

LA ELITE CARITATIVA Y LA INSTITUCIÓN PSIQUIÁTRICA: UNA LECTURA DESDE LOS AÑOS CUARENTA

*Manuel Antonio Solís Avendaño**

Resumen. Este trabajo explora las relaciones entre el Asilo Chapuí y la sociedad costarricense en la primera mitad del siglo XX. El hilo conductor es la existencia de una elite social filantrópica y su proyección. Este trabajo forma parte de una investigación en proceso sobre la salud mental y el período de cambio que desembocó en los hechos violentos de 1948.

Palabras clave: Costa Rica - Asilo Chapuí - elite filantrópica - conflictos - violencia - salud mental

Abstract. This article explores the relationship between the Chapuí Asylum and the Costa Rican society in the first half of the 20th century. The guiding thread is the existence of a social philanthropic elite and its public action. This article belongs to a larger research project in progress about mental health and the period of change that culminated with the violent conflict of 1948.

Keywords: Costa Rica - Chapuí Asylum - philanthropic elite - conflicts - violence - mental health

Introducción

Sabemos que el lugar y uso de las palabras dicen cosas centrales de la vida cotidiana de una colectividad, y que las transformaciones de los universos semánticos suelen apuntar a cambios en los entramados sociales. En un orden transformado, el vocabulario que una vez fue de uso frecuente perturba el oído, y a veces hasta suena estridente.

Desde finales del siglo XX, referirse a una persona como misericordiosa o generosa, pareciera ser una forma de hablar negativamente de su carácter o de su inteligencia. Sugiere una debilidad más que una fortaleza. Tildar a un político de benevolente, o un gerente de empresa de caritativo, sobrepasa todas las expectativas. Los códigos de la sociedad en que vivimos han reducido sustancialmente el espacio para este tipo de adjetivaciones. Las han hecho obsoletas.

Sin embargo, hasta mediados de los años setenta el llamado Estado social convivió en Costa Rica con una tradición de filantropía privada, ya entonces en franco retroceso. Entre 1940 y 1975, la acción benefactora se desplazó de la esfera privada al campo del Estado.

* Costarricense. Dr. Phil. por la Universidad Libre de Berlín, Alemania. Investigador del Instituto de Investigaciones Sociales y docente de la Escuela de Antropología y Sociología de la Universidad de Costa Rica. Correo electrónico: masolis@cariari.ucr.ac.cr

Al inicio de este periplo estuvo la convicción de que las prácticas caritativas particulares debían de ser integradas en un concepto de política social. Se pensó que la vieja causa de la caridad estaría mejor servida si se convertía en tarea de un Estado. Inadvertidamente, desde el primer quinquenio de los años cuarenta empezó a aflojarse una tradición caritativa que ponía un puente entre una elite social y los sectores que, a sus ojos, aparecían como los menos favorecidos por la fortuna. La conducta filantrópica que hasta entonces había sido una fuente de gratificaciones personales, familiares y estamentales, empezó entonces a replegarse frente a un Estado que le reconocía derechos sociales a los grupos que antes solo podían apelar a la benevolencia. El crecimiento del Estado posterior a 1950 desplazó de su anterior lugar central las funciones caritativas de la gente de abolengo y de algunos connotados profesionales. No sin disgusto y asombro, algunas de estas personas comprobaban a finales de los años cincuenta que la palabra caridad se volvía políticamente incorrecta; al igual que otras cosas antes estimadas, como los viejos códigos de honor y de servicio, ella también empezaba a devaluarse.

En un momento subsiguiente, el Estado social como referente de justicia y protección social empezó también a perder su puesto central. Cuando el mercado se instituyó en el norte de referencia y el Estado se redujo a ser un auxiliar suyo, el lenguaje de la caridad y la benevolencia solamente sobrevivirá en muy modestas prácticas parroquiales, concentradas posiblemente en mujeres, y entre gentes sin relación con las viejas y nuevas elites. El buen corazón, o la llamada “disposición de servicio”, alguna vez señal de distinción y de reconocimiento social, quedó como una pieza del imaginario y la identidad de la Costa Rica que empezó a morir a mediados del siglo XX.

Si hubiese que buscar una imagen para la sociedad costarricense de fines del milenio, serviría tal vez la de una cápsula espacial, con unos pocos tripulantes. Para que ella pueda llegar a su órbita, un gran resto que aportaba impulso y energía debe quedar en el camino. Las nuevas elites finiseculares se entienden como esos tripulantes privilegiados, cuya misión sólo puede cumplirse si algo queda atrás. Aquí ya no hay espacio para la palabra caridad.

Cuando todos estábamos en el mismo barco

Recordar que alguna vez existió una elite social que reivindicó la filantropía permite que nos aproximemos a los códigos que organizaban la sociedad costarricense de la primera mitad del siglo recién pasado. Estos códigos se plasmaron entonces en instituciones de ayuda y de cuidado.

La actual Junta de Protección Social de San José es la institución de ayuda social más antigua del país. Es la heredera directa de la Junta de Caridad de San José, fundada en 1845, en el inicio del despegue cafetalero. En 1936, la vieja Junta de Caridad fue rebautizada como Junta de Protección Social. Esto acontecía en los años anteriores al inicio de la reforma social, anunciando los cambios por venir, algunos ya entonces en marcha.

Durante 135 años, la Junta de Protección Social de San José tuvo a su cargo el Hospital San Juan de Dios, el centro de salud más importante del país hasta mediados de los años cincuenta. Casi 100 años tuvo también bajo su responsabilidad el único establecimiento

psiquiátrico, el Asilo Nacional de Locos, renombrado Asilo Chapuí en la última década del siglo XIX. Desde su fundación, la Junta de Caridad asumió la responsabilidad del Cementerio General de San José; intervino la creación del Asilo de Leprosos, y más tarde en la del dispensario antituberculoso. En estos distintos campos vemos en acción, orgullosa de sí misma, a una elite dedicada a las labores que tenían un impacto social. Juntas de Caridad con un formato parecido a la de San José, aunque mucho menos poderosas, existieron en las principales provincias del país.

Hasta fines de los años treinta del siglo pasado, la palabra caridad abría canales de contacto social. Las instituciones de salud que funcionaban bajo el alero de la Junta de San José eran vigas de soporte del orden social. El país dependía de ellas. Tal dependencia se hizo mayor conforme la población creció y aumentó la demanda de servicios de salud. Sin embargo, la gran crisis de 1929 mostró los límites de las instituciones que habían crecido bajo el cobijo de la Junta y de la elite filantrópica que la sostenía. La conciencia de límites y de nuevos retos se expresó en la transformación de la Junta de Caridad de San José, en Junta de Protección Social. Lo viejo conocido ya no funcionaba tan bien.

Al cierre de los años treinta, las necesidades en el campo de la salud sobrepasaban los recursos que podía reunir la Junta de San José por la vía de pequeños aportes privados, los impuestos a las herencias, la buena administración del patrimonio consolidado en el curso de las décadas anteriores, y los ingresos provenientes de la lotería. En el Hospital San Juan de Dios, la falta de recursos fue respondida con una política de austeridad que significó, entre otras cosas, un incremento en el precio de los servicios remunerados, y una reducción de sueldos del personal médico. Estas medidas, dirigidas a racionalizar los recursos disponibles, crearon tensiones y una crisis pasajera pero inusual en la directiva de la Junta. Por su lado, el Asilo Chapuí reaccionó con medidas semejantes, aunque con respecto al San Juan de Dios todo ocurría en una escala mucho menor. También allí se incrementó el precio de las pensiones. Se limitó el ingreso de pacientes pobres y se dio de alta a aquellos que, a criterios de los médicos, no requerían del internamiento de manera urgente. Hubo esfuerzos para enviar a Jamaica a algunos pacientes negros, arguyendo que no eran costarricenses. En este momento se reafirmó la negativa de aceptar niños y niñas en el Asilo. En 1934, el Dr. Chacón Paut, director del Asilo, mencionaba en un telegrama en el que rechazaba el internamiento de un niño de 6 años, que había 500 niños esperando un lugar en la institución, pero que todas sus gestiones para construirles un hospital habían fracasado.¹

En ambos centros los problemas de espacio físico sintetizaron los límites alcanzados, obligando a pensar en medidas de mediano y largo plazo. Para el Chapuí se empezó a proyectar el alojamiento por separado de los pacientes sin posibilidades de recuperación, y la construcción de un nuevo hospital psiquiátrico. Esta última medida tardará unos 35 años en realizarse. El nuevo Hospital Nacional Psiquiátrico se inauguraría recién en 1974.

Las dificultades económicas de la Junta de San José permiten entender, luego, la ausencia de una resistencia frontal a las decisiones políticas que concluyeron con la fundación de la Caja Costarricense de Seguro Social, en 1941. En las actas de la Junta de Protección Social no se encuentra una toma de posición abierta en contra del Seguro Social, a pesar de que se trataba de una decisión política que en el mediano plazo significaba el desplazamiento de la elite filantrópica. Las fricciones que hasta el momento he podido

registrar entre la Junta y el Gobierno fueron de poca monta. Hubo algunas diferencias respecto al pago de los servicios que daban los hospitales de la Junta a los pacientes cubiertos por el Seguro Social, y algunas discusiones en torno a la cifra que debería pagar la Junta a la Caja por sus empleados, ya que ella misma los asistía en sus problemas de salud. Estos conflictos fueron resueltos mediante un primer convenio entre la Junta y la Caja, firmado en 1944. Por lo demás, no eran problemas realmente nuevos.

Tensiones similares se presentaban desde un tiempo antes con los pacientes cubiertos por el Instituto Nacional de Seguros, y a causa de las personas enviadas desde el Hospicio de Incurables al San Juan y al Chapuí, y lo contrario. Siempre hubo disputas sobre la manera de cubrir los gastos ocasionados por enfermos remitidos a San José por las Juntas de Caridad provinciales. En los años anteriores al inicio de la reforma social, la Junta de San José tenía una importante deuda económica con el Gobierno, al cual le había dejado de girar el 10% que le correspondía por concepto del impuesto que gravaba la lotería.² En este contexto, la decisión del año 1941 no fue vista como una amenaza, y tal vez, por el contrario, como el alivio de una carga que empezaba a ser demasiado grande.

