

Manicomio General La Castañeda inició su vida pública en medio de las fanfarrias con las que el régimen Porfirio Díaz inauguró las celebraciones del Centenario de la Independencia de México el 1.º de septiembre de 1910. En sus patios y pabellones, en sus veredas y jardines, bajo las sombras de sus castaños, se escribió una historia alterna de la modernización mexicana. Sin heroísmos, desde el lado más doliente de la ciudad, esta historia se desarrolló en los diálogos obsesivos, entrecortados, oscuros— de internos y doctores; comisarios y familiares; policías y licenciados; alrededor del tema de la locura. Todo formaba parte de la conversación: la fe, el sexo, la pobreza, la pérdida, las distintas formas del rencor, los celos, el amor, la política. Ahí donde los médicos intentaban componer una carrera profesional, traduciendo lo que escuchaban a los niños de la incipiente psiquiatría, los internos lograron con frecuencia transmitir sus experiencias personales con el padecimiento mental. El lenguaje de la calle introducía, así, a los diagnósticos institucionales. El lenguaje familiar. La versión más íntima.

La Castañeda permaneció abierta durante 58 años y cumplió con diversas funciones sociales: un hospital, un lugar de cobijo, una cárcel apenas disfrazada, una última oportunidad, un archivo... Una ciudad de juguete. Una metáfora de los tiempos por venir. Un futuro que ya alcanzó.

11

Cristina Rivera Garza > La Castañeda

LA CASTAÑEDA

Cristina Rivera Garza



Narrativas dolientes desde
el Manicomio General.
México, 1910-1930

Historia



El interrogatorio: el zorro y el ganso

Todo empezó, al menos en este capítulo, con un psiquiatra de ficción y una loca que sabía guardar un silencio estratégico para burlar la vigilancia de la ley. En ese lugar mítico que responde al nombre de «La Vida Real», al menos como acontecía en los pabellones y patios del Manicomio General La Castañeda, el inicio se llevaba a cabo en el interior del interrogatorio que muestro a continuación.

IV De mi narrativa nació, mi narrativa me sostiene: las autoras de sí

De mi sueño nació
Mi sueño me sostiene

Rosario Castellanos

El 28 de septiembre de 1911, Luz D. llegó con su esposo a la oficina de admisiones del Hospital General Psiquiátrico La Castañeda, la más grande institución estatal dedicada a la atención de los hombres, mujeres y niños dementes del México de principios del siglo XX.¹ De acuerdo con las reglas del establecimiento, los D. proporcionaron la información básica de identificación antes de que un residente del hospital realizara un examen físico y psicológico de rutina diseñado para determinar la condición mental de la enferma. Dado que la aflicción de Luz D. no le impedía comprender y responder preguntas, ella participó de manera activa en la entrevista psiquiátrica institucional: un interrogatorio ritual estructurado alrededor de preguntas incluidas en un cuestionario médico oficial, el cual decidiría su estatus de admisión. Después, cuando se convirtió en interna, Luz D. optó por escribir la narración de su enfermedad por sí misma, en una hoja de papel por separado:

Nací en 1874. Cuando tenía 6 años de edad sufrí fiebre escarlatina pero crecí sana y robusta después de eso. Cuando tenía 13 años de edad tuve mi periodo por primera vez, sin problemas. Sin embargo, a los 15, me volví nerviosa. Me casé a los 17 y me curé de mi nerviosismo; permanecí sana durante cuatro años. Después, debido a penas morales y a pérdidas físicas, desde que amamanté a una niña muy robusta, me volví nerviosa otra vez de febrero a agosto. Estuve perfectamente bien durante cinco años pero me enfermé de fiebre puerperal y, como resultado, quedé con una condición nerviosa aguda, la cual pude curar con distracciones y viajes cortos. Podría decirse que en ese tiempo tomaba bebidas alcohólicas después de los medica-

mentos prescritos y que, tal vez de manera inconsciente, abusé de ellas.

En 1899 sufrí un severo caso de dipsomanía y el doctor Liceaga me convenció de buscar atención en La Quinta de Tlalpan. En ese tiempo sufrí ese ataque debido a la carga en mi vida moral y física porque el hombre, mi esposo, trajo a una mujer a vivir con él y yo no tuve una vida íntima con él desde entonces. El vacío de mi alma se vio reflejado en mis partes físicas. Después, no bebí en absoluto hasta 1901, cuando bebí varios días e ingresé a La Canoa, donde permanecí durante tres meses.²

Salí y estuve perfectamente bien hasta 1906, año en el cual, debido al exceso de trabajo, al dolor moral y a horribles peleas, bebí otra vez durante varios días. Regresé a La Canoa y permanecí allí por un año y cinco meses. Salí y estuve perfectamente bien hasta el 29 de septiembre de 1911, cuando bebí un poco de coñac y pulque mientras visitaba a unas personas. Debo advertirle que yo no bebo, a menos que me ponga nerviosa, lo cual sucede cuando el dolor moral, las pérdidas físicas y, sobre todo, cuando el vacío de mi alma se refleja en mi parte física, lo cual me conduce al primer trago. Cuando estoy en control de mi razón puedo soportar un gran dolor. Mantengo el dolor que debo tener dada mi difícil situación y mi exagerada manera de sentir, cuando estoy abrumada por la pasión y la más completa excitación.³

Cuando finalizó la versión personal de Luz D. de su vida, el diagnóstico escrito por el médico residente Agustín Torres comenzó:

La información transcrita arriba fue dada y escrita por la paciente misma, la cual muestra su claro talento para expresar sus sentimientos y pensamientos a través de la escritura. Excepto por sus brotes de dipsomanía, los cuales siempre relaciona con su dolor moral, ella parece ser una persona moral. Sin embargo, un estudio más detallado revela una estado crónico de excitación maniaca, la cual es más mental que física (un antecedente de la locura moral).

Ella tiene nuevas ideas cada día, nuevos planes, ya sea salir del hospital psiquiátrico o seguir un comportamiento específico con su marido, a quien culpa de su condición. Cada día, también, ella se queja de su

salud, ya sea un dolor en la pierna o en el brazo, cierto mareo que le causa náuseas, un dolor en el ovario izquierdo o incluso hipo. Estos síntomas me hacen pensar en un caso de histeria, la cual, sin duda, está presente, pero son el resultado de su excitación mental crónica.

La hemos visto escribir poemas o cartas durante días enteros en los cuales describe su horrible situación a sus parientes. Otros días, ella se dedica al trabajo manual. Pero no hay estabilidad en sus actividades; no hay método. Lo que es placentero hoy se vuelve molesto mañana. La paciente está consciente de su situación e intenta corregirse. Ella se compara a sí misma con un caballo difícil de domar, un caballo que no se detiene una vez que comienza a correr.

La hemos explorado con cuidado y no hemos notado otro detalle que no sea el dolor en el ovario izquierdo, lo cual habla a favor de la histeria. No hay signos de intoxicación alcohólica. Para finalizar este diagnóstico, señalaré que ella come y duerme bien y sólo sufre un ligero estreñimiento. Su prodigiosa memoria también es notable.

Estas dos interpretaciones distintas, aunque no opuestas por completo, de una experiencia con o dentro del universo de la enfermedad mental constituyen un ejemplo mexicano de lo que Arthur Kleinman ha llamado narraciones dementes; es decir, la serie de «guiones, metáforas y artilugios retóricos que estructuran la demencia, [los cuales] se derivan de modos culturales y personales de acomodar experiencias de formas significativas para expresar con efectividad esos significados».⁴

A pesar de ser divergentes, las narrativas de la demencia que dieron forma al sufrimiento físico y espiritual de Luz D. parecen surgir de un acuerdo implícito: tanto los pacientes como los psiquiatras (en este caso, con más precisión, interna y médico) hablaron sobre la demencia como una experiencia real.⁵ Sin este tácito aunque ubicuo acuerdo, el diálogo entre Luz D. y Torres no hubiera podido suceder. Los recursos cambiantes y, en ocasiones, opuestos utilizados para describir su enfermedad, sin embargo, indican que el acuerdo tenía límites, los cuales eran tan reales como el esfuerzo unificado por dar nombre a su condición. Estos límites se desarrollaron en las experiencias y significados específicos que permitieron a ambos actores interpretar la noción médica de la enfermedad mental.

Estas experiencias y significados se desarrollaron fuera de los muros del hospital psiquiátrico, en una ciudad de México que crecía de manera exponencial bajo el liderazgo de un presidente obsesionado con la idea de transformarla en una vitrina de modernidad; en una sociedad de acentuados contrastes sociales en la cual se pedía a hombres y mujeres que crearan versiones idealizadas de sí mismos como ángeles domésticos y trabajadores severos y productivos,⁶ y en una época de gran volatilidad que fue testigo de la caída de un régimen de treinta años y el estallido de la fase armada de una revolución social que movilizó a campesinos, trabajadores y miembros de las clases medias a través de la abrupta geografía del país. Por tanto, los debates acerca de la clase, el género y la nación que sustentaron la existencia de personas que vivían en los dramáticos tiempos de transición, trascendieron las paredes del hospital psiquiátrico y contribuyeron en gran medida a la identificación de lo que se convirtió, al menos en el ejemplo específico del diagnóstico de Luz D., en un caso de locura moral.

Definida, como lo he mencionado, por James Prichard en 1835 como «una forma de monomanía en la cual la gente reconocía la diferencia entre el bien y el mal pero carecía de la fuerza de voluntad para resistirse a los impulsos malévolos», este diagnóstico abrió la puerta a definiciones de «bien» y «mal» que inducían con toda claridad al uso de frases no médicas en interpretaciones de desequilibrio mental, oportunidad que ni Luz D. ni el doctor Torres desaprovecharon.⁷ En el desarrollo de un perfil de este desorden, ambos involucraron sus propias miradas y sus propias metáforas para capturar dichas observaciones en narrativas que surgieron cuando entraron en contacto uno con el otro. Éste no fue el caso, entonces, de dos discursos preparados que se anularan entre sí en franca y cerrada oposición, perspectiva a menudo vinculada con nociones antipsiquiátricas de la demencia.⁸ En lugar de ello, sucedió una estrategia de desplazamiento más móvil aunque igualmente implacable.⁹

Luz D. trajo con ella, por ejemplo, interpretaciones de su vida con la enfermedad mental que generó en su contacto con médicos y miembros de su familia en su larga carrera como paciente psiquiátrica de varias instituciones estatales y privadas, de las cuales, las más notables fueron La Canoa y La Quinta de Tlalpan. También trajo

su largo cabello y esos ojos fieros y penetrantes que aún contemplan al observador desde la estática realidad de su fotografía oficial; una imagen en la cual apareció con la camisa de fuerza que, al menos en una ocasión, refrenó lo que ella llamaba su «exagerada manera de sentir».

