



**INSTITUTO DE INVESTIGACIONES
DR. JOSÉ MARÍA LUIS MORA**

Sentir el Manicomio General. Un estudio de caso de psicosis
maniaco-depresiva en el manicomio La Castañeda de la ciudad de
México (1914-1933)

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN HISTORIA

P R E S E N T A:

ISIS AURORA HARO BARÓN

Directora: Dra. Cristina Sacristán Gómez

Ciudad de México

Octubre 2025

*Esta Investigación fue realizada gracias al apoyo
del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología*





Instituto

Mora



Agradecimientos

Este trabajo es una suma de voces, esfuerzos, ideas y tiempos. Hay detrás de este una red de personas que me apoyaron, me levantaron, me guiaron a través de una larga odisea que culmina con la presente investigación. Quiero dedicar un espacio a ellos, a quienes hicieron posible que mis ideas hayan llegado al papel.

En primer lugar, agradezco a Cristina Sacristán, mi directora de tesis, por su constante acompañamiento, su atención a cada entrega, las puertas que me ha abierto a oportunidades que me parecían lejanas y, sobre todo, la empatía y afecto con las que me orientó durante todo este proceso. De igual manera, expreso mi profundo reconocimiento a Teresa Ordorika y Andrés Alba, quienes me han leído con esmero y han aportado con su conocimiento para enriquecer este trabajo, siempre me extendieron la mano para brindarme un excelente asesoramiento.

Gracias a Claudia Pardo, Antonio Maya y Yonissa Wadi por sus observaciones y recomendaciones que me ayudaron a darle más profundidad y a problematizar mis cuestionamientos. Fueron un pilar fundamental para construir mi pequeño aporte. También agradezco a todos los integrantes del Seminario de Historia, Sociedad y Cultura Psi por haberse tomado el tiempo de leerme, de motivarme, de hacerme correcciones y, especialmente, de recordarme que mi proyecto valía la pena.

Mi agradecimiento al Instituto Mora por haberme dado la oportunidad de estudiar ahí y de haberme permitido desarrollarme como profesional; gracias a sus excelentes profesores que, desde el primer momento, me ayudaron a perfilar mi camino en la Historia. Quiero darles agradecimientos especiales a Alicia Salmerón, Gerardo Gurza, Iván López Gallo, Victoria Aupart, Myrna Rivas, Sofía Ortiz, Alfredo Ruiz Islas y Luis Jáuregui por su vocación y su pasión a la Historia que transmitieron en cada clase.

Además, debo mostrar mi gratitud al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología por la beca que me otorgaron para realizar mis estudios en el Instituto Mora, inquirir en múltiples archivos y para lograr la redacción de esta tesis.



Les agradezco profundamente a mis papás. No puedo extenderme en estas breves páginas como me hubiera gustado, sin embargo quiero decirles que los llevo siempre conmigo, a donde sea que voy, todas mis letras tienen algo de ustedes. Gracias por haberme dado la libertad de buscar mi propio camino, aunque eso significara estar lejos; gracias por su amor y por no querer retenerme. Espero encuentren aquí algo de lo que sentirse orgullosos. Espero regresar algún día.

Gracias a Rebeca por recibirme y dejarme cumplir mi sueño. Gracias porque me ayudó a abrirme camino para descubrir lo que realmente quería hacer con mi vida, por siempre ser guía, incluso cuando no tenía porqué. Aunque ha sido difícil, siempre has estado ahí para mí y no hay nada más valioso que eso.

Gracias a Carolina por enseñarme a no tomarme la vida tan en serio y que las risas siempre van primero. Gracias por enseñarme que el cariño se demuestra de muchas maneras, aunque estas sean extrañas y no las entienda cualquiera. Gracias por acompañar todos mis pasos, desde los primeros. Gracias a Manuel por llegar y volverse familia, por siempre procurarnos, por siempre tener una mano que tendernos cuando lo necesitemos.

Gracias a César que apareció un día y nunca más nos dejamos de encontrar a propósito. Desde el primer momento, sin conocerme a mí ni a mis sueños, se embarcó en esta travesía conmigo. Toda mi vida te voy a agradecer porque nunca dudaste de lo que estaba intentando lograr, a tal punto que este trabajo no habría sido posible sin ti. Gracias por enseñarme que el amor está en los cuidados y en la ayuda desinteresada. Gracias a tu familia por ser hogar.

Gracias a Miriam y Deli por ser quienes me enseñaron a navegar a través de la ciudad, por ser mis acompañantes apenas llegué y demostrarme que, dentro de la nostalgia, cabe el espacio para crear nuevas memorias. Gracias a Cibeles y a mi abuela por siempre tener un espacio en su mesa y en su casa, por su convicción por unir a la familia y por hacerme sentir que formo parte de algo.

Gracias a Pao Flores y Pau Medrano por no dejar que falte la risa, por guardarme un espacio pese a que esté lejos. Gracias a Joana por demostrarme que siempre se puede regresar desde el amor. Gracias a Arlette y Adriana porque compartimos el mismo lenguaje subrepticio de la amistad. Gracias a



Mónica, Paola, Paulina y Andrea por ser las primeras en llegar y las que se quedaron.

Gracias a Sofía y Pablo por ser cómplices, por ir contra la marea, por enseñarme que con miedo no se hacen cambios, por mostrarme que debo defender lo que creo, incluso en condiciones hostiles, porque, aún siendo complicado, se las arreglaron para echar raíces.

Y gracias a Annie por ser la compañera que voy a extrañar siempre, que dejó en mí marca. Espero que tengamos un poco más de tiempo en otra vida.



Índice

Introducción.....	1
Capítulo I. La esfera primigenia:la dupla familia-paciente y familia-manicomio	
Introducción.....	10
1.1 El itinerario.....	12
1.1.1 El padre como responsable de Elisa.....	12
1.1.2 La hermana de Elisa como tutora legal.....	17
1.2 El manicomio como salvación de las familias.....	24
1.3 ¿El manicomio como castigo?.....	31
1.4 El control: ¿de la familia o el manicomio?.....	32
1.5 Los cuidados del padre.....	35
1.6 La defensa de la hermana.....	38
Conclusiones.....	45
Capítulo II. Elisa frente a la autoridad psiquiátrica	
Introducción.....	47
2.1 Un caso, tres diagnósticos.....	49
2.2 El espacio: ¿qué fue el Manicomio General?.....	53
2.3 Diagnósticos ¿irrefutables?.....	59
2.4 Condiciones de vida.....	69
2.5 Autoridad.....	75
Conclusiones.....	78
Capítulo III. Al interior de Elisa	
Introducción.....	80
3.1 Un recorrido emocional.....	85
3.2 Una historiografía del dolor (sufrimiento moral).....	92
3.3 Los dolores del encierro.....	96
3.4 Combatiendo el dolor.....	101
Conclusiones.....	104
Conclusiones.....	106
Referencias.....	111

Introducción

La locura, en cualquiera de sus formas, es un campo amplísimo de estudio que históricamente ha generado enorme curiosidad en el público en general: ya sean sus causas, el diagnóstico, el tratamiento, las instituciones psiquiátricas, los médicos o los mismos enajenados han sido puestos bajo la lupa de distintas disciplinas. Las ciencias sociales no se quedan atrás, la Historia, Antropología, Sociología, Psicología han buscado aportar a la construcción del conocimiento sobre este tópico, interesados en indagar en las implicaciones culturales que conlleva la locura, cómo ha cambiado su entendimiento y, especialmente, qué respuestas ha generado en el cuerpo social.

La presente investigación se enmarca en la discusión de la Historia de la locura pero, sobre todo, de las mujeres que la padecieron o, al menos, que fueron acusadas de padecerla. Las narrativas de quienes vivieron en carne propia la enajenación han sido ampliamente relegadas de la discusión, no sólo por la dificultad de acceder a ellas, sino que ciertas corrientes las han desacreditado por carecer de *verdad*, privilegiando los relatos creados por quienes rodeaban a la locura. Sin embargo, creo que es fundamental posicionar al centro de la cuestión las voces de aquellos que fueron los actores principales de las medidas familiares, del Estado, de los médicos y hasta de las consecuencias de sus mismos trastornos.

A lo largo del trabajo, presento un estudio de caso de una paciente diagnosticada con psicosis maniaco-depresiva, internada en el Manicomio General, La Castañeda, entre los años 1914 y 1933. Los expedientes clínicos estaban compuestos por la boleta de admisión, los interrogatorios que se le hacían al paciente o a quien lo llevara a su ingreso, los certificados de médicos externos que probaran la existencia de locura, el seguimiento del trastorno, los resultados de los exámenes que se solicitaran, la correspondencia entre los médicos sobre el caso, la de los familiares y, en general, cualquier documento concerniente al paciente. En el de Elisa, además están las cartas de su propia autoría y que nunca fueron enviadas a sus destinatarios. En estas plasma su experiencia dentro del manicomio, la percepción que tenía ella misma sobre su padecimiento y ser considerada una *loca*, cómo era la relación con su familia y una emocionalidad cruda.¹ Este caso fue

¹ Todas las alusiones al caso de Elisa Molina en AHSS, caja 49, exp. 1, fondo MG, sección EC, 1914.

anteriormente trabajado por Margarita Gutiérrez Colín en su tesis de grado dirigida por Oliva López Sánchez.²

Elisa Molina es el nombre de la sujeto de estudio -por cuestiones de privacidad, se le asignó este pseudónimo-. Elisa nació en Zacatecas, pero al momento de su ingreso en el manicomio residía en la ciudad de México junto con sus padres y sus hermanas. Los médicos determinaron que sufría de psicosis maniaco-depresiva: los síntomas principales de esta enfermedad son los episodios de exacerbada excitación, en los que hay un marcado aumento en el nivel de actividad, seguidos de episodios depresivos combinados con un nivel de actividad muy bajo.³ Durante su estancia, Elisa escribió treinta y cuatro cartas para distintos destinatarios -sus padres, sus hermanas, sus amigos y hasta al director del manicomio- en las que trató los más variados temas. Ya fuera pedir abrigo, comida, dinero, mandar recetas de cocina, denunciar abusos, reclamar los malos tratos, desahogarse, implorar justicia, contar cómo eran sus días en La Castañeda, todo esto y más Elisa lo dejó plasmado en sus cartas, casi como si fuera una suerte de diario íntimo donde dejó pistas de su vida.

¿Cómo fue a parar su correspondencia al archivo? Entre el abanico de recursos de los que echaron mano los psiquiatras para tratar a los pacientes el principal fue, quizás, el aislamiento. El contacto y la comunicación con el exterior fueron altamente controlados por la Dirección y los médicos, entre los cuales estuvo el intercambio escrito. En el reglamento quedó “estrictamente prohibido” mandar cartas o escritos sin “el visto bueno de la Dirección” y el “consentimiento del médico del pabellón”.⁴ Los médicos, incluso, tuvieron el derecho de censurar las cartas para que no contuvieran información *sensible*. Las cartas que no llegaron a su destino fueron desechadas o, las que tuvieron un destino más piadoso, fueron a parar a los expedientes que, eventualmente, llegaron a los archivos. Así nos encontramos con el testimonio de Elisa.

Algunas cartas de la paciente sí llegaron a su destino, lo sabemos porque los destinatarios -su padre y sus hermanas- en sus escritos hacen referencia a estas. La mayoría de los textos que quedaron archivados comparten que su contenido son

² Gutiérrez, “Qué bello es sufrir”, 2011.

³ UC San Diego Health, “Síndrome Maníaco Depresivo / Trastorno Bipolar”, *Health library*, 2018, << <https://myhealth.ucsd.edu/Spanish/RelatedItems/85.P03836> >>. [Consultado el 29 de julio de 2025].

⁴ Todas las alusiones al reglamento en Reglamento del Manicomio General, 1913. AHSS, Fondo Beneficencia Pública, Sección Establecimientos Hospitalarios, Serie Manicomio General, caja 3, exp. 25.

denuncias sobre las condiciones de la institución y reclamos hacia los responsables de su internamiento, no obstante algunas excepciones, la mayoría eran quejas sobre el encierro. Por tanto, los médicos probablemente consideraron que el discurso de Elisa calumniaba a la institución y, para protegerse de acusaciones de la familia o hasta de los medios, las retuvieron.

La primera razón para decantarme por el expediente de esta paciente fue por su riqueza documental. Además de las cartas de la interna, como ya se mencionó, cuenta con misivas del padre, sus hermanas y de los mismos doctores a la familia, los informes sobre la evolución del caso y documentación formal, sumando un aproximado de 180 páginas que contienen fragmentos de casi veinte años de una vida. En comparación, expedientes de otras pacientes ni siquiera cuentan con textos de su propia autoría, ya que era infrecuente que supieran escribir, no sólo por la baja escolaridad que había entre mujeres, sino porque, en su carácter asistencial, recibía pacientes de los más bajos estratos. Me aventuraría a decir que, el de Elisa, es un caso singular, ya que ofrece una comprensión más profunda del internamiento y hasta de la vida íntima de su autora.

En segundo lugar, la temporalidad que abarca da la posibilidad de analizar no sólo la evolución y los cambios dentro del manicomio, sino también permite estudiar la transformación de la misma Elisa. Observamos cómo La Castañeda fue transformando sus operaciones a la par que el contexto político del país, asimismo los avances que hicieron en el tratamiento y los diagnósticos; paralelamente, las relaciones de Elisa fueron siempre cambiantes, adquirió conocimientos sobre los mecanismos institucionales que le hicieron madurar sus juicios tanto sobre el manicomio, como sobre sí misma.

Al iniciar mi búsqueda del testimonio, me era fundamental que la autora fuera una mujer. El género resulta ser la primera forma de organizar jerárquica y desigualmente las diferencias percibidas entre los sexos y puede problematizarse de forma articulada con otros marcadores sociales -como la raza, la sexualidad, la clase, el origen étnico, etc.-.⁵ Con base en las contribuciones de la teoría feminista, abordaré el problema de la salud mental de las mujeres. Me es fundamental mostrar cómo el género influyó en las acepciones de la enfermedad mental de las mujeres,

⁵ Wadi, “Las narrativas de los locos”, 2022, pp. 55-85.

en la sociabilidad de las *locas*, el trato recibido dentro y fuera del nosocomio, los arquetipos que rondaban en torno a las mujeres y cómo la locura los desafiaba.

Finalmente, me decanté por este caso porque, en su escritura, Elisa abre su emocionalidad y deja que el lector eche un vistazo a su intimidad. Para poner el énfasis sobre la paciente es necesario que el testimonio nos abra la puerta al mundo interior de quien escribe; es cierto que las cartas contienen una carga simbólica del remitente, porque busca conseguir cierta reacción del destinatario, empero esa misma intención nos remite a la realidad de la autora, nos habla del momento y las situaciones que estaba atravesando que la llevaron a escribir. En sus palabras, Elisa plantea una vivencia única, marcada por circunstancias excepcionales, resultando en una verdad en sí misma.

Entonces, si es particular a Elisa, ¿por qué optar por un estudio de caso? Partiendo del modelo que Julio Hubbard plantea en “El miedo y la esperanza”,⁶ pretendo trabajar el relato del sujeto de tal forma que la experiencia individual, la cual contiene un gran nivel de detalle y de conocimiento concreto, proyecte una realidad más amplia: la del internamiento. El estudio de caso no sólo permite conocer a nivel individual el sujeto de estudio, sino que brinda la posibilidad de comprender cómo impactaban en la vida del individuo las estructuras en las que se hallaba inserto -en este caso la institución psiquiátrica, la familia, el Estado-, para así comprender su operación y su impacto en los grupos que alcanzaban a trastocar. Pese a lo anterior, siempre hay que mantener en consideración que la historia de cada paciente fue diferente, condicionados por el contexto propio del que provenían, por tanto pudieron llegar a enfrentarse de distinta manera a situaciones similares que vivió Elisa.

Los términos de “experiencia” y “lenguaje” serán fundamentales, ya que la experiencia es tanto colectiva como individual, y si esta es una historia del sujeto, el lenguaje se convierte en el lugar donde se representa dicha historia. Por tanto, la explicación histórica no puede separar la experiencia del lenguaje y, en cambio, debe comprender su historicidad, así como las identidades que se producen.

En este trabajo mi hipótesis es que, al acceder a la narrativa personal de la *loca*, es posible reconstruir el entramado más profundo de sus relaciones -con su

⁶ Hubbard busca demostrar que a partir de un proceso emocional es posible racionalizar al sujeto vivo que participó en el suceso histórico, contextualizando su sentir y encontrando el porqué de su sentir; parte de lo general para terminar enfocándose en lo particular. Véase Hubbard, “El miedo y la esperanza”, 2019, pp. 231-253.

familia, sus amigos o, incluso, con el personal médico- y, de esta manera, problematizar la experiencia psiquiátrica. Busco probar que el internamiento no fue un proceso unilateral de control, es decir que el manicomio -entendiéndolo como una maquinaria conformada por el cuerpo médico y los aparatos estatales intervinientes- no dominaba todos los aspectos de la experiencia de la paciente. Rechazo la teoría foucaultiana, por lo que pretendo probar que la institución psiquiátrica no fue una mera herramienta de control estatal, sino que estuvo intervenida por el poder de otros actores -como la familia y las mismas internas- en su funcionamiento, quienes incluyeron sus propios objetivos en la misión de internamiento.

Partiendo de lo anterior, demostraré que las pacientes no fueron pasivas ante las situaciones que -en muchos casos- fueron obligadas a vivir. Si bien, el manicomio fue conocido por sus técnicas de represión -inclusive, ya se ha explicado el proceso de retención de cartas-, por las carencias, el maltrato y los intentos de control sobre la conducta, es necesario poner el acento en que las internas tuvieron posibilidad de réplica, no aceptaban sin más lo que les afectaba directamente. Por ello, primero es necesario identificar qué emociones y juicios generó en la *loca* su internamiento, para así comprender sus reacciones y las acciones que tomó para enfrentar a su entorno.

La directriz más importante de mi investigación es que, tomando como verdades personales las narrativas de las locas, podemos saber cómo ellas mismas entendieron su experiencia dentro de los manicomos. Al esclarecer la emocionalidad de Elisa, podré exponer las diferentes situaciones -tanto a nivel personal como en sus relaciones- a las que podía llegar a estar sujeta una interna en La Castañeda. Espero reconstruir una representación más humanizada de los enajenados, la cual partirá desde su propia emocionalidad y visión de lo que estaban viviendo.

Mi objetivo principal es traer al centro a la paciente, que su voz sea la guía que conduzca el análisis, de esta manera intentaré desentrañar su entendimiento del encierro, sus relaciones y hasta de su diagnóstico. Los objetivos particulares derivados son el estudio de los vínculos de la paciente, que -por cuestiones de extensión- se limitarán a la familia y al personal de La Castañeda; mostrar en qué criterios se basaron los psiquiatras para determinar el diagnóstico de Elisa y confrontarlo con la idea que ella construyó sobre la locura; a partir de las

experiencias que tuvo, determinar cómo funcionaron las estructuras en las que estuvo inserta la paciente; explicar cómo la historia de las emociones es una perspectiva innovadora para implementar en los estudios de la locura y dar un ejemplo de las posibilidades que ofrece.

Entonces, como ya he reiterado hasta el momento, mi principal fuente serán las cartas de la paciente, complementadas por la correspondencia de otros personajes, el resto de documentos de su expediente, tratados médicos de la época y el reglamento del Manicomio General. A partir de las misivas busco rescatar los pasajes en los que haga referencia a su experiencia dentro de la institución psiquiátrica, sobre todo recuperar los fragmentos en los que hable de cómo se sentía al estar aislada del resto de la sociedad, su apreciación de ser considerada *loca*, es decir, si ella se asimilaba como una o no y, de ser así, cómo percibía la progresión de su padecimiento a partir de su estadía en el Manicomio General.

Por tanto, la perspectiva a la que recurriré en mayor medida será la de las emociones. Sin embargo, este abordaje tiene un grado especial de dificultad, porque “con el hecho de que las emociones operan en diferentes niveles de realidad –biológico y neurológico, conductual, cultural, estructural y situacional– y dependiendo de qué aspecto de la emoción es relevante para el[la] investigador[a], una definición emergerá”.⁷ Para demostrar que las emociones son investigables, en primer lugar hay que delimitar claramente el punto que se busca comprobar, después hay que encontrarlas en las narrativas, ser capaces de leer entre líneas hasta rescatarlas. A diferencia de la Sociología y la Antropología, la Historia no puede producir la emoción a partir de una entrevista ni en la observación, sino que es en el texto inerte que tiene que lograr salgan a la superficie.

A la luz de la fuerza que ha tomado la historia de los sentimientos, cuyos orígenes formales los hallamos hacia la década de 1980, creo que esta aproximación abonaría enormemente a los estudios psiquiátricos, ya que uno de sus objetivos principales es interpretar la acción del sujeto, por medio de la traducción, descripción, disección, grabación o combinación de los significados de las acciones del otro; por tanto, partir desde lo emocional permite dar coherencia y lógica a aquellas narraciones que en algún momento fueron consideradas erráticas y

⁷ López Sánchez y Enríquez Rosas, “Introducción teórica”, 2023, p. 1.

sinsentido por provenir de una voz loca, coloca el testimonio de la paciente dentro de una secuencia o totalidad significativa.⁸

La correspondencia de la familia la utilizaré para establecer cómo estaba forjada la relación con sus padres y sus hermanas. En este sentido, quiero exponer qué razones alegaron para optar por el internamiento y no por otras alternativas -por ejemplo, los cuidados desde casa-, a partir de esto, contrastaré el caso con la historiografía existente. Busco probar que las familias tuvieron gran injerencia en el manicomio y que recurrieron a este por diferentes motivos.

Los documentos redactados por los médicos a cargo del caso los usaré, en primer lugar, para determinar qué criterios eligieron para evaluar el estado de Elisa. Conjunto con los tratados, intentaré rescatar los aspectos que refirieron los doctores para determinar la existencia de enfermedad. Además, creo pertinente destacar si las cuestiones de género influyeron al momento de diagnosticar. Eso será confrontado con la perspectiva de la paciente, para saber si las internas aceptaban ser etiquetadas con enfermedad o si se rebelaban ante el diagnóstico.

Por medio de relaciones de saber y poder, los médicos no sólo definían los parámetros que separaban la cordura de la enajenación, sino que, además, describieron cómo es que los trastornados vivían sus padecimientos, a través de suposiciones por lo que observaban y no por lo que los pacientes relataban, de esta manera crearon representaciones poco precisas sobre la verdadera vivencia de los locos; los modelos que crearon estuvieron basados principalmente en estándares morales, determinando que los comportamientos correctos pertenecían a las personas cuerdas y los incorrectos a los locos. Conjunto a lo anterior, sostengo que una gran parte de las personas que en algún momento fueron consideradas anormales, en realidad sólo se encontraban fuera de lo considerado *normal* y *sano* de su circunstancia histórica.

El trabajo estará estructurado en tres capítulos en los que se abordarán diferentes esferas: familia, médicos y la intimidad de Elisa. Aunque están íntimamente interconectadas, la división la hago para profundizar en cada círculo; si bien, hay situaciones en las que es imposible separarlos, la finalidad es estudiar las circunstancias enfocándonos en las particularidades de cada esfera dependiendo de cuál sea el sentido del capítulo.

⁸ Hubard, "El miedo y la esperanza", 2019, pp. 231-253.

El Capítulo I, "La esfera primigenia: la dupla familia-paciente y familia-manicomio", aborda las relaciones familiares, el objetivo principal es el análisis de los vínculos de superposición y oposición entre la familia y el nosocomio durante el internamiento, a la vez de entender cómo estos movimientos terminaban por afectar a la interna. Estructurado en seis secciones generales, en primer lugar, se sientan las bases de cómo se configuró la familia durante el porfiriato; se presenta el caso de Elisa con un enfoque en la dinámica familiar; el manicomio se estudia bajo dos perspectivas dicotómicas, la de salvación y la de castigo que están atravesadas por conceptos como el control, los cuidados, la defensa y la preservación. Se argumentará que el internamiento de Elisa, en específico, fue un proceso dinámico y multifacético, en el que la familia jugó un papel fundamental para sentar las reglas.

En el Capítulo II, "Elisa frente a la autoridad psiquiátrica", me centraré en analizar la posición y las interacciones de la interna con el cuerpo médico. Busco demostrar que las pacientes no necesariamente fueron pasivas ni indiferentes a lo que se decidía sobre ellas, sino que desarrollaron sus propios medios para levantarse ante quienes detentaban el poder. Dividido en cinco secciones se presenta el resumen cronológico del caso, poniendo énfasis en los diagnósticos y en cómo fueron evolucionando los internamientos; se explica cómo operó el Manicomio General, bajo qué idea fue concebido y la realidad de quienes ahí habitaron; expondré los criterios que configuraron los diagnósticos; examinaré el papel de los médicos como figuras de autoridad y cuidadores, y si las responsabilidades asignadas en el papel eran cumplidas en la práctica.

Finalmente, el capítulo III, "Al interior de Elisa", es una inmersión profunda en la esfera emocional y la vida interna de Elisa. A diferencia de los dos primeros capítulos, en este busco únicamente rescatar la voz de Elisa, sin contrastarla con la de otros actores, para poner al centro de la cuestión su testimonio. Analizar en individual su narrativa es fundamental para reconstruir las relaciones de Elisa. El objetivo es adentrarnos en una emoción específica: el dolor o sufrimiento moral. Organizado en cuatro apartados exploro cómo acceder a las voces de los locos; haré un resumen del caso con la particularidad de que me limitaré a señalar los momentos que generaron dolor en la paciente, para después establecer la correlación entre las circunstancias y la emoción; estableceré el marco teórico del análisis emocional a partir del constructivismo; en los últimos dos segmentos

detallaré el desarrollo del dolor personal de Elisa, su manera de comunicarlo, su transformación y cómo cambió a la misma paciente.

Sin más, espero que esta investigación abone -aunque sea mínimamente- a la historiografía de las emociones; que, en un futuro, pueda llegar a ser un ejemplo de los alcances que ofrece este campo en ascenso y que necesita de más curiosos que contribuyan a engrosar su conocimiento.



Capítulo I. La esfera primigenia: la dupla familia-paciente y familia-manicomio

Muy estimada hijita:
hemos tenido informes que estás bien, de lo
que nos alegramos. Yo te he escrito dos
cartas y ninguna me has contestado, pero
de esto no te apures porque te tengo bien
recomendada para que te atiendan en todo.
(...).

Sin más, tu padre que te bendice.

Antonio Molina

Introducción

Durante el periodo porfirista en México, el Estado se propuso implantar un programa de *ingeniería social*, a partir del cual los diferentes estratos reflejaran claramente el progreso del país: el objetivo era formar gente *sana* -en el más amplio sentido de la palabra- y sin vicios para mejorar la producción y disparar exponencialmente el desarrollo económico. En este sentido, el comportamiento de los mexicanos debió adaptarse a ciertas pautas alentadas por las autoridades morales, las cuales terminaron por impactar en cómo los individuos forjaban sus vínculos sociales.⁹

La consigna de *progreso* no significó romper con todas las instituciones sociales previas, inclusive algunas de ellas permanecieron casi intactas desde la segunda mitad del siglo XIX. La familia seguiría llevando a cuentas la nomenclatura de “pilar de la sociedad”, siendo considerada la estructura más influyente y, por tanto, importante para el desarrollo de la persona; su presencia permanente e ineludible dentro de la sociedad, puso a la familia en la lista de prioridades por regular y por definir cuáles eran sus atribuciones en el entramado social.

Previamente, había sido la Iglesia quien se encargó de diseñar el arquetipo ideal de familia -el cual echaba raíces en el de la “sagrada familia”-, sin embargo el Estado pasó a ocupar su lugar e impuso su perspectiva sobre lo que debía ser la familia.¹⁰ La familia se mantuvo como el núcleo regulador del ciudadano, encargado de reproducir los valores y pautas de comportamiento aceptables -alineadas a cumplir las metas del régimen-. Además, el código civil de 1870 y, más tarde, el de 1884 consideraron “a la familia como la administradora de los intereses privados y la creadora de la ciudadanía y la civilidad”.¹¹

Entre las obligaciones civiles de la familia se incluyó la regulación conductual y emocional del individuo, entonces ¿cómo debían obrar aquellos que, por el

⁹ López Sánchez, “El alma mexicana”, 2019, p.49.

¹⁰ Barceló, “Hegemonía y conflicto”, 1997.

¹¹ Barceló, “Hegemonía y conflicto”, 1997.

destino, resultaban estar emparentados con los *locos*? Los trastornados eran todos esos que, con su comportamiento *viciado*, hacían pedazos las aspiraciones al progreso, vivían en los márgenes de la *normalidad* y, en resumidas cuentas, eran los antagonistas del individuo sano, funcional, productivo y dispuesto a cooperar en la construcción de la nación *evolucionada*. El loco era una amenaza para el país que no necesariamente debía ser erradicada, sino, más bien, contenida, en primer lugar, y reintegrada como un elemento reformado. Los primeros esfuerzos de rehabilitación, por lo general, se daban dentro de la familia, quienes se enfrentaban de buenas a primeras a los síntomas de la locura -que no siempre eran inofensivos-; sin conocimientos previos, los parientes, de repente, tenían la responsabilidad de controlar a sus locos y, no sólo eso, además se esperaba que los volvieran sujetos útiles para el engranaje social.

Pese a que el estudio de la locura se extiende a diferentes espacios y colectividades, la familia es, quizá, la estructura que más luz eche para su comprensión, especialmente por ser la primera en la que se integra la persona. Históricamente, la familia se ha constituido como núcleo de formación, en donde se aprenden normas de socialización, ya que replica dinámicas de las macroestructuras, por tanto el sujeto construye ahí sus primeras y más sólidas relaciones. En este capítulo, nos remontaremos a ese lugar tan íntimo de los locos, con el fin de comprender a cabalidad las dinámicas sociales primarias en las que la paciente -Elisa Molina, en nuestro caso- se hallaba inserta.

El caso de Elisa nos sirve de mirilla para vislumbrar los vértices y matices de las dinámicas familiares de una interna en un manicomio. Esto no significa que la de Elisa es la única ni que su vivencia es representativa del vasto crisol que existió intramuros, no obstante su importancia radica en que nos permite comprender con mayor profundidad el tejido en el que se insertaban algunas pacientes. Un detalle a destacar, antes de entrar de lleno al análisis, es que las interacciones de Elisa no se mantuvieron iguales a lo largo de los años analizados y, además, diferían diametralmente de persona a persona -su padre, su madre, sus hermanas-. Por tanto, es de suma relevancia ahondar en el por qué de estas transiciones y, especialmente, qué implicaban para Elisa y su internamiento.

El objetivo principal de este capítulo será el análisis de los vínculos familia-paciente y familia-manicomio, ya que estuvieron en constante sobreposición y oposición a lo largo del internamiento. Mi hipótesis es que la familia no usó a la

institución como mero espacio de represión de la paciente, sino que el manicomio fungió como espacio de contención para desahogar a las familias, ya fuera cuando habían agotado todas las alternativas o bien cuando estaban sobrepasadas por la situación de locura. Para ello, entablaré un diálogo entre el caso y la nueva historiografía sobre la maquinaria del manicomio, la cual sostiene que no fue precisamente el “instrumento regulador de las tensiones sociales y protector de la sociedad frente a las amenazas de sus miembros” creado por el Estado moderno para legitimar el control que ejercía con los discursos científicos, según fue interpretada desde la perspectiva foucaultiana.¹² Con el abordaje de estas nuevas interpretaciones, pretendo mostrar que la familia no fue un actor pasivo que perdía el poder sobre su enfermo una vez ingresara al manicomio, más bien que era una herramienta para ellos con la que estaban negociando continuamente.

Por tanto, se partirá del punto de vista de los sujetos responsables de ejercer la autoridad, la regulación de las conductas, brindar cuidado y protección. El capítulo estará construido en cuatro secciones: el recorrido cronológico del caso para ofrecer una mirada panorámica del entorno familia de Elisa, para establecer en qué condiciones se encontraba; el planteamiento del problema desde la historiografía; y, finalmente, el análisis e interpretación de la fuente, el cual estará dividido en dos, puesto que los internamientos de Elisa están marcados por la muerte de su padre y pasa a tomar responsabilidad su hermana mayor, Elena, momento en que brincan a la vista las grandes diferencias que había en los internamientos dependiendo de quién los solicitaba.

1.1 El itinerario

1.1.1 El padre como responsable de Elisa

La familia de Elisa no era muy diferente a otras de la época. Al momento de su ingreso, vivía con su padre, Antonio Molina, un comerciante e introductor de ganado que, posiblemente, conseguía en Zacatecas, puesto que eran originarios de ahí -aunque nunca especifican en qué momento migraron a la ciudad-; su madre, Amalia R. de Molina, dedicada al quehacer doméstico; y sus hermanas mayores, Elena y Elvira, ambas solteras, de la primera sabemos que trabajaba -aunque no especifica en qué- y la segunda era profesora de inglés. Por lo que dan a entender

¹² Sacristán, “La locura se topa”, 2009, pp. 163-189.

sus misivas, vivían juntos en la casa número 9 de la calle Arista, a dos cuadras de la estación del ferrocarril -hoy en la alcaldía Cuauhtémoc en la ciudad de México-. Además, tenía otra hermana mayor, Esperanza, vivía aparte, no se sabe a qué se dedicaba, si era casada ni si tenía hijos, pero murió en un momento entre 1915 y 1927; tuvo un hermano menor, quien ya había muerto para antes del primer ingreso de Elisa.

Las condiciones económicas de los Molina eran holgadas, al menos lo suficiente para permitirse pagarle a Elisa una pensión de tercera clase -de cincuenta pesos mensuales-, también, cuando su hija se lo pedía, don Antonio pagaba para que su dieta fuera complementada con leche y fruta. Todas las hijas sabían leer y escribir, lo cual era algo de por sí extraordinario para la época, pero todavía más inusual que Elvira supiera hablar inglés tanto como para impartir clases. No quedan claros los ingresos de la familia, pero tomando en consideración los anteriores puntos y el hecho de que todos trabajaban -a excepción de Amalia-, hemos de presumir que pertenecían a la clase media.

Aunque su padre decidió internar a Elisa en el manicomio y estuvo al tanto de la estadía, en la primera boleta de admisión constan otros datos: las solicitantes del internamiento, quienes llevaron personalmente a la paciente, son unas tales Rebeca y Carolina Lozano. De acuerdo con la boleta de admisión, Elisa llegaría al Manicomio General, La Castañeda, acompañada de las dos mujeres el 30 de marzo de 1914 a la edad de 39 años.

Las señoritas Lozano no eran personas cualesquiera para Elisa, eran sus íntimas amigas, a quienes les mandó numerosas cartas durante su estancia, lamentándose de su destino aciago. ¿Por qué unas amigas tan importantes para la paciente la habrían entregado a la institución? La misma Elisa nos revela su hipótesis en una carta del mismo día en que fue internada: Rebeca y Carolina fueron contactadas por Antonio y Amalia para que se llevaran a Elisa, sin que ella sospechara: “Comprendo que ustedes fueron los que obligaron a la señoritas Lozano que me trajeran, no las molesten más”. Es difícil saber por qué las señoritas Lozano estuvieron dispuestas a colaborar en el engaño, pudo haber sido que el fuerte vínculo entre ellas y los Molina las hizo preocuparse por las condiciones en que se hallaba su amiga -de las que hablaremos más adelante- y, con tal de evitar un desenlace funesto, colaboraron con la familia para contener a Elisa. Fuese como

fuese, lo único claro es que los padres de Elisa consideraron que la mediación de las amigas serviría para no levantar sospechas y facilitar el ingreso.

