban el escarmiento institucional.

No obstante, las manifestaciones “insostenibles” también habitaron en la cotidianidad del recinto y constituyeron contenidos vívidos de amenaza e intolerancia, sobre las cuales se utilizaron diversos recursos de sedación. La severa sanción sobre las escenas temidas de la feminidad –ira, desobediencia, rebeldía, deseo– activaba la violencia técnica aplicada no solamente a los cuerpos sujetos o en aislamiento físico, sino fundamentalmente a la negación reiterada de expresiones de inconformidad:

“...para el trabajo no sirve todavía. (...) 6.10.99 La traen nuevamente, la aíslan porque está furiosa. Tiene un repertorio grande de injurias y malas palabras. Aislada muchas veces.” (H.C. 9130, 1898). *“...y otras en que se pone insoportable: desobediente, no quiere tomar alimento ni medicinas, pidiendo que le traigan un hombre que la calme, etc. hay necesidad de aislarla y algunas veces, hasta alimentarla por sonda. Tiene alucinaciones de la vista y el oído, siente sensaciones extrañas en el cuerpo y principalmente en la esfera sexual.”* (H.C. 9183, 1900). *“...hay necesidad de tenerla continuamente aislada, no quiere tomar alimentos teniendo que recurrir a la fuerza para hacerla tomarlos, lo mismo que las drogas.”* (H.C. 9234, 1902).

Pese al discurso humanitario que dio origen a la asistencia institucional de los enfermos de la razón, las estrategias curativas de la ciencia exponían prácticas de intervención directa sobre los cuerpos de las internadas. El “recurrir a la fuerza” para sancionar y neutralizar la furia, la desobediencia y el deseo sexual, mostraban cómo la técnica se deslizaba sobre los mismos ejes punitivos del castigo corporal. En el aislamiento físico, por ejemplo, esta intervención tenía la finalidad de “reactivar” a través del miedo, la autorregulación y arrepentimiento de las rebeldes. La legitimidad de dichas técnicas se reafirmaba sobre la premisa de lo que Foucault (1981) ha referido como la irracionalidad producida por la racionalidad en el espacio manicomial, en donde el conocimiento médico no solo descubría la verdad de la enfermedad mental, sino también le daba formas aberrantes con la finalidad de mantenerla, reanimarla y finalmente dominarla: “...la lucha que se entablará desde aquel momento, si es bien conducida, deberá llevar a la victoria de la voluntad recta, a la sumisión, a la renuncia de la voluntad turbada.” (143)

De esta manera, la permanencia o salida del nosocomio era traspasada por esta lógica de dominación, que definía el decurso de la normalización según los criterios médicos mencionados: curados, bastante mejorados, mejorados o sin mejoría. De la misma forma en que la reanimación de la enfermedad era necesaria para la legitimación de las prácticas terapéuticas, el término de la estadía en la institución también requería la escenificación de los efectos “curativos” del tratamiento. Desde la mirada médica, el retorno a la normalidad era verificable no solamente desde la eliminación de los impulsos descontrolados y del abandono de ideaciones irracionales, sino también desde su orientación hacia comportamientos socialmente funcionales. Las escenas deseadas de normalización femenina, involucraban la asimilación de la disciplina interna requerida para la laboriosidad doméstica, así como la inculcación de valores morales, a través de la benevolencia superior de los médicos:

“Se comporta con formalidad en el jardín, ha seguido tranquila y bien portada, pero aun está un poco atontada. Hoy sale remitida al Hospicio de Incurables...” (H.C. 9204, 1901). *“Muy bien portada, trabajando con mucha formalidad en la cocina. Obediente y sumisa. Se le prometió despacharla cuando cumpliera un mes de estar aquí si daba muestras de buen comportamiento.”* (H.C. 9167, 1906). *“La dejo aquí como empleada ganando C.15 al mes por ahora. Promete portarse bien, ser sumisa y obedecer y considerar el Asilo como su hogar.”* (H.C. 8981, 1901).

En estas escenas deseadas del imaginario científico, la frase sobre la consideración del asilo como hogar para la mujer, resumía el marco de referencia de la sanidad femenina: su desenvolvimiento en un espacio restringido –doméstico– a través de la obediencia y sumisión ante las miradas vigilantes y protectoras de autoridad masculina –padre, esposo, hijos o hermanos.

Operaba así una práctica que reproducía condiciones de dominio asentadas en la anulación y dependencia de las mujeres; en la institucionalización de idearios moral-rationales que condenaban e intentaban eliminar todo acto volitivo y de autonomía desde la feminidad. Esta práctica fungió en diversas ocasiones como mecanismo de extorsión o amenaza directa sobre las mujeres, en relación con posibles reingresos al asilo cuando “reincidieran” en comportamientos transgresores.⁷⁶ No obstante, la coerción autoritaria no necesariamente garantizaba la interiorización de los patrones de disciplina y control aplicados desde la institución. También hubo situaciones en las cuales las mujeres confrontaron estas imposiciones:

“Se fugó. Aunque estaba bastante mejorada, el solo hecho de haberse fugado, demuestra que aun la faltaba mucho para estar bien.” (H.C. 9295, 1904).

En este autoegreso quedaba evidenciado el potencial de autodeterminación y de resistencia a la intervención institucional que existía entre las mujeres internadas, así como la denigración médica de las voluntades individuales que deslegitimaban los márgenes de dominio de su accionar.

Más allá de las condiciones de egreso y de los éxitos o fracasos de las prácticas “curativas”, el exilio institucional de las mujeres estuvo acompañado de contenidos negados a la feminidad, que se manifestaron de diversas formas. El tejido común que los articulaba permite reconocer que en los padeceres que ellas experimentaban subyacían ámbitos de lucidez que eran silenciados no solamente en el manicomio, sino también en la vida cotidiana: el bienestar, la autonomía y la reflexión. Componentes que configuraban intersticios prohibidos en un pretendido dominio racional del mundo desde el imaginario liberal. Al resistir la imposición instrumental que permeaba el funcionamiento del manicomio –mediante la obediencia, la productividad, el ordenamiento y la disciplina– estas mujeres abrían la posibilidad de discernimiento de los conflictos inscritos en sus experiencias vitales y que formaron parte del encierro institucional y social.

Mediante la aproximación a las dos primeras décadas de funcionamiento del asilo, ha sido posible reconocer algunos de los aspectos que se fueron consolidando desde la práctica institucional, en relación con la aplicación de estrategias de normalización sobre las mujeres internadas. La aplicación de una terapéutica basada en principios científicos de higienización, surgió a partir de la monopolización del conocimiento médico en distintos ámbitos institucionales, dentro de un proceso que deslegitimó las prácticas curativas ancladas en las

76. Como en un caso ocurrido en 1904: “Pide su libertad prometiendo jamás no volver a tomar licor, pues comprende que si lo hace la volverán a traer aquí.” (H.C.9306, San José).

tradiciones populares. Desde este proceso, la intervención sobre los malestares y transgresiones empezó a configurarse como ámbito específico de la psiquiatría, a través del encierro y vigilancia en un espacio cerrado, separado de los contextos vitales y del mundo de relaciones cotidianas que fueron considerados amenazantes para la cura. Esta separación entre el mundo externo contaminante y la institución protectora y purificadora, también mostraba una experiencia más amplia desde la cual los conflictos sociales se depositaron en márgenes concretos de segregación. De esta forma, los mecanismos de integración social fungieron como modelos de normalidad que permitieron identificar y excluir de la convivencia social a los individuos “extraños” y, a la vez, reorientar las desviaciones desde el régimen disciplinario del manicomio.

La práctica psiquiátrica tuvo una función central en este proceso, al refrendar desde argumentos empírico-materiales que las transgresiones y deslindes sociales podían explicarse desde desequilibrios constitucionales en los individuos. Así, esta cosmovisión científica se unificó con los fines políticos de regulación desprendidos de las prácticas de saneamiento social. En este contexto, la intervención curativa en el asilo contenía propósitos de normalización de los comportamientos “desviados”, que se desplegaron mediante el uso de técnicas de tratamiento sobre los organismos: técnicas que impusieron la sujetación externa de los cuerpos y la negación de los malestares sociales y subjetivos expresados por las mujeres. Desde estos dominios se pretendía un retorno a la normalidad, basada en la incorporación individual de la disciplina necesaria para la integración funcional y útil en la sociedad. Desde esta perspectiva, el malestar quedaba oculto en la dinámica intramuros: se silenciaba a través del régimen disciplinario y de la vigilancia constante de los galenos. Como resultado, las expectativas de curación articularon tanto la “eliminación” de comportamientos transgresores del orden como la anulación represiva del descontento, cuyos contenidos no fueron descifrados.



capítulo III

*La correspondencia
desde el asilo (1894-1902)*

La metáfora del padecimiento como mundo interno en conflicto

“¿Adónde dirigir mi voz, que no quede perdida en la sombra del silencio?” Sófocles

“No hay médico en el mundo que diagnostique mi mal; histeria, dicen unos, otros hiperestesia. Palabras, palabras, ellas abundan en la ciencia.” Teresa Wilms

A principios del siglo XX Teresa Wilms fue recluida en un convento de Santiago de Chile. Le arrebataron sus hijas, cuestionaron su honor y su sanidad psíquica, porque se enamoró de un hombre que no era su esposo y no quiso dar marcha atrás. En la soledad de la celda religiosa escribió sobre su mal, de la misma forma que otras mujeres creadoras como Camille Claudel, habían escrito sobre la dolorosa experiencia del exilio impuesto por otros. Estas mujeres hablaron de su padecer, de las implicaciones subjetivas de un mundo violento e intolerante que transformaba los deseos de autonomía de las mujeres en síntomas de locura. Escribiendo sobre su padecer recogían los ecos de mujeres que en otros contextos y condiciones habían esbozado experiencias de exilio similares. Mujeres costarricenses que en medio del bullicio y el frío del Asilo Nacional de Locos, intentaron dar formas propias a la interioridad a través de las palabras. Sus breves escritos decían que estas palabras no eran lugares vacíos, sino que estaban llenas de experiencias humanas, sublimes y dolorosas. En sus palabras también abundaban los sentidos, sin importar cómo era esculpido su material primario o las formas preliminares del esbozo: exigían formas propias, merecían trascender el silencio y el atropello de los discursos de otros.

La finalidad de este capítulo es abrir espacios para dar cabida a las palabras de mujeres que durante su encierro en el asilo, elaboraron correspondencia personal destinada a sus familiares. Escritas entre 1894-1902 estas pequeñas epístolas constituían una de las vías posibles para establecer contacto con el mundo exterior y a la vez, posibilitaban plasmar las versiones femeninas respecto a sus experiencias de exilio social y los conflictos vividos desde la interioridad ante la imposición de atribuciones de insanidad psíquica. Eran voces que no querían permanecer en la sombra del silencio.

La segregación institucional tenía implicaciones directas en la correspondencia personal de las personas internadas. Aunque para ellas era permitido el uso de la misma, su remisión a los

destinatarios se efectuaba a través de los directores del asilo, quienes revisaban las cartas y decidían su envío. Esta valoración médica de la correspondencia reflejaba la vigilancia externa sobre las reflexiones personales de quienes se encontraban cuestionados en su estado de sanidad psíquica, legitimando así el irrespeto a su privacidad.⁷⁷ A principios del siglo XX los médicos señalaban la importancia de propiciar la escritura en los enfermos mentales, con el fin de reconocer clínicamente los trazos internos y externos de la locura. En 1900 el Dr. Benjamín De Céspedes describía de la siguiente manera la utilización clínica de los escritos en los asilos:

“Los rasgos de escritura en los vesánicos podrán confirmar también un diagnóstico. Es necesario acostumbrar al loco á que escriba cartas, porque por los trazos irregulares é incompletos de las letras; por el estilo y las ideas que exponen, puede formularse un verdadero registro del delirio, imprimiendo sus huellas atáxicas en esos caracteres grafológicos en que la composición, la ortografía, las frases tachadas, las incorrecciones y la forma de la letra, vienen á constituir un verdadero documento aclaratorio del diagnóstico. Estas anomalías se notan principalmente en la locura histérica y en la parálisis general.” (De Céspedes, 1900: 233. Destacado en el texto original).

Los caracteres grafológicos eran visualizados como signos descriptivos de irregularidad en el sistema nervioso, que se expresaban no solamente a través de las formas gráficas, sino también mediante los contenidos expuestos. La observación clínica de la escritura se orientaba hacia la aprehensión de los rasgos patológicos de la enfermedad. En este sentido, es posible sugerir que la revisión de la correspondencia por parte de los directores haya tenido como finalidad el registro clínico de los signos irregulares que eran percibidos desde la escritura. Otra consideración posible al respecto, refiere al contenido de algunos de los manuscritos no devueltos a las mujeres, que develaban fuertes interpelaciones a los destinatarios y en algunos casos a las autoridades y la institución. Razón por la cual los galenos pudieron considerar que su envío era inconveniente o innecesario, en tanto podían ocasionar alguna molestia a los destinatarios o mostrar poco avance en los tratamientos aplicados.

77. Los directores del recinto no incluyeron anotaciones específicas sobre la correspondencia que revisaban ni las razones por las cuales decidían enviar o guardar los manuscritos que no fueron devueltos a sus autoras. Debido a ello, no fue posible reconocer la magnitud del recurso epistolario entre las mujeres internadas, como tampoco las razones que permitieron preservar algunos de ellos en los historiales clínicos.

La percepción sobre la intromisión médica en la correspondencia quedó plasmada en una nota que Rocío, joven esposa de clase alta, dirigió a su cónyuge en 1896.⁷⁸ La condición social del matrimonio y el hecho de que ella estuviera internada como pensionista, otorgaba características particulares a su estadía en el nosocomio, que en el manuscrito se expresó mediante la necesidad de respeto a la privacidad marital y personal:

“Necesito á todo trance hablar contigo. No puedo, como comprenderás, decirte otra cosa por ahora, pero en caso de que el doctor se oponga a que vengas, mandame papel y cubiertas para escribirte.” (H.C. 9077, San José).

Desde estas primeras líneas la solicitud de visita se exponía con sumo cuidado, debido a que la autorización de la misma dependía del director. Eran frases cautelosas que evidenciaban el reconocimiento del posible efecto de las miradas de otros en relación con lo que se escribía; resguardaban la intimidad de la pareja y a la vez exponían que la escritura era un signo de reorientación del pensamiento. Así, la necesidad de cercanía con el esposo se expresaba a través del raciocinio que permitía mediatizar la reflexión.

Pese a la cautela, el manuscrito también denunciaba que la correspondencia personal dejaba de ser privada debido a la vigilancia médica. Por tanto, los mensajes debían cifrarse cuidadosamente:

“En estas pocas líneas que te escribo, podrás ver que mi cabeza está perfectamente bien. Si algo hallas extraño, será que escribo como para que todo el mundo lea –Dicen que aquí no se puede de otro modo.”

“Mi cabeza está perfectamente bien”: he vuelto a la razón, entonces sería factible la posibilidad de tu cercanía. Desde la reflexión personal destinada a otro, el ámbito de la racionalidad había sido incorporado como función superior de pensamiento. Este retorno al dominio de sí mismo implicaba el desprendimiento o cierre de los posibles actos irracionales que condujeron al encierro y, a su vez, la verificación de criterios de sanidad frente a la mirada masculina –científica y conyugal–. Por eso el texto introducía la referencia a la recuperación de la reflexión, para sortear el cuestionamiento de la sanidad y para procurarse un espacio de cercanía y privacidad.

78. Debido a que en los siguientes capítulos se estudiará correspondencia personal, cuyos pasajes aparecerán en distintos momentos del análisis, se incluirán nombres ficticios de sus autoras. Además de facilitar el reconocimiento de un mismo texto, se procura preservar el sentido personal con que fueron escritos. Se conserva también la ortografía original.

“Dicen que aquí no se puede de otro modo”: los internados sabían que su correspondencia personal era supervisada, parecía ser un reconocimiento generalizado sobre el destino de sus palabras, pero era un obstáculo que debía enfrentarse para aminorar el exilio vivido en el recinto. En otros manuscritos la intromisión médica tampoco pasó inadvertida, pero se utilizó como recurso “instrumental”, necesario para expresar las apremiantes necesidades de cercanía con los seres queridos, como en el caso de Elena, maestra de 19 años:

“Sírvasse mandarme esta cartita à Cartago, está mal escrita pero usted vé las madres reciben todo no ven sino el contenido de ella por dios le pido la envíe por el próximo correo.” (H.C. 9130, 1898).

Mediante diversas estrategias, la escritura intentaba sortear las condiciones institucionales de encierro, expresando a otros el intenso anhelo de acompañamiento en momentos de desolación personal.

La vigilancia de la correspondencia producida en el asilo también remite a la experiencia social relacionada con el significado cultural asignado al pensamiento femenino en el contexto finisecular decimonónico. Desde el ámbito de la escritura en el país, el cierre del siglo XIX vio florecer una intensa producción de publicaciones de diversa índole –periodísticas, literarias, académicas y técnicas– cuyo principal rasgo fue el peso de la autoría masculina.⁷⁹ La difusión oficial de estas producciones implicó la exclusión de acerbos culturales de tradición oral en la sociedad, así como de producciones culturales de origen popular y de autoría femenina. Entre las mujeres es probable que durante la época estos acerbos quedaran registrados en la tradición oral del lenguaje cotidiano y en la correspondencia o los diarios personales. Este proceso de exclusión, negaba la validez y el acceso de las mujeres a los ámbitos de producción cultural pública; a la creación de símbolos de interpretación del mundo:

“La producción de determinadas señales por parte de las mujeres como público es lo que se espera. Una producción de signos en el propio cuerpo pero no en la forma de hablar. La representación de estas actitudes interiores bellas, la representación de lo que moralmente es bueno, la representación de los valores, esos son los elementos que culturalmente se les exigen a las mujeres. (...) Se trata más que nada de los temas que se les permite a las mujeres representar. A las mujeres no se les permite hacer manifestaciones de agresividad, lo único que pueden manifestar es la entrega y el estar impresionadas.” (Prokop, 1986:9-10).

79. Sobre la expansión de la imprenta y la producción escrita como experiencia cultural de fines del siglo XIX en el país, ver Ovares y otros (1993), Rojas y Ovares (1995), Molina (1995), Duncan y otros (1995) Quesada (1998). Estos autores incursionan –entre otros aspectos– en el análisis del papel de la denominada “Generación del Olimpo” en el nacimiento de la literatura costarricense, reconocida oficialmente.

Si la autonomía reflexiva de las mujeres no constituía un hecho legitimado socialmente, mucho menos lo era entre aquellas cuya normalidad psíquica estaba cuestionada. No obstante, dentro de estas condiciones restrictivas del pensamiento escrito desde la feminidad, los manuscritos de las mujeres internadas mostraron la existencia de actos introspectivos en torno a las condiciones de vida que tuvieron que enfrentar desde el exilio. Desde la correspondencia destinada a otros, expusieron algunas de las representaciones y contenidos culturalmente vedados para las mujeres, inscribiendo el ámbito de la interioridad doblemente excluida —en la feminidad y la insanidad— como escenario constituyente de las relaciones sociales de la época.

Las mujeres que elaboraron los manuscritos seleccionados, procedían de condiciones sociales y geográficas distintas: Juan Viñas, Heredia, Cartago, Santo Domingo, San José y Limón (Jamaica). Una de ellas era oriunda de un país centroamericano y otra de Europa Central. Casi todas ingresaron como pobres de solemnidad y las de origen extranjero fueron admitidas como pensionistas. De acuerdo con la información consignada en los historiales clínicos, la de mayor edad había nacido en 1844 y la más joven en 1879. Estas mujeres nacieron o vivieron durante la dictadura de Tomás Guardia. Época de poderes autoritarios en pugna, de violencia social y de particular restricción a la participación social de las mujeres, que estuvo aparejada con la puesta en práctica de la secularización social y la reforma educativa, que había implicado que durante su socialización habían sido alfabetizadas. No obstante, las diversidades narrativas expresadas en los manuscritos muestran que su relación con el mundo letralizado había sido disímil y que el uso de los símbolos gráficos —en la mayoría de estos— fue un recurso impuesto por las condiciones institucionales, que hicieron necesario el uso de la escritura para establecer contacto con el mundo exterior.

La relación disímil con el mundo letralizado se articulaba con las condiciones educativas y laborales posibles para las mujeres de diversos sectores sociales y geográficos. Pese a la promulgación de la Ley de Educación Común en 1886, la expansión educativa de fines del siglo XIX diferenció los planes de educación de los sectores populares y rurales, orientándolos hacia la instrucción básica o primaria, en tanto se requería instruir mano de obra poco calificada (Quesada, 1990). Por otra parte, los planes de estudio para la instrucción de las mujeres y hombres eran distintos. Fallas y Silva (1985) explican que la Ley de Educación Común reforzó la instrucción femenina en las labores domésticas, el sentido moral, los hábitos de higiene y urbanidad. La mayoría de niñas que asistían a las escuelas procedían de los principales centros de población y de estratos sociales acomodados.

Estas orientaciones pedagógicas para mujeres durante el siglo XIX no fueron exclusivas en el país, Ballesteros (1997:44) las analiza desde otros contextos latinoamericanos: “Durante

casi todo el siglo XIX, el tema de la educación femenina fue tratado siguiendo la consigna de Josefa Amar y Borbón. Es decir, que la importancia de la educación femenina consistía sobre todo en permitir a la mujer cumplir mejor con su deber de madre y esposa.” En este mismo sentido, Mora (1993) señala que el énfasis en la educación femenina de principios del siglo XX, continuó vinculado con la esfera del hogar más que con la preparación para el desarrollo de habilidades o destrezas laborales. Sin embargo, indica que desde las últimas décadas del XIX hubo gran interés por una instrucción alternativa para la mujer obrera, a través de escuelas nocturnas de artesanos, bibliotecas populares y lectura de periódicos y libros. Este panorama muy general, que muestra las formas de dominio implícitas a través de la instrucción pública, develaba las diferencias que las mujeres de distintos sectores sociales vivieron en relación con el ámbito letralizado y la producción de símbolos de interpretación del mundo.

Los parientes cercanos fueron los destinatarios más frecuentes de las epístolas, pero también hubo dos manuscritos remitidos a una amiga o a autoridades médicas y políticas, respectivamente. A partir de distintos acervos culturales y narrativos, se plasmaron solicitudes de visita al asilo, saludos a los seres queridos, peticiones de información, de artículos alimenticios y de vestimenta, así como despedidas dirigidas a algunos de los parientes. Los “formatos” de los textos no eran uniformes, pero evidenciaban el conocimiento de los estilos epistolarios utilizados en la época: un encabezado en el cual se registraba la fecha, el lugar y los destinatarios; la introducción en la que se desplegaba una primera intención comunicativa; el desarrollo donde se exponían los mensajes hacia los destinatarios y un cierre o despedida que consignaba el nombre de quien escribía. El registro del yo involucraba nociones de tiempo y contexto, la narración en primera persona y el nombre propio. A diferencia de los registros de vida de Margery Kempe en la Inglaterra del siglo XV, cuyas reflexiones aparecen en tercera persona (Porter, 1988) la culminación del siglo XIX había propiciado la creación social de cierta individualidad narrativa, más allá de las diversidades en las formas de comunicación utilizadas.