El médico residente Torres, quien cinco años más tarde se convertiría en director de la institución, trajo consigo la educación que recibió en escuelas porfirianas, más específicamente en la Escuela de Medicina, y la ambición profesional que contribuyó a su promoción. Él también trajo la curiosidad intelectual que lo invitó a prestar oído, a veces un generoso oído, a las historias de Luz D.

La sospecha y la seducción debieron desempeñar papeles equiparables en el desarrollo de sus múltiples encuentros: la sospecha de dos personas que se consideraban distintas por completo; la seducción de dos personas que se percibían en el acto de trabajar por un propósito común, aunque este propósito no estuviera definido con toda claridad. Así fue como, al tiempo que chocaban y negociaban, los internos del hospital psiquiátrico y sus médicos produjeron narraciones tensas y volátiles de la enfermedad mental, textos de múltiples voces en los cuales ambos actores implicaron y entretejieron sus propias concepciones relacionales de cuerpo, mente y sociedad.

Las narrativas del hospital psiquiátrico, sin embargo, son apenas una pálida sombra del libre fluir de la historia de vida. Limitadas por un escenario institucional que enfatizaba la autoridad de los médicos y por un cuestionario médico que dejaba poco espacio para las respuestas de los internos, estas narraciones estaban basadas, y por su parte, reprodujeron, las jerarquías tanto burocráticas como médicas y sociales del propio hospital psiquiátrico. No obstante, incluso en esa desigualdad, las narrativas dementes y doloridas que surgieron en sus terrenos incorporaron, por necesidad, las perspectivas de médicos e internos justo en el roce mutuo que caracterizó su proceso mismo de creación.

El hecho de que dichas perspectivas no fueran entidades aisladas quedó de manifiesto en el uso libre de artilugios retóricos que empleara Luz D., una estrategia asociada más a menudo con interpretaciones médicas, que no populares, de la enfermedad. Luz D. mostró poca vacilación al emplear, por ejemplo, una línea narrativa que

vinculaba su desequilibrio mental con etapas de su vida apenas basadas en una interpretación sexual de la condición femenina. Esta conexión era común en los círculos médicos porfirianos, obsesionados con su supuesta falta de conocimiento acerca del sexo femenino.¹⁰ Por tanto, a pesar de que ella notó que su menarca no le causó complicaciones posteriores, vinculó el inicio de su «nerviosismo» con importantes transiciones en su vida sexual, de manera más notable con el matrimonio y, después, con los conflictos de la vida marital. Sin embargo, incluso cuando Luz D. se refería a su condición nerviosa como un fenómeno claramente enraizado en la realidad de su cuerpo y, de manera más específica, en su desarrollo y en su comportamiento sexual, también, y sin demora, procedió a colocar dicho cuerpo en el abrumado contexto de la vida diaria a través de historias concretas del parto, las conflictivas relaciones familiares, la violencia doméstica y, a menudo, el sufrimiento y la pérdida. Por tanto, Luz D. cedió ante las frases médicas tanto como mantuvo su propia versión de una vida con su padecimiento mental. Y ella no fue la única. Señales de una negociación similar surgieron en el diagnóstico meditabundo, de apariencia no médica e incluso un tanto poético del médico residente Torres.

La palabra «excitación» con la cual Luz D. finalizó su narración, por ejemplo, apareció muy pronto en el texto anexo del médico residente Torres y sirvió como una especie de puente entre el lenguaje de los dos. Nadie sabe, o sabrá, quién la pronunció primero y, por tanto, quién la tomó prestada de quién, pero ambos la utilizaron de maneras conspicuas. Como era de esperarse en un médico interesado en la ciencia psiquiátrica, él se refirió con desdén a «lo que ella llama su dolor moral» y, con ello, descartó o minimizó las historias de la complicada vida matrimonial de su paciente. Más aún, al intentar sustentar su estatus médico, Torres introdujo el bien conocido término psiquiátrico de «histeria» pero lo hizo de una manera casual al relacionarla de pasada con un dolor en los ovarios.¹¹ Mucho más interesante para él fue, no obstante, que ella escribiera en abundancia y muy bien, cosa que el residente alabó en la primera frase de su diagnóstico.

El hecho de que él cediera a las interpretaciones de Luz D. tanto como lo hacía ella se hizo muy evidente cuando utilizó una metáfora de la invención de su paciente para describirla: «ella se compara a

sí misma con un caballo indomable». Entonces, incluso cuando no pudo evitar notar un «antecedente de locura moral», el cual fue, de hecho, su diagnóstico final, él, de igual manera, no pudo evitar expresar sus elogios hacia la «prodigiosa memoria» de Luz D.

La incorporación de adjetivos pomposos y/o populares en un diagnóstico médico también evidenció el frágil terreno de intercambio social y cultural que crearon tanto internos como especialistas, una perspectiva que de manera implícita cuestiona el totalitarismo y el control social absoluto que con frecuencia se adscribe a los hospitales psiquiátricos. En este capítulo exploro esta fragilidad según se desarrolló en otros expedientes relacionados con casos de locura moral. Expongo que, al participar en la definición científica de lo que era normal y anormal en el comportamiento humano, los psiquiatras intentaron vincularse de manera activa con los esfuerzos de formación de un Estado moderno y centralizado. El proceso, sin embargo, y esto también lo expongo aquí, no fue tan directo y natural como se presentó, y se presenta, en las narraciones médicas.¹² Este capítulo invita al lector a participar en la entrevista psiquiátrica en la cual las internas, enfrentadas a la imposición de revelarse, hablaron acerca de sus vidas de maneras que, a la vez, siguieron y desafiaron el cuestionario médico oficial de la institución. Con base en un meticuloso análisis de los lenguajes empleados por los psiquiatras y las internas, también señalo que la discusión acerca del lugar apropiado para las mujeres pobres en la sociedad desempeñó un papel fundamental en la definición más amplia de las conductas normales y anormales en la sociedad en su conjunto.

Los psiquiatras varones, quienes en su mayoría recibieron su educación en el México porfiriano, por ejemplo, infundieron nociones normativas de género y clase en sus diagnósticos y detectaron signos de enfermedad mental en casos donde la conducta humana se desviaba de los modelos socialmente aprobados de la domesticidad femenina en un escenario modernizador. De allí se derivaban sus repetitivas y de alguna manera alarmadas referencias a mujeres «caprichosas» y «sexualmente promiscuas» que, de acuerdo con algunos, «no respetaban ni obedecían a nadie».¹³ Sin embargo, cuando las mujeres expusieron la compleja naturaleza de su condición, es decir, las causas físicas y espirituales, la evolución y la representación

social de su padecimiento, se presentaron a sí mismas como legítimas y, sí, inquietas ciudadanas de la nueva era. De hecho, las narrativas que las mujeres construyeron a medida que interactuaban con los médicos del hospital psiquiátrico revelaron su capacidad para interpretar y renombrar los mundos domésticos y sociales en los cuales habitaron y, con ello, obligaron a médicos y a lectores por igual a ver esos mundos a través de sus ojos. El abrumador contacto entre la interna Luz D. y el médico residente Torres no era muy frecuente pero tampoco fue único.

En diferentes formatos y con diversos grados de articulación, algunas internas, en especial aquellas que no sufrían condiciones mentales severas, participaron de manera activa en la elaboración de sus expedientes médicos. Lo anterior fue particularmente evidente en un buen número de mujeres diagnosticadas con locura moral, condición que, a pesar de ser común en los diagnósticos registrados en la década de 1910, tendió a decrecer de forma abrupta en las siguientes décadas. Para 1930, los médicos del hospital psiquiátrico ya no diagnosticaron esta condición a hombres y mujeres confinados en la institución. En la segunda sección de este capítulo, en la cual se discuten los casos de pacientes de largo plazo que fueron diagnosticadas en primera instancia con locura moral, exploro el conjunto de elementos médicos, sociales y culturales que constituyeron el horizonte detrás del cual desapareció esta enfermedad.

A pesar de que la comunidad internacional de psiquiatras había cuestionado el estatus científico de este diagnóstico cuando menos desde finales del siglo XIX, expongo que el interés por producir un prototipo de la nueva mujer en el naciente México revolucionario desempeñó una función preponderante en esta transformación. Así, mientras los modelos porfirianos de feminidad eran cada vez más cuestionados, los miembros de las clases medias, los nuevos profesionistas y las autoridades revolucionarias entraron en un animado debate para demarcar funciones adecuadas de género para la nueva nación. Los cambios en las clasificaciones psiquiátricas en el Manicomio General sólo constituyen un ejemplo de dicho diálogo enérgico. Más que un simple reflejo de tendencias mayores, expongo que las estrategias retóricas de los pacientes contribuyeron a trastornar los esfuerzos clasificatorios de los psiquiatras de La Castañeda.

Hombres, mujeres y sexo

Los médicos que trabajaban en La Castañeda se enfrentaban con frecuencia a una inquietante sensación de desconocimiento cuando entrevistaban a las internas. Como en las instituciones de salud mental en Europa y en Estados Unidos, los médicos varones observaban a las dementes a través de los lentes de los modelos normativos de feminidad que las representaban como ángeles domésticos y detectaban signos de enfermedad mental cuando las conductas femeninas se desviaban de la norma.¹⁴ Por tanto, a pesar de que los interrogatorios incluían preguntas que buscaban revelar anormalidades en los hábitos de las internas, los médicos varones utilizaban diferentes métodos para formular preguntas dirigidas hacia hombres y hacia mujeres.

De hecho, cuando trataban a las internas, la exploración del psiquiatra tomaba una evidente ruta sexual. Como en las cárceles mexicanas, los expertos varones interrogaban con regularidad a las internas acerca de su historia sexual en una intento por encontrar la verdadera fuente de desviación y desequilibrio mental.¹⁵ Aunque estas preguntas violaban reglas implícitas de decencia femenina, los médicos eran implacables en su misión porque luchaban por obtener conocimiento científico sobre el sexo femenino; es decir, información que legitimizara los modelos que, en primer lugar, ellos empleaban para ver a las pacientes. Con ello, los psiquiatras hicieron importantes contribuciones a la creación de una ciencia sexual en las inmediaciones de la modernidad en el México revolucionario.