Las hermanas Lozano no vuelven a tener este tipo de protagonismo. Como ya se ha aclarado, el señor Molina se encargó de velar por el cuidado de su hija al interior de La Castañeda. Antonio no se limitó a asumir los gastos, sino que se comprometió activamente con el internamiento de su hija: sostuvo conversaciones por escrito con el director y médicos que tuvieron contacto con Elisa, quería asegurarse de que se le proporcionara un buen trato y que, sobre todo, estuviera cómoda -dentro de lo que cabía-.

El padre, desde este primer ingreso, se posiciona como un personaje preeminente para la evolución de la enfermedad y, más importante aún, para influir en el tiempo que duraría cada internamiento -aunque, como se verá más adelante, era la institución quien daba el visto bueno al momento de dar un alta-. De 1914 a 1918, de la única correspondencia con el manicomio y Elisa que hay registro es la de Antonio, no obstante hay que mencionar la posibilidad de misivas escritas por otros familiares que no llegaron al expediente o, si efectivamente no enviaron cartas en ese periodo, se abstuvieron de mandarle cartas a la paciente, por temor a influenciar en su tratamiento.

Su madre se vuelve un personaje secundario dentro del expediente: sin voz, sin acción, sabemos que existe porque otros la nombran. No debemos suponer que su ausencia es total en la vida de la paciente, ya que Amalia llegó a sufrir ciertas condiciones de salud que, seguramente, le imposibilitaron inmiscuirse más mientras Elisa estuvo internada. La información que se nos brinda de ella es escasa: se dice que “fue siempre nerviosa (histérica)”, aunque su condición no parece haber supuesto nunca un problema para la familia, en comparación con Elisa, ella nunca pisa el manicomio, aparentemente siempre permanece en su casa, su educación es “buena” -según hacen constar los doctores-, por lo que podemos suponer que, al igual que sus hijas, sabe leer y escribir, pese a que no hay rastros de su escritura en el expediente, ni para los médicos ni para su hija y, en las etapas más tardías del caso cuando su edad ya es avanzada, se vuelve hemipléjica. Por lo que se lee, Elisa no le guarda rencor por su silencio, ya que le sigue enviando regalos desde el manicomio y cartas donde suplica por su presencia. Su papel es pasivo, pero no por eso irrelevante.

Este primer internamiento es breve, cuestión de tres meses. Elisa es liberada el 28 de junio del mismo año a solicitud de su padre, decisión que es avalada por el director, puesto que es informado de que la enferma está curada de su cuadro histérico. Su diagnóstico fue establecido por los médicos, descartando la opinión de los médicos externos que, en el certificado requerido para su ingreso, concluyeron que sufría de locura intermitente. En el “Capítulo II. Elisa frente a la autoridad psiquiátrica”, se hablará más a fondo sobre los diagnósticos, no sobra decir que la histeria fue la enfermedad neurótica más diagnosticada en La Castañeda entre 1910 y 1920, resultando en un 10.5% del total de las mujeres internadas.¹³

Elisa regresa a La Castañeda, en septiembre de 1914, ocasión en que don Antonio la llevó para entregarla. No es que su padre quisiera que las cosas sucedieran así, en realidad, él deseaba ahorrarse la pena de quedar mal con su hija, por lo que le envió una carta al director pidiéndole muy atentamente que retuvieran a Elisa en una de sus ya habituales visitas; había adquirido el hábito de ir al manicomio a comerciar sus productos. Si bien en su expediente consta que se dedicaba al quehacer doméstico, la de Elisa era una vida dedicada al trabajo remunerado: antes de su internamiento, su rutina era ir al mercado de Portales y vender sus productos, principalmente jabón, también llegó a comerciar con prendas hechas por ella misma y pares de calzado. Entre las muchas cosas que le dejó su primer paso por el manicomio, una fue ampliar su lista de clientes.

Lamentablemente para Antonio, su petición iba en contra del reglamento -el cual estipulaba que no podía ser detenido como paciente quien fuera como simple visitante-, por lo que el director le indicó que ellos mismos tenían que llevar a Elisa. Según Elisa, fue acarreada a base de mentiras: “Jamás tendré a bien que me hayas traído engañándome pues me hubiera previsto de dinero”. De hecho, la paciente no es que esté inconforme con regresar al manicomio, pero sí con no disponer de dinero propio para hacer frente a las carencias de la institución. En este sentido, la familia Molina es muy peculiar: todas las hijas trabajan y su padre no se opone, de hecho don Antonio nunca alega la animosidad de Elisa por el trabajo como una razón para internarla y, de haber sido así, habría internado al resto de sus hijas. Aunque no deja de ser una familia patriarcal, sí es una muy laxa en cuanto al control y los mandatos de las mujeres.

¹³ Ríos Molina, “La locura durante la Revolución”, p. 95.

Elisa se halla triste por la falta de sus seres queridos, a quienes no deja de pedirles que vayan a visitarla. Sería arriesgado aseverar que sus padres no asisten a las visitas por falta de ganas, puesto que Antonio sigue sosteniendo correspondencia con el director para abogar por el bienestar de su hija y hasta le reclama a Elisa por no haberle contestado dos cartas que le mandó, lo que nos llevaría a creer que por el trabajo de Antonio tendría que salir continuamente de la ciudad, lo que dificultaría cuadrar sus horarios con los días de visitas. De cualquier forma, Elisa se dice “aliviada y contenta, en [el Pabellón de] tranquilas B.”, le gusta el lugar, seguramente por su posición: siendo pensionista de tercera clase tenía el derecho de usar su propia ropa -en lugar del uniforme brindado por el manicomio-, recibía mejor comida y estaba en el pabellón especial de las pensionistas.¹⁴ Su otra gran preocupación es la imposibilidad de tener un trabajo remunerado: “(...) este pabellón es muy bonito, yo no quiero salir de aquí, pero quiero ganar dinero”; no le falta nada, pero Elisa tiene la urgencia de valerse por sí misma, es un valor muy grande para ella ser independiente y no estar a expensas de los demás para conseguir lo que quiere. Elisa en momentos no desprecia la experiencia del internamiento, pero apenas entró, se quejaba mucho, por la guerra, La Castañeda padeció grandes carencias.

En enero de 1915, Antonio pide la salida de su hija, el director le responde que Elisa sigue histérica con “recesos de excitación que hacen imposible la vida en el hogar”. No obstante de la advertencia, Antonio concluyó que el alta era lo correcto, tanto para la familia como para Elisa. En el reglamento del manicomio, se estipulaba que, incluso, si el paciente no estaba curado, sus parientes o tutores podrían sacarlos.¹⁵ Al no concebirse como una cárcel y en su afán de legitimarse como institución abocada al tratamiento y a la ciencia, con esta regla buscaban ganarse la confianza de las familias y, ya fuera voluntaria o involuntariamente, balanceó el control al confirmar el derecho de los pacientes de sacar a sus pacientes. Así, Elisa salió el 10 de febrero de ese mismo año.

¹⁴ AHSS, caja 4, exp. 14, fondo MG, sección ADM.

¹⁵ “Art. 38°. Los asilados saldrán del establecimiento: 1°. Por estar curados de la enfermedad que motivó su entrada. 2°. Por estar aliviados o no, siempre que sea solicitud de sus parientes, familias o personas que de ellos tengan cargo; solicitud que deberá dirigirse por escrito a la Dirección del Establecimiento.”. Véase AHSS, caja 4, exp. 14, fondo MG, sección ADM.

Después de un par de años, Elisa volvería acompañada de su padre el 4 de diciembre de 1917. Antonio, de hecho, había mandado una carta al director, tres días antes, comunicando su intención de

que sea admitida su hija Elisa Molina en aquel Hospital que tan dignamente usted dirige, por estar enferma del cerebro la expresa señorita, dos veces ha estado asilada en ese lugar y hoy pretendo curarla, tomando lugar de tercera pensión. Por estar la enferma en condiciones plenamente inteligibles pudiendo engañar a cualquier persona, que goza de buena salud (...).

La dinámica fue la misma que en la ocasión previa: el padre le pidió de favor al director que aceptaran a su hija para, al mismo tiempo, conseguirle un trato privilegiado. No obstante, hay un diferenciador monumental en esta ocasión: la enfermedad no siempre es detectable, empero Antonio ha aprendido a distinguirla, ha captado sus patrones que la hacen denominarla como “engañosa”. Sus familiares apuntan que Elisa parece estar *curada*, pero sigue enferma -después los mismos doctores precisarían que no es que fingiera sanidad, sino que su enfermedad correspondía a un modelo de intervalos de “tranquilidad” y “excitación”-.

No hay eventos notables durante este internamiento, en el expediente no hay informes de la evolución de la enfermedad, sólo la correspondencia que intercambié el padre con el director, al igual que Elisa que envió una carta a esta autoridad, apenas fue ingresada, pidiendo su alta. Y, al igual que antes, en mayo de 1918, Antonio pide que se le dé el alta, alegando que estaba “perfectamente sana”, no hay constancia de que los médicos hubiesen hecho dicha afirmación, sin embargo no se oponen a su salida e, incluso, el director la ordena de inmediato. Por estar enfermo, el padre le extiende una carta poder a su cuñada, María de Molina, para que vaya a recoger a su hija.

1.1.2 La hermana de Elisa como tutora legal

Después de su tercera salida, Elisa no vuelve al manicomio por seis años (hasta 1924), años de los cuales no existe casi información. Rastreando a los Molina fuera de La Castañeda, descubrimos que el padre, Antonio Molina, murió el 2 de diciembre de 1922 por “ataque al cerebro”,¹⁶ dejando vacío el lugar de *responsable de la familia*, lo cual transformó la dinámica familiar en relación con los ingresos de Elisa en el manicomio.

¹⁶ Family Search, carp. 004973732_010_M9CT-2TX, img. 122.



Es hasta noviembre de 1924 que las Molina reaparecen en el manicomio. Elena, la mayor de las hermanas, le envía un mensaje al director del manicomio donde le suplica permita el ingreso de Elisa:

Que en atención a que mi hermana Elisa Molina sufre ahora un padecimiento nervioso, según lo acredita el certificado médico adjunto, que nos pone en la urgente necesidad de utilizar los buenos servicios del Manicomio General (...).

Aunque la madre hubo de ser la responsable del destino de su hija, por la manera en que se manejaba la potestad sobre los hijos en la época, debido a los antecedentes de sus padecimientos nerviosos, la hemiplejía que desarrolló en ese periodo y su avanzada edad -para ese momento tenía casi setenta años- debieron haberle hecho imposible la tarea de tomar decisiones.

En teoría y remitiéndonos a la poca información que hay, Elisa no había tenido recaídas -o al menos no graves- hasta la muerte de su padre: mientras Antonio vivió, pasó cuatro años en su casa sin alteraciones y, sólo dos años después de su muerte, regresó al manicomio. Además, en las razones alegadas para internarla hay diferencias clave en comparación con los tres ingresos previos: Elisa se había vuelto violenta, era un riesgo para la integridad física de quienes la rodeaban, cuando antes su mayor problema eran las alteraciones en su ánimo y mostrarse desorientada; es como si la falta de su padre hubiera sido un detonante para empeorar su condición. En el interrogatorio que se le realiza a su entrada en noviembre de 1924, no se especifica quién lo responde -por lo que suponemos que sería Elena, por ser quien la lleva-, el médico encargado apunta:

Ha presentado: insomnio, cefaleas, crisis, excitación interna llegando a golpear a sus familiares; se desnuda, rompe la ropa, se sale días enteros a la calle; recoge en la calle toda clase basuras; le da por hacer toda clase de negocios en la que pierde el dinero; empieza un negocio hoy y ya para mañana emprende otro sin acordarse del anterior; dice ser novia del algún hombre desconocido, come mucho. Con frecuencia las respuestas no concuerdan con la pregunta que se le hace. Es muy distraída.

Según el reporte de la familia, hay un evidente deterioro en su condición. Podríamos sugerir una potencial correlación entre la muerte del padre y el acceso nervioso de su hija. No es un tema menor que, a su muerte, seguía siendo el proveedor económico principal y, de repente, había desaparecido ese pilar.

La recaída, la aparición de nueva sintomatología y el largo lapso que Elisa pasó fuera suscitaron la revaloración del diagnóstico. El médico encargado de redactar la historia clínica, José Alfaro apuntó que, si bien, el dictamen de psicosis

histórica era “rigurosamente exacto”, el padecimiento de la paciente más bien se correspondía con un cuadro de psicosis maniaco-depresiva.

La responsabilidad de la paciente y su madre era de Elena y Elvira, pero fue Elena quien dedicó más tiempo a Elisa: ella sostenía diálogos y negociaciones con la institución vía postal, iba a los días de visita -enviaba cartas para confirmar su asistencia sin mencionar a su madre ni a Elvira- y se encargaba de hacer llegar los pagos de la pensión. Aunque, en su carta de solicitud de ingreso, Elena pidió que Elisa fuera aceptada como pensionista de tercera clase, entró como no pensionista y, a los pocos días, fue aceptada como pensionista de gracia. En el reglamento de 1913 no queda claro de qué privilegios gozaban o qué parámetros se contemplaban para los asistidos de gracia, pero, por el trato que recibió Elisa, entendemos que eran aquellos internos cuyos familiares o tutores pagaban la mitad de alguna pensión el resto lo cubría el departamento de la Beneficencia Pública.; no hay información del porqué sucedió esto, pero tal vez Elena llegó a un acuerdo con la institución para conseguir la exención.

Fuera de la renovación del diagnóstico, no hay más datos salientes durante el internamiento. El 22 de abril de 1925, Elena le advierte al director, Nicolás Martínez, que Elisa ya quiere salir y, respetando la opinión de los profesionales, consentirá su salida, sólo si está bien, aunque la última vez que la visitó, estaba “sumamente excitada”. Dos días más tarde, Martínez recibiría un mensaje del médico a cargo del caso diciéndole que la paciente estaba apta para hacer vida social e, incluso, para cuidar de su madre, porque la enfermedad había remitido hacía tres meses; también explicó que si Elisa se alteraba cuando la visitaban sus hermanas, era porque ellas le comunicaban expresamente su oposición a concederle el alta “por no encargarse de cuidarla”. Sin más cartas provenientes de la institución, el 26 de abril, Elena consiente la salida de Elisa dando “las más expresivas gracias”. Elisa saldría el 30 de abril.

Después de dos años, el 7 de junio de 1927, Elisa regresa a La Castañeda por quinta vez, en lo que se convertiría en su último y más largo internamiento -hasta 1933-. Elena vuelve a llevarla y contesta el interrogatorio al ingreso, ya que Elisa no estaba en condiciones de hacerlo -por estar muy alterada-. Tiempo después, en una carta no fechada, Elisa contaría que fue llevada a la fuerza al manicomio, asaltada por tres hombres en su propia casa, quienes le pusieron camisa de fuerza, la colocaron en una camilla, la subieron a un carro y no vio más a

su familia, pero no hay manera de verificar esta versión, ya que ni en el reglamento ni en otro documento oficial se confirma que el manicomio ofrecía el servicio de recoger a los enfermos en sus domicilios.

De nueva cuenta ingresa en calidad de no pensionista, quedándose más tiempo en esta ocasión: estuvo en el pabellón comunitario con el resto de población *indigente* -como también se le conocía a los no pensionistas-, en lugar de llevar sus mudas de ropa, usó el uniforme provisto por el manicomio y estuvo sujeta a la ración de comida prescrita por la Dirección General de la Beneficencia Pública. El 28 de junio, la jefa de enfermeras recibiría la orden de considerar a Elisa como pensionista de gracia. Elena nunca expone sus motivos pero, probablemente, a raíz de la muerte de su padre, quedaron en una situación económica ahogada.

Nuevamente, su comportamiento está alterado. Los brazos los tiene amoratados y la mano con cortes, descarto la idea de que sufriera abuso físico en su casa, puesto que Elisa era muy verbal acerca de lo que vivía y en ningún documento -ni en sus cartas, ni en los informes médicos- consta que haya declarado violencia por parte de sus familiares, por lo que me inclino a pensar que se lesionó en alguna de sus salidas. Además, sus declaraciones eran, cuando menos, particulares, según el relato de los médicos:

Luego [de la] crisis se le empieza a interrogar, llora y explicando que lo hace por la injusticia con que han procedido sus familiares al internarla. Llorando por las condiciones en que se la tiene de indigente, a pesar de ser poderosa de propiedades valiosas. Tiene ideas de megalomanía. En su hoja de ingreso consta que es soltera y ella dice, haciendo hincapié, que es casada, da el nombre del que a [su] juicio de ella es su marido. Manifiesta ideas delirantes de embarazada; Traduce por la expresión del rostro el gusto que le causa sentirse embarazada. Habla con ligera incoherencia haciendo converger sus ideas delirantes a probar que es señora. Su memoria bien conservada, quizás ligeramente hipermnesia.

De hecho, la misma Elisa envía misivas en las que llega a tener pretensiones de actuar legalmente en contra de sus hermanas para ganar los “terrenos” e, inclusive, se dirige con un tal abogado Buendía, quien es el encargado de defender sus negocios y sus propiedades. Además, uno de los médicos informó que la paciente estaba teniendo delirios durante los cuales decía que “ha tenido 5 hijos aquí en el Manicomio”.

Elena y Elvira se presentan a La Castañeda como completamente indefensas. Las hermanas junto a su madre, por sus cartas, parecen ser acechadas por un inminente peligro (Elisa). Tan grande es su desesperación de estar

acorraladas que, en octubre de 1927, solicitan la ayuda de una tal Natalia Dorantes, amiga de la familia, para que interceda por su causa. Natalia le envía una carta al director Martínez, en la cual presume haber vivido con las Molina, mientras Elisa estaba en casa, y describe un escenario aterrador:

Muy estimado doctor y fino amigo:

Como una suplica muy especial me permito rogar a usted en nombre de toda una familia, conocida mía, que por ninguna circunstancia vaya a permitirle su salida de ese establecimiento a la enferma Elisa Molina (...).

Esta enferma ya ha estado muchas veces en el Manicomio y casi siempre ha salido valiéndose de su habladuría cerca de los médicos que la atienden y ahora ha jurado vengarse de sus pobres hermanas que son ya unas viejitas diciendo que cuando salga las va a ahorcar.

Tomando como cierto el testimonio de la mujer, Elisa se erige como una amenaza para su familia, ya no sólo para el *honor*, sino para la integridad física de ellas. En este sentido, Elena y Elvira sólo se estarían defendiendo de los ataques propinados por su hermana.

La ansiedad de las hermanas se acrecienta en 1928, tras recibir un mensaje de Elisa donde les notificaba su intención de salir pronto, sumado a esto la acusan de enviarles “papelitos llenos de maldiciones” y ser maltratadas por ella. En una carta al director, le suplican que, de ser el caso, impida el egreso de la paciente, con tal de preservar el bien de todas en el hogar, al ser incapaces de controlar a Elisa es un peligro para sí misma. El comisario, Guillermo Vera, las tranquiliza, asegura que nadie ha solicitado el alta y que, de haber sido así, no sería posible darla, puesto que la familia es la única facultada para hacer esa petición.

Elisa no cesa en sus intentos: le escribe a los médicos, al director, a sus amigas, a sus hermanas rogándoles que la saquen, arguyendo que el doctor Ibarrola -a cargo de su caso- recomienda se le dé el alta, pero que esta se le niega, porque Elena está en su contra y ha hecho de todo para mantenerla encerrada. Aunque es verdad que hay periodos en que Elisa es apta para hacer vida familiar, habría que notar que, según consta en su historia clínica, tiene recaídas violentas en las que llega a atacar al personal. Incluso, en una ocasión, sus hermanas, informadas de un altercado, preguntan por el bienestar de su hermana a lo que se les responde:

En contestación al atento memorándum de usted de fecha 13 del actual, relativo a la queja de las señoritas Molina y referente a que la asilada Elisa Molina ha sido golpeada por otro enferma en el Pabellón de Excitadas; me permito informar a usted que hecha la averiguación sobre el mencionado asunto, aparece que la citada

enferma, fue realmente golpeada por otra enferma pero que esto se debió a provocación y maltrato de ella, pues me dicen que entre otras cosas, le vertió orina en la cabeza.

Acontecimientos como estos reforzarían en las hermanas su convicción de que el encierro era la mejor opción para todos.

En julio de 1929, la Junta Directiva de la Beneficencia Pública decide suspender la concesión de gracia para Elisa y advierte a la familia que deberán cubrir la cuota completa de la pensión -sesenta pesos- o su enferma pasará a no pensionistas. Ya se por miedo a que, de negarse, liberen a su hermana, por compasión o por cualquier otra razón, Elena accede a cubrir la cantidad y por adelantado.

A lo largo de ese año, 1929, el comportamiento de Elisa continúa el mismo patrón de recaídas-recuperación: en sus episodios de “excitación”, la pasan al Pabellón de Peligrosas, a donde enviaban a los “asilados violentos, impulsivos o agitados, cuya permanencia en otros pabellones pueda ser nociva para los otros asilados”, a esas mismas compañeras de espacio Elisa las reconoció como “peligrosas locas”; en tanto estaba “calmada”, la trasladaban al Pabellón de Tranquilas. Al interrogarla sobre sus arranques, era parcialmente consciente de sus agresiones, se daba cuenta que había tenido “acciones maniacas y de sus depresiones”, sin embargo olvida porqué fue internada y asegura que es por castigo. Aún con eso, Elisa le aseguró a Elena en dos ocasiones, en octubre de 1929 y julio de 1930, que el doctor Guillermo Alvarado le había concedido un permiso para salir por quince días, para cuidar a su mamá, le pedía encarecidamente lo permitiera, puesto que hacía tres años no las veía.

Según el testimonio médico, 1930 pasa sin mayores alteraciones y sin salidas de Elisa. A inicios de 1931, la doctora Matilde Rodríguez Cabo toma las riendas del caso y sus valoraciones más tempranas son que la paciente está en periodo de remisión y no amerita internamiento. Rodríguez Cabo comienza a describir la evolución del padecimiento y, en marzo, presenta nuevos *accesos de locura*, atribuidos a la recién ocurrida muerte de su madre, a quien no vio más después de su ingreso. Pese a la recaída, dos meses después, el personal del pabellón asegura que el estado de Elisa es óptimo para la interacción familiar. La misma Elisa le suplica al secretario general de la Beneficencia le dé el alta, argumentando la opinión de Rodríguez Cabo y haciendo hincapié en que las únicas que se niegan

son su hermanas, pese a esto quiere vivir con ellas. Las hermanas no mandan cartas, pero siguen pagando la pensión puntualmente, tal vez para retrasar el alta.

A finales de 1931, resurge un episodio maniaco que cede pronto. Durante 1932, Elisa se apegaba a una rutina en la que asiste a las clases de gimnasia, ayuda con las labores del pabellón, duerme y come bien. La familia Molina se muda a un nuevo domicilio en la calle Sierra Madre #319, Lomas de Chapultepec. Elena sigue recibiendo recordatorios de que Rodríguez Cabo no ha dejado de sugerir que a su hermana nada le beneficiaba estar en el manicomio, por tanto, en octubre, le escribe al director, Manuel Guevara Oropeza, para recordarle cuánto han padecido en el hogar la enfermedad de Elisa y que, si bien le aseguran su completa remisión, las anteriores veces también parecía estar recuperada e inevitablemente recaía. La misiva surte efecto durante algunos meses, hasta que, en noviembre, Guevara la cita para “tratar un asunto relacionado con su hermana”. Se desconoce qué se habló exactamente en la reunión, pero fuere lo que fuere, surtió efecto: dos días después, en noviembre 7, Elena pide el alta de Elisa para el 30 de ese mes.

Esta salida nunca se suscita y no hay explicación alguna. En febrero de 1933, regresan los accesos violentos y la trasladan al Pabellón de Peligrosas. Estos arranques persisten intermitentemente, se van pronto y regresan más rápido. Mientras está en el Pabellón de Peligrosas, el 6 de julio, Elisa le escribe al director, Guevara Oropeza, le pide que ejerza correctamente su cargo y exige un trato digno para ella y sus compañeras. Ese mismo día, el director pide su pase al Pabellón de Tranquilas y menos de un mes después, él mismo recibe el siguiente mensaje de Elena:

Hace unos meses que benévolamente me tranquilizó diciéndome: “No está dada de alta, su hermana ELISA MOLINA” y hoy ya estoy con la misma zozobra, porque recibí por teléfono la disposición del Dr. Raúl González Enríquez que dará su alta. Si esto fuera bueno para mi hermana, me alegraría, pero vemos acaba de estar en el Pabellón de Peligrosas, su ropa toda despedazada y ya me la quieren entregar. ¿qué será de mi pobre hogar? sin respeto, sin sujeción, sin el Reglamento debido que imponen sus respetables órdenes en ese Establecimiento.

Nada consiguió Elena, puesto que el director se sumó a la presión para que fuera a recoger a su hermana.

Después de los intentos infructuosos por mantener a Elisa en La Castañeda, Elena asiste el 18 de noviembre de 1933 y firma el alta final que consta en su expediente. Como se verá más adelante, el manicomio atravesaba por una etapa de

sobrepoblación, hecho que pudo influir en la presión de los médicos hacia las familias para que recogieran a sus parientes.

La última pista que hay del devenir de la paciente está fechada el siete de julio de 1949 y “hace constar el fallecimiento de la adulta Elisa Molina”, a causa de una endarteritis obliterante, a la edad de setenta y cuatro años.¹⁷ Elena fue a presentar el deceso, para el certificado de defunción declaró que el domicilio de Elisa era en la calle Sierra Madre número 319, Lomas de Chapultepec, misma residencia desde la que envió sus cartas a los médicos a partir de 1932.

No podemos asegurar que, en efecto, Elisa estuvo residiendo en el mismo lugar que sus hermanas desde su alta, ya que, como bien dijo Elena, solía salirse por días, tomar el tren y perderse. Sin embargo, sí estamos seguros de que Elena se mantuvo pendiente hasta el final de su hermana.

Expuesto el caso, queda resolver algunas preguntas: ¿qué uso le dieron las familias al manicomio? ¿La familia tenía tanto o más control que el manicomio en la toma de decisiones sobre el internamiento? ¿Las razones de los Molina para internar a Elisa se corresponden con las que la historiografía ha propuesto? ¿Las diferencias en las relaciones de Antonio y Elena con Elisa influyeron en sus motivaciones para internarla? ¿Qué particularidades tuvieron los internamientos hechos por Antonio? ¿Y los de Elena?

1.2 El manicomio como salvación de las familias

De acuerdo con Roy Porter, los cuidados del loco han sido una tarea atribuida tradicionalmente a la familia, teniendo que contenerlos y evitando que su influencia *trastornada* corrompa al resto de la sociedad.¹⁸ Previo a la inauguración de espacios destinados al refreno y, a veces, a los cuidados de los locos, vivieron con sus familiares y, cuando se hacían incontrolables, los ocultaban en los áticos, los dejaban en los establos, los abandonaban en las calles y, a veces, los encerraban en los calabozos.¹⁹ Si bien las atenciones hacia los locos sufrieron una transformación, con la aparición de hospicios religiosos, hacia el siglo XIV en Europa, que eventualmente serían reemplazados por el nacimiento del manicomio para legitimar a la psiquiatría, en Europa a partir del siglo XIX, en realidad hubo una

¹⁷ Family Search, carp. 004973732_010_M9CT-2TX, img. 122.

¹⁸ Porter, “Locking up the mad”, 2002.

¹⁹ Sacristán, “La locura se topa”, 2009, pp. 163-189.

continuidad en la concepción de la familia como “centro de cuidados” o, al menos, como el espacio primero de estos.

Incluso cuando las instituciones de cuidado mental comenzaron su proceso de especialización y, con esto, sus intentos por posicionarse como centros de vital importancia para el estudio y recuperación de los pacientes -entre el siglo XVIII y XIX-, las familias aún mantuvieron un poderoso control en la toma de decisiones sobre sus enfermos,²⁰ sobre todo porque los médicos estaban dispuestos a negociar con ellos, para mitigar el recelo que generaba en muchas personas la idea del manicomio, alrededor del cual rondaba la leyenda negra asociada a los abusos y que los mismos médicos querían desmentir.²¹ El primer contacto de los manicomios con el loco, en la mayoría de los ingresos involuntarios, fue por medio de los parientes que se acercaban en busca de auxilio. Entonces, ya desde las etapas más tempranas, la relación manicomio-loco estuvo mediada por los familiares, era suya la decisión del ingreso.

De acuerdo con el Reglamento del Manicomio General de 1913, bajo cuyo régimen ingresó Elisa, se hacía un listado de las personas autorizadas para solicitar un internamiento, entre los que figuraba la familia o un tutor legal, siempre y cuando cumplieran los siguientes requisitos:

El ocurso deberá ser hecho siempre por escrito y podrá ser firmado con el carácter de testigo. En el caso (f) [los familiares], además de los requisitos anteriores, deberá presentarse acompañado de algún documento que a juicio del Director del Establecimiento acredite el parentesco o el cargo que se tenga del enfermo.²²

Los parientes, en este sentido, tenían la misma autoridad que la policía, jueces, el Consejo de Defensa y la Beneficencia Pública para solicitar ingresos. Si bien se requería una constancia médica que certificara la existencia de enfermedad, se confiaba en el juicio de los familiares que determinaban la necesidad de los servicios médicos. De hecho Patricia Prestwich sugiere que, una vez ingresados, en el Pabellón de Observación, los doctores sólo confirmaban el diagnóstico de “locura” ya hecho por los familiares,²³ encargándose de precisar el padecimiento, en los casos les fuera posible identificarlo. La opinión familiar únicamente llegó a ser descartada cuando las personas eran remitidas por haber cometido un crimen, en

²⁰ Labarca Pinto, “Emociones, locura y familia”, 2015.

²¹ Ríos Molina, “La locura durante la Revolución”, 2007.

²² Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, fondo Beneficencia Pública, sección Establecimientos Hospitalarios, serie Manicomio General, legajo 3, foja 69, expediente 25.

²³ Prestwich, “Family strategies”, 1994, pp. 799-818.

este sentido el Estado se responsabilizaba de la decisión por considerar al individuo un riesgo social.

Tanto locos como locas fueron enviados al manicomio por sus familiares, no obstante el lugar social ocupado por las mujeres era particular y diametralmente opuesto al de los hombres, por lo que las razones y condiciones en que se suscitaban sus internamientos eran diferentes a las de ellos. De acuerdo con Phyllis Chesler, muchos hombres estaban severamente trastornados, pero culturalmente se les permitía una mayor gama de comportamientos *perturbados* en comparación con las mujeres, que eran calificadas de “neuróticas” si desplegaban las mismas actitudes:²⁴ inclusive, en el *Manual de urbanidad y buenas maneras*, mejor conocido como *Manual de Carreño*, difundido ampliamente en México a finales del siglo XIX y principios del XX,²⁵ Manuel Antonio Carreño aseveraba que “la mujer tendrá por seguro norte, que las reglas de la urbanidad adquieren, respecto de su sexo, mayor grado de severidad que cuando se aplican a los hombres”,²⁶ esto nos habla de las ideas que la sociedad estaba consumiendo. El control familiar ejercido sobre la loca no sólo estaba atravesado por los estigmas de la salud mental, sino que además lo estaba por el género y las preconcepciones en torno a este.

En el México posrevolucionario, dentro del ámbito jurídico, las mujeres habían ganado nuevos derechos, pero en la vida diaria parecía haber un estancamiento entre los ideales conservadores y unos más liberales, A partir de la Constitución de 1917 se aprobó el divorcio vincular y se extendió el derecho de la patria potestad sobre los hijos a las mujeres.²⁷ Paralelamente, los discursos pregonados por la Iglesia -institución con gran poder pese a la laicización del Estado-, eran en favor de la unión de la familia tradicional y en combate al divorcio y a la desestructuración de la sociedad.²⁸

En las sociedades occidentales, apunta Rosa Falcone, el hombre es el *padre fundador*, él tiene el derecho sobre los bienes, las personas que conformen su familia son dependientes de los recursos que él provea, por tanto son dependientes de él.²⁹ Rosario Esteinou asegura que, en México, las bases para este modelo se asentaron durante la colonia, cuando se fomentó la formación de relaciones

²⁴ Chesler, “The mental asylum”, 2018.

²⁵ Guzmán Muñoz, “Vivir según los manuales”, 2015, pp. 261-276.

²⁶ Carreño, *Manual de civilidad*, 2021, p. 31

²⁷ Jiménez García, “Evolución de la patria potestad”, 2004.

²⁸ García Peña, “Algunos contextos”, 2017, pp.20-57.

²⁹ Falcone, “Género, familia y autoridad”, 2012, pp. 67-73.

profundamente desiguales, en las que la dominancia la asumieron los hombres.³⁰ Para que el estereotipo patriarcal de familia perviviera fue necesaria la transmisión “de sus usos, costumbres, tradiciones y normas”,³¹ los cuales se fueron heredando de generación en generación, cada miembro ejercía y transmitía el papel que le fue asignado según su género, asentando la relación simbólica y real de poder.³²

En sí, en la sociedad mexicana de principios del siglo XX, la mujer, ante todo, estaba subyugada al control de su familia, especialmente por los hombres, ya que desde lo social y lo jurídico, la mujer era la encargada de los cuidados, se erigía como el ama de casa, el *ángel del hogar*, devota a sus hijos y a su esposo o, si era soltera, a su padre y sus hermanos, debía encargarse de las labores domésticas y de crianza para que los varones siguieran con sus labores productivas para la nación.³³ Entonces, si resumimos el papel del hombre y la mujer en el hogar mexicano este sería: él, como esposo y padre, se dedicaría a “la primera educación de los hijos, el gobierno de la familia y la inmediata dirección de los asuntos domésticos”;³⁴ ella, como esposa y madre, sería el pilar emocional de su marido y sus hijos, fiel y completamente entregada a su familia.

El *poder familiar* se constituía como una pirámide, de acuerdo con Victoria Beltrán Vilchis: en la punta estaba el patriarca, el padre y/o esposo, él decidía sobre los parientes *bajo su cargo*; si llegaba a faltar, pasaban a ocupar su puesto los *siguientes hombres* en la línea genealógica, ya fueran hermanos, tíos o abuelos,³⁵ en términos simplistas, era el privilegio de los varones el elegir sobre su familia. Al mismo tiempo, tenían la responsabilidad de las personas a su cuidado, de los *inferiores* con respecto a ellos, que por lo general eran las mujeres, quienes estaban en una condición de minoría de edad; a diferencia de los cuidados proveídos por las mujeres, los de los hombres tendían al control sobre el cuerpo y sobre lo económico.

Si de por sí las mujeres estaban en una posición de desventaja, las locas estaban atadas de pies y manos. Hacia finales del siglo XIX, la ley y algunos especialistas de la psiquiatría consideraban que los trastornados “tenían facultades

³⁰ Esteinou, “El surgimiento de la familia”, 2009, pp. 99-136.

³¹ Falcone, “Género, familia”, 2012, p.72.

³² García-Peña, “De la historia de las mujeres”, 2016, p.129.

³³ Ríos Molina, “Esquizofrenia y psicosis”, 2017.

³⁴ Barceló, “Hegemonía y conflicto”, 1997.

³⁵ García-Peña, “De la historia de las mujeres”, 2016, p.129

intelectuales generalmente disminuidas”, por lo que no actuaban conscientemente.³⁶ Dentro del Código Penal de 1872, los locos quedaban exentos de los castigos impuestos a los criminales *normales*, puesto que cualquier forma de locura le quitaba la posibilidad al individuo de elegir libremente, no sabiendo discernir entre el bien y el mal;³⁷ Porfirio Parra, médico especializado en el estudio de la locura, afirmaba que los enajenados eran “incapaces de atención sostenida, les está vedado hacer análisis exactos y comparaciones rigurosas”.³⁸ Conforme avanzaron los hallazgos de la psiquiatría, los médicos intentaron combatir estas posturas, sin embargo, socialmente, la enfermedad mental seguía considerándose como inhibidora del juicio y quien padeciera cualquier tipo de locura era dependiente de quienes le rodeaban.