Desde otro punto de vista, el que la elite caritativa no resintiera la creación del Seguro Social se entiende mejor si se toma en cuenta que el Seguro no era una innovación ajena a la tradición filantrópica. Fue un cambio introducido por hombres ligados a esta tradición. El presidente Rafael Ángel Calderón Guardia, y su padre, el médico Rafael Ángel Calderón Muñoz, formaban parte del patronato que nombraba la directiva de la Junta de San José. Varios de los hombres de confianza que rodearon a Calderón Guardia pertenecían a la hermandad y tenían lazos estrechos con la Junta. El caso más conspicuo fue el del abogado Alberto Echandi Montero, asesor personal del presidente Calderón Guardia y su ministro de Relaciones Exteriores. Desde 1899, Echandi Montero perteneció a la Junta de Caridad de San José; fue su presidente quince años seguidos, entre 1928 y 1943. En tal condición, Echandi actuó como el superior jerárquico de los médicos Calderón Muñoz y Calderón Guardia.

Los médicos que trabajaban en el San Juan de Dios y en el Asilo Chapuí formaban parte de la asamblea que elegía a la directiva de la Junta de San José, en la condición de "hermanos". La elección presidencial de Calderón Guardia fue recibida por el cuerpo médico como un honor que alcanzaba a todo el gremio médico.³ En 1940, Calderón Guardia también fue electo presidente de la Facultad de Medicina. La alegría de los médicos por los resultados de las elecciones de 1940 es digna de tomarse en cuenta; los médicos, los hijos de los médicos, y los familiares de médicos tuvieron papeles de primer orden en los acontecimientos de estos años, incluyendo la fase de la violencia.

Entre 1940 y 1944 la palabra caridad aparecía integrada en el discurso político de la reforma social. Funcionaba como una bisagra entre dos épocas. Según el arzobispo Sanabria, la reforma social era justicia con caridad.⁴ La palabra caridad formó parte del discurso político que condujo a la segunda mitad del siglo pasado, con los resultados inesperados posteriores, arriba señalados.

Al mismo tiempo, la palabra caridad tuvo un lugar central en la sociedad cafetalera que tomó forma a mediados del siglo XIX. Ella vinculaba estratos sociales distintos y extremos. Los desvalidos de la fortuna, a cuyos apremios de salud intentaban responder las Juntas de Caridad, eran hermanos de madre (la Patria imaginada) cuyas desgracias no se

debían ignorar, pese a que no eran exactamente personas iguales a las que practicaban la caridad. La indiferencia estaba limitada entonces por la idea de caridad y el quehacer de las Juntas.

Los hospitales resumían tanto la idea de ayuda al hermano en desgracia como las diferencias entre los hermanos. El San Juan de Dios y el Chapuí estaban abiertos para los pobres que requerían de ellos. Los servicios básicos eran gratuitos, en el marco de lo que era la atención posible. De allí la insistencia de la gente en presentarse como pobre, incluso cuando no lo era. En las actas de la Junta de San José tropezamos con solicitudes para que se anulen deudas contraídas a causa de un internamiento, debido a que la situación económica de la persona fue mal registrada o había desmejorado posteriormente. Pero también la Junta tomaba acciones inmediatas cuando descubría que la condición económica de alguna persona había sido registrada incorrectamente, o ella había mentido. En el Chapuí era requisito que las personas aportaran al momento de su ingreso algún documento que diese cuenta de su condición de pobre. Los expedientes psiquiátricos de la primera mitad del siglo XX tienen en la parte superior una casilla que dice pobre, seguida por un signo de interrogación. Era un dato muy importante.

Para quienes no eran pobres, tanto en el caso del Chapuí como en el San Juan, la opción era la pensión. Ello daba acceso a una estancia más cómoda, con mejores alimentos, y a veces con un cuidado médico particular. Los nacionales pudientes y los extranjeros, tenían que pagar por esta atención. Con la distinción entre salón general y pensión, los dos hospitales registraban y reproducían una sociedad diferenciada. Desde la perspectiva de la Junta de San José, el registro de las diferencias era condición para cumplir con su labor. Los pagos por las pensiones iban al fondo que servía para cubrir las necesidades de los desposeídos. Así, los favorecidos por los hados ayudaban a la gente sin buena estrella.

Existía la comprensión de que del cuidado de la salud de los menesterosos dependía la calidad de vida de todos. El desinterés podía ser fatal para todos. La peste del cólera fue casi contemporánea a la fundación del San Juan de Dios; ella dejó una lección que se podía extrapolar a otros campos. En las publicaciones médicas de la primera mitad del siglo pasado encontramos una preocupación por la higiene pública y las epidemias. En los años treinta, la tuberculosis y las enfermedades venéreas estaban en la mira de los médicos. Las personas ingresadas al Chapuí eran sometidas a pruebas de laboratorio para desechar la presencia de enfermedades venéreas. Oficialmente era la forma de identificar la existencia de "neurolúes" o sífilis cerebral, causante de locura. En los hechos, el hospital funcionaba también como un dispensario antivéneo. En el Asilo también se controlaban los parásitos, entonces altamente extendidos entre la población.

Estratos sociales diferentes confluían así en un mismo espacio, por razones de salud. Otras alternativas no existían. Desde el punto de vista de la salud, todos estábamos entonces en un mismo barco. El barco dependía de la institución llamada Junta de Caridad. El gesto caritativo estaba integrado en una ideología de ayuda entre desiguales.

La imagen de una comunidad formada por gente que coopera aparece en el discurso político nacional cuando menos desde principios del siglo anterior, cobrando siempre particular fuerza en momentos críticos. Uno de esos momentos fue la crisis de 1929. La imagen del barco sirvió entonces para representar a una colectividad que debía enfrentar conjuntamente la adversidad. En 1932 el presidente Ricardo Jiménez escribía: "De agrado

o por fuerza, todos vamos navegando en el mismo barco. No se puede hundir para unos y para otros no. Si nos hundimos, nos hundimos todos”.⁵ Estas palabras, presentes en el mensaje presidencial de mayo de 1932, llamaban a actuar “cual si se hubiese pactado una tregua política”, por el bien de todos. La metáfora de la nave buscaba tener un efecto en la vida política del país, agitada por sismos de intensidad diversa. Tan solo tres meses antes, las disputas electorales dejaron un saldo de 15 muertos y más de 50 heridos a causa del llamado “Bellavistazo”. Como sabemos, esta no fue la última vez que corrió la sangre por estos motivos, pese a los llamados a navegar juntos.

El otro objetivo de la metáfora del barco eran las relaciones entre los distintos grupos sociales, y en este campo su éxito fue mayor. Un año después de las palabras de Jiménez, se puso en marcha la regulación estatal de las relaciones entre beneficiadores y pequeños productores cafetaleros. Todas las reformas de los años siguientes apelarán al motivo de la cooperación entre los pasajeros de la misma nave. El seguimiento de este hilo rojo aporta una clave para entender las reformas de la década siguiente. Pero igualmente puede explicar una llamativa desatención. El discurso de la cooperación estaba ya materializado antes de 1929. Había tomado cuerpo en instituciones que oficialmente no formaban parte del tronco central del Estado. Eran instituciones “intermedias”, no estatales en sentido estricto, pero de gran impacto social.⁶

Los problemas del cuerpo vivo y del cuerpo muerto fueron en un buen tramo de nuestra historia terrenos de encuentro entre clases sociales distintas. Hospitales y cementerios fueron centros de convergencia social. Para sostener y administrar estos lugares nacieron las juntas de caridad. Un campo adicional de problemas relacionados con la salud pública empezó a diferenciarse a partir de 1885. La legislación que entonces autorizó el tratamiento de enfermos mentales en el país llevó, en 1890, a la fundación del Hospital Nacional de Locos, durante varias décadas, aparentemente, el único de su tipo en Centroamérica.

Así como la transformación de la Junta de Caridad de San José en Junta de Protección Social ocurre en un momento de cambios sociales y políticos en gestación, así también la fundación del Hospital Nacional de Insanos está en medio de ellos. La movilización popular del 7 de noviembre de 1889, ocurrió seis meses antes de la fundación del nuevo hospital. La población que comenzaba a gravitar políticamente empezó a ser un objetivo de las nuevas instituciones de salud pública, y de los primeros proyectos de “higiene social”, los cuales incluyeron, unos pocos años más tarde, la construcción del edificio de la nueva Penitenciaría Central.⁷

En las consideraciones del decreto presidencial de 1885, con el cual Bernardo Soto creaba el Hospital Nacional de Locos, se menciona la necesidad de “proporcionar abrigo y asistencia a los dementes pobres y muy especialmente a los que vagan por los caminos sin protección de ningún género y con peligro para la tranquilidad de los habitantes”.⁸ Palabras similares se encuentran en los escritos de la Junta de Caridad de San José, a la cual se le dio la administración del nuevo hospital. En 1892, “el hambre y los ayunos” ocupaban el tercer lugar entre las once causas de demencia entonces identificadas.⁹ Entre la pobreza y el desquiciamiento mental parecía haber una relación verificable. El Asilo fue pensado explícitamente para los pobres. Pero no solamente ellos llegarían a él.

En los informes de la Junta de Caridad de los años 1891-1894, los llamados estados de “excitación política” aparecen también como una causa de demencia y de internamiento.

El Dr. Max Bansen, director del Hospital de Locos, estaba convencido de que al igual que los “sustos y terrores” y los estados de “excitación religiosa”, la política podía hacer que la gente perdiera la razón. Los “excitados políticos” ingresados eran ciertamente pocos: 5 en 1891; 1 en 1892; 12 en 1894; 3 en 1895. Sin embargo, sugerían que las conflictividades individuales se engarzaban con los choques en el campo político.

La relación entre demencia y pobreza recogía un prejuicio difundido. Quienes perturbaban la tranquilidad no eran solo las personas que vagaban por los caminos, con hambre y en harapos. También se les podía encontrar en las casas de las familias connotadas. En el informe de 1893, se decía que las “fiebres” producidas por la tifoidea, la sífilis y la tuberculosis, podían ser causa de insensatez. Tales fiebres, al igual que las “caídas de los caballos” —otra causa mencionada—, no eran particulares de un estrato social.