Motivados por los descubrimientos de la ciencia sexual porfiriana, una disciplina desarrollada por ginecólogos e higienistas de finales del siglo XIX, los médicos del hospital psiquiátrico hicieron gran énfasis en la sexualidad femenina porque creían que «los ovarios y el útero son centros de acción que se reflejan en el cerebro de las mujeres. Éstos pueden determinar temibles enfermedades y pasiones hasta ahora desconocidas».¹⁶

Estas perspectivas que vinculaban al sexo con la enfermedad mental no surgieron de la nada. En una época de veloz modernización donde las reglas y las costumbres sociales parecían cambiar a pasos apresurados, las ansiedades acerca del género se desarrollaron también con rapidez. No sólo la población crecía a gran velocidad en la metrópoli sino que las mujeres también adquirieron cada vez más acceso al trabajo y a la educación en el cambio de siglo, proceso que dio a los expertos varones amplias oportunidades para elucubrar contra la influencia del feminismo.¹⁷

La sucesiva aprobación de controversiales regulaciones sobre la prostitución desde 1867 también pusieron en evidencia la impotencia de las autoridades federales para controlar a las mujeres de supuesta moral relajada. Crudos debates sobre la sífilis permitieron a abogados y médicos por igual alertar al público contra la posibilidad de contagio y aniquilación social a lo largo de las primeras décadas del siglo XX.¹⁸ Sin embargo, mientras los expertos y los políticos de la élite luchaban por poner a las mujeres «en su lugar», descubrieron, para su máxima sorpresa, que sabían muy poco acerca de dicho lugar y mucho menos acerca de las mujeres mismas. Como expresó de manera sucinta el editor anónimo de la revista *La Escuela de Medicina* en 1892, «tan increíble como pueda parecer, es un hecho que no existe información real acerca de las condiciones morales y físicas de la constitución femenina». ¹⁹ Por tanto, motivados por una angustiosa y apremiante voluntad de saber, se abocaron a la tarea de producir conocimiento acerca de dicha constitución femenina. Ésta no fue una misión irrelevante para los médicos que consideraban que la preservación de la familia, la estabilidad del país y la supervivencia de la nación dependían del conocimiento científico y moral del sexo.²⁰

No obstante, la intervención de los médicos varones en los cuerpos femeninos se encontró con una constante resistencia social. A pesar de que los médicos aplaudían los avances en el campo, otros en la sociedad aducían que, «como objetos de estudio», las mujeres se convertían en «víctimas de exámenes que quizá la ciencia pueda justificar pero que la modestia femenina prohíbe hasta en el pensamiento». ²¹ Por tanto, en su búsqueda de información, los médicos se veían obligados a acudir a fuentes alternativas. Los cuerpos de las pros-

titutas recluidas en el Hospital Morelos, una institución de beneficencia dedicada a atender a mujeres sifilíticas, demostró ser un terreno fértil para el desarrollo de la medicina de las mujeres en México. De hecho, las prostitutas se convirtieron en informantes, a pesar de resistirse en no pocas ocasiones a ello. Como pronto se hizo evidente, las prostitutas no recibían con agrado el hecho de que las investigaciones tuvieran lugar en sus cuerpos y, en su lugar, se rebelaron contra las reglas médicas y disciplinarias que gobernaban el hospital. Los levantamientos y otras formas de resistencia organizada se volvieron costumbre en la institución.²² Los médicos, sin embargo, encontraron rutas adicionales de conocimiento en otros establecimientos de beneficencia, el más notable de los cuales fue el Manicomio General.

La cada vez más abundante literatura médica que vinculaba al sexo con las enfermedades femeninas motivaba los encuentros entre los médicos del manicomio y las pacientes. A medida que se acumulaban las preguntas, los psiquiatras demandaban revelaciones e inducían —a veces poco a poco, otras veces de forma abrupta— la confesión femenina. Atentos a los detalles, los médicos varones intentaban organizar la información recibida en grupos de diagnóstico, uno de los cuales era la locura moral. A pesar de que no eran numerosos, pues los diagnósticos de esta condición sumaban apenas alrededor de 2 por ciento de los expedientes del hospital psiquiátrico en 1910, era bastante común como factor contribuyente en otros diagnósticos, como alcoholismo, histeria y sífilis cerebral, asociados con un dudoso «sentido moral», de acuerdo con la perspectiva de los médicos.²³ Lo más importante fue que los diagnósticos de locura moral ya no aparecieron más en los registros del hospital psiquiátrico a partir de 1930, lo cual demuestra que los psiquiatras de la era revolucionaria eran cada vez más escépticos acerca del estatus científico y el valor social de una categoría médica utilizada en los círculos médicos porfirianos.²⁴

Los expedientes con diagnósticos de locura moral, los cuales con frecuencia contenían largas narraciones, mostraban que este cambio en las perspectivas psiquiátricas no sólo se derivaba de preocupaciones médicas por la clasificación científica sino también de los enérgicos diálogos en que los médicos del hospital psiquiátrico y las pacientes participaron con igual vigor y tenacidad. Lo cierto es que

estos diálogos no tenían lugar en aislamiento. De hecho, en un contexto que fue testigo de una creciente deliberación acerca de la naturaleza del sexo femenino y del papel de las mujeres en la construcción de la nueva nación, cada vez se volvió más difícil para los médicos explicar la enfermedad mental femenina sólo en relación con la desviación sexual.²⁵

De igual manera, a medida que avanzaba el periodo revolucionario, la mujeres diagnosticadas con locura moral tuvieron más oportunidades para participar en discursos sociales, como el feminismo, que enfatizaran la multifacética estructura de la experiencia femenina.

El diagnóstico de perversión femenina: un perfil psiquiátrico

Durante los primeros años de la década de 1910, los psiquiatras del Manicomio General detectaron síntomas de locura moral en las mujeres que no se conformaban con los modelos de domesticidad femenina.²⁶ Los signos de la enfermedad eran especialmente agudos en las prostitutas, el jurado enemigo del ángel del hogar, pero, como en las instituciones estadounidenses, sólo pocas de ellas cayeron bajo su escrutinio.²⁷ Tal vez ése fue el motivo por el cual el doctor Méndez dedicó mucha e incluso fascinada atención a Modesta B., una prostituta de 35 años de edad que llegó a las instalaciones del hospital psiquiátrico en julio de 1921.²⁸

A pesar de que la mayoría de los psiquiatras estadounidenses y europeos ya no empleaban el diagnóstico de locura moral para clasificar a sus pacientes, el doctor Méndez decidió que su caso era uno «de los más claros ejemplos» de esta condición. La falta de modestia de Modesta B., su empleo de términos afectados, la pretensión de hacerse pasar por una mujer educada y, sobre todo, su disposición a hablar sobre sexo, de hacer interminables y desvergonzadas descripciones de orgías y otras prácticas sexuales consideradas desviadas, hicieron que el diagnóstico pareciera correcto. Más aún, como de-

mandaba la definición original de Prichard, Modesta B. distinguía entre el bien y el mal pero era incapaz o no estaba dispuesta a resistirse a sus impulsos malignos, en especial aquellos relacionados con las urgencias sexuales de su cuerpo. Sin embargo, su proclividad a la concupiscencia cayó pronto en duda cuando la prueba Wassermann, diseñada para detectar sífilis, resultó negativa.

Cuando Modesta B. se convirtió en interna del hospital psiquiátrico, los médicos le prescribieron sedantes suaves y un tratamiento que fundamentalmente implicaba trabajo, una actividad que ella desempeñó en el taller de sarapes de la institución, donde la profesora Magdalena O. viuda de Álvarez alabó su diligencia y buena disposición. Sin embargo, en resonancia con su diagnóstico médico, la profesora Álvarez testificó que, de hecho, la paciente hablaba, quizá demasiado.

Sin embargo, como pronto descubrieron los médicos del manicomio, las mujeres solteras y casadas también desarrollaban esta condición. El caso de Carmen S., una chica de edad no determinada, dio a los psiquiatras una oportunidad para analizar las etapas iniciales de la locura moral en junio de 1910. Después de escuchar el testimonio de la madre de Carmen, los médicos reportaron que: «desde una edad temprana, [Carmen] manifestó un temperamento caprichoso y violento. Ella desobedecía abiertamente las órdenes de su madre. Además, tendía a faltar a la escuela sólo para salir con sus amigos, con quienes invariablemente terminaba en pleito».²⁹

Ese temperamento caprichoso, agregaba su madre, se había incrementado día tras día y había llevado a Carmen S. a consumir bebidas alcohólicas y, con toda seguridad, a otros vicios inconfesables. Revelando rasgos de dicho temperamento, Carmen S. se negó a responder a las preguntas del interrogatorio y adujo que «no recordaba nada de lo que se decía de ella».³⁰ Además de algún dolor de cabeza ocasional, calambres en las piernas e hinchazón en los pies, los médicos la describieron como un individuo sano en términos psiquiátricos que, no obstante, requería reclusión.

Josefa B., una mujer desempleada y soltera de 18 años de edad, fue admitida por segunda vez en el hospital psiquiátrico en diciembre de 1910 con las mismos síntomas. De acuerdo con el doctor Rojas, ella era una interna «impulsiva» que incluso alguna vez golpeó

a otra paciente y había intentado desatar a algunos otros en diferentes ocasiones.³¹ Claras señales de locura moral surgieron en la falta de respeto con la cual trataba a su madre, al desobedecerla o al manifestar una actitud renuente cuando obedecía sus órdenes, así como en su propensión a discutir de manera abierta con otras personas. Sin embargo, como notó el médico residente, en este caso el temperamento era transitorio pues, tan pronto como pasaba la excitación, ella volvía a ser normal; es decir, «respetuosa, obediente y hasta sumisa».³²

Reportes similares de temperamentos fuertes y asertividad aparecieron en el expediente de Teresa O., una mujer soltera y desempleada de 26 años de edad quien vivía con su madre en la ciudad de México. Como anotaron los médicos en su expediente, que cubrió el periodo entre 1905 y 1915, Teresa también mostraba «mal carácter y proclividad a salirse de su casa para vagar con libertad por las calles. Ella no respetaba ni obedecía a nadie».³³ A pesar de estar sana en términos físicos, Teresa O. «había sufrido histeria desde que tenía 15 años de edad»; condición que la condujo a intentar suicidarse en dos ocasiones.³⁴

Teresa O. explicó que «ella se marchaba de su casa para evitar los comentarios molestos de su hermana», pero también reveló el hecho de que, a pesar de ser soltera, no era virgen y había tenido dos amantes diferentes en el pasado: un hombre de su edad y un médico en quien ella confiaba.³⁵ Después de escuchar los detalles sexuales de la historia, el doctor Rojas se aprestó a clasificar su caso como *locura moral*.

Las prácticas sexuales consideradas desviadas constituyeron, por mucho, la señal distintiva de las mujeres que padecían *locura moral*. Por ejemplo, Loreto M., una costurera de 25 años de edad quien vivía en Tacubaya, «era una exhibicionista que carecía de todo sentido de modestia y mostraba una acusada proclividad a la obscenidad y la perversión».³⁶ Su caso, el cual fue examinado por primera vez en las instalaciones del Hospital Divino Salvador en 1903, era especialmente complicado porque, a pesar de que ella era ciega, tan pronto percibía la presencia de un hombre, «se exponía sin vergüenza alguna».³⁷

También era probable que las mujeres adúlteras fueran diagnosticadas con *locura moral*, en especial si aludían a la venganza como

causa de su comportamiento. Rita C. violó reglas fundamentales de conducta femenina cuando, después de llegar a La Castañeda el 19 de septiembre de 1911, empleó un lenguaje obsceno para describir cómo «su esposo la había engañado varias veces: [...] y], para vengarse, ella también lo había engañado».³⁸ Los médicos le diagnosticaron celos violentos, característica que ellos creían relacionada con una deficiencia en su sentido moral.