Para los patriarcas bajo cuyo cargo estaba alguna enferma mental, no sólo tenían que velar por su bienestar como lo hacía por el resto de la familia, sino que también debían procurar su recuperación o, en el peor de los casos, su mera contención para que no afectara a terceros o para que no le causara humillaciones a la misma familia. Entre las muchas decisiones por tomar para el tratamiento, una de las más urgentes era si sería en el espacio privado -el hogar- o en el público -los manicomios-. El cuidado de la enferma es uno de los mejores ejemplos de las prácticas de control sobre las mujeres en los hogares mexicanos. Respaldados por el poder patriarcal, los hombres tenían la autoridad en lo referente a las mujeres de su familia, tenían el privilegio de elegir lo que era *mejor para ellas* -según sus propios parámetros-.

El manicomio fue uno de los recursos a los que tuvieron acceso las familias de los enajenados, pero, de acuerdo con Prestwich, usualmente acudían ahí una vez habían agotado otros métodos. Como ya se ha dicho, el primer lugar de cuidados fue al interior del mismo hogar, los familiares trataron de desarrollar sus propias técnicas de contención y curación para la enferma, ya fuera con base en conocimiento técnico o por medio de *prueba-error*: algunos pacientes ya habían estado en hospitales o al cuidado de médicos generales, otros fueron encerrados en sus casas y muchos más enviados con sus familiares a otros entornos, con la esperanza de que se mejoraran.³⁹

³⁶ Urías, “Locura y criminalidad”, 2019, pp. 347-384.

³⁷ Vicencio, “Locos criminales”, 2014, pp. 79-119.

³⁸ Parra, “¿Según la psiquiatría?”, 1895, p. 10.

³⁹ Prestwich, “Family strategies”, 1994, pp. 799-818.

Estos medios para limitar la locura eran, en realidad, los primeros recursos de la mayoría de familias, sobre todo cuando la enfermedad no era tan grave y no se había vuelto crónica; esto no quiere decir que las familias desarrollaron *terapéuticas efectivas*, más bien actuaban con los recursos a su alcance. De hecho, generalmente los parientes sólo se dirigían al manicomio cuando habían perdido el control sobre sus enfermos, ya que temían del trato que recibirían en el internamiento, por las muchas noticias sobre las malas condiciones en la que se tenía a los pacientes; asimismo se mostraban reacios del dogma del aislamiento como la mejor cura, puesto que esto les impedía conocer el verdadero estado de los enajenados.⁴⁰ La asistencia pública se convertía en su salvación cuando se vieran sobrepasados por la enfermedad, cuando la coexistencia en un mismo espacio se viera afectada por síntomas del trastorno que los pusiera en peligro, no sólo físicamente, sino en cuanto al control social y la disciplina doméstica.

Además no es tema menor que asistir a la paciente era una ocupación que implicaba la disponibilidad casi total del tiempo y un estilo de vida holgado que permitiera destinar recursos para tratar el padecimiento desde casa; incluso en los hogares acomodados, estas condiciones eran atípicas, ya que los miembros de la familia debían seguir trabajando y atendiendo cuestiones de la vida diaria, resultando una carga el atender constantemente al trastornado. Cristina Garza Rivera asevera que “en una proporción menor pero igualmente importante, el manicomio era una oportunidad de descargar sobre el Estado el difícil y caro cuidado de familiares con afecciones mentales”.⁴¹ La reclusión era, por consiguiente, una forma de *tomar un respiro* y retomar la vida que pusieron en pausa.⁴²

El manicomio entraba a escena como un mediador, insertándose en la relación paciente-manicomio-familia. El nosocomio era más que un proveedor de servicios médicos, de acuerdo con Cristina Sacristán, estaba al centro de las crisis familiares,⁴³ en los momentos de mayor conflicto dentro del hogar, podía evitar encuentros violentos. Prestwich nos dice que los parientes quizás exageraron en los interrogatorios el grado de peligro del paciente, movidos “por miedo o por la

⁴⁰ Prestwich, “Family strategies”, 1994, pp. 799-818.

⁴¹ Rivera Garza, “Por la salud mental de la nación”, 2001, p.74.

⁴² Remartínez, “Las familias como usuarias”, 2018, p. 116.

⁴³ Sacristán, “La locura se topa”, 2009, pp. 163-189.

necesidad emocional de justificar sus acciones”.⁴⁴ No obstante, no deja de ser cierto que el manicomio fue la alternativa para prevenir escenarios fatídicos.

De hecho, la duración de los internamientos en La Castañeda echa luz sobre las funciones del manicomio como último recurso, medida desesperada o desahogo mientras la familia reestablecía el orden. Según los cálculos de Andrés Ríos Molina, por lo regular, las enfermas no pasaban periodos vitalicios dentro de la institución, la tendencia indica que los internamientos duraron año y medio.⁴⁵ Muchas altas sucedieron en los periodos de salidas temporales, cuando las pacientes iban a pasar temporadas en sus hogares y no regresaban más; el reglamento de 1931 contemplaba esta posibilidad, si una vez vencido el permiso, la asilada no estaba de vuelta, se le daría el alta automática.⁴⁶

Que esto sucediera nos habla de la intención de los familiares de reintegrar a la paciente al entorno social, ya que estaban dispuestos a que viviera con ellos incluso antes de que terminara oficialmente su aislamiento. Este tipo de permisos temporales sirvieron para probar si la convivencia era posible. Este proceso no siempre era sencillo, ya que algunas familias no estaban muy seguras de la decisión, por el temor de que los síntomas persistieran y ellos fueran incapaces de controlarlos.⁴⁷ Aunque la reincidencia de reingresos fue alta después de las altas dadas durante los permisos, porque persistían los malestares del trastorno, el simple hecho de que intentaran de reinsertar al paciente en su medio es un indicio de que La Castañeda fue un espacio de transición y no sólo de permanencia para deshacerse de las locas.

En el caso de La Castañeda, al internar a la paciente, su familia o tutor cedía la potestad a la institución, pero esto no necesariamente significó que la enferma estuvo sujeta a un régimen sumamente estricto. En la práctica había una gran flexibilidad en el reglamento, sumado a que se ofrecían diferentes clases, talleres -estaban orientados a la manufactura de “de tapetes persas, pintura y pirograbado, modas y confecciones, lencería, trabajos de bejuco y mimbre, tejidos, sarapes y rebozos”-⁴⁸ y trabajos donde suplían a los mismos empleados -por ejemplo, en lavandería y cocina- como parte de la terapia ocupacional para la mejor reinserción

⁴⁴ Prestwich, “Family strategies”, 1994, pp. 799-818. Traducción propia.

⁴⁵ Ríos Molina, “Esquizofrenia y psicosis”, 2017.

⁴⁶ AHSS, fondo MG, caja 4, exp. 14, 1931.

⁴⁷ Beltrán Vilchis, “El juicio familiar”, 2014, p. 102.

⁴⁸ Sacristán, “Por el bien de la economía nacional”, diciembre 2005, pp. 365-366.

de las internas en la sociedad, por tanto las internas llegaron a tener cierto grado de independencia o, al menos, la ilusión de esta.

Muchas mujeres llegaron a construir una cotidianidad *común*, trabajando, participando en actividades recreativas y forjando vínculos con las demás internas. Inclusive, intentaron negociar directamente con los médicos y el director las condiciones de su internamiento, para conseguir concesiones y exhibir los malos tratos recibidos por algunos miembros del personal.⁴⁹ Elisa, de hecho, es un ejemplo de una paciente involucrada en las actividades: desde el primer internamiento hasta el último se mantuvo ocupada trabajando en la hechura de sombreros -hasta le pedía a Elena que le mandara patrones para hacerlos- y pidió se le aceptara en el comedor -no especificó si la habían admitido-, asistía a las clases de inglés, corte y confección y gimnasia, iba a los paseos en los que su profesora les ponía el fonógrafo y también fue algunas veces a las sesiones de cine.

Hasta ahora, la institución manicomial se ha descrito como una especie de *salvación* para las familias desesperadas de auxilio y que acudían con la esperanza de conseguir la cura o el desahogo, además de ser un lugar donde las pacientes se desenvolvieron en diversas actividades y que encontraron en sus compañeras a personas con quienes compartir la experiencia, sin embargo ¿hubo otras concepciones en torno a este espacio?

1.3 ¿El manicomio como castigo?

En la historiografía, el manicomio también se retrata como un castigo para las enajenadas.⁵⁰ Esta idea nace de la hipótesis de que los parientes o tutores legales encerraron a las mujeres que tuvieran “un comportamiento considerado socialmente indigno, escandaloso o infame”, el cual amenazaba el sistema de valores y roles establecidos en los hogares.⁵¹ Algunos de los rasgos que eran necesarios reprimir fueron la desobediencia, el mal carácter, los insultos, el desapego afectivo o el odio hacia los parientes próximos e, incluso, el salir con amigos y los deseos exacerbados por casarse fueron las actitudes más señaladas como signos indiscutibles de enfermedad.⁵² De acuerdo con Chesler, la maquinaria psiquiátrica “amenaza, castiga, o malinterpreta a estas mujeres, hasta llevarlas a una sumisión

⁴⁹ Rivera Garza, “Por la salud mental de la nación”, 2001.

⁵⁰ Remartínez, “Las familias como usuarias”, 2018, p. 70.

⁵¹ Sacristán, “La locura se topa”, 2009, pp. 163-189.

⁵² Remartínez, “Las familias como usuarias”, 2018, p. 113.

real o estratégica”, bajo esta premisa el manicomio censuró y reformó las actitudes que contravinieran los códigos morales y sociales de la época, especialmente entre las mujeres que se salían de la imagen de *ángel del hogar*.⁵³

No obstante estos argumentos, los mismos galenos criticaron que el Estado justificaba la importancia de la psiquiatría por la ruta de *neutralizar las amenazas sociales*, en lugar de remitirse a la cuestión de la salud pública.⁵⁴ Pese a lo infructuoso que resultaron sus esfuerzos por crear un arsenal terapéutico eficaz, tanto que durante la primera mitad del siglo XX el manicomio mantuvo su carácter de custodial, los psiquiatras destinaron sus energías para legitimar su campo de estudios como una “ciencia con un fundamento organicista” y no como una herramienta represiva.⁵⁵

Más que las familias, era la policía y los órganos estatales los que utilizaban el manicomio como medio claramente punitivo para los pacientes, en lugar de ir buscando una alternativa terapéutica. Incluso, las familias estaban satisfechas con notar una moderada mejoría en sus pacientes y estaban dispuestas a volver a vivir con ellas, aunque los expertos siguieran considerándolas “anormales, como se observa en el presente caso.”⁵⁶

No rechazo que algunos síntomas identificados y alegados, principalmente, en las mujeres fueran por un sesgo de género y estuvieran insertos en el entramado de lo socialmente incorrecto, constituyendo interpretaciones subjetivas de lo que era la locura.⁵⁷ Empero, las familias fueron más bien motivadas por la desesperación, el *no saber qué hacer* ante una situación poco común, que por una mera necesidad de castigar.

1.4 El control: ¿de la familia o el manicomio?

Según se planteó en los escritos por los primeros alienistas, el manicomio sería un espacio de aislamiento, donde el paciente estaría apartado de los estímulos externos que lo enfermaban para no interrumpir su proceso terapéutico. A pesar de

⁵³ Chesler, “The mental asylum”, 2018.

⁵⁴ Vicencio, “Locos criminales”, 2014, pp. 79-119.

⁵⁵ Sacristán, “La locura se topa”, 2009, pp. 163-189.

⁵⁶ Prestwich, “Family strategies”, 1994, pp. 799-818.

⁵⁷ Labarca Pinto, “Emociones, locura y familia”, 2015.

que los doctores intentaron mantener a raya los estímulos de fuera, realmente no podían evitar la influencia cuando se trataba de las familias.⁵⁸

La regla del aislamiento total hasta la recuperación en muchos casos quedó limitada al mundo teórico. Como ya se ha mencionado, los familiares tenían el derecho de solicitar el alta en cualquier momento, así la enfermedad persistiera; la institución negoció estas solicitudes, especialmente cuando consideraban que el internamiento seguía siendo pertinente. Sin embargo, las autoridades no podían negarse realmente a dar el alta, si la familia insistía y estaba de acuerdo una vez fuera advertida de los riesgos, en el mismo reglamento se especificaba que los asilados saldrían “por estar aliviados o no, siempre que sea solicitud de sus parientes”.⁵⁹ Es cierto que, para realizar el trámite, se necesitaba la autorización del doctor o del director, pero en el contexto en que estaban, necesitaban demostrar que el manicomio no era prisión, incentivar más ingresos voluntarios y defenderse de las acusaciones de secuestros, por lo que no se negaban. Prestwich argumenta que esto alteró el balance del poder entre la familia y el manicomio.⁶⁰

Además, los familiares se hicieron de diversos mecanismos para negociar con los médicos y no ser relegados del proceso, amparándose con las mismas leyes de La Castañeda. Algunos asistían continuamente a la institución para seguir de cerca la evolución de la enfermedad; otros intercambiaban correspondencia con los doctores para enterarse de las novedades de su familiar o para conseguir beneficios.⁶¹ Ellos tenían el poder de interceder por su paciente, fungiendo como puente entre ella y los médicos para mejorar sus condiciones de internamiento.

La calidad de vida de las asiladas también quedaba supeditada a las posibilidades y a lo que estuvieran dispuestos a destinar sus allegados. En primer lugar, habrían de decidir si pagarían una pensión, que la mayor parte de los pacientes ni siquiera tenían los recursos para permitírsela. Si la paciente entraba en calidad de pensionista, su tutor asumía la responsabilidad de los pagos mensuales, comprometiéndose a un gasto que sería importante para la economía familiar. De acuerdo con una carta enviada por el director, Samuel Ramírez Moreno (1929-1932), coincidiendo con el último internamiento de Elisa, las pensionistas de

⁵⁸ Rivera Garza, “Por la salud mental de la nación”, 2001, p.74.

⁵⁹ Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, fondo Beneficencia Pública, sección Establecimientos Hospitalarios, serie Manicomio General, legajo 3, foja 69, expediente 25.

⁶⁰ Prestwich, “Family strategies”, 1994, pp. 799-818.

⁶¹ Remartínez, “Las familias como usuarias”, 2018.

primera pagarían cinco pesos diarios -ciento cincuenta mensuales-; las de segunda, dos pesos diarios -sesenta mensuales-; y las de tercera, un peso diario -treinta mensuales-.⁶²

Si dejaban de pagar la pensión de una paciente, la trasladarían al Pabellón de Indigentes y la Beneficencia Pública se haría cargo de los gastos de su alimentación y vestido. Para su inauguración, en 1910, el 100% de las admitidas fueron no pensionistas, para las personas en mayor necesidad, La Castañeda se erigió como un “lugar de refugio donde encontraban comida y alguna forma de cuidado ya fuera médico o de custodia de manera gratuita”.⁶³ Su carácter público obligaba al manicomio a proveer de comida, alojamiento, vestido y tratamiento médico a quien lo pidiera.

De acuerdo con María Teresa Remartínez, la intervención y el apoyo familiar eran fundamentales para la interna, ya que, si bien el nosocomio asumía la responsabilidad de satisfacer sus necesidades básicas, “la carencia de deudos o su falta de implicación supuso que la paciente no tuviera la oportunidad de disfrutar de licencias temporales, de recibir visitas u obsequios, incluso que alguien se interesara por el desarrollo de su enfermedad”.⁶⁴ La intermediación de los parientes era crucial para la supervivencia de la enferma.

Para las salidas temporales, los médicos establecían en qué condiciones se desarrollarían, pero, los parientes tenían la posibilidad de convenir acuerdos para que la salida se suscitara en condiciones más beneficiosas para ellos y sus enfermas.⁶⁵ En este sentido, la familia y los doctores no funcionaban como fuerzas autónomas y repelentes entre sí actuando en esferas separadas, sino que constantemente estaban enfrentándose y negociando. Familia e institución eran contrapesos la una de la otra y, a la vez, se necesitaban mutuamente para llegar a acuerdos sobre el estatus de la paciente. En el caso de Elisa, ¿cómo se expresó esta negociación entre familia y manicomio?

⁶² AHSS, fondo MG, caja 4, exp. 14, 1932-1935.

⁶³ Rivera Garza, “Por la salud mental de la nación”, 2001, p.74.

⁶⁴ Remartínez, “Las familias como usuarias”, 2018, p. 95.

⁶⁵ “Art.36º. Previa la opinión del médico respectivo y con aquiescencia del Director, podrán los asilados salir temporalmente del Manicomio, por unas horas o varios días acompañados de personas de su familia u otras responsables de la confianza del establecimiento, exceptuándose de esta franquicia los asilados que pertenezcan al grupo de los intoxicados, a quienes podrá concederles dicho permiso cuando menos seis meses después de internados en el Establecimiento.” AHSS, fondo BP, sección Establecimientos Hospitalarios, serie Manicomio General, legajo 3, foja 69, expediente 25.

1.5 Los cuidados del padre

La relación de Elisa con su familia no era estática, estaba en constante cambio, la primera impresión que tenemos de ella dista mucho de la que es para el último internamiento. No fue una transformación constante ni uniforme, estuvo atravesada por los acontecimientos inevitables que azotaban la dinámica familiar. Los primeros tres internamientos nos muestran una fracción de lo que fue la relación entre Elisa y su padre y, sobre todo, lo que significó el manicomio para Antonio.

Durante los tres primeros ingresos, las posibilidades económicas de los Molina rozaban, sino superaban, las de la clase media, no sólo porque las hijas sabían leer, escribir y tenían profesiones, sino que tenían la suficiente solvencia económica para pagar una pensión, aunque fuera de tercera clase, además Antonio -quien figuraba como el responsable- nunca se atrasó con un pago. En todos los años de funcionamiento de la institución, sólo el 10.92% de los internos fueron pensionistas, dejando un rampante 89.08% como indigentes.⁶⁶

Sin embargo, Antonio no se limitó a transferir la vigilancia de Elisa al nosocomio hasta que se recuperara, ya que demostró un constante interés por su proceso, así como estaba dispuesto a brindarle apoyo económico. El padre activamente buscó la comodidad de su hija poniéndose en comunicación con las autoridades para conseguir mejorar el internamiento. En el siguiente fragmento, Antonio, en octubre de 1914 le hace una petición al entonces director, Heladio Gutiérrez:

Muy Señor mío:

Sin ninguna de Usted a qué referirme, formulo la presente para suplicarle se sirva recomendarme a mi hijita, que según parece estar un poco mala en ese establecimiento, para el efecto le acompaño una carta que me escribió para que vea Usted la manera de expresarse lo que me hace creer que se ha puesto mala, anticipándole a Usted las gracias por todo servicio que me haga Usted relacionado con el cuidado de mi hija, cuyo nombre ya conoce Usted y es Elisa Molina.

Antonio se posiciona como un personaje trascendental para que Elisa tenga un mejor trato o, al menos, para intentar mitigar sus carencias que, al inicio, fueron muchas: la paciente relató el hambre, la angustia, la falta de noticias del exterior, la carencia de recursos como lo eran jabón, ropa o hasta insuficiencia de alimentos.

⁶⁶ Base General Los Pacientes de La Castañeda, en adelante BD-PAPIIT, <https://saludmental.historicas.unam.mx/la-castaneda/los-pacientes>.

Antonio hacía cuanto podía para optimizar sus condiciones, empero era muy difícil lograrlo en una institución pública durante el conflicto revolucionario.

Además, Antonio se caracterizó por poner al frente a Elisa, en el sentido de que no era indiferente a su opinión, le interesaba lo que tenía que decir y le preocupaban sus silencios, como le señala en una carta de octubre de 1914:

Muy Estimada hijita:

hemos tenido informes que estas bien, de lo que nos alegramos. Yo te he escrito dos cartas y ninguna me has contestado, pero de esto no te apures porque te tengo bien recomendada para que te atiendan en todo. Nicha y hermanas te saludan mucho, y desean lo mismo que yo que te conserves bien y que pronto te mejoren tus males.

Antonio deja plasmado un gran cariño por su hija. Este es un claro ejemplo de cuando la familia era un espacio de cuidados: la otra persona es digna de ser tomada en cuenta, porque existe una relación de afecto, su derecho de ser escuchada no es anulado por estar enferma y, sobre todo, debe ser cuidada para asegurar su bienestar. Los espacios de diálogo con su hija los vuelve lugares seguros para ella, cimentados en un profundo respeto por sus apreciaciones y deseos.

No hay mucha información de los antecedentes de Elisa, ni siquiera el porqué exactamente se le estaba internando, sólo se menciona que, previo a ingresar, tuvo “accesos de excitación”. Pero, por el tono de los mensajes, hemos de suponer que las razones de Antonio fueron mantener la paz en el hogar y, cuando Elisa recobrara el *buen sentido*, reincorporarla al medio. Antonio ejerce su responsabilidad como cabeza de familia, como protector de aquellos que estaban bajo su cargo. La medida del internamiento no sólo era para el beneficio de Elisa -su curación-, sino para que la familia no viera afectada su estabilidad y seguridad.⁶⁷ Aunque su comportamiento no era agresivo, los episodios de alteración hacían “imposible la vida en el hogar” -en palabras de los doctores-.

Sumado a lo anterior, Antonio estaba muy atento a los menores signos de mejoría, notificados tanto por médicos, como por su hija. El 17 de enero de 1915, le escribía al director:

Sin ninguna a que referirme, mas solo molestarlo a usted en suplicarle me haga favor de mandar preguntar al doctor que asiste a mi hijita Elisa Molina que está en ese establecimiento de su digno mando, que está en el departamento de “Tranquila B.” si ya le pueden dar en este mes su alta; porque ella manifiesta que está muy aliviada, pero yo

⁶⁷ Sacristán, “¿Quién me metió?”, 1998, p. 226.

respeto la opinión de usted mis deseos son que salga enteramente aliviada y no regrese (...).

Se refuerza la idea de que, para Antonio, el manicomio era un *lugar de paso*, un medio para que Elisa encontrara su recuperación. En su discurso antepone la opinión médica, pero es porque no quiere que la paciente recaiga, pero aún persiste el respeto y la atención a la opinión de Elisa.

En esa ocasión, el médico a cargo declaró que no recomendaba la salida, debido a la naturaleza de la enfermedad, la paciente podía encontrarse bien en ese momento, pero era altamente probable una recaída que no se podía prever. No obstante, Antonio le respondió al director: “[...] veo que Elisa mi hija, está perfectamente bien, pero que su enfermedad probablemente volverá. Hoy pienso separarla de ese Establecimiento”; dos días después, el alta de la paciente había sido autorizada por el director, por ser el derecho de su padre separarla del manicomio aún sabiendo los riesgos. Antonio estaba satisfecho con, lo que los médicos consideraban, limitado avance; estaba dispuesto a pasar por alto que el comportamiento de su hija no sería completamente *normal*, en tanto fuera manejable.

En el último ingreso solicitado por Antonio, parece resuelto a no dejar salir a Elisa hasta su completa recuperación -“dos veces ha estado asilada en ese lugar y hoy pretendo curarla”-, sin embargo su trato no se volvió hostil, de hecho se dirige al doctor José A. Castañedo, quien se identifica como “paisano y amigo” del señor Molina, para que interceda por su hija ante el director y le consiga un mejor trato. Antonio ya no confía plenamente en el juicio de su hija, porque, según él mismo dice, era capaz de engañar a cualquiera, haciéndolos creer que gozaba de buena salud; no había desaparecido el cariño, empero habiendo aprendido los patrones del trastorno, ya no confiaba en la objetividad de Elisa. Para 1918, habiendo sido notificado de que su hija “ya estaba perfectamente sana” -en el expediente, no hay una copia de la carta donde se le informa esto-, Antonio se apresuró a separarla y envió a su cuñada a recogerla, por él estar enfermo.

La relación de Elisa y su padre demuestra que, en algunos casos, sí fue posible la negociación entre pacientes y familiares. Antonio es una figura paterna que difiere de los modelos: no es que no ejerciera el control patriarcal, sino que parece desplegar cierta tolerancia. Resalta en los informes que no parecía imponer reglas sobre el *deber ser* de sus hijas, no se oponía a que trabajaran ni a los oficios

que eligieron; en este sentido, la edad de sus hijas es trascendental, ya que eran mujeres adultas -Elisa, la menor, tenía 39 años en su primer ingreso- y no es lo mismo imponer reglas a una adolescente, que a alguien en edad madura. En todo caso, si hubo conflictos por el trabajo en su adultez temprana, estos no trascendieron, en el periodo estudiado, Antonio no tiene actitudes que indiquen que quería dominar a sus hijas a través de lo económico.

Definitivamente hay control paterno, pero sus límites son porosos, porque es negociable, la palabra del padre es decisiva y *lo que dice es lo que se hace*, pero abre un espacio para el diálogo antes de elegir. Antonio más bien usaba el control para buscar el bien -según él lo entendía- de sus hijas, no para aplastarlas bajo su yugo. Sí utilizó su poder para internar a Elisa, pero también lo usó para que padeciera lo menos posible su estancia, sus intenciones no eran silenciar a Elisa, de hecho procura no herir sus emociones, como leemos en una carta enviada al director en 1918:

Y en esta paso a manifestarle que se recibió una carta de Elisa Molina, enferma que está asilada en el Pabellón Tranquilas "B" y por ella vemos que sigue mala y que quiere sanarse, cuya carta tengo el honor de adjuntarle. Como no es posible acceder a su petición desearía únicamente mantenerle la ilusión, y que doblen ojitos las enfermeras, que creo no hará nada. No le escribimos ni la vamos a ver porque la conocemos que se excita y puntualmente necesita no vernos, porque de nuestra parte todo le cae mal.

Antonio Molina es un ejemplo de los distintos tipos de control paterno existentes, entre los cuales algunos estuvieron atravesados por el cariño y el respeto. Mi objetivo no es generalizar que, en todos los hogares, los padres y tutores fueron así a puerta cerrada, pero Antonio comprueba que existieron y, aún ajustándose al modelo patriarcal, sus decisiones sugerían otros modos menos *tradicionales* de asumir la responsabilidad de la familia.

1.6 La defensa de la hermana

Resulta en suma curioso que, a la muerte de su padre, el control sobre Elisa se volviera más duro, sobre todo porque eran sus hermanas quienes lo ejercían, en especial Elena, quien figura como la responsable de los internamientos y como autora de la mayor parte de la correspondencia intercambiada con la institución. Inclusive podría ser peculiar que Amalia, la madre, no haya tomado la responsabilidad, puesto que en la sociedad porfiriana la figura materna era clave para la cohesión del hogar; sin embargo, las condiciones no eran óptimas para que

esto sucediera, Amalia ya era “una anciana octogenaria” y hemipléjica, obstaculizada en sus capacidades mentales y físicas, además de sus antecedentes de histeria. Elena y Elvira fueron orilladas por las circunstancias para asumir el papel de *cuidadoras* de su hermana menor que, en realidad, no sabemos si querían.

Que Elena, más que Elvira, fuera la nueva cabeza de familia no representó precisamente una ruptura del modelo de familia patriarcal. Es cierto que, por la ausencia del padre, las mujeres de la familia ya no estaban “subordinadas junto con (y en relación a) el parentesco”,⁶⁸ sino que ahora eran ellas quienes tenían que decidir lo que fuera mejor para la paz en el hogar, ahora ellas eran libres -hasta cierto punto- de imponer sus propios parámetros. Pero, Elena sólo viene a ocupar el lugar vacío que dejó su padre, orillada por la falta de opciones, no le da un giro a la política impuesta por su padre, sigue fortaleciendo la posición que deben ocupar las mujeres dentro de la familia. Elena no es una figura disruptora, no rompe con la tradición y, aunque parezca extraño que fueran mujeres quienes llevaran las riendas en el hogar, los valores patriarcales siguieron siendo perpetuados por ella. Además, la labor de los cuidados era una tarea femenina para la época, por lo cual fue bastante *ad hoc* que las hermanas pasaran a responsabilizarse de la enferma.

Un aspecto realmente disruptor de Elena fue que no se adaptó en muchas ocasiones a la sumisión asociada con el actuar asistencial esperado de la mujer, ya que opuso resistencia a los juicios de los médicos sobre la curación y la necesidad de la salida de su hermana.⁶⁹ Si nos limitáramos a analizar la versión de Elisa, a las acusaciones de los médicos y a compararla con su padre, Elena parecería una mujer desinteresada de la condición de su hermana y cuya intención al internarla era más bien punitiva. Pero, ¿qué nos revela la versión de la propia Elena?

Cuando nos acercamos a los escritos de Elena y miramos el panorama completo, constatamos que era una mujer sobrepasada por sus circunstancias: se encargaba de Elisa, su madre, el hogar, trabajaba -en una carta, le decía al director “que estando empleada no puede disponer de los jueves para visitar a su hermana”- y no sabemos a ciencia cierta cuánto era el apoyo de Elvira en las tareas domésticas. En este sentido, si Elena no entra en el molde de *cuidadora ideal*, es porque no puede, llegó al límite que sus capacidades y recursos le permitieron.

⁶⁸ Lerner, “Esposa, suplente”, 1986, p.92.

⁶⁹ Barceló, “Hegemonía y conflicto”, 1997.

Cuando se opuso a las fuerzas médicas e intentó luchar con las pocas herramientas que tuvo a su alcance -la esperanza de compasión-, era movida por la desesperación y la impotencia de que Elisa era una fuerza que la rebasaba. Entonces, ¿qué uso le dio Elena al Manicomio General?

Para su cuarto ingreso -el primero solicitado por Elena-, en 1924, la paciente llegó en un estado sumamente alterado que nunca había presentado antes. Los accesos de excitación ahora la volvían violenta a nivel físico, según los informes, golpeaba a sus familiares, rompía sus ropas, se salía por días a la calle a recoger basura y decía ser “novia de algún hombre desconocido”. Elena y Elvira, entonces, no se encargaban únicamente de los cuidados *comunes* -por decirlo de algún modo- de su madre y hermana, sino que debían controlar a una persona que las agredía durante sus episodios de manía y a quien no les era posible vigilar constantemente por estar trabajando. Sumado a lo anterior, no es una cuestión menor su edad, en ese momento Elisa tenía cuarenta y nueve años, mientras que Elena y Elvira tenían cincuenta y cuatro y cincuenta y dos respectivamente,⁷⁰ sus responsabilidades eran, cuando menos, desmesuradas para dos mujeres en su madurez avanzada, por lo cual necesitaban un pilar en el cual sostenerse: en La Castañeda encontrarían la panacea a las dificultades que afrontaban.

Elisa ingresa como pensionista de gracia de segunda clase, lo cual significó que la familia pagaría la mitad de la cuota. Elena nunca expone los motivos por los cuales no podían pagar la totalidad de la pensión, pero tal vez fue que, a raíz de la muerte de su padre, quedaron en una situación económica complicada, porque Antonio seguía siendo el principal proveedor de la casa y, especialmente, del tratamiento de Elisa. Aunque años después se mudaron a su residencia en las Lomas de Chapultepec, surge la hipótesis de que quizás esta era una herencia: en 1927, Elisa alegaba que sus hermanas se habían robado su herencia y que la tenían viviendo como indigente porque Elena se quería vengar de ella, estas ideas las desestimaron los médicos y las tildaron de “alucinaciones”. No obstante, posiblemente la historia de la paciente era parcialmente cierta: habría sido difícil que con los salarios de Elvira -profesora- y Elena -cuyo trabajo permanece desconocido- hubiera bastado para adquirir una propiedad en esa zona, sumado a que tenían los gastos de los cuidados de su madre enferma. La situación económica de las

⁷⁰ Family Search, carp. 004975998_007_M9ZB-XX6, img. 78.

hermanas Molina pudo haberse estabilizado con el tiempo, pero no lo suficiente para tener una vida desahogada tomando en cuenta los gastos que sufragaban día con día.

Durante este internamiento, no hay mucho intercambio de correspondencia entre Elena y el manicomio, pero es llamativa su carta al director, Nicolás Martínez, de abril de 1925:

Muy respetable señor:
me veo en la necesidad de informar a Usted que la señorita Altagracia Durán, hermana mía, asilada en el Manicomio Nacional ya desea salir, respetando altamente la opinión del señor Doctor que la asiste de que está bien de su cerebro. Fuimos a visitarla y nos recibió sumamente excitada, como enferma, por lo que presiento un desenlace funesto el tenerla en casa.

Le ruego a Usted si es posible permanezca más tiempo mi hermana, a fin de que se normalice su salud.

A diferencia de su padre, en Elena no hay un trato amoroso explícito. Aunque hay atención a la opinión de Elisa, se desestima en razón de que Elena no considera que esté curada, pero se atiene a lo que los profesionales digan. La reticencia de la mujer nace del resquemor, del temor a que Elisa regrese enferma, porque las pone en situaciones riesgosas a ellas, a su madre y a sí misma; no es que no le importe la opinión de Elisa, ni que se oponga por completo a recibirla de vuelta, sin embargo es más prioritario la seguridad de todas que la comodidad. Elena como portavoz de la familia declara que se sienten amenazadas, que son incapaces de detener a su hermana solas, por tanto es indispensable la ayuda de terceros para mantener la tranquilidad en su hogar.

Pese a exponer sus motivos, la respuesta del doctor, B. Martínez, es que la asilada está curada y agrega:

La asilada Elisa Molina se encuentra en un periodo de remisión hace como tres meses sin que se le noten alteraciones mentales; en tal virtud, convive con una hermana de la enferma que le pidiera una [ilegible] tanto por los deseos que Elisa manifiesta de ver a la señora su mamá que está enferma, tanto por ver si la mejoría de su psicosis maniaco depresiva se sostiene o ella puede vivir otro medio social, dedicándose a quehaceres domesticos o a las atenciones de su mamá.

Pero la familia, o más bien las hermanas, se oponen a que salga, por no encargarse de cuidarla; y como esta resistencia se la manifiestan cuando vienen a verla ocasionándole contrariedad, es por lo que ella se excita en ese momento pero a su regreso al Pabellón vuelve a tranquilizarse; además, la vigilante que la llevó a la última visita informó que no hubo ninguna excitación o que estuvo contenta como en efecto se le noto al regresar.

Ya desde este momento (1925), los médicos insistían que Elisa se hallaba en periodo de remisión y consideraban pertinente un cambio de entorno para confirmar si respondía positivamente, hasta utilizan como argumento el deseo de Elisa de vivir con su familia para presionar el alta. Al menos en los documentos que componen el expediente, no hay un reconocimiento de las autoridades a los miedos de las hermanas Molina, hacen caso omiso al porqué no quieren que Elisa regrese y son acusadas de no querer cuidarla.

No obstante sus reservas, Elena acepta la opinión de los profesionales y autoriza el alta de Elisa, después de un año en el exterior regresa en 1927, demostrando que la convivencia en familia no sólo no le benefició, sino que empeoró sus síntomas. Elisa adelanta las acusaciones del robo de su herencia y hasta se contacta con un supuesto abogado, el señor Buendía, quien presuntamente lleva la demanda de sus propiedades; a los médicos les aseguró haberse “juntado” con un hombre; las agresiones continuaron y, de hecho, presentó “equimosis en ambos antebrazos hacia el tercio medio y en el puño derecho cara interna, tres heridas cortantes como de dos centímetros de longitud que interesan únicamente la piel, equimosis del párpado inferior izquierdo”, descarto la hipótesis de que sufriera abuso físico a manos de sus hermanas, puesto que la paciente era muy verbal sobre sus problemas y en ningún documento declaró sufrir violencia por parte de sus familiares.