Entre las razones de demencia citadas por Bansen sobresalían las desgracias que venían con la “sangre” y la “herencia”. Había algo que se pasaba de un cuerpo a otro. En 1892, las dos principales causas de internamiento mencionadas por el médico fueron la “herencia” y el “abuso de licor”. Entre ambas sumaban 76 casos de un total de 131; su distribución era casi equitativa. Muy pronto, según se puede observar en los expedientes psiquiátricos, el alcoholismo sería atribuido también a la herencia. Mencionando a Darwin, Bansen “advertía” que “generalmente los defectos humanos son hereditarios” y que los casamientos donde mediaban vínculos de parentesco dejaban por regla hijos insanos. Esto ocurría en todos los grupos sociales; para el médico, el clero era el llamado a evitar enlaces que llevaban inevitablemente a la “degeneración de la raza”. El *“Tratado de las degeneraciones”* (1857) de Morel, recuperado en la *“Psychopathia Sexualis”* (1868) de Richard von Krafft-Ebings, parece ser el referente de Bansen.

Pero por otra parte, los casamientos entre próximos eran una condición para la reproducción del orden social y de sus diferencias. Sin embargo, los matrimonios entre la gente de abolengo, frecuentemente vinculada por lazos de sangre, tenían un costo en la salud del cuerpo y del alma. La pertenencia a la “dinastía de los conquistadores” podía ser motivo de orgullo, pero igual de sufrimiento y de vergüenza. Los temores del médico sobre la degeneración se apoyaban adicionalmente en sus creencias sobre la relación entre la sexualidad y la demencia. Él observaba con preocupación que en el país los niños de nueve y diez años empezaran a ocuparse con sus partes sexuales, hecho que, de seguido, lo relacionaba con el abuso sexual y con la locura. Entre los estigmas de la demencia se contaba el que la aproximaba al pecado. Era vergonzosa, y había que ocultarla, en tanto que podía ser un indicador de un abandono a los apetitos más bajos y animales.

En la Costa Rica de la segunda mitad del siglo XIX, el cuerpo y la mente planteaban demandas para las cuales se requería algún tipo de respuestas. Eran demandas parecidas a las que llevaron al pacto de colaboración entre beneficiadores y pequeños productores cafetaleros. De la misma manera que los dueños de beneficios de café dependían también de los pequeños productores, las prácticas filantrópicas, en lo manifiesto dirigidas hacia los pobres y realizadas en su nombre, incluían las necesidades de los estratos superiores, de aquellos entre los cuales se reclutaban las elites caritativas. El objeto de la filantropía bien podía estar en la casa de quien la practicaba, o ser incluso la misma persona.

La elite filantrópica se constituyó en el proceso en que ella contribuyó a darle forma a un tejido social. En el curso de las primeras cuatro décadas del siglo pasado, este tejido

se va a diferenciar conflictivamente, sin tener la flexibilidad suficiente para conjurar las tensiones que crecían en su seno. En el Asilo Chapuí vamos a encontrar huellas diversas, aunque no igualmente claras, de las peripecias culturales y políticas de la Costa Rica de la primera mitad del siglo XX. El declive de la sociedad del café coincidirá con un momento de mayores demandas sociales, y también con grietas materiales, políticas y subjetivas en la comunidad del barco, a veces imaginada también como una gran familia.

La Hermandad de la Caridad: el caso de San José

La elite filantrópica reunía gente proveniente de los grupos económicos más acomodados, tanto del centro del país como de las provincias más alejadas; ella tenía arraigo en el agro, el comercio y las finanzas, aunque no parece haber actuado como un gremio que defendiese intereses económicos comunes. Incluía a personas que habían tenido papeles de primer orden en la vida política, y a otras que habían incurrido en la política, con logros desiguales. Sus miembros participaban activamente de la vida pública y de la vida política del país, a veces luchando unos contra otros. Pero tampoco la elite caritativa actuó como un partido político.

La elite reunía a un importante sector de profesionales, en primer lugar de médicos y de abogados. Esto será muy digno de atención si se tiene presente que la mayor parte del personal político del país se reclutaba de entre los abogados y los médicos. Las instituciones patrocinadas por la elite fueron el campo de trabajo de algunas glorias nacionales, como el caso del investigador Clodomiro Picado T., y algunas de nuestras leyendas, como el Dr. Ricardo Moreno Cañas. Ambos fueron miembros de la hermandad de Junta de San José.

Lo que unía a toda esta gente era la disposición para invertir tiempo y energía en tareas que, en lo fundamental, les reportaban gratificaciones simbólicas y subjetivas: honor y reconocimiento social, de un lado, y suministros narcisistas, del otro. Los lazos de décadas que arraigaban a la elite filantrópica en el mundo de la producción y los negocios, y aquellos que la vinculaban a los distintos gobiernos, fueron aprovechados para apoyar y facilitar la empresa de servicio social en la que se estaba.

Ciertamente, el tamaño y la proyección del estamento filantrópico no coincidían con el tamaño o las funciones de las Juntas de Caridad. Hubo notables que practicaban la filantropía en otros lugares. Durante muchos años, el banquero Jaime Gordon Bennett estuvo al frente de la directiva del Asilo de los Incurables; antes de eso, a principios de siglo, participó en la directiva de la Junta de San José. Luis Felipe González Flores hizo un trabajo muy reconocido en instituciones relacionadas con la protección de la niñez y la infancia. En todo caso, la Junta de San José era la que mejor representaba a la elite filantrópica. Allí se pueden ver los códigos que la distinguían y se puede seguir una representación del país como la comunidad de un barco-familia, y no simplemente como una comunidad.

En el año 1945, la Junta de San José organizó un gran acto para conmemorar los 100 años de la fundación del Hospital San Juan de Dios, y honrar a tres distinguidos directivos, desaparecidos en los últimos años. Al evento se invitó al presidente Teodoro Picado, en su condición de mandatario y de persona que hasta el año anterior había prestado sus servicios de abogado a la Junta. También fueron invitadas las Juntas existentes en las cabeceras

de provincias, y personas vinculadas a otras instituciones de beneficencia existentes en el país. El acto tendría su punto más alto en el momento en que, tras los discursos correspondientes, y en presencia de los embajadores de países extranjeros, serían develados los bustos de los homenajeados, los cuales quedarían en el San Juan de Dios, como un dato para la memoria de la institución. Al finalizar se invitaba a una cena en el distinguido Club Unión, cuyas puertas estaban abiertas para la Junta; era otro escenario de encuentro de no pocos de sus miembros.

Los personajes honrados en 1945 representaban a la tradición filantrópica. Uno era el abogado Alberto Echandi Montero, fallecido el año anterior. Al día siguiente de su deceso, el Congreso lo declaró Benemérito de la Patria. La razón parecía no requerir mayor justificación: una historia de servicio al país, incluidos 45 años en la labor de caridad. Echandi comenzó a participar en la Junta de San José a los 27 años, recién graduado de abogado. Durante los últimos años de su vida, hasta un año antes de su muerte, fue su presidente. Dos veces a principios de siglo fue Secretario de Estado; en el año 1923 se retiró como candidato a la presidencia de la República en una situación complicada, alegando que más importante que la presidencia era "la salud de Costa Rica", por la cual no se justificaba "derramar una gota de sangre". El repliegue de Echandi, un ejemplo en acto del discurso del barco de todos, evitó un choque violento e hizo posible el segundo mandato de Ricardo Jiménez. Los años siguientes, desde 1928, los dedicó él a la presidencia de la Junta de San José, con un breve lapso en la directiva del dispensario antituberculoso. Echandi hizo una nueva y breve incursión en la política en 1940, cuando asumió la secretaria de Relaciones Exteriores. Durante unos meses también trabajó como directivo del Banco Anglo; en la labor de beneficencia había coincidido con directivos y propietarios del Anglo.

El segundo homenajeadado era el expresidente Cleto González Víquez, muerto en 1937. Junto con Ricardo Jiménez, el abogado, historiador, y patriarca político, había dejado una huella indeleble en la historia nacional, como actor de primera fila y como cronista destacado. Su vínculo con la directiva de la Junta empezó en 1897, y excepto por una pausa de 10 años a principios de siglo, se mantuvo hasta 1927, cuando de nuevo volvió a ocupar el sillón presidencial. Al concluir su último mandato, en 1932, se reincorporó a la directiva de la Junta como su vicepresidente, hasta su muerte. Durante todo este tiempo González Víquez fue considerado un hombre de la Junta de Caridad de San José. Cuando desapareció, se convirtió en el ejemplo de un tipo de político en extinción que no había usado la cuchara grande del poder para servirse a sí mismo. En 1945, los meritos de González Víquez fueron resumidos en el discurso del secretario de la Junta, Fernando Valverde Vega, hermano de otros dos miembros del patronato. Las honras a don Cleto las hizo un hombre que estaba en contra del gobierno de Picado, haciendo causa común con quienes denunciaban la corrupción y el fraude electoral. Las honras de los patriarcas caritativos coinciden con las tensiones que empezaban a dividir, como nunca antes, a los hermanos de la caridad.

El tercer ilustre era un hombre de negocios y banquero; no era costarricense, pero llevaba muchos años residiendo en el país. En los informes de 1892-93 arriba citados, John Meiggs Keith aparecía en la lista de extranjeros que contribuían voluntariamente al financiamiento de la Junta de San José. En 1904, Keith se incorporó a la directiva de la Junta, en condición de vocal. Continuó en esa labor durante 23 años más, hasta su muerte, en 1927. Un año antes de la misma fungía como presidente de la Junta. A los empeños de Keith se

le atribuían la introducción de la terapia de trabajo en el tratamiento de dementes. En el informe de la Junta correspondiente al año 1928, suscrito por Cleto González, se relata que Keith fue quien contrató a una estadounidense de apellido Evans, para que introdujera las terapias de ocupación en el Chapuí. En el evento de 1945, Keith era colocado como una de las personas que contribuyeron a dejar atrás las “camisas de fuerza”. Es posible que la innovación de Keith fuese un paso más en una dirección no del todo desconocida.

Los tres ilustres representaban a la elite caritativa. Como todos los directivos de la Junta, ellos trabajaron gratuitamente, al igual que lo habían hecho sus predecesores. La ausencia de remuneración era un criterio de distinción que realizaba a la persona y a los suyos. El pago en forma de honores públicos era lo esperado.