Estos usos formales de la tradición epistolaria de la época, exponían el decurso de lenguajes consensuales como medio para expresar contenidos manifiestos, socialmente discernibles y aceptables (Lorenzer, 1997). Eran un recurso para representar mundos propios de relaciones y experiencias, perdidos en el anonimato institucional. A la vez, esta dimensión reflexiva abría el acceso a contenidos subyacentes que se exponían a través de la nominación o discernimiento de conflictos internos, situados en el mundo de relaciones vitales de las mujeres. Este desciframiento de contenidos latentes en sus experiencias, se expresó desde la construcción de pasajes alegóricos referidos a la vivencia de encierro en el asilo. La primera aproximación a estos se efectúa desde manuscritos que contenían acerbos de fuerte tradición local, tanto rural como migratoria.

En la carta que Estela, de 21 años, elaboró para una amiga el 3 de julio de 1902 –aproximadamente mes y medio después del internamiento– el mundo de relaciones y la referencia personal eran expuestos desde el contexto local de origen. La casa, la vecindad y Juan Viñas aparecen como referentes geográfico-espaciales donde se inscribían las experiencias sociales y personales –como la amistad– desde la interacción cotidiana:

“R. dígame usted que está hay becina de mi bivienda que es lo que habido ay en Juan Vinas... (...) R. mé ese favor en cuenta de la buena amistad que emos tenido le mando acer esa suplica dígame que abido ay en la casa aber si todavía bibe C.M. [nombre masculino] que fue al que le alquile por dos meses y aber que abido ay en Juan binas que no ebceto a tomar notisia de nada...”
(H.C. 9232).

Dentro de estas coordenadas se exponía una primera solicitud de información sobre lo que acontecía en la aldea y en la casa –en la familia– y a la vez, se plasmaba una pregunta sobre el destino de una figura masculina, que era nominada por su nombre propio. La necesidad de información sobre el contexto del cual había sido abruptamente separada, involucraba entonces, un ámbito de relaciones extensivas y otro más personal, que develaba una relación particular con un personaje masculino significativo.

Por otra parte, la referencia de estas coordenadas relacionales posibilitaba situar en el texto una faceta del conflicto interno que se debatía en ese momento: la duda respecto a un equívoco personal que era planteado como causa de su traslado a un contexto desconocido. Era una situación difusa que requería de discernimiento:

“...tenga la vonda de mandarme a desir favor que le pido porque lló nocé como seria mi tonteria de llegar yó aqui asta San Jose agáme favor de– preguntarme al coreó de esá aldeá porque llono recuerdo mas de solo A. [nombre masculino] que fue el que estaba en el infiernillo solo el erá que recuerdo vien que esta en el infiernillo...”

En el esfuerzo por recordar lo ocurrido, el equívoco se asociaba al contacto con una figura masculina –también nominada desde el nombre propio– en un lugar “de mala muerte” como se denominaba a los “infiernillos” y a la sanción del entorno frente a su comportamiento. En el punto donde dicha sanción adquiría responsabilidad personal como cuestionamiento de sus actos, se imponía externamente la atribución de irregularidad e internamente se instalaba un conflicto que se expresaba mediante el posible retorno o la exclusión definitiva de su mundo vital de relaciones. Este conflicto implicaba que la relación con el personaje masculino se inscribiera en el ámbito de lo rechazado por el entorno y, por tanto, se transformara

en el eje central de la tontería –locura– cometida. Por ello, recurrir a la ayuda de la amiga posibilitaba la eventual dilucidación de la trama personal, que en el texto permanecía dentro de una nebulosa.

El texto de Estela expone las posibilidades subjetivas de búsqueda de discernimiento interior respecto a las violencias ejercidas desde la interacción social. La interrogación sobre una experiencia parcialmente recordada, que originó su exilio institucional en medio de delicadas condiciones de salud, es una clara ilustración de la necesidad de esclarecimiento de su encierro. Paralelamente, ilustra el deseo de cercanía y aceptación por parte de su familia y su entorno. En una nota previamente enviada a sus parientes, Estela les expresa que se encuentra bien y espera su pronto regreso con ellos. Sin embargo, la respuesta de la familia fue enviada el director del asilo, a quien le consultan la autorización respectiva para el egreso, que no ocurrió. El silencio social ante sus necesidades dejaría sin interlocución externa las palabras y el deseo de retorno a su contexto vital.

Se desconoce el desenlace final de la súplica que Estela envió a su amiga y si fue posible para ella discernir el equívoco que desembocó en su internamiento. Pero en su historial clínico se registró el triste desenlace de su vida. Su hermano había ingresado al asilo pocos meses antes que ella y falleció el 8 de setiembre de 1902 en la institución. Año y medio después de su permanencia en el recinto, la joven “...dió a luz un niño de seis meses muerto... (...) Desde que dió a luz se ha agravado mucho.” No se consignó información respecto a las condiciones en que se suscitó el embarazo y el 29 de noviembre de 1903 falleció de insuficiencia cardíaca.

En los textos que Marion, inmigrante jamaicana de 26 años, envió al director del asilo y al gobernador de Limón en 1899, se expresó una fuerte tradición oral delineada desde el acervo anglosajón del habla. Los pasajes iniciales introducen interpelaciones directas a las autoridades que ordenaron el internamiento, que exponen una vivencia de arbitrariedad cometida en su contra, dilucidada a través del internamiento forzoso. Dicha arbitrariedad había implicado un abuso de autoridad, esgrimida desde falsos argumentos: el encierro se justificaba desde la violenta atribución externa de condiciones de insania mental. Ante el atropello suscitado, la experiencia biográfica evocaba una práctica ritual que permitiría desnudar la mentira:

“...lo mismo usted Es Jefe me quiere a mi Permanecer para mi Aqui y cinco meses usted dijo una mentira que yo no estoy Sana y cuando tenga más tiempo Cada uno de ellos harán una Danza para saber que usted es un mentiroso Cara-Jo esa es Solor madras...” (H.C. 9169, 1899).

La violencia del atropello institucional era vivida de forma tan intensa, que hacía perentoria la evocación de un referente interno de seguridad que permitiera expresar la ira y confrontar

a las autoridades, un referencial vital de pertenencia colectiva, fuerte y protectora, que de la misma forma que en la imaginería ritual (“Solor madras”) conjurara la maldad y develara la mentira. Desde este referente biográfico, era posible rechazar la denigración impuesta desde la locura y reivindicar la preservación de sus facultades psíquicas, que incluían el enojo provocado por el internamiento forzoso. Además de la ira, el encierro había abierto otras implicaciones subjetivas, que se expresaron en los pasajes posteriores de los manuscritos. La aflicción interna vivida en la institución pasaba a ser el otro nódulo de referencia personal, desde la cual se procuraba sensibilizar a las autoridades respecto a la incertidumbre y vulnerabilidad que la aquejaban:

“...no puedo irme Sinore estoy Enferma del corazón no puedo sostener nada solo estoy Comiendo Pan y Caldo y lo arrojo lo mismo le estoy Suplicando que me cuide por favor y en caso de que no me pueda ir mi cofre de Aladino está en la cárcel de Limón le estoy Suplicando me lo entregue y envíe un poco de dinero para Comprar papel y Estampas para escribirle...” [Nota al director del asilo] *“Le pregunto si mi Esposo está Aquí o si está libre porque lo quiero como Consuelo para mi y le suplico por favor me envíe a mi casa en Limón porque no estoy bien estoy enferma del corazón...”* [Nota al Gobernador de Limón].⁸⁰

La hermosa alegoría “estoy enferma del corazón” condensaba su padecer interno: la dificultad para alimentarse, para nutrir la vitalidad interna dentro de un contexto represivo, parecía arrebatarle su fortaleza y seguridad. La enfermedad del corazón no refería a la locura, sino a la tristeza y el agobio. Para recuperar la vitalidad, para nutrirse nuevamente, el texto exponía la necesidad de cuidado y consuelo, así como las condiciones para asirse de lo propio. Las pertenencias personales –de las cuales había sido despojada en la reclusión limonense– eran nombradas como un tesoro resguardado en un cofre mágico que preservaba su intimidad. Junto con el rescate de lo propio, el esposo como referente relacional de afecto, unificaban las posibilidades de la “curación”, de la sanación interna de sus heridas, a través del consuelo de la cercanía de los seres queridos y del reconocimiento de sus necesidades y capacidades personales. La posibilidad de nombrar las emociones generadas por el atropello

80. *“...the same you Be Buss me want me to Stand for me Here and five munts for you tell a lie that I am not Earty and when I get more time Evere one of them will make a Dance to know that you ar a liar Carro-Ho it is Solor madras...”*
“...I cannot go away Sinore I am Sick to my hart I cannot keep down any thing I am only Eating Bread and Calgo and yet still I trow it up the same I am Beging you to look-after me please and in case I don t go away my trunk of Aladen is in Lemon jaile I am Beging you to get it for me and send a pice of money to By paper and Stamp to write you...”
 [Nota al Director del asilo]. *“I am askin you if my Huslen is up Here ar he is free why I want to him as a Comfort to me and I am Beging you please to Belive me to my house in Lemon for I am not well I am sick with my hart.”* [Nota al Gobernador de Limón].

del internamiento, permitía legitimar la experiencia interna, inscribirla en un terreno de sentido que exponía las consecuencias subjetivas de una práctica institucional que se ejercía desde la violencia tecnificada sobre personas que se encontraban en condiciones de señalamiento y exclusión social y sobre las cuales todo comportamiento transgresor era fácilmente transformado en estado de locura.

El encierro es una farsa inadmisibile. Así podría resumirse el contenido central de estos manuscritos: quien podía interpelar a la violencia no parecía encontrarse perdida en el mundo de la locura, la certeza personal afirmaba que el conflicto era suscitado por condiciones externas que oprimían intensamente. Surgía, entonces, el grito del corazón como voz que no se resignaba a la oscuridad: confrontaba, se quejaba, desenmascaraba y pedía respeto; pedía explicaciones sobre su situación presente y su destino inmediato, exigía el ejercicio de su condición humana. Desde el habla más que desde la escritura, las mujeres procedentes de contextos rurales denunciaron exilios y, al hacerlo, plasmaron también los ecos de sus inconformidades ante la opresión social de la época.

Sobre la situación posterior de Marion no quedó registro. En su historial clínico se relató que había llegado al país seis meses antes del internamiento en el asilo, procedente de Kingston. Dos meses después de su arribo fue detenida en la cárcel de Limón, aparentemente por un robo. Su comportamiento en la reclusión fue descrito como “exaltado”, debido al trato rudo y los insultos que recibió de los carceleros y otras mujeres recluidas. Por ello su libertad en el país fue escasa, ya que durante su estadía en la prisión [de 4 meses] la “exaltación” fue descifrada como enfermedad y su encierro carcelario se desplazó al manicomio, donde su comportamiento fue descrito como “insoportable”. El director expresaba que no había sido posible construir la anamnesis de su familia porque además de que no hablaba español, “no contesta con formalidad.” Al parecer, Marion volcó sus recursos reflexivos hacia interlocutores imaginarios, desde quienes intentó encontrar respuestas a su malestar interno.

En otras epístolas, la combinación entre lenguajes orales y el uso más amplio de símbolos gráficos, mostraban que sus autoras habían tenido mayor familiaridad con el mundo de la escritura. María, de 39 años, era ama de casa y esposa del maestro de capilla de la parroquia de Santo Domingo de Heredia. En 1894 escribió dos cartas, destinadas a sus hijos y esposo, respectivamente. En la carta a los hijos se evocaban algunas de las condiciones indispensables para la reflexión escrita sobre las experiencias personales y familiares, vividas antes de ser ingresada al asilo. La referencia al diario personal develaba el conocimiento de una forma de registro de la experiencia subjetiva, cuya elaboración estaba limitada por las abrumadoras tareas domésticas. En estas condiciones, la construcción de una “habitación propia” –de un espacio de referencia autónoma, diferenciada de la función materna y marital– no había sido posible:

“...lo que pasaba no recuerdo porque tan atolondrada vivia, se me olvido llevar un diario de lo que ocurría, no tenía tiempo...” (H.C. 9004).

Paradójicamente, fue en el contexto anónimo del manicomio donde esta habitación “propia” se imponía como recurso para construir una versión personal sobre las experiencias recientemente experimentadas. De esta forma, la soledad vivida en la pieza que ocupaba en el recinto, activó la reapertura de la imaginación e introspección que permitían aminorar la desolación y a la vez, escribir un legado para sus descendientes:

“...venga la refecion a ayudarme, si en este Ospicio me encuentro en una sola pieza, con todoz loz utensilioz necesarioz para mi, me ocupo de ezto para entretener la imaginacion, dejarlez un recuerdo a ustedez...”

En este contexto reflexivo, la desolación se intensificaba por la amenaza constante de estar inmersa en un espacio invadido por la locura. Desde la soledad, la mujer se enfrentaba a su propia trama conflictiva:

“Hay Dioz mio no sé como no me buelbo loca, ni porque estoy en medio de treinta y sinco locas, cómo no decezperarme? porque me quejo si Dioz me acompaña (...) en la piesa hay aseo, los alimentoz me caen perfectamente vien, laz asistentaz bondadosaz, inteligentez, sin peresa para asistir y caritativaz en general. Hay mi esposo y miz hijoz ez el tormento mayor la ausencia de elloz...”

El encierro institucional imponía condiciones que no permitían resolver la desesperación que activaba. La bondad, caridad e inteligencia de esas mujeres extrañas llamadas asistentas, no sustituían a las figuras familiares, a los referentes afectivos que otorgaban sentido a su vida. Frente a la desesperación por preservar la sanidad psíquica, el recurso de la introspección aparecía como única fuente de re-aseguramiento personal. La posibilidad de relatar las experiencias subjetivas vivificadas por el encierro, permitía a la vez, reconocer las tramas internas que era imperioso dilucidar frente a otros. Los conflictos aparecían, entonces, inscritos en el mundo de relaciones que involucraban una interioridad en referencia a vínculos de significación:

“Yo lo perdono porque segura estoy que hoy el sufre maz que yo [el esposo] me encuentro con toda resistensia para loz golpez de la vida, pero mi cuerpo muy enfermo porque laz medisinaz no curan laz enfermedadez moralez...”

A través de la representación del cuerpo enfermo, se plasmaba el registro subjetivo del padecer: los golpes de la vida y sus efectos en la interioridad, cuyos contenidos trascendían lo concreto de la corporalidad. El acceso a estos contenidos permitía cuestionar las estrategias del recetario médico; la introducción de medicamentos con el fin de exterminar la enfermedad interior, que

no solo violentaba al cuerpo en padecimiento, sino que negaba que ese padecer no era ajeno a la persona que lo vivía. De esta manera, el texto exponía una crítica a la imposición de pasividad e impotencia –en la insania– enunciando que la “sanación” implicaba enfrentar las heridas que emergían de las relaciones, posándose como protagonista de sus tramas de malestar.

En 1898 Elena, maestra de 19 años, escribió varias cartas destinadas respectivamente a su madre, padre y hermano menor. Entre estas, sobresalen tres remitidas a la madre, cuyos contenidos se expondrán seguidamente. Los pasajes iniciales de las tres epístolas abren una continuidad narrativa que se expresa a través de la recreación del pesar interno. Un pesar que remitía a la vivencia subjetiva de dolor e incertidumbre en el encierro, agudizadas por la ausencia de la madre, parientes y amigas:

“...que yo estoy peor que mejor creo no curarme porque no se lo que tengo esta pasión me mata ya mi vida es muy pesada estoy triste como nunca. Cuanto siento no poderle explicar la penosa enfermedad que yo tengo. Padezco de no verla y a ninguno. Yo no puedo dejar de escribirle estoy consumida de flaca: yo creo que si de una enfermedad de otra creo que nunca recuerdo el [ininteligible] a vivir estoy mal.” (H.C. 9130, 1898).

De forma similar a los textos elaborados por Marion y María, el manuscrito exponía la imposición institucional de locura/enfermedad, pero revirtiendo el sentido patológico del estigma, mediante representaciones internas de padecimiento. Padecer que consumía la interioridad, en tanto articulaba la confusión, pesantez, tristeza y soledad acrecentadas desde el encierro. Articulaba una pena –“padezco de no verla”– que era fuente de interpelación a la cercanía y protección de la madre, como refugio frente a la incertidumbre.

En los pasajes subsiguientes, la narración integra otros contenidos generadores del malestar subjetivo, entre los que sobresale la ira provocada por el internamiento en condiciones de denigración, engaño y abandono:

“No puedo escribirle las lágrimas se agolpan a los ojos y la sangre me hierbe de cólera yo lo hubiera sabido lo que me iba a pasar no hubiera consentido en venirme estoy peor que allá. (...) ...porque razón se olvidan de mi sepultada en olvido. (...) Nunca pude figurar que usted fuera tan ingranta...”

La presión familiar para aceptar el internamiento, había derivado en una exclusión de su contexto de relaciones vitales. Surgían así el dolor y la furia ante un exilio/castigo que no solamente implicaba el estigma de la vergüenza en su entorno social inmediato, sino también

el distanciamiento vincular de sus seres queridos. Lejanía expresada fundamentalmente en las cartas a la madre, como olvido y sepultura de sus lazos de pertenencia subjetiva.

La ausencia de cercanía familiar era expresada como ingratitud y emergía desde la ira expuesta en los pasajes de las cartas destinadas a no solamente a la madre, sino también a aquellas destinadas a su hermano y su padre. En la epístola destinada a su hermano menor, sobresale el uso de la ironía para destacar el desenvolvimiento refinado de este, contrapuesto a su comportamiento retador e independiente, abierto al contacto social. El manuscrito destinado al padre centraliza la solicitud de dinero, con el fin de pagar daños ocasionados a la infraestructura del asilo –puertas y cerraduras– en momentos de furia. En este texto expresa “...*por la boca muere el pez...*” para describir las sanciones impuestas en el recinto ante su comportamiento, que era consecuencia de las condiciones de escarmiento en que se suscitó el encierro. La manifestación de la cólera en ambos textos también se acompañó de la apelación a la cercanía, a la presencia directa de ambos durante la estancia en la institución.

El internamiento de Elena estuvo mediado por desacatos a la disciplina de una acomodada familia cartaginesa: llegar a la casa del padre en la madrugada, tomarse unos tragos, “asociarse con todo el mundo” y estar excesivamente alegre. Después de cinco meses de estadía, egresó el 30 de octubre de 1898 y fue reingresada un año después, por razones similares. Permaneció tres meses en el recinto y finalmente egresó en compañía de su padre. Durante este periodo, el director describió su comportamiento de la siguiente manera: “...*la aislan porque está furiosa. Tiene un repertorio grande de injurias y malas palabras. Aislada muchas veces.*” Sus “arrebatos” seguían siendo sancionados por la familia y la institución, pero la génesis de los mismos quedaba solamente esbozada en sus manuscritos. Sobre su padre el historial clínico relata que “... *estuvo trastornado por excitación política*” pero nunca fue internado en el asilo.

Las autoras de los manuscritos que se analizarán a continuación, eran esposas de intelectuales extranjeros que se asentaron en el país durante el proceso de reforma educativa, promovido por los gobiernos liberales. Sin ser protagonistas directas de este proceso, su condición social les permitió mantener una relación cercana con la cultura letralizada e impresa en la que sus cónyuges se desarrollaron. Sus manuscritos expresaban representaciones de privacidad asimiladas por sectores sociales de estratos medios y altos, que también habían incorporado formas particulares de narración, desde la intimidad familiar y personal (Stone, 1990).

A inicios del capítulo se analizó –mediante la carta que Rocío remitió a su esposo en 1896– la centralidad que tenía la preservación de la privacidad conyugal, desde la correspondencia “pública” que circulaba en manos de los directores. A través de la aproximación a los mensajes dirigidos a su cónyuge, es posible comprender algunas derivaciones de esta

intimidad, inmersa en condiciones de cuestionamiento de la sanidad mental de la esposa. La solicitud de visita al marido se planteaba a partir de frases que pretendían que el destinatario no se intranquilizara, presentando una aparente condición de bienestar desde el asilo. No obstante, de forma inmediata se expresaba la imperiosa necesidad de cercanía y diálogo:

“Yo estoy enteramente bien –no te apures por mí– Y tú cómo estás? (...) Cuántas cosas, Dios mío, quisiera decirte! Ve, mi hijito, hazme favor de venir pronto– De eso depende que yo esté aquí tranquila. Tal vez nos convenga, a tí y a mí que yo permanezca algún tiempo en esta casa. (...) Estoy muy satisfecha y solo necesito estar contigo para estar contenta. Haz lo posible por venir mañana sin falta, oyes? Sin falta, urge mucho.” (H.C. 9077).

La posible presencia del esposo como condición para recuperar la tranquilidad y bienestar mutuos, nuevamente implicaba una precaución interna: “Tal vez nos convenga mi estadía en el asilo”. Mediante la duda, se debatía un conflicto que enunciaba que la recuperación interna y el rescate de la intimidad conyugal, no dependían exclusivamente de su segregación temporal en el manicomio, sino de la legitimidad de sus palabras como terreno de verificación de su sanidad psíquica. La mujer que interpelaba la urgencia de cercanía para “poder decir” sobre su interioridad, cuestionaba así el castigo que implicaba el encierro y la distancia conyugal.

Los antecedentes que precipitaron el internamiento de Rocío, permiten reconocer dispositivos punitivos semejantes a los expuestos en los manuscritos de Elena. Las transgresiones familiares/conyugales de mujeres de clases acomodadas, se sancionaron mediante las presiones de las familias tendientes al castigo segregativo, con el fin de imponer la resolución de los desacatos precedentes en las transgresoras. Así, los conflictos –locura– se desplazaban hacia la feminidad. En el relato médico, la búsqueda de antecedentes precursores del trastorno, remitió a una historia familiar atravesada por la violencia. El homicidio de un hermano –acaecido varios años antes– era descrito como signo precursor de la nerviosidad de Rocío. Posteriormente, el desencadenamiento del trastorno se situaba a partir de actos escandalosos y rebeldes ante el esposo, en un contexto en el cual las familias acomodadas resguardaban cuidadosamente los conflictos privados de la esfera pública:

“...hace 8 años asesinaron un hermano y ella se atacó de nervios con algo de trastorno. Ahora hace tres días a causa de disgustos y celos empezó a gritar, cortar su pelo, diciendo que ella es reina, no conocía las personas amigas.”

Ante un escándalo de esta magnitud y la consecuente vergüenza que implicaba para la reputación de la pareja, el encierro se imponía como escarmiento conyugal y social.

Mediante la escritura, la esposa buscaba vías de reparación del daño ocasionado, espacios para expresar una interioridad que anhelaba legitimidad. Sobre el egreso de Rocío no se consignó información y de acuerdo con el historial clínico, no reingresó nuevamente al nosocomio.