Sus arranques violentos generaron preocupación por las repercusiones que tenían en los demás y fueron señalados como síntomas salientes del empeoramiento de su enfermedad. Al mismo tiempo, para Elena -ella fue la que contestó el interrogatorio- sus deseos por casarse y tener hijos eran indicativos de trastorno; habría apuntar que el problema no eran las aspiraciones de Elisa *per se*, sino los caminos que eligió para concretarlas: se salía a la calle con la única convicción de “buscar un hombre que le hiciera un niño”, esto además de riesgoso, era indecoroso en una época donde una *señorita* debía esperar en su casa a ser cortejada.

Esta última estancia estuvo atiborrada de altibajos, siendo la más turbulenta de todas. Los episodios violentos eran más frecuentes y más intensos, inclusive peleó directamente con otra interna, a quien “le vertió orina”, sin provocación aparente, y su compañera, en defensa, la agredió físicamente, este incidente fue el más escandaloso, pero los hubo otros en que rompió su ropa, tuvo ataques de risa,

tenía la percepción de la realidad alterada -creaba historias sobre tener un esposo e hijos y de haber estado en trabajo de parto en la institución-. Estos ataques nunca cesaron, ni para cuando se realizó su alta.

En mayo de 1928, Elisa acusó, con el doctor José Alfaro, a su hermana de no comprenderla. Para junio, le escribía al mismo Alfaro:

Con esta bendición a nadie le temo mi madre ama ciegamente a Elena ella no manda Elena es la autora de todo pero en bien mío solo Dios, así es que atentamente pido me reconozcan y atiendan con que al ver la justicia sea atendida sin respetar más que a mí. Soy capaz de sostenerme sola se trabajar sé tomar la escoba y barrer calles y también verán Ustedes si gustan la finca que dirigí (...).

La asilada cree que Elena manipula a su madre para impedir su alta, en una especie de castigo por *no ser lo que quería que fuera*, le advierte a los médicos lo complicado que será conseguir el alta, pues era un conflicto que se había gestado desde que era niñas. Sin embargo, en primera instancia, no podemos descartar que madre e hijas llegaban a un consenso para las resoluciones relativas al internamiento y Elena sólo era la portavoz. Pese a que Elisa aseguraba querer vivir con sus hermanas, tal vez utilizaba este discurso para ver a su madre y obtener su libertad; por su parte, Elena, en agosto de 1933, le dice al director que se alegraría del regreso de su hermana, si eso fuera lo mejor para la propia Elisa, manteniendo su argumento inicial sobre que el regreso de su hermana no debe poner en riesgo su seguridad ni la del hogar, necesita mantener alejado al *factor desestabilizante* con tal de conservar la estabilidad de su familia.⁷¹

Los episodios histéricos continuaron y, aún así, Elisa consiguió el permiso para salir e ir al exterior, Elena se negó. Cuando Rodríguez Cabo, en 1931, comenzó a presionar para autorizar la salida de Elisa por remisión de enfermedad, aún teniendo recaídas esporádicas, el manicomio se contactó con las Molina para negociar el alta. Elena, enterada de los accesos de su hermana, intenta negociar con el director una vez más:

Que el jueves próximo pasado, puse una solicitud apremiada por la indulgencia de la Señorita Doctora que asiste a mi hermana Elisa Molina en el Pabellón de Pensionistas; pero realmente, Señor Director, hemos sufrido tantos años con la enfermedad de mi hermana que estamos miedosas de ponerla otra vez fuera, por los miles de peligros que ha tenido con la libertad que se toma, mientras que con el Plan de Organización en que está ese Establecimiento, se pone bien, no obstante, que en cinco y medio años que ha estado

⁷¹ Beltrán Vilchis, "El juicio familiar", 2014, p. 102.

asilada ultimamente, tres o cuatro veces ha estado en el Departamento de Peligrosas, por lo que se ve su enfermedad no se le retira.

Para Elena, la única forma de controlar a su hermana era tenerla internada, no era una *loca* manejable como al principio, ya representaba una amenaza legítima para la integridad de los demás, porque no tenían los medios para contenerla. Las razones a las que apela son de peso suficiente como para que las autoridades no pidieran la salida inmediata de la paciente, como sí lo hicieron un año después.

La familia Molina utiliza el manicomio como institución para velar por su propia seguridad, a falta de mecanismos y conocimientos para someter la violencia de Elisa. Proteger la vida es parte de la necesidad de preservación y, si Elena creyó que tanto su vida como las de sus familiares peligraban -la de Elisa, entre ellos-, es lógico que haya querido mantener a Elisa en La Castañeda. En este sentido, el manicomio fue un espacio de contención de las enfermas que ya no podía comportarse de acuerdo con las normas sociales y que era un riesgo mantenerlas en el exterior.

Idealmente, el manicomio sólo daría el alta al paciente hasta que el trastorno remitiera. Sin embargo, para 1932, cuando los ataques de Elisa persistían y eran graves hasta el punto de enviarla al Pabellón de excitadas, Rodríguez Cabo y otros doctores alentaron fervientemente su alta argumentando un franco periodo de remisión. Incluso en julio de 1933, cuatro meses antes de su salida, registraron que Elisa estuvo agitada, por lo que pasó al dicho Pabellón. Si la institución debía dar tratamiento hasta su fin, ¿cuál era la urgencia por darle el alta a Elisa?

En una misiva fechada en 1932, el director, Ramírez Moreno, le escribía al presidente de la Beneficencia Pública:

Como la cantidad de enfermos es alarmante en vista de los motivos que muchas veces me he permitido exponer como son: la insuficiencia de lugares, falta de camas y de empleados, y aglomeración en los pabellones etc., etc., Y mientras se lleve a cabo la construcción de nuevos departamentos, única forma definitiva de resolver éste problema, me permito proponer a la consideración Usted las siguientes proposiciones a efecto de que sean cumplidas estrictamente, y si tiene a bien aprobarlas;

3°.- Que se favorezcan por todos los medios posibles, la salida del mayor número de pacientes, para cuyo efecto ya he girado circulares a los CC. Médicos de este Establecimiento para que den de alta a todos los enfermos que estén curados o que puedan vivir en el medio familiar.⁷²

⁷² AHSS, caja 4, exp. 14, 1932.

A partir de 1932, se habla de *altas forzadas*, impulsadas por los directivos al enfrentarse al creciente problema de sobrepoblación que ya causaba estragos en forma de insuficiencia de recursos, espacio y personal. La necesidad de desahogar el manicomio, nos lleva a presumir que es altamente probable que Elisa, en realidad, no se hallaba en condiciones de remisión y fue parte de las medidas de los directivos.

Es en ese caótico clima en el que las hermanas Molina son presionadas para ir a recoger a Elisa y, tal vez, terminan aceptando porque les aseguraron que “en cuanto se trastorne se interne de nuevo”. Elisa no regresó jamás a La Castañeda, pero eso no nos asegura que no volvió a tomar un tren y partió a tierras lejanas, ni que cejó en sus esfuerzos por encontrar un esposo. Lo que sí me atrevo a decir es que los enfrentamientos con Elena no terminaron, en su defensa por ser escuchada y comprendida.

Conclusiones

A partir del caso de Elisa se analizó la complejidad y centralidad de la familia en la experiencia de la locura y el internamiento psiquiátrico, desafiando las perspectivas en que este núcleo pasaba a ser un actor secundario. Contrario al discurso foucaultiano, pudimos comprobar que el manicomio no fue meramente un aparato de control y vigilancia estatal, sino que tuvo un carácter multifacético y sus funciones variaron dependiendo de las figuras que acudían a este, llegando incluso a fungir como espacio de contención y desahogo cuando la presencia de la locura sobrepasaba a la familia.

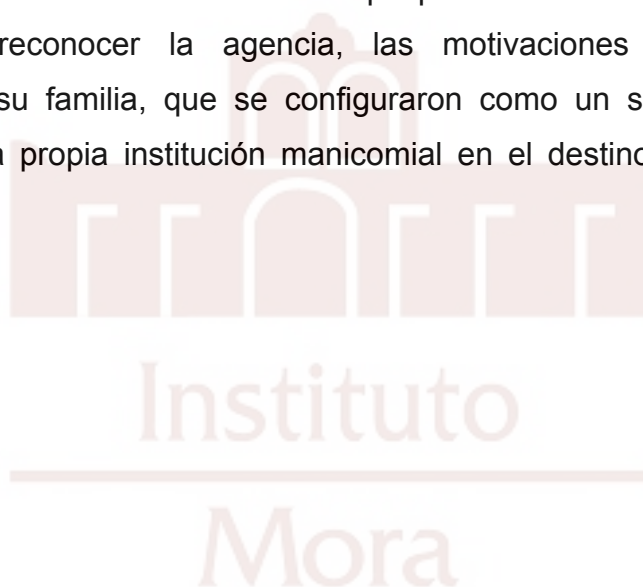
La familia fue primordial en los momentos más tempranos de detección de la enfermedad y, sobre todo, en la decisión de internamiento. Su poder de elección se extendió hasta dentro de los muros del manicomio, ya que tuvieron la capacidad de negociar con la autoridad psiquiátrica. Esta interacción constante alteró el balance de poder tradicionalmente atribuido sólo a la institución.

El caso de Elisa ilustra explícitamente la naturaleza dinámica, heterogénea y variables de las relaciones familiares. La experiencia de esta paciente siempre estuvo atravesada por el tono de las relaciones que tenía. Su padre representó un modelo de control patriarcal matizado por el afecto y el diálogo. Antonio Molina estuvo activamente involucrado en la estancia de su hija y comprometido con

preservar su bienestar, viendo al manicomio como un lugar donde conseguir la recuperación que no obtendrían por sus propios medios.

Por otro lado, la asunción de la responsabilidad por parte de su hermana, Elena, correspondió a una comprensión del manicomio como espacio de contención, volviendo los cuidados de Elisa una cuestión más de control, este panorama motivado por la desesperación y la fatiga. Para Elena, el nosocomio fue un refugio indispensable para asegurar la seguridad familiar, priorizando la estabilidad del hogar por encima del bienestar de Elisa o las recomendaciones de alta de los médicos.

La locura, bajo este estudio, deja de entenderse como un fenómeno individual, demostrando cómo está inserto en el tejido social, especialmente el de la familia. La experiencia del internamiento psiquiátrico de Elisa Molina no puede entenderse sin reconocer la agencia, las motivaciones y las cambiantes interacciones de su familia, que se configuraron como un sistema de peso tan influyente como la propia institución manicomial en el destino y la vivencia de la paciente.



Capítulo II. Elisa frente a la autoridad psiquiátrica

(...) pero a pesar de su infinita variedad hay en todos ellos más de un carácter común, en efecto, en todos, la inteligencia está profundamente alterada, pervertidos los afectos, viciadas las impulsiones en fuerza y dirección, en una palabra, el ser moral en ruinas.

Porfirio Parra⁷³

Introducción

En el México porfirista, los médicos se adjudicaron la responsabilidad de implementar medidas para preservar la salud y la condición física de la sociedad; al mismo tiempo, los psiquiatras estaban siendo los *vigilantes sociales*, usando como armas la moralidad y la acción directa sobre la mente de los individuos.

El espíritu modernizador del gobierno de Porfirio Díaz y la élite, con el fin de reflejar tangiblemente en el país el lema “orden y progreso”, marcó la pauta de cómo debía ser una sociedad ideal conducida por la productividad y los valores tradicionales. Las propuestas de políticos e intelectuales fueron con miras de conformar el ciudadano *perfecto*, cuya moralidad condenara cualquier acto y comportamiento que ralentizara el crecimiento económico o que se opusiera a las ideas nacionalistas, como bien señaló el doctor Máximo Silva en 1897 en un compendio de higiene dirigido a un público amplio.⁷⁴

Dentro del abanico de recursos que tuvo la clase política, la medicina fue, quizás, uno de los más notorios e influyentes. Mientras la medicina del cuerpo se dedicó a desarrollar medidas profilácticas, bajo el paradigma higienista, para prevenir afecciones que mantenían a la población constantemente enferma, los psiquiatras se enfocaron en intentar moldear la mente de los mexicanos, con el objetivo de promover comportamientos y expresiones *aceptables*, en los cuales convergían las normas morales con los criterios médicos.

Hacia el final de la administración de Porfirio Díaz, el principal dispositivo médico para corregir el comportamiento y sanear la mente fue la institución psiquiátrica, específicamente al Manicomio General, ya que su carácter público, junto con su régimen de pacientes pensionistas, le permitía alcanzar a más amplios estratos de la población. Dentro del manicomio, inaugurado en 1910, se desplegaron diversas herramientas para moldear la mente y la conducta de los

⁷³ Parra, *Ensayo sobre la patogenia*, 1878, p. 10.

⁷⁴ Silva, *Sencillos preceptos*, 1897, p.55.

pacientes, quienes estuvieron expuestos a las técnicas para construir al *ciudadano ideal*.⁷⁵

Elisa vivió en carne propia los mecanismos de control psiquiátrico para corregir a la loca y encarrilarla al camino del progreso, la modernización y la moralidad. Elisa no fue pasiva frente a las acciones institucionales, sino que respondió explícitamente a ellos. Contrario al argumento común de los primeros estudios de la historia de la locura,⁷⁶ Elisa no fue una paciente indiferente a las estrategias médicas, ya que se hizo de sus propias herramientas y medios para defenderse de lo que, ella acusó, tratos injustos. Si bien, el manicomio fue un lugar en el que dominó el control institucional, esto no se vio reflejado en que los pacientes aceptaran la sumisión: hubo quienes reflexionaron acerca de su encierro y tuvieron los medios para dejar constancia de estas reflexiones, u otros enfermos, incluso, alzaron la voz para denunciar su situación. Esto es prueba contundente de que, pese a estar tildados con la etiqueta de *enfermos mentales*, muchos elaboraron y poseyeron juicios sobre sí mismos y su entorno.

A lo largo de este capítulo pretendo analizar cuál fue el posicionamiento de Elisa frente a dos elementos: los diagnósticos médicos y la institución psiquiátrica -entendiéndola como un compuesto de autoridades, médicos, reglas, tratos y, en sí, todo los elementos que confluyeron para conformar al espacio manicomial-. Parto del supuesto de que Elisa, además de no ser sujeto estático, tomó una postura crítica de cara al internamiento y, por lo tanto, al manicomio, sobre todo a tres cuestiones específicas: las condiciones de vida, el diagnóstico y la *autoridad máxima* -ya fueran los médicos a cargo de su caso o el director-. Pretendo demostrar que ella se sintió con el derecho y la obligación de expresar su opinión, sobreponiéndose a su condición de locura y al trato que recibía. Elisa se reapropió de su palabra en un entorno hecho para despojar al paciente del privilegio de ser escuchado y comprendido,⁷⁷ en este sentido, quiero profundizar en el diálogo que Elisa intentó entablar con el poder psiquiátrico.

Para analizar a profundidad el caso, el capítulo estará compuesto de cinco apartados: *Un caso, tres diagnósticos* será el resumen del expediente de Elisa, en

⁷⁵ Como se verá más adelante, desde la época colonial, la ciudad de México contó con dos hospitales para hombres y mujeres dementes cuyos pacientes fueron trasladados al Manicomio General.

⁷⁶ Por ejemplo, la tesis doctoral de Foucault, *Historia de la locura en la época clásica*, apunta que, al hablar de locura, sólo podemos limitarnos a hablar de las formas de exclusión, pero no de los excluidos.

⁷⁷ Huertas, "Foucault, treinta años", 2006, p. 271.

donde se presentarán los diagnósticos que se le hicieron durante los periodos en que estuvo internada junto con las admisiones y salidas para contar con una visión general de su paso por la institución; *El espacio: ¿qué fue el Manicomio General?* será un breve bosquejo del contexto en el que se halló inserta Elisa Molina, es decir cómo era la Castañeda, una corta historia de su origen y sus funciones; en *Diagnósticos ¿irrefutables?* se diseccionarán los tres veredictos médicos sobre la condición de Elisa y, paralelamente, se analizará qué pensaba ella misma sobre ser considerada *loca*; en *Condiciones de vida* se analizarán las denuncias de Elisa sobre el trato que recibía; finalmente, en *Autoridad* se observará cómo Elisa cuestionó la autoridad de los médicos y del director del manicomio, a quienes les llegó a reprochar sus decisiones para con las internas y les enunció sus deberes como dirigentes.

2.1 Un caso, tres diagnósticos

Elisa ingresó al pabellón de pensionistas de tercera clase en el Manicomio General el 30 de marzo de 1914, tenía aproximadamente treinta y nueve años, era soltera y vivía con sus padres y sus dos hermanas mayores. Las razones que se dieron para internarla fueron que “tuvo un acceso de excitación maniaca” días previos y en algunos momentos de su vida había “padecido ataques histéricos”. Los médicos posteriormente darían cuenta de la persistencia de los *accesos de excitación* que eran sucedidos por estados de lucidez y, en algunos, Elisa podía reconocer que se había sentido mal.

Los dos médicos externos, quienes firmaron el certificado que respaldó el ingreso de Elisa, dictaminaron que la paciente se hallaba aquejada de “locura intermitente” sin dar más detalles sobre la condición. El estado de alteración que declararon sus amigas -responsables del internamiento por petición de la familia de la paciente- había cesado al entrar, pero estuvo seguido por otro, ya dentro de la institución, el cual se extendió por ocho días, cuando Elisa se hubo recobrado confesó que “que realmente se sentía mal”; de hecho, el médico que redactó su interrogatorio advirtió en que estos accesos estaban caracterizados por la brusquedad y repentinidad en su aparición. Si damos por hecho que los doctores externos contaban con esta información de los patrones de comportamiento de Elisa, su valoración de locura intermitente respondió a que esta se caracterizaba por

“accesos de corta duración, que alternan con intervalos. lúcidos, también cortos é irregulares, pasando éstos alternativamente de una forma de agitación (manía) á otra de depresión (melancolía)”, tal y como lo describió el conocido médico Juan Giné i Partagás.⁷⁸ De hecho, en 1854, Jules Gabriel Baillarger ahondó en los síntomas de este padecimiento y lo denominó como “locura de doble forma”, caracterizada por periodos regulares de manía seguidos por los melancólicos y, quizá más importante aún, destacó que en la intermitencia entre episodios el enfermo parecía curado, empero no significaba la remisión total del trastorno.⁷⁹ Eventualmente, el diagnóstico de Baillarger se conocería como psicosis maniaco-depresiva, de lo cual se hablará más adelante.

Después de pasar por observación, la evaluación de los médicos fue que, en realidad, Elisa estaba aquejada por psicosis histérica. De acuerdo con los antecedentes relatados por ella misma y por su familia, la paciente tenía siete años cuando sufrió por primera vez un *ataque* de tipo histérico -no incluyeron pormenores del asunto-, no hubo reincidencia ni presentó problemas en su entorno hasta que cumplió treinta y un años y “se puso mala de ganas de casarse, fugarse de su casa, encontrar un hombre que le haga un niño”, esta declaración la hizo Elena años después en un interrogatorio. José Alfaro, médico a cargo del caso, encontró que la enfermedad había sido causada tanto por el alcoholismo de su padre, Antonio Molina, como por una predisposición genética heredada de la madre quien “siempre fue nerviosa (histérica)”.

Para junio de 1914, el director aseguró la completa recuperación de Elisa, por tanto aprobó su salida solicitada por el padre. Tres meses después, en septiembre, Antonio reingresó a su hija por la reaparición de síntomas. Los médicos externos, esta ocasión, ratificaron el diagnóstico de psicosis histérica, hecho por los psiquiatras del manicomio, el cual persistió durante este periodo.

Elisa pasó este internamiento en el Pabellón de Tranquilas sin altercados aparentes -o, al menos, no constan en su expediente-, no obstante, de acuerdo con su médico, constantemente tenía “recesos de excitación que hacen imposible la vida en el hogar; estos no se pueden prever (*sic*), por lo que si ahora está tranquila y obediente, al salir es probable que se excite”. Pese a las advertencias de la

⁷⁸ Giné i Partagás, “Curso y terminaciones”, 1903, p. 275.

⁷⁹ Buschiazzi, Roldan, Guidi, “Jules Gabriel François Baillarger”, 2014, pp. 31-42.

dirección y los doctores, informado de las altas posibilidades de una recaída, su padre decidió separarla del manicomio el diez de febrero de 1915.

En diciembre de 1917, Antonio Molina acudió de nueva cuenta a La Castañeda. Durante los años que estuvo fuera, Elisa no tuvo mejoría alguna en su condición, incluso en esta ocasión su padre arguyó que era capaz de engañar a cualquier persona y convencerla de su buena salud. La boleta de admisión y el interrogatorio demuestran pocos cambios en la vida de Elisa y, más importante aún, no hay cambio alguno con respecto del diagnóstico ya dado -el de histeria-. Este internamiento se extendería por un periodo muy breve de cinco meses, en los que no habría ninguna noticia saliente, hasta que en mayo el director autorizaría su alta por estar “recuperada”.

Siete años después, en 1924, cuando su padre ya había muerto por “ataque al cerebro”, su hermana mayor, Elena, fue al manicomio a internar a Elisa, para entonces, con 49 años. Como en las anteriores ocasiones, entró al Pabellón de Tranquilas, pero observamos lo que fue un parteaguas en su internamiento: los doctores identificaron que la enferma estaba aquejada por psicosis maniaco-depresiva, un cuadro cuyos síntomas se irían recrudeciendo con el tiempo. Los médicos aún defendían la hipótesis de que había enfermado a causa de sus antecedentes paternos y maternos. A comparación de los anteriores interrogatorios, en este se nos describe detalladamente la conducta y acciones por las cuales se optó por reingresar a Elisa:

Empezó a estar enferma por 4ª vez hace como 5 meses. Ha presentado: insomnio, cefaleas, crisis, excitación interna llegando a golpear a sus familiares; se desnuda, rompe la ropa, se sale días enteros a la calle; recoge en la calle toda clase [de] basuras; le da por hacer toda clase de negocios en la que pierde el dinero; empieza un negocio hoy y ya para mañana emprende otro sin acordarse del anterior; dice ser novia del algún hombre desconocido, come mucho. Con frecuencia las respuestas no concuerdan con la pregunta que se le hace. Es muy distraída.

Pese a que su diagnóstico había sido actualizado, uno de los doctores a su cargo afirmó que la valoración de psicosis histérica era rigurosamente exacta, sin embargo, aceptaba la existencia de psicosis maniaco-depresiva dentro de la enfermedad de la paciente, porque:

(...) teniendo en consideración, la forma, duración y demás caracteres de la crisis, puesto que se la inicia primero con un periodo de excitación que aumenta paulatinamente para decrecer llegado a veces a simular una cura que justifica su

exinternación; la vuelta a las relaciones familiares y hasta la dedicación a alguna labor, comercio u otras labores, que desempeña con cierta eficiencia, hasta que de manera inesperada, empieza a cometer torpezas tales que hacen indispensable quitarla del medio social otra vez. Esta sucesión de fenómenos patológicos mentales creemos que más bien corresponden a la psicosis maniaco-depresiva, sin negar que este proceso morboso se desarrolla en un terreno eminentemente histérico.

Es decir, en el gran esquema de las cosas, se le diagnostica psicosis maniaco-depresiva a partir de un cuadro de histeria. En este internamiento los accesos de excitación se volvieron más recurrentes y usualmente se desencadenaban después de ver a su hermana. Aún con eso, el 22 de abril de 1925, Elena le comunicó al director que Elisa deseaba salir, por lo que quedaba atenta a la opinión de los médicos de si esto era posible. Tras esta consulta, se registró la salida de la paciente el 30 de abril del mismo año.

En 1927, Elisa regresa al manicomio al departamento de no pensionistas -inmediatamente después, es transferida al Pabellón de Pensionistas, en calidad de pensionista de gracia-, llevada por Elena. Presentaba numerosos golpes y heridas en el cuerpo, en su boleta de admisión consta que, en el transcurso de esos años, padeció de sífilis, se volvió alcohólica -“diario bebe aguardiente”- y fumaba. Durante la observación, Elisa se notó desorientada en tiempo y lugar, estaba en estado de excitación, sufría de impulsos psicomotores y hacía declaraciones *falsas*, a juicio del médico que la recibió: «“Estoy embarazada, me junté con un hombre y tengo un hijo de él. (No sabe el nombre de su marido). “Mis hermanas me robaron mi herencia”»». El diagnóstico de psicosis maniaco-depresiva persistió.

En el curso de esta estancia -que fue la más larga hasta 1933-, Elisa tuvo un comportamiento más violento y alterado que otrora, según su expediente: amenazaba a sus hermanas sobre ir a ahorcarlas, mentía, injuriaba a quienes la iban a ver, agredía al personal, se rasgaba la ropa, atacaba verbal y físicamente a sus compañeras, tenía impulsos psicomotores, sufría de insomnio y rompía el mobiliario. Estos episodios erráticos llegaban a extenderse por semanas, pero siempre terminaban por cesar y, cuando esto ocurría, la paciente se dedicaba a los trabajos manuales, los talleres y las clases, estaba completamente tranquila e insistía con querer volver a su casa, pero más relevante aún: declaraba no recordar lo que había hecho en sus periodos de excitación.

La alternancia entre excitación y pasividad fue la constante en el caso de Elisa, esto desató diferencias entre las opiniones de los profesionales, quienes no se ponían de acuerdo si Elisa estaba preparada para la vida en el exterior: por un lado, algunos insistían sobre la urgencia del alta, mientras que otros se oponían, argumentando que su comportamiento alterado no sería óptimo para estar fuera.

Poco importó la opinión de algunos médicos y la resistencia de las hermanas de Elisa, pues, en 1933, cuando aún tuvo recurrencia en sus excitaciones y actitudes violentas, el Director de La Castañeda presionó a Elena para que recogiera a su hermana: en marzo de ese año Elisa había vuelto a ser enviada al Pabellón de Peligrosas por “agitada y agresiva” y fue transferida al de Tranquilas apenas en julio, tan sólo un mes después (agosto), Elena enviaba una misiva pidiendo saber por qué la presionaban para que solicitara el alta de su hermana. Así, en un estado inestable, Elisa Molina abandonó el manicomio en noviembre de 1933, a solicitud de Elena, para no volver.

Es muy posible que en esta decisión haya influido la posición de la Beneficencia Pública, de la que dependía la institución, en el sentido de externar al mayor número de pacientes por la sobrepoblación del manicomio. Desde 1920 la población del manicomio empezó a incrementar, pero en 1930 la situación ya se tornaba grave: de acuerdo con Cristina Sacristán, los años más críticos de los ingresos masivos se dieron en 1932 y 1944. Aunque Samuel Ramírez Moreno fue quien incursionó en las medidas para desahogar el sobrecupo, puesto que durante su cargo había casi dos mil pacientes, entre 1932 y 1933, Manuel Guevara Oropeza, director del establecimiento, fue quien implementó medidas más rigurosas: en vista de que no podían negarse a aceptar más internos -puesto que la Beneficencia Pública había rechazado la propuesta-, se reformaron los procesos de admisión y alta, la apertura de un consultorio de atención psiquiátrica de modalidad ambulatoria, la inauguración del Pabellón Central y la apertura de hospitales-granjas en el campo.⁸⁰

2.2 El espacio: ¿qué fue el Manicomio General?

Si hubiera que definir al Manicomio General en pocas palabras, tendríamos que recurrir a la definición de Teresa Remartínez: La Castañeda “se ha visto como la

⁸⁰ Sacristán, “La medicalización de la locura”, 2022, pp. 296-301.

culminación de una idea decimonónica basada en la modernidad, el progreso y la civilización”.⁸¹ Sin embargo, no basta con esto para mostrar la gran variedad de matices que se observaron en la institución a lo largo de su historia.

Para hablar de La Castañeda es preciso remontarnos a sus predecesores directos: el Hospital del Divino Salvador para mujeres dementes y el Hospital de San Hipólito para hombres dementes. En una primera revisión, parecería que la aparición del manicomio fue debida a la divergencia de sus propósitos con respecto a los del Divino Salvador y San Hipólito. Nacidos durante la colonia, ambos hospitales fueron impulsados, principalmente, por la necesidad religiosa de ayudar al prójimo por medio de fundaciones o auxilios filantrópicos. Limitando el contexto al Hospital del Divino Salvador, este vio la luz en 1687, cuando

la señora Sáyago solicitó a su esposo permiso para recoger y albergar en casa a su prima María de la Concepción, quien por haber perdido la razón vagaba por las calles sin cuidado alguno. Posteriormente fueron recogidas Beatriz de la Rosa y Francisca Osorio, ambas mulatas dementes. A partir de entonces la casa de los Sáyago, situada frente a la iglesia de Jesús María, sirvió de abrigo a este tipo de enfermas.⁸²

El motor de la operación era ofrecer apoyo a las desamparadas, y, ocasionalmente, proteger a la sociedad de conductas consideradas peligrosas o inmorales. El Divino Salvador se posicionaba como el lugar al que llegarían mujeres *locas* que requirieran de cuidados especiales, tanto por su condición como por la carencia de ayuda de otras personas o por la incapacidad de sus cercanos por hacerse cargo de la situación, como se analizó en el Capítulo I.

Pese a que los locos ya tenían estos lugares asignados para recluirse, el Divino Salvador y San Hipólito entraron en conflicto con los planes que el porfirismo tenía para el país: ambos hospitales eran la representación de lo pasado, del régimen antiguo que era necesario erradicar para poder divisar el futuro. Además, su ubicación céntrica -el Divino Salvador en Donceles y San Hipólito en la plaza de San Fernando- resultaba inapropiada para los enfermos, puesto que las condiciones del centro de la ciudad eran adversas para su curación.

Las nuevas generaciones de psiquiatras mexicanos habían bebido de las teorías y tratados europeos -principalmente de los franceses-, en los cuales se explicaba la influencia del espacio en el tratamiento de los enfermos, por tanto se volvió una necesidad creciente una nueva composición de los espacios para obtener

⁸¹ Remartínez, “Las familias como usuarias”, 2018, p. 56.

⁸² Villa Guerrero, “El Hospital del Divino Salvador”, 2008, p. 145.

resultados positivos de la terapéutica. Por ejemplo, previo al proyecto de La Castañeda, el médico Miguel Alvarado, quien asumió la dirección del Divino Salvador en 1860, ya había comenzado a introducir medidas para modernizar la estancia y el tratamiento de los pacientes; los tres ejes sobre los que encaminó su plan fueron los ya vistos: “moral, higiénico y terapéutico”.⁸³ Aparte de implementar actividades recreativas y nuevos métodos de curación,⁸⁴ el espacio adquirió un papel fundamental, pues este tenía que estar acondicionado con todo el equipo indispensable para satisfacer las necesidades especiales de la comunidad.⁸⁵

Uno de los cambios más llamativos dentro del Divino Salvador fue la remodelación del edificio: desde el color y la textura del piso de las habitaciones para inducir a ciertos estados anímicos, la iluminación, la adquisición de mobiliario como mesas para el comedor, un aparato electromagnético para la detección de las patologías, hasta la construcción de una sala con baños de agua fría y caliente para las hidroterapias y, especialmente para los médicos, un anfiteatro donde profundizarían sus conocimientos al realizar estudios anatomopatológicos y autopsias.⁸⁶

No bastaron los esfuerzos de Alvarado por mantener a la vanguardia al Divino Salvador. El porfiriato necesitaba su propio proyecto donde convergieran los ideales de progreso, higiene y moral renovada,⁸⁷ para así tener un emblema tangible de los esfuerzos del régimen por conformar sujetos sanos, *normales*, trabajadores y cuya moral fuera apta para integrarse a las actividades productivas. El nuevo complejo debía tener todos los requerimientos para articularse con el programa de ingeniería social, implementado durante el porfiriato y que perduró después de la Revolución, el cual, además de incluir el precepto de formar individuos sanos

⁸³ Villa Guerrero, “El Hospital del Divino Salvador”, 2008, p. 148.

⁸⁴ Por ejemplo, se designó una sala para realizar las hidroterapias; la implementación de obras con tóteres y conciertos; uso de purgantes, antiespasmódicos, revulsivos y baños fríos.

⁸⁵ Villa Guerrero, “El Hospital del Divino Salvador”, 2008, p. 148.

⁸⁶ Villa Guerrero, “El Hospital del Divino Salvador”, 2008, pp. 148-149.

⁸⁷ El proyecto sanitario nacional o, mejor conocido como, higienismo se constituyó como uno de los programas más prominentes de la época, compuesto por reglamentos de salud, campañas y códigos sanitarios. Para 1887, el Consejo Superior de Salubridad informó que la mortalidad infantil era muy elevada, al mismo tiempo que el promedio de vida apenas se elevaba a los 27 años, por tanto preservar la salud y condición física de la población se tornó en un asunto prioritario, ya que estos mismos habitantes eran el capital principal para comenzar la construcción de un país modernizado. De esta forma, se conjuntaron los discursos de la medicina, la jurisprudencia y la política educativa para reformar el pensamiento social, a partir de “vulgarizar los preceptos higiénicos desde la primera infancia (e incidir) en el aire, la habitación, la limpieza doméstica, los vestidos y la limpieza del cuerpo, los alimentos, los condimentos, las bebidas, el ejercicio, el recreo, el descanso, el sueño, las pasiones y el ánimo”. Véase Olivier, “Higiene corporal”, *Revista Digital de Psicología Iztacala*, junio de 2009; García, “Economía, medicina y farmacia”, 1878, p. 22.

físicamente y productivos para conseguir un desarrollo económico óptimo, apuntó a conformar una “educación sentimental”.⁸⁸ De acuerdo con Oliva López, la *cruzada civilizatoria* emprendida por el gobierno conllevó encasillar los comportamientos y expresiones en dos grandes clasificaciones: aceptables y no aceptables, también conocidos como *degenerados*.⁸⁹

Así, en vísperas del movimiento revolucionario, el 1 de septiembre de 1910, el Manicomio General La Castañeda abrió sus puertas al público como parte de las fiestas del Centenario de la Independencia.⁹⁰ El gran y moderno complejo arquitectónico, cuyo diseño estuvo en manos de Porfirio Díaz Ortega -hijo del entonces presidente Porfirio Díaz-, extendía sus 144,000 metros cuadrados a través de las tierras de la hacienda homónima, que otrora perteneció al presidente Martín Carrera, en el pueblo de Mixcoac,⁹¹ lugar elegido por su localización ideal con respecto a la ciudad: estaba lo suficientemente alejado para asegurar el descanso, la paz y la completa desconexión de los pacientes de los estímulos exteriores, los cuales se creía que los mantenían ciclados en la enfermedad, como fue el caso de Elisa, cuyos médicos insistían en que el contacto con sus familiares -el estímulo exterior- disparaba sus estados de excitación, ya que se mantenía tranquila en tanto no estuviera cerca de ellos, puesto que Elisa podía tener periodos muy largos de permanecer en estado sosegado, pero cuando recibía visitas de sus parientes -sobre todo de su hermana Elena- se disparaban sus arrebatos de excitación. Igualmente, su lejanía con respecto al núcleo urbano, procuraba la seguridad de los capitalinos, pero no se encontraba tan distante como para imposibilitar el acceso.

El modelo arquitectónico de La Castañeda siguió la propuesta del psiquiatra francés Jean-Étienne Esquirol,⁹² la cual descansaba sobre cuatro pilares fundamentales:

- a. Separación entre sí de las secciones por medio de patios centrales, b. Existencia de una galería que uniera al conjunto de las secciones para una mayor funcionalidad, c. Tres hileras de edificios, a izquierda y derecha de los pabellones centrales, los cuales albergarían a los hospitalizados, la administración y servicios; a su vez, cada hilera de edificios laterales se

⁸⁸ López Sánchez, “El alma mexicana”, 2019, p. 49.