El acto de 1945 fue organizado por la Junta de San José, y por el patronato que la respaldaba, formado por unas 248 personas. Se trataba de gente que había solicitado su ingreso y había sido aceptada. Quien aspiraba a participar en tan selecto grupo debía contar con el padrinazgo de dos hermanos, los cuales daban fe de la buena conducta de la persona postulante. Pasado el filtro de entrada, se abría un canal adicional de trato e intercambio entre la “buena sociedad”, o eventualmente, una vía para aproximarse a ella. Estas eran ganancias secundarias, nada despreciables, de la labor caritativa.

De los 248 miembros que integraban la Junta, un importante número de ellos tenía vínculos consanguíneos entre sí. Algunos apellidos se repiten varias veces, en distintas combinaciones: Cañas, Crespo, Castro, Cervantes, Escalante, Durán, Echandi, Fischel, Fournier, Goicoechea, Herrero, Lara, Iraeta, Koberg, Montealegre, Jiménez, Ortiz, Pinto, Quirós, Rohmoser, Soley, Trejos, Terán, Valverde. Varios de estos apellidos aparecen en la lista de personas que le hacían donaciones a la Junta de Caridad en el año 1892; junto a John Meiggs Keith, estaban donadores que llevaban los apellidos Castro, Goicoechea, Rohmoser, Collado, Herrero y Herrán. Algunos apellidos de 1945 se pueden anclar entre los sectores que practicaban la beneficencia a mediados del siglo XIX: Alvarado, Calvo, Espinach, Guardia, Montealegre, Peralta, Toledo, Volio y Ulloa, entre otros, o que la apoyaban de diversas maneras.¹⁰

Por sus vínculos de sangre y sus relaciones de larga data, los miembros de la Junta de San José conformaban un grupo con fuertes lazos primarios. El homenaje de 1945 y los bustos, eran tanto un reconocimiento personal como una forma de afianzar la identidad grupal. Desde antes existía la costumbre de bautizar los salones y pabellones de los hospitales con el nombre de miembros distinguidos de la Junta. Durante muchos años un salón del San Juan de Dios llevó el apellido Keith y otro el apellido Echandi.

La socialización en el *ethos* filantrópico ayuda a la razón por la cual algunos hijos continuaron la labor de sus padres desaparecidos. En 1944, más de quince años después de la muerte de John M. Keith, dos de sus hijos, y la esposa que le sobrevivía, formaban parte de la hermandad. El hijo que llevaba el nombre del padre fue vocal de la Junta a principios de los años treinta. A la muerte de Cleto González Víquez, su hijo, Manuel González Herrán, se incorporó a la Junta y le prestó sus servicios como abogado. Alfredo Echandi Jiménez inició su carrera como presidente de la Junta al morir Echandi Montero, su padre, y fue casi igualmente larga.

De los 248 miembros mencionados, solo 46 eran mujeres, menos de un 19%. En un 80% se trataba de esposas de miembros de la Junta. Otras eran sus hijas. Las mujeres realizaban

tareas de apoyo, nunca de dirección. La caridad practicada por la gente con recursos era una actividad masculina. La imagen del barco servía también para identificar el lugar de los directivos de la Junta. Ellos eran los capitanes-patriarcas de la nave filantrópica.

En la correspondencia de la Junta encontramos una gran cantidad de cartas y notas en las que, después de una serie de consideraciones sobre la bondad reconocida del presidente de la Junta, y luego de expresarle los mejores deseos para toda su familia, se le hacía un pedido de ayuda o de "colaboración". El tono de las notas da cuenta de los esfuerzos de la persona emisaria por conmover al personaje que tenía la llave de la ayuda en sus manos.¹¹ Todo era más fácil con el respaldo apropiado: una operación urgente, un lugar en el hospital en un momento preciso, una intervención para recibir en uno de los hospitales a una persona de otra provincia. La mención de virtudes personales de los directivos de la Junta aparece incluso en los pedidos de ayuda hechos por personas que realizaban tareas filantrópicas. En enero de 1944, las señoras Ivonne de Calderón Guardia, María Eugenia de Jiménez Ortiz y el señor Manuel Ortuño, apelaban al carácter "pródigo y altruista" del presidente de la Junta, para construir un hogar para las personas ciegas.¹²

Tanto las notas que provienen de los pisos inferiores del barco-comunidad, como las que se originan en los niveles más altos, están sintonizadas en un mismo código. Las solicitudes de ayuda contenían siempre una evaluación positiva del destinatario y confirmaban una jerarquía. El lugar que cargaba a los dirigentes de la Junta con una gran cantidad de trabajo sin retribución salarial alguna, ponía a estos hombres en el centro de un gran número de transacciones: tratos financieros diversos, contactos con los gobiernos que siempre implicaban negociaciones, y lazos intensos con la buena sociedad y los grupos sociales inferiores. En esa medida, estas personas tenían un gran poder, tan solo limitado por los principios que le daban sentido a la labor caritativa, y por el autocontrol derivado de su identificación con ellos. Estas formas de relación tendrán otros efectos, años después, al desaparecer el control social que aquí operaba y la identificación que producía autocontrol.

Durante la primera mitad del siglo anterior, los médicos estaban subordinados a la directiva de la Junta, compuesta mayoritariamente por hombres que no lo eran. Recién a mediados de los años treinta es que se creó en el hospital San Juan de Dios un Consejo Técnico y se estableció la asistencia del superintendente del hospital y de los jefes de servicio a las reuniones de la Junta. Esto incrementó el peso del gremio médico pero no definió todavía la correlación de fuerzas a su favor.

En el Chapuí, la situación de los médicos y del personal fue siempre más desventajosa respecto a los colegas del San Juan. Algo similar al Consejo Técnico aparece mucho más tarde. Una equiparación en cuanto a salarios y condiciones de trabajo ocurre después de 1950. Los médicos del Chapuí, según ellos mismos lo dirán, eran afectados de diversas maneras por los estigmas sobre la locura. Aparentemente, su especialidad era mal valorada dentro del mismo gremio médico. Esto cambiará parcialmente a partir de los años cincuenta, con la aparición de los psicofármacos.

En 1932, cuando el Dr. Roberto Chacón Paut fue nombrado director del Chapuí, la Junta le pidió que desempeñara su puesto como un padre afectuoso, pero enérgico. Aceptar el puesto significaba irse a vivir a la casa amueblada dentro del mismo hospital. El director debía de estar sumergido en el mundo que debía dirigir. Eran las exigencias de la conducción

paternal. En los años siguientes, el Dr. Chacón Paut se convirtió en una mezcla de administrador de una empresa, jefe y supervisor de personal, director médico y médico. Bajo su responsabilidad quedó la administración de fincas y actividades productivas asignadas al Asilo; las gestiones para la compra de alimentos, vestidos, medicamentos, y arreglos diversos; él tramitaba los problemas relacionados con el personal –salarios, permisos, problemas de disciplina, retiros, y propuestas de aguinaldos, al cierre de cada año–. Pero sobre él siempre estaba la Junta, a la cual le tenía que reportar mensualmente la hora de entrada y de salida diaria de los médicos, él incluido. A ella estaba totalmente subordinado. Era la jerarquía del barco y de la familia.

Para los miembros de la elite filantrópica era normal la participación en la vida política. Regularmente ellos se involucraban en las disputas electorales. Algunas veces, los conflictos políticos en que intervinieron estuvieron a punto de desembocar en hechos de sangre. En otras oportunidades el derramamiento de sangre no se pudo evitar. Entre 1845 y 1936, unos catorce directivos de la Junta de Caridad ocuparon puestos de secretarios de Estado y ministros, once se desempeñaron como presidentes de la Corte y magistrados, y cuando menos ocho habían sido gobernadores de provincia. A ello hay que sumar tres designados y presidentes provisionales; más de cuarenta habían sido miembros del Poder Legislativo y cinco fueron presidentes del país. Entre estos últimos estaban Ricardo Jiménez y Cleto González Víquez. A la lista se podría agregar otros miembros más que actuaron como consejeros y asesores. Un grupo importante entre estas personas había pasado por dos o tres puestos de estos, en distintos momentos.¹³

La elite caritativa actuaba dentro de los códigos de la política nacional, y contribuyó a crearlos. Echandi Montero contó en 1923 con el respaldo del temido y polémico Rafael Iglesias Castro. La familia Iglesias Castro formó parte de la hermandad de la Junta de San José hasta avanzados los años cuarenta, aun cuando también debe mencionarse que el apellido Iglesias aparece en la directiva de la Junta antes del año 1923. El Dr. Carlos Durán, mediador en el conflicto del 7 de noviembre 1889, participó en la directiva de la Junta de Caridad desde principios de esa década. En los años noventa y a principios del siguiente siglo, fue miembro del Poder Legislativo. En las elecciones de 1914, Durán se presentó como candidato presidencial, sin éxito. Como fue mencionado, las elecciones de 1932 concluyeron en un alzamiento en contra de González Víquez, el modelo del político filántropo. El candidato sublevado, Manuel Castro Quesada, una persona convencida de que en política lo único trágico era perder, contó con el respaldo económico de Fernando Castro Cervantes, quien aparece luego como miembro del patronato de la Junta de San José. Castro Cervantes, a su vez, intentó ser el candidato de la oposición política en 1948, y se presentó a las elecciones de 1953. Entre las personas que participaron en las elecciones de 1932, se encontraba Max Koberg Bolandí, quien pocas semanas después ingresó al patronato de la Junta de Caridad, donde seguía a fines de los años cuarenta. Gente vinculada a la hermandad de San José aparece en los dos bandos que se enfrentaron violentamente en 1932. Fabio Baudrit, directivo de la Junta y secretario de Estado fue tomado como rehén por los sublevados. Un mes después de estos sucesos, Rafael Ángel Calderón Guardia, quien estuvo dentro del cuartel alzado, comenzó a trabajar para la Junta de San José en el Chapuí, como médico general.

Pistas parecidas se pueden rastrear a lo largo de los años cuarenta. Tres de las personas que en 1943 promovieron el conocido "Ideario Nacional" pertenecían al patronato de la Junta de San José en 1944. Por lo menos 15 de las respuestas al Ideario fueron de personas vinculadas con labores de filantropía. Por su contenido, estas respuestas se aproximan a las de los jóvenes del Centro para el Estudio de los Problemas Nacionales. En este momento otros antiguos miembros del patronato de la Junta estaban al frente del gobierno, desarrollando una política que bien podía leerse como un desarrollo de tradición filantrópica. En 1946, Rafael Ángel Calderón Guardia se reintegró al patronato de la Junta de Protección Social, al igual que lo hizo González Víquez al concluir su último período presidencial.