A pesar de que los médicos del hospital psiquiátrico no empleaban el término, las mujeres homosexuales también pertenecían a esta categoría.³⁹ Soledad J., por ejemplo, una mujer casada de 36 años de edad quien fue examinada por el doctor Palacios Garfias en 1912, mostraba una pronunciada inclinación por una de sus compañeras internas, aunque, debido a su carácter pacífico y amistoso, «aún no se había excitado».⁴⁰

En mayo de 1910, cuando las internas, como Margarita V., una inmigrante de 20 años de edad proveniente de Guerrero, se atrevieron a manifestar «excesivo amor» por otras mujeres, los médicos diagnosticaron estos casos como de «locura de dos», un desequilibrio mental especialmente agudo en la presencia de otra persona.⁴¹ De hecho, la fotografía en el expediente de Margarita V., la cual incluía el rostro de otra interna, corroboraba la información. Encerrados y aislados, los sobrepuestos rostros de Margarita V. y su compañera constituyeron un recordatorio demasiado humano de las crueles consecuencias sufridas por mujeres cuyas «pasiones» desenfrenadas violaban las reglas sexuales aceptadas en la sociedad.

A pesar de que la *locura moral* existió dentro de la categoría más amplia del sexo o de lo sexual, los médicos también percibieron las actividades intelectuales como señales de la degeneración mental femenina. Cuando Guadalupe Q. —una paciente internada por primera vez en 1882 y más tarde transferida a La Castañeda debido a su manía sexual, la cual causaba un «gran mal no sólo en sí misma sino también en su familia»—, comenzó a escribir poemas y apasionadas cartas de amor, tanto el contenido como la actividad en y por sí misma la marcaron como una mujer con *locura moral*.⁴² La capacidad de Luz D. para escribir la narración de su enfermedad sorprendió a los médicos como evidencia adicional de su condición mental inestable. De igual manera, las notables habilidades de

Modesta B. como narradora de historias cautivaron al instante la atención de los médicos del hospital psiquiátrico.

A pesar de los diagnósticos, o tal vez gracias a ellos, estas mujeres lucharon, con éxito en algunas ocasiones, por narrar sus historias personales, con lo cual abrieron una puerta invaluable hacia la autointerpretación de las mujeres del México de principios del siglo XX.

Mira al mundo a través de mis ojos:
las pacientes hablan

Como bien lo percibieron los médicos del manicomio, tener la necesidad o el deseo de contar las historias de sus vidas difícilmente constituía una urgencia inocente entre las internas.⁴³ Al estructurar la narración de sus experiencias con el padecimiento, las internas daban énfasis a aspectos y temas con frecuencia ignorados en el cuestionario médico. Como mujeres que intentaban describir sus síntomas y explicar las causas de sus condiciones, se convertían en autoras de sí mismas en sus tensas interconexiones con los médicos del hospital psiquiátrico. Sin embargo, en lugar de emplear estrategias rígidas de oposición, ellas manipulaban pasajes fundamentales de su vida que las ayudaran a escapar de o a expandir las estrechas funciones que les asignaban los médicos. De esta manera, incluso al ser recluidas entre paredes, las mujeres involucraron a los expertos en un tenso diálogo acerca de los límites médicos y sociales de género en el México revolucionario. Algunas, como Carmen S., la chica «caprichosa», se negó en redondo a hablar y se perpetró en un silencio sospechoso; otras, no obstante, hablaron o escribieron acerca de historias de vida que, dadas las circunstancias en las cuales fueron creadas, carecieron de un final feliz.

La mayoría de las historias de las internas se desarrollaron alrededor de relaciones familiares conflictivas; entre las cuales, la conexión madre-hija era fundamental. En un ambiente social de cambios veloces, la posibilidad de las madres de transmitir valores femeninos tradicionales (modestia, obediencia, docilidad) demostró ser una tarea

difícil. Después de todo, tanto el trabajo como la vida pública representaban tentaciones que algunas hijas de principios del siglo XX fueron incapaces de resistir y, de hecho, las disfrutaron de inmediato.⁴⁴ Ése fue el caso de Carmen S., quien salía a las calles sin importarle la prohibición familiar, y también el caso de Teresa O., quien, por ejemplo, dijo haber sido enviada al hospital psiquiátrico «porque mi madre no quiere que salga». En una sociedad que asociaba cada vez más la vida en las calles con el vicio, el temor de la madre de Teresa O. no carecía de bases ideológicas. Tal parecía que las hijas se sentían limitadas por los lineamientos morales de sus madres. Teresa O. declaró sentirse desesperada porque «mi madre no quería que me casara». De igual manera, Natividad O., una mujer de 17 años de edad, nativa de Michoacán que llegó al hospital psiquiátrico en julio de 1910, reaccionó contra las restricciones de su madre con sus huidas de casa y con sus declaraciones de que ella era «independiente y absoluta».⁴⁵

Para los médicos del manicomio, este vínculo tenso y muy ambivalente entre madres e hijas afectaba las mentes de las segundas al grado de nublar su «sentido afectivo» pues, a medida que evolucionaba la locura moral, algunas, como Josefa B., sólo podían sentir «odio» por sus madres; es decir, una emoción no natural que traicionaba su condición. Estas relaciones entre madres e hijas, caracterizadas por el conflicto, quedaban en evidencia en el hecho de que, al menos en un par de casos, las madres mismas llevaron a sus indómitas hijas al hospital psiquiátrico.

Los conflictos de las mujeres solteras con las figuras familiares de autoridad también surgieron en las relaciones entre hermanos. Olga F., por ejemplo, había migrado de Cuba a Estados Unidos en 1925, cuando quedó huérfana a los 14 años de edad.⁴⁶ Allí, primero vivió con un próspero tío, quien era propietario de un cabaret, razón por la cual ella se acostumbró «al baile, los deportes, los viajes y a conducir un auto».⁴⁷ Una vez que se mudó a la casa de su hermano, un ingeniero que intentó disciplinarla, Olga F. encontró sus maneras demasiado «rígidas» y, después de un pleito por dinero, ella escapó. Su hermano, dijo ella, era «un hombre malo».⁴⁸

De igual manera, Teresa O. no sólo tenía problemas con su madre sino también con su hermana mayor, aunque por distintas

razones. La paciente declaró que su hermana la molestaba con frecuencia, situación que, según sus explicaciones, estaba relacionada con el hecho de que ambas luchaban por llamar la atención del mismo hombre. La rivalidad entre hermanas se hizo tan insoportable que después le sirvió como excusa para escapar de su casa. Por último, así como algunas madres llevaban a sus hijas al hospital psiquiátrico, las hermanas hicieron lo mismo. La hermana menor de Guadalupe Q., por ejemplo, no sólo la internó sino también participó en la entrevista psiquiátrica inicial, donde describió las primeras manifestaciones de su condición.

Las relaciones familiares tensas con los padres y los hermanos se desarrollaron a medida que las temperamentales hijas solteras de la era modernizadora violaban las reglas tradicionales de comportamiento. Con mucha frecuencia estas violaciones implicaban sus relaciones con los hombres. Algunas, como Teresa O., tuvieron relaciones sexuales con hombres a pesar de las advertencias de sus madres. En un acto de rebeldía, ella primero «se entregó» a un novio y, tiempo después, sufrió el abuso sexual de un médico. Ambos sucesos la señalaron como inadecuada para el matrimonio y también para la vida fuera de las paredes del manicomio.

Víctimas de los estándares dobles de la sociedad, las mujeres que tuvieron relaciones sexuales libres con hombres no sólo arriesgaban su honor y el de sus familias, sino también la continuidad de la relación. Según atestiguó Teresa O. —«después él se casó con una mujer bizca y yo lo olvidé»—, la mayoría de los hombres abandonaban a sus amantes y con el tiempo se casaban con chicas decentes. Enfrentadas a las oportunidades y los riesgos que sus madres temían, las hijas impetuosas del México revolucionario se encontraron, a menudo, con problemas. El caso de Olga F. ejemplificó, casi a la perfección, el lado más oscuro de dichos temores. Olga F. había vivido con un hombre durante dos años cuando se volvió adicta a su vicio: la heroína.⁴⁹ Cuando llegó al manicomio en septiembre de 1930, con alrededor de 35 kilos de peso y en un estado deplorable de suciedad, los médicos atribuyeron su condición a su adicción a las drogas, pero no sin mencionar las degradantes consecuencias del amor libre. De hecho, como mostraban los expedientes de la Inspección Sanitaria encargada de licenciar prostitutas, las

mujeres que cedían a los deseos de los hombres o, peor aún, a los propios, tenían grandes probabilidades de convertirse en vagabundas de por vida. El matrimonio, sin embargo, no era precisamente un santuario de paz.

Las violentas dinámicas domésticas entre hombres y mujeres aparecieron como causas preponderantes de enfermedades mentales en las narraciones de las internas. De hecho, la mayoría de las mujeres diagnosticadas con locura moral llevaron sus historias a un terreno tan común que emergió como patrón: abuso físico recibido de manos de amantes y esposos por igual. Felipa O., una mujer casada de 24 años de edad quien habló de «disputas maritales» continuas cuando llegó al Manicomio General en junio de 1920, por ejemplo, desarrolló un caso de «histeria convulsiva» después de recibir un fuerte golpe en «sus órganos genitales».⁵⁰ Ella tenía un mes de embarazo en ese momento y perdió al bebé como resultado de la agresión. El médico residente Iturbide Álvarez notó una conspicua cicatriz de dos centímetros de largo en su ceja derecha.

A pesar de que el abuso físico no apareció en la narración de Luz D., ella también escribió sobre «la vida tan difícil que viví con el hombre, mi esposo».⁵¹ En este caso, como en muchos otros, la infidelidad masculina desempeñó una función primordial en la explosión de la furia femenina, condición que los médicos asociaron con un desequilibrio mental. De acuerdo con Luz D., por ejemplo, su esposo «trajo a una mujer a vivir con él», situación que parece haber disparado «terribles peleas», «dolor moral» y «temibles disputas» cuando él intentó divorciarse de ella.⁵² La tensión marital entre los D. quedó en dolorosa evidencia en los esfuerzos que él hizo para impedir que la dieran de alta y al aludir al daño que Luz D. podría causar a su familia y a la sociedad en general.⁵³

Enfrentada a una situación similar, Rita C. encontró imposible perdonar las infidelidades de su esposo. En lugar de cumplir con los modelos domésticos que enfatizaban el sacrificio y la sumisión femeninos, Rita C. sentía rencor por «haber sido engañada» por su esposo y, en lenguaje burdo, describió las muchas ocasiones en las cuales ella misma lo engañó.⁵⁴ Un comportamiento tan escandaloso la condujo de manera directa e inmediata al hospital psiquiátrico.