El siguiente manuscrito fue construido en 1902 por Catalina, madre y esposa de 43 años, de origen europeo. Su elaboración se realizó aproximadamente dos meses después del internamiento y el destinatario era su cónyuge. Fue escrita en francés, lengua materna de ambos. A través del texto, la recreación de la interioridad emocional aparecía como principal eje reflexivo, tanto en la forma como en los contenidos plasmados. El texto se asemeja a la narrativa dramática de la tradición literaria romántica, que privilegiaba el sentir subjetivo en la creación artística y cuya lectura fue común en el siglo XIX entre los sectores que tenían mayor acceso a la cultura letralizada.

El relato de la interioridad se deslizaba a través de imágenes alegóricas que vivificaban un tormento interno, que invadía las posibilidades de resolución racional o volitiva de la aflicción:

“Todas las noches estoy contigo y por las mañanas me siento desolada por encontrarme en mi cama tan lejos de ustedes y tan culpable. Cada noche cubro al menos dos o tres veces a la pequeña. (...) Todos ustedes me dicen, y también el doctor que es excelente para mí, que olvide todos mis malos sueños, pero el sueño está ahí, más vivo que nunca y el tiempo me parece infinito lejos de ustedes.” (H.C. 9242, 1902).

En la alegoría de la oscuridad como dimensión de reencuentro interno con los propios fantasmas y deseos, se expresaba la evocación de la unión conyugal y la maternidad protectora de los hijos. El día como realidad desoladora de la caída de los anhelos internos, interpelaba lo concreto del padecer: ¿cómo acunar y reparar el quebranto subjetivo? El texto no apelaba al olvido de los malos sueños, sino a la desesperación ante el brote de estos en la interioridad, que se intensificaban en el transcurrir de una temporalidad emocional que se distanciaba del mundo vital de relaciones. No se apelaba al olvido de la angustia, sino a su perturbadora presencia, al grito que buscaba la luz en medio de la oscuridad.

Este desgarramiento interno también involucraba una falta o daño ocasionado a sus seres queridos:

“¡Oh! mi amado, nunca una mujer amó tanto a su marido, y yo que te causé a tí y a nuestros hijos el peor dolor que uno pueda producir y sin ver bien aun

*cómo repararlo. ¿Cómo quieres que olvide todo el mal que he hecho y que sin embargo los ame con toda mi alma hecha pedazos?"*⁸¹

La ruptura interna de la función de madre/esposa dejaba un lugar vacío en otros, una carencia que era vivida desde el remordimiento, debido a que las posibilidades de reparación parecían perdidas en el mundo de la incertidumbre. La aflicción que ello provocaba, conducía a la invocación del perdón. La experiencia que precipitó esta dolorosa situación coincidió con la muerte repentina de su madre, acontecimiento vivencial a partir del cual Catalina se subsumió en una pena que parecía irresoluble. Los contenidos asociados con esta experiencia serán estudiados en el siguiente tramo de la investigación.

El director del recinto consignó en el historial clínico un estado de depresión moral muy marcado, que disminuía en breves momentos de tranquilidad, cuando recibía la visita de su esposo e hijos. Dos meses después de la elaboración del manuscrito se suicidó en el nosocomio. Probablemente la intención del texto no fue plasmar una despedida definitiva de sus seres queridos, sin embargo, las palabras vertidas expresaban un cierre con el mundo vital que no tuvo retorno.

Desde el punto de vista de la intervención institucional, la apelación al olvido de los malos sueños era una manifestación más del desencuentro médico-psiquiátrico con los sentidos del malestar subjetivo, expresado a lo largo de los textos anteriores. Así como la apelación al olvido, la invasión medicamentosa del cuerpo desviaba las rutas de reconocimiento del padecer interno, del cual las mujeres intentaban discernir sus significados y asumir un protagonismo activo, que minimizara o resolviera la angustia que producía. Este protagonismo daba cuenta de los contenidos biográficos y culturales asociados con sus lugares de hijas, madres o esposas, pero también expresaba un delineamiento subjetivo que trascendía dichas funciones: eran mujeres que exponían condiciones emocionales y sociales problematizadas y esa exposición constituía un nódulo indispensable de posible apropiación personal que, por ejemplo, en la experiencia de Catalina pudo ser un camino para la preservación de su vida. La ruptura con la impotencia y pasividad que la reflexión escrita implicaba, la manifestación de algunos componentes precursores de los conflictos, permitieron expresar que el silenciamiento de estos no estaba conduciendo al bienestar subjetivo. El retorno a este debía pasar, necesariamente,

81. *"Toutes les nuits je suis avec toi et sour les matins je suis désolée de me rebrou ver dans mon lit si loin de vous et si coupable. Toutes les nuits je ouvere au moins deux ou trois fois la petite." (...) "Nous mes diles sous aussi le docteur qui est excellens pour moi, d'oublier sous comme mauvais rêve mais le rêve esta là plus vivant que jamais et le temps me semble infini loin de vous." "Oh! mon aimé, jamais me femme n'aimé ausant son mari et je s'ia causé à toi esà nos enfantes, le pire chagrine qu'on puisse faire et sans bien voir emore comment réparer. Comment veux tu que j'oublie sour le mal que j'ai fait et je vous aime pourtant, vous aime de toute mon àme deithrée."*

por el develamiento de la palabra propia, por la apropiación de la circularidad subjetiva en consonancia con el entorno vital de relaciones.

Desde el registro del yo narrativo, los breves pasajes epistolarios que se han expuesto mostraron posibilidades introspectivas entre mujeres cuestionadas en su normalidad psíquica. Estas posibilidades estuvieron delineadas por diversos contextos de socialización en que se desarrollaron y sus capacidades reflexivas expresaron significados comunes en relación con las experiencias de conflicto vivido en las vidas cotidianas, que posteriormente desembocaron en los internamientos. En estos manuscritos el mundo de relaciones internas y externas aparecía como escenario de conflictos y la dimensión del malestar subjetivo se inscribía dentro de ese mundo de sentido, que humanizaba los significados del padecimiento: la pasión, la tontería, el dolor del corazón y los malos sueños, abrían una vertiente de contenidos internos, cuya manifestación cuestionaba la visión científica de la enfermedad como mundo de insensatez e irracionalidad. Estos trazos subjetivos de la feminidad, confrontaban una práctica institucional enquistada en las aparentes certezas de la materialidad empírica y a la vez, ponían en entredicho la cura a través del encierro intramuros, en tanto reforzaba la desarticulación entre las experiencias individuales y sus referentes vitales externos. Al situar los padecimientos desde la nominación de un sí mismo en relación con otros, los conflictos trascendían las referencias biográficas individuales, para dar lugar a la expresión de una trama de significados contruidos desde una experiencia social represiva e intolerante, que intentaba “reencauzar” las transgresiones de la feminidad a través del castigo segregativo y la imposición de la locura como falta en la conciencia individual.

En la vida familiar cristalizaba una interacción social en disgregación

La ruptura de un mundo social asentado en relaciones de carácter extensivo y local, se manifestó desde el desarrollo de unidades familiares más pequeñas y centralizadas en la interacción entre sus miembros. Esta ruptura también modificó las relaciones genéricas, mediante prácticas e ideales antinómicos de feminidad y masculinidad, que suponían la asimilación de funciones separadas desde lo propio-unívoco de cada género. Para las mujeres de la época, este proceso implicó sentidos socializadores disonantes. De un lado, fortaleció su centralidad y poder en la construcción de relaciones filiales, pero por otro, limitó su autonomía subjetiva. Esta experiencia discordante se orientó culturalmente a través de la idealización de la función materna en las unidades familiares, proveedora de vínculos filiales y espirituales. Dicha idealización también fungió como dispositivo de control en la socialización femenina, debido a que restringió el desenvolvimiento social de las mujeres dentro de los límites doméstico-familiares, en detrimento de su inserción en otros ámbitos de la vida social. Este

proceso cultural es analizado por Hidalgo y Chacón (2001) a partir la instauración histórica del monoteísmo, que preconizó la idealización materna enmarcada en los dominios privados y ocultos de la sociedad:

“Sin embargo, esta relación entre mujer y maternidad es más antigua que la religión cristiana, en épocas más lejanas este vínculo no era tan restrictivo y devaluado como va a ocurrir posteriormente con el monoteísmo. Con el surgimiento de este, su rol social se reduce a la reproducción de la especie, como tarea secundaria frente a la actividad pública de los hombres. Quedando la mujer, como consecuencia, excluida del reparto del poder, del conocimiento racional y de la simbolización.” (32-33)

Hacia fines del siglo XIX, esta separación de las funciones genéricas se expresaría también mediante fuertes regulaciones al comportamiento de las mujeres en las esferas doméstica y pública, desde las cuales se definían modelos de normalidad y moralidad en la interacción social. Estas restricciones a su vez implicaron presiones y malestares subjetivos, que se escenificaron en los entramados familiares y comunales. Esta experiencia constituye el eje central de este tramo de la investigación. A través de la correspondencia personal de una mujer, se analizarán algunas facetas de su acontecer: los contenidos de malestar manifiestos desde situaciones que fracturaron la cotidianidad familiar, los mecanismos autorreguladores y de control externo sobre las transgresiones del comportamiento doméstico y las funciones impuestas a la maternidad como fuentes de tensión interna en las mujeres. Paralelamente, se expondrán las formas de resistencia personal frente a las presiones y mitificaciones impuestas desde el entorno inmediato de convivencia, así como la búsqueda de legitimación de las capacidades subjetivas, a partir de los recursos posibles entre las mujeres de la época.

Entre abril y junio de 1894, María estuvo internada en el asilo de locos, periodo en el cual escribió una carta relativamente extensa para sus hijos mayores. Mediante este manuscrito fechado el 31 de abril –cuatro días después del internamiento– y denominado por María como carta-memoria, se expresó la necesidad de reconstrucción de su experiencia a través del relato de las tensiones personales y familiares acontecidas desde dos años antes del internamiento. Mediante la carta-memoria, la voz de la madre exponía una forma consensual de reflexión frente a otros, una exposición de su trama, legitimada desde la función materna y marital. Casi al unísono, se expresaban los ecos de la mujer que buscaba un referente de significación desde su interioridad, un espacio de desciframiento de la experiencia subjetiva que trascendiera la ética del dolor. A lo largo de la carta se retratan también, algunos rasgos del entramado relacional que fue tomando forma en las unidades familiares de Santo Domingo de Heredia durante la segunda mitad del siglo XIX. El trazo biográfico desde el cual fue elaborado el texto, exponía una abrupta ruptura de las relaciones sociales extensas y el repliegue hacia

lazos filiales endógenos, centralizados en las familias cuya armonía era sostenida por las funciones femeninas. Esta ruptura en la interacción social, impuso nuevos valores y regulaciones en la esfera familiar, que se expresaron mediante fuertes conflictos, tanto en la vida marital como en la experiencia personal.

La apertura del manuscrito presenta una evocación de las imágenes familiares constituyentes de un universo vital pasado y presente:

“Hijos mios, es grande, muy grande el dolor de mi corason al hayarme en este Ozpicio lejoz de mi marido y de miz hijos, cuyo amor de eyos, me condujo aqui, tambien tengo madre y hermanoz y demaz familia pero elloz no son culpablez de nada y el remordimiento unico que siento es intranquilisar el corason de mi madre, que como yo soy tambien madre, la considero una madre no duerme no come, en fin, una madre dezde que ez madre no buelbe a tener gusto si se quiere el mundo muere para ellaz por el amor a suz hijos.”

Esta evocación en la introducción del texto es muy significativa, debido a que permite sostener una referencia subjetiva entre las experiencias vividas en la familia de origen y las formas de relación que posteriormente se establecieron en la vida adulta mediante el matrimonio. En la representación de la familia de origen se encuentra la primera referencia a su mundo relacional primario: la figura materna con los hijos y la ausencia del padre dentro de ese núcleo, situación que estuvo determinada por características particulares de él.

Su padre fue un presbítero que ejerció el sacerdocio en Cartago y en San José. Al parecer, hubo un reconocimiento de la paternidad, en tanto el primer apellido de María era el paterno. En uno de los pasajes del manuscrito, se recrea la escena de una relación de reconocimiento mutuo padre-hija. En el historial clínico esta relación fue descrita como *“Hija natural de [] en San José y del padre Presbítero [] finado en Cartago”* (H.C.9004). Se desconoce si el padre de los hermanos que se mencionan en el pasaje anterior eran también hijos del mismo sacerdote.

Es así como la familia de origen mostraba dos dimensiones relacionales: un núcleo fuera del matrimonio formado por la madre soltera y los hijos y otro dado por la presencia periférica del padre. Este mundo vincular se originó como consecuencia de una experiencia transgresora de sus progenitores: el pecado de la relación carnal entre una mujer y un hombre sacralizado, de la cual María fue un fruto prohibido. La marca de la transgresión se desplazaba en el texto a través de la sacralización del mundo materno, cuyo pecado sería redimido mediante la entrega de la vida a los hijos. En la frase *“...si se quiere el mundo muere para ellaz por el amor a suz hijos”*, se expresaba el destino de sacrificio de la mujer, que quedaba excluida del goce y la pasión, en aras de la entrega de la vida a sus vástagos. Se expresaba así un destino también

generacional, transmitido de madre a hija como prohibición de la vitalidad/pasión, que podía derivar en consecuencias funestas. Estos antecedentes biográficos tuvieron notables implicaciones en su adultez, así como en la relación conyugal y social en el entorno de la villa.

La redención/escisión de la mujer a través de la maternidad, se exponía desde las regulaciones culturales y procesos de socialización de la época: la exaltación social de la *mater dolorosa* o la Virgen de los Dolores era una clara manifestación de la denegación cultural del mundo vital en la feminidad. Esta dualidad en las representaciones de feminidad desde el pensamiento occidental judeo-cristiano, ha sido estudiada desde diversos contextos. De la Pascua (1995) analiza las prácticas devocionales y la literatura moral en la España de los siglos XVI al XVIII y el imaginario de mujer contenido en la pastoral de la Iglesia, como esencialidad negativa de desorden. Sánchez (1996) estudia textos morales del Renacimiento y el Barroco español, desde donde se expresaron la misoginia, idealización y exaltación beatífica del modelo madre/virgen de la religión católica, representada por la Virgen María a través del matrimonio. Torres (1997) analiza la construcción de modelos sociales de feminidad en los textos religiosos utilizados en escuelas católicas mexicanas. Señala que la construcción de símbolos sobre el cuerpo femenino y el principio de la mujer virgen, construidos por la iglesia católica, permanece en los códigos educativos de los siglos XIX y XX. Sobre dicha simbología apunta:

“En este sentido, la historia sobre el cuerpo de la mujer en la sociedad católica contemporánea se ha identificado como la negación y/o represión del propio cuerpo, de la sensualidad o de la sexualidad. (...) En los actos de donación de su propio ser y de su propio cuerpo, queda expresada la grandeza del poder femenino. Sin embargo, esta grandeza no considera una entrega placentera ni una valoración de la sexualidad, sino como obsequio sacrificial, de negación al propio ser, al deseo de la carne. La entrega es velada, oculta, virginal.” (170)

Desde el texto que se analiza, la relación entre sexualidad ilegítima y maternidad expresaba un conflicto implícito transmitido de madre a hija: la contradicción entre el acceso a la sexualidad y el ideal de mujer pura fuertemente incorporado en el imaginario social de la época. Desde este trazo biográfico del texto, “la muerte del mundo” expresaba un clivaje vergonzoso; un ocultamiento de las imágenes prohibidas del propio cuerpo y sexualidad, incompatibles con el precepto de la madre limpia.

El culto mariano exaltado en el país hacia finales del siglo XIX, formó parte de la construcción de un imaginario religioso que se enraizó fuertemente en la sociedad finisecular decimonónica (Gil, 1985, Cerdas, 1992, González, 1997, Poveda, 1997). Gil señala que este imaginario –exaltado por sectores eclesiásticos y las élites– enaltecía la superioridad espiritual de las mujeres a través de la divinización de la maternidad y del sacrificio estoico

en la vida cotidiana. La devoción a la Virgen de los Ángeles se enmarcó en este proceso, que Gil analiza como el más importante elemento de cohesión de la visión de mundo entre los pobladores de la época. Mediante estos íconos también se expresaban los preceptos del sacrificio de la mujer para la salvación de la sociedad:

“Es probable que la representación de la mujer como recinto de la pureza, de lo bello y de lo bueno, la convirtiera en un objeto simbólico cuya preservación, así se creía, garantizaría la salvación y supervivencia de la familia y de la sociedad, carcomidas por la incredulidad y el vicio. La mujer y lo femenino eran representados como un santo grial y, en consecuencia, su sexualidad se perseguía y controlaba como una fuente potencial de su destrucción. La mujer era sacrificada en aras de un ideal colectivo del cuerpo puro y perfecto.” (González, 1997:156).

De esta forma, el temor compulsivo al cuerpo femenino se encauzaba desde los íconos y prácticas sociales contenidos en el culto a la maternidad virginal. Representaciones expresadas también en la creación literaria del modernismo de fines del XIX: “La castidad y la virginidad son la expresión imaginaria de ese horror a la contaminación de la sociedad de su época; solo una pureza absoluta puede liberarnos del vómito de la bestia.” (Herrero, 1980: 37).

De forma correlativa, el proceso de purificación a través del sacrificio de la madre, aparece en el texto como ocultamiento de la transgresión paterna. Según la información que aparece en el historial clínico, los arrebatos pasionales del presbítero —que no impidieron la continuación de su labor sacerdotal— no eran infrecuentes. Había concebido otra hija con una mujer oriunda de Cartago que ingresó al asilo en 1900, donde fue diagnosticada de manía religiosa. Esta hija también fue internada en el recinto donde tuvo varios ingresos entre 1899-1909 durante los cuales tuvo un deterioro paulatino en su estado de salud. Desde estos hechos, el destino de estas mujeres resulta particularmente significativo: el doble pecado que se originó por el acceso a la sexualidad y procreación prohibidas con una figura sacralizada, era corporalizado como marca que desataba la locura en las pecadoras y sus frutos femeninos. La profanación del nicho eclesiástico implicaba consecuencias disímiles. Para el prelado, la impunidad sobre el desacato era posible no solo por la protección que ofrecía el poder institucionalizado del clero, sino también por las significaciones de poder adjudicadas —y asumidas— por la figura de masculinidad sacerdotal, que ejercía su pasión y engendraba, pero sin ser tocado por sus consecuencias terrenales. Para las mujeres profanadoras, el desacato se revertía sobre sí mismas y sobre el destino de sus hijas: sus desafueros pecaminosos —irracionales— se reeditaban en la muerte del mundo que también era adscrita a la locura. En este proceso los dominios externos que imponían sentidos antinómicos a la racionalidad y la naturaleza, traspasaban las experiencias subjetivas inscribiendo las implicaciones negativas del acceso a la sexualidad no regulada en las vidas de las mujeres.

El peso de esta experiencia primaria mostró continuidad en la vida adulta de María, quien a diferencia de su madre construyó una familia dentro de los cánones sacramentales del matrimonio. Su esposo era maestro de capilla de la parroquia de Santo Domingo y su nombre evoca simbólicamente la imagen de un arcángel. En el texto, la imagen semi-divinizada del esposo aparece en varios pasajes en los que la relación filial con una figura masculina sacralizada se establecía desde el lazo conyugal:

“...que me extrañaba mucho que siendo el un angel para mi, hubiera cambiado tanto de poco tiempo acá... (...) ...puez el se lo meresia con suz cariñoz y bondadez porque en la tierra no habra para mi otro mejor que el hezposo como ninguno...”

La connotación terrenal y a la vez sagrada de la relación de pareja, implicaba una discordancia entre la bondad y el poder atribuidos a su cónyuge, que posteriormente se transformaron en una de las fuentes de conflicto marital.

En el lazo matrimonial establecido por esta pareja se manifestó el ideal finisecular de familia como unidad autosuficiente. Desde lugares distintos asumidos por la pareja, este ideal mitificaba la complementariedad marital y el escenario familiar como nido de armonía y ausencia de conflicto. En la carta-memoria se describía el arduo trabajo de los padres como sostenes del bienestar familiar, la esposa en sus labores domésticas, colaborando con los gastos familiares a través de la costura y, a la vez, asumiendo la crianza de los siete hijos. El esposo, trabajador asalariado invertía todo lo que ganaba en su casa. Sin embargo, en la descripción de las labores cotidianas de los padres, se manifestaban los efectos de la pérdida de lazos filiales fuera del núcleo familiar:

“...en eza ingrata villa ni con la plata se hayaba quien loz asiztiera, [a los hijos] si no hera su pobre madre y un buen padre que cuanto gana ez para la asiztencia de su casa... (...) ...ezto lo sabe [el esposo] el no es injuzto el sabe cuanto nos emoz maltratado loz doz ni el ni yo emoz tenido madre ni hermano ni pariente que noz ayudara a criar nuestroz queridoz hijos...”

La vivencia de lejanía se expresa desde la evocación de la familia de origen de María —como referente perdido en la distancia— y desde el entorno inmediato de la villa donde residían. La sensación de pérdida de vínculos extensivos y de parentesco, enunciaba un vacío de pertenencia que no había sido resuelto dentro de la pequeña familia. Así la ardua tarea de velar por la subsistencia familiar sin apoyo externo, generaba tensiones que se expresaron a través de desavenencias maritales. Paralelamente, los pasajes exponían la incorporación de valores mercantiles en las relaciones sociales. No obstante, este proceso tampoco resolvía el vacío

dejado por la ruptura de la filiación extensa en las geografías locales. Estas transformaciones en las relaciones de sociabilidad, que se orientaron hacia experiencias de privacidad cada vez más endógenas, han sido estudiadas desde la experiencia cultural de la modernidad de fines del siglo XIX por Hareven (1976, 1991) y Stone (1991). Hareven señala que esta experiencia de asimilación de valores de privacidad personal y familiar, se incorporó fundamentalmente entre las clases medias. Los sectores populares mantuvieron lazos de sociabilidad fuertes, que eran necesarios para la supervivencia dentro de sus condiciones de vida. A pesar de estas diferencias, los modelos de privacidad se incorporaron paulatinamente en todos los sectores sociales durante el siglo XX.

En el país, Rodríguez (1994, 1996) analizó el impacto de la noción de privacidad en los siglos XVIII y XIX, mediante las diferencias ideológicas y actitudinales hacia el matrimonio y las relaciones maritales en distintos sectores sociales. Señala las diferencias existentes entre las “familias principales”, en las que predominó la endogamia social y las “familias del común” con predominio de la endogamia geográfica. La noción de privacidad y de familia conyugal fue incorporada por la burguesía, mientras que en las familias del común “...prevalció una noción de familia que rebasaba el ámbito familiar inmediato de los padres e hijos al incluir otros vecinos de la comunidad. Esta última, era asimilada en el imaginario colectivo como la “gran familia”, debido a que la mayoría de los vecinos estaban unidos por lazos de parentesco.” (1994: 19-20). Mediante el estudio de denuncias por disputas maritales, Rodríguez destaca que durante el periodo que se estudia, los sectores dominantes regularon la moral y las relaciones domésticas de los sectores populares, apelando a valores cristiano-burgueses de matrimonio y familia.