Gente que pertenecía al patronato de la Junta de San José aparece entre los beligerantes reunidos en torno a José Figueres –Fernando Valverde Vega, Miguel Ruiz Herrero, Fernando Lorenzo Brenes–, y entre los próximos a Otilio Ulate –Carlos Luis Valverde Vega, Juan Trejos Quirós, Antonio Peña Chavarría–. En 1948, al hermano de la caridad Max Koberg Bolandi le correspondió pronunciarse sobre los resultados electorales. Entre quienes mediaron para detener el conflicto armado estuvieron los médicos Antonio Facio Ulloa y Fernando Pinto Echeverría, miembros de la hermandad de San José. Otro médico miembro de la hermandad, Julio Cesar Ovares Arias, fue aceptado por los comunistas y por Ulate como la persona que podría estar al frente de un gobierno provisional, mientras se le encontraba una salida a la complicada situación planteada por las elecciones. De nuevo encontraremos gente vinculada a la filantropía en la Constituyente de 1949, por ejemplo entre los diputados el Unión Nacional, la fracción mayoritaria –Juan Trejos Quirós, Fernando Pinto Echeverría, Fernando Baudrit, Manuel Antonio Gonzáles Herrán, Andrés Mata Brenes, y Luis Felipe González Flores–.

En el curso del año 1948 murieron violentamente los médicos de la hermandad Carlos Luis Valverde Vega y Antonio Facio, hijo el último de otro hermano, el médico Facio Ulloa. El declive de la elite filantrópica empezó cuando corrió sangre de sus miembros, por los actos de otros miembros de la misma elite. El daño al conocido o al familiar en un conflicto social, era una posibilidad siempre presente, a causa de las tendencias endogámico-incestuosas de la sociedad costarricense, sobre las cuales había advertido Dr. Bansen. A la vez, los lazos entre conocidos habían sido también el sostén de las instituciones de caridad.

El 48 fue un conflicto inevitable a causa de los procesos potenciados por el filón vertical que recorre la cultura política nacional. Esta veta se encontraba integrada en el discurso del barco, y tomaba forma en las luchas entre caudillos-capitanes. Si a esta dimensión sumamos las tendencias centrípetas y endogámicas facilitadas por la concentración de la población en un territorio muy pequeño, y por la estructura de la institución familiar, nos aproximamos al marco social y cultural en el que se gestaban los "trastornos de la cabeza" que creaban la necesidad de lugares como el Chapuí. Entre el Asilo y el orden en el cual él tenía un lugar se pueden poner diversos puentes.

Algo sobre la caridad que empezaba por casa

En 1944, la Junta de San José dio a conocer un informe del Dr. Chacón Paut sobre la población internada en el Asilo entre los años 1936 y 1941.¹⁴ Durante el año 1940, en el

inicio de la década convulsa, el Asilo atendió a un total de 1126 personas, 570 hombres y 556 mujeres. Respecto a 1936, el número total había aumentado en cerca de un 23%. Esta población provenía de la provincia de San José, seguida por la provincia de Alajuela. Entre las dos daban cuenta de más del 60% de la gente que tocó las puertas del Chapuí en 1940. Cartago y Heredia aportaban un 20% adicional.

De las 409 personas de San José atendidas en el Chapuí, el 75% provenían de los cantones centrales –San José, Curridabat, Montes de Oca, Goicoechea, Coronado, Moravia, Tibás y Escazú– Alajuela centro, Poás, Atenas, Grecia, Palmares y San Ramón aportaban el 75% de la provincia. Cartago centro, la Unión y Jiménez el 74%. Por último, Heredia centro, Santa Bárbara y Santo Domingo sumaban un 65%. Era gente de la región del café, de lo que se podría llamar la Costa Rica profunda. La mitad de las personas internadas oscilaba entre los 21 y los 40 años. El 52% de los hombres estaban en este rango, al igual que un 50 % de las mujeres. Por encima de los 61 años los hombres sólo pesaban en un 8% y las mujeres en un 9%.

De las 1.126 personas que pasaron por el Asilo en 1940, 481 permanecían internadas al 1 de enero de 1941. Conforme a la clasificación de 22 dígitos empleada, el 57% de esa población retenida –274 casos– sufría de “demencia precoz” o esquizofrenia. Una mayoría de estos pacientes eran hombres –54%–. La categoría siguiente en orden de importancia, los llamados “estados maniaco-depresivos” sumaban un 15.3% –74 casos–. Una cifra que casi en su totalidad correspondía a la forma maníaca, seguida a la distancia por las formas mixtas y depresivas. En este agrupamiento las mujeres eran mayoría. Duplicaban a los hombres en la forma maniaca –36 casos contra 18– y en la forma depresiva –6 contra 3–, y los cuadruplicaban en las formas mixtas –9 contra 2–.

Los otros dos agrupamientos en importancia eran las psicopatías asociadas a la Corea de Huntington –6.5%–, un padecimiento donde el número de hombres era mayor, y la casilla de las personas deficientes mentales –otro 6.5%–, en la cual las mujeres aventajaban a los hombres. Estos cuatro agrupamientos sumaban el 85% de la población hospitalizada a principios de 1941.

El cuadro de las personas retenidas se complementa con el de las que dejaron la institución en 1940, las 645 personas que sumadas a las 481 anteriores daba el total de 1126 tratadas. En primer lugar, la cifra incluye 60 muertos. Los padecimientos de los fallecidos tienen una correspondencia con las tendencias de internamiento, aunque pesan también los casos de psicosis asociadas a la arteriosclerosis cerebral, la epilepsia y la senilidad. Las causas de estas muertes fueron padecimientos frecuentes entre la población nacional: la amibiasis, los anquilostomas, la malaria, el tétano y desde luego, la cirrosis y la sífilis.

En segundo lugar, junto a los muertos, aparecen 25 casos que se reconocen como personas que no estaban alienadas. Sobre este dato no hay un desglose claro. En los expedientes psiquiátricos encontramos personas alcoholizadas, que después de una semana de internamiento eran dadas de alta, y clasificadas como no alienadas. La cifra de “no alienados” coincide con la cifra de la gente dada de alta, registrada como “sin psicosis”. Sin embargo, esta clasificación es confusa. A la condición “sin psicosis” corresponden 25 casos, pero ella también es un agrupamiento que se subdivide en otras casillas, con un total que supera con creces los 25 casos “sin psicosis”. En 1940 la casilla “sin psicosis”

contenía en sus subdivisiones 96 casos más: 20 casos de epilepsia, 26 de alcoholismo, 18 de toxicomanías, 15 de deficiencias mentales, 1 de arteriosclerosis, 1 de fracturas de cráneo, 1 de anemia y 14 personalidades psicopáticas. De este segundo subtotal más del 80% eran hombres.

En tercer lugar, aparecen las personas que dejaron el hospital sin mejoría alguna, y en los cuales la institución reconoce su fracaso. No eran muchos. En 1941 sumaban 47 casos. En esta casilla los hombres duplican a las mujeres.

Sigue un resto importante de 513 casos, los cuales correspondían a las personas a las “notablemente mejoradas” y a las “mejoradas”. Serían los casos de éxito, o cuando menos de éxito relativo. De estos dos agrupamientos, el de las personas “notablemente mejoradas” era el mayor -469 casos-, seguido muy a la distancia por el grupo de las personas “mejoradas” -44 casos-. Si excluimos a los muertos, encontramos que de la gente que salía el 80% estaba “notablemente mejorada”; respecto al total de las personas que pasaron por el Asilo en 1940, y también sin contar los muertos, el porcentaje era de un 44%. Antes de comentar estos datos veamos qué tipos de padecimientos eran los más frecuentes entre quienes dejaron la institución en 1940.

Respecto a la población internada, la distribución era menos clara, pero hay algunas tendencias. El grupo más voluminoso es el de los “estados maniaco-depresivos”, el cual era seguido por las esquizofrenias. Ambos agrupamientos sumaban un 55%. Respecto al peso de estas dos agrupaciones entre los pacientes internados a principios de 1941 hay una reducción, pero su importancia sigue siendo significativa. Lo llamativo es la inversión del orden de importancia. Los “estados maniaco-depresivos” sumaron 233 casos, un 36%. La casilla de esquizofrenias reunió 118 casos y representaba un 18.6%. Apparently, el pronóstico era mejor para los cuadros “maniaco-depresivos”. De los 180 maniacos que salieron en 1940, 126 eran mujeres. De todo el agrupamiento maniaco-depresivo, el 70% eran mujeres. Y una vez más, los casos de esquizofrenia que dejaron la institución, 118, se tendían a distribuir equitativamente; de nuevo la población masculina tenía una pequeña ventaja, proporcional a la existente en la cifra total de internados, 53% contra 47% de los casos.

Después de los estados esquizofrénicos y maniaco-depresivos, un tercer punto de concentración en las salidas corresponde a las “psicosis alcohólicas”; estas sumaban 21 casos, todos de hombres. A este dato habría que agregar los de alcoholismo y toxicomanías, agrupados en la categoría “sin psicosis”, que sumaban 44, también casi exclusivamente de hombres. En total 65 casos. Los 65 casos de salidas relacionados con el consumo de alcohol y tóxicos, contrastan con el hecho de que a enero de 1941 solo hubo 2 personas internadas por alcoholismo, ambas sin psicosis. Ninguna persona estaba entonces recluida por psicosis alcohólicas. En primera instancia, esta desproporción sugiere que los alcohólicos llegaban al Asilo en fases críticas, y eran dados de alta tan pronto estaban desintoxicados. Esto lleva a dos problemas importantes de rastrear con más detenimiento.

Sabemos que el alcoholismo no afectaba solamente a las personas que ingresaban en estados agudos de intoxicación, registrados como tales. Él era también un componente de los cuadros de esquizofrenia y de los estados maniaco-depresivos. También estaba presente en las neurosis y psiconeurosis, una casilla que registraba 20 salidas en 1941 -10 cuadros de histeria, 7 de ansiedad y obsesión, y 3 de la llamada neurastenia- y que solo daba cuenta

de 3 internamientos por histeria en 1940, dos hombres y a una mujer. El alcoholismo se hilvanaba con problemáticas registradas en esta estadística por separado. A la vez, cuadros que hubiesen requerido de una mayor diferenciación diagnóstica ingresaban a la casilla del alcoholismo.