Otras mujeres con tendencias similares, sin embargo, terminaron en Belén, la prisión de la ciudad. Allí, cuando el periodista y criminólogo amateur Carlos Roumagnac las entrevistó, hicieron declaraciones similares de abuso marital. No obstante, ambos, psiquiatras y periodistas, permanecieron ciegos ante esta penetrante realidad y la atribuyeron a la conducta violenta intrínseca de los pobres no educados. A pesar de que las mujeres también relacionaban la pobreza con la violencia, y aportaron evidencias para documentarlo, también señalaban las desiguales relaciones entre los géneros que permitían el abuso e incluso invitaban a éste.

La pérdida de hijos y miembros de la familia también constituyó un importante tema común en las narraciones femeninas de enfermedad mental. Dentro del contexto del cambio continuo de la Revolución mexicana y los tiempos posteriores, los cuales resultaron en estadísticas registradas de más de un millón de muertes, estas historias personales proporcionaron la dimensión personal del cambio social en los detalles relatados. En 1920, por ejemplo, Altagracia F. de L., una mujer casada de 35 años de edad, proveniente de Aguascalientes, sufrió una «dolorosa impresión» cuando recibió la noticia del accidente de uno de sus hijos, tras lo cual desarrolló intensos dolores de cabeza y, más tarde, un delirio que la llevó a las instalaciones del hospital psiquiátrico. Su furia era tan grande que los médicos recomendaron el uso de la camisa de fuerza, con la cual fue fotografiada.⁵⁵

De igual manera, Cresencia G., una viuda de 65 años de edad, experimentó su primer ataque después de la muerte de su hijo en julio de 1920.⁵⁶ Tras clamar que sus vecinos la habían envenenado, Cresencia cayó postrada en cama durante nueve días antes de vagar por el campo en busca de solaz, el cual no encontró. Por este motivo, Cresencia G. reaccionó con furia contra los visitantes de Capulhuac, su pueblo natal, pues creía que ellos, y la sociedad en general, para el caso, eran responsables de su pérdida.⁵⁷ También la pérdida de Felipa O. de su feto de un mes de gestación disparó sus desórdenes mentales.

A pesar de lo poco que se sabe acerca de las variadas maneras de los mexicanos comunes para enfrentar el dolor y la pérdida durante los turbulentos años de principios del siglo XX, estas histo-

rias médicas constituyen recordatorios vívidos de la centralidad de estos temas en las narraciones de vida del México modernizador.⁵⁸

Las mujeres diagnosticadas con locura moral también reclamaron conceptos de justicia y equidad social, motivados por el discurso de la Revolución mexicana, para revelar los variados componentes de una experiencia difícilmente incluida en la categoría del sexo o cubierta por la misma. Este proceso fue especialmente claro en el caso de Modesta B., quien, mientras su historia clínica acumulaba 35 años de confinamiento continuo, comenzó a escribir acerca de la política nacional. En su versión de los acontecimientos, ella era empleada de la Compañía de Teatro de Virginia Fábregas y, después de negar sus favores a un grupo de soldados, fue enviada injustamente a la cárcel. Allí, un médico certificado le diagnosticó inestabilidad mental. Según está documentado en las 21 páginas que ella escribió a mano mientras estuvo confinada, Modesta B., la mujer que, de acuerdo con los médicos, estaba obsesionada con el sexo, culpó de su condición a la dinámica de la política contemporánea y se quejó con amargura de la corrupción y el desorden que invadían tanto al hospital psiquiátrico como a su nación.

Las desgarradoras páginas de Modesta B., a las cuales ella daba el interesante apelativo de «mensajes diplomáticos», pertenecían a una mujer que no se percibía a sí misma en términos de sexo. Como miembro femenino preocupado por un país en turbulencia continua, ella desechó la limitante categoría de lo sexual como definición primaria de su experiencia vital. Dado el espacio en blanco de una hoja de papel, ella eligió redactar una retorcida descripción de los males que afectaban a su nación, los cuales, en su opinión, eran muchos. Tras dirigirse al presidente de la República o al superintendente del Manicomio General, Modesta B. describía, en términos críticos, a los médicos, burócratas, anarquistas e inversionistas extranjeros por igual.

Su primera queja se relacionó con las desastrosas condiciones y la falta de privacidad reinantes dentro de las paredes del manicomio. En un intento por cambiar la situación, ella escribió una carta pública para exponer el injusto estado de las cosas y, tras obtener el apoyo entre las demás pacientes, obtuvo la firma de tres internas adicionales para apoyar su causa. Modesta B., sin embargo, no sólo

se involucra en asuntos del manicomio. En esas misivas, ella también describió un mundo social profundamente trastornado por las acciones de las personas con «manos rojas»; es decir, anarquistas que provocaban revoluciones y guerras mundiales y personas de «guantes blancos», quienes siempre robaban a los desvalidos y a los necesitados. En su rabia, ella describió a ambos grupos como «gente [r]atera, burda y sucia, de la derecha o de la izquierda. Gente maligna, gente caprichosa».⁵⁹ A pesar de que sus palabras carecían del estilo de los estandartes políticos, mostraban la amplia gama de preocupaciones que inspiraban su vida como mujer y como ciudadana.

Modesta B. no estaba sola en ello. Los miembros de organizaciones feministas de la era —periodistas, maestros y activistas políticos— defendían de igual manera los derechos de la mujer a la educación, así como el derecho a un trato justo en el trabajo.⁶⁰ Los dos congresos feministas que tuvieron lugar en Yucatán en 1916 enfatizaron temas similares.⁶¹ No fue sorprendente ni coincidente que, al dar voz al lenguaje de la psiquiatría, los intelectuales varones con frecuencia representaran a la mujer preocupada por «la cuestión social» no sólo como fea y masculina sino también, lo cual es más importante, como histérica.⁶²

Cuando las mujeres diagnosticadas con locura moral se presentaban a sí mismas intencionalmente como agentes activos tanto de las áreas domésticas como sociales, narraron la historia de sus vidas y, al hacerlo, cuestionaron de manera implícita los diagnósticos médicos de supuesto estatus científico. Dado que los diagnósticos de locura moral aparecieron con más frecuencia en los expedientes fechados en 1910 y desaparecieron para 1930, ésta fue, sin duda, una victoria de las pacientes sobre la psiquiatría porfiriana; es decir, un cuerpo de ideas leales a los puntos de vista punitivos de la enfermedad mental en los cuales el sexo y la locura estaban vinculados de manera íntima.

Al introducir un discurso en el cual aparecían como hijas y esposas, trabajadoras y vecinas, madres y ciudadanas, las internas obligaron a los médicos del hospital psiquiátrico de la era revolucionaria a reconsiderar y, con el tiempo, a descartar, las doctrinas médicas porfirianas.

Un contrapunto: de la locura moral a la melancolía en sesenta años

Según se ha presentado hasta el momento, tal parecería que la mayoría si no es que todas las mujeres diagnosticadas con locura moral eran, de manera deliberada e inherente, directas y expresivas. Resulta claro que algunas lo eran, y no precisamente por su propio beneficio, ya que los médicos tomaban el hecho de que hablaran demasiado como una señal adicional de un desequilibrio mental. Sin embargo, algunas mujeres también se recluyeron en un silencio tan absoluto que ni siquiera las citas indirectas, estrategia que los médicos empleaban con suma frecuencia en los expedientes médicos, pudieron romperlo.

Para contraponer las experiencias de las mujeres expresivas, de quienes se suponía que sufrían locura moral, ahora presento el caso de Rosario E., cuya voz propia no aparece en los documentos del hospital psiquiátrico.⁶³ Su expediente también es relevante porque ella pasó sesenta años de su vida en confinamiento, tiempo en el cual las concepciones psiquiátricas de la locura moral cambiaron de forma dramática.

A principios de los años treinta, justo cuando los directores del hospital, Samuel Ramírez y Manuel Guevara Oropeza se dedicaron a la reforma médica de la institución, los médicos dejaron de diagnosticar a las mujeres con este padecimiento. Aunque los esfuerzos de los médicos mexicanos por actualizarse en cuanto a las clasificaciones internacionales desempeñaron una función importante en esta transformación, los factores no médicos no deben ser ignorados. Después de todo, los diagnósticos de locura moral desaparecieron en un momento en el cual los regímenes revolucionarios emergentes, de Obregón y Calles, lucharon por establecer las bases económicas, sociales y culturales de una nueva nación.

Esta época, por ejemplo, fue testigo del surgimiento del Partido Revolucionario Institucional, la organización política que aglomeró a la mayoría de las fracciones de la familia revolucionaria. Las orga-

nizaciones nacionales para trabajadores, como la CROM (Confederación Regional Obrera Mexicana) y las ligas de campesinos a lo largo del país, adquirieron mayor relevancia en los asuntos políticos de la nación. Un creciente énfasis en las responsabilidades del Estado atrajo una atención, merecida desde mucho tiempo atrás, hacia las instituciones de beneficencia pública, dentro de las cuales se contaba La Castañeda. Sin embargo, esta época también fue testigo de crecientes y agudas discusiones acerca de las funciones apropiadas para las mujeres en esta nueva sociedad, en foros tan diversos como los congresos feministas, los periódicos, los consultorios y los salones de clases. Los cambios en los cuadros clasificatorios psiquiátricos quizá no fueron resultado directo de debates similares, pero sí iban de su mano. La larga y confusa historia de Rosario E., una interna cuya carrera como paciente psiquiátrica se extendió durante seis décadas, nos sirve, por tanto, como caso ideal para ejemplificar este punto.

La historia de vida de Rosario E. con el padecimiento mental comenzó en las instalaciones del hospital La Canoa en 1896, a sus 20 años de edad. Era integrante de una familia grande: tenía 17 hermanos, de los cuales sólo cinco sobrevivieron. Rosario E. nació en San Luis Potosí y no tenía una ocupación específica en su expediente médico. Descrita por uno de sus hermanos como «insoportable y caprichosa», ella permaneció en la institución durante alrededor de diez años con un diagnóstico de «locura intermitente». Las notas de los médicos, escritas hacia finales del siglo XIX pero copiadas y aumentadas con el paso del tiempo, enfatizaban ciertas peculiaridades de comportamiento que, al sumarlas, coincidieron casi a la perfección con el perfil de locura moral en 1912.