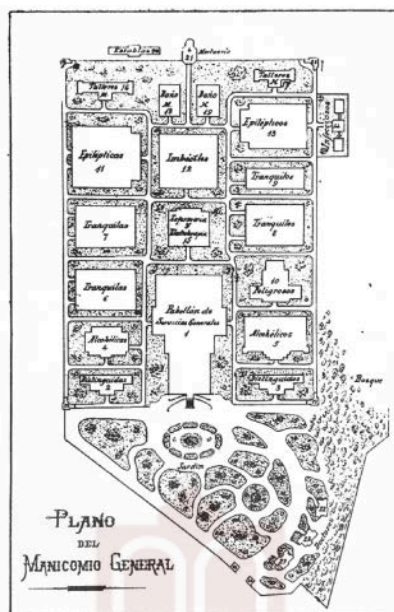
⁸⁹ López Sánchez, “El alma mexicana”, 2019, p. 49.

⁹⁰ Remartínez, “Las familias como usuarias”, 2018, p. 56.

⁹¹ El general Martín Carrera (1806-1871) fue presidente de México por unos cuantos días en 1855. Véase Ríos Molina, “La locura durante la Revolución”, 2007, p. 7.

⁹² Esquirol, discípulo de Philippe Pinel, hizo importantes aportaciones al tratamiento moral y, sobre todo, profundizó la clasificación de locuras propuesta por Pinel, a las que especificó que existían diferentes encarnaciones de las enajenaciones.

destinarían a hombres y a mujeres, d. Debía ser construido a las afueras de la ciudad, preferiblemente en la ladera de una montaña, para que los internos tuvieran una agradable vista y no tuvieran la sensación de encierro.⁹³



Plano del Manicomio General. Fuente: Genaro García, *Crónica oficial de las fiestas del primer centenario de la independencia de México*, México, Talleres del Museo Nacional, 1911, p. 111.

Como podemos observar en el Plano del Manicomio, La Castañeda estaba diseñada con un núcleo operativo que era el Pabellón de Servicios Generales, del cual se extendían diversos brazos que terminaban por conectar todo el complejo que se dividía en dos alas -excluyendo la central- que separaban a los hombres de las mujeres; a su vez que cada pabellón estaba rodeado de amplios jardines donde los enfermos podrían recrearse y disfrutar de un ambiente natural. Según el proyecto arquitectónico, la disposición del espacio aseguraba el completo funcionamiento del manicomio, una mejor movilidad, el control de los doctores y, quizá lo más importante, un ambiente propicio para la terapéutica y recuperación.

De acuerdo con el Artículo 15 del Reglamento del Manicomio General, el primer filtro por el que se dividía a los enfermos era según su calidad: primero, los libres y, segundo, los presos, esto lo determinarían las autoridades competentes. El siguiente filtro -que interesa a este análisis- fue en razón de la capacidad económica: pensionistas de primera, segunda y tercera clase, y asilados asistidos gratuitamente.⁹⁴

⁹³ Ríos Molina, "La locura durante la Revolución", 2007, pp. 42-43.

⁹⁴ AHSS, fondo MG., sección Adm., caja.1, expediente 4, 1923-1967.

Elisa se mantuvo en calidad de libre en todas sus estancias, sin embargo estuvo oscilando entre pensionista de tercera y segunda clase, llegando a estar en ocasiones en las asistidas gratuitamente -en periodos muy breves-, cuando su hermana Elena tramitaba su pase a pensionista de gracia; asimismo, debido a sus cambios de ánimo, Elisa pasó del Pabellón de Tranquilas a Agitadas de forma frecuente. Esto nos demuestra, los principios de especialización que había en La Castañeda.

En síntesis, La Castañeda fue concebida como el más grande albergue de quienes se conocerían como los *locos* de la época. En sus pabellones se pasearían una variopinta gama de los personajes más excéntricos del momento:

enfermos mentales, alcohólicos, sifilíticos, ancianos dementes, epilépticos, militares con traumas de guerra, jovencitas histéricas, lesbianas, heroinómanos, fumadores empedernidos de marihuana, peleadores callejeros, hombres de negocios melancólicos frente a la bancarrota, niños con retraso mental y no podía faltar quien se creyera Napoleón Bonaparte o Benito Juárez.⁹⁵

El Manicomio General fue la respuesta moderna a una problemática que no hizo más que ir en aumento: apenas iniciadas sus funciones, 779 internos pasaron a habitar los pabellones del nuevo recinto,⁹⁶ sin embargo, ya para fines de los años cuarenta, la población pasó a ser de 3,800 pacientes, superando su capacidad máxima proyectada para 1,300 pacientes.⁹⁷

Pese a que, pasado el tiempo, se hicieron más evidentes las condiciones de sobrepoblación, hacinamiento e insalubridad, en sus primeros momentos “fue considerado por las élites como un incuestionable signo de modernización en materia de atención psiquiátrica, que garantizaba un lugar para México a la «altura de los países avanzados»”,⁹⁸ y es que no sólo pretendió proveer a los enfermos mentales de los cuidados que sus cercanos no podían darles, sino que estaba pensado para curarlos de sus dolencias y, de esta forma, reintegrarlos a las actividades productivas que harían de México la nación moderna prometida.

2.3 Diagnósticos ¿irrefutables?

⁹⁵ Ríos Molina, “La locura durante la Revolución”, 2007, p. 8.

⁹⁶ Ríos Molina, “La locura durante la Revolución”, 2007, p. 7.

⁹⁷ Ríos Molina, Sacristán, Ordorika, López, “Los pacientes del Manicomio”, 2016.

⁹⁸ *Ibidem*.

Para hablar de diagnósticos de trastornos mentales, quizás, un buen punto de partida sería determinar las causas de su aparición. No obstante, en el momento que Elisa llegó a La Castañeda, no estaba definido un examen *per se* para descifrar dicha información, así que los médicos tomaron ideas de diferentes corrientes para intentar desentrañar los orígenes de las patologías. Las pistas para saber qué elementos tomaron en cuenta los especialistas para trazar la etiología de las enfermedades las hallamos, inicialmente, en los interrogatorios hechos al ingreso de la paciente.

Ya desde el primer interrogatorio de Elisa, llama la atención el apartado dedicado a los datos relativos a los padres. Además de especificar las referencias básicas, como lo eran sus nombres y edad, se requería registrar qué enfermedades habían padecido, su “grado de educación, inteligencia, carácter y costumbres” y sus hábitos viciosos. Hacia el final del documento aparece la pregunta explícita: “¿A qué causa se atribuye su enfermedad?”. En el interrogatorio de 1914, el médico a cargo -no se conoce su nombre- considera el alcoholismo del padre; su opinión es confirmada por el doctor que atiende a Elisa en 1924, quien responde a la misma pregunta con un lacónico “a la herencia”.

Estas preguntas y respuestas no son ninguna casualidad, en realidad debemos apuntar sus antecedentes en el degeneracionismo. Para la segunda mitad del siglo XIX, la proliferación imparable de pacientes psiquiátricos, dentro de los manicomios en Europa, incrementó las dudas en torno a la efectividad del tratamiento propuesto por Philippe Pinel y secundado por su alumno, Esquirol -este se explicará a profundidad más adelante-; el desencanto por no haber descubierto la cura definitiva para la locura, llevó a una época de pesimismo terapéutico, periodo en que se desarrollaron teorías para responder el porqué los esfuerzos de la psiquiatría no daban frutos y los manicomios se masificaban.

En este adverso clima, nace el degeneracionismo que le quitaba toda responsabilidad al gremio médico y ponía el acento en los propios pacientes y, en muchos casos, en su ascendencia. En 1857, se publicaba *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce* o, más conocido en español como, *Tratado de la degeneración* escrito por el psiquiatra francés Bénédict Morel, quien ejercía como médico en jefe del asilo de alienados en

Saint-Yon.⁹⁹ Su cercanía con los enajenados le permitió entender la urgencia por desarrollar una terapéutica más atinada, la cual incluyera herramientas para identificar precisamente los trastornos y sus orígenes.

La respuesta principal de Morel a la cuestión de por qué ciertos sujetos eran propensos a padecer trastornos mentales fue la herencia: los individuos degenerados tendían a formar grupos y familias con iguales características -desvío del comportamiento normal y sano- que, eventualmente, llevaban a la extinción.¹⁰⁰ Si bien, bajo el principio degeneracionista, la transmisión de las enfermedades mentales se daba de padres a hijos, Morel sostuvo que había un grupo de degeneraciones reversibles, podían ser prevenidas o curadas gracias a medidas higiénicas; por otro lado, las incurables se propiciaban “después de varias generaciones de alienados”.¹⁰¹

Entre las causas intoxicantes identificadas por Morel se erigía el alcoholismo por sobre las demás,¹⁰² ya que fue considerada una afilada amenaza “que provoca las formas de degeneración más graves y radicales”.¹⁰³ Si bien se señala que la madre de Elisa padeció de ataques histéricos -de acuerdo con el médico José Alfaro, encargado de redactar la historia clínica, este dato lo pudieron comprobar por informes privados que le hizo llegar la familia- que pudieron influir en el estado de su hija, en realidad se hace hincapié en que la ingestión desmedida de alcohol por parte del padre fue la que predispuso la enfermedad en Elisa; además, para el interrogatorio de 1927, se indica que Elisa bebía aguardiente todos los días y fumaba -en los años previos, consta que Elisa no presentaba “vicios” de ningún tipo-.

La vigilancia en torno al alcoholismo halló terreno fértil en México gracias al programa higienista, el cual consideró al alcohólico “como un «degenerado» que amenazaba el proyecto de nación, razón por la cual intensas campañas mediáticas fueron consideradas como herramientas para eliminar este hábito”.¹⁰⁴ El alcoholismo, así, seguía teniendo un peso preeminente a la hora de realizar los

⁹⁹ Morel, *Traité des dégénérescences*, 1857.

¹⁰⁰ Morel también describió la degeneración por intoxicación (causas climáticas), por el medio social (por actividades industriales, la miseria y las profesiones insalubres), por inmoralidad (degeneraciones físicas que devienen en males morales), por enfermedades congénitas o adquiridas en la infancia.

¹⁰¹ Caponi, “Para una genealogía”, 2009, p. 430.

¹⁰² Morel, *Traité des dégénérescences*, 1857, p. 6.

¹⁰³ Caponi, “Para una genealogía”, 2009, pp. 430-431.

¹⁰⁴ Ríos Molina, Sacristán, Ordorika y López Carrillo, “Los pacientes del Manicomio”, 2016, p. 136.

diagnósticos: si los padres era dipsómanos, sus hijos tenderían a padecer del mismo mal u otros trastornos -ya para entonces el alcoholismo entraba en la categoría de “enfermedad mental”, incluso tenía un pabellón exclusivo en La Castañeda-, pervirtiendo la estirpe más y más de generación en generación.

No podemos asegurar que los médicos a cargo de analizar a Elisa hubiesen comulgado con las ideas de Morel o con el degeneracionismo en general, pero fue una teoría muy influyente en México en el siglo XIX, época en la que se formaron los primeros médicos de La Castañeda, asimismo preguntas y respuestas nos abren la ventana a observar cómo la influencia degeneracionista se expresó en la práctica psiquiátrica mexicana. Aunque dentro de La Castañeda no hay registros de prácticas degeneracionistas ligadas únicamente a identificar la proclividad a la *degeneración* por los estigmas físicos -el color de la piel, el tono del cabello, la diferencia de los ángulos faciales, la estatura y, sobre todo, en la forma del cráneo, la cual fue analizada por la frenología-,¹⁰⁵ sí observamos su influencia en uno de los argumentos fundamentales para realizar las valoraciones: el dominio de la herencia por sobre los factores externos.

Ahora bien, profundicemos en los diagnósticos mismos. Como se mencionó en el resumen de caso, en el acercamiento inicial a Elisa, los médicos particulares, que firmaron el certificado indispensable para su admisión en 1914 -referidos únicamente como RN Ramírez y H.-, determinaron un cuadro de *locura intermitente* que, más adelante, se enlazaría con el dictámen final de psicosis maniaco-depresiva. Uno de los especialistas en lengua española que explicó la locura intermitente fue el psiquiatra español Juan Giné i Partagás quien, en 1903, la definió como un estado constante de locura en donde había “intervalos lúcidos” o periodos de sanidad mental aparente. Si los intervalos lúcidos eran de corta e irregular duración y pasaban a accesos “alternativamente de una forma de agitación (manía) á otra de depresión (melancolía), resulta la locura llamada circular ó de doble forma”,¹⁰⁶ es importante resaltar que una de sus características fue que no presentaban un deterioro de las facultades.¹⁰⁷ La definición de locura circular sería el antecedente directo de la psicosis maniaco-depresiva.

¹⁰⁵ Morel, *Traité des dégénérescences*, 1857, p. 6.

¹⁰⁶ Giné i Partagás, “Curso y terminaciones”, 1903, p. 275.

¹⁰⁷ Ríos Molina, “La locura durante la Revolución”, 2007, p. 98.

Si bien la intención del presente trabajo no es refutar ni reafirmar el dictámen médico impuesto a Elisa, sí podemos señalar que los profesionales pudieron identificar en las acciones de la paciente ecos de lo que se describía como locura intermitente en los tratados. Sobre todo si se basaban en los testimonios del padre, quien relataba la aparición y desaparición de accesos de *locura* en periodos irregulares; además, el propio reconocimiento de Elisa cuando, a su entrada, declaró que “realmente se sentía mal”, encajaba su perfil dentro del parámetro de no tener un deterioro de sus facultades y, a su vez, esto mismo convergía con la sintomatología.

Por su relación directa con la locura intermitente, antes de adentrarnos en el diagnóstico histórico, se explicará qué fue la psicosis maniaco-depresiva. Para 1924, el médico que redacta la boleta de admisión de Elisa -cuyo nombre no figura en el documento- acota el diagnóstico que, hasta entonces, se había descrito como psicosis histérica en general, a psicosis maniaco-depresiva, opinión secundada por el doctor José Alfaro, médico del manicomio, quien siguió sin descartar el cuadro histórico. Para este año ya había sido instituido en México el paradigma de las *enfermedades mentales* propuesto por el psiquiatra Emil Kraepelin, de la escuela de la nosología alemana. Bajo este modelo, las enfermedades mentales se entendieron

como el desajuste del sistema nervioso que podía ser resultado de los trastornos en la percepción, la memoria y el juicio. Estos cambios podían estar acompañados de alucinaciones y modificaciones en las actividades voluntarias y expresiones morbosas de las emociones que alteraban la personalidad mental, características exclusivas del individuo.¹⁰⁸

La de Kraepelin nació tras años de que la clasificación predominante entre el gremio había sido la de Philippe Pinel, reformulada por discípulos como Esquirol. El médico francés a pesar de haber nombrado cuatro tipos de locura -manía, melancolía, idiotez y demencia- partía del principio de que todas pertenecían a una unicidad que era la alienación mental; aunque Esquirol intentó ampliar el esquema, especificando que existían diferentes encarnaciones de las enajenaciones -como lipemanía o erotomanía-, en realidad nunca difirió del modelo primigenio de la psicosis única, *ergo* todas las patologías debían entrar en alguna de las cinco formas.¹⁰⁹

¹⁰⁸ López Sánchez, “El alma mexicana”, 2019, p. 1.

¹⁰⁹ Caponi, “Para una genealogía”, 2009, p. 428.

Retomando a Kraepelin, el reconocimiento de la existencia de diferentes enfermedades mentales con características únicas y descripción propia, le permitió a Kraepelin analizar un *género de locura* que se manifestaba por accesos de duración indefinida, los cuales se caracterizaban “por dos períodos regulares uno de excitación y otro de depresión”;¹¹⁰ la descripción evoca a los síntomas de la locura intermitente. Pese a que otros psiquiatras habían intentado clasificar y nombrar esta patología, a juicio del médico mexicano Roberto Portilla Velázquez, no fue hasta que llegó Kraepelin que logró puntualizar de qué se trataba:

Kraepelin (...) reunió todos los estados periódicos de excitación y de depresión en un solo grupo, no vio en todos ellos más que variedades clínicas de una misma vesania: la psicosis maniaco-depresiva.¹¹¹

En su tesis de Medicina publicada en 1927, Portilla ahondó en este tipo de psicosis y detalló especificidades trascendentales para este caso. Señaló que durante los periodos de agitación el “instinto de reproducción se encuentra igualmente hiper-excitado” y las mujeres “pierden por completo el pudor, su lenguaje es obsceno. Se libran a la masturbación o se entregan al primer hombre que se les presente”;¹¹² frecuentemente *inventaban* historias e intentaban contárselas a cuantas personas pudieran, inclusive si no las conocían “sin tener en cuenta las conveniencias y usos sociales”, esta habilidad *imaginativa* les permitía también escribir textos y cartas extensas “llenos de figuras simbólicas, de signos cabalísticos”; aunado a lo anterior, tendían a mentir y, además, ofender a sus allegados; cuando el enfermo estaba en estado de excitación continua “danza, salta, grita, sus vestidos se encuentran en completo desorden, desgarrados. Si sus manos están libres rompen todo lo que está a su alcance”; y, finalmente, presentaban una desorientación general, sin reconocer a las personas cercanas a ellos y, en ocasiones, ni siquiera recordaban el lugar en el que se hallaban.

No es el objetivo de esta investigación determinar si Elisa padecía o no de una enfermedad mental, ni refutar la opinión de los médicos que la atendieron, sin embargo tras leer el trabajo de Portilla y compararlo con las descripciones presentes en el expediente, resulta verosímil especular que fueron estos mismos parámetros a los que recurrió el cuerpo médico que atendió a Elisa para determinar una psicosis maniaco-depresiva. Partamos de los deseos de Elisa de casarse: pese a que en la

¹¹⁰ Portilla Velázquez, “Psicosis maniaco-depresiva”, 1927.

¹¹¹ *Ibidem*.

¹¹² *Ibidem*.

época se esperaba la disposición de las mujeres para casarse y cumplir la función reproductiva -además de las labores de crianza que venían implícitas a lo anterior-, con Elisa vemos que su ambición es tomada como un síntoma inconfundible de enfermedad, ¿por qué?

Elisa escribe en una epístola sin fecha: “Quise ser esposa y lo evitaron hoy seré de un congal”. Ella sabía sus deseos como indeseables por quienes la rodeaban, hasta donde llegan sus palabras, comprende el *querer casarse* como una aspiración punible en su contexto. No es para menos esta información, sobre todo cuando traemos a escena el estado conyugal de sus hermanas: de las tres que aún vivían -al momento en que escribió esas palabras-, tenemos plena certeza que dos de ellas se mantuvieron solteras -al menos hasta la salida de Elisa- y al cuidado de la madre y de su hermana enferma; al menos en su entorno familiar, que las hijas no contrajeran matrimonio no era un fenómeno ajeno, volviendo las intenciones de Elisa las verdaderas irruptoras en las dinámicas conocidas. Sumado a que la forma de conseguir sus ambiciones no era la *moralmente correcta*.

El problema principal del querer ser esposa radicaba, quizás, en la forma de abordarlo: no se limitaba a expresar su objetivo, sino que Elisa salía de su casa en busca de “un hombre que le haga un niño”, según responde Elena en el interrogatorio. Elisa hace insinuaciones atrevidas acerca de su sexualidad y hace todo lo que está en sus manos para llevarlas a la realidad; contrario a lo esperado de una *dama*, no suprime sus características naturales en favor de las *buenas costumbres*. Phyllis Chesler declara que aquellas mujeres dispuestas a desafiar el rol femenino son más propensas a ser castigadas por su audacia, siendo el manicomio el espacio donde se proporcionan esas sanciones,¹¹³ esta premisa no hace más que reforzar la aseveración de Elisa.

Aunque el modelo típico de los estudios de la psiquiatría desde la perspectiva de género nos indica que, a partir del establecimiento de la psiquiatría moderna, “ajustarse al rol «femenino» fue la medida de la salud mental femenina y el progreso psiquiátrico”,¹¹⁴ para el caso de Elisa no sería acertado utilizar las mismas teorías propuestas por este paradigma, ya que Elisa sí quería ceñirse al ideal femenino, pero, como ella misma dice: “Quise ser esposa y lo evitaron”. Lo que podemos observar aquí es que aunque existe el deseo, la persona no es percibida

¹¹³ Chesler, “The mental asylum”, 2018.

¹¹⁴ *Ibidem*.

como sujeto con las aptitudes necesarias ni para ser esposa ni madre. Entonces, tanto su familia -al enviarla al manicomio y mantenerla ahí, por temor a que cumpliera sus cometidos- como el mismo aparato psiquiátrico -al someterla a tratamiento y reconociendo en sus deseos un signo de síntoma-, le quitan a Elisa el derecho de *ser mujer* -traducido en la posibilidad de formar una familia-, porque su comportamiento es una transgresión al rol de género mismo.

No obstante, Elisa no vulnera los preceptos de género ni activa ni conscientemente, esto, más bien, sucede de manera incidental a sus verdaderas intenciones. Además de los ejemplos ya dados, los doctores apuntan que, en 1927, durante un estado de excitación, Elisa dijo “Estoy embarazada, me junté con un hombre y tengo un hijo de él. (No sabe el nombre de su marido)”; la paciente presenta un anhelo ferviente de tener un esposo e hijos que son una de las historias de sus *delirios*. Si bien, hasta ahora se ha argumentado que las declaraciones de Elisa se insertaban en el entramado de la normatividad de género, no es porque ella activamente quisiera darle esa intención o sentido: Elisa sólo se hallaba manifestando un deseo muy arraigado, el cual, a causa de su naturaleza, terminaba por desafiar los modos esperados de una mujer.

La preocupación médica por la posibilidad de las mujeres insubordinándose a su rol asignado encontraba sus orígenes en la teoría de la degeneración, la cual añadió la sexualidad femenina a su repertorio para emitir sus veredictos en torno a la génesis de sus *locuras* y sus remedios. De acuerdo con la teoría degeneracionista, el cuerpo femenino es uno atravesado por sus procesos biológicos y sexuales, los cuales, además de volver más débil a la mujer, la hacían propensa a las enfermedades mentales, en especial porque procesos como la menstruación desataban cambios de humor “irracionales”, así eran empujadas hacia actúares erráticos o fuera de la *normalidad* que las convertían en seres poco confiables y, en no pocas ocasiones, podían llegar a padecer accesos de locura.¹¹⁵

Retomando el proyecto porfirista, la mujer estaba destinada a promover, desde los cuidados del hogar, los sentimientos sociales que cohesionaban a los ciudadanos, ella era el corazón de México;¹¹⁶ la presencia de una mujer *masculinizada*, cuyos rasgos se definían por la agresividad, un mal vocabulario, los *vicios* -ya fueran desde beber alcohol hasta salir con sus amigos-, que expresara un

¹¹⁵ Basaglia, *Mujer, locura y sociedad*, 1985.

¹¹⁶ López Sánchez, “La superioridad moral”, 2019, p. 87.

fuerte deseo sexual o no fuera contenida en su comportamiento, era una amenaza tanto para sí misma como para los otros. Era el “ser mujer” lo que se ponía en riesgo.¹¹⁷

Desde 1914, en su interrogatorio, se apuntaba que Elisa otrora había sido de carácter tranquilo, empero, la razón de su entrada al manicomio fue porque se había tornado violenta y sus familiares ya no estaban en poder de controlarla; mientras más tiempo pasaba dentro de La Castañeda, los médicos notaban que Elisa podía pasar por periodos de tranquilidad que se extendían por meses hasta que, sin razón aparente, tenía un “acceso de excitación violenta” y “rompe la ropa, trata de quebrar los vidrios. Hoy rompió el recetario y agredió al personal del pabellón”, asimismo, se desnudaba, agredía a sus compañeras verbal y físicamente, no las dejaba dormir por pasar las noches hablando. Durante su periodo remitida, las hermanas detallaron las conductas que tuvo:

se sale días enteros a la calle; recoge en la calle toda clase basuras; le da por hacer toda clase de negocios en la que pierde el dinero; empieza un negocio hoy y ya para mañana emprende otro sin acordarse del anterior; dice ser novia del algún hombre desconocido, come mucho. Con frecuencia las respuestas no concuerdan con la pregunta que se le hace. Es muy distraída.

No sólo es que Elisa se ajustara a la descripción ofrecida por Portilla, presentándose en la época como una auténtica trastornada, sino que por su sintomatología se oponía al modelo de mujer y, además, al desear ser esposa y madre amenazaba tanto los ideales, como a la propia estirpe mexicana, pues su descendencia tendría una alta probabilidad de nacer con caracteres *degenerados*.

Ahora referiremos brevemente a la psicosis histérica. Antes de precisar la psicosis maniaco-depresiva, en el primer ingreso de Elisa, tras su paso por el Pabellón de Observación, se concluyó que la paciente estaba aquejada por la psicosis histérica. Realmente, los síntomas atribuidos a su histeria fueron los mismos que, posteriormente, fueron reconsiderados para plantear una posible psicosis maniaco depresiva: “Esta enferma es indiscutiblemente histérica (voluble, coprolática, mitomaníaca, ha sufrido crisis típicas, etc”); incluso la alternancia entre los periodos de excitación y tranquilidad fueron redactados como pruebas irrefutables de su histeria.

¹¹⁷ Basaglia, *Mujer, locura y sociedad*, 1985.

Entonces, ¿qué debemos entender por histeria? Si existió un diagnóstico universal, al menos en el mundo occidental, cuya sintomatología y etiología tuvieran límites difusos y que, casi, exclusivamente era femenino, tuvo que ser la histeria. Emprendió su camino desde Francia, específicamente desde el asilo para mujeres de Salpêtrière, donde el fisiólogo Jean Marie Charcot dedicó una parte de su vida al análisis de las histéricas.¹¹⁸ Si bien Charcot no fue el pionero en los estudios sobre histeria, fue él quien detalló los cuadros clínicos y propuso diferentes “parámetros” para identificarla. La característica más preeminente entre las histéricas fueron sus habilidades imitativas. Las enfermas manifestaban síntomas propios de otros trastornos, los cuales persistían y, súbitamente, estos cambiaban a un cuadro diferente.¹¹⁹

La histeria como enfermedad llegó a perder todo sentido o validez ya que no había un consenso acerca de sus signos o causas, los médicos nunca dieron una explicación concisa de *qué* se trataba en sí y sólo fue usada como el diagnóstico dado por defecto a una gran mayoría de mujeres.¹²⁰ A México llegó tras volverse una epidemia en Europa -sobre todo en Francia e Inglaterra-,¹²¹ la proliferación de estudios en aquel continente suscitó una ola de trabajos mexicanos, en los que la histeria se asociaba

con los reveses de la fortuna, amores desdichados, escuchar demasiada música, frecuentar el teatro, uso excesivo de perfumes, consumir de manera recurrente café, té, éter, cocaína y morfina, “los “excesos venéreos”, los “goces demasiado prematuros”, la masturbación, “demasiado amor al lujo y la ostentación”, y el exceso de trabajo intelectual”.¹²²

Como puede verse, el hilo conductor que une a todos los elementos anteriores es la modernidad. Los gustos y vicios modernos llegaron como una fuerza avasallante a México que amenazaban con destituir los valores, costumbres y tradiciones conservadoras. La histeria, entonces, era la representación del temor a que las mujeres se sintieran con la libertad de abandonar su rol asignado, que optaran por una vida *libre* -de cierta forma- y se olvidaran de los “trabajos propios de su sexo”.¹²³

Si bien La Castañeda no albergó a una gran población de histéricas, en razón de que se pensaba más como una enfermedad propia de las clases altas, Elisa sí

¹¹⁸ Ríos Molina, “La locura durante la Revolución”, 2007, pp. 106-107.

¹¹⁹ *Ibidem*.

¹²⁰ Caponi, Martínez y Hummel, “El sesgo de género”, 2023.

¹²¹ Gorbach, “El encuentro de un monstruo”, 2007.

¹²² Ríos Molina, “La locura durante la Revolución”, 2007, pp. 109-110.

¹²³ Gorbach, “El encuentro de un monstruo”, 2007.

llegó al Manicomio General y encajaba a la perfección dentro del molde de la *histérica*: como se presentó en el capítulo anterior, su familia estaba en una buena posición económica, era una mujer alfabetizada, escribía ávidamente textos llenos de figuras literarias, según ella misma nos cuenta, dentro del manicomio aprendió inglés -la institución ofrecía clases para los internos- y, en gran parte de sus cartas, insistía con gran emoción en sus aspiraciones por trabajar y obtener un ingreso propio, lo que se volvió una de las cualidades más sobresalientes de su personalidad.

No obstante, no nos ciñamos al perfil de Elisa. Tal como figura en su expediente, su madre sufrió ataque histéricos, sumados al ya analizado alcoholismo de su padre, pudo ser un dato trascendental para las observaciones que se le hicieron y determinar que, efectivamente, había heredado el trastorno. Es de igual relevancia tomar en cuenta que si la histeria se caracterizaba por imitar síntomas de otros trastornos, pudo considerarse que, en las fases iniciales, la enferma sólo estaba copiando los signos de la psicosis maniaco-depresiva bajo los cuales yacía una verdadera histeria.

Sin embargo, ¿dónde está Elisa dentro de estos posicionamientos? ¿Estaba consciente de que quienes la rodeaban la consideraban *loca*? Y de ser así ¿qué tenía que decirnos sobre eso? Para adentrarnos en el mundo interior de Elisa, ella misma nos deja unas palabras tajantes: “no consideran lo terrible que es estar entre tanta loca”. Aunque parezca breve, el identificar a sus compañeras, a las *otras*, como locas nos indica una plena consciencia de sí misma: Elisa tiene una noción propia de lo que es la locura y, más importante aún, de cómo se ve, lo cual le permite hacer una distinción entre ella y el resto de internas, con quienes no se identifica como igual, ya que le resulta abrumador tener que tolerar sus comportamientos *locos*, porque ella sí está *cuerda*.

Pero, ¿qué entiende Elisa por locura? De acuerdo con sus cartas, escritas en años diferentes, a partir de observar el comportamiento de sus compañeras, la paciente dictamina que las locas cantan en momentos inapropiados, pegan, se desnudan, se obsesionan con ciertos temas -como su amiga María que sólo habla de Nerón-. Estas actitudes, de hecho, las tenía la misma Elisa y fueron las alegadas por sus familiares y médicos para mantenerla internada, entonces, ¿por qué Elisa las nombraría también como síntomas característicos de enfermedad? Es muy arriesgado dar una razón con toda seguridad, no obstante podría deberse a que,

como lo aseguraban sus doctores, durante sus ataques de excitación perdiera la orientación no sólo del espacio y el tiempo, sino que igualmente de sus acciones y discursos, por lo que al regresar a su estado sosegado las olvidara y retomara su capacidad de discernimiento. Fuese como fuese, es notable que el estado de Elisa no era imposibilitante, es decir mantenía el juicio la mayor parte del tiempo, o al menos lo suficiente como para realizar disertaciones en las que evaluara el estado de quienes la rodeaban, que la hacían llegar a la conclusión de que si ella no se veía así, entonces no había razones para mantenerla encerrada, ya que son muchas las ocasiones en que ella solicita ser dada de alta por no estar enferma.

A partir del trato de los médicos y de las condiciones en las que se ve envuelta, Elisa ofrece su propia interpretación de lo que sucede consigo misma, desafiando al discurso médico conjunto con su autoridad y la supuesta objetividad que argumentan los profesionales para avalar la psiquiatría. El análisis al discurso de la paciente nos invita a repensar la relación entretejida entre el diagnóstico psiquiátrico y la propia perspectiva de la interna, reconociendo su capacidad de cuestionar y valorar los juicios que se generaban en torno a ella.

2.4 Condiciones de vida

Indudablemente, la sombra de la leyenda negra se cierne sobre las primeras instituciones psiquiátricas: maltrato, condiciones inhumanas y tratamientos brutales son algunos de los elementos que solemos relacionar con los manicomios, de los cuales no se salva La Castañeda. El Manicomio General nació en un contexto adverso que coartó sus posibilidades de convertirse en un establecimiento de primera clase. El inmediato inicio de la Revolución, tras su inauguración, le supuso importantes obstáculos para proveer las atenciones y recursos esenciales a los pacientes debido a la crisis social. En una carta no fechada -se presume que su redacción pudo haber sido durante los primeros años de internamiento de la paciente, debido a los temas abordados- Elisa escribe: “Carolina estando en este manicomio le doy parte que sufrí de hambre contagios desveladas prisión y desprovista de lo bueno”.

Aunque esto no es una apología a la institución, ya desde 1914, la ciudad de México, al ser el escenario principal de la lucha entre facciones, había empezado a resentir los estragos de la guerra reflejados en “la escasez de alimentos, la carencia de recursos económicos, la falta de acceso a servicios públicos y problemas

derivados de la insalubridad de los espacios”.¹²⁴ La venida de 1915 o “el año del hambre” no hizo más que empeorar lo que, ya de por sí, era una situación crítica: el arribo de los constitucionalistas a la capital trajo consigo grandes oleadas de migrantes de zonas rurales, en busca de alimentos que tampoco hallarían ahí, además el cuartel general de Obregón ordenó la prohibición del uso de papel moneda y determinaron el uso de nuevos billetes -sin ningún valor real- a raíz del alza de precios.¹²⁵

Que los sectores populares hayan sido los más azotados por la hambruna, no significa que fueron los únicos. La Castañeda al depender casi meramente de recursos públicos -que, en ese momento, no alcanzaban ni para detener la mortalidad por inanición en algunos estratos-, vieron su abastecimiento, si no suspendido, limitado. Ríos Molina hace una lista de las cifras más alarmantes de 1915:

De arroz se pidieron 528 kilos y se recibieron 92; de maíz se pidieron 528 kilos y no se recibió nada; de carne se solicitaron 3.529 kilos y se recibieron 3.434; de los 2.200 litros leche requeridos llegaron 552; se pidieron 35.200 piezas de pan piezas (*sic*) y se recibieron 27.350; de verdura 953 kilos y se recibieron 405 kilos. Además, se solicitó garbanza, pastas para sopa y chile, pero no les fueron suministrados.¹²⁶

La constante disputa por recursos perduró hasta la clausura del lugar, pero fue en sus primeros años cuando esta resultó más cruenta. La de Elisa, entonces, no era una experiencia aislada, no sólo dentro del manicomio, sino del resto de capitalinos: inclusive La Castañeda recibió gente sin estar aquejada por ningún tipo de vesania, cuyo solo objetivo era huir de la tremenda hambruna.

Los alimentos eran uno de los muchos obstáculos a los cuales se enfrentaría la institución. Los diarios amarillistas impulsaron una visión negativa en torno al lugar: “abusos, hacinamiento, hambre, enfermedades, infecciones, suicidios, muchos locos y pocos médicos” fueron algunas de las descripciones usadas para retratar el entorno que influyeron para menoscabar la reputación del manicomio.¹²⁷ Definitivamente en una institución tan sobrepoblada como La Castañeda se cuentan historias de excesos cometidos contra los asilados, no obstante no es la única versión a la cual remitirnos: los médicos se esforzaron por mejorar las condiciones y cómo se percibía el lugar al exterior, con el fin de legitimar a la psiquiatría y la

¹²⁴ Muro Hidalgo, “1915: tiempo de hambre”, 2023, p. 2.

¹²⁵ *Ibid*, p. 4.

¹²⁶ Ríos Molina, “La locura durante la Revolución”, 2007, p.173.