En segundo lugar, la desintoxicación como objetivo terapéutico en el caso de los alcohólicos, equivalía a la disolución momentánea del delirio, en el caso de las esquizofrenias y las manías, y a la recuperación de un estado de ánimo “medio”, en el caso de las depresiones. Logrados estos objetivos, el paciente se podía incluir en la casilla de los “mejorados” o “notablemente mejorados”, hasta que volvía en una siguiente ocasión, la cual podía estar a solamente unas pocas semanas de distancia. Todo el procedimiento se repetía entonces. El criterio central para dar de alta a una persona era el que se pudiera orientar en el tiempo y en el espacio, y respecto a sí misma. Además, que mostrase una conducta tranquila y un habla coherente y apropiada. Lo que eran las mejoras y las mejoras notables se pueden ilustrar con los siguientes ejemplos.

Un caso de mejora: Un joven de 20 años, soltero, ingresó al Chapuí en noviembre de 1942. Fue diagnosticado de esquizofrénico. Venía del Hospital San Juan de Dios, a donde llegó por un golpe. Desde hace un mes y medio presenta risa y llanto. En el Asilo, presenta también estupor, pero comprende lo que se le dice. A principios de diciembre se le hacen los exámenes para desechar enfermedades venéreas y sífilis cerebral. A la altura del 21 de diciembre se reporta que su estado físico era regular y que no contestaba preguntas. Se ordenan choques eléctricos. El 22 de febrero se lee en el expediente: *“Mejóro algo pero quedó en estado de ligera demencia. No se asocia con nadie. Trabaja poco. Con dificultad contestaba las preguntas. Se le dio de alta. Pesó 54 Krg. Se le entregó a su papá. Sale mejorado”*.¹⁵

Un caso de mejora notable: En octubre de 1939, un joven es traído al Asilo por su padre, el cual informa que hace seis meses su hijo estuvo trastornado en tres ocasiones. Hablaba solo y dormía mucho. Mejoró solo, pero tres semanas atrás volvió a recaer. Habla mucho y dice ver animales inexistentes; además, empleaba palabras que nunca antes había usado. Al evaluarse su estado mental se apunta: *“Tranquilo, orientado en tiempo y espacio y su persona. Siente “hielo en los pies y la cabeza atarantada”. No duerme bien y pasa la noche en “sobresalto, soñando cosas de Dios”. Es poco espontáneo, con cierta carencia de afecto. Responde adecuadamente las preguntas pero acompañando sus palabras con gestos amanerados. No se le notan ideas delirantes o alucinaciones”*. Siguen exámenes de laboratorio de rutina. A fines de octubre, se le nota tranquilo y correcto. El joven pide que lo pongan a trabajar. Ese estado se mantiene y el 21 de diciembre es dado de alta. Otra nota: *“Tranquilo y correcto. Trabajó bien en la tierra durante su permanencia. Refiere haber estado enfermo y atarantado de la cabeza, pero no tiene una crítica precisa de su estado. Hoy sale notablemente mejorado”*.

Un segundo ingreso ocurre en junio de 1941. De nuevo desorientado, excitado, y con lenguaje incoherente. No duerme, apenas come. Luego de que se repiten todos los exámenes de laboratorio, a fines de julio se ordenan choques de cardiazol, un convulsionante. Después de tres choques y de recuperar la coherencia, se le da de alta a mediados de agosto de 1941. Un tercer ingreso ocurre en junio de 1945. Es traído por vecinos. El joven deambula por las calles, no come y molesta a los vecinos. De nuevo pruebas de laboratorio. En el curso del mes de julio empieza a recuperar sentido de orientación, la tranquilidad y el lenguaje coherente. Se le deja ir solo, a fines de agosto: *“Sale notablemente mejorado”*.¹⁶

El seguimiento de las salidas, y de lo que se entiende por “mejorado” y “notablemente mejorado” lanza una imagen del Asilo que no coincide totalmente con la del lugar en el cual se “encierra” la sinrazón bajo siete llaves. El Chapuí funcionaba como un dispositivo de circulación con retención. Efectivamente, la gente era retenida en momentos críticos, con intervalos desiguales, y en algunos casos de por vida. Pero al mismo tiempo, el dispositivo atemperaba el padecimiento y lo devolvía al tejido social, dónde se había originado. Esta circulación es comprensible si pensamos que la cura era igualada a la supresión de los síntomas inmediatos, y que los medios para hacerlo eran extremadamente limitados y poco efectivos. Todavía a principios de los años cuarenta, el recurso principal era el de las terapias convulsionantes, para lo cual se empleaba la malaria, la insulina –método de Sackel– y el cardiazol –método de von Meduna–. Adicionalmente se recurría a los somníferos disponibles. Más no había. Los choques eléctricos se empezarán a generalizar recién a la altura de 1944-45. Comprensiblemente, la circulación por el Asilo tenía que ser alta. Entre las personas recluidas cada año había un porcentaje significativo que ya tenía varios ingresos anteriores. De los hombres que pasaron por el Chapuí entre 1940 y 1950, cerca de un 40% eran reingresos. Se trata, en su mayor parte, de gente que fue dada de alta como “mejorada” o como “notablemente mejorada”. Desgraciadamente, la fuente no permite hacer una estimación semejante para la población femenina en estos mismos años.¹⁷

La contraparte de este flujo, eran las personas que llegaban al Asilo y que en sentido estricto no debían estar en él, ya que su padecimiento era orgánico, por ejemplo, los epilépticos). El diagnóstico de un médico de pueblo o la solicitud de un jefe político llevaba a las personas al Asilo. En los expedientes encontramos pacientes remitidos por demencia que al cabo de un mes y medio de internamiento, según se indica expresamente, no mostraron la menor señal de la misma. Salen sin que se sepa por qué fueron remitidos.

Cabe decir algunas palabras sobre la procedencia social y ocupacional de la gente que pasó por Chapuí en el año 1940. La pregunta es: ¿de qué niveles del barco provenía la gente que tuvo contacto con el psiquiátrico? La forma de clasificar a los pacientes describe lo que era la sociedad costarricense hacia 1940, pero también la oculta. De 556 mujeres que tuvieron algún tipo de relación con el Chapuí en 1940, 498 casos, un 90%, se dedicaban a los “oficios domésticos”, conforme a la clasificación empleada. La familia era la principal cantera de pacientes femeninas. Este dato lleva directamente al orden de la sociedad y de la familia. Los padecimientos femeninos se gestaban en la institución que ponía el puente entre lo público y lo privado, aquella que también servía de referente para la representación benévola del país, como una colectividad donde la autoridad coexistía con los lazos de afecto y de cuidado.

En el caso de los hombres, los datos son más dispersos pero suficientes para dibujar el perfil de una sociedad agraria con una incipiente vida urbana y un patrón de división del trabajo en el cual tenían un lugar capas que ya no dependían de las labores agrícolas para su subsistencia inmediata. De un total de 570 hombres que pasaron por el Chapuí, 316 eran jornaleros, y 50 a agricultores. Aquí se concentraba el 64% de los hombres atendidos en el Asilo en 1940. Un segundo gran agrupamiento, que reunían 146 casos –25.5%–, tenía un perfil más urbano. Aquí se encontraban 69 artesanos –carpinteros, zapateros, albañiles, panaderos, mecánicos, entre otros–, 32 comerciantes, 18 profesionales –abogados, farmacéuticos, médicos, ingenieros, contabilistas y sacerdotes–, 14 estudiantes y 13 oficinistas.

Estos dos grandes agrupamientos concentraban el 90% de la población masculina. Juntos contorneaban la imagen de un país de jornaleros, agricultores, artesanos, comerciantes, y algunos profesionales y letrados. Eran personas que tenían alguna ocupación la que ingresaban al Asilo, el otro pilar de la sociedad cafetalera. El total de personas “sin oficio” sumaba apenas 40 hombres y 14 mujeres, un 4.8%. La persona con hambre y en harapos de que deambulaba por las calles no coincide con el perfil promedio de los hombres y mujeres internados, conforme a esta fuente.

Estos datos, sin embargo, no permiten descomponer claramente el padecimiento por estratos sociales. La estadística del Chapuí impide identificar a las personas que viajaban en primera, en el barco metafórico. La gente con una capacitación profesional –médicos, abogados, ingenieros y otros– casi siempre provenían de los estratos superiores, pero apenas sumaban 18 casos, en un universo de 1126. Sin embargo, tomando en cuenta los expedientes, lo que encontramos es que las personas pertenecientes a las élites económicas y políticas del país están registradas en las casillas de “agricultores”, “comerciantes” y “oficios domésticos”. Los expedientes muestran que en estos agrupamientos se encontraban personas muy próximas a los capitanes del barco, o a sus oficiales. Un par de ejemplos pueden ser ilustrativos:

Una joven de 21 años, casada, para efectos de registro contabilizada como una mujer dedicada a los oficios domésticos, ingresó al Chapuí a fines de 1941. Va a pensión. Su padre es un personaje conocido que tenía vínculos con el mundo de las armas, emparentado con un político de renombre en el siglo anterior. De la entrevista inicial queda claro que no hay otros “trastornados” en la familia, pero que el padre es alcohólico. A la joven se le diagnostica una neurosis histérica.

Conforme al historial clínico, la joven empezó a mostrar un “temperamento nervioso” a los 7 años, pero pudo concluir la secundaria con éxito, haciendo gala de una inteligencia. Unos meses antes de su internamiento, ella contrajo matrimonio con un comerciante. Se creyó que el matrimonio corregiría algunas de sus “locuras” juveniles. Pero por el contrario, agravó una irritabilidad ya existente, la cual se volcó en ese momento contra su marido. Al momento de su internamiento la joven había hecho varios intentos de suicidio. Se indica también que llevaba una vida social intensa, consumiendo mucho licor. En varias ocasiones tuvo ataques de risa exagerados o forzados, y de llanto, sin motivo aparente.