De acuerdo con el hermano, quien la devolvía una y otra vez al hospital psiquiátrico, Rosario E. sufría «brotes histéricos», detectados en su mayoría cuando ella huía de casa en busca de prostíbulos, donde intentaba satisfacer sus «instintos carnales». Cuando estuvo internada en La Canoa, Rosario E. expresó «ideas delirantes» no especificadas, las cuales, según una fuente médica anónima, cedieron lo bastante para garantizarle una liberación de corto tiempo. Sólo un mes después, Rosario E. regresó al hospital acompañada, una vez más, por su hermano. La lista de quejas había aumentado

pero no cambiado de naturaleza. Ella no sólo insistía en escapar de casa sino también persistía en visitar lugares de dudosa reputación. Su temperamento había empeorado y cada vez era más «irascible, manipuladora, taimada y envidiosa». En esta ocasión, no obstante, ella también desarrolló alucinaciones bien definidas, tanto visuales como auditivas. Ella escuchaba, por ejemplo, voces que provenían de lejos y veía rostros de «hombres monstruosos o de monos gigantes».

El diagnóstico del doctor Ernesto Rojas de locura moral ya aparecía en las notas de 1906. Aquellos que autorizaron sus numerosas altas a lo largo de 1910 se basaron para ello en las mejorías de dicho padecimiento. Aquellos que la aceptaron de regreso regularmente confirmaron el veredicto sin mayores comentarios.

Rosario E. fue una de las internas transferidas de La Canoa a La Castañeda después de la inauguración de la institución, el primero de septiembre de 1910. Como era costumbre, ella fue sometida a un nuevo examen médico que la envió al pabellón de las internas tranquilas, sección «A». Al no notar ninguna peculiaridad en su comportamiento, el doctor Rafael Palacios Garfias tramitó su alta poco después. Ella fue llevada a la casa de su hermano, de donde fue expulsada no mucho tiempo después.

Para septiembre de 1912, el doctor Manuel Ortiz escuchó las quejas acostumbradas: Rosario E. llegó a casa sólo para escapar de ésta. Ella, una vez más, intentó visitar áreas non sanctas de la ciudad donde las mujeres estaban disponibles sexualmente. «La hemos observado durante varios meses», escribió Ortiz, «y no hemos sido capaces de testificar los supuestos brotes histéricos de los cuales se dice que sufre. Sin embargo, podemos decir que su temperamento es francamente histérico pues presenta fobias y obsesiones que caracterizaron su condición». El doctor concluyó su reporte con un diagnóstico final: «psicosis histérica (locura moral)». El doctor Tomás Valle, para entonces director de la institución, confirmó esta conclusión dos años después.

Aunque la conducta de Rosario E. cambió ostensiblemente poco a lo largo de los siguientes quince años, el doctor Manuel Cobarrubias produjo un diagnóstico distinto para finales de los años veinte. En su opinión, la paciente sí sufría algún tipo de psicosis pero de naturaleza intermitente en lugar de histérica. A diferen-

cia del doctor Ortiz, quien prestó mucha atención a las señales de histeria cuando aparecían de forma más notable en conductas sexuales consideradas desviadas, el examen de Cobarrubias enfatizó un nuevo conjunto de síntomas: él notó que Rosario E. tenía largos periodos de «completa tranquilidad» y agregó que por ese motivo fue contratada como guardia en el pabellón de observación. Estos periodos se veían interrumpidos por breves pero agudos episodios de confusión y excitación. Era entonces cuando se volvía agresiva y estallaba en ataques de llanto. Durante esas fases, hablaba en voz alta con nadie en particular y también tenía sesiones de rezos, en ocasiones hasta tres veces al día.

Aunque Cobarrubias también remarcó el apego cada vez mayor de Rosario por otra paciente, una mujer confinada en el pabellón para epilépticas a quien se refería como su hija o como su sobrina, no hizo ningún comentario acerca de la posible naturaleza sexual de dicho vínculo. En lugar de ello, dio mayor énfasis al desarrollo de lo que él llamó «su delirio religioso». En 1927, cuando el régimen de Plutarco Elías Calles se involucró en la guerra de los Cristeros contra supuestos fanáticos religiosos de las provincias de México, cerró iglesias y prohibió los servicios religiosos a lo largo de la nación, este diagnóstico no pudo haber sido inocente.⁶⁴ Las notas de Cobarrubias sobre el caso de Rosario E. estaban claramente contaminadas por asuntos que trascendían los muros del asilo y hablaban de manera directa acerca de los factores no médicos que daban forma a muchas de las observaciones médicas registradas en los archivos del hospital psiquiátrico. Al desplazar la fuente de irracionalidad de lo sexual a lo religioso, Rosario E. llegó a encarnar una amenaza para el régimen secular. Sin embargo, su condición era muy especial, incluso para Cobarrubias, quien recomendó reclusión continua pero no recetó ningún medicamento.

La interpretación psiquiátrica de la condición de Rosario E. no dejó de cambiar. Cuatro años después, el doctor Gómez Robleda, jefe del pabellón de los internos pacíficos, firmó un reporte mecanografiado con sus observaciones y con las de su médico residente, Luis Vargas, que incluía las notas registradas en este caso desde 1896. En 1931, la condición física de Rosario E. era, tal como lo había sido en el pasado, bastante normal. Tras subrayar su conducta pasi-

va, su perenne falta de iniciativa y el aire de preocupación que se detectaba en su lenguaje corporal, pues siempre se le veía sentada, con la cabeza agachada y una expresión facial que denotaba tristeza y depresión, el doctor Gómez Robleda llegó a la conclusión de que Rosario E. no sufría de psicosis, histérica o de otro tipo, sino de melancolía.

Con base en las observaciones reunidas en la entrevista psiquiátrica, ambos médicos creyeron, en términos de inteligencia, que ella tenía un buen sentido de orientación con adecuados lapsos de atención pasiva y activa. No obstante, después de someterla a una prueba de memoria en la que le pidieron ordenar números simples en una secuencia ascendente, los doctores Gómez Robleda y Vargas confirmaron una deficiencia en su memoria a corto y largo plazo. El hecho de que ella manifestara imaginación reproductiva en lugar de creativa, la cual, en opinión de los galenos, por lo regular desempeñaba una función importante en la formación de «interpretaciones delirantes del tipo depresivo», les proporcionó aún más evidencias para dar sustancia a un diagnóstico final para Rosario E. como víctima de un síndrome de melancolía. Ya no hubo más énfasis en sus escapadas sexuales ni en la rebelión que había hecho enfurecer tanto a su hermano en el pasado. Tampoco apareció la inclinación religiosa que había captado la atención del doctor Cobarrubias un par de años atrás. En lugar de ello, Rosario E. ahora aparecía inmóvil, incluso informe y fundamentalmente triste. Tal parecía que una vida carente de apoyo, de respaldo familiar y de capacidades para el trabajo había acabado por fin con ella.

Sin embargo, sólo un mes después, el 11 de junio de 1931, un nuevo diagnóstico se agregó a su expediente médico. A pesar de contar con la distintiva firma del doctor Garfias, la manuscrita del documento sugiere la intervención de otro experto más. Con base en las observaciones ya registradas, en lugar de en entrevistas adicionales, este documento negaba de forma inequívoca que Rosario E. sufriera depresión. En lugar de ello, tras describirla como autista, el médico anónimo anotó un conjunto diferente de síntomas, entre los cuales se incluyeron, una vez más, reportes de su temperamento histérico («taimada, testaruda, irascible, una persona conflictiva»), desviación sexual, obsesiones y estallidos de naturaleza no determi-

nada. Las alucinaciones auditivas y visuales, las plegarias frenéticas, un reducido rango de atención, una autocrítica alterada y el delirio imaginativo que le permitía creer que una paciente epiléptica era su hija compusieron una clara imagen de histeria. No obstante, sin importar cuánto lo intentara, el médico del hospital psiquiátrico no encontró señales físicas de la enfermedad, razón por la cual sólo recetó un laxante suave.

Mientras tanto, Rosario E. continuó saliendo y regresando al hospital psiquiátrico con regularidad pues, aunque los diagnósticos cambiaban una y otra vez, la mayoría de los médicos reportaron que su conducta observable era, de alguna manera, normal. En los años cuando los expedientes médicos comenzaron a incluir copias de los resultados de laboratorio y evaluaciones basadas en una variedad de pruebas estandarizadas, los suyos, sin embargo, no fueron incorporados. De hecho, los médicos condujeron entrevistas cada vez más detalladas y prestaron más atención a la información registrada con anterioridad pero no evaluaron su condición con la meticulosidad dedicada a otros internos.

Esta negligencia, en la cual se desarrolló gran parte de los diagnósticos cambiantes de su condición, se relacionó con el hecho evidente de que no había nadie afuera del hospital psiquiátrico que esperara o exigiera noticias sobre ella, situación común entre internos que tenían conflictos con sus familiares. Lo cierto es que los médicos del manicomio presionaron a las autoridades del Sistema de Beneficencia Pública para que la admitieran en el asilo de ancianos del Estado, lo cual, en efecto, sucedió. En otros momentos, como el 27 de agosto de 1932, Rosario E. se convirtió en sirvienta doméstica; en este caso específico en la casa de un hombre llamado Roberto Couttade. Sin embargo, como ya había sucedido antes con su hermano, cada una de estas personas la devolvió al hospital psiquiátrico tras alegar inconsistencias de conducta que encontraban conflictivas.

Para 1953, debilitada y víctima de la demencia senil, Rosario E. dejó las instalaciones médicas casi a voluntad, pero sólo para volver poco después. En cada uno de estos casos, sus compañeros internos declararon que ella sólo aparecía de la nada o se presentaba «de manera espontánea» en las puertas del hospital psiquiátrico, el

único hogar, aunque renuente, que ella había tenido durante al menos cuarenta y tres años.

Tal como ocurría con las víctimas de locura moral dispuestas a involucrar a los médicos en diálogos incómodos, el silencio de Rosario E. al ser confinada daba a los galenos más oportunidades para desarrollar sus interpretaciones médicas de forma unilateral. Por este motivo, la argumentación de los especialistas aparece más grande y clara en este expediente y acentúa la función desempeñada por factores externos, ya sean sociales en términos generales o académicos en términos más particulares, en la naturaleza cambiante de sus propios cuadros clasificatorios. De ahí se derivan las conexiones que surgieron entre el énfasis de los médicos en la supuesta conducta sexual desviada de las mujeres durante los primeros años del hospital psiquiátrico, y los años de juventud de la misma Rosario E., cuando la ideología de género de los porfirianos resonaba con fuerza y el aparentemente suave cambio a las perspectivas críticas sobre el fervor religioso en una época altamente anticlerical, como la dominada por el jefe supremo Calles.