La carta-memoria expresaba la incorporación de estos valores desde el vínculo conyugal, que a su vez, perfilaba las tensiones generadas por el resquebrajamiento de relaciones filiales extensas y comunitarias, así como las implicaciones emocionales de este proceso dentro de las familias. La mitificación de la privacidad hogareña como refugio frente a un mundo externo amenazante, conllevaba una separación de submundos entre sus miembros, que involucraban tanto la escisión de la familia frente a la comunidad como la que se establecía desde cada uno en el interior del hogar (Hareven, 1991). Más aun, “la nueva conducta claramente representó un distanciamiento del sí mismo y del cuerpo frente a otros cuerpos...” (Stone, 1991: 233). Si bien esta experiencia de múltiples fragmentaciones no fue compartida de la misma forma en todas las geografías locales, probablemente entre diversos sectores se hacían latentes las separaciones en los ámbitos familiares y públicos, así como en los espacios internos de las familias, como lo sugieren los pasajes del texto.

Mediante el relato de María, las referencias biográficas acerca de esta segmentación de mundos relacionales, se expresaron desde las imágenes materna y paterna en su vida adulta. La función

de la maternidad se situaba en el servicio y entrega a la familia, en un sacrificio que perfilaba un anhelo de felicidad. No obstante, este sacrificio contenía una disonancia: la entrega también implicaba agobio, derivado del trabajo interminable de la domesticidad. Agobio y pesantez derivadas de las obligaciones familiares, que se manifestaban a través de las enfermedades de la madre:

“...porque en la vida yo creo que no había matrimonio que viviera tan felicidad como nosotros no puede parese que ya cuando habían doz sirvientaz y tener tiempo de coserlez toda su ropa para que tu papa enonomisara la coztura de tanta familia como siempre he echo y en medio de miz enfermedadez nunca he tenido peresa ni me ha pesado servir a mi marido y a miz hijos...”

La recurrencia cotidiana de esta disonancia, develaba un componente de conflicto desde el cual la entrega de la vida y del amor a través del trabajo para los suyos, permitía sostener las necesidades materiales y afectivas de la familia, pero excluyendo las necesidades personales y las tensiones experimentadas por la mujer.

Desde este escenario anacrónico de la entrega materna y la pesantez de la mujer, se suscitaba una primera transgresión de la madre; el consumo de licor:

“...y ademaz mi cuerpo a trabajado, otra cosa maz mi pensamiento a trabajado maz que nada nochez enteraz sin dormir mientraz ustedez dormian...(...) maz por suerte consiguio [el esposo] una buena mujer en san José para que me ayudara a miz obligasionez y me cuidara con alimentoz porque miz fatigaz y dizguztoz ezto lo yamaban “licor”, yo no niego que hijoz mioz que comprara miz sincoz y diesez de licor pero no hera para tanto ezcandalo y ezto lo hasia porque mi trabajo hera muy fuerte...”

En las frases iniciales del pasaje, la mujer en agobio interno parece enviar un reclamo a los hijos, relacionado con la asunción de un rol que era generador de insatisfacciones: la donación de su ser implicaba desigualdad, aparecía como invisible a los ojos de los demás. Una parte de la mujer se perdía en las fatigas y disgustos de la madre y ese quiebre aparecía, precisamente, en el escenario central de su accionar cotidiano. El vicio/síntoma de la mujer se transmutaba en escándalo público, en transgresión a la representación de madre pura, que evocaba la vergüenza, el pecado de la madre reeditado en la profanación del orden sacramental del matrimonio.

Estos significados biográficos de transgresión y vergüenza en la mujer, se articulaban con otros, construidos desde la relación con su padre. Desde uno de los pasajes del texto, la

evocación de la figura paterna —en su doble acepción terrenal y divina— aparece mediada por los valores de la razón, la educación y el trabajo. Estos valores, heredados como patrimonios simbólicos del padre, fueron los que permitieron preservar una imagen paterna incólume, responsable del destino de la hija:

“... yo no puedo dejar capital aunque mi padre penso mucho en el porbenir de miz hijoz aun sin casarme, me desía: Hija, yo trabajo para vos y tuz hijoz disfruten de mi trabajo lez doy educasion para que se defiendan y me defiendan despuez de muerto.”

Patrimonios otorgados por la figura divina —escindida del núcleo familiar de origen— que eran situados en el terreno de la validación del honor paterno y del propio. En estos patrimonios simbólicos, se borraba la marca de la transgresión paterna, mediante la herencia y el capital otorgado a uno de sus frutos prohibidos.

En los escenarios evocadores de las figuras parentales de María, subsistía una lejanía relacional que excluía el goce, la vitalidad y la confianza en los vínculos con otros; la feminidad se incorporaba como sufrimiento sin validación y la masculinidad como proveedora de capitales de orden material y simbólico, fuertemente valorados. En otro pasaje del texto, María advierte a sus hijos: “...en exta vida no hay maz amigo que Diox y el dinero”. Vivencia subjetiva que era también expresión de un contexto cada vez más escindido en las relaciones de sociabilidad y mayormente permeado por los valores mercantiles y religiosos.

La orfandad social y subjetiva instalada en la familia

El relato del desorden suscitado por la ingesta de licor aparece como acontecimiento que permite acercarse a las regulaciones externas e internas sobre los comportamientos transgresores de las mujeres en los espacios doméstico-familiares de la época. Desde la vivencia subjetiva, se expresaban las condiciones de restricción e insatisfacción de la mujer en el matrimonio, así como la necesidad de reinscribir la versión personal sobre lo acontecido, que pusiera en entredicho la vergüenza impuesta por el entorno inmediato. Desde el entramado social se exponían los mecanismos activados en la familia y la comunidad para sancionar la vergüenza. Dos años antes del internamiento de María, el “orden de la casa” se había alterado como consecuencia de actos incompatibles con los modelos de comportamiento femenino de la época. Debido a la centralidad adjudicada a la función materna en la construcción y sostenimiento de la armonía familiar, toda transgresión que amenazara esta función, implicaba la vulnerabilidad de todos sus miembros. También implicaba fragilizar el honor conyugal y del esposo como cabeza de la familia. Si el lugar materno era cuestionado, se establecía una amenaza en el corazón de la familia, una transgresión que requería sanciones y límites externos.

Los actos vergonzosos atribuidos a la madre condensaban el temor a perder la continuidad familiar, la contención de la madre/esposa que había “abandonado” su función de cohesión y armonización:

“...tambien se lo dije [al esposo] por bien yo no tenia visio que se fijara, que mi visio hera solo ver y cuidar miz hijoz y resinnarme a tantoz golpez de fortuna que hemoz sufrido... (...) ...y que hera otro a extremo que no havia defecto que yo no tuviera y viendo que el estaba resinnado a todo hasta que abandonara miz hijoz, con tal de no ponerme un centabo en mano porque hera para beber, esa palabra fue la que me mató me mató en cuanto a la dezconfianza en su ezposa y esta dezconfianza causó un trasztorno tan grande en la casa...”

Función que se transmutaba en vicio, en encierro subjetivo desde las arduas e inacabables labores, desde sufrimientos que a pesar de la entrega, no eran valorados por otros. El malestar derivado del sacrificio, la ausencia de reconocimiento en su entrega de amor, desembocaría en un “trastorno” que quedaría depositado en la madre.

La ingesta de licor representaba el signo precursor del trastorno de la madre; la calamidad que amenazaba el orden matrimonial; el flagelo que carcomía el orden moral y religioso de la época. En el análisis de la Trigésima Novena Pastoral escrita por el obispo Thiel en 1897, Poveda (1997) destaca que el discurso eclesiástico asoció los escándalos públicos y la embriaguez con las desavenencias familiares, la criminalidad, la pérdida de moral y honorabilidad. La esposa que cometía estos pecados –considerados capitales– debía ser severamente sancionada: “...si la esposa ama la bebida ó es iracunda, ó de malas costumbres, si ama el lujo, si es golosa, amiga de visitar, pendenciera, maldiciente, hay que sufrirla.” (6)

En el texto que nos ocupa, estos discursos reguladores de la feminidad interpelaban directamente al esposo –maestro de capilla–, quien recurrió a diversas sanciones con el fin de restablecer el orden, fragilizado por la transgresión de su esposa: el despojamiento de la herencia, la negación del uso de dinero, la prohibición de salida de la casa, la vigilancia del comportamiento dentro del hogar y, sobre todo, el señalamiento y desvalorización de la función ocupada en la familia.

A través de estas regulaciones, el entorno inmediato sancionaba en primera instancia, el escándalo de carácter moral originado por el vicio del licor, que aludía directamente a la honorabilidad de la familia. Correlativamente, se sancionaba la irresponsabilidad emocional de la madre/esposa, quien entregándose al vicio, dejaba a la deriva al esposo y sus descendientes. En el manuscrito se expone cómo la vivencia de despojamiento y exilio en el seno familiar, redundaría en otro acto transgresor –la salida temporal de la casa conyugal– que exacerbó los controles externos sobre la madre:

“...se me prohibió salir de la puerta para fuera por el que laz cosineraz me belaban y mandaban la casa, que a mí no se me daba para comprarlez ropa sino que se lez deba a laz demáz (...) todo lo sabian y me reprendian en favor de mi marido, cuyo viaje lo hise de oztinada que estaba y creyendo que con miz ausenciaz experimentarían unoz diaz y la cosa se arreglaría, pero nada hijoz mioz por el contrario.”

A la esposa que amaba la bebida o que era amiga de visitar, había que sufrirla: despojarla, infantilizarla, cercenar todo acto de voluntad propia, toda intención de autonomía o rebeldía. La regulación conyugal reeditaba así la imposición de obediencia, la interpelación contradictoria hacia la mujer, desde una figura de autoridad que parecía sancionar a la niña mal portada, que a la vez debía ser la madre/esposa que protegiera a todos los miembros de la familia.

Desde los contenidos biográficos del texto, las escenas anteriores sugieren que si bien la salida temporal del hogar tuvo una intención de escarmiento y de búsqueda de reconocimiento familiar, en esta transgresión también se deslizaba la reedición oculta de la “desviación” materna que había profanado un orden fuertemente moralizador. Era como si el destino del fruto prohibido de la feminidad transgresora, se reprodujera en las nuevas profanaciones que se transformaban en signos vergonzosos heredados. Herencia femenina cuyo escándalo trascendió la esfera familiar y que en el entorno de la villa se expresó desde voces punitivas que reprochaban el nuevo desacato. El siguiente alegato, expuesto por una de las vecinas, retrata el peso del control social que era sostenido desde los entramados comunitarios en relación con las funciones domésticas y maternas:

“...en la mañana siguiente [después que María retornó a su casa] llegó la becina y me dise ya vino a reconoser a suz hijoz, que dejo abandonados, una hespoza que lo tiene todo no tiene que portarse de eza manera a uzted devieron mandarla a traer con cuatro polisías y en fin reprensionez que mi consciencia vía que no laz meresía.”

En la conciencia punitiva incorporada desde la socialización femenina, el abandono de los hijos y esposos activaba autorregulaciones, que permitían sostener la función de la mujer dentro de los estrictos márgenes de la familia. Reactivaba también los controles que las mujeres ejercían sobre otras, desde la asimilación de modelos de feminidad en la interacción social. Controles que evidenciaban la interiorización de prácticas represivas sobre las vidas privadas de los pobladores. De acuerdo con Rodríguez (2000), estas prácticas orientadas al control de la moralidad comunal, se aprecian en el país desde el siglo XVIII y eran ejercidas por los vecinos y autoridades locales. Por otra parte, Stone (1990), Hareven (1976, 1991)

y Smith-Rosemberg (1975) proponen que durante el siglo XIX tardío las relaciones intra e intergenéricas fueron asimiladas a partir de intensas regulaciones, que naturalizaron e institucionalizaron los controles desde la experiencia cotidiana.

La disposición de recursos punitivos por parte del esposo hacia el desacato doblemente protagonizado por María, fue otro de los lugares de disputa de la pareja. Ella no se resignaba a “ser sufrida” por su arcángel; reclamaba, preguntaba, confrontaba, golpeaba, se enojaba por la ingratitud y desconfianza del esposo:

“...y el ingrato nunca pude por vien que me dijera? quien le desía por Dios digame quien le dise tanto y se evitaran tantoz disguztoz y bolber el orden a nueztra casa... (...) ...el me daba [golpeaba] porque me desía que hera guaro y yo le daba por tonto que guardara el orden de la casa que ezto hiba contra miz hijoz, que tubiera a su hespoza tranquila y todo saldria vien...”

Este comportamiento activo y retador, tan distante de la sumisión y recato femeninos, representaría otra de las transgresiones escenificadas desde el corazón de la familia. La persistencia de los desacatos e irreverencias de la madre/esposa orientarían, entonces, una violenta resolución a través del aislamiento concreto –previamente activado en la casa y la comunidad– de la institucionalización en el manicomio.

La nueva sensibilidad social respecto a las desviaciones del orden, paulatinamente había asimilado la naturalización del encierro y la intervención institucional sobre los individuos transgresores, cuyos comportamientos empezaban a ser percibidos como perturbaciones internas de carácter mental. En el texto las escenas sobre la intolerancia social respecto a los desacatos femeninos en la esfera familiar, aparecen desde los controles externos que apelaban al fallo de la conciencia individual que requería escarmiento y asistencia:

“¡Pero hay! Dios mío si esto no tardo ni ocho diaz buelben otra vez peorez cosaz, peorez diaz hazta conozco en [el esposo] una desision extraña entoncez se me ofrese el Ozpismo que en reserva supe que se lo aconsejaron y se me estremesió mi cuerpo cuando uno de miz hijoz me dijo segun abían hoído en contra mía, mamita en el Ozpismo esta mejor porque ayí la curan (¡que negro plan contra miz mismoz hijoz!)...”

El internamiento en el asilo –la imposición externa de insanidad– establecía la resolución sobre el irrespeto al orden sacramental del matrimonio y sobre la “irresponsabilidad” moral de la mujer hacia la familia. De esta forma, la presión del entorno impuso la aceptación del castigo, dejando así silenciados los intentos de resolución reclamados por

la mujer desde el lazo conyugal, así como la vivencia de injusticia que se tejía desde su entorno inmediato de relaciones.

Siguiendo el hilo del trazo biográfico contenido en el texto, es posible percibir las implicaciones subjetivas de la madre que reeditaba un destino trágico a través de las vidas de sus hijas. Su futuro aparece en un escenario de desamparo, solamente salvable a través de la intervención caritativa del Señor Obispo:

“...decile a tu padre que able inmediatamente con el Sr. Obispo para que metan a laz doz chiquitaz en el colejio de Uérfanaz el puede pagar una penzion, me gusta maz que ningun colejio como miz hijaz son pobrez y nesesitan educasion ese me parese bien porque estan sin madre, me conviene que [su hija mayor] este en Santo Domingo sin mi es una niña que se pasa el tiempo sin educarla...”

Destinos reeditados tras generaciones femeninas, evocación de una experiencia biográfica en la cual las profanaciones de las madres se transferían a las hijas como incertidumbre y desgracia futuras. Por ello, la asistencia de las hijas no se perfilaba desde la responsabilidad del esposo y buen padre, sino desde el brazo protector de una divinidad que cuidaría sabiamente la orfandad de las niñas.

Pese al destino sacrificial de la madre y las hijas, la reivindicación de la mujer en desgracia encontraba otras formas de resistencia ante el exilio impuesto. En una carta destinada al esposo, la mujer/madre confronta su poderío mediante la amenaza de despojo de unas propiedades que eran de su pertenencia. La condición de propietaria otorgaba cierta autonomía y validación personal, que hacía posible reivindicar su nombre, su significación de mujer que había sido expropiada de su función en la familia. La mujer confrontaba al amado y riguroso arcángel.⁸² Y también se enfrentaba a las rígidas regulaciones culturales sobre la madre/esposa. La denuncia de la desvalorización de las funciones femeninas de la época, así como la confrontación con la figura incólume de la masculinidad, abría trazos de reconocimiento de las fortalezas y potenciales propios respecto a los destinos biográficos y culturales de las mujeres.

En el cierre de la carta-memoria, la reivindicación personal quedaba registrada en un legado materno que pretendía borrar la mancha de la vergüenza de su nombre y de la memoria de

82. *“...que me le diga a su hermano que me mande loz resiboz que deven eztar a mi nombre el no me a dado un centabo que la finca bale lo menoaz dies mil pesos, y que se hande un poquito porque se la quito, Tanvien que me mande la benta del cerco que ezta en la caye del trambia en cartago que ezta a mi nombre que una mujer como yo no se devia haverla separa de suz hijoz pero ya que eztoy lejoz es si piso pensar en recojer mi travajo”*

sus descendientes. La madre doliente y sacrificada también podía confrontar la imposición de insania, a través de la versión personal sobre lo acontecido. En su firma se estampaba el honor del nombre propio y la dignificación de su función en la familia:

“Conserben hijoz esta carta-memoria de su madre Dioz quiera que loz sufrimientoz de ella sean laz bendicionez que el cielo tiene para ustedez (...) y aunque tan mala he sido con miz hijoz y con todo el mundo nunca se aberguencen de desir mi madre hera M.C. de F.”

Epílogo sobre el significado de la función materna: la omnipresencia y la muerte del mundo

A través del texto anterior se reconoció la centralidad de la función materna en las unidades familiares de la sociedad finisecular decimonónica, así como los temores y dispositivos de control respecto a las transgresiones a dicha función. Las tensiones inherentes al sostenimiento de la unión familiar, se manifestaron desde conflictos personales y maritales que limitaron la asunción idílica de la maternidad y la domesticidad. Las ansiedades personales de la madre daban cuenta de la contradicción entre la expectativa cultural de la entrega total del ser a los otros, de una función nutricia inacabable y, por tanto, inalcanzable, y las implicaciones subjetivas de esta entrega: la opacidad de otras vitalidades en la mujer. Seguidamente se estudiarán manuscritos desde los cuales estas disonancias en torno a la función de la maternidad, adquirieron formas particulares de interiorización, que “atraparon” a las mujeres en experiencias intensamente conflictivas. Experiencias que además de develar una socialización que restringía y fragmentaba sus potencialidades, también fueron un terreno de denuncia respecto a los modelos idealizados de feminidad.

En el historial clínico de Catalina, se describe el internamiento –acaecido el 18 de junio de 1902– tres meses después de la muerte de su madre. En una nota que el esposo envió al director del asilo, en la cual efectuó un “recuento de la enfermedad” de su cónyuge, este reconstruyó la precipitación de esta a partir del fallecimiento mencionado. Este hecho es sumamente significativo, porque sitúa el momento desde el cual el comportamiento cotidiano de su esposa expresó rupturas que no pudieron reconstruirse desde la asistencia efectuada por la familia y los amigos de la pareja. La circunstancia de la muerte repentina de la madre no solamente implicó un intenso dolor para Marta, sino que abrió una vertiente de angustia relacionada con una posible falla en los cuidados prodigados por la hija, durante la breve convalecencia de la señora:

“...24 horas después la anciana murió como se apaga una luz, sin sufrimiento pero tan inesperada, que el golpe era terrible para mi señora (...) ...

empezó a buscar en su mente sino hubiera tal vez omitido algo en bien de la enferma madre.”

Dos semanas después, el esposo recordó que poco antes de la muerte de la madre, Marta había omitido la limpieza de un absceso que esta tenía, debido a que le provocaba asco. Esta “omisión” generaría remordimientos de gran intensidad que derivaron en actos directamente relacionados con el castigo del cuerpo. El esposo describía de la siguiente manera lo que denominó su primer ataque nervioso: *“Cayó al suelo, se volvió, se levantó, se golpeó, siempre critando de la manera desesperada “soy loca, loca, soy loca,” etc.”* Después de este acontecimiento fueron recurrentes las ideas y acciones tendientes a la autoagresión, que posteriormente implicaron el internamiento de la esposa.

Estos pasajes sugieren una experiencia particular respecto a la experiencia vincular entre madre-hija y su relación con el proceso subjetivo de elaboración del duelo y la separación. Hidalgo y Chacón (2001) plantean los dinamismos subjetivos involucrados en el proceso de separación-individuación de la siguiente manera:

“Con la maternidad, la revivencia de este segundo momento se encuentra saturada de ambivalencia. Se revive la lucha que cada mujer ha tenido con su madre en los primeros años de su vida: la ambivalencia entre el deseo de separación-individuación y el anhelo por la simbiosis absoluta con la madre omnipotente. Se oscila entre el deseo de identificarse con la madre y el definirse como sujeto diferenciado de ella...” (47)

En los pasajes anteriores, suscritos por el esposo de Catalina, se presentaba una trama desde la cual la muerte de la madre no solo fue motivo de intenso dolor, sino que también aparecía como vivencia apocalíptica en la mujer adulta, que emergía a partir de una falta instalada en la “repulsión” del cuerpo materno enfermo. Esta repulsión figuraba las imágenes diferenciadas de los registros corporales –cuerpo enfermo de la madre, cuerpo sano de la hija– en la subjetividad. Sin embargo, cuando los cuerpos separados establecían la presencia de una falta originada en la diferenciación, se enunciaba un conflicto que impedía la preservación de las imágenes internas propias, separadas de las representaciones de la madre. Por tanto, en la falta –en la interiorización del impedimento para la diferenciación subjetiva– se sostendría la fusión madre-hija, la unión irrenunciable con la madre. Esta dificultad de diferenciación impedía a su vez la elaboración del duelo. Surgía así una primera muerte subjetiva en la hija: el pasaje a la locura como desvanecimiento del sujeto en el mundo de interacción cotidiana.

Estos contenidos también se verifican en la carta que Catalina escribió para su esposo. A través de la experiencia de la maternidad, se expresaba la angustia interna provocada por la

ruptura –falla– en el desempeño de esta función y por el remordimiento que ello implicaba. Remordimiento que había emergido desde la muerte de la madre:

*“Trato, según los consejos del doctor, de olvidar todo, pero podré?
!Besa a los niños mil veces, los amo, mala madre!
Oh! si pudiera olvidar el egoísmo que mostré con respecto a mi buena madre!
Mi querido, gracias a mi querida R. por los buenos cuidados que da a los
niños. Oh! cuánto le envidio, cuanto la envidio. ¿Cuándo la reemplazaré? ¿y?
!la reemplazaré?”*⁸³

Las interrogantes sobre la preservación de su función materna, sugieren implícitamente la angustia relacionada con la preservación de su propia interioridad, que permitiera volver a ser nutricia para sus hijos y disfrutar de su maternidad. Estas dudas internas se intensificaron precisamente en un momento en que la muerte de la madre había activado una fusión indisoluble, un viaje sin retorno de evanescencia subjetiva. Se instalaba así una segunda muerte simbólica en Catalina: la desesperación por el desvanecimiento paulatino de su preservación interna, que diera continuidad a los vínculos de amor con sus seres queridos. La indiferenciación y dependencia mutuas, transmitidas culturalmente en los vínculos generacionales entre madres e hijas, se expresaba en el texto desde la anulación del sujeto femenino en la maternidad. La ruptura que esto implicaba, propone ingresar a un mundo interno desde el cual la mujer y la madre se desencuentran y problematizan mutuamente, a la batalla entre la identificación y la diferenciación que la sociedad de la época no toleraba. La mujer nacía y vivía en fusión con otros y todo proceso de autonomización subjetiva podía activar los controles internos –y externos– que, desde la culpabilización, impedían la construcción de dominios propios. Esta activación denunciaba, entonces, la conflictividad que surgía ante este impedimento en las vidas cotidianas de las madres.