¹²⁷ *Ibid*, p. 7.

efectividad de los tratamientos. La preocupación de los doctores por la imagen del Manicomio General creció cuando los pabellones comenzaron a llenarse de pacientes crónicos, ya que reforzaban la imagen de *depósito de enfermos*, por lo que emprendieron planes para dar el alta al mayor número de internos posibles.¹²⁸

Una nueva generación de médicos, entre ellos Mathilde Rodríguez Cabo y Samuel Ramírez Moreno -ambos trataron el caso de Elisa-, se encargaron de profesionalizar la psiquiatría en el país. Entre sus acciones, Samuel Ramírez Moreno, quien fuera el director entre 1929 y 1932, retomó una de las directrices del tratamiento moral propuesto por Pinel:¹²⁹ la terapia ocupacional.¹³⁰ Una de las características de este método fue la humanización del paciente, ya no se le veía más como un sujeto irracional, ahora era un individuo con conciencia, a la que el doctor debía apelar para establecer un vínculo con el enfermo y conseguir su alivio.

La comprensión del paciente como una persona con juicio transformó su posición dentro de las instituciones psiquiátricas, pasó a una que lo hacía merecer un trato respetuoso, como ocurrió en el caso de La Castañeda desde un momento muy temprano. Los médicos, partiendo de este principio, se abocaron a la empresa “por mejorar la calidad de vida de los internos, por evitar los atropellos, fomentar la aplicación del Reglamento”, lo cual se vio más claramente con las reformas hechas al edificio, entre las cuales se arreglaron algunos talleres entre 1935 y 1940.¹³¹

De acuerdo con Cristina Sacristán, al mismo tiempo, los profesionales de la salud desplegaron una campaña en la prensa de la ciudad de México para atajar los problemas relativos al desprestigio constante tanto de la ciencia psiquiátrica como de la utilidad de los manicomios.¹³² Publicaciones como *El Pueblo. Diario de la mañana* en diversas ocasiones refirió las innovaciones implementadas en La Castañeda en pro del bienestar de sus internos y, principalmente, destacaba la loable labor del personal, al igual que hacía énfasis en la reformada visión humana con la que ahora atendían a los enfermos.¹³³

¹²⁸ Sacristán, “Por el bien de la economía nacional”, 2005.

¹²⁹ Años antes de ser enunciada por Pinel, el florentino Vincenzo Chiarugi ya había introducido reformas similares, las cuales pactaban brindar un trato benevolente a los pacientes, en los hospitales italianos; retrocediendo un poco más, se cuenta con registros que atestiguan que, desde en el siglo XVIII, los británicos ya aplicaban la moral therapy.

¹³⁰ Sacristán, “Por el bien de la economía nacional”, 2005.

¹³¹ Ríos Molina, “La locura durante la Revolución”, 2007, p. 21.

¹³² Sacristán, “Por el bien de la economía nacional”, 2005.

¹³³ *El Pueblo* fue fundado en octubre de 1914 por Isidro Fabela en la ciudad de México. Fue uno de los periódicos subsidiados por el gobierno carrancista.

En 1916, en su número 496, *El Pueblo* publicaba una nota titulada “Es por demás curioso e interesante el relato de nuestra visita al Manicomio General”, nota en la que el redactor hace una crónica sobre su recorrido dentro del establecimiento; esta pieza no es un mero relato anecdótico, sino que buscaba resaltar los puntos positivos que la institución le aportaba a la sociedad, siendo el mayor de estos la recuperación -o, al menos, el alejamiento- de los individuos enfermos que *pervertían* al resto. En su apartado “La importancia del Manicomio como establecimiento de beneficencia”, el redactor se entrevista con el Doctor Martínez -no se especifica ni su nombre completo ni el cargo preciso que ejerce- para responder por qué el internamiento psiquiátrico era fundamental tanto para el paciente, como para el beneficio de quienes le rodean. El médico se esfuerza en recalcar que el manicomio está adaptado y actualizado en las condiciones y los métodos científicos más innovadores para tratar a los pacientes y obtener resultados positivos, como lo leemos en el siguiente fragmento:

Todas las enfermedades -sigue diciendo el Doctor Martínez- son compatibles con la integridad moral del hombre, con su personalidad civil: sólo la locura la suspende o la deprime. Medid la importancia de este estudio en la trascendencia del mal, por las ventajas de su curación, puesto que con ella se reintegra al hombre el uso pleno de sus derechos y sacad en consecuencia la importancia del Manicomio como plantel de Médicos Alienistas que siguen con interés el movimiento científico contemporáneo y el afán de seguir, con notable acierto, la senda emprendida por los que en pasados tiempos redimieron al loco arrancándolo unas veces de las garras del verdugo y convirtiendo otras al nauseabundo calabozo, en limpia celda donde el enajenado recibe cuantos cuidados necesita.¹³⁴

Abrir el espacio para los psiquiatras en los medios de comunicación nos habla de una posible campaña de construcción de prestigio, el intentar que los lectores comprendiera la labor de los médicos tiene como fin subyacente mostrar las bondades de la psiquiatría, de que se le reconozca como una ciencia ya bien consolidada que abona al mejoramiento de la sociedad a través de sanar las mentes.

Elisa vivió de primera mano las transformaciones del aparato psiquiátrico e igualmente experimentó sus continuidades. Su descripción sobre el trato recibido dentro de la institución está plagado de matices, convirtiéndolo en una narración abundante en aparentes contradicciones. En Elisa no se observa una postura fija, parece estar fluctuando constantemente entre el profundo desprecio, pasando por la

¹³⁴ “La importancia del Manicomio como establecimiento de beneficencia”, *El Pueblo. Diario de la mañana*, 7 de marzo de 1916, p. 8.

resignación a su realidad, hasta llegar a la genuina satisfacción por estar en la Castañeda. Lo anterior, no resulta un vicio ni una incongruencia en su testimonio, ya que nos permite observar que el Manicomio General no estaba perfilado en blanco y negro: le daba a los pacientes una serie de experiencias de la más diversa índole. De igual forma, hay que mantener en mente la individualidad de cada paciente, con esto quiero decir que cada uno percibió el internamiento acorde al contexto propio del que proviniera; es necesario recalcar, entonces, que la experiencia de Elisa es exclusiva para ella y, más importante aún, se inserta en un entramado más amplio y complejo de visiones.

En los momentos más tempranos de su caso, el mayor descontento de Elisa proviene de la ya mencionada carencia de recursos. En sus cartas, hace hincapié insistentemente en la falta de tres bienes específicos: peine, ropa y alimento. En una carta redactada el 11 de mayo de 1914, les comunica a sus padres la insuficiencia de la comida y les pide que completen sus necesidades, así como ha visto que hacen los parientes de sus compañeras; sumado a lo anterior, el primero de junio de 1914, escribe que el atole de la comida estaba en mal estado y le había caído mal.

No es casualidad que sólo ese año se queje de este tipo de situaciones, puesto que, a partir de la llegada del gobierno carrancista, el lugar sufrió cambios drásticos en pro de la condiciones de vida. En mayo de 1916 -Elisa estaba en uno de sus periodos de remisión-, se envió una lista al gobierno donde se incluían todos los requerimientos de los que carecía el manicomio, entre los que se leen “un cultivo de maíz, frijol, árboles frutales y flores, así como poner un criadero de animales (vacas, puercos, conejos, gallinas, guajolotes, gansos, patos y palomas)”.¹³⁵ Como se estableció previamente, las penurias de Elisa en su primer internamiento son un claro reflejo de las turbulencias vividas en la capital que comenzaron a menguar una vez se estabilizó el escenario político.

Pese a que se siente conforme y tranquila en ciertos momentos del encierro, a partir de su tercer internamiento, desde 1914 redacta pasajes en los que identifica los puntos positivos -o, al menos, que le gustan- de la Castañeda:

(...) me dieron baños de regadera caliente y después de tina fría el agua, un vomitivo de ipecacuana y gotas de láudano, me han dado cápsulas, purgas y atendida lo mejor posible, este pabellón es muy bonito, yo no quiero salir de aquí, pero quiero ganar dinero, pues no quiero perder mis vestidos (...).

¹³⁵ Ríos Molina, “La locura durante la Revolución”, 2007, p. 175.

No tiene quejas sobre el tratamiento ni por el trato brindado por los médicos, la preocupación de la paciente está en mantener un trabajo para seguir percibiendo ingresos. Este mismo tipo de declaraciones vuelven a aparecer en 1924, cuando le envía una carta a alguien identificado como Andrés Buendía:

Le pongo esta para darle mi domicilio en el Manicomio General en donde estoy contenta ven a verme y veras que bonito es Josefa la primera y aquí disfruto bien estar (...).

mi palabra que se vive mejor entre locas que con cabarronos o indigentes y comí la comida del desgraciado Dios (...) no quiero salir de aquí, no quiero estar pagando la pensión de tercera y he descansado deveras y gozo de primera entre indigentes, ancianas, niñas y mujeres de mundo que aprendo aquí lo que es vida no veo más.

Elisa le transmite a sus allegados su alegría de estar de regreso en el manicomio después de tantos años. No aclara bien a bien sus razones, pero a partir de la frase “mi palabra que se vive mejor entre locas” podemos inferir que es porque encuentra ahí un espacio de comprensión y donde puede pertenecer, prueba de ello es que Elisa logró formar vínculos amistosos con sus compañeras y hasta abogaba por ellas en las misivas dirigidas al director -como analizaremos en el siguiente apartado-.

La opinión de Elisa se parte en una dicotomía: se ve a sí misma cómoda en su internamiento -no carente de quejas-, empero no desiste en sus intentos por salir; admite que la Castañeda es un buen lugar para ella, los médicos le proveen de una óptima atención (“pues inteligentes y sabios Doctores me tienen a su cargo”), mas no por esto se da por vencida en su batalla por quedar libre, ¿por qué? La primera respuesta está en querer seguir ejerciendo su oficio y preservar su autonomía económica: una de las quejas más preeminentes que se erigen en su primer internamiento no es haber sido internada *per se*, sino que lo hicieron sin avisarle y esto no le permitió llevar su propio dinero, ni sus herramientas de trabajo para generar ingresos que le procuraran los bienes más básicos.

En una nota no fechada, Elisa escribe: “estoy contenta, quiero trabajar, mándeme un carrete de hilo blanco 40 y gancho y verá que cuellos y pronto tendré trabajo, estoy aprendiendo inglés y tengo clases de corte”; es probable que esta fuera redactada antes de la llegada del director Ramírez Moreno, ya que a partir de su arribo emprendió la cruzada para que los pacientes se ocuparan en diferentes trabajos, no sólo para que el manicomio fuera autosustentable y produjera un excedente comercializable, sino para que los pacientes se prepararan para las

dinámicas del exterior. Por ejemplo, las mujeres se empleaban “en los talleres de tapetes persas, pintura y pirograbado, modas y confecciones, lencería, trabajos de bejuco y mimbre, tejidos, sarapes y rebozos”.¹³⁶ Elisa se presenta como una persona independiente y activa que, en un momento inicial, vio coartada su libertad a causa del internamiento; una vez se ocupó en actividades de su gusto y que, especialmente, abonaban en su maestría para ejercer su oficio de corte y confección, se sintió plenamente cómoda.

Elisa tenía otra razón para no estar del todo conforme dentro del manicomio y, de hecho, ya se explicó antes: ella no se entendía a sí misma como una *loca*. Gracias a su autopercepción le parecía inaceptable el trato dado por los doctores, no porque sufriera maltratos, sino porque la sometían al mismo tratamiento que al resto de sus compañeras quienes, en su perspectiva, eran enfermas reales. En 1928, envía una carta al médico José Alfaro:

si es que protesto mi gratitud al ser atendida, perdonando mis compartimientos, pues el trato que dan aquí ciertas primeras es para arruinar cerebros sanos y esta es Concepción Anaya, Señorita enteramente inútil al cargo que tiene, yo lo justifico, me encerró en un cuarto que es excusado, quería ponerme saco de fuerza (...).

Elisa acusa a la institución de enfermarla, se retrata como una víctima de un sistema que no sabe diferenciar entre gente mentalmente sana de la que no; declara en numerosas ocasiones querer vivir en el manicomio, pero con un trato diferenciado al del resto, además de querer estar separada de sus compañeras, puesto que las ve como un potencial peligro, porque ellas *sí están locas*. También menciona que la mantienen retenida ahí, ya que ella es un *sujeto de prueba* para los experimentos manicomiales, es decir, percibiéndose a sí misma como sana.

Podemos inferir que Elisa, más bien, desea que el manicomio funja en su vida como una casa de retiro en la que pueda dedicarse a sus quehaceres, sin depender de su familia. Al caer en cuenta de que, no sólo no puede ejercer su libertad para elegir cuándo irse, sino que está marcada por el signo de la locura y esto la subyuga a un tratamiento, provoca que su visión del matrimonio se configure como un espacio injusto y de retención.

2.5 Autoridad

¹³⁶ Sacristán, “Por el bien de la economía nacional”, 2005.



Los médicos se erigieron como las grandes autoridades al interior del manicomio. Sus funciones fueron de lo más variopintas, puesto que no se circunscribían únicamente al campo de la curación de los pacientes. En el primer capítulo se describieron algunas de las funciones que se le atribuyeron a la institución psiquiátrica, los profesionales que operaron al interior asumieron responsabilidades que, en la teoría, no estaban textualmente estipuladas, pero, por la dinámica del internamiento, eran necesarias. Los médicos se comprometieron tanto con la obligación de controlar a los pacientes como con la responsabilidad de asistirlos,¹³⁷ situándolos en una posición fluida donde detentaban el poder legítimo sobre los pacientes -conferido por el saber- y, a la vez, eran acompañante y cuidadores de estos mismos.

En un espacio donde se difuminaban tan fácilmente las fronteras de las obligaciones de las autoridades, cada personaje inserto en la Castañeda tuvo la posibilidad de tener sus propias expectativas sobre las labores y necesidades que debían satisfacer los doctores que, en teoría, debían estar al servicio del paciente -en el sentido de proporcionarle las atenciones necesarias para remitir su enfermedad-. Así, Elisa tuvo sus propias expectativas de las responsabilidades de las autoridades -sobre todo de los directores-, mismas que se encargó de comunicarles.

En 1928, Elisa le escribe al entonces director Nicolás Martínez con el fin de solicitar su alta. Dentro de la petición hace una digresión sobre las labores que ejercen una de las trabajadoras y él mismo:

Lo que mi familia quiere viva aquí yo también quiero pero un llamamiento de Ybarra la seguridad de acuerdo con el Doctor Gamar y atendida por la Señorita segunda Rebeca Muñoz y su hermana Velaria Muños, (...) Concepción Anaya en su casa estaría mejor, ha dicho todo, jubilada, ha trabajado y está histérica, no desempeña el cargo que tiene es una mina para este manicomio que Usted dirige sin ver lo que pasa en los pabellones, es necesario su presencia en todos; en todos los pabellones están a su responsabilidad, yo creo tengo bilis y más bilis y la tendré siempre que Usted me tenga secuestrada. Que dinero tan mal ganado.

Elisa identifica que Concepción Anaya no ejerce correctamente el cargo que tiene y la acusa de padecer un trastorno, por lo que está impedida de cuidarla a ella y al resto de enfermas, al compartir condición de *loca*. Como vimos en el apartado anterior, Anaya es acusada por los excesos contra Elisa, ya que esta última espera

¹³⁷ Rivera Garza, "Por la salud mental de la nación", 2001.

de los trabajadores un trato si no amable, sí *humano* y comprensivo. Pese a lo anterior, es el director quien se lleva la mayor parte de la culpa: Elisa apunta que, entre sus responsabilidades, vigilar los pabellones para preservar la seguridad de las internas se constituye como una de sus tareas capitales. Además, implica que la falta de atención a las enfermas ha provocado que ella esté retenida en un sitio al que no pertenece.

La cuestión de la vigilancia la refuerza en una carta dirigida al director Manuel Guevara Oropeza, en 1933:

En cambio brindo a Usted un hermoso ramo de flores le felicito por el cargo delicado que tiene advierto algo bueno algo justo; pero mis flores se deshojan. Usted vendrá de recibirlas pues están encerradas por rejas impías son flores que mueren de hambre de sed de justicia son sus enfermas que lo bendicen si nos cura si nos consuela si nos oye si nos viene a ver (...).

Elisa pone un alto valor en que las autoridades del manicomio estén atentas de lo que les ocurre a las internas, de otro modo se cometen abusos contra ellas. De cierta forma, Elisa cree que el director es quien puede resolver los conflictos de las pacientes al interior de la institución, su papel es el de defensor de las enfermas: son las enfermas, su integridad y seguridad la que debe ser puesta como prioridad, cubrir sus necesidad va antes, incluso, que su curación. En el imaginario de Elisa, los médicos, antes que ser veladores de la sanidad mental, debían tener ciertos atributos de *protectores* para ser capaces de cuidar a aquellas bajo su cargo. Además, es posible que las visitas del director a las pacientes fueran muy ocasionales, de ahí su demanda de que las venga “a ver”.

Elisa realiza constantes demandas para ser escuchada, como la que le hace a Samuel Ramírez: “Señor Director con toda ternura y compasión tenga en su memoria, que estamos en sus manos puede considerarnos como desvalidas sin su ayuda, líbrenos de prisiones perpetuas”. Una vez más, confirmamos a Elisa como un personaje activo dentro de la Castañeda; no acataba resignadamente el trato recibido, sino que luchaba por hacer oír sus deseos ante las autoridades. Además, se revestía a sí misma con los poderes de portavoz de sus compañeras; aunque se percibía diferente a ellas, abogaba por el bienestar de todas.

Bajo esta nueva perspectiva, las autoridades del manicomio son retratadas como sujetos franqueables. Aunque dentro del aparato psiquiátrico detentaban el mayor y último poder, no eran inaccesibles: pacientes como Elisa les hicieron críticas directas sobre el manejo de la institución, lo cual demuestra la permeabilidad

de los mecanismos de control que, en el papel, parecían rígidos. Incluso, los enfermos llegaron a tener un tanto de libertad de expresión, pues así como Elisa reconoce los buenos actos que tienen los médicos, del mismo modo acusa los que piensa injustos.

Conclusiones

A lo largo de este capítulo se desglosó la relación entre pacientes -a partir del caso de Elisa- y los psiquiatras, revelando que algunos internos llegaron a ser sujetos con agencia y poder de crítica al mismo internamiento frente al sistema que los contenía.

Desde su concepción, La Castañeda fue planificada como un instrumento del Estado porfirista para sanear la mente de los ciudadanos, con un programa de ingeniería social dirigido a constituir un cuerpo social productivo, moral y sano. El diseño arquitectónico de la institución reflejaba sus objetivos de terapéutica y control, alejándolos de los estímulos exteriores por ser los causantes de sus males. Elisa experimentó directamente estos mecanismos.

Los diagnósticos que recibió Elisa fueron una proyección de las corrientes dentro de la psiquiatría y de los avances que habían logrado hasta entonces. Se le diagnosticó psicosis histérica, atribuyéndola a una predisposición genética materna y, crucialmente, al alcoholismo de su padre, lo que evidencia la influencia del degeneracionismo que culpabilizaba a la herencia y a los "vicios" en la etiología de las enfermedades mentales. Cuando el dictamen cambió a psicosis maniaco-depresiva se culpó a la sexualidad y el comportamiento en general de Elisa, que desafiaban las normas de género de la época, lo cual reforzaba la idea de que el "ser mujer" se hallaba amenazado por la aparición de la locura.

Las condiciones de vida dentro de La Castañeda fueron el foco central de las críticas de Elisa, no obstante su visión no fue monolítica; a pesar de las carencias, el trato injusto y la omisión a sus peticiones, también llegó a tener momentos de *paz* dentro de la institución, ya que encontró actividades recreativas y talleres que le permitían mantener su oficio. El manicomio, en este sentido, fue un espacio ambivalente.

Quizá lo más importante a destacar del presente capítulo sea la postura activa de Elisa frente al aparato psiquiátrico. Elisa no se conformó con el papel pasivo que se esperaba de las pacientes, sino que denunció a los doctores al exigir

ser escuchada y demandar un trato digno para ella y sus compañeras, Elisa ejerció su agencia y demostró la permeabilidad de los mecanismos de control institucional.



Capítulo III. Al interior de Elisa

El martes en la tarde y jueves que son días de visita esperaba tener el gusto de verlos y al terminar dichas visitas y convencerme de su olvido me he entregado en manos de Dios y él me ayudará en adelante.

Elisa Molina

Introducción

Empezar a sumergirnos en el mundo interno de los trastornados es un desafío en sí mismo, no por la complejidad de comprender sus relatos, sino por la inaccesibilidad a los mismos. Toca preguntarnos, en primer lugar: ¿dónde están? Entre las pilas de documentos resguardados en los archivos, entre los discursos provenientes del poder médico -el más estudiado en las disciplinas *psi* para reconstruir el espacio del manicomio-, ¿es posible acceder a las voces de los que eran acusados de estar enajenados de sus mentes, los que -en su mayoría- eran analfabetos, los que verdaderamente vivían en carne propia los efectos de la psiquiatría?

De acuerdo con Cristina Rivera Garza -y como bien podemos comprobar nosotros mismos al acudir a los archivos-, pocos pacientes dejaron una huella documental propia de sus días en La Castañeda. Los textos que llegan a nosotros ni siquiera tenían la intención de quedarse guardados para los anales de la historia; la mayor parte de esta evidencia son cartas cuyo fin era llegar al exterior y, el que nosotros tengamos acceso a estas, nos habla del control ejercido por las autoridades.

En el reglamento quedaba “estrictamente prohibido” mandar cartas o escritos sin “el visto bueno de la Dirección” y el “consentimiento del médico del pabellón”, así como recibir correspondencia de “parientes, amigos o cualquier otra persona” sin la previa autorización de las autoridades. Inclusive, los médicos tuvieron el derecho de censurar las cartas para hacerlas más *apropiadas* para la lectura. En general, estas medidas fueron concebidas para proteger a la institución de cualquier discurso que pudiera difamarla y opacar los avances que estaba haciendo en materia médica.

La censura, práctica común entre los psiquiatras, indica un sesgo y un proceso de selección entre los escritos *permitidos* y los *prohibidos*, estos últimos estaban condenados a guardar polvo en el expediente.¹³⁸ Esta medida de control por parte del poder psiquiátrico, que en su momento silenció a los internos, es la

¹³⁸ Rivera-Garza, “Introducción”, 2022, p. 86.

que hoy nos ha abierto las puertas de sus imaginarios, permitiéndonos conocer cómo se sentían, sus opiniones acerca de su situación e incluso sus sueños, ambiciones e ilusiones.

Si bien es una fortuna contar con sus narraciones, no podemos obviar que todo texto está cargado de una intención, especialmente al ser correspondencia. Con esto me refiero a que sus autores esperaban que fueran leídas por un interlocutor y en un contexto particular, por lo que subyace en ellas un objetivo concreto y esperaban que fueran interpretadas de una manera específica. Esto no quiere decir que las cartas hayan de ser descartadas por no ser *confiables*; inclusive cuando su propósito fuera conseguir reacciones particulares de sus destinatarios, el texto nos sigue hablando de una verdad del paciente que, si bien no era única y estaba llena de matices, abona para ampliar el contexto de su vivencia de internamiento.

Aunque también existen las reescrituras de las narraciones hechas por los médicos, estas no nos permiten acceder a la voz del paciente *per se*. La intervención de un *otro* en la redacción ya implica un ejercicio de interpretación, una cierta manera de *ver las cosas* diferente a la del enfermo y que se le infunde al texto. De acuerdo con Cristina Rivera-Garza, los médicos “sacaban el discurso de los internos del contexto de sus vidas y lo colocaban, inscrito en fragmentos y flanqueado, de modo muy apropiado, por comillas, dentro del contexto de su propio discurso”.¹³⁹ Son estas pocas pistas de las que los estudios históricos han tirado para intentar reconstruir el panorama completo del internamiento y las implicaciones que tenía a nivel personal en los pacientes.

La historia de la psiquiatría y de la locura se han encumbrado como las principales interesadas en las voces de los internos en los manicomios, pero no son las únicas vías por las cuales analizar sus escritos. Para la década de 1980, como consecuencia directa del estructuralismo y de las corrientes ligadas al giro lingüístico, la historia de las emociones se comenzó a perfilar en el horizonte como una perspectiva en ascenso. De acuerdo con Jane-Dale Lloyd e Ilán Semo, los estudios de las emociones han contribuido para el análisis de las subjetividades que no encuentran su sostén primario en el lenguaje;¹⁴⁰ es decir, aunque las emociones de *uno mismo* se materializan para los *otros* a partir del lenguaje, en realidad

¹³⁹ Rivera-Garza, “Introducción”, 2022, p. 21.

¹⁴⁰ Lloyd y Selmo, “Introducción”, 2019, pp. 9-10.

existen por sí mismas en un plano independiente e intangible, en el de las *ideas*, no tienen que ser verbalizadas para que su presencia persista.

La historia de las emociones, en sus momentos más tempranos, se encargó de estudiar fenómenos de impacto directo generalizado como lo son las guerras -por ejemplo en *El resentimiento en la historia* de Marc Ferro-, empero son cada vez más los trabajos que aparecen utilizando este enfoque para investigar la locura y al manicomio. Limitándonos a México, obras como *La pérdida del Paraíso. El lugar de las emociones en la sociedad mexicana entre los Siglos XIX y XX* y *Extravíos del Alma mexicana. Patologización de las emociones en los diagnósticos psiquiátricos (1900-1940)* de Oliva López Sánchez, psicóloga y antropóloga médica, han aportado para el planteamiento del análisis emocional mexicano durante la primera mitad del siglo XX, cómo a partir de este se dictó lo que era normal y sano y, por consecuencia, cómo estos procesos terminaban por influir en la ciencia psiquiátrica en ciernes.¹⁴¹

La historia de las emociones ha hecho importantes aportes al estudio de la psiquiatría, en razón de que ha establecido la relación entre la emocionalidad y las bases de los diagnósticos psiquiátricos. Enfocándose particularmente en los pacientes, han emergido trabajos en los que se busca encumbrar la voz del *loco*, entendiéndolo como el autor de una narrativa valiosa que muestra la otra faz de una realidad cuyo estudio, anteriormente, estuvo limitado al discurso médico. A partir de este enfoque se pone al centro del análisis al interno mismo, se vuelve el personaje principal de la experiencia para rescatar los fragmentos faltantes de la situación a la que se hallaba subyugado.

Uno de los mayores referentes que coloca a la *loca* al frente de la cuestión, son las investigaciones de Yonissa M. Wadi. En “Las narrativas de los locos y la historia de la locura y la psiquiatría: ¿qué, cómo y para qué?”,¹⁴² Wadi expone su metodología para abordar las narrativas producidas por los trastornados, partiendo del caso de Stela do Patrocínio, quien en 1962 ingresó al Hospital Pedro II diagnosticada con esquizofrenia hebefrénica. Wadi desarrolla la idea de que tanto en los textos de Stela, como en los del resto de internados, se va tejiendo su

¹⁴¹ López, *La pérdida del Paraíso*, 2011; López, *Extravíos del Alma mexicana*, 2019.

¹⁴² Wadi, “Las narrativas de los locos”, 2022.

identidad, porque el mismo acto de escribir es fundamental para la construcción de la individualidad, es una “modalidad de producción del yo”.¹⁴³

Los escritos no sólo se configuran como mirillas para conocer la verdad de los pacientes, sino que son pruebas del contexto de sus mismos autores. Además, cuando estos textos están cargados de emoción, es importante no encasillarlos como “simples informes”, como declara William Reddy, ya que son un “esfuerzo por parte del hablante de ofrecer una interpretación de algo que no es observable para ningún otro actor”.¹⁴⁴ Las producciones de los locos fueron uno de sus medios para comunicar a los agentes externos lo que habitaba en sus mundos internos, aquello que, creían, el resto no alcanzaba a comprender.

La historia de las emociones le implicó una renovación a la historia de los locos, su enfoque en el individuo ha permitido problematizar las narrativas de los pacientes,¹⁴⁵ al dejarnos ver que sus reacciones y actitudes no eran erráticas, sino que estaban motivadas por una emocionalidad que, a su vez, era detonada por situaciones particulares. Las investigaciones se problematizan al establecer un hilo conductor entre las acciones del poder psiquiátrico y las reacciones de los enfermos.

Es bajo esta corriente histórica que se concibe el presente capítulo. Si bien, a lo largo de las anteriores secciones hemos explorado la cosmovisión de Elisa, en realidad esta ha sido utilizada para confrontarla a los discursos de la familia y los poderes psiquiátricos, es decir, siempre bajo el binomio Elisa-sujeto externo; en este, como su título lo indica, intentaremos sumergirnos meramente en el mundo interno de Elisa, sacar a la superficie su testimonio sin la intervención de otras voces.

Influenciado por el trabajo de Wadi, el objetivo es traer al frente a la paciente, como mujer estigmatizada con la etiqueta de la locura, como *individua* con sueños y aspiraciones, sensible a su entorno y, sobre todo, como productora de un relato cargado de realidad y de verdad propia. Su narración pasa a ser un facilitador para una comprensión total de la operación manicomial, es en la paciente donde terminan por converger la acción familiar y el aparato psiquiátrico, es en ella en quien se presentan las consecuencias de las decisiones de ambos actores, así

¹⁴³ Wadi, “Las narrativas de los locos”, 2022.

¹⁴⁴ Reddy, “Contra el constructivismo”, 2019, p. 116.

¹⁴⁵ Wadi, “Las narrativas de los locos”, 2022.

como se visibiliza el alcance de la teoría, las prácticas y los preceptos médicos. De acuerdo con Gina Zabłudovsky, la palabra, especialmente la escrita, es fundamental para acceder a la historia personal, es en el discurso individual y solitario -escribir, por lo general, es una actividad privada- que se desenvuelven los aspectos más profundos del “origen social y la dinámica de sus interrelaciones” de un individuo.¹⁴⁶

El propósito de este capítulo es el análisis de la emocionalidad de Elisa a partir de situaciones detonadoras. Al ser tan vasto el despliegue emocional que hace Elisa a lo largo de su correspondencia, es imposible analizar cada uno de sus afectos, por tanto propongo analizar uno solo: dolor o sufrimiento moral. La elección la hice a partir de un cotejo de sus cartas, el parámetro para desentrañar las emociones fue identificar palabras y expresiones que las evocaran en primer lugar; es decir, al no poder extrapolar nuestro entendimiento personal y actual de los afectos, hubo que encontrar los recursos narrativos de los que se hizo Elisa para comunicarlos. Asimismo, al analizar la emocionalidad escrita es fundamental comprender el uso que se le da a ciertas palabras ya que “pueden constituirse en «marcadores verbales» para detectar sentimientos que de alguna forma intentan esconderse”.¹⁴⁷

En razón de que las emociones “son individualmente vividas, socialmente construidas, culturalmente transmitidas y agregaríamos, históricamente situadas”,¹⁴⁸ el criterio es exclusivo para Elisa, no es posible aplicarlo para casos contemporáneos, ni anteriores, ni futuros a ella, pese a que se concibieron en unas circunstancias sociales compartidas con sus contemporáneos, está basado en las precisiones que la paciente describió sobre sus emociones, por lo que representa su universo interior particular.

A partir del parámetro, tomé en cuenta la frecuencia de aparición de las emociones. El resultado arrojó que el dolor era el de mayor recurrencia; esto no quiere decir que el sufrimiento moral haya sido la más importante, ni la que perduró en su encierro. Aunque no tan frecuente como otras, también está presente la tranquilidad, lo que es muestra de los matices y contrastes que llegaba a generar el encierro, resultando una experiencia complejísima atravesada por distintas condiciones que la volvían multidimensional. Más importante aún que el mismo

¹⁴⁶ Zabłudovsky, “Lenguaje y emociones ocultas”, 2020. p. 151.

¹⁴⁷ *Ibidem*.

¹⁴⁸ López Sánchez, “Reflexiones iniciales”, 2011, p. 35.

dolor, es saber por qué nació en ella y cómo afectó a su estancia en el manicomio y su relación con los otros -su familia y los médicos-. Analizar el dolor nos ayuda a perfilar cómo influyó en su perspectiva del internamiento y en la vivencia del mismo.

Entonces, por medio de la escritura de su dolor, nos abriremos paso a través de las circunstancias que vivió Elisa para que naciera esta emoción. La hipótesis de la que parto es que el sufrimiento moral se gesta en el momento que la paciente percibe al manicomio y al encierro como un perjuicio contra su persona, y se agrava cuando se siente abandonada por sus allegados y despojada de su voz.

El capítulo estará dividido en tres apartados. El primero, “Un recorrido emocional”, será un resumen del caso en el que se resalten los momentos de dolor en Elisa, ya que serán los hitos que hilen el análisis; en el segundo, “Una historiografía del dolor (sufrimiento moral)”, exploraré la historiografía construida con respecto al dolor y expondré las teorías en las que me estaré basando para estudiar este afecto; finalmente en “Los dolores del encierro” y “Combatiendo el dolor”, estudiaré de lleno cómo vivió esta emoción la paciente, su transformación y su respuesta ante los actores que la rodeaban.

3.1 Un recorrido emocional

El objetivo del presente apartado es resaltar los momentos que produjeron en Elisa el dolor. A diferencia de los previos resúmenes este no pretende exaltar el carácter cronológico del caso, ya que el sufrimiento aparece y desaparece sin una cadencia ordenada y tiene origen en diferentes situaciones -aunque, en el fondo, sean parecidas-. Lo primordial es hacer una correlación entre la circunstancia y la emoción que de esta devino, en una suerte de modelo causa-efecto.

Corría el marzo de 1914 cuando Elisa Molina llegaba al Pabellón de Observación del Manicomio General. Tenía 39 años para ese momento, vivía con su padre, Antonio Molina, y su madre, Amalia R. de Molina, sus dos hermanas mayores, Elena y Elvira, también residían con ellos; además, tenía otra hermana, Esperanza, de la cual habla poco y sólo le dedica una carta, y dos hermanos hombres que, para entonces, ya habían muerto.

Tan solo diez días después de ser internada por primera vez en el Manicomio General, Elisa Molina ya se sentía desolada. Quizá fue por haber sido arrancada de todo lo que hasta entonces había sido su cotidianidad, o por las dudas que le dejaba su encierro y la incertidumbre del futuro, o por todo lo anterior. La única certeza es

que no sólo su vida había sufrido un cambio súbito que implicaba su aislamiento de sus allegados y de la ciudad -en la que trabajaba para conseguir sus propios ingresos-, sino que no le estaban proveyendo de recursos esenciales. La paciente le escribía a una amiga -identificada como T. Guerrero-:

es viernes 9 de abril entré el lunes 29 entro a este manicomio y no me he peinado por falta de peine, no me he cambiado por falta de ropa, no he tenido razon de mi casa, he llorado de hambre pues atole es el desayuno y merienda no duermo de noche por lo débil y todo ha sido sufrir sin consuelo de los de mi familia ¿qué es esto?

Aunque en su expediente consta que Elisa se dedicaba al quehacer doméstico, la verdad es que se dedicaba a la venta de jabón y ropa de confección propia. Su entrada al manicomio sin previo aviso le significó la paralización súbita de sus negocios, arrebatándole su fuente de ingresos que la hacían valerse por sí misma. Aunque, a primera vista pareciera que Elisa no necesitaba trabajar, ya que su padre pagaba la pensión e intentaba procurarle lo necesario para su bienestar, esto no fue suficiente, en especial en esos primeros años en que La Castañeda sufrió los estragos de la guerra, escenario en el que Elisa padeció carencias.

No obstante, no se dejó derrotar. Pese a lo adverso que podía parecer la situación, Elisa trataba de continuar con el curso normal de su vida: pedía ayuda para continuar con su negocio de jabón en el exterior, solicitaba materiales para seguir ejerciendo su oficio de modista y le recomendaba a sus hermanas recetas de platillos. Además recurría a su padre para que la proveyera con alimento o bienes básicos para su higiene, pero no era la única comunicación que sostenía con él.