Sin duda, los médicos del hospital psiquiátrico disfrutaron altos grados de autoridad en la institución, los cuales utilizaron sin vacilación. No obstante, la imposición vertical de sus propios veredictos no era sino una entre muchas estrategias utilizadas para adaptar el lenguaje de la psiquiatría a los estándares médicos internacionales y a las necesidades del México revolucionario.

La psiquiatrización del sexo

A principios de los años treinta, cuando los médicos del hospital enfrentaban a mujeres expresivas que hablaban demasiado y, con frecuencia, sobre sexo, ellos mostraron una notable restricción en sus comentarios morales. En lugar de ello, no obstante lo inquietos o disgustados que hubieran podido sentirse, anotaron observaciones en una historia médica cada vez más estandarizada y registraron información obtenida a través de los análisis de laboratorio, en par-

ricular sus reacciones a la prueba Wassermann, un instrumento médico diseñado para detectar la sífilis. Este énfasis en la información objetiva y sistemática, en lugar de la charla subjetiva y dispersa, correspondió a los esfuerzos de los médicos del hospital psiquiátrico de la época por incrementar el estatus científico de su profesión, tarea urgente para profesionistas ansiosos por deshacerse de la etiqueta previa de «dilettantes de la medicina» y cavar un nicho propio en la sociedad incipiente.

En un momento cuando las fuerzas contra la regulación de la prostitución ganaban aprobación y cuando los médicos nacionalistas se referían a la sífilis como a una epidemia de proporciones nacionales, escuchar historias de vida plagadas de implicaciones sexuales adquirió una relevancia que fue tanto médica como política.⁶⁵ Los psiquiatras mexicanos que trabajaban en el hospital psiquiátrico estatal más grande de la nación pronto comprendieron que el empleo de métodos considerados objetivos y, por tanto, científicos, les garantizaría un papel privilegiado en un régimen que favorecía lo secular hasta el grado de hacerlo análogo a la modernidad en sí misma. En el proceso, las mujeres que antes habían recibido el diagnóstico de locura moral se vieron agrupadas, poco a poco pero con toda seguridad, bajo el diagnóstico de parálisis progresiva general, una condición asociada con la sífilis y, por tanto, con una vida sexual licenciosa aunque verificable a través de la prueba Wassermann.

Sólo un par de años después de que Ramírez Moreno y Guevara Oropeza se hicieran cargo de la reforma del Manicomio General, el énfasis de los psiquiatras mexicanos en la información obtenida a través de medios objetivos, así como en la documentación precisa de dichos datos, se incrementó de manera brusca.

Los médicos del hospital no sólo estaban más dispuestos a emplear información de la prueba Wassermann para justificar los diagnósticos sino también mostraron una mayor disciplina en el registro de las historias médicas. A diferencia de los expedientes de los primeros años del hospital psiquiátrico, las historias clínicas de los años treinta siguieron un formato estándar. Por lo general mecanografiadas, en lugar de manuscritas, las historias clínicas del México revolucionario, después de un periodo de observación, comenzaban con una sección de «identificación», donde los médicos registraban

datos tomados directamente del cuestionario institucional, como nombre, edad, lugar de nacimiento, estado civil y ocupación, si se conocía.

En la segunda sección, titulada «antecedentes», los médicos registraban enfermedades relevantes de los pacientes y de los miembros de su familia. La tercera sección, titulada «evolución de la enfermedad», incluía una descripción, a menudo larga, de las posibles causas y el desarrollo de la enfermedad, de acuerdo con los pacientes mismos y con sus familiares, cuando estaban presentes. Esta sección, que por lo regular incorporaba el discurso del paciente a través de las citas indirectas, revelaba la historia de vida de la mayoría de los internos.

Los médicos dividían la cuarta sección, conocida como «condición actual», en dos subsecciones: una dedicada a la «exploración mental» y otra a la «exploración somática sucinta». La primera subsección era, por su parte, dividida en tres grandes agrupaciones: inteligencia, afectos y voluntad. Una subdivisión posterior requería que los médicos incluyeran un análisis de orientación, percepción, rango de atención, memoria, imaginación, ideación y juicio en la sección de inteligencia. Las descripciones de los médicos de las habilidades afectivas y las manifestaciones de voluntad de los pacientes por lo regular eran menos precisas y extensas. Bajo «exploración somática sucinta», los médicos registraban resultados del examen físico de los pacientes, incluyendo cabeza, cuello, pecho, abdomen y extremidades superiores e inferiores. Aquí también mecanografiaban datos obtenidos de las pruebas de laboratorio. Sólo hasta después de vaciar toda esta información, los médicos estaban listos para anotar su diagnóstico, en la sección número cinco de la historia clínica.

En la siguiente sección, los médicos registraban su prognosis y concluían después con la sección siete, en la cual especificaban el tratamiento sugerido. Por tanto, con base en datos verificables y organizados en un formato sistemático, el discurso psiquiátrico producido en el México de principios de la era revolucionaria aseguraba, quizá por primera vez, su estatus como disciplina científica.

Tal como sus colegas de los años previos, los psiquiatras revolucionarios sabían que la identificación de la enfermedad, científica o de otro tipo, requería la participación de los pacientes. Entonces, ellos

prestaban atención y escuchaban con cuidado. Ellos incorporaban estas voces a las historias médicas a través de las citas indirectas que revelaban la insistencia de los pacientes en relacionar síntomas físicos y espirituales con los mundos social y doméstico en el cual se desarrollaban. Como hicieron las mujeres diagnosticadas con locura moral en el pasado, las víctimas de la parálisis progresiva en el México revolucionario hicieron el vigoroso intento de relacionar su padecimiento con el sufrimiento que invadía sus vidas, el cual les daba dolor y significado al mismo tiempo.

A pesar de que el desprecio implícito de los psiquiatras por el estilo de vida de estas mujeres pobres quedaba en evidencia en las historias médicas, resulta claro que su propio énfasis en la objetividad restringía sus comentarios personales. Por tanto, incluso cuando un ocasional error de redacción traicionaba las creencias personales y bien enraizadas del médico, no podían acusar a las mujeres de inmoralidad. En cambio, sólo podían referirse a ellas como enfermas. La ambivalencia médica y política implicada en esta transformación guiará el análisis de los casos de cuatro mujeres cuyas reacciones a la prueba Wassermann fueron reportadas como «intensamente positivas».

El 8 de julio de 1930, el médico residente Francisco Elizarrarás examinó a Ángela P., una mujer casada de 31 años de edad originaria de Hidalgo.⁶⁶ Miembro de una familia grande, pues tuvo 14 hermanos de los cuales sólo ocho sobrevivieron, ella creció sin padre y con una madre que sufría ataques epilépticos. Bajo el título de «evolución de la condición», Elizarrarás condensó una historia por demás acostumbrada. Conducida por un padrastro incestuoso, Ángela P. inmigró a la ciudad de México a los 10 años de edad para trabajar como tortillera. Sin embargo, más tarde, un primo de la ciudad «la vendió», con lo cual inició su vida como prostituta.

Ella se embarazó, perdió a su bebé y después experimentó síntomas que el médico residente relacionó de inmediato con las fases iniciales de la sífilis. A pesar de su condición, Ángela P. se casó en una fecha no especificada pero no pudo «hacer uso» de su esposo porque él era impotente, situación que la impulsó a satisfacer su «necesidad de contacto sexual» con otros hombres. A pesar de que habló acerca de muchos de ellos, de manera específica sólo describió a un inglés en términos tiernos porque él le había dado una

cama. En el momento de su reclusión, no obstante, Ángela P. estaba cansada de su vida —de hecho, había intentado cometer suicidio pero «el tren se detuvo y no la mató»— y expresó su deseo de asentarse y casarse. Guardó un conspicuo silencio acerca de su estancia en las instalaciones de la Policía, desde donde fue transferida al Manicomio General ese verano.

De modo muy similar a las mujeres enlistadas bajo el diagnóstico de locura moral 20 años antes, Ángela P. describió numerosos sucesos de acoso sexual y violencia doméstica, que el médico residente incluyó como ejemplos de ideas delirantes exaltadas en la sección de la historia médica llamada «ideación». No obstante, a diferencia de los médicos del hospital psiquiátrico del pasado, el residente Elizarrarás se abstuvo de calificar la postura moral de Ángela P. A pesar de que sí anotó que su esposo la había maltratado «por alguna razón», el cual es su único comentario personal identificable en este expediente, él describió el acusado instinto sexual de ella «en la forma de ninfomanía» sin el empleo de adjetivos, después de lo cual procedió a enfatizar la reacción «intensamente positiva» a la prueba Wassermann.

En el sucinto diagnóstico con el cual Elizarrarás finalizó su examen clínico, utilizó tanto «su estado mental como la información de laboratorio» para justificar su veredicto final: Ángela P. sufría parálisis progresiva general. Transferida al recién creado pabellón para pacientes neurosifilíticas, Ángela P. recibió los medicamentos apropiados. Sólo cuatro meses después, los médicos del hospital psiquiátrico tramitaron su alta pero, tras enviar copia tras copia a destinatarios desconocidos, se enteraron de que, como a la mayoría de las pacientes enlistadas con locura moral, ningún pariente, amigo o marido la esperaba afuera de los muros del manicomio.

Casos similares estuvieron bajo el escrutinio de los médicos del hospital psiquiátrico ese año. El 9 de julio de 1930, el médico residente Elizarrarás examinó a Olga I., una mujer de 23 años de edad originaria del estado nortero de Sinaloa que llegó a la institución desde las instalaciones de la Policía.⁶⁷ Tal como Ángela P., Olga I. se había escapado de casa a temprana edad debido a las «retorcidas intenciones» de su padre. Después terminó por vivir con un hombre casado, quien la abandonó al poco tiempo. Trabajó como prostituta y

mesera en diferentes ciudades de todo el país y, con el tiempo, llegó a la ciudad de México en 1928, donde se convirtió en bebedora habitual y consumidora de cocaína. Su vida era, en sus propias palabras, «amarga», y la sentía como «una zanja rodeada por dos muros altos».

Tres años después, tras beber una «preparación envenenada», experimentó alucinaciones visuales y auditivas, mismas que continuaron cuando ya se encontraba confinada. Su actitud negativa, evidente en su renuencia selectiva a responder preguntas que consideraba ofensivas o innecesarias, pudieron haberla convertido con facilidad en una mujer con locura moral veinte años atrás. El médico residente Elizarrarás esquivó con prontitud estas descripciones y decidió enfatizar el hecho de que ella había sido diagnosticada y había recibido tratamiento para la sífilis en el pasado, condición que, de acuerdo con la «intensamente positiva» reacción a la prueba Wassermann, todavía padecía. Olga I. fue transferida al pabellón de las pacientes neurosifilíticas pero, en su caso, el nivel de la parálisis progresiva general estaba muy avanzado y la prognosis del médico no fue optimista. Sin embargo, cuando Olga I. murió, siete años después, los médicos asociaron su muerte con complicaciones relacionadas con la tuberculosis en lugar de con la sífilis en sí misma. Además de su nombre y lugar de nacimiento, su certificado de defunción incluyó la palabra «desconocido» donde debieron aparecer los nombres de los miembros de su familia o de sus amigos.