El siguiente manuscrito presenta otra derivación subjetiva de las tensiones de la feminidad desde la maternidad. Fue elaborado en 1901 por Victoria, viuda de 57 años y madre de un hijo. El formato del texto se asemeja al que se estila en la reproducción de postales religiosas que contienen una oración destinada a alguna santidad, así como la iconografía correspondiente. Desde este formato, Victoria envió un saludo a una pariente, que posiblemente se relacionaba con la celebración del día de la Purísima Concepción de María o con

83. *“Je tache selon les couseils du docteur D’oublier tous mais le pourrai-je?
Embrasse le petits mille fois j’aime mauraise mère!
Oh! si je pour vis oublier l’e’goisme que j’ai montré veis á vis de ma bonne mère!
Mon cher remercie mon R. chérie puor les hoins sonis qu’elle donne auf enfants, oh! que je l’envie, que je l’envie!
Quand la remplacerei-je? et? la remplacerei-je?”*

el natalicio de Jesucristo, debido a la fecha de elaboración del manuscrito, en diciembre de ese año. Es un texto muy breve, que inicia con la presentación personal de Victoria, quien se identifica como pariente de la señora A. de O., desde un lazo de parentesco gratificante. Seguidamente, la relación filial se presenta como hermandad femenina unificada en las imágenes de Jesucristo y la Virgen María. El cierre del texto incluye un saludo a la familia de A. y una referencia afectiva hacia esta desde la iconografía de la Mano Poderosa. Al final Victoria firma con su nombre de casada:

*“Con el plaser de pariente que soy de usted
O hermanas en
Jesucristo la saludo
el Día de Mañana en
honra y Gloria
de la Purísima Madre
de Dios y Nuestra y del
Uniberso entero
Gratos recuerdos a su
Esposo y Niños
y reciba el verdadero aprecio de la Mano
Poderosa.”
V.A. de M.⁸⁴*

La combinación sucesiva de imágenes terrenales y sagradas es muy significativa en la elaboración del texto. A través de las primeras se deslizan escenarios deseados de relaciones humanas compartidas: la cercanía y pertenencia filial, la hermandad femenina y la familia nuclear, representaban lazos de unificación en el mundo terrenal. Desde las iconografías religiosas, este anhelo de unificación era representado mediante la hermandad cristiana, purificadora y redentora del rebaño perdido, así como desde la imagen de la Virgen María como creadora universal. Desde ambas dimensiones las posibilidades de unificación relacional se establecían por intermedio de poderes de la feminidad: en la “honra y gloria de la Purísima Madre” se condensaba la invocación de los dones sagrados de una feminidad todopoderosa, creadora del Universo. Así, la imagen de la Virgen María trascendía las representaciones convencionales de la mujer que había sido divinizada por los poderes de Dios: era una madre dueña de sus propios poderes. Esta “apropiación” de los dones sagrados de la feminidad, se articula en el texto con la iconografía de la Mano Poderosa. Esta era una oración popular dedicada

84. H.C 9211. En el lugar donde aparece la palabra Mano hay un pequeño dibujo que asemeja un puño cerrado del cual salen rayitas, como halos luminosos que van hacia arriba.

a Jesucristo, cuyos poderes eran invocados para enfrentar momentos difíciles de la vida. La figura de Jesús representaba la esperanza de consuelo y amparo ante la incertidumbre, la luz que clarificaba el camino a seguir:

*Oración a la Mano Poderosa
Para alcanzar cosas difíciles*

*“Mano Poderosa de mi Jesús,
ante tí vengo con toda la fe de
mi alma a buscar consuelo a
mi difícil situación. No me
desampares mi buen Jesús, haz
que las puertas que han de
abrirse en mi camino sea tu
mano poderosa la que me abra*

*o cierre según sus designios
sagrados para darme la tran-
quilidad que tanto ansío.”*

*(Aquí se hace la petición por tres
cosas difíciles que se desean obtener)*⁸⁵

En el manuscrito de Victoria, la Mano Poderosa aparece como alteridad sagrada de la mujer a imagen y semejanza de la Madre Universal. Su función creadora y protectora traza un puente de significación con la oración: los dones divinos del hijo de la Purísima Madre retornan al vientre originario que lo concibió, estableciendo así una restitución genérica de los poderes invocados en la oración. El consuelo y la protección se restituían así desde los poderes femeninos condensados en la Madre Todopoderosa que recuperaría a sus hijos perdidos. Esta restitución sagrada también invocaba el anhelo de una madre/mujer que había perdido “el camino a seguir” en su vida, cuando su único hijo decidió emprender su propio camino.

Diez años atrás, Victoria pasó por el proceso de menopausia, que el médico describió como primer antecedente de su trastorno: “... desde entonces tenía cosas raras, se irritaba.” Cinco años después, su único hijo salió de la casa para casarse sin su consentimiento. Los disgustos provocados por este hecho se describieron como precipitantes del padecimiento: “Aborreció a

85. En la iconografía de la postal la Mano Poderosa se yergue desde las entrañas de la tierra, abierta hacia el cielo. Sobre cada dedo aparecen imágenes diversas, envueltas en halos divinos y muchos símbolos más.

la nuera y a la familia, se preocupaba mucho por la política. Se ahincaba con los brazos en cruz todo el día. Poco a poco se fue trastornando más. Habla de política y de religión, aborrece a la familia, los amenaza de muerte, que les va a quemar la casa. Le da por enamorarse. (...) La aislan, insulta al Presidente y a los del gobierno, blasfema, dice palabras indecorosas, amenaza con castigar a todo el mundo, pues ella es la Mano Poderosa.”

El proceso de menopausia –instituido como muerte de la mujer en su función materna– articulado con el fallecimiento del esposo y la separación de su hijo, derrumbaron el núcleo familiar donde Victoria fue esposa y madre. Esta ruptura de su relación de pareja y su función materna ocasionó una vivencia de pérdida en la cual su identidad parecía quedar descentrada, vacía. La “traición” del hijo que formaba su propia familia, intensificó esta vivencia de pérdida en medio de un proceso de envejecimiento que diluía sus relaciones pasadas, cual si se cerrara el capítulo vital de su vida. Sin embargo, este cierre a su vez abría otras dimensiones de la feminidad: el enojo, el enamoramiento, la blasfemia hacia poderes denegados en la mujer en el ámbito público y en el doméstico. Componentes que se expresaban en un momento crítico de su ciclo de vida, que enunciaban temores y potenciales internos que fueron traducidos como síntomas de trastorno. De esta forma, la ira contra el orden instituido, que imponía el desencuentro interno de la mujer enfrentada a su propio destino, se encarnaba en los poderes de la Mano Poderosa. Correlativamente, esta forma social de representación religiosa parecía condensar en el texto la preservación de potenciales internos de relación: el amor, lo filial y el erotismo, se expresaban como fuerza pasional que sería capaz revitalizar a la mujer.

Las experiencias de mujeres que atravesaron procesos internos de conflicto, vinculados con el quiebre de la feminidad en la maternidad, expresaron las presiones y disonancias impuestas a las mujeres desde una socialización que paulatinamente centralizó su función social en la construcción y sostenimiento de los lazos filiales de las familias, cada vez más distanciadas de las relaciones sociales extensivas. Esta fragmentación social redimida en la maternidad era reproducida en la exaltación del rito mariano, desde la imagen de feminidad como donación del ser que compensaría las fragilidades vividas en un contexto cada vez más descentrado e inseguro. La tradición judeo-cristiana preservaría la reproducción de imágenes maternas con rasgos nutricios y protectores, pero asentados en la negación de la autonomía y poder propio en la feminidad. Su institucionalización social atraparía a muchas mujeres de la época desde las disonancias instaladas en la maternidad. Empero, las disonancias también contenían puntos de quiebre de esa maternidad incólume y omnipresente: los actos transgresores vinculados con el vicio y la separación de la familia, la fusión extrema con la buena madre, cuyos vástagos no sobrevivían sin su presencia, el desgarramiento/ira producidos por el vacío que dejaba la finitud de la función materna. Los nódulos comunes

en estos malestares se verificaban desde la tensión permanente entre la identificación con un ideal nutricional inacabable y las limitaciones subjetivas para sostener las necesidades de los seres queridos, ocultando las propias. En esta tensión, la maternidad se sostenía desde la negación de otras vitalidades subjetivas de la mujer, necesarias para enfrentar la vida y para autorrepresentarse como sujetos con existencia propia.

A large, light gray, stylized letter 'C' with a thick, flowing, calligraphic stroke, positioned to the left of the chapter title.

Capítulo IV

*El imaginario social
de la insanidad femenina*

Divisiones en los mundos íntimos: lejanía en la cercanía

Entre los documentos preservados en los historiales clínicos, se encontraron algunos manuscritos elaborados por parientes de las mujeres internadas. Era correspondencia enviada a los directores del asilo como respuesta a las solicitudes de información sobre los antecedentes de las enfermedades. Debido a esta particularidad de las solicitudes médicas, las notas enviadas tienen en común la narración acerca del curso de los padecimientos, a partir de la descripción de signos “irregulares” que implicaron rupturas en el desenvolvimiento cotidiano de las parientes. En estas notas se efectuaba un registro temporal del desarrollo del trastorno: un pasado evocador de la normalidad que había discurrido hasta la “declaratoria de enfermedad” o pérdida de sentido en el presente. El futuro, representado en las expectativas de curación, prefiguraba un posible retorno a la normalidad del pasado. Desde esta reconstrucción de los antecedentes y de la manifestación de los trastornos, se hace posible reconocer otra de las facetas de la configuración social de la insania, desde la experiencia en la interacción cotidiana. La finalidad de este apartado es estudiar dicho proceso, a partir de una interrogante central: ¿cuáles eran las representaciones sobre la insania psíquica en las mujeres dentro del imaginario social de transición al siglo XX?

Los manuscritos que dan forma a este capítulo se encontraron en siete historiales clínicos de mujeres que procedían de sectores sociales y geográficos como Cañas, Heredia, Puntarenas, Alajuela y San José. La mayoría fueron enviados por los esposos de las mujeres, pero otros fueron remitidos por los hermanos, madres, patrones o conocidos de las familias. Desde las diversidades narrativas de los textos se exponían algunas de las imágenes cotidianas sobre la anomalía psíquica que prevalecieron durante la época. De forma similar a las representaciones médicas sobre la insania, en ellos se perfilaba un esbozo de representación de una entidad mental como escenario de pensamiento o de discernimiento racional de sí mismo y del mundo. Esta entidad era ordenadora del comportamiento socialmente esperado. Por otra parte, se efectuaba un registro de signos de alteración de la mente que dislocaban el curso del pensamiento, produciendo la pérdida del sano juicio y del dominio sobre sí mismo:

“Siempre demostraba algo de rason mental.. (...) Sinco profesores de medisina la an estado administrando medisinas cuatro meses en Liberia cuatro en puntarenas todos an declarado insañidad.” (H.C.9016, Cañas, 1894). “En la familia no ha habido ninguno que padezca o haya padecido de esa enfermedad

(...) la mamá se llama A.P, esta vive en su completo y sano juicio: es la primera vez que D. se trastorna.” (H.C.9208, Puntarenas, 1901). “...hasta ese día ella comprendía todo lo que hablaba estaba nerviosa, pero no había perdido el conocimiento y se daba cuenta de sus actos, de ese día después perdió el sentido, aunque al principio distinguía las cosas y las personas ya el Domingo en adelante no volvió a ser dueña de sus actos.” (H.C.9529, Alajuela, 1910).

Desde estas imágenes el desequilibrio de la razón se asociaba con desviaciones del comportamiento cotidiano. En este sentido, la noción de anomalía mental expuesta desde las familias, mostraba afinidad con las cosmologías científicas que visualizaban los trastornos como desequilibrios del pensamiento localizados en el sistema nervioso. Esta confluencia de representaciones sobre la insania, sugiere que entre los pobladores se habían incorporado concepciones cada vez más distantes del imaginario místico-religioso, respecto a la génesis de los padecimientos individuales. Sin embargo, esta consideración no podría generalizarse como proceso unívoco entre todos los sectores sociales, debido a la tensión que persistía en la época entre las concepciones empírico-materialistas y aquellas que preservaban nociones “pre-científicas” del desencuentro entre la razón y la locura.

Los procesos de transformación social que acontecieron durante la segunda mitad del siglo XIX, se expresarían desde manuscritos elaborados por parientes masculinos, a través de las experiencias de conflicto en la convivencia diaria, como consecuencia de la incorporación de identificaciones genéricas dicotómicas. Las regulaciones impuestas en las relaciones familiares y comunales, mostraban ejes de tensión que se manifestaban en la interacción cotidiana. Bourdieu (1991:147) explica la naturalización de mundos autónomos entre géneros como una experiencia dicotómica que se interioriza: “De paso, vemos que los puntos de vista sobre la casa adoptados se oponen según la lógica misma (masculino/femenino) que le aplican: tal redoblamiento, que encuentra su fundamento en la correspondencia entre divisiones sociales y las divisiones lógicas y el esfuerzo circular que resulta de ello, contribuyen mucho sin duda a encerrar a los agentes en un mundo cerrado y finito y en una experiencia dóxica de ese mundo.” Esta experiencia de fragmentación de visiones y prácticas en las vidas cotidianas, generó disonancias expresadas desde lo “unívoco” de cada género.

En los manuscritos en estudio se plasmaron dos orientaciones sociales de este proceso. Por un lado, los rasgos de masculinidad incorporados interpelaban una función protectora, basada en la responsabilidad económica sobre los familiares dependientes –generalmente hijos y mujeres– que definía el respeto y honor de los hombres. Sin embargo, esta función muchas veces estuvo menoscabada por diversas razones. Gil (1985) revisa los censos de 1864, 1883 y 1892 señalando que en ellos se demostraba que durante la segunda mitad del siglo XIX había un

importante porcentaje de mujeres dedicadas a actividades laborales. Una buena parte de las familias de la región central del país estaba a cargo de mujeres, lo cual es interpretado por Gil como pérdida de la cohesión familiar, resultado de los vicios o infidelidades de los esposos. Por su parte, González (1997) explica que muchas de las alianzas familiares a través de los matrimonios tenían la finalidad de incrementar los patrimonios y el poder de los maridos, lo cual develaba la dimensión mercantil de los lazos conyugales, necesarios para los futuros promisorios de muchos hombres. Esto significaba que el ideal de masculinidad proveedora y protectora en no pocas ocasiones constituyó una expectativa social fallida. En el siguiente texto se reconocen las presiones vividas desde la asunción del rol proveedor, así como el rechazo hacia masculinidades que fracasaban en esta función.

En 1903 Juan Ramón –hermano de Lucía– envió un escrito al director del asilo en el cual solicitaba la exención de la pensión para el internamiento de su hermana, debido a las condiciones de pobreza que atravesaba la familia. Esta solicitud permitió introducir el relato de sus experiencias personales, en relación con sus responsabilidades hacia la familia de origen y la propia. En la evocación de la familia de origen se hacía énfasis en la precariedad material que esta atravesaba, que también refería a una pobreza simbólica descrita a través de la minusvalía de los miembros de la misma:

“En respuesta a información que usted recibió con respecto a una pobre hermana mía enferma que recibió el miércoles pasado, mi familia toda es en exceso pobre y no tiene más apoyo que el mío. Yo, aunque soy profesor de enseñanza, no cuento con otros medios que el producto de mi trabajo y con este tengo que atender a mi esposa e hijo, sino también a mi pobre madre, viuda, que quedó muy pobre hace muchos años sin más sostén justamente con cuatro hijos, que yo ...” (H.C. 9207, Cartago, 1903).

La presentación de la hermana y la madre como personas desvalidas, permitía exponer una diferenciación en su autorrepresentación como hijo y hermano responsable, único sostén para la supervivencia de sus parientes. Sin embargo, desde este lugar se expresaba una situación de agobio que implicaba asumir la responsabilidad de dos familias, cuyos miembros dependían –desde su vivencia– exclusivamente de él. Por otra parte, el agobio se intensificaba desde las imágenes relatadas de la familia de origen: la enfermedad y la viudez representaban una condición de desprotección, ante la cual su actitud compasiva permitiría al menos, la supervivencia material.⁸⁶

86. En la Historia Clínica de Lucía se consignó que la joven de 25 años había trabajado como hostelera antes de ser internada en el asilo. Los nombres propios que aparecen a lo largo del capítulo son ficticios. Se conserva la ortografía original.

Desde la referencia personal los valores del trabajo y la respetabilidad moral aparecían como terrenos de reconocimiento social y como rasgos naturalizados del comportamiento masculino. Estos rasgos de validación masculina se exponían como ideales fallidos a través de la figura del hermano:

“...si bien es cierto que tengo un hermano varón y soltero, el que acompañó a mi pobre hermana y a cualquiera se le ocurre pensar que él (mi hermano) hará algo por su familia, no señor, no es así, con ese, además del trabajo que tengo en mantenerlo y darle casi todo lo que necesita, pues por desgracia es víctima del alcoholismo, tengo muchos sinsabores más.”

La fortaleza esperada del varón como figura protectora, mermada por la desgracia del vicio, expresaba una calamidad abiertamente rechazada. Si bien en el texto todos los miembros de la familia de origen eran descritos desde la minusvalía, la desgracia del hermano no merecía conmiseración sino reproche. La imposibilidad de sostener una función masculina responsable constituía una disonancia. No obstante, la función protectora pero cargada de sinsabores, mostraba que la separación entre un mundo feminizado frágil y dependiente —que incluía al hermano en desgracia— y otro descrito desde la masculinidad autosuficiente, había atrapado a sus miembros desde escisiones de génesis cultural, pero vividas como determinaciones de orden natural.

La segunda orientación que develan estos textos se inscribe en las relaciones de pareja, desde relatos masculinos que describen el mundo propio a través de una otredad distante o bizarra representada en el mundo femenino. En esta “separación” se mezclaban la dependencia emocional hacia las esposas con la dificultad de cercanía afectiva y de complementariedad en la convivencia de pareja. La experiencia de relación con el mundo femenino se debatía, entonces, entre la desvalorización de la diferencia y la referencia valorada de lo femenino, pero en función de las necesidades de reafirmación masculina. González (1997) explica que la sociedad decimonónica percibía al hombre como fuente proveedora de todo lo que las mujeres carecían, por tanto, ellas debían vivir de acuerdo con sus necesidades. Era una deuda que tenían con los hombres, quienes las habrían salvado de la pobreza y la soltería; eran percepciones que evidenciaban una intensa diferenciación y dependencia genéricas que también atravesaban el yo masculino. En los siguientes relatos se muestran las vicisitudes personales vividas por dos esposos, como consecuencia de la separación de sus cónyuges ante los internamientos.

En 1898 Miguel —esposo separado de Micaela— escribió una nota de descargo al director del asilo, en la que aclaraba un aparente malentendido vivido por él como ofensa personal: “Quien sufre la injuria con paciencia, prueba que no la merece, quien la venga muestra que es digno de ella.” El relato de la injuria cometida en su contra permitió exponer algunas experiencias personales, que retrataban otras formas de resolución masculina respecto a

su relación con la feminidad. En él se expone su experiencia previa de soltería dentro del mundo eclesiástico, aparentemente armónica frente a sí mismo. Cuando deja la formación religiosa para contraer matrimonio, este mundo aparece trastocado a partir de la presencia de mujeres en su vida:

"Explicaciones: yo estudié para sacerdote y recibí cuatro órdenes menores, pero juzgué que era mejor mal casado que no un buen sacerdote, me casé, pero solo duré quince días con tranquilidad, porque la madre de ella que era loca tal como es hoy su hija, me la echó a perder, desde ahí ya no tuve gusto, y en cambio de no hacerle mal a mi esposa tuve la debilidad de tomar licor, diciendo: "Ojos que no ven, corazón que no siente": luego ella es la culpable de mi destino." (H.C. 9134, San José, 1898).

"Mal casado y no buen sacerdote": debate interno desencadenado por la posible apertura del claustro eclesiástico, por el temor a la cercanía corporal y afectiva con un referente distinto. Presagio de un mundo compartido no posible. Frente a esta amenaza, el derrumbamiento posterior de la vida marital "confirmaría" la influencia nociva de las mujeres, su presencia destructiva como origen de su desgracia personal. Aunque el impedimento para la complementariedad emergía en el texto desde el conflicto que atravesaba la interioridad masculina, este era situado desde las mujeres denigradas en la imagen de la locura. Esto implicaba la búsqueda de salvación a partir de una nueva retracción hacia geografías de interacción masculina, protectoras de la amenaza interna.

Según el texto, Miguel se hizo policía, se encerró en el cuartel y durante largos años mantuvo contacto con su esposa, de quien posteriormente expresó se había convertido en adúltera debido a que tenía dos hijos "ajenos". De esta forma, el refugio en muros masculinos y lazos homosociales que se afianzaban desde rígidos valores normativos de orden, se contraponían a las imágenes denigradas de sexualidad femenina:

"En veinte años de separados le he rogado varias veces que nos juntemos, su hermano es testigo, y ella por no entregar los dos hijos ajenos que hoy tiene, no se ha querido juntar, a pesar que hace poco tras de mí andaba y llegaba al cuartel cuando estaba de servicio. (...) Ni Dios ni las leyes de la Patria me ligan con una mujer adúltera a quien solo por caridad debo atender cuando Dios me repare con qué." 87

87. En el registro clínico de Micaela, el director consignó la versión de esta respecto a la separación conyugal. Según ella, dicha separación fue ocasionada por el consumo de licor del esposo –que es confirmado en el texto elaborado por Miguel–. Asimismo, afirmaba que los dos hijos –de cinco y quince años– eran del esposo.

Este alegato exponía un ordenamiento cultural establecido a partir de la delimitación entre el orden racional de la masculinidad en los dominios públicos y el caos de la interioridad femenina enmarcada en las relaciones familiares y de pareja. Desde esta distancia los temores en torno a la intimidad y al compromiso afectivo, se desplazaban hacia la feminidad como referente “externo” de lo propio amenazante, lo cual limitaba la construcción de vínculos complementarios en la esfera conyugal.

Por otra parte, la solicitud de exclusividad relacional hacia él —“entregar los hijos ajenos”— como condición para el retorno a la unión conyugal, evidenciaba su dependencia emocional hacia la pareja, que se había sostenido por muchos años. Cuando la esposa rechazó esta condición, se reactivaría nuevamente la lejanía, a través de la confirmación de los rasgos destructivos y sucios de la mujer adúltera. La contraposición entre las imágenes de la loca-adúltera y las de sacerdote-policia expresaba —desde la experiencia subjetiva— las fragmentaciones del mundo, vivificadas en las relaciones genéricas a partir de un frágil aseguramiento de lo unívoco preconizado durante la época.