Aunque en sus cartas más tempranas subyace cierto grado de resentimiento hacia sus padres -principalmente hacia su padre-, por las condiciones en las que se dio su ingreso, en Elisa perduran las ganas de comunicarse con ellos, de verlos en los días de visita, de sentirse vista y procurada por su familia, sobre todo para no sentirse tan sola en su encierro: “No teniendo el gusto de saber de Ustedes, les pongo esta suplicando se dignen darme aviso cómo están, ya no que vengan, pues es inútil no teniendo voluntad de verme en vano serán mis súplicas”.

Esta animosidad se ve correspondida en forma de envíos de comida y cartas por parte del padre, quien está atento a la evolución del caso y a las necesidades de su hija. Pese a las atenciones de Antonio, en Elisa progresivamente van desapareciendo las esperanzas de ver a sus padres y de, siquiera, conservar la idea de que están preocupados por ella:

Plenamente convencida estoy que lo que han resuelto es abandonarme por completo. Segura estoy que el Doctor Martínez ha dado informes de mi completa salud solo falta su voluntad nada más. El martes en la tarde y Jueves que son días de visita esperaba tener el gusto de verlos y al terminar dichas visitas y convencerme de su olvido me he entregado en manos de Dios y él me ayudará en adelante.

Elisa, a partir de entonces, adopta una actitud de resignación, aceptando la aparente decisión de su familia de no visitarla, conformándose a recibir únicamente noticias sobre lo que sucede en el exterior; se muestra cansada de rogar para que la vean, por lo que le resulta más sencillo dejar de hacerlo. Su resignación no se limita al ámbito familiar, se extiende hasta sus ambiciones de salir. Tras realizar constantes peticiones a su padre para que solicite su alta y no ver resultados, manifiesta ser consciente de que *nunca* saldrá de La Castañeda.

Aunque para Elisa cada vez se convertía más en una ensoñación lejana salir del manicomio, para junio de 1914, después de rogar por su alta en repetidas ocasiones, fue remitida a petición de su padre y con la autorización del director, cuya resolución fue que la paciente estaba completamente curada. Sólo pasó tres meses fuera, en septiembre, la paciente fue reingresada por su padre, a causa de la reincidencia de los síntomas. Si bien el internamiento se dio dentro de los lineamientos de la institución, Antonio hubo intentado que retuvieran a su hija en el establecimiento cuando fuera por su propio pie, ya que había adoptado el hábito de ir a comerciar sus productos; el director, al recibir la propuesta del padre, dio su negativa, indicando que había una normativa por seguir. Sin embargo, Antonio sí urdió una trama para llevar a Elisa, según lo que ella misma relata: “Jamás tendré a bien que me hayas traído engañándome pues me hubiera previsto de dinero”.

Durante este periodo, el mayor problema que enfrentó Elisa fue, una vez más, la cuestión económica. No estaba del todo inconforme con el encierro: “estoy aliviada y contenta”; declaraciones como estas fueron pocas, pero destacan por el agradecimiento que sentía la paciente hacia algunos miembros del cuerpo médico que contribuían a su mejoría. Este breve fragmento nos da un atisbo de que la mayor parte del disgusto de Elisa provenía del hecho de no poder sustentarse por sí misma y depender de la ayuda que le quisieran brindar desde afuera. Esto podríamos calificarlo como impotencia por sentirse impedida de mantener la independencia que, hasta entonces, había tenido, sobre todo porque en sus primeros momentos de internamiento vivió escasez de suministros y reconocía que

ella misma hubiera sido capaz de abastecerse, si le hubieran informado de la decisión ya que, como sabemos, mientras estuvo fuera del manicomio trabajaba.

Pese a las advertencias de la Dirección y de los médicos, Antonio decidió separar a su hija del establecimiento el diez de febrero de 1915, sabiendo a cabalidad la fuerte posibilidad de una recaída, aunque en ese momento hubiera una aparente recuperación. El padre estuvo fuertemente influenciado porque su hija le comunicaba ya sentirse bien.

En diciembre de 1917, Elisa regresaría al manicomio por el recrudecimiento de su trastorno. Este internamiento se da sin las menores alteraciones con respecto a los previos, ni Elisa ni sus médicos reportarían cambios de mayor relevancia. Cinco meses después, estaría libre con autorización del director.

Pasarían siete años sin noticias de Elisa en el Manicomio General, ni por ningún otro medio. De quien sí nos llega información es de Antonio Molina: habría fallecido el 2 de diciembre de 1922.¹⁴⁹ Dos años después, en 1924, Elisa, de 49 años, llegaría a la institución acompañada por su hermana, Elena, quien dirigía un mensaje al director: “Que en atención a que mi hermana Elisa Molina sufre ahora un padecimiento nervioso, según lo acredita el certificado médico adjunto, que nos pone en la urgente necesidad de utilizar los buenos servicios del Manicomio General (...)”.

Desde los síntomas presentados en el hogar, empiezan a saltar a la vista detalles de cambios mayores en el comportamiento de Elisa. A diferencia de las ocasiones anteriores, ahora se atestiguan actitudes más violentas contra los demás y contra ella misma. Además, a su ingreso, Elisa le comunica a un amigo que está contenta, que realmente disfruta de su estancia en La Castañeda y que ahí aprende “lo que es vida”, dando la impresión de estar tranquila; al visitarla para evaluar si era pertinente requerir su alta, Elena se dio cuenta del estado de alteración de su hermana, lo que la hizo prever “un desenlace funesto” si la separaba del establecimiento.

Los médicos no fueron ajenos a la aparente contradicción entre las palabras de la paciente y el temperamento percibido. José Alfaro, uno de los doctores encargados de vigilar la evolución del caso, apuntó que no había incongruencia alguna, sino que el comportamiento de Elisa se veía disruptivo por periodos de crisis

¹⁴⁹ Family Search, carp. 004973732_010_M9CT-2TX, img. 122.

cíclicas características de la psicosis maniaco-depresiva. El estado de ánimo de Elisa se veía alterado por los accesos, no obstante estos podían dispararse por situaciones específicas.

Si se compara con los tres ingresos anteriores, sus acciones reflejan un deterioro en su condición. Es revelador que Elisa no hubiera regresado por seis años a La Castañeda y, cuando lo hizo, presentaba síntomas y actitudes no registrados otrora. No habría que aseverarlo con plena seguridad, empero, analizando la sucesión de los acontecimientos, hay una potencial correlación entre la muerte del padre y el acceso nervioso de su hija. Bien estableció Alfaro que el comportamiento errático de Elisa se daba en sus periodos cíclicos de crisis y estas podían dispararse en situaciones específicas que, paralelamente, alteraran su intensidad. La muerte del padre se configura como un ejemplo de los detonadores de su emocionalidad, mas no fue el único.

Como bien hemos explicado en los capítulos previos, desde el temprano momento de 1924, los doctores alentaban a las hermanas a aceptar el alta de Elisa, sin embargo ellas oponían resistencia alegando la inestabilidad de Elisa, argumento que no se limitaban a comunicarle a los médicos, sino que se lo extendían a su hermana, como lo asegura el doctor B. Martínez en una carta dirigida al director:

Pero la familia, o más bien las hermanas, se opone a que salga, por no encargarse de cuidarla; y como esta resistencia se la manifiestan cuando vienen a verla ocasionándole contrariedad, es por lo que ella se excita en ese momento pero a su regreso al Pabellón vuelve a tranquilizarse; (...).

El recuento de los hechos indica que las reacciones de Elisa son simplemente su respuesta a una *instigación*: Elisa constantemente les pedía a sus hermanas que la separaran del establecimiento, argumentando el visto bueno de los médicos, a lo que ellas se negaban rotundamente, volviendo la negativa el tópico central de sus visitas; por tanto, su alteración era la traducción de su frustración al no conseguir sus objetivos. La hipótesis, de que sus hermanas fueran las causantes de sus arrebatos, se fortalece con el hecho de que Elisa volviera a mostrarse apacible en cuanto regresaba al pabellón; verse atrapada en el manicomio indefinidamente porque sus hermanas no estaban dispuestas a llevarla de vuelta a casa era lo que detonaba las crisis en la paciente.

Para abril de 1925, las Molina aceptan llevarse a Elisa y solicitan su alta, su paso por el exterior no dura mucho, puesto que, para junio de 1927, Elena ya la

estaban internando de nuevo. En esta ocasión, Elisa sufrió de violencia para ser llevada a la institución, escenario que describió en una carta:

(...) cuando menos pensé fui asaltada al subir la escalera de mi casa por tres hombres que usando fuerza brutal me ataron, pusieron camisa de fuerza y en camilla fui puesta en un carro y puesta aquí no he visto más a mi familia.

Probablemente por esta razón, llegó alterada al manicomio, tanto que no fue posible realizarle el examen físico, además estaba sufriendo de “impulsiones psicomotoras” y desorientación general; tras esta crisis, pudo ser interrogada, el médico -no se especifica su nombre- hizo las siguientes anotaciones:

Luego (de la) crisis se le empieza a interrogar, llora y explicando que lo hace por la injusticia con que han procedido sus familiares al internarla. Llorando por las condiciones en que se la tiene de indigente, a pesar de ser poderosa de propiedades valiosas. Tiene ideas de megalomanía.

Elisa justifica sus arranques en que fueron provocados por acciones de sus familiares, específicamente de sus hermanas, si tomamos en cuenta que ellas seguía a cargo de sus cuidados. La paciente identifica en Elena y Elvira a dos personas que obran en su contra, son las *detonadoras de crisis*, sometiéndola a injusticias. Aunque Elena y Elvira alegaban razones legítimas para mantener a su hermana en el manicomio -procurar la seguridad de todos-, Elisa, por su parte, tenía argumentos de sobra para sentirse atacada y echada de lado.

En 1928, Elisa envía una carta al director Nicolás Martínez:

El día 7 de junio de 1927, Usted me dijo: “Elisa, unos días se está aquí”. ¿Un año son unos días? A los 6 meses estaba buena, vine enferma, es enfermedad periódica, duré 7 años buena, pasé a peligrosas (...). Todas las demás son superiores a sus fuerzas, yo paso separada a mi petición, no duermo todas cantan, pegan son peligrosas cumplen con el papel que desempeñan. Lo que mi familia quiere viva aquí yo también quiero, (...). Concepción Anaya en su casa estaría mejor, ha dicho todo jubilada ha trabajado y está histérica, no desempeña el cargo que tiene, es una mina para este manicomio que Usted dirige sin ver lo que pasa en los pabellones, es necesario su presencia en todos; todos los pabellones están a su responsabilidad, yo creo tengo bilis y más bilis y la tendré siempre que Usted me tenga secuestrada. Que dinero tan mal ganado.

A primera vista, se muestra completamente inconforme con su estancia en La Castañeda, al grado de acusar al director de tenerla “secuestrada”; sin embargo, después de una lectura más atenta, nos damos cuenta que esta afirmación sólo es parcialmente cierta, Elisa misma asegura compartir el deseo de su familia de quedarse ahí.

El descontento no es hacia la experiencia en su totalidad, sino que está condicionado por ciertos aspectos y momentos específicos: hay inconformidad en ser agrupada en la misma categoría que las *verdaderas locas* -al menos, como ella las percibe-, hacia la administración de la institución que no atiende a sus peticiones y mantiene entre su personal a profesionales no capacitados para tratar a los pacientes, hacia las injusticias que suceden en los pabellones por la falta de vigilancia del director. Pese a la aparente incongruencia, su discurso está compuesto por emociones y deseos superpuestos: por un lado está la inconformidad, dirigida hacia los vicios del manicomio; y en el otro, La Castañeda sigue proveyéndole contención, es un lugar donde puede desenvolverse y participar en actividades que le gustan. En el imaginario de Elisa, el manicomio se construye como un espacio ambivalente, donde es capaz de discernir entre lo que es compatible con ella de lo que no.

La molestia por no sentirse escuchada persiste en Elisa, reforzada por la posición que Elena ocupa en la familia. Según la percepción de Elisa, Elena obra con absolutismo, no es cuestionada, porque su madre “la ama ciegamente”, Elena se eleva como la *autora* de todos los males de su hermana; pese a saberse independiente, está subyugada al albedrío de Elena, quien se transforma en un obstáculo entre Elisa y sus sueños.

Nuevamente en junio de 1928, Elisa sufre de otra crisis, durante la cual presenta “coprolalia, excitación intelectual y motriz, rompe la ropa, trata de quebrar los vidrios” y, una vez más, Elena es mencionada en sus cartas de ese periodo:

El Doctor José Ybarrola tiene deseos me recoja con mi familia, su opinión será lo que aceptaré espero advierto que desde pequeña no me comprende mi hermana Elena y necio sería referir los contratiempos cosas de familia a Dios que todo lo ve se dejan único Juez verdadero.

Aunque no hay registro de una interacción entre las hermanas previa a este episodio, Elena siempre se hace presente en el discurso de Elisa en estos momentos, persistiendo el retrato antagónico. Pese a la hostilidad entre hermanas, Elena y Elvira preguntan por el estado de la paciente.

Después de ese periodo de excitación que se extendió hasta 1929, no hay evoluciones importantes en el caso, continúan las crisis periódicas sin ninguna causa particular. Hasta 1931, Matilde Rodríguez Cabo, médica a cargo de Elisa, deja constancia de que uno de los periodos de alteración de Elisa fue propiciado por

la muerte de su madre, durante el cual “presentó la enferma un ligero estado de excitación con locuacidad, agresividad e insomnio seguido de un estado depresivo”. La crisis fue justificada y comprendida por Rodríguez Cabo debido a la causa, además que no se prolongó por mucho tiempo, por lo que recomendó ampliamente darle el alta a la paciente. Incluso, le envía una carta al secretario general de la Beneficencia comunicándole que la paciente “quiere vivir únicamente con sus hermanas”.

Los ataques persistieron intermitentemente hasta 1933. En el mismo sentido, en agosto de 1933, Elena recibe la determinación del doctor Raúl González Enriquez sobre la necesidad de remitir a Elisa, pese a las crisis. Elena le expresa su negación al médico. Nada consiguió, puesto que la respuesta del director fue presionarla más para ir por su hermana. Después de los intentos infructuosos por mantener a Elisa en La Castañeda, Elena asiste el 18 de noviembre de 1933 y firma el alta final que consta en su expediente. Previo a su salida, Elisa no presentó más episodios fuera de su normalidad, su estado de ánimo se mantenía constante y apacible, sin cambios de mayor relevancia; igualmente, sus cartas dejaron de contener mensajes arrebatados, se comenzó a dirigir con mayor tranquilidad hacia sus interlocutores.

3.2 Una historiografía del dolor (sufrimiento moral)

El constructivismo será la teoría en la que se enmarque el presente análisis, según la cual las emociones están insertas en los procesos de construcción cultural, “los cuales operan en el cerebro humano y en el sistema sociocultural del individuo”;¹⁵⁰ en este sentido, las emociones funcionan como puente entre el sujeto y el mundo que lo rodea, le son herramientas para aprender y aprehender los modos de interacción social que se le presentan y,¹⁵¹ paralelamente, sus afectos se van desarrollando y perfeccionando al estar expuestos a escenarios concretos que implican reacciones específicas.

Las emociones las vivimos individualmente, sin embargo están mediadas por nuestras condiciones sociales y culturales, es decir se construyeron a la par que nuestro desarrollo cognitivo y, por ende, las vivimos según fuimos moldeados;¹⁵²

¹⁵⁰ Denzin, “Teorías clásicas y contemporáneas”, 2019, p. 37.

¹⁵¹ Cena, “Dolor social, violencias”, 2002.

¹⁵² Hansberg, “Emociones humanas”, 2019, p. 214.

asimismo, nuestras reacciones, en el sentido de expresiones de la emoción, son conductas aprendidas que cumplen la función de regular las interacciones sociales, por tanto están cargadas de símbolos que cobran sentido en contextos precisos.¹⁵³ Entonces, como bien lo planteó David Lebreton, la constitución de la emoción está tejida a diferentes niveles: es constructo social -porque es aprendida- “con circunstancias morales precisas y con la sensibilidad particular de lo individual” -porque es relativa a la subjetividad de cada persona-.¹⁵⁴

Bajo el anterior parámetro, ¿cuál sería la manera apropiada de definir el dolor? Históricamente, el dolor físico y el moral han aparecido unidos, como bien lo demuestra la actual definición de la Federación Europea del Dolor (EFIC, por sus siglas en inglés): es una experiencia sensorial, emocional cognitiva y con componentes sociales, desagradable asociada con un daño potencial o real a los tejidos;¹⁵⁵ aunque sí se marcan las diferencias vitales entre ambos tipos, son situados en el mismo terreno de la experiencia.

Es en 1977, cuando George L. Engel, médico internista y psiquiatra estadounidense, propone el modelo biopsicosocial para el estudio de la salud y el diagnóstico de la enfermedad, el cual terminó aplicándose a los estudios del dolor y haciendo grandes aportes por su enfoque panóptico.¹⁵⁶ El modelo toma en consideración tres ejes que, anteriormente, se habían considerado excluyentes entre sí: lo biológico, lo psicológico y lo social; la tría factorial determina la experiencia consciente del individuo con respecto al dolor en diferentes niveles, ya sea que este se desarrolla en un campo físico -debido a enfermedad, una herida, etc.- o mental -debido a una persona o situación que ha provocado daño en lo moral o, incluso, una enfermedad mental-.

Quizá lo más relevante a rescatar al hablar de la teoría biopsicosocial es que introdujo una cuestión fundamental para entender el origen del dolor: los factores sociales; estos terminaron por completar los vértices del triángulo en cuya base estaba lo psicológico y lo físico. En lo social se gestan malestares que agravan o inducen a dolores en el cuerpo y en la mente, lo que habita al interior del sujeto está en íntima conexión con los aspectos estructurales de su entorno.¹⁵⁷

¹⁵³ López Sánchez, “Reflexiones iniciales”, 2011, pp. 23-51.

¹⁵⁴ Lebreton, “Por una antropología de las emociones”, 2013, pp. 69-79.

¹⁵⁵ European Pain Federation, What is the definition of pain?

¹⁵⁶ Tracy, “Psychosocial factors”, 2017.

¹⁵⁷ Cena, “Dolor social, violencias”, 2002.

Aunque podría juzgarse como obvio e irrelevante -y que hasta se explica por sí mismo, más después del párrafo anterior-, es necesario dejar asentado que el dolor es una experiencia personal. El modelo biopsicosocial indica que esta característica del dolor, tanto físico como moral, está supeditada a factores como la genética, enfermedades, características del sistema nervioso, las creencias, actitudes, expectativas, la educación, la condición social, la gente que nos rodea y, en general, todos los elementos englobados dentro de lo biológico, lo psicológico y lo social;¹⁵⁸ visto así, el dolor -de cualquier tipo- es una vivencia construida a partir de nuestras condiciones particulares de vida. Centrándonos en el dolor moral (sufrimiento), por ser el que nos interesa para este análisis, este se asienta únicamente en los elementos relativos a la experiencia, a los cultural, a los valores del individuo.

Entonces, si el dolor moral, por lo general, tiene una causa social, ¿cómo son las relaciones que lo generan? En principio, tenemos que hablar de una relación de poder desigual o, como el antropólogo Alan Fiske las denominó,¹⁵⁹ *authority ranking relationships*.¹⁶⁰ Como su nombre lo indica, estas relaciones se configuran en lo jerárquico, lo cual marca diferencias en lo económico, el género, lo racial, lo etario y, además, genera un desbalance en las emociones entre las partes. Una relación de autoridad genera emociones en todo el espectro -desde lo positivo hasta lo negativo-, no obstante las relacionadas con el sufrimiento, la tristeza, el dolor tienden a nacer entre los individuos subyugados a una posición que los aplasta, que los condena a situaciones que los vulneran.¹⁶¹ El dolor deja de ser reflejo únicamente de la subjetividad de su portante y pasa a ser el eco de la estructura en la que está inserto, no sólo es dolor del individuo, sino que es social, en razón de que los sujetos al compartir experiencias de desigualdad y dominación crean vínculos emocionales para enfrentarlas.¹⁶²

En este sentido, una situación de injusticia implica la pérdida de *algo* -bien puede ser un bien material o, incluso, de aspectos identitarios, como la dignidad- que ha sido arrebatado por un actor que, en ese escenario, tiene más poder que el o los subyugados. El dolor producido por la pérdida pronto puede convertirse en odio,

¹⁵⁸ European Pain Federation, What is the definition of pain?

¹⁵⁹ Shkurko, "Emotions and Cognitions", 2014.

¹⁶⁰ Relaciones de clasificación jerárquica o relaciones basadas en autoridad por su traducción al español.

¹⁶¹ Shkurko, "Emotions and Cognitions", 2014.

¹⁶² Cena, "Dolor social", 2022, pp. 4-5.

porque igualmente se concibe ante experiencias de despojo y “las figuras depositarias del odio” pueden ser los perpetradores o, inclusive, amenazas imaginarias que el individuo utiliza como señuelo para dar sentido a la crisis.¹⁶³ El mayor diferenciador entre ambas emociones es que el dolor es pasivo, inhibe a la persona y le hace buscar acompañamiento y reconocimiento en los otros; mientras que el odio es activo, mueve al individuo para reivindicarse, actúa en contra de aquellos quienes le hicieron daño. En pocas palabras, el odio es combativo. Aunque no sean interdependientes, en muchas ocasiones van de la mano, el uno se puede transformar en el otro si no hay una reparación del daño o si no es canalizado correctamente desde el primer momento.

Autores como Shkurko y Shkurko se limitan a la cuestión de situaciones de subyugación como causantes del dolor, empero la socióloga Gina Zabludovsky va un paso más allá. Si bien Zabludovsky parte de la misma premisa que los anteriores, abona al tema estableciendo que las narrativas de trauma y sufrimiento son los mecanismos de defensa de los sometidos, por medio de estas señalan a los “culpables” del daño ya que “suelen contener fuertes imputaciones sobre las responsabilidades de los involucrados que, como tales, remiten a cuestiones morales que asignan lugares específicos”.¹⁶⁴ Un sujeto que está sufriendo buscará darle sentido a su vivencia identificando la fuente del dolor, por tanto cuando reconozca a otro individuo como el *factor hiriente*, lo traducirá en una “lectura del otro” que pronto “se puede convertir en «tú eres hiriente» o incluso «eres malo»”.¹⁶⁵

Bajo la hipótesis de Zabludovsky, el individuo herido transiciona de una posición silenciada y de completa vulnerabilidad a una de defensa, en la que prevalece la búsqueda de justicia, de reclamar lo arrebatado, de señalar como “los malos” a los causantes del daño. En este escenario, su voz o su escritura son sus recursos principales para hacer frente a los actores dominantes. Aunque compartir su testimonio no resarza el daño, ni les regrese lo despojado, sí es una práctica que restaura la dignidad. La denuncia es poderosa en razón de que visibiliza el daño, los actores reclaman su lugar en las narrativas de dominación.

Partiendo de los postulados previos, ¿cómo se inserta el dolor de Elisa en este entramado? En la narrativa de la paciente destaca que constantemente explora

¹⁶³ Ahmed, “La organización del odio”, 2015, pp. 78-90.

¹⁶⁴ Zabludovsky, “Lenguaje y emociones ocultas”, 2020, p. 151.

¹⁶⁵ Ahmed, “La contingencia del dolor”, 2015, pp. 49-50.

las situaciones que le causan malestar, no se calla la incomodidad que le genera haber sido encerrada en contra de su voluntad, la carencia, ser abandonada y quedar a expensas de una institución que, en muchas ocasiones, descuidaba sus necesidades y hacía caso omiso a sus peticiones -en las que también hacía de portavoz de sus compañeras-. Su escritura le sirve tanto para desahogarse, es un espacio para liberarse del encierro físico y sentirse más cercana con aquellos que se quedaron en el exterior, como para solicitar auxilio, pedirles que alivien su sufrimiento a los mismos que lo provocan.

Asimismo, “justicia” e “injusticia” son conceptos que prevalecen a lo largo de su escritura de encierro. Elisa no sólo padece el dolor, ya que no está totalmente derrotada, quizá fatigada por haber luchado tantos años por defenderse a sí misma, sigue habiendo en sus expresiones algo de combativo. Fue crítica de los médicos y directivos, de su familia y de todos quienes considera que han contribuido a su desgracia; analizó y juzgó el trabajo de los doctores por su mal desempeño. Elisa fue una paciente que no se rindió, pese al gran dolor que cargaba, sus textos demuestran que transformó el sufrimiento en una herramienta para enunciar los abusos que observó contra ella.

En el siguiente apartado exploraremos cómo Elisa entró en contacto con su dolor y, al mismo tiempo, se lo comunicó a quienes la rodeaban. A partir de sus palabras, nos insertaremos en el complejo sistema de dominancia y sujeción en el que la paciente se posicionó como sujeto subyugado, generando un testimonio en el que el manicomio no fue meramente un sitio de *curación*, sino también uno donde imperó la injusticia que recayó en seres emocionales con capacidad de respuesta.

3.3 Los dolores del encierro

Si partimos de las nociones antes expuestas, habremos de identificar que el dolor nace muy temprano en Elisa, de hecho, lo vemos plasmado ya desde la primera carta que consta en su expediente:

Si es mi mamá y mi papá, vengan, quiero verlos con urgencia o pídanle a Claudia favor de que yo hable con Ustedes por teléfono.
Carolina, qué desgracia es venir aquí, pero ya invoqué al Señor de San Andrés Chalchicomula.

Elisa nos revela su concepción del dolor por medio de palabras y frases que lo nombran, lo describen: para ella, el sufrimiento es originado por una desgracia que es estar en el manicomio, un lugar desagradable al que explícitamente no quería ir.

No obstante, su mala fortuna aún puede ser revertida con fe en una fuerza mayor -“ya invoqué al Sr. de San Andres Chalchicomula”-, la paciente se encomienda a la creencia religiosa para encontrar consuelo y esperanza. Tal vez es gracias a esta misma fe que se niega a terminar sus días en desdicha, ya que prosigue en la misma carta:

T. creen ustedes que yo acabe mi vida entre tribulaciones, teniéndolas a ustedes de mi parte, no mil veces no, usted venda todo y venga a verme el martes a visita de 3 a 5 de la tarde y escíbame algo, esto se unirá a sus inmerecido favores y (ilegible) a usted quedo, su feliz amiga.

Sus amigas y el posible auxilio que le den son anclajes que encuentra para no hundirse por completo en la desdicha, son sus motivos para seguir resistiendo.

El sufrimiento es la consecuencia de *algo*. Cuando un insecto venenoso nos pica, la respuesta primaria del cuerpo es doler, es una advertencia de que algo no está bien y debemos apartarnos y buscarle una cura; asimismo el dolor moral nos señala algo en el exterior que nos hace daño y está pervirtiendo nuestras afecciones, concibe al interior del ser un conflicto interno hacia la persona, situación o cosa específica que produce dolor. En el imaginario de Elisa, el manicomio es desgracia, entonces es lo que hace daño, se constituye como un espacio cargado de símbolos dolorosos, es el lugar donde su familia la “botó” para ya no saber de ella, donde padece carencias, como bien lo describe en una carta fechada el 3 de abril de 1914 -ya citada previamente-:

Atentamente le suplico que ponga de acuerdo a la bien querida Señorita Santoyo para que vean a María y a Anita, vean por mí, es viernes 9 de abril entré el lunes 29 entro a este manicomio y no me he peinado por falta de peine, no me he cambiado por falta de ropa, no he tenido razon de mi casa, he llorado de hambre, pues atole es el desayuno y merienda no duermo de noche por lo débil y todo ha sido sufrir sin consuelo de los de mi familia ¿qué es esto?

La Castañeda no sólo produce dolor físico -el hambre-, sino que también su sistema de aislamiento provoca que el desespero crezca en Elisa por no tener cerca a alguien con quien desahogarse. El manicomio, en este sentido, es el culpable de todo lo negativo que sucede en la vida de la paciente.

La falta de contacto afectivo es fundamental para comprender cómo el dolor va mermando cada vez más el estado anímico de la paciente. En junio de 1914, les escribe a sus padres: “No teniendo el gusto de saber de ustedes, les pongo esta suplicando se dignen darme aviso cómo están, ya no que vengan, pues es inútil, no teniendo voluntad de verme en vano serán mis súplicas”; el tono general de estas

líneas es de fatiga, inclusive de resignación, no se conforma con la idea de la abandono, pero no tiene otra opción, entiende que no están en sus manos las decisiones de sus seres queridos. La soledad es terreno fértil para que en un individuo herido florezcan ideas que se refuerzan las ideas en torno al trauma y lo vuelvan aún más doloroso. El ser doliente tiene la necesidad de comunicar su emoción para ser reconocido, Wadi escribe que el injuriado requiere expresar su emoción “por la necesidad de comunicarse con alguien de fuera del espacio, alguien que comprendiera lo que le pasaba, (...); o incluso, como forma de hacer una catarsis”.¹⁶⁶

Como ya se mencionó en el apartado anterior, de acuerdo con la EFIC, algunos de los símbolos que se asocian con la aparición del sufrimiento están marcados por una injusticia percibida.¹⁶⁷ La Castañeda aparece en la cosmovisión de Elisa como el cúlmén de los intentos por intentar privarla de su autonomía; entiende su internamiento con respecto a los arbitrios de su familia que no la comprenden, o quieren deshacerse de su presencia, o bien están decididos a impedir que cumpla sus metas. Estas razones son algunas de las que utiliza a Elisa para intentar explicarse a sí misma el porqué, de un momento a otro, se encontró apartada del mundo exterior, donde tenía una vida independiente con sueños y deseos; nadie tuvo, siquiera, la consideración de advertirle los planes familiares y, además, la llevaron con base en engaños, valiéndose de la confianza que les tenía a sus amigas.

Para Elisa, el manicomio no se erige como una institución abocada a la beneficencia y a la curación, sino que lo hace como un espacio de coacción, una herramienta de sus familiares para privarla de su independencia sin una justificación lógica; aunque el espacio esté constituido para un fin específico, es la persona quien le otorga el significado de acuerdo con lo que le implica para sí misma y, para Elisa, el espacio es su opresor no por los métodos que ahí se utilizan, sino por las funciones que se le han adjudicado más allá de “sanatorio”. La Castañeda deja de ser meramente manicomio y se torna en herramienta que perpetra injusticias.

La hipótesis de la injusticia cobra aún más importancia cuando el padre de Elisa muere y Elena es quien asume la responsabilidad de su hermana, siendo ella quien la mantiene internada por el periodo más largo. La relación entre Elisa y Elena

¹⁶⁶ Wadi, “Entre a tristeza e a ira”, 2024.

¹⁶⁷ European Pain Federation, “What is the biopsychosocial”.

era una de tensiones, así lo demuestra el siguiente fragmento del 18 de junio de 1928:

Con esta bendición a nadie le temo, mi madre ama ciegamente a Elena, ella no manda, Elena es la autora de todo, pero en bien mío sólo Dios, así es que atentamente pido me reconozcan y atiendan con que al ver la justicia sea atendida sin respetar más que a mí. Soy capaz de sostenerme sola, sé trabajar, sé tomar la escoba y barrer calles (...).

Esto nos remite a la teoría de Zabludovsky sobre las imputaciones que hacen los seres dolientes de las responsabilidades de los involucrados en sus casos, asignando papeles que responden a un criterio maniqueísta para juzgar las acciones, limitando las posiciones a víctimas y culpables; lo bueno y lo malo lo termina juzgando el individuo en tanto se haya visto beneficiado o afectado.

La propia paciente elige incluir la palabra “justicia” para describir la situación a la que ha sido sometida por su hermana: en otra carta del mismo año, Elisa menciona que Elena no la comprendía desde que eran pequeñas, razón por la cual, en ese momento, tomaba ventaja para ya no recibirla de vuelta en casa. Elena, bajo este retrato, actúa desde los prejuicios que proyecta en Elisa, desde la ignorancia que no le permite comprender la otredad de su hermana y la castiga por no ajustarse al modelo de normalidad que espera instaurar dentro de la familia. Elisa se concibe como una víctima de su familia que prefirió darle la espalda antes que confrontar a Elena; su madre, quien podría ser un contrapeso en la toma de decisiones, no sólo no cuestiona, sino que permite las decisiones de Elena, sin siquiera tomar en cuenta las necesidades de su otra hija; todos participan a partes iguales en la injusticia, tanto perpetrándola activamente como con su complicidad pasiva -su indiferencia contribuye directamente al problema-.

En el manicomio tampoco llega a encontrar consuelo, ya que se enfrenta a las irregularidades de la institución psiquiátrica, entre las que constan un personal poco preparado para dar atención a los pacientes, la falta de supervisión por parte de los superiores -causada por la sobrepoblación-, la carencia de recursos y una aún pobre comprensión de los trastornos. En 1933 escribía una misiva dirigida al doctor José Alfaro y al director Guevara Oropeza:

Este establecimiento es para mí un Santuario profanado por los abusos que, ajenos a su vigilancia, acontecen son estas causas de funestas (ilegible) una víctima soy yo (...).

En cambio brindo a usted un hermoso ramo de flores, le felicito por el cargo delicado que tiene, advierto algo bueno algo justo; pero mis flores se deshojan. Usted vendrá de recibirlas, pues, están

encerradas por rejas impías son flores que mueren de hambre, de sed de justicia, son sus enfermas que lo bendicen si nos cura, si nos consuela, si nos oye, si nos viene a ver.

Observamos una similitud en el objetivo de sus discursos para los médicos como para su familia: Elisa pide compasión. Retomando a Sara Ahmed, la experiencia del dolor de Elisa se inserta en “relaciones complejas de poder”:¹⁶⁸ los médicos, en estas circunstancias, adoptan el papel de agentes encargados de velar por el bienestar y recuperación de las enfermas, posicionándose como las figuras de máximo poder al interior del manicomio, ante las pacientes, esto los volvía personajes con la capacidad de mejorar las situaciones de las enfermas, quienes quedaba supeditadas a lo que dictaran. No obstante de lo anterior, al ser las autoridades de mayor poderío dentro de los muros del nosocomios, el personal también llegó a cometer excesos u omisiones contra las pacientes con un alto grado de impunidad.

No debemos limitarnos a interpretar el reclamo de compasión como un acto de rebelión de Elisa ante las autoridades, porque al excavar más profundo caemos en cuenta de que esta acción implica “reforzar los patrones mismos de subordinación (...) responsables de dicho sufrimiento”;¹⁶⁹ entonces, si bien la intención de Elisa sí es señalar el mal obraje de quienes debían asistirle, en realidad se convierte en un mecanismo que fortalece la autoridad de los doctores, al poner en sus manos la decisión sobre las vidas de las pacientes. Esto obra en el mismo sentido para su familia, quienes tienen la capacidad de terminar con -lo que Elisa percibe como- su penosa situación, Elisa depende de su decisión y es plenamente consciente de esto.

Las anteriores situaciones comparten un rasgo elemental: implican una transgresión a Elisa. De una forma u otra, sus padres, sus hermanas, los médicos y, en general, todos los sujetos identificados como productores de este dolor, vulneran algún aspecto o, incluso, la totalidad de su vida. Sus padres se “niegan” -o, al menos, eso escribe ella- a verla, a recibirla nuevamente en su hogar:

Plenamente convencida estoy que lo que han resuelto es abandonarme por completo. Segura estoy que el Doctor Martínez ha dado informes de mi completa salud solo falta su voluntad nada más. El martes en la tarde y Jueves que son días de visita esperaba tener el gusto de verlos y al terminar dichas visitas y convencerme de su

¹⁶⁸ Ahmed, “La contingencia del dolor”, 2015, pp. 49-50.