Anotaciones de los días posteriores al internamiento dicen que la joven era extremadamente cariñosa con personas extrañas a la familia, pero que se mostraba totalmente indiferente ante las penas de sus parientes. Se destaca que acostumbraba denigrar a su marido. El análisis de lo que ella cuenta de su marido y de sus amoríos extramatrimoniales, así como sus relatos sobre las fuertes sumas de dólares que le regaló una tía política, lleva al médico que la trata a la conclusión de que todo es producto de una imaginación exaltada. Siguiendo el procedimiento usual, la joven fue sometida a los análisis de rutina para desechar enfermedades venéreas. La reacción Wasserman da resultados negativos, pero la cantidad de leucocitos en sangre motiva un tratamiento con salvarsán. Doce días después de su internamiento, la joven no tiene síntomas de trastorno mental. Al constatarse la inexistencia de una psicosis se le da de alta.

Este caso ilustra una forma de malestar presente en el área de primera clase de la nave imaginaria. Sin duda, problemáticas similares eran vividas por mujeres de los otros estratos sociales. La histeria atribuida a la joven, de ser exacto el diagnóstico, se tiene que

comprender en el contexto de la historia de su grupo familiar y social. La joven pertenece a una familia prominente, de la cual salían tanto los constructores del orden cafetalero, como quienes estaban dispuestos a sostenerlo con la ayuda de las armas. Su familia estaba emparentada con las familias más notables de la Costa Rica de la primera mitad del siglo pasado. El lugar social le impone costos y obligaciones ineludibles a esta joven, los cuales se suman a las obligaciones de género y a los costos correspondientes a las mismas. La crisis que lleva al internamiento parece ser un grito por estos múltiples amarres, a punto de apretarse todavía más con un matrimonio "terapéutico" temprano. Podría igualmente decirse que el alcoholismo del padre es grito de malestar, que llevó a muchos de sus contemporáneos al Asilo, una problemática particularmente frecuente entre sus compañeros de profesión, según se desprende de otras fuentes. La familia de esta joven tenía entronques diversos con la elite caritativa, tanto por el lado paterno como por el materno. La familia que la vinculaba a este selecto grupo era también la que recibía su indiferencia y su hostilidad.

"R", un hombre de 35 años es llevado al Asilo por primera vez en marzo de 1939. Ingresó a pensión; es una persona con recursos. Por ocupación se le pone "agricultor". Este es el caso de una de esas personas que nunca dejará el Chapuí, hasta su muerte, veinte años más tarde. Su padecimiento, se anota en el expediente, es una esquizofrenia paranoide. Lo que al momento de ingreso al hospital era un cuadro de miedos e ideas descabelladas, se fija muy rápidamente en alucinaciones visuales y auditivas. Con "R" se van a emplear todos los recursos disponibles. A mediados de 1939 se le inyecta malaria para ocasionarle fiebres. Entre diciembre de 1939 y marzo de 1940 se le produjeron 9 ataques con cardiazol, sin ningún resultado. A mediados de 1940 se le provocaron convulsiones con insulina y cardiazol. Se consiguieron 12 convulsiones, sin resultado. En los siguientes años permanecerá encerrado en su celda, sumergido en sus delirios. En 1944 se le empezaron a aplicar choques eléctricos, también sin resultados. Su estado mental no mostró cambio alguno en lo que resta de los años cuarenta, aunque se empieza a observar un importante deterioro físico. En los años cincuenta las notas en el expediente se van espaciando. Se le cataloga como un paciente crónico. El estado de retraimiento y deterioro continúa. Finalmente muere a causa de un cáncer.

"R" cursó la secundaria y empezó a estudiar derecho, pero se dedicó a la agricultura. Se casó, y tuvo hijos. Al momento de su internamiento tenía casi 15 años de consumir licor. Su temperamento había sido siempre dulce, sociable y alegre. Los cambios de conducta que lo llevarán al Asilo empezaron tres meses antes de su encierro —en este caso si se aplica la palabra—. Inicialmente se pensó que la causa de sus transformaciones era el licor. "R", pertenecía a una familia con un historial de alcoholismo, tanto por el lado paterno, como por el materno. Su familia también tenía un historial de internamientos en el Chapuí. Casi al mismo tiempo que "R" ingresaba un hermano suyo, también por alcoholismo. Se trata también de "un agricultor" con recursos, el cual pasa a pensión. En este caso, el internamiento es voluntario. A diferencia de su hermano, fue dado de alta al cabo de un par de meses, "notablemente mejorado".

Un tío paterno y un tío materno habían estado internados antes que "R". También tres primos. Otros dos primos serán internados unos años después; la causa inmediata es el alcohol.

El padre de "R", ya muerto en 1940, había sido un político. Los datos existentes sobre los delirios de "R" podrían ser anclados en el mundo de su padre y de su familia de origen.

También en un estrato social y en una cultura política. La familia de procedencia de “R” tenía fuertes vínculos con la elite caritativa josefina. Su esposa pertenecía a este círculo, por sus propios lazos familiares. Cuando “R” estaba internado, parientes suyos, consanguíneos y políticos, eran miembros del patronato de la Junta de San José.

Casos como estos podrían explorarse en el marco de las dinámicas endogámicas, advertidas por el médico Bansen. Si se adoptara esta perspectiva podrían encontrarse ejemplos aun más claros:

En 1934, un “agricultor” de 60 años era llevado al Asilo. Es un descendiente venido a menos de una familia adinerada, vinculada al agro. Aparentemente, desde 1933 había tenido serios problemas económicos debido a deudas que había contraído. La gran crisis lo golpeó. Entonces, según se anota en la hoja de ingreso, “estuvo un poco trastornado”. Se recuperó, pero desde entonces no quedó bien. Según la evaluación médica, este “agricultor” presentaba un cuadro de esquizofrenia paranoica, complicado por una sífilis no curada, diagnosticada 14 años antes. En el expediente su mal es atribuido a la herencia. Sus progenitores estaban emparentados entre sí. El padre era tío de la madre del paciente; el abuelo materno, a su vez, se había casado con una sobrina. La familia del paciente estaba constituida por una docena de hermanos. Se indica que unos años antes un hermano y una tía paterna estuvieron trastornados. Otra hermana sufría de histeria y un hermano de alcoholismo.

Un caso más:

Un padre de familia, un político con un puesto importante en 1943, le solicita al director del Chapuí el internamiento de su hijo, un hombre de treinta años, estudiante universitario. El afligido padre se enfrenta a una situación que se ha vuelto insostenible. El paso que da lo ha meditado durante más de un año, cuenta él. El joven es diagnosticado como un esquizofrénico. En el expediente se consigna que el padre y la madre del joven son primos hermanos. De ambos lados encontramos un gran número de internamientos en el Asilo: tíos y tías, primos y primas, abuelos y abuelas. El internamiento del joven durará varios meses. Saldrá mejorado. El lugar que él deja libre será ocupado por otros de sus parientes. Varias décadas después él mismo regresará al Asilo, traído por otros de sus familiares. Viene de otro lugar de internamiento.

Los dos cuadros bien se podían explicar conforme a la hipótesis de la herencia. Era lo usual, y en ello seguramente hay una porción de verdad. El punto llamativo es que la herencia siempre estaba supuesta tan solo con observar que en un tiempo anterior hubo algún familiar internado en el psiquiátrico. En 1938, el Dr. Chacón Paut repetía que las psicosis se desarrollaban en un terreno predispuesto por la herencia. Incluso los médicos del Asilo le solicitaron al Colegio de Médicos que se pronunciara por una legislación favorable a la esterilización obligatoria de determinados casos de enfermedades mentales. Esta idea estaba en el ambiente. Ese mismo año fue defendida en un extenso artículo del Dr. Paulo Laurós, aparecido en la Revista Médica nacional.¹⁸

La apuesta explicativa unilateral a favor de la herencia implicaba que las dinámicas familiares y el mundo social que contribuían a la aparición de la esquizofrenia, la histeria o el alcoholismo, quedase sin tocar. La razón es comprensible. A la altura de 1940, la familia seguía siendo una célula estratégica del discurso político nacional. A ella correspondía la institución patriarcal, cuyo alcance desbordaba el perímetro de la familia

pequeña, modelando nuestra cultura política. Uno de los antecesores de “R”, por ejemplo, podía describirse como el prototipo del patriarca autoritario. La vida política que giraba en torno a jefes y patriarcas ahogaba la figura de la ciudadanía y fomentaba sometimientos y seguimientos incondicionales. Las disputas –políticas– entre los seguidores de los jefes-patriarcas se superponían con las disputas –privadas– por los favores del padre, por el lugar del padre, o en contra del inmenso poder concentrado en la figura paterna. Con sus diversas tonalidades y modalidades, el patriarcado propiciaba conflictos que bloqueaban y debilitaban a los sujetos de múltiples maneras, lanzándolos en unos casos, según los ejemplos mencionados, hacia la histeria o el alcoholismo. En otras ocasiones, el yo era pulverizado y el sujeto expelido hacia la esquina de las psicosis.

En los ejemplos anteriores encontramos lazos directos con la elite caritativa. No es casualidad. Una revisión incompleta de fuentes primarias sugiere que de las casi 248 personas que en 1944 formaban el patronato de la Junta de San José, casi una cuarta parte tenía familiares que habían sido internados en el Chapuí o van a ser internados en años venideros. Como ya se dijo, el Chapuí no era solo para los pobres. Al igual que el Hospital San Juan de Dios, a él llegaban personas que pertenecían a las cúpulas sociales.

Por algunas pistas dispersas podemos suponer que las exigencias del trabajo “público” –caritativo, político, económico– de la elite tenían costos subjetivos diversos, algunos solo visibles en el largo plazo. Al cabo de los años, la hija de uno de estos prominentes, se lamentaba de las múltiples ocupaciones de su padre, y del contacto esporádico y frío que ella tuvo con él durante su infancia. Esta mujer asistía a un servicio público a buscar ayuda. Por otras fuentes, sabemos que algunos de estos hombres dedicados a la caridad serán recordados en sus familias como duros y poco generosos. El orden patriarcal dejaba un déficit paternal. Tal déficit era una condición subjetiva para su reproducción, para la búsqueda continua, en distintos planos, de figuras paternas. También era una fuente del sufrimiento que podía llevar a las puertas del Asilo.

Encadenamientos

Dos tendencias que me parecen importantes de tomar en cuenta para analizar la manera en que se conectan las historias privadas con los acontecimientos políticos de los años cuarenta, y particularmente con una fase violenta que se decantó a partir de 1946.