En 1902 el esposo de Patricia envió al director del asilo una nota en la que pedía información sobre el estado de salud de su cónyuge y las posibilidades de su retorno a la casa. Esta solicitud de información permitió relatar las penurias vividas por la ausencia de la esposa, así como la urgencia de su curación. Penurias que mostraban dos ejes de conflicto: las desavenencias con la familia de origen de la esposa, evidenciadas también por su suegra, y las congojas personales, expuestas desde la incompatibilidad entre la responsabilidad del trabajo y el cuidado de la hija del matrimonio:

“...me permito ahora molestarle suplicándole se sirva decirme si hay esperanza de que mi esposa se restablezca pronto y por completo, pues de ello depende que yo me resuelva vender mis pequeños trabajos y trasladarme a esa ciudad o conservarlas, porque aunque he tenido la pena de que mis suegros se pongan en desacuerdo conmigo hasta el punto que procuran hostilizarme, esto no sería inconveniente para seguir mi trabajo y esperar su mejoría para traerla a mi lado. Conservo en mi poder una niñita de cinco años única de mi matrimonio y usted debe considerar cuántas serán mis penalidades al verme obligado a proporcionarle toda clase de cuidados por no tener madre ahora...”
(H.C. 9044, Cañas, 1902).

La súplica respecto a la cura inmediata y definitiva de la esposa, así como la solicitud de consideración respecto a sus congojas, parecían orientarse a la necesidad de restablecimiento de un orden conyugal que requería una complementariedad relacional entre los esposos, en beneficio de la hijita. Sin embargo, la experiencia de conflicto se presentaba a partir de la

ausencia de la esposa y madre como sostén emocional del matrimonio, separada de la provisión material correspondiente al marido. Así la división de funciones genéricas se transformaba en fuente de tensión masculina, ante la carencia de provisión de sus necesidades afectivas.

El 7 de junio de 1904, después de dos años de internamiento de Patricia, el director del asilo escribió en la historia clínica: “...vino el esposo a exigir que se la entregaran, pues dice que no se haya en nada sin su esposa. No quiso oír razones de ninguna especie, le pedí que escribiera una nota pidiéndola...”⁸⁸

Esta situación revelaba que la urgencia de la salida de Patricia se dirimía a partir de las necesidades personales y la autoridad del marido; la exigencia del egreso se sustentaba en el poder que podía ejercer respecto a la vida de su pareja. Sin embargo, detrás de este dominio también se debatía otra dimensión de la masculinidad, oculta socialmente: la fragilidad personal que redundaba en la dependencia emocional hacia su cónyuge. En este sentido, “el no hallarse sin su esposa” remitía a la ausencia de cuidados no solamente para la hija, sino también para sí mismo. Egresar a la esposa en condiciones de gravedad física y psíquica, confirmaba que la disposición sobre su destino intentaba cubrir esta carencia propia. Por otra parte, desde la lógica institucional la racionalidad técnica se complementaba con el ejercicio de dominio masculino en el vínculo matrimonial. Pese de la queja del director respecto a las delicadas condiciones de salud de Patricia, finalmente accedió a la exigencia del esposo.

Desde estos relatos la experiencia de fragmentación en la interacción social se escenificaba en los microespacios de las familias y la convivencia de las parejas. La interiorización de identificaciones genéricas implicó una diferenciación de mundos, que situaba la masculinidad en el mundo público, necesario para la provisión material de las familias y para la valoración social de la responsabilidad de los hombres. Empero, la autonomía masculina era ambivalente, debido a que su reafirmación dependía de la provisión emocional de las mujeres; su función era protegerlas para protegerse a sí mismos. Prokop (1986) ha analizado este proceso desde la construcción de fronteras entre feminidad y masculinidad. En la interioridad masculina se han debatido el temor y las defensas frente a los poderes de la feminidad, que han derivado en los rituales culturales de la diferencia: “De lo que los hombres tratan de defenderse es de la nostalgia y el temor a que desaparezcan las fronteras, del placer inconsciente ante esta entrega pasiva, el establecimiento artificial de los límites,

88. Las razones que refería el Director podrían aludir, entre otras, a su condición psíquica y física en ese momento: “Muy mal su estado mental, disentería, edema diseminado en todo el cuerpo, enfermedad crónica del riñón. Reumatismo.”

los ritos del dominio representaran una seguridad en el cual el yo masculino siempre es la parte que decide." (16)

Esta disonancia entre diferenciación y dependencia, generó condiciones de violencia culturalmente permitidas sobre las vidas de las mujeres. El abandono y denigración de la loca-adúltera y la disposición autoritaria sobre el cuerpo y la vida de las esposas, expresaban cómo se habían instituido dominios masculinos que no podían asentarse sin la presencia de lo temido y devaluado. Así, lo propio amenazante era "expulsado" violentamente hacia los contornos femeninos, pero permanecía afianzado en las fronteras patriarcales del orden y la racionalidad.

En la imagen idílica de la casa vivían las mujeres santas y sanas

Al inicio del capítulo se señaló que en las narraciones de los parientes respecto a los padecimientos de las mujeres, la referencia a un pasado más o menos reciente evocaba los escenarios de normalidad perdidos en la interacción cotidiana de estas. Esta evocación involucraba el relato de las costumbres corrientes de las mujeres en la esfera doméstica, que aparecían como referentes del comportamiento moral y de estados de sanidad de las esposas, hijas y hermanas, expresados a través de representaciones naturalizadas de feminidad desde los mundos privados de las familias. Estas costumbres definían los referentes de normalidad psíquica en el imaginario social, que aparecen como escenario común en los relatos, a pesar de la diversidad social y geográfica de las familias.

En 1894 el esposo de Mélida redactó una "Biografía" de su cónyuge, que inicia con el recuento de los sacramentos recibidos a lo largo de su vida: nacimiento legítimo, bautismo y matrimonio.⁸⁹ A través de estos actos religiosos las personas tenían posibilidades de acceso al Reino Celestial, siempre y cuando cumplieran con los preceptos enunciados por el orden sacramental. También referían a un orden normativo, directamente vinculado con la doctrina cristiana de comportamiento para las mujeres y hombres. En este sentido, los sacramentos recibidos por Mélida referían a la adopción de preceptos morales que orientarían su vida terrenal, descrita en el texto a través del comportamiento doméstico de la esposa, previo a la precipitación del padecimiento:

89. Los sacramentos de la iglesia católica son el bautismo, confirmación, eucaristía, penitencia, extremaunción, orden y matrimonio.

“Costumbres mui celosa con migo mui ofisosa en la casa ornando pan y viscocho haciendo sigarros y duros ofisios domesticos nada alegre ha vaile. mui sana de la voca nada osena nada inmoral (...) licor nada tomaba fumaba mui poco.” (H.C. 9016, Cañas, 1894).

El arduo trabajo doméstico era representado como valor normativo y a la vez como cualidad moral del comportamiento. Era una función natural ejercida dentro de los límites de la casa, que evitaba la amenaza del vicio y las malas costumbres dentro y fuera del hogar. De esta forma, en las familias de origen rural se manifestaba la asimilación de valores reguladores del comportamiento social, mediante el desempeño de labores productivas en la vida cotidiana. La asimilación práctica de dichos valores, aseguraba las buenas costumbres morales y mentales de las mujeres. Dentro de los márgenes del hogar, estos referentes de regulación se contraponían a la maledicencia, el disfrute y el vicio que atentaban contra el orden sacramental en el desenvolvimiento diario de las mujeres.

Estos referentes de desempeño moral y sano de las esposas, también aparecen en el manuscrito enviado por el cónyuge de Catalina, de origen europeo. Además de enfatizar que en su desenvolvimiento cotidiano no existían malas costumbres, el reconocimiento de la sanidad precedente incluía los valores de la inteligencia y el amor que se habían preservado a pesar del padecimiento:

“... es una inteligencia superior, muy activa en el hogar y quiere à su marido y à sus hijos (19 a 5 años) con todo su corazón. No tiene ningún vicio ò mala costumbre y hasta su enfermedad, que estoy relatando, no ha cometido la menor mala acción.” (H.C. 9242, San José, 1902).

La confluencia de modelos de feminidad en torno al desempeño cotidiano caracterizado por la laboriosidad hogareña –fuese desde oficios que ayudaran a solventar las necesidades materiales en las familias pobres o desde la lucidez y amor de la madre/esposa entre las familias acomodadas– así como a la carencia de malas costumbres, se encontraban asociadas con la moral cristiana exaltada por la Iglesia Católica, en relación con las virtudes femeninas que debían incorporarse a imagen y semejanza de la Virgen María:

“Las señoras casadas o viudas estaban obligadas a recibir todos los meses los sacramentos, se les recordaba con frecuencia que los “deberes de su estado” y las virtudes principales han de ser la “paciencia, mansedumbre, modestia y celo por la salvación de la familia.” Para las hijas, se pretendía que fueran de buenas costumbres, humildes, castas que recibieran los sacramentos y se les recomendaba de una manera especial, “la virtud de

la templanza, la lectura de libros religiosos aprobados”, con el objetivo de “conservar a las niñas en la inocencia y fortalecerlas contra los peligros de la juventud.” (Poveda, 1997: 105-106).

Estas regulaciones morales, expresadas desde el imaginario religioso, eran articuladas con las nociones de sanidad psíquica de las mujeres, que se asimilaban socialmente como ideales naturalizados desde los espacios familiares. La virtuosidad dada por su pulcritud moral resumía esta imagen de normalidad femenina de la época. Por otra parte, la interiorización de estas regulaciones develaba un contexto social que empezaba a regirse desde los mismos principios de control e integración en las esferas pública y privada. El desempeño productivo se articulaba con la funcionalidad social de los individuos, lo cual era indicativo de la buena marcha de la conciencia en la vida cotidiana. La socialización decimonónica era así permeada por el imaginario liberal de la racionalización/moralización del mundo social. Desde las representaciones de feminidad, dicha racionalización se fundía con un imaginario religioso que inscribía los valores morales como ámbito central de la conciencia en la mujer.

Desde este contexto la percepción de las familias y vecinos sobre el desencadenamiento de quiebres abruptos en el comportamiento habitual de las mujeres, generó diversos márgenes de tolerancia hacia aquellos. Usualmente, la percepción inicial de cambios en el desenvolvimiento doméstico, implicaba la búsqueda de auxilio entre los miembros de las familias, con la esperanza de que dichos cambios se revirtieran como resultado de los cuidados prodigados. Cuando las rupturas en la regularidad persistían o se agudizaban, dichos comportamientos se constituían en fuentes de temor o amenaza, que iniciaban la delimitación familiar y comunal respecto a la contención de las mujeres en sus contextos vitales de relación. En los relatos este proceso se exponía desde la construcción de “declaratorias de enfermedad”, que fueron la antesala al encauzamiento institucional de las anomalías individuales desde los entramados vecinales. En las solicitudes de ingreso efectuadas por los esposos o por conocidos de las familias, se hacía énfasis en la asistencia brindada a las mujeres, desde el momento en que se manifestaban los primeros signos de ruptura con la normatividad doméstica. Sin embargo, en las descripciones aparecían nociones como enfermedad, enajenación mental y demencia, que delineaban un proceso de diferenciación y objetivación de las “insanas”:

“Yo, F.V. y R., mayor, casado, digo: Hace algún tiempo que mi esposa A.L.B. viene padeciendo de enajenación mental, cuya enfermedad no me ha sido posible curarle no obstante los muchos esfuerzos que he hecho con el auxilio de algunas buenas personas. Médicos confidentes me han aconsejado como último y buen recurso colocarla en el Hospicio de Locos establecido en la ciudad

de San José. No quiero, pues, perder tiempo y para conseguir los beneficios de aquel Humanitario Manicomio, me apresuro a llenar las formalidades.” (H.C. 9015, Santo Domingo, 1894).

Esta delimitación de los bordes de la experiencia desviada en las familias y comunidades, suponía la posibilidad de los esposos –y de otras figuras de autoridad de las familias– de internar a sus cónyuges, bajo alegatos de insanidad mental verificadas por el entorno inmediato. Por tanto, los parientes tuvieron importantes márgenes de decisión sobre el destino de las mujeres, tanto en términos de la separación simbólica y física de sus contextos de interacción, como en la objetivación de sus comportamientos. Como se reconocerá más adelante, estas “anomalías” fueron muchas veces transgresiones a la moral doméstica o conyugal y en otras ocasiones fueron procesos de malestar que además de comprometer la imagen social, también involucraron la estabilidad interna de las mujeres.

Al respecto, es necesario introducir algunas de las dimensiones que fueron referidas como puntos culminantes de precipitación de los trastornos, que originaron las solicitudes no oficiales de internamiento. Eran dimensiones contrapuestas al orden doméstico y comunal, básicamente amenazantes por la imposibilidad de contención dentro de las casas, así como por los actos descritos como hostiles y dañinos en los vecindarios. En 1898 el esposo de Vitalia narraba de la siguiente manera el “trastorno” de su cónyuge:

“Con motivo de estar demente mi esposa V.M. de R. desde el mes de marzo del corriente año y haber abandonado la casa donde vivimos y en donde hasta aquí se le ha prodigado toda clase de auxilios...” (H.C. 9154, Alajuelita).

La salida de la casa marcaba el límite de control del comportamiento, la transgresión que exponía la manifestación certera de la insanidad en la esposa. El abandono del hogar se interpretaba como derivación de un comportamiento irregular, que traspasaba las posibilidades de asistencia –y tolerancia– en la familia. De esta forma, la transgresión objetivada en demencia legitimaba el encierro.

En otras solicitudes fueron miembros de la comunidad quienes describieron las conductas irregulares de las mujeres:

“No omito manifestarle à usted que este es un matrimonio muy pobre y que si se manda à ese establecimiento es porque el marido no puede pagar los daños que la enferma causa à los vecinos, así es que mediante los magníficos cuidados que se prodiguen en ese hospicio puede obtenerse su curación muy pronto.” (H.C. 9028, 1895). *“Estas son dos hermanas huérfanas de padre y madre y*

sumamente pobres. La primera, T. casada hoy con una de las personas más honradas de esta villa, ha visto por R. mientras no se enfureció. Pero hoy en el estado tan marcado de demencia ya no le es posible verla..." (H.C. 9231, Paraíso, 1902).

El abandono de la casa y la furia eran imágenes sociales que contravenían los comportamientos habituales de la virtud femenina. Representaban el desamor y la hostilidad inconcebibles en su naturaleza, que indicaban la presencia de signos de dislocación de la conciencia y de la responsabilidad individual. Sobre esta demarcación de potenciales agresivos o volitivos en la feminidad, se activaban dispositivos de regulación desde las familias y comunidades.

A pesar de que los umbrales de demarcación de la insania individual fueron la expresión de un proceso de homogenización y de saneamiento social que trascendió clases sociales, géneros y procedencias geográficas, estas solicitudes predominaron en los sectores populares, que además de carecer de recursos materiales para atender a los "enfermos", eran más vulnerables a la exposición pública de sus conflictos, a la estigmatización de sus formas de vida y a la intervención de las agencias institucionales que pretendían moralizar sus costumbres. Por ello, desde las redes sociales de interacción, el mapeo de la demencia de los pobres fue indispensable para justificar los internamientos humanitarios en el manicomio.

Desde los internamientos efectuados a solicitud de los parientes también es posible visualizar atropellos más directos sobre la vida de las mujeres. Estos abusos eran el resultado de las relaciones de dominio existentes dentro de las familias, que fueron ejercidas no solamente por los esposos sino también por otras figuras de autoridad como los hermanos y las madres. A la vez, estos dispositivos de control sobre los comportamientos de las "mal portadas", confluían con los modelos de disciplina institucional, que admitía los escarmientos familiares a través de la segregación temporal en el asilo. Algunos de los comportamientos sancionados fueron los que se asociaron con temores y repulsión en torno a las sexualidades de las mujeres. En 1895 el hermano de Eva la internó en el Hospicio de Incurables, "...*porque estaba mal portada para que volviera a ser honrada.*" Después de su traslado al asilo, el director "confirmó" el comportamiento deshonesto de la joven, al cual atribuyó la génesis de su trastorno mental: "*Parece que ella ha sido muy mala y arrastrada en la calle y la mala vida es la causa de la histeria.*" (H.C. 9041).

Desde los escenarios familiares e institucionales, la denigración impuesta al acceso a espacios públicos y, por tanto, al posible ejercicio de sexualidades ilícitas, se ejercía mediante acciones punitivas tendientes a revertir el dislocamiento moral de las transgresoras.

En otras ocasiones estas estrategias recayeron sobre el desacato al orden conyugal. El internamiento de Gertrudis en 1905 es particularmente ilustrativo del ejercicio autoritario del internamiento por parte de los parientes y los directores del asilo. Aunque el médico reconocía que la señora no se encontraba mentalmente enferma, aceptó el internamiento como medida punitiva frente a la desobediencia al esposo:

“Asegura que no será celosa en adelante y que no molestará al esposo. 11.9.1905. Sale con el esposo. (...) Ella no está enferma, sabe que la han traído porque no le obedeció a su marido, se va a volver loca si no le dan la libertad.”
(H.C. 9331).

Gertrudis expresaba que su permanencia en el recinto constituía una posibilidad de enloquecer. Posibilidad que había sido el resultado de la regulación familiar sobre su malestar, cuya sanción fue refrendada por las autoridades institucionales. Se evidenciaba así un fuerte entramado de control –físico y simbólico– sobre los actos transgresores del orden doméstico, que activaba el uso del espacio manicomial como escarmiento disciplinario. En otras palabras, la lógica institucional se ponía al servicio de las estrategias reguladoras del orden y la moral individuales.

Los parientes también brindaron versiones sobre el decurso de los malestares entre las mujeres de sus familias, mediante el relato de rupturas en su desenvolvimiento cotidiano, que fueron descritas como estados de insanidad. La génesis de dichos estados se establecía a partir de señales o síntomas, que delineaban la trayectoria de los quiebres en tanto precursores de los trastornos expresados posteriormente. Esta cristalización del trastorno era identificado desde la persistencia de las rupturas, que variaba los modos habituales de interacción en las familias y comunidades, definiendo así los momentos explícitos de precipitación de la locura. De esta forma, los umbrales sociales de comprensión de los malestares se trazaban como estados individuales de pérdida de sentido de los actos y pensamientos.

Este proceso de descripción del malestar interno como representación de enfermedad es reconocible en la narración que la hermana de Dorotea efectuó en 1901. En el texto la descripción de síntomas aparece como preámbulo de la declaratoria completa de la locura. Estos antecedentes integraban cambios físicos y psíquicos que eran asociados con el retraimiento interno, que había derivado en una parálisis prolongada de la hermana:

“Hace tres años el doce de este mes [setiembre] que a mi hermana le principiaron los síntomas de la locura y el dos de octubre fue que se le declaró (del mismo año) completamente la locura, pero desde mucho antes padecía de estitiqués [estreñimiento] de miedos: se mantenía siempre triste y pensativa,

todo lo que comía, decía que le caía mal (...) de donde resultaba que lloraba mucho y así siguió hasta que ya se le declaró la enfermedad, también sufría muchos desvelos, después de todos estos padecimientos resultó de la noche a la mañana, ya trastornada. (...) Se me olvidaba decirle: que mi hermana después de trastornada se tulló y hasta hace 2 o 4 meses que empezó a caminar.” (H.C. 9208, Puntarenas).

A diferencia de la lectura clínica de los médicos, que separaba las manifestaciones del padecimiento del mundo de las relaciones sociales, el relato anterior sostenía una tensión entre los “síntomas de locura” y los correlatos subjetivos de manifestación de malestar a través del temor, la tristeza y la parálisis frente a la vida, que esbozaban componentes internos de angustia. Desde esta tensión el relato reconocía un padecimiento subjetivo, pero a la vez lo enmarcaba dentro de nociones directamente referidas a un estado de trastorno que invadía el comportamiento total del individuo, lo cual demuestra la fuerte influencia social que para ese entonces tenían las representaciones científicas de los padecimientos como enfermedades de origen individual.

De manera similar, otros relatos expusieron el desarrollo temporal de los trastornos para describir momentos precisos de su desencadenamiento. Entre los signos precursores descritos, se encontraban los estados de retraimiento interno que eran relativamente tolerados por los familiares: prefiguraban cambios abruptos en los comportamientos habituales, pero no implicaban desórdenes que perturbaran escandalosamente el orden familiar. La preocupación del entorno inmediato de las mujeres respecto a estos signos, residía en el alejamiento paulatino del mundo cotidiano y el abandono de las responsabilidades domésticas. Cuando estos estados se transmataban en comportamientos “descontrolados y escandalosos”, se empezaba a establecer el momento preciso de desencadenamiento del trastorno. Ya en este punto, la reacción del entorno implicaba identificar el descontrol en tanto pérdida del sano juicio que verificaba el deterioro interno de la mujer:

“La enfermedad principio de una fiebre comenzo por tener miedo desia que hoia grandes bullas despues le faltó la abla por veinte dias sin dormir solo ni un instante solo tomava alimentos bebidos a la fuersa (...) Cuando ya volvio a masticar el alimento que podia andar ce escapava de la casa y a veces corria para que no la debolviáran empleando toda la fuersa para no volver a la Casa en esa continua lucha ha permanesido muchos años. (...) Siempre los primeros años en un profundo Silencio ha ora ultimamente ya abla palabras que jamas a hoía en su voca.” (H.C. 9016, Cañas, 1894). *“El trastorno verdadero le comenzó como unos ocho días antes de ser ingresada en el Asilo, se negaba*

obstinadamente a hablar y a comer porque decía que la estaban envenenando. Ha sido de carácter humilde y sin embargo, a veces se muestra sumamente malcriada y respondona. Estos periodos coincidían con insomnios prolongados. Varias veces se le ponía muy extraña la vista y de una excitada movilidad.”
(H.C. 9329, San José, 1905).

El desencadenamiento del desequilibrio mental en la feminidad permitía evocar un pasado normativo que había orientado el desenvolvimiento precedente de las mujeres: el silencio y la humildad como costumbres habituales que se desvanecían abruptamente cuando empezaba a emerger el trastorno. Su precipitación en el presente refería a la manifestación de estados de excitabilidad, que se perfilaron como constituyentes centrales de la desviación interna en la feminidad, como componentes de verificación del mal en el entorno inmediato. La manifestación de la ira definía el abismo que las separaba de los comportamientos deseados y tolerados; la ruptura de la contención interna que desembocaba en la pérdida de dominio de sí mismas. Esta experiencia evidenciaba que en los imaginarios sociales y científicos de la época, la construcción de representaciones sobre la insanidad psíquica en las mujeres se aglutinó sobre los mismos ejes reguladores impuestos por la racionalización de la vida social. Los quiebres en la auto-contención interna abrían cauces de expresión a los componentes más amenazantes del orden social y a los más censurados a través de la socialización femenina. La apropiación subjetiva del cuerpo en su dimensión de goce y vitalidad, la fortaleza frente a la vida y sus dificultades cotidianas, la capacidad de expresión de voluntades propias y de autonomía personal, así como los potenciales de representación del mundo y de la vida, constituyeron un imaginario denegado para la mujer, un terreno culturalmente excluido cuyas rupturas se interpretaron como sinónimos de desequilibrio. No obstante, fue precisamente a través de los quiebres y resistencias frente a este violento exilio social que las mujeres expresaron sus malestares y dejaron al desnudo los componentes fundantes de sus experiencias de conflicto social y subjetivo.