Sandra C., una mujer soltera de 27 años de edad y nacida en la ciudad de México, sufrió un destino similar.⁶⁸ Como paciente previa del Hospital Morelos, institución dedicada en exclusiva a la atención de mujeres sifilíticas que permanecían en la institución como pacientes «secuestradas» mientras recibían tratamiento, Sandra C. llegó a las instalaciones del Manicomio General el 5 de enero de 1932. Cuando el médico residente Raúl González Enríquez realizó el examen inicial, confirmó las preocupaciones expresadas por los médicos del Hospital Morelos. En su opinión, Sandra C. no sólo sufría sífilis; por el contrario, la reacción «intensamente positiva» a la prueba Wassermann en conjunción con su conducta agresiva le hicieron creer que el suyo era un caso de parálisis progresiva general en un estado avanzado.

Tras notar que su debilidad física le impedía salir de la cama y que también padecía una enfermedad renal, la prognosis de González Enríquez no fue esperanzadora. A pesar de recibir medicamentos, en su mayoría inyecciones de morfina, dosis de solución salina y una dieta a base de leche, ella nunca se recuperó y falleció sólo tres meses después. Como era usual con los cadáveres no reclamados, el suyo fue cremado por las autoridades del cementerio de Zacango, donde sus cenizas permanecieron durante un periodo de siete años.

Las narraciones del padecimiento que encapsularon las vidas de Ángela P., Olga I. y Sandra C. repitieron temas que los médicos del hospital psiquiátrico escucharon en repetidas ocasiones a principios de la década de 1910. Los detalles principales apenas habían cambiado: la niña abusada que, en conflicto con su familia, huía, por lo regular de las provincias hacia la ciudad capital; la adolescente cuya independencia sexual y falta de educación por lo general la convertían en prostituta; la mujer abandonada que, destituida y enferma, permanecía por la fuerza en instituciones estatales. A diferencia de los médicos educados en escuelas porfirianas, para quienes los pobres, en especial, las mujeres, eran difíciles de redimir, los psiquiatras revolucionarios, imbuidos con una ideología de beneficencia que prometía una reforma en todo, no las calificaban como inmORALES sino sólo las diagnosticaban como enfermas.

Como tales, ellas recibían tratamientos que por lo regular consistían en dosis de salvarsán, la cura milagrosa que se utilizaba en México desde 1910. La creciente medicalización o, con más exactitud, la «psiquiatrización» del sexo, tanto en términos de análisis como del despliegue de dicho análisis, se tradujo en la prescripción de los medicamentos adecuados, los cuales en ocasiones aliviaban el sufrimiento físico de algunas pacientes. Sin embargo, la información de laboratorio también contribuyó a minimizar el peso de la información más personal y cuestionable, en términos sociales, que las pacientes compartían con los médicos durante entrevistas consecutivas. A medida que declinaba el número de adjetivos pomposos y de adverbios exagerados en los expedientes médicos, también lo hizo el énfasis en el reino íntimo que daba forma a los contornos de la enfermedad mental.

Carentes de instrumentos científicos y sólo armadas con las experiencias de sus vidas, las mujeres sifilíticas, no obstante, continuaron expresando los sufrimientos, tanto físicos como espirituales, que constituían las frases narrativas de sus enfermedades. Quizás en relación con esta perseverancia fue que algunos psiquiatras, de hecho, los menos, prestaron cada vez más atención al psicoanálisis, la cura del habla, al cual la mayoría de los médicos del hospital psiquiátrico consideraban ridículo e inútil por completo en instituciones grandes dedicadas a la atención de pacientes pobres.

La información verificable y las historias médicas ordenadas no sólo permitieron a los médicos sustentar declaraciones científicas sino también ayudaron a detectar a los «pobres no merecedores» que intentaban engañar a la buena voluntad del Estado. De hecho, en obediencia a las guías del reformado sistema de beneficencia, los médicos del hospital psiquiátrico no eran capaces de discernir entre aquellos que merecían la ayuda estatal que, en este caso, eran pacientes cuya condición podía ser probada de manera objetiva, y aquellos taimados individuos que no estaban dispuestos a elevarse a sí mismos junto con la ruta ascendente de la nación revolucionaria.

El caso de Felipa M., una ex soldadera afectada por ceguera parcial, sirve como ejemplo a este respecto.⁶⁹ El 18 de julio de 1930, Felipa M. quedó bajo el escrutinio del médico residente Mario Fuentes. A pesar de que la madre de Felipa M. enfatizó los aspectos erráticos de la vida de su hija —se había escapado de su casa y había vivido una vida «libre y agitada», señalada por ataques epilépticos y arranques homicidas dirigidos contra su propia madre—, el doctor Fuentes no notó nada anormal en el comportamiento de Felipa M. En realidad la paciente estaba un poco confusa y se quejaba, por ejemplo, de que su esposo la maltrataba cuando, de hecho, ella no estaba casada. Como muchas otras internas del manicomio, ella también se quejaba de una vida de perpetuo sufrimiento; sin embargo, nada en su percepción, inteligencia o afectos manifestaba alteraciones que justificaran su internamiento. Más aún, su reacción a la prueba Wassermann sólo resultó «ligeramente positiva», lo cual dio oportunidad suficiente al médico residente Mario Fuentes para declarar que ella estaba sana, en términos mentales, en su diagnóstico final.

Él estaba convencido, sin embargo, de que el «defecto visual» de Felipa M. representaba desafíos financieros y emotivos para una familia que no estaba dispuesta o no era capaz de cumplirlos. No obstante, también aludió, en un comentario lateral, a la posible complicidad de Felipa M. al enfatizar su actitud sospechosa. Después de todo, ella había fingido ataques que un observador menos atento hubiera relacionado con una enfermedad real con raíces biológicas. Sin embargo, la información de las pruebas de laboratorio fortalecieron su argumento. En este caso, el médico residente Fuentes arguyó que la prognosis debía ser social en lugar de médica. Y la suya no era optimista. Él creía que era probable que Felipa M. terminara por convertirse en limosnara o que, más pronto que tarde, intentara ingresar al hospital psiquiátrico una vez más. Después tramitó su alta en agosto del mismo año.

Un memorándum del 2 de diciembre de 1930 que declinaba su admisión confirmó pronto la prognosis del doctor Fuentes. Al emplear tecnología moderna para descartar a los «pobres no merecedores», el médico residente Mario Fuentes desempeñó una función importante dentro del sistema de beneficencia estatal revolucionario.

Un pasado citable

Mientras las interpretaciones psiquiátricas de la enfermedad mental se sometían a cambios dramáticos entre 1910 y 1930, las narrativas que las mujeres elaboraban alrededor de y con su padecimiento permanecieron notablemente inmutables. Motivados por las modernas tecnologías médicas así como por un discurso de beneficencia, que enfatizaba las responsabilidades del Estado sobre la salud de la comunidad, las narraciones de los médicos del manicomio hacían claro eco de los cambiantes modos sociales. Sus interpretaciones de la enfermedad mental como una aflicción física que trastornaba los procesos mentales normales y que, si era detectada de forma apropiada y en los primeros grados, podía ser curada, reproducía casi a la perfección una concepción de una sociedad que avanzaba, o creía que avanzaba, a niveles cada vez mayores de perfección.

Las mujeres, por el contrario, perseveraron en su intento por contar historias de sus vidas con la enfermedad basadas en una lógica que enfatizaba el sufrimiento y el deterioro. En un escenario cautivo por el constante discurso del progreso, en el cual las élites emergentes luchaban con vigor para crear el mito futurista de la evolución histórica, las historias de las mujeres pulsaban una nota discordante. Y en ello, en su insistencia en la contemplación retrospectiva, en su negativa a olvidar el mortificante contexto en el cual surgió su padecimiento y al convertirse, a su vez, en contextos de sus mortificadas vidas, las voces de estas mujeres hicieron débil eco a la alegoría y a la ruina, tan fundamentales en la filosofía de la historia de Walter Benjamin.

Con el fin de desafiar el mito del progreso, una de las tareas fundamentales que atacó, Benjamin sugirió aplicar un énfasis analítico en la ruina, que en la historia es considerada encapsulada en el fragmento mortificado, destrozado y viejo que expresaba la cualidad frágil y transitoria de la modernidad. Escapar al mito del progreso también requería, en su opinión, usar un proceso de pensamiento alternativo, construido en el modo alegórico. «La alegoría [declaró], es al reino del pensamiento lo que las ruinas son al reino de las cosas.»⁷⁰ Este modo de pensamiento se detecta en las maneras como las mujeres dieron forma a la narración de sus historias mientras estaban confinadas.

Tanto si negociaban con el médico en turno como si cedían ante su poder, resulta claro que las mujeres se negaron a permitir que sus experiencias fueran ignoradas. Ellas trajeron el sufrimiento, y la conciencia de tal sufrimiento, al reino médico de una profesión que cada vez se interconectaba más con agencias estatales visionarias. Ellas introdujeron el fracaso y la agonía en la narrativa de una era interesada en vender los interminables beneficios de la Revolución.

Para asegurarse de ello, estas mujeres no se presentaron a sí mismas como los heraldos rebeldes de los tiempos por venir, pues no eran del tipo heroico protofeminista, sino como recordatorios del costo humano de ese progreso. Ellas expresaron la destrucción; ellas, de hecho, encarnaban la destrucción. Si, como Benjamin dijo, «[j]amás se da un documento de la cultura sin que lo sea a la vez de la barbarie», las palabras de estas mujeres presentaron el rostro inverso de la Revolu-

ción. Sin embargo, y de manera acaso paradójica, lo hicieron a través de citas y frases en las historias médicas, documentos que pretendían registrar los actos de la civilización.

Una vez más, si, como declaró Benjamin, «sólo para la humanidad redimida se ha hecho su pasado citable», entonces esas mujeres se redimieron a sí mismas e incluyeron las citas de su pasado en documentos que, de lo contrario, intentaban borrarlas. Es en este sentido, y sólo en este sentido, que las mujeres confinadas en el Manicomio General participaron en la creación de ese «material común y ese marco de referencia significativo para vivir, hablar y actuar de acuerdo con las órdenes sociales caracterizadas por la dominación».⁷¹ Por tanto, incluso detrás de los muros del hospital psiquiátrico, ellas se convirtieron en actores fundamentales en la construcción de la frágil hegemonía en la cual cobró forma el México moderno.