Hacia 1900, la población atendida en el Chapuí fue de 181 pacientes, 103 hombres y 78 mujeres.¹⁹ De estos, 121 pacientes quedaron internados y 60 salieron –mejoraron; salieron sin recuperación; o murieron–. Veinticinco años después, la población que tuvo contacto con el hospital fue de 619 personas, 296 hombres y 323 mujeres.²⁰ De estas, 392 salieron por alguno de los motivos indicados y 227 quedaron internadas. Respecto a 1900 el número total de personas que llegaron a las puertas del Chapuí aumento 3.4 veces. Veinte años más tarde, en 1945, la población tratada sumó las 1517 personas, 861 hombres y 656 mujeres.²¹ De este total 565 personas permanecieron en la institución y 952 salieron. Con relación a 1925, la población total creció de nuevo 2.5 veces.

Entre 1925 y 1945 no hubo ningún ajuste significativo en la institución para recibir a una población que aumentaba sostenidamente. Si descontamos la construcción de un

pabellón para toxicomanías, a principios de los años cuarenta, y del acondicionamiento de algunos sótanos, el espacio físico no se expandió. Debido a la crisis de 1929, los recursos relativos de la institución decrecieron. En el informe del Asilo correspondiente al año 1936, se menciona que entre 1926 y 1931 trabajaban allí 4 médicos para atender una población promedio de 600 personas. El número de médicos se redujo en 1935 solo a dos, y uno de ellos solo trabajaba unas cuantas horas al día. Luego se volvió a los cuatro médicos. Esto significaba que las personas internadas quedaban en manos de gente sin ningún tipo de calificación profesional.

Entre 1925 y 1945, la población dada de alta por mejoría creció 3.3 veces, mientras que la población internada solo lo hizo en 2.5 veces. El crecimiento de la población mejorada –notablemente mejorada, mejorada y no alienada– no era un indicador de éxitos terapéuticos reales. Parece ser más una muestra de un hospital que con grandes limitaciones para retener gente, y a partir de un momento, del uso regular de las terapias de choque. En el informe del año 1939 se menciona que el crecimiento de la tasa de mortalidad entre la población internada se debía al hacinamiento de los enfermos. A la par, en el balance del año 1940, se comentaba que las terapias convulsivas habían reducido el tiempo de duración de los llamados brotes psicóticos, cosa que disminuía el tiempo de internamiento de los pacientes. No era difícil concluir que entre menos larga fuese la estadía de los pacientes, mayor era el porcentaje de éxito conseguido. Y a la vez, entre más uso de los procedimientos de choque, menor era el tiempo de estadía. Ya antes se comentó que cerca de un 40% –1940-1950– de los egresados masculinos volvían al cabo de un tiempo.

Los trabajos sobre los años cuarenta nos suelen hablar de una tensión creciente entre las instituciones existentes y las demandas de nuevos espacios económicos y políticos. Con este referente, el Chapuí podría verse como un ejemplo de una institución desbordada. El trabajo con los listados de hombres que entraron y salieron del Asilo, sugiere que entre 1940 y 1950 creció tanto el número de reingresos como el número de pacientes nuevos, y que respecto a los años precedentes, con excepción del quinquenio 1931-1935, el porcentaje de reingresos subió entre dos y cuatro puntos porcentuales. Según esta fuente, hay una curva que se dispara desde los años treinta. Entre 1921 y 1930, el promedio porcentual de reingresos fue de un 37%. Este dato subió en el período donde más se hizo sentir la crisis de 1929, entre 1931 y 1935, al 60%. Y luego se volvió a reducir, para situarse alrededor del 40%. En el quinquenio conflictivo de 1946-1950, la cifra llegó al 42.15%.²²

Pese al desborde del Asilo, ni la reforma social ni la reforma económica tuvieron una propuesta de corto plazo para él. A mediados de los años cuarenta, la Junta de San José, presionada por la realidad y por las quejas del Dr. Chacón Paut sobre el hacinamiento, tomó la decisión de comprar el terreno para un nuevo hospital, en Pavas. Esta no fue una iniciativa gubernamental. Sus resultados se verán hasta tres décadas más tarde. Por algunas comunicaciones recogidas en la correspondencia, sabemos que además del problema del espacio existía alguna conciencia de que lo que se hacía por los pacientes era deficitario, medido con respecto al estado de la Psiquiatría en ese momento. Un reconocimiento aparece en una comunicación personal de 1945, motivada por los comentarios hechos a Chacón Paut por dos psiquiatras cubanos de paso por el país.²³

La segunda mitad del siglo XX comenzó, en lo que al Asilo respecta, con un hospital con una población muy superior a la que podía albergar. La situación era tal que se asemejaba a

una lúgubre cárcel, según lo recuerdan personas que lo conocieron. Todavía seguía dividido por grupos sociales y seguía siendo un lugar que recibía gente de las elites. Este es el mundo descrito en la novela “Cachaza” –1978–, del psiquiatra Virgilio Mora Rodríguez.

Desde otro punto de vista, la perspectiva de la institución desbordada dice de la salud mental en el tránsito hacia la segunda mitad del siglo pasado.

El desborde del Chapuí coincide con una fase de agitación política que alentará procesos regresivos, colectivos e individuales. Los capitanes se impusieron sobre la imagen del barco, como nunca antes lo hicieron antes en lo que iba del siglo. Ellos demandaron de los suyos lealtades incondicionales, dándoles a cambio licencia para agredir, y luego, para matar.²⁴

El proceso colectivo, esta sería una hipótesis para discutir, va a capturar patologías individuales, al mismo tiempo que abrió, desde la política, los conflictos subjetivos e inter-subjetivos gestados en el orden de la nave-familia. La lucha política se montó sobre conflictos previos y también creó otros. Un ejemplo superficial es el del etilismo frecuente entre la gente de los bandos que se enfrentaron. El alcohol y la política tenían un viejo amarre. Al cierre de los años cuarenta, el alcohol tuvo una función política: hacía aguerrido al seguidor, lo envalentonaba, lo obnubilaba y lo predisponía para cualquier cosa. En los casos de asesinatos al calor del enfrentamiento, el alcohol casi siempre estuvo presente. Algunos protagonistas del período de la violencia habían sido internados antes en el Asilo por esta causa. Los sucesos mismos van a agravar adicciones ya existentes, algunas de las cuales van a concluir con internamientos, unos al cierre de la fase de la violencia y otros al cabo de algunos años. Hubo carreras alcohólicas que empezaron recién en este momento, desaguando en el Psiquiátrico años más tarde, con menciones muy pálidas de las circunstancias en que empezó la adicción. Están luego las consecuencias familiares de la adicción, el alcoholismo que se pasa a la generación siguiente o que alcanza a la pareja. Más allá, como una gran pregunta, están las diversas problemáticas singulares que llevan a la ingesta de alcohol en cualquiera de estos momentos, problemáticas respecto a las cuales la ingesta queda como una calza ineficiente.

En este contexto habría que recuperar una observación de Kant. En su “*Ensayo sobre las causas de las enfermedades de la cabeza*” –1764–, Kant mencionaba la porción de la población que padece alguna enfermedad mental pero que nunca iba a requerir del internamiento. El filósofo decía que había circunstancias en que este grupo aumentaba en número y se proponía objetivos desmesurados –“fundar una quinta monarquía”–. Hoy hablaríamos posiblemente de las neurosis, en primer lugar, y de la manera en que ellas se integran en procesos políticos. Mucha de la población que se movilizó en 1948 lo hizo por fundar una “quinta monarquía”: para algunos eso significaba rescatar una arcadía que nunca existió; para otros, deseos y expectativas desmesurados anudados en torno a alguno de los caudillos. Eran lecturas que tenían asideros diversos en problemas reales; pero sin duda eran también lecturas que obedecían a necesidades subjetivas de otro orden, nacidas en otro tiempo. No pocas de las fantasías movilizadas tenían relación con la imagen del país-barco interiorizada, y con el aparente naufragio de los referentes colectivos de identidad, en los cuales se apuntalaba la identidad singular. Esto conduce al problema de la angustia, el miedo, y el odio, a lo que se podía hacer con estos afectos.

Se podría pensar que mucho del malestar individual que pudo haber regresado al Chapuquí, o llegado por primera vez, se quedó circulando en el terreno socio-político, contenido o legitimado por la situación y buscando cómo descargarse y aliviarse. La agresión va a ser un resultado, en un momento en que la agresión a favor de las respectivas causas estaba justificada y los lazos primarios quedaban subordinados a los alineamientos políticos. Esta es la dimensión hizo sociedad con los “desatinados” de Kant, aquellos que nunca llegarían al Asilo, también movilizados por las circunstancias. Estas volvían políticamente funcionales conflictividades de muy diferente tipo.

La lucha política se sirvió de agresiones que podían ser situadas en distintos cuadros clínicos. El conflicto se nutrió de delirios y de paranoias privadas, y a la inversa, no pocos de los delirios paranoicos fueron contaminados o revestidos por el enfrentamiento político, en ese momento y después. Esta vez, “la excitación política” —Bansen— agregó combustible a un proceso social que se prolongó durante varios años. Tal vez aquí esté uno de los factores que explican por qué en los años cuarenta hay menos reingresos masculinos —relativos— que en el quinquenio posterior a la gran crisis. Podría incluso suponerse que algunos de los presuntos éxitos terapéuticos del Asilo en estos años contribuyeron a agregarle material inflamable al fuego político. Por ejemplo, ¿qué se podía esperar de un paranoico “mejorado” que salido del Asilo tenía la posibilidad de dirigir un medio de comunicación en un momento de gran beligerancia?

Entre 1946 y 1948 la nave imaginaria fue dividida por el odio; los viejos lazos, sanguíneos o amistosos se convirtieron en un canal en que se entremezclaban odios y hostilidades privadas con odios y hostilidades políticas. Esto fue posible por las fracturas que venían de atrás. El conflicto político de los años cuarenta se gestó en un entrecruce de grietas y en una superposición de representaciones privadas y colectivas. Las grietas subjetivas particulares coincidieron con las grietas sociales y políticas.

La lucha entre los capitanes del barco arrastró a gente que viajaba en todos los compartimientos. Las divisiones fueron verticales, y ello significó que las relaciones de enemistad aparecieran en los distintos niveles de la nave, dividiendo a quienes hasta ese momento, pese a otras tensiones, se las habían arreglado para viajar juntos. La división de la familia-nave hizo que los vínculos primarios ambivalentes se transformaran en vínculos hostiles. No es difícil de imaginar la diversidad de maneras en que se podían imbricar los