Desde el imaginario social de la época, la construcción de representaciones de insanidad develó varias mediaciones culturales que se nutrieron mutuamente. Las imágenes de enfermedad mental se perfilaron a partir del desequilibrio del pensamiento y la razón, en tanto estado que incidía en la desviación de los comportamientos y lenguajes socialmente asimilados. Representaba una anomalía individual, cuyos orígenes se ubicaban en la mente del enfermo. Dichas imágenes fueron paulatinamente incorporadas en los entramados sociales, a través de prácticas de diferenciación de los “insanos” en los espacios familiares y comunales. Más que representar rupturas, violencias e intolerancias sociales, los insanos eran identificados como portadores de irregularidades que permitieron delimitar márgenes de exclusión desde la convivencia social.

En estas construcciones culturales, los procesos de dominio se deslizaron subrepticamente a través de las relaciones establecidas en los entornos vecinales y familiares, que tuvieron una influencia directa en la configuración de imágenes de desviación en la feminidad. Las fragmentaciones y distancias que traspasaron la interacción cotidiana de las familias y parejas, serían una de las fuentes originarias de conflictos o malestares que también delinearon la trayectoria de los trastornos, relatadas por los parientes y conocidos de las mujeres. Una de las escisiones más conflictivas se establecía desde las divisiones genéricas, que orientaron la socialización femenina mediante la restricción a la esfera doméstica y la idealización de sus cualidades morales y espirituales. Al denegarse sus potenciales de sensualidad y goce, de agresión y fortaleza para enfrentar la vida, así como de autorrepresentación y autonomía, se imponía un extenso terreno de descontentos que fue rígida y punitivamente regulado.

Los anacronismos que atravesaban las experiencias femeninas se agudizaban en la convivencia de pareja, debido a que las fronteras genéricas implicaban contradicciones internas desde la incorporación de modelos polarizados –aunque mutuamente dependientes– de feminidad y masculinidad. Estas “fronteras” fortalecieron procesos de dominio social impuestos desde prácticas represivas. En el ámbito de la interacción familiar, la disposición de los esposos sobre el destino de sus cónyuges –muchas veces refrendada por los alienistas– expresaba una experiencia de masculinidad afianzada en la coacción más que en la complementariedad marital. La razón establecía el embate sobre la naturaleza, precisamente desde las violencias que su irrupción había afianzado. De forma paralela, en la dimensión de las significaciones simbólicas, estas prácticas de dominio se expresaron a través de representaciones de feminidad que unificaban el descentramiento de la racionalidad; la amenaza del orden instituido. Imágenes que desde la distancia/denigración permitían ocultar los temores que traspasaban las experiencias masculinas; sus dominios frágilmente sostenidos. En este sentido, la figura de la loca-adúltera que emergía del relato del esposo, contenía las mismas significaciones de devaluación y regulación que las descripciones de las trastornadas-perversas plasmadas en los relatos médicos. Desde estos mismos ejes se dirimían las sutiles barreras entre la sanidad y la locura en las feminidades; la expropiación denigrada de las transgresiones y rupturas de los ideales de comportamiento instituidos. Por ello también eran difusas las delimitaciones entre la sanidad y la moral, en un contexto en el cual se empezaban a regular las desviaciones del sacramento del orden desde su inscripción en el terreno de la enfermedad.

REFLEXIONES FINALES

La elaboración de este epílogo implicó retomar las palabras introductorias del texto, aquellas que referían a los personajes internos desde los cuales la locura y la lucidez se debatían en una mujer; a las experiencias que en el camino de adquirir formas subjetivas dejan las huellas del acontecer de una sociedad. Este retorno se vincula con el trayecto en el que históricamente se ha marcado un *clivaje* entre los malestares individuales y la cultura que las produce, así como las formas de dominio que preceden y se enquistan en esa escisión. Marie Cardinale (1980) relata esta ruptura desde su vivencia personal:

“Me avergonzaba de lo que pasaba en mi interior, de esta algazara, de esta agitación, y nadie tenía que mirar allá adentro, nadie debía saberlo, ni siquiera el doctor. Me avergonzaba la locura. Me parecía que cualquier forma de vida era preferible a la locura. Navegaba sin cesar en aguas muy peligrosas, llenas de rápidos, caídas, cascadas, remolinos y, entretanto, debía aparentar que me deslizaba por un lago, con facilidad, como un cisne. Para esconderme mejor había obturado todas las salidas: los ojos, la nariz, las orejas, la boca, la vagina, el ano, los poros de mi piel, la vejiga. Para obstruir mejor estos orificios de mi cuerpo fabricaba en abundancia las materias adecuadas, algunas de las cuales se hacían espesas hasta el punto de que no podían pasar ya, formar un conjunto sólido, mientras que otras, por el contrario, se escurrían incesantemente, impidiendo que algo entrara.”

La marca vergonzante de la locura hace estragos en los sujetos, no puede impedir que la incertidumbre y el temor se instalen en cada rincón del cuerpo, pero los desnuda de las palabras para que permanezca oculta. Sin embargo, queda en la interioridad sosteniendo experiencias humanas que esperan ser develadas. Este ocultamiento, que interpela el auto-dominio subjetivo, habla del proceso en que la violencia social se cristaliza como regulación propia, como vergüenza ante el malestar. ¿Qué se puede decir de esta incorporación represiva de los conflictos desde el devenir histórico de nuestra sociedad? ¿Qué nos dice de los dominios asentados en la feminidad?

El contexto de finales del siglo XIX fue un escenario de rupturas y delimitaciones en la vida social, estrechamente vinculadas con la desigualdad y violencia producidas por el capitalismo en expansión. La fragmentación en los referentes sociales de estabilidad y seguridad producía intensos temores frente a la posibilidad del caos, interpelando el llamado al restablecimiento del orden. Para controlar el caos y reducir las zonas de conflicto que florecían como resultado de la violencia social, se construyeron límites reales e imaginarios de contención. Uno de los escenarios de este proceso fue la campaña de saneamiento social orientada desde instancias estatales, que unificaron el liberalismo político-económico con el empirismo científico. Dicha campaña formaba parte de las reformas morales efectuadas en diversas latitudes geográficas, que introdujeron conocimientos técnico-rationales en las instituciones encargadas del ordenamiento social. Ordenamiento que definió patrones de normalidad y moralidad a través de la construcción de barreras frente a las “desviaciones”, derivadas del establecimiento de desigualdades y límites entre clases, géneros, razas y geografías sociales.

Desde la campaña de saneamiento la construcción del Hospicio Nacional de Locos en 1890, representó una nueva modalidad de delimitación y control sobre las transgresiones al ordenamiento secular. Su significado social e institucional se fundaba en la creación de espacios intramuros que cautelaran los conflictos desde la materialidad concreta de los individuos, lo cual implicó otorgar sentidos prácticos al quehacer institucional. De forma afín al imaginario liberal que exaltaba los preceptos de productividad y racionalidad sociales, el conocimiento psiquiátrico que se consolidaba en el país definió prácticas de disciplinamiento como finalidad central de su quehacer. El modelo de individualismo burgués se establecía como norte de las expectativas de normalización de los insanos, a través de la curación. Para ello era necesario adjudicar formas empíricas a la enfermedad, construir patologías mentales que materializaran el registro de los desequilibrios. El cerebro en degeneración conducía a la pérdida de las facultades superiores del pensamiento y a la destrucción del sentido moral, que dejaba en descontrol las emociones instintivas localizadas en las partes inferiores del cuerpo (Harris, 1991). Esta visión empírica del mundo y del ser humano como organismos regidos por la determinación fisiológica y racional del pensamiento, escindía las emociones y la imaginación como componentes de la experiencia humana, enunciándolas solamente desde la peligrosidad y morbilidad que el conocimiento positivo de la ciencia les atribuía.

Estos componentes se establecían como terrenos temidos que debían neutralizarse a través del dominio técnico, cuya misión definió otra de las vertientes legitimadoras del encierro institucional: la difusión de los pánicos sociales a través de la advertencia de que el descontrol de los instintos y el debilitamiento de las fuentes morales invadían el cuerpo social. El caos se mostraba, entonces, como nuevo escenario del horror y como mercado que abría paso al dominio instrumental de la ciencia. En el manicomio de San José la

práctica clínica se encargaría de delimitar estos dominios, cautelando a los pacientes dentro del recinto, describiendo –a través de los historiales clínicos y los informes anuales a la Junta de Caridad– cuadros de insania cada vez más graves y crónicos que se expandían por el territorio nacional, mostrando los resultados de la curación de los pacientes. Los descontroles –la locura– otorgaban sentido al quehacer de la psiquiatría. Su función era reavivarla, mostrarla como fenómeno extraño y peligroso, como morbilidad que carcomía los cimientos de una sociedad que aspiraba al progreso. Desde las finalidades subyacentes a la fundación del manicomio, se intentaba construir límites frente al miedo y la disgregación, expulsando hacia el espacio intramuros los demonios y las irracionalidades vividas en el contexto social.

El acontecer anterior atravesó la interacción cotidiana desde las experiencias de socialización y control asimiladas por los pobladores. Aun cuando las condiciones objetivas de vida mostraban desigualdades de clase y género, los procesos de integración forzada de la población, imponían modelos y valores de comportamiento sustentados en ideales de individualismo y en los estilos de vida burgueses que definían estándares de normalidad; márgenes de pertenencia o exclusión social. Esto tendría implicaciones tanto en las identificaciones colectivas como en las experiencias subjetivas, por medio de procesos de interiorización del dominio, de la construcción de una conciencia represiva hecha práctica en la vida cotidiana. Las regulaciones internas en los cuerpos, emociones y lenguajes facilitaron el camino del control social como amortiguador de las transgresiones al orden, no solamente por el temor a la sanción externa sino también desde la vigilancia que cada uno empezaba a ejercer sobre sí mismo y sobre otros. En esta interiorización del dominio se debatía la tensión entre la imperiosa necesidad de pertenencia social y el temor a la marginalidad real y simbólica, que propició la reproducción de márgenes de desviación desde la interacción cotidiana. La insanidad psíquica sería uno de los resquicios de expropiación desde donde los malestares subjetivos serían inscritos como desequilibrios de la conciencia, como componentes prohibidos del ordenamiento social. La percepción de las “disarmonías” se objetivó, entonces, en las personas consideradas insanas. Sin embargo, los malestares remitían a los territorios culturales inmersos en tensiones y frágiles controles respecto a las desigualdades y violencia que experimentaron los pobladores de la época.

Estos efectos de la represión en la vida social develaban la puesta en práctica de defensas ante la fragmentación y el temor que impregnaban la cotidianidad y que involucraban directamente la búsqueda de referentes de seguridad. La legitimación del manicomio no solamente implicaba la objetivación empírica de los insanos desde los lenguajes científicos, sino también se articulaba con una experiencia social que trasladaba la locura a la institución; hacia un espacio concreto de depósito de contenidos culturales rechazados. En esta transferencia la dominación social se ritualizaba a través de formas institucionalizadas de regulación de los

conflictos, de respuestas sociales que debilitaban las posibilidades críticas y autónomas para el desciframiento y la apropiación de sus orígenes (Mitscherlich, 1973). La modernidad decimonónica asentaba así fuertes componentes de dependencia hacia referentes de orden y contención externos, como derivación de la distancia relacional que se había establecido tanto en la interacción social como en la subjetividad (Solís y González, 1998). Entre otras implicaciones de este proceso se puede argumentar que el modelo de condena de los deseos y terrores socialmente rechazados, se habría fundado en el ocultamiento cultural de los significados del malestar que estos expresaban. Ocultamiento que involucraba el proceso de autonomización de las enfermedades mentales en los individuos y que al afianzarse históricamente, garantizaba la persistencia del encierro intramuros como lugar de apropiación de la razón instrumental de la ciencia, como olvido de los males temidos por la sociedad. Una de las funciones centrales de la psiquiatría dentro de la reforma liberal fue precisamente negar el conflicto psíquico, excluir la palabra y el protagonismo de los internados en las escenas de su descontento y transgresión. En esta brecha los contenidos subyacentes en dichas tramas se disfrazaban paliativamente, impidiendo que su génesis y resolución biográfico-social emergiera; por ello la cura se enunciaba como propiedad médica y no del enfermo.

La emergencia decimonónica de los estratos científicos estuvo determinada por la mirada masculina sobre lo extraño, por la seducción hacia vastos territorios ocultos de la sociedad y por el intenso temor frente al encuentro de sus formas y contenidos. Esa mirada temía los desbordes instintivos, toda contraposición a la razón y el orden; operaba instrumentalmente desde la fragmentación empírica del mundo dando espacio a visiones polarizadas de la vida social. La práctica clínica fue precisa en la delimitación de estas divisiones jerarquizadas, en la enunciación de las desviaciones del orden con contornos patológicos. La feminidad se erigiría como una de las dimensiones en esta construcción del mercado de las enfermedades sociales. En los discursos médicos difundidos en el país durante la transición al siglo XX, las representaciones de feminidad fueron configuradas a partir de la imagen unificada de naturaleza y emoción situadas en las determinaciones del cuerpo. Estas determinaciones, gestadas en la idiosincrasia y funcionamiento uterino, trazaban significados particulares a la construcción genérica de la feminidad, que fue visualizada desde la endogeneidad: la mujer como escenario del adentro, dominado por las bajas pasiones del cuerpo; la feminidad como interioridad cerrada y a la vez mórbida. Su génesis fisiológica articulaba, por un lado, el potencial acumulativo de fuerzas e instintos esencialmente peligrosos; por ello los procesos internos como la menstruación y la gestación no se concebían como fuentes de vitalidad sino como estados de reactivación de tendencias destructivas. De otro lado, las determinaciones uterinas mediatizaban disfunciones originarias en la composición moral, intelectual y mental de las mujeres. Su naturaleza era inaccesible al imperio de la razón.

Esta adscripción de la feminidad en las determinaciones del cuerpo y la emoción, así como en los espacios restringidos de la familia y el entorno inmediato, reforzó el distanciamiento de las experiencias femeninas respecto a los ámbitos en los que se producían prácticas e interpretaciones de mundo de carácter público. De esta forma, los espacios “privados” de la domesticidad quedaban fuera de los territorios de politización social (Griffiths, 1995). Era un distanciamiento que permitía afianzar formas de dominio directamente enraizadas en la intimidad de sus cuerpos y vidas. Desde el ámbito de esta naturaleza disfuncional, la subjetividad de las mujeres se presentaba escindida de toda fuente de fortaleza y vitalidad. En ese adentro temido y oculto de lo femenino se preservarían, entonces, los procesos de restricción tanto en su desenvolvimiento doméstico como en sus relaciones con el mundo público.

En este entretejido las experiencias de socialización imponían fuertes escisiones internas: la espiritualización y moralización del comportamiento de las mujeres era edificado a partir del temor a los influjos instintivos de sus partes inferiores, al posible descontrol de la sexualidad no regulada. Temor que encontró muchos inquisidores, entre ellos los dominios científicos que utilizaron las armas de la patologización de la naturaleza femenina. La virtud femenina se transmutaba en ideal que imponía una prohibición sobre la apropiación subjetiva del cuerpo, desexualizando el deseo y estableciendo el desencuentro femenino con el goce, incluso en la gestación y la maternidad. Esta prohibición también configuraba las autorreferencias corporales de la mujer desde su significación dolorosa o de culpabilidad. Correlativamente, sus emociones se condensaban en el doble sentido atribuido a la afección: como vertiente de amor, pureza y recato que permitía sancionar actos de impulsividad, rebeldía o transgresión. La moralización de la feminidad denegaba así los componentes agresivos en su subjetividad, ocultando la fortaleza de las mujeres para enfrentar la vida y para significarse como personas diferenciadas de otros. Por otra parte, la afección en tanto naturaleza vulnerable a los desequilibrios o enfermedades, otorgaba connotaciones patológicas a sus emociones como fuente de peligros latentes guarecidos en sus cuerpos. La incorporación subjetiva de estas rupturas configuró un mundo femenino que se sustentaba en la identificación con el sufrimiento, en la “victimización” externa e interna como rasgo histórico de control social. Empero, estos componentes también constituyeron fuentes de conflicto en las vidas cotidianas de las mujeres, que la práctica psiquiátrica describió como insanidad mental cuando explotaban en situaciones límite de tolerancia subjetiva. ¿Qué ocurrió entonces con la feminidad de las mujeres internadas, con su interioridad cerrada y silente?

Las mujeres en encierro intramuros habían transgredido límites sociales y barreras de autocontención. La transgresión de los modelos sociales de interacción, se verificaría entre mujeres que vivieron tanto en sectores populares como en aquellas procedentes de la burguesía. La ruptura –deslindamiento– común que manifestaron fue el acceso a espacios, actividades u ocupaciones fuertemente estigmatizadas y reguladas en la sociedad de la época. Adscritas a la

suciedad, al deshonor y a lo corrupto; irrespetuosas de los patrones morales de vida burguesa, fueron mitificadas desde los finos eufemismos del conocimiento médico, que trasladaba las transgresiones y descontentos al ámbito de las enajenaciones. Los lenguajes científicos fueron prolíficos en su objetivación: según la condición social estas mujeres podían ser descritas como enfermas nerviosas o como portadoras de las enfermedades. La mayor parte de ellas fueron clasificadas como maníacas, que era la nosología que permitía agrupar los “estados de exaltación y violencia” que se oponían a la disciplina y racionalidad social, así como a los modelos de comportamiento recatado y silente inscritos en la feminidad.

Entretanto, los malestares expresados por estas mujeres eran la manifestación de las derivaciones subjetivas involucradas en varios terrenos de conflicto erigidos en la sociedad decimonónica: las transformaciones políticas, económicas y culturales que profundizaron las desigualdades y fragmentaciones entre la población; la imposición de regulaciones externas sobre ciertos sectores sociales, que permitieron criminalizar las condiciones de vida de las poblaciones empobrecidas y marginadas, así como la intensificación de las restricciones respecto al desenvolvimiento social de las mujeres, a través del encierro en los estrechos márgenes de la domesticidad. Sus comportamientos exaltados, “fuera de tono”, franquearon los límites de negación del acontecer anterior, mostrando experiencias de injusticia y opresión que fueron contenidos reiterantes en sus transgresiones.

Otras mujeres representaron las esencialidades femeninas fallidas por naturaleza. Desde la abundancia o carencia material vividas en el interior de sus familias, enlodaban las virtudes femeninas desde las relaciones de pareja y sexualidad ilegítimas, desde la desobediencia o la rebeldía ante las funciones domésticas o maritales, desde su inconformidad con las condiciones de vida impuestas a su “privacidad”. Su deslindamiento de los límites de la decencia develaría anacronismos, incorporados en esas condiciones de vida: la exaltación de una espiritualidad distanciada de los potenciales vitales; la idealización del sufrimiento y la entrega, contrapuestos a las necesidades personales y las fortalezas frente a la vida; la ruptura con los mitos de la armonía familiar y personal. Desde los estrechos márgenes de la domesticidad, estas mujeres denunciaron las disonancias que el encierro social les imponía y evidenciaron los recursos subjetivos que tenían para enfrentar la violencia e impotencia que ello implicaba. Sin embargo, en los lenguajes científicos eran las enfermas nerviosas por excelencia: excitadas, frugales y vulnerables en sus vidas íntimas, otro de los terrenos de vigilancia de las miradas médicas.

Las experiencias transgresoras también delinearon la difusión de fronteras auto-constrictivas entre las mujeres internadas. Invasadas por la angustia y distanciadas de los modos habituales de interacción, sus manifestaciones de malestar expresaron experiencias de opresión que se desplegaban como quiebres subjetivos que, a su vez, eran “líneas de fractura cargadas de

tensiones” en la interacción social (Giddens, 1991). El quehacer psiquiátrico percibía estas manifestaciones como desequilibrios internos que daban paso al oscuro mundo de la irracionalidad. Pero tal y como expresara Freud en 1930, la difusión de las fronteras internas y externas, constituye un desesperado intento de rebelión por parte del sujeto, una forma de protección y resistencia ante la disgregación socialmente producida. Es un pasaje recubierto de sentido desde donde el acontecer cultural se articula con las huellas subjetivas de su devenir.

Mediante las ideaciones delirantes se abrían cauces de expresión de estos componentes en las experiencias de las mujeres. Se perfilaba una feminidad socializada hacia el adentro, pero desde la vergüenza de la propia interioridad; se exponía la transmutación forzada de sus capacidades y necesidades en rituales de muerte simbólica e impotencia; se manifestaba la restricción cultural respecto al goce en sus cuerpos y relaciones, así como a sus potenciales de desenvolvimiento económico, emocional y reflexivo. Paralelamente, se denunciaba la violencia y fragmentación social que también se trasladaba a las experiencias individuales desde el miedo, la confusión y el aislamiento. Los delirios que emergían sin mediaciones autorreguladoras, permitieron cuestionar el “sinsentido” que los quehaceres médicos les atribuyeron. Su aparente irracionalidad desnudaba las orientaciones represivas que la sociedad de transición al siglo XX estaba produciendo, mostrando así que los padeceres internos se entretejían como tramas de relaciones en conflicto derivadas del nuevo ordenamiento cultural.

Desde otras experiencias de encierro, la denuncia de la violencia encontró ecos en el testimonio epistolar, en las narraciones personales desde las cuales las voces femeninas emergían como protagonistas de sus tramas de conflicto en el mundo de las relaciones. Interpeladas por el encierro social e institucional y por el cuestionamiento de su sanidad psíquica, estas reflexiones se unificaron desde la referencia a la noción de enfermedad, como representación socialmente construida para significar una ruptura. Desde los manuscritos efectivamente se exponían quiebres, pero no entre el individuo y la sociedad, ni entre la razón y la locura, sino en la experiencia subjetiva atravesada por los descentramientos y contradicciones que habían invadido la vida social. De esta forma, el relato epistolar trascendió los sentidos patológicos de la enfermedad: las “locas” no se disgregaban de la aparente racionalidad del mundo sino que la cifraban desde la disgregación que producía en la interioridad, intentando así discernir los malestares edificados desde sus experiencias en una cultura represiva. Frente a la muerte social impuesta por la locura –la muerte del sujeto y de la razón– los manuscritos develaron los componentes vívidos del dominio escondidos en la subjetividad, así como las posibilidades de nombrarlos y denunciarlos desde la reflexión personal. Quizás las epístolas personales fueron otra transgresión de la feminidad, que abrieron espacios para comprender por qué las medicinas no curaban las enfermedades morales: sus significados no se encontraban en la materialidad de los cuerpos, sino en las tramas biográfico-sociales de malestar que se debatían en las mujeres.