¹⁶⁹ *Ibidem*.

olvido me he entregado en manos de Dios y él me ayudará en adelante.

Elisa se ve a sí misma excluida totalmente de su familia, su presencia es prescindible en el entorno al no haber alguien que se preocupe por ella. El ser ignorada irrumpe intempestivamente en su sistema de creencias, puesto que hasta ese momento se sabía querida por su familia, situación que cambia de repente y la deja desprotegida; previamente se aclaró que Elisa argüía que Elena nunca la había entendido, lo cual generaba una profunda herida en ella, puesto que ella esperaba la comprensión y el apoyo de Elena. Esto mismo sucede con los médicos: las expectativas de Elisa dictaban que los doctores debían estar al servicio y velar por sus necesidades, así como del resto de las pacientes, no obstante ante el desengaño de las deficiencias del sistema manicomial, una más de sus ideas se ve quebrantada. Sus ideas primarias con respecto a las relaciones, al funcionamiento de los sistemas en los que se halla inserta se materializan en cuanto se ven violadas; esta violación se traduce en el dolor que experimenta, la hace consciente de sus construcciones.¹⁷⁰

Poco a poco, observamos que Elisa construye su identidad como la de una víctima, sus emociones están dirigidas a juzgar las acciones que otros imponen sobre su misma persona. El dolor de Elisa es uno que surge en la moralidad, con esto me refiero a que sus emociones las usa para valorar a quienes la rodean, su dolor es su manera de condenar los actos que siente en contra suya y, al mismo tiempo, de convertirse en la víctima de estos atentados.¹⁷¹

Si en un primer momento, el dolor le corroe las entrañas a Elisa, la ahoga en la desolación y tiñe el internamiento con los tonos de la desesperanza; conforme los años pasan, más aprende sobre el manicomio y más medita sobre las intenciones de quienes la rodean, el dolor lo convierte en arma para denunciar a los culpables, para mostrarles explícitamente sus errores y demandar le den un trato digno y le regresen lo que le fue arrebatado. Entonces, ¿cómo cambia el discurso de Elisa una vez que el dolor se ha recrudecido tanto que da paso al coraje, a la movilización?

3.4 Combatiendo el dolor

¹⁷⁰ Ahmed, "La contingencia del dolor", 2015, p. 58.

¹⁷¹ Cena, "Dolor social, violencias", 2002.

Sobra decir que el dolor fue una constante patente en el sentir de Elisa durante todo su internamiento, no obstante este tiene una clara transformación una vez que Antonio muere. El deceso de su padre desató movimientos dentro de la familia, así como en el comportamiento de la propia Elisa que, al mismo tiempo, afectarían el estatus que, hasta entonces, había llevado dentro de la institución; además, el hecho de que ninguna de las hermanas aceptara de buena gana el regreso de Elisa no abonaba positivamente al, ya de por sí, panorama tenso. Este nuevo clima en la vida de la paciente sería el caldo de cultivo ideal para que su dolor se recrudeciera y se tornara de otras tonalidades.

Elisa demostró innumerables veces su impotencia por no haberse casado ni haber tenido hijos, también porque sus hermanas le habían arrebatado su supuesta herencia, porque se negaban a dejarla salir y entregarle su tan ansiada libertad; asimismo, a cada momento era más su inconformidad por ser trasladada constantemente con las “locas peligrosas” -de acuerdo con sus propias palabras-, por los malos tratos de algunos miembros del personal y por la omisión de los directores a estos. Con un dejo de hartazgo, les escribió al doctor José Quevedo en mayo de 1928:

Este establecimiento es para mí un Santuario profanado por los abusos que, ajenos a su vigilancia, acontecen, son estas causas de funestas (ilegible) una víctima soy yo y digo a usted que una (ilegible) no la resisto, mi edad de 59 años no me ayudan, estoy para descansar, no para servir de pruebas un año, otro año sujeta a caprichos ajenos a mí que los deseos (ilegible) ¿Qué código rige aquí?, ¿Sanatorio es o casa de secuestros? Yo vuelvo a mi casa, es el templo vivo de la Santísima Trinidad, hermoso cuadro que se le da culto por la fe de mi padre, cuya imagen la fotografío y con su mano de padre modelo me puso en el retrato e hija Elisa el Padre el hijo y el Espíritu Santo.

El tono de esta carta es, cuando menos, retador: Elisa le planta cara directamente al poder psiquiátrico, le señala a sus actores todas las flaquezas del sistema y, más importante aún, los culpabiliza de estos. La paciente ya no es pasiva ante los abusos, ya no sufre en la quietud, ahora se posiciona ante ellos con firmeza. Podría, incluso, resultar curioso: después de tantos años de encierro y un sinnúmero de esfuerzos infructíferos por tratar de que el resto la comprendiera, la respuesta *natural* que se esperaría de la paciente hubiera sido la rendición y aceptar su destino, pero no fue así. A Elisa le quedaban sus ideas, su pluma y su papel, no se dejaba derrotar.

Su respuesta pasa a ser abiertamente ofensiva y con intenciones de venganza hacia sus hermanas. De acuerdo con Natalia Dorantes, amiga de la familia, en 1927, Elisa les dijo a sus hermanas lo siguiente: “ahora ha jurado vengarse de sus pobres hermanas que son ya unas viejitas diciendo que cuando salga las va a ahorcar”. En los capítulos previos se estudió el terror de las Molina ante lo que pudiera hacerles su hermana, lo cual sólo demuestra la capacidad de intimidación que alcanzaron a tener las palabras de Elisa. Si bien, la paciente se mantenía en una posición de subordinación por estar encerrada, esto no significa que estuvo inmovilizada, puesto que desarrolló técnicas para burlar la vigilancia y hacerles llegar “papelitos llenos de maldiciones” a Elena y Elvira.

En una carta de 1928 -que ya ha sido citada previamente-, Elisa le dice al doctor José Alfaro que “reconozcan y atiendan con que al ver la justicia sea atendida sin respetar más que a mí”. La paciente reclama su lugar en la toma de decisiones: se posiciona como personaje principal en la historia, sólo tienen que atender sus juicios, puesto es ella misma la que está padeciendo la situación que denuncia, la justicia tiene que ser cumplida según Elisa lo comprende, puesto que es su vida la que está en una conversación de la que ha sido excluida tanto por su familia como por el cuerpo médico. La paciente intenta reparar su dignidad que fue herida desde el momento en que otros tomaron control sobre su vida.

Los anteriores fragmentos demuestran que dentro de su dolor, Elisa desarrolló la animosidad suficiente para oponerse a seguir siendo abatida. Sus experiencias de sufrimiento la constituyeron como un personaje con poder de réplica, su dolor llegó a ser tanto que se opuso a seguir sufriendo sin, siquiera, evidenciar las injusticias que se cometían en su contra. Quizás como un proceso inconsciente, Elisa se negó a quedarse de brazos cruzados y observar como el resto de personas decidían sobre su vida y su destino, descubriendo que el único remedio era defenderse a sí misma, así fuera a través de canales institucionales y rogando a aquellos que la habían puesto en esa desagradable posición.

Tal vez una de las acciones más impactantes de Elisa fue convertirse en la portavoz de sus compañeras:

Yo me ofrezco como pueda á descubrir el velo, que nos tiene en la desgracia, somos enfermas y tenemos derecho a levantar la espada desenvainada y de siete filos pidiendo libertad. No salva al mundo corrompido el oro ni el poder, lo salva la caridad.

Estas palabras dirigidas a Guevara Oropeza sirvieron para restituir la legitimidad de los reclamos de las internas: ellas están en su derecho de combatir los poderes psiquiátricos, ya que es su libertad la que está en disputa. Aunque, en anteriores citas, observamos que Elisa solía *humillarse* frente a las autoridades, enarbolando su conocimiento y su labor, actitud que perpetuaba las disparidades de poder entre las *locas* y los *médicos*.

Sin embargo, habría que pensar que, a lo largo de todos los años que duró su estancia, la paciente aprendió los mecanismos y formas institucionales para hacer llegar su mensaje a los directivos. Estas estrategias de comunicación de las internas con los doctores sientan sus bases en “rituales de subordinación”, en los que el tono de la remitente se ajustaba al de la subordinación y el respeto absoluto con tal de obtener una respuesta favorable para su causa.¹⁷² Si a primera vista parecería un acto de sujeción, podemos concluir que subyacía en este la misma actitud combativa disfrazada de las formas en que las pacientes sabían que serían escuchadas.

Elisa hasta el último momento escribió, a partir de su emocionalidad encontró los motivos para movilizarse contra lo que sentía injusto y su mejor arma fue su voz. Su dolor le indicó qué y quiénes eran los que la estaban lastimando, en este caso tanto manicomio como su familia, por lo que pudo enfrentarse a ellos, apelando en sus discursos a estrategias emotivas para doblegar a sus interlocutores. Lo que queda claro es que Elisa no paró de luchar por lo que creyó correcto hasta el final.

Conclusiones

Este capítulo permitió una inmersión honda en el mundo emocional de Elisa Molina priorizando su voz para desvelar la compleja experiencia del internamiento psiquiátrico. Al romper con la narrativa unidireccional que prioriza el relato del poder psiquiátrico, se logró demostrar que la paciente fue un individuo consciente, crítico y con una notable capacidad de agencia.

El análisis, enmarcado en la historia de las emociones y el constructivismo, subraya que las emociones de Elisa no fueron meras reacciones erráticas, sino respuestas social y culturalmente construidas a su entorno y a las relaciones de

¹⁷² Villasante, Vázquez de la Torre, Conseglieri y Huertas, “Letras retenidas”, 2016, p. 137.

poder que la rodeaban. Su dolor, o sufrimiento moral, se convirtió en uno de los ejes centrales de su experiencia.

La narrativa de Elisa Molina en este capítulo no sólo humaniza la experiencia del paciente en el manicomio, sino que también desafía las nociones tradicionales de pasividad y sumisión. Su trayectoria emocional, marcada por un dolor que se metamorfosea en resistencia, revela una constante lucha por la agencia y el reconocimiento de su subjetividad en un sistema diseñado para su contención. Sus escritos son un testimonio invaluable de cómo el individuo puede forjar una voz propia, incluso desde el encierro y la estigmatización.



Conclusiones

La familia, el aparato psiquiátrico y la paciente fueron los elementos que dieron cohesión al recorrido a través del caso de Elisa. Entrelazados entre sí en una red de influencias, decisiones y experiencias, los tres son indivisibles, puesto que al intentar enfocarnos en uno, irremediablemente nos enfrentamos a la presencia e influencia persistente de los otros, funcionan como un engranaje en el que si quitamos una pieza, el resto del sistema termina por carecer de sentido. Al estudiar la locura, descubrimos que no es un fenómeno individual, sino que está profundamente arraigado en el tejido social: se concibe al interior del individuo, lo padece en conjunto de su red de apoyo y, en este caso, es tratado en la institución.

La familia se constituyó como el punto de partida de la locura: fue el primer espacio en el que se integró el enajenado, donde se reflejaron sus síntomas y, como consecuencia, se adjudicó el trabajo de cuidados y contención al seno familiar. Una vez aparecieron los manicomios -y sus antecesores, como los hospicios religiosos-, para muchos se convirtieron en una suerte de *salvación*, después de haber agotado cualquier otra alternativa terapéutica y hubieran sido sobrepasados por la situación. Las instituciones psiquiátricas, en muchos casos, desahogaron las tensiones familiares y evitaron escenarios fatídicos.

No obstante, no por ser su rescate las familias aceptaron ciegamente los mandatos del manicomio. Lejos de quedar neutralizados por el principio de aislamiento, las familias mantuvieron control y cierto campo de acción para decidir sobre sus enfermos: la negociación entre autoridades manicomiales y los parientes fueron fundamentales para el desarrollo de la estancia del paciente -ya fuera para bien o para mal-. Aunque el manicomio tenía el control directo del enfermo durante el internamiento, este estuvo influenciado por las disposiciones familiares.

Asimismo, la experiencia personal con la locura de la paciente estuvo directamente afectada por el tipo de relaciones que sostuvo. Con Elisa, observamos dos grandes figuras que marcaron esta etapa de su vida: su padre y su hermana mayor, Elena. El uno y la otra fueron casi que una dicotomía en cuanto al trato y apreciación de la enfermedad de la paciente: mientras que para el padre era de vital importancia la recuperación y la reinserción de su hija al entorno, Elena necesitaba un medio para regresarle la paz y la seguridad al hogar, pues veía en su hermana una amenaza. Pese a los juicios particulares, cada uno terminó acudiendo al

manicomio y le dotó de significados particulares, le atribuyeron características y alcances que nacían de sus mismas necesidades. Los distintos personajes que acudieron a La Castañeda fueron quienes lo volvieron un espacio multifacético, puesto que vertían en este sus preconcepciones y esperanzas: el manicomio está recubierto de claroscuros, cuya gama se va revelando a nosotros en tanto encontramos más narraciones de sus usuarios.

En este sentido, si bien el Manicomio General nació como un proyecto estatal clave para “sanear” la mente y corregir el comportamiento desviado, una vez abrió sus puertas al público esta misión inicial comenzó a torcerse, no sólo por lo previamente explicado, sino porque se enfrentó a grandes obstáculos como la guerra, la escasez de recursos, el hacinamiento, la insalubridad, la leyenda negra en la prensa que lo retrató como un lugar de pesadillas dantescas y, finalmente, la sobrepoblación que terminó siendo una de las causas para su clausura. Sin embargo, a la vez fue un lugar de aprendizaje y de perfeccionamiento de la ciencia psiquiátrica en ciernes, aunque el objetivo primario de los médicos fuera la curación de los pacientes, también se beneficiaron de la observación, de la prueba y error que ofrecía el trato directo con los locos: en los momentos más tempranos, no existían certezas del porqué de la aparición de la locura -incluso hoy no las tenemos- ni de métodos definitivos para controlarla, el manicomio se convirtió en la incubadora de grandes avances de la medicina de la mente.

En la búsqueda de legitimar a la institución y visibilizar los esfuerzos del personal, el cuerpo médico se esforzó por humanizar el trato a los internos, además que, desde un principio, siguiendo los pasos de la psiquiatría francesa, la terapia ocupacional se encumbró como el norte de la brújula de los tratamientos. Tener acceso a talleres, clases, comida, vestido y un techo representaron para muchas pacientes un refugio de sus vidas precarizadas; incluso, por estas mismas razones, Elisa llegó a encontrar en el manicomio indicios de esperanza en lo que era su encierro forzado. Hasta el control férreo que se estipulaba en el reglamento, fue más bien permeable en la práctica, lo que permitió la negociación, no sólo con las familias, sino también con los mismos internos, quienes les hicieron llegar sus quejas a los directores y demás personal. Todas estas particularidades se fueron abonando para delimitar cómo fueron las experiencias de los locos a manos de la institución, dando como resultado una ambivalencia de sentires y de visiones que construyeron a La Castañeda en el imaginario popular.

Pese a los intentos por mejorar las condiciones, Elisa siguió manifestando su inconformidad de estar encerrada. Aunque hubo momentos en que aceptó haber caído en accesos de locura, Elisa se reconocía a sí misma como *cuerda* y diferenciaba su estado del resto de sus compañeras, lo que la hizo reclamar su libertad y cuestionar su diagnóstico. Su constante fue percibir al manicomio como una “desgracia” y un “secuestro”, sobre todo por estar privada de su autonomía económica, la experiencia la llevó a retratarse en numerosos escritos como una víctima de injusticias por parte de su familia y de la institución.

La vivencia de Elisa estuvo marcado por un profundo dolor, derivado de las carencias iniciales, el sentimiento de abandono familiar, la privación de su libertad, la constante negativa de sus hermanas por aceptar el alta y la imposibilidad de perseguir sus sueños. No obstante, el sufrimiento que padeció no llegó a inmovilizarla, sino que se transformó en una fuerza combativa hacia los últimos internamientos. Elisa identificó tanto al manicomio como a su familia -específicamente, a Elena- como los perpetradores de las injusticias a las que estaba sometida y, sin otra arma más que su voz y su pluma, se abocó a denunciar, a señalar, a enfrentar a aquellos que la herían.

Realmente no sabemos el alcance que llegó a tener, pero la paciente utilizó sus cartas para dejar constancia de los malos tratos, las deficiencias del personal, la falta de vigilancia de los directores, la arbitrariedad con la que había sido internada. No fueron meras quejas individuales, Elisa habló por ella y por sus compañeras, convirtiéndose en una suerte de portavoz que vivía de primera mano la causa por la cual peleaba. Sus peticiones son prueba de que desarrolló un juicio ponderado a partir de su experiencia y de sus valores, no eran respuestas erráticas: detrás de sus palabras, hay una argumentación fundamentada, fueron la reacción consecuente a los abusos que consideró estar viviendo.

A lo largo del trabajo, Elisa como individuo va mostrando diversas capas: unas veces víctima, otras veces tiene agencia, sufre, pero también llega a alcanzar la tranquilidad. A primera vista, parecería que estamos tratando con conceptos antagónicos irreconciliables, empero el caso de Elisa Molina nos demuestra que no son mutuamente excluyentes. La respuesta radica en la misma naturaleza compleja y multifacética de su internamiento particular y a su subjetividad, la cual estaba en constante evolución y se entretejía entre variadas dinámicas sociales y emocionales.

Elisa se manifiesta abiertamente como víctima, en principio, porque su encierro fue resultado de engaños o decisiones de otros tomadas sin su consentimiento, el manicomio es una desgracia mayor en su vida, porque le coartó la posibilidad de decisión. No obstante, no es una víctima pasiva, ya que tiene a la mano algunos recursos para ejercer su agencia. El sufrimiento se cocina en su interior hasta transformarse en fuerza combativa, la motiva a enfrentar directamente a la autoridad psiquiátrica. En este sentido, su condición de víctima es lo que detona y canaliza su agencia: reconocerse como subyugada, la hace movilizarse dentro del sistema.

Por su parte, el sufrimiento y la tranquilidad -incluso alegría en ocasiones- coexisten en el mismo universo afectivo, sin que haya contradicción. Que Elisa confesara hallar dicha en ciertos aspectos del internamiento, no significa que mintiera sobre haber padecido la situación; en su calidad de *espacio ambivalente*, el manicomio provocó respuestas de la más diversa índole. Elisa particularmente tuvo la posibilidad de vivir la multiplicidad de capas que componía a La Castañeda: encontró un refugio en el que se llegaba a sentir comprendida, hacía actividades de su gusto, socializaba con sus compañeras y con el personal; a la vez, tuvo que lidiar con el vacío del aislamiento de su familia, luchar contra el estigma de ser considerada loca y que le fuera arrebatada su vida previa. Las circunstancias de cada momento particular fueron clave para modelar la emocionalidad de Elisa.

El pilar de mi investigación fue poner en el centro de la cuestión la narrativa de la paciente, a partir de las cartas no enviadas de Elisa me abrí paso a través de sus años de encierro para comprender cómo impactaron en ella. A partir de lo anterior, nos adentramos en la estructura del sistema psiquiátrico, hallando que el internamiento no fue un proceso unilateral de control, ya que diversos actores tuvieron injerencia en sus operaciones, dejando ver la permeabilidad de las reglas.

Aunque mis esfuerzos estuvieron orientados a desentrañar la emocionalidad en Elisa, me parece que este caso en específico ofrece una aún gran posibilidad de investigación en la cuestión de los afectos. Creo que hay un área de oportunidad para estudiar el resto de emociones que comunicó la paciente, para contrastarlas entre sí y componer un panorama más nutrido de lo que fue la experiencia psiquiátrica, para poder observar claramente la multiplicidad de matices que se mencionaron.

Igualmente, se pone sobre la mesa la oportunidad de realizar estudios comparativos con otros pacientes. Se reiteró que la historia de cada interno fue singular y diferente, por tanto futuras investigaciones con el mismo enfoque metodológico -priorizando la voz del paciente y sus emociones- permitirían identificar patrones comunes o diferencias significativas en las vivencias del internamiento según el estrato social, el género, el diagnóstico o las dinámicas familiares específicas.

Aspiro a que dentro de mi quehacer investigador pueda seguir profundizando en la vida de Elisa Molina, continuar con la labor de interpretar sus palabras y reconstruir sus pasos dentro del Manicomio General. Dejo abiertos algunos caminos para transitar, en los que espero florezcan nuevas preguntas que me hagan repensar desde distintos ángulos la vida de Elisa.



Referencias

AHSS Archivo Histórico de la Secretaría de Salud.

Family Search.

HNDM Hemeroteca Nacional Digital de México.

Bibliografía

Agostoni, Claudia y Elisa Speckman Guerra (ed.), *De normas y transgresiones. Enfermedad y crimen en América Latina 1850-1950*, ciudad de México, Universidad Nacional Autónoma de México, 2019.

Ariza, Marina (coord.), *Las emociones en la vida social: miradas sociológicas*, ciudad de México, Universidad Nacional Autónoma de México/Instituto de Investigaciones Sociales, 2020.

Ahmed, Sara, *La política cultural de las emociones*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, 2015.

Barrera, Begoña, "Historia de las emociones: qué cuentan los afectos del pasado?", *Historia y memoria*, julio 2020, <<
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2027-51372020000300004#fn1 >>. [Consultado el 2 de abril de 2024].

Barceló, Raquel, "Hegemonía y conflicto en la ideología porfiriana sobre el papel de la mujer y la familia" en Soledad González Montes y Julia Tuñón, *Familias y mujeres en México: del modelo a la diversidad*, México, 1997, pp. 73-110.

Basaglia, Franca, *Mujer, locura y sociedad*, Puebla, Universidad Autónoma de Puebla, 1985.

Beltrán Vilchis, Victoria, "El juicio familiar: calificación y asignación social de la locura (México, 1910-1930)", tesis de licenciatura en Historia, Universidad Autónoma Nacional de México, 2014.

Buschiazzo, Daniel, Luis Roldán y Santiago Guidi, "Jules Gabriel François Baillarger y «La Locura de Doble Forma»", *Alcemon*, noviembre 2014, pp. 31-42.

Carreño, Manuel Antonio, *Manual de urbanidad y buenas costumbres*, Lima, Librería e Imprenta Gil, 1875.

Caponi, Sandra, "Para una genealogía de la anormalidad: la teoría de la degeneración de Morel", *Scientiæ Studia*, 2009, <<
<https://www.scielo.br/j/ss/a/MT6BkxXV7LtXnqMFVtKH4q/?format=pdf&lang=es> >>. [Consultado el 21 de marzo de 2024].

- Caponi, Sandra, Jesús Martínez Sevilla y Leticia Hummel do Amara, “El sesgo de género en el discurso y en las intervenciones psiquiátricas”, *Dossiê Saúde mental e gênero: por uma agenda de pesquisa latino-americana*, 2023.
- Carvajal, Alberto, “Mujeres sin historia. Del Hospital de la Canoa al Manicomio de La Castañeda”, *Secuencia*, septiembre-diciembre, 2001, << <https://secuencia.mora.edu.mx/index.php/Secuencia/article/view/749/1337> >>. [Consulta 10 de febrero de 2024].
- Cena, Rebeca “Dolor social, violencias y desigualdades”, *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad*, abril 2022.
- Chesler, Phyllis, *Women and Madness*, Nueva York, Lawrence Hill, 2018.
- Coleborne, Catherine, “Families, Insanity, and the Psychiatric Institution in Australia and New Zealand, 1860–1914”, *Health and History*, 2009, << <https://www.jstor.org/stable/20534504> >>. [Consulta el 9 de noviembre de 2023], pp.65-82.
- El Pueblo. Diario de la mañana*, ciudad de México.
- Enríquez Rosas, Rocío y Oliva López Sánchez (coords.), *Dimensión emocional. Abordajes analíticos y exploraciones socioantropológicas e historiográficas*, México, Universidad Nacional Autónoma de México/ITESO/FEST, 2023.
- Esteinou, Rosario, “El surgimiento de la familia nuclear en México”, *Estudios De Historia Novohispana*, 2009, << <https://doi.org/10.22201/iih.24486922e.2004.031.3613> >>. [Consulta el 10 de febrero de 2024].
- European Pain Federation, *What is the biopsychosocial model of pain?*, << <https://europeanpainfederation.eu/what-is-the-bio-psycho-social-model-of-pain/> >>. [Consultado el 18 de agosto de 2025].
- Falcone, Rosa, “Género, familia y autoridad. Sociedades patriarcales y comunidades contemporáneas”, *Revista científica de UCES*, otoño 2012<< http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/1465/Genero_familia_Falcone.pdf?sequence=1 >>. [Consulta 10 de febrero de 2024].
- García, “Economía, medicina y farmacia, nociones de higiene doméstica”, *La abeja*, 1878.
- García-Díaz, Celia, “Entre mujeres-locas y hombres-psiquiatras: asimetrías emocionales en la sala 20 del Manicomio Provincial de Málaga (1909-1950)”, *Asclepio*, enero-junio 2023,

<https://asclepio.revistas.csic.es/index.php/asclepio/article/view/1163> >>.

[Consultado el 16 de abril de 2024].

García Peña, Ana Lidia, “De la historia de las mujeres a la historia del género”, *Contribuciones desde Coatepec*, julio-diciembre 2016, << <https://www.redalyc.org/journal/281/28150017004/html/> >>. [Consulta 10 de febrero de 2024].

García Peña, Ana Lidia, *Un divorcio secreto en la revolución Mexicana: ¡todo por una jarocho!*, ciudad de México, Colegio de México, 2017.

Giné i Partagás, Joan, *Obras escogidas*, Barcelona, Tip. La Académica, de Serra Hnos. y Rusell, 1903.

Gorbach, Frida, “El encuentro de un monstruo y una histérica. Una imagen para México en los finales del siglo XIX”, *La influencia de ultramar. Medicina y Sociedad en México, siglos XIX y XX*, 2007, << <https://journals.openedition.org/nuevomundo/3123?lang=en> >>. [Consultado el 2 de mayo de 2024].

Gonzalbo, Pilar (comp.), *Historia de la familia*, ciudad de México, Instituto Mora/Universidad Autónoma Metropolitana, 1993.

Guzmán Muñoz, María del Socorro, “Vivir según los manuales de urbanidad. Textos preceptivos en la Guadalajara decimonónica”, *Sincronía*, enero-junio 2015, << <https://www.redalyc.org/pdf/5138/513851505022.pdf> >>. [Consultado el 18 de agosto de 2025].

Huertas, Rafael, “Foucault, treinta años después. A propósito de *El poder psiquiátrico*”, *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia*, julio-diciembre 2006.

Jiménez García, Joel Francisco, “Evolución de la patria potestad en el derecho mexicano a partir del código civil del Distrito Federal y territorio de la Baja California de 1870 a la actualidad”, *Revista de Derecho Privado*, mayo-agosto 2004, << <https://revistas-colaboracion.juridicas.unam.mx/index.php/derecho-privado-ns/article/view/7155/6434> >>. [Consulta el 9 de noviembre de 2023].

Labarca Pinto, Mariana, “Emociones, locura y familia en el siglo XVIII: apuntes sobre un debate historiográfico en curso”, *Nuevo Mundo Mundos Nuevos*, diciembre 2015, << <https://journals.openedition.org/nuevomundo/68648#quotation> >>. [Consulta 9 de noviembre de 2023].

- Lebreton, David, "Por una antropología de las emociones", *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad*, diciembre 2012-marzo de 2013, pp. 69-79.
- Lerner, Gerda, *La creación del patriarcado*, Nueva York, Crítica, 1986.
- Ley de Matrimonio Civil, publicada en Guanajuato, el 30 de agosto de 1860.
- Lloyd, Jane-Dale e Ilán Semo (coords.), *Aproximaciones a la arqueología de las emociones*, México, Universidad Iberoamericana, 2019.
- López Sánchez, Oliva, *Extravíos del alma mexicana. Patologización de las emociones en los diagnósticos psiquiátricos (1900-1940)*, México, Universidad Nacional Autónoma de México/Facultad de Estudios Superiores Iztacala, 2019.
- López Sánchez, Oliva (coord.), *La pérdida del Paraíso*, México, Universidad Nacional Autónoma de México/Facultad de Estudios Superiores Iztacala, 2011.
- Moebius, Paul, *La inferioridad mental de la mujer*, Valencia, F. Sempere y Compañía, 19??.
- Morel, Benedict, *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine et des causes qui produisent ces variétés malades*, Académie Impériale de Médecine, París, 1857.
- Moscoso, Javier, *Historia cultural del dolor*, Madrid, Taurus, 2011.
- Muro Hidalgo, María Guadalupe, "1915: tiempo de hambre e incertidumbre en la ciudad de México", *Episodios de la Revolución Mexicana*, 2023, << https://constitucion1917.gob.mx/es/inehrm/1915_tiempo_de_hambre_e_incertidumbre_en_la_ciudad_de_Mexico >>. [Consultado el 19 de agosto de 2024].
- Ordorika Sacristán, Teresa y Aída Alejandra Golcman, *Locura en el archivo. Fuentes y metodologías para el estudio de las disciplinas psi*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, 2022.
- Parra, Porfirio, *Ensayo sobre la patogenia de la locura*, México, Tipografía literaria, 1878.
- Porter, Roy, *Madness. A brief history*, Nueva York, Oxford University Press, 2002.
- Portilla Velázquez, Roberto, "Psicosis maniaco-depresiva (Kraepelin)", tesis de Medicina, cirugía y obstetricia, México, Universidad Nacional Autónoma de México, 1927.
- Prestwich, Patricia, "Family strategies and medical power: 'voluntary' commital in a parisian asylum, 1876-1914", *Journal of social history*, verano 1994, p. 799-818.

- Rivera Garza, Cristina, "Por la salud mental de la nación: vida cotidiana y Estado en el Manicomio General de La Castañeda, México 1910-1930", *Secuencia*, 2001, 56-89.
- Remartínez Martín, María Teresa, "Las familias como usuarias del Hospital de Mujeres Dementes en la ciudad de México, 1877-1910", tesis de doctorado en Historia moderna y contemporánea, Instituto de Investigaciones Dr. José María Luis Mora, 2018.
- Ríos Molina, Andrés, "Esquizofrenia y psicosis maniaco-depresiva" en Andrés Ríos Molina (coord.), *Los pacientes del Manicomio La Castañeda y sus diagnósticos. Una historia de la clínica psiquiátrica en México, 1910-1968*, 2017, pp. 71-122.
- Ríos Molina, Andrés, "La locura durante la Revolución mexicana. Los primeros años del Manicomio General La Castañeda, 1910-1920", tesis de doctorado en Historia, México, Colegio de México, 2007.
- Ríos Molina, Andrés; Sacristán, Cristina; Ordorika Sacristán, Teresa y López Carrillo, Ximena, "Los pacientes del Manicomio La Castañeda y sus diagnósticos. Una propuesta desde la historia cuantitativa (México, 1910-1968)", *Asclepio*, 2016, p. 136, << <http://dx.doi.org/10.3989/asclepio.2016.15> >>. [Consultado el 22 de noviembre de 2024].
- Rivera-Garza, Cristina, *Narrativas dolientes desde el Manicomio General, 1910-1930*, México, Penguin, 2022.
- Rivera-Garza, Cristina, "Por la salud mental de la nación: vida cotidiana y Estado en el Manicomio General de La Castañeda, México 1910-1930", *Secuencia*, septiembre-diciembre 2001, << <https://secuencia.mora.edu.mx/index.php/Secuencia/article/view/750/1338> >>. [Consultado el 18 de noviembre de 2023].
- Rodríguez Fernández, Nadia Esther, "Un acercamiento a la familia desde una perspectiva sociológica", *Contribuciones a las Ciencias Sociales*, mayo 2012, << <https://www.eumed.net/rev/cccss/20/nerf.html> >>. [Consultado el 17 de octubre de 2023].
- Sacristán, María Cristina, "La clínica psiquiátrica en el Pabellón Central" en Andrés Ríos Molina (coord.), *Los pacientes del Manicomio La Castañeda y sus diagnósticos. Una historia de la clínica psiquiátrica en México, 1910-1968*, 2017, pp. 41-70.

- Sacristán, María Cristina, “La locura se topa con el manicomio. Una historia por contar”, *Cuicuilco*, enero-abril 2009.
- Sacristán, Cristina, “La medicalización de la locura en la ciudad de México. De la secularización de los hospitales para dementes al cierre del Manicomio General, 1861-1968”, *De manicomios a instituciones psiquiátricas Experiencias en Iberoamérica, siglos XIX y XX*, ciudad de México, Universidad Nacional Autónoma de México Instituto de Investigaciones Históricas/Sílex, 2022.
- Sacristán, Cristina, “Por el bien de la economía nacional: trabajo terapéutico y asistencia pública en el Manicomio de La Castañeda de la ciudad de México, 1929-1932”, *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, diciembre 2005, << <https://doi.org/10.1590/S0104-59702005000300003> >>. [Consultado el 20 de agosto de 2024].
- Sacristán, María Cristina, “¿Quién me metió en el manicomio? El internamiento de enfermos mentales en México, siglos XIX y XX”, *Relaciones*, primavera 1998, pp. 203- 233.
- Shkurko, Yulia y Alexander Shkurko, “Emotions and Cognitions in Social Relationships: A Neurosociological Approach”, *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad*, agosto-noviembre 2014, pp. 99-110.
- Silva, Máximo, *Sencillos preceptos de higiene al alcance de todos*, México, Oficina Tipográfica de la Secretaría de Fomento, 1897.
- Stone, Lawrence, *The family, sex and marriage in England 1500-1800*, Nueva York, Harper Colophon Books, 1979.
- Stucchi-Portocarrero, Santiago, “El tratamiento moral y los inicios del manicomio en el Perú”, *Revista de Neuro-Psiquiatría*, julio 2015, << http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-8597201500300005 >>. [Consultado el 21 de marzo de 2024].
- Tracy, Lincoln M., “Psychosocial factors and their influence on the experience of pain”, *PAIN Reports*, julio-agosto 2017, << https://journals.lww.com/painrpts/subjects/pain%20reports%20journal%20club/fulltext/2017/08000/psychosocial_factors_and_their_influence_on_the.1.aspx >>. [Consultado el 11 de noviembre de 2024].

- UC San Diego Health, "Síndrome Maníaco Depresivo / Trastorno Bipolar", Health library, 2018, << <https://myhealth.ucsd.edu/Spanish/RelatedItems/85,P03836> >>. [Consultado el 18 de agosto de 2025].
- Vicencio Muñoz, Daniel, "Locos criminales en los años del Porfiriato. Los discursos científicos frente a la realidad clínica, 1895-1910", *Estudios de Historia Moderna y Contemporánea de México*, enero-junio 2014, pp. 79-119.
- Villa Guerrero, Guadalupe, "El Hospital del Divino Salvador para mujeres dementes", *Boletín de Monumentos Históricos*, enero-abril 2008, << <https://www.revistas.inah.gob.mx/index.php/boletinmonumentos/article/download/2079/2007> >>. [Consultado el 17 de marzo de 2024].
- Villasante, Olga, Paloma Vázquez de la Torre, Ana Conseglieri, Rafael Huertas, "Letras retenidas. Experiencias de internamiento en las cartas de los pacientes del Manicomio de Santa Isabel de Leganés, Madrid (1900 – 1950)", *Culturas Psi*, marzo 2016, << https://digital.csic.es/bitstream/10261/203799/1/Letras%20retenidas_2016.pdf >>. [Consultado el 18 de agosto de 2025].
- Wadi, Yonissa, "Entre a tristeza e a ira: emoções em disputa nas narrativas sobre o crime de uma mulher (São Paulo, Brasil, 1939)", *Revista de Estudios Sociales*, octubre 2024.