BIBLIOGRAFÍA

- Alfaro, Anastasio. *Arqueología criminal americana*. Editorial Costa Rica, San José, Costa Rica, 1961.
- Aulagnier, Piera. *Un intérprete en busca de sentido*. Siglo XXI, México, 1994.
- Ballesteros, Luisa. *La escritora en la sociedad latinoamericana*. Universidad del Valle, Santiago de Cali, 1997.
- Bogaert, Huberto. *Enfermedad mental, psicoterapia y cultura*. Instituto Tecnológico de Santo Domingo, Santo Domingo, 1992.
- Bourdieu, Pierre. *El sentido práctico*. Taurus Humanidades, España, 1991.
- Braunstein, Néstor. *Psiquiatría, teoría del sujeto, psicoanálisis (hacia Lacan)*. Siglo XXI, México, (1985).
- Bronfen, Elizabeth. *The knotted subject. Hysteria and its discontents*. Princeton University Press, USA, 1998.
- Brückner, Peter. *Psicología social del antiautoritarismo*. Siglo XXI, México, 1974.
- Castel, Robert. "La contradicción psiquiátrica" En: Basaglia, Franco y Basaglia, Franca *Los crímenes de la paz. Investigación sobre los intelectuales y los técnicos como servidores de la opresión*. Siglo XXI, México, 1981.
- Castoriadis, Cornelius. *La institución imaginaria de la sociedad*. Tusquets, Barcelona, 1989.
- _____ . *El mundo fragmentado*. Altamira, Argentina, 1990.

- _____. *El avance de la insignificancia*. EUDEBA, Argentina, 1997.
- _____. *Hecho y por hacer. Pensar la imaginación*. EUDEBA, Argentina, 1998.
- Cerdas, Dorita. "Matrimonio y vida cotidiana en el Graben Central Costarricense." (1851-1890) *Revista de Historia*, 26, 69-95, 1992.
- Cott, Nancy. "Passionlessness: An interpretation of Victorian sexual ideology." *SIGNS*, 4,2, 219-236, 1978.
- Chacón, Laura. "La mujer prostituta: cuerpo de suciedad, fermento de muerte." Reflexiones en torno a algunos rituales de purificación. *Revista de Ciencias Sociales*, 58, 23-32, 1992.
- Chesler, Phyllis. *Women and Madness*. Four Walls Eight Windows, USA, 1997.
- De la Pascua, María. "Desde la vida y la muerte: testamento barroco y religiosidad femenina." En: Alfaro, V. y Taillefer de Haya, L. (Eds.) *Nueva lectura de la mujer: crítica histórica*. Atenea, Universidad de Málaga, 1995.
- Dobles, Luis. *Índice bibliográfico de Costa Rica*. Tomo IX: Catálogo de Médicos. Imprenta Lehmann, San José, Costa Rica, 1936.
- Duncan, Quince y otros. *Historia crítica de la narrativa costarricense*. Editorial Costa Rica, San José, Costa Rica, 1995.
- El libro azul de Costa Rica*. The Latin American Publicity Bureau, USA, 1916.
- Elías, Norbert. *Mozart. Sociología de un genio*. Península, Barcelona, 1998.
- Ellenberger, Henri. *El descubrimiento del inconsciente. Historia y evolución de la psiquiatría dinámica*. Gredos, Madrid, 1976.
- Erdheim, Mario. "Lo propio y lo ajeno" *Actualidades en Psicología*. 11, 87, 19-32. Traducción de Jorge Sanabria, 1995.
- Fallas, Carmen y Silva, Ana. *Surgimiento del desarrollo de la educación de la mujer en Costa Rica*. Tesis de Licenciatura en Historia. Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica, 1985.

- Foucault, Michel. *Vigilar y castigar. El nacimiento de la prisión*. Siglo XXI, México, 1976.
- _____. "La casa de la locura." En: Basaglia, Franco y Basaglia, Franca. *Los criminales de la paz*. Siglo XXI, México, 1981.
- _____. *Historia de la locura en la época clásica*. Fondo de Cultura Económica, México, 1982.
- _____. *Historia de la sexualidad. La voluntad de saber*. Siglo XXI, México, 1984.
- _____. *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. Siglo XXI, México, 1987.
- Freud, Sigmund. "Los actos obsesivos y las prácticas religiosas." *Obras Completas*. Tomo IV, Biblioteca Nueva, Madrid, 1907.
- _____. "Observaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia ("Dementia paranoides")" *Obras Completas*. Tomo IV, Biblioteca Nueva, Madrid, 1910.
- _____. "El malestar en la cultura" *Obras Completas*. Tomo VIII, Biblioteca Nueva, Madrid, 1930.
- Gadamer, Hans-Georg. *El problema de la conciencia histórica*. Tecnos, Madrid, 1993.
- Gay, Peter. *Education of the Senses*. Oxford University Press, USA, 1984.
- _____. *The cultivation of Hatred*. W.W.Norton & Company, USA, 1993.
- _____. *The Enlightenment: an interpretation. The Science of Freedom*. W.W. Norton & Company, USA, 1996.
- Giberti, Eva. "Mujer, enfermedad y violencia en medicina." En: Giberti, Eva y Fernández, Ana (Comp.) *La mujer y la violencia invisible*. Editorial Suramericana, Buenos Aires, 1992.
- Gil, José. "Un mito de la sociedad costarricense: el culto a la virgen de los ángeles" (1824-1935) *Revista de Historia*. VI, 11, 47-129, 1985.

- _____. "Controlaron el espacio, hombres, mujeres y almas. Costa Rica: 1880-1920" *Repertorio Americano. Nueva Época*, 7, 1-11, 1999.
- Gilman, Sander. "The image of the hysteric." En: Gilman, Sander y otros. *Hysteria Beyond Freud*. University of California Press, USA, 1993.
- Giddens, Anthony. *Modernidad e identidad del Yo. El Yo y la sociedad en la época contemporánea*. Península, Barcelona, 1991.
- Goffman, Erwin. "La locura del puesto." En: Basaglia, Franco y Basaglia, Franca. *Los crímenes de la paz*. Siglo XXI, México, 1981.
- González, Alfonso. *Vida cotidiana en la Costa Rica del siglo XIX. Un estudio psicogenético*. EUCR, San José, Costa Rica, 1997.
- González, Luis. *Historia de la influencia extranjera en el desenvolvimiento educacional y científico en Costa Rica*. Editorial Costa Rica, San José, Costa Rica, 1976.
- González, Gonzalo. "Breve estudio histórico sobre el quehacer médico-psicológico en Costa Rica." En: Acuña, José y otros. *La psiquiatría y la psicología en Costa Rica*. EUNED, San José, Costa Rica, 1979.
- González, Yamileth y Pérez, María. *Mujer, iglesia y organización comunal*. Ponencia presentada en el III Congreso Centroamericano de Historia. San José, Costa Rica, 1996.
- Granados, Mónica. "Historia de los sistemas punitivos de la Costa Rica del XIX: la historia como rescate de una identidad despedazada." *Revista ILANUD*, 9, 10, 95-126, 1988-1989.
- Griffiths, Morwenna. *Feminisms and the Self: The web of identity*. Routledge, London/New York, 1995.
- Hareven, Tamara. "Modernization and the Family History: Perspectives on Social Change." *SIGNS*, 2, 1, 190-206, 1976.
- _____. "The home and the family in historical perspective." *Social Research*, 58, 1, 253-285, 1991.

- Harris, Ruth. *Murders and Madness. Medicine, Law and Society in the Fin de Siècle*. Clarenton Press, Oxford, 1991.
- Herrero, Javier. "Fin de siglo y modernismo. La virgen y la hetaira." *Revista Iberoamericana*, XLVI, 110-111, 29-50, 1980.
- Hidalgo, Roxana y Chacón, Laura. *Cuando la feminidad se trastoca en el espejo de la maternidad*. EUCR, San José, Costa Rica, 2001.
- Kleiman, A, Daas, V. y Lock, M. *Social Suffering*. University of California Press, USA, 1997.
- Lachner, Vicente. "Higiene Pública" *Revista de Costa Rica en el siglo XIX*. Tomo I, Tipografía Nacional, San José, Costa Rica, 1902.
- Lanteri-Laura, Georges. "Introducción histórica y crítica a la noción de dolor moral en psiquiatría." En: Séglas, Jules y otros. *Melancolía y dolor moral*. Universidad Nacional de la Plata, Argentina, 1998.
- Lehoucq, Fabrice. "La dinámica política institucional y la construcción de un régimen democrático." *Costa Rica en perspectiva Latinoamericana*. En: Taracena, A. y Piel, J. (Comp.) *Identidades nacionales y Estado moderno en Centroamérica*. EUCR, San José, Costa Rica, 1996.
- Lira, Elizabeth y Carmen Patrón. *El miedo: la dimensión psicosocial*. Conferencia dictada en la Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica, 1990.
- Lobo, Tatiana. *Entre Dios y el Diablo. Mujeres de la Colonia*. EUCR, San José, Costa Rica, 1993.
- Lorenzer, Alfred. *Sobre el objeto del psicoanálisis: lenguaje e interacción*. Amorrortu, Buenos Aires, 1976.
- _____. *Metateoría del Psicoanálisis*. (Inédito) Conferencia dictada en San José, Costa Rica. Traducción de Henning Jensen, 1986.
- _____. "Seducción al abandono de sí mismo. Interpretación psicoanalítica desde la hermenéutica profunda de un poema de Rudolf Alexander Schröder." *Actualidades en Psicología*, 13, 93, 9-24, 1997. Traducción de Jorge Sanabria.

Marín, Juan. "Prostitución y pecado en la bella y próspera ciudad de San José" (1850-1930) En: Molina, Iván y Palmer, Steven (Eds.) *El paso del cometa. Estado, política social y cultura popular en Costa Rica. 1800-1959*. Porvenir, San José, Costa Rica, 1994.

_____. "De curanderos a médicos. Una aproximación a la historia social de la medicina en Costa Rica" (1800-1949) *Revista de Historia*, 32, 65-108, 1995.

Mitscherlich, Alexander y Mitscherlich, Margarete. *Fundamentos del comportamiento colectivo*. Alianza, España, 1973.

Molina, Iván. *El que quiera divertirse. Libros y sociedad en Costa Rica (1750-1914)* EUCR-EUNA, San José, Costa Rica, 1995.

Mora, Virginia. "La mujer obrera en la educación y en el discurso periodístico en Costa Rica" (1900-1930) *Anuario de Estudios Centroamericanos*, 19,1, 67-77, 1993.

Olson, David. *El mundo sobre el papel. El impacto de la escritura y la lectura en la estructura del conocimiento*. Gedisa, Barcelona, 1994.

Ovares, Flora y otros. *La casa paterna. Estructura y nación en Costa Rica*. EUCR, San José, Costa Rica, 1993.

Palmer, Steven. "Pánico en San José. El consumo de heroína, la cultura plebeya y la política social en 1929" En: Molina, Iván y Palmer, Steven (Eds.) *El paso del cometa*. Porvenir, San José, Costa Rica, 1994.

_____. "El mago de Coney Island Park." En: Molina, Iván y Palmer, Steven *La voluntad radiante. Cultura impresa, magia y medicina en Costa Rica*. Porvenir-Plumsock Mesoamerican Studies, San José, Costa Rica, 1996.

_____. "Adiós laissez-faire: la política social en Costa Rica" (1880-1940) *Revista de Historia de América*, 124, 99-117, 1999.

Porter, Roy. "Margery Kempe and the meaning of madness." *History Today*, 38, 39-44, 1988.

_____. "The Body and the Mind. The Doctor and the Patient. Negotiating Hysteria". En: Gilman, Sander y otros. *Hysteria Beyond Freud*. University of California Press, USA, 1993.

- Poveda, Elizabeth. *Moral tradicional y religiosidad popular en Costa Rica (1880-1920)*. Euro Impresora Sofía, San José, Costa Rica, 1997.
- Prokop, Ulrike. *Metateoría del Psicoanálisis* (Inédito). Conferencias I y II. Dictadas en San José, Costa Rica, 1986. Traducción de Henning Jensen.
- Quesada, Alvaro. *Uno y los otros. Identidad y literatura en Costa Rica, 1890-1940*. EUCR, San José, Costa Rica, 1998.
- Quesada, Juan. "Democracia y educación en Costa Rica" *Revista de Ciencias Sociales*, 48, 41-58, 1990.
- Quijano, Alberto. *Costa Rica Ayer y Hoy*. Borrásé Hnos, San José, Costa Rica, 1939.
- Ríos de la Torre, Guadalupe. "Reglamentos sobre la prostitución en la modernidad mexicana." En: *Mujeres latinoamericanas: Historia y cultura*. Casa de las Américas-Universidad Autónoma Metropolitana Iztapalapa, La Habana, 1997.
- Robles, Arodys. "Patrones de población en Costa Rica." (1860-1930) *Avances de Investigación*, Centro de Investigaciones Históricas de América Central, 14, 1986.
- Rodríguez, Eugenia. "Emos pactado matrimoniarnos." Familia, comunidad y alianzas matrimoniales en San José. (1827-1895) *Avances de Investigación*, Centro de Investigaciones Históricas de América Central, 70, 1994.
- _____ . "Tiyita bea lo que me han hecho." Estupro e incesto en Costa Rica. 1800-1850. En: Molina, Iván y Steven Palmer (Eds). *El paso del cometa*. Porvenir, San José, Costa Rica, 1994a.
- _____ . "Ya me es insoportable mi matrimonio." El maltrato de las esposas en el Valle Central de Costa Rica. 1750-1850. *Revista de Ciencias Sociales*, 68, 73-93, 1995.
- _____ . *Civilizando la vida matrimonial. Estrategias de las mujeres, el Estado, la Iglesia Católica y la Comunidad contra la violencia doméstica en el Valle Central de Costa Rica. (1750-1850)*. Ponencia presentada en el III Congreso Centroamericano de Historia. San José, Costa Rica, 1996.

- _____. "Que la mujer brille y se enaltezca por sus virtudes." Selección de documentos sobre las tipógrafas josefinas. (1903-1912) *Revista de Historia*, 33, 143-156, 1996a.
- _____. *Hijas, novias y esposas. Familia, matrimonio y violencia doméstica en el Valle Central de Costa Rica (1750-1850)* EUNA, Heredia, 2000.
- Rohr, Elizabeth. "Fascinación y miedo" *Actualidades en Psicología*. 11, 87, 33-55. Traducción de Jorge Sanabria, 1995.
- Rojas, Margarita y Ovares, Flora. *100 años de literatura costarricense*. Farben, San José, Costa Rica, 1995.
- Rozitchner, León. "Efectos psicosociales de la represión" En: Martín-Baró y otros. *Psicología social de la guerra*. UCA Editores, El Salvador, 1990.
- Sánchez, Teresa. *La mujer sin identidad. Un ciclo vital de sumisión femenina durante el Renacimiento*. Amaru Ediciones, España, 1996.
- Séglas, Jules. "Lecciones Clínicas sobre las enfermedades mentales y nerviosas."; "De la melancolía sin delirio" y "El delirio en la melancolía", 1894. En: Séglas, Jules y otros. *Melancolía y dolor moral*. Universidad Nacional de la Plata, Argentina, 1998.
- Scull, Andrew. *The most solitary of the afflictions. Madness and society in Britain 1700-1900*. Yale University Press, Great Britain, 1993.
- Showalter, Elaine. *The female malady. Women, Madness and English Culture, 1830-1980*. Virago Press, London, 1987.
- _____. "Hysteria, Feminism and Gender." En: Gilman, Sander y otros. *Hysteria Beyond Freud*. University of California Press, USA, 1993.
- Smith-Rosenberg, Carroll. "The female world of love and ritual: relations between women in nineteenth-century America." *SIGNS*, 1, 1, 1-29, 1975.
- Solís, Manuel y González, Alfonso. *La identidad mutilada. García Monge y el Repertorio Americano, 1920-1930*. EUCR, San José, Costa Rica, 1998.

Stone, Samuel. *Familia, sexo y matrimonio en Inglaterra. (1500-1800)* Fondo de Cultura Económica, México, 1990.

_____. "The public and the private in the stately homes of England." (1500-1990). *Social Research*, 58,1, 227-251, 1991.

Suárez, Marcela. "Discurso, sexualidad y mujer en la Nueva España del siglo XVIII" En: *Mujeres latinoamericanas: Historia y cultura*. Casa de las Américas-Universidad Autónoma Metropolitana Iztapalapa, La Habana, 1997.

Torres, Valentina. "Cuerpos vedados, cuerpos femeninos." La educación moral en la construcción de la identidad católica femenina. *Historia y Grafía*, 9, 167-190, 1997.

White, Hayden. *El contenido de la forma. Narrativa, discurso y representación histórica*. Paidós, España, 1992.

Wurmser, León. *The mask of shame*. Jason Aronson Inc, New Jersey, London, 1995.

GACETAS MÉDICAS DE COSTA RICA E INFORMES A LA JUNTA DE CARIDAD DE SAN JOSÉ

"Amonestación al Dr. M. Bansen." *Gaceta Médica de Costa Rica*. Año III, 11, 1899.

Ballesteros, D.S. "Clasificación de las enfermedades mentales." *Gaceta Médica de Costa Rica*. Año VIII, 9, 1904.

Bansen, Maximiliano. "Informe que presenta á la Junta de Caridad de San José el Médico y Superintendente del Hospicio Nacional de Locos". 1891, 1892, 1893 y 1894.

_____. "Informe que presenta á la Junta de Caridad de San José el Médico Director del Asilo Chapuí". 1900.

Castañeda y Alvarez, A. "El alcoholismo en Lima bajo el punto de vista médico-social." *Gaceta Médica de Costa Rica*. Año II, 8, 1898.

"Consejos a las madres y nodrizas." *Gaceta Médica de Costa Rica*. Año I, 1, 1896.

Cumston, G. "Embarazo y criminalidad. Estudio médico-legal." *Gaceta Médica de Costa Rica*. Año VIII, 5. Traducción Dr. Marcos Zúñiga, 1904.

De Céspedes, Benjamín. "El interrogatorio en las enfermedades mentales." *Gaceta Médica de Costa Rica*. Año IV, 9, 1900.

_____ . "Definición médico-legal de la prostitución." *Gaceta Médica de Costa Rica*. Año IV, 10, 1900.

"Discurso pronunciado por el Dr. Eduardo Zuleta en la Sesión Solemne de la Asociación de Medicina." *Gaceta Médica de Costa Rica*. Año IX, 11, 1905.

Dr. Parreño. "Documentos sobre alcoholismo. Aumento de la alienación mental." *Gaceta Médica de Costa Rica*. Año I, 6, 1896.

_____ . "Higiene de la infancia." *Gaceta Médica de Costa Rica*. Año I, 4, 1896.

Gaceta Médica de Costa Rica. Artículo tomado de la Revista de Medicina y Cirugía Prácticas. Año V, 6, 1901.

_____ . Anuncio Publicitario. Año XII, 1, 1907.

_____ . Anuncio Publicitario. Año XIII, 2, 1908.

"Informe del Presidente de la Junta de Caridad sobre la Administración del Hospicio de San Juan de Dios". Tipografía Nacional, San José, Costa Rica, 1890.

"Informe del Presidente de la Junta de Caridad sobre la Administración del Hospicio de San Juan de Dios y establecimientos de beneficencia anexos". Tipografía Nacional, San José, Costa Rica, 1891.

"Informe presentado al Presidente de la Junta de Caridad por el Médico encargado del Servicio de Enfermedades Venéreas en el Hospital San Juan de Dios". Tipografía Nacional, San José, Costa Rica, 1895.

"Informe del Sr. Elías Rojas del Servicio de Medicina del Hospital San Juan de Dios, al Presidente de la Junta de Caridad de San José". *Gaceta Médica de Costa Rica*. Año I, 3, 1896.

- Laurent, E. "Prostitución y degeneración" *Gaceta Médica de Costa Rica*. Año V, 6, 1901.
- "Las Obsesiones." Estudio de Psiquiatría del Prof. Raimond. Hospicio de la Salpêtrière. *Gaceta Médica de Costa Rica*. Año XI, 9, 1907. Traducción Dr. F. Carlos Alvarado.
- "La estatua del Prof. Charcot." *Gaceta Médica de Costa Rica*. Año III, 3, 1899.
- Martínez, Adolfo "Higiene de los órganos genitales de la mujer." *Gaceta Médica de Costa Rica*. Año X, 1, 1905.
- Netter, N. "La Peste." *Gaceta Médica de Costa Rica*. Año IV, 4, 1899.
- "Nuestro Programa". *Gaceta Médica de Costa Rica*. Año I, 1, 1896.
- Oreamuno, Pacheco y González. "Sala de Comisiones. Dictamen de la Comisión de Beneficiencia. Palacio Nacional. 1 de junio de 1904." En: Prestinary, Teodoro (1905) *Informe a la Junta de Caridad de San José*, 1904.
- "Para nuestros hijos cuando tengan 18 años". Algunos consejos del Prof. Fournier. *Gaceta Médica de Costa Rica*. Año XIII, 5. Traducción del Dr. Emilio R. Coni, 1908.
- Picado, Teodoro. "Décimo Congreso de Higiene y Demografía en París." *Gaceta Médica de Costa Rica*. Año V, 5, 1900.
- Prestinary, Teodoro. "Informe que presenta á la Junta de Caridad de San José el Médico Director del Asilo Chapui", 1901, 1902, 1903, 1904 y 1905.
- "Reglamento de la prostitución", *Gaceta Médica de Costa Rica*. Año X, 10, 1906.
- Valenzuela, Gonzalo. "La esterilización de los criminales." *Gaceta Médica de Costa Rica*. Año XIV, 2, 1901.

ACERCA DE LA AUTORA

Mercedes Flores González. Magister Scientiae en Psicología, Universidad de Costa Rica; egresada del Doctorado en Estudios de la Sociedad y la Cultura, Universidad de Costa Rica. Docente de la Escuela de Psicología de la Universidad Nacional, Coordinadora del Programa Géneros e Identidades e investigadora del Centro de Investigación en Identidad y Cultura Latinoamericanas (CIICLA) de la Universidad de Costa Rica.

Este libro se terminó de imprimir en la
Sección de Impresión del SIEDIN, en el
mes de junio de 2007.



En esta investigación se realiza una propuesta de interpretación de los procesos histórico-sociales que confluyeron en el advenimiento cultural de la locura femenina, durante los primeros veinte años de funcionamiento de la institución psiquiátrica en el país. Esta labor se efectúa a partir del desciframiento de diversas textualidades desde donde emergen el quehacer médico-psiquiátrico y el imaginario social de la época respecto a la insanidad psíquica femenina. También emergen las voces de las mujeres internadas en el recinto, a través de los actos transgresores, de las fantasías evanescentes y de la escritura epistolaria.

*Sesquicentenario de la
Campaña Nacional contra los filibusteros*



EDITORIAL UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
Instituto de Investigaciones Sociales

ISBN 9968-936-71-5



9 789968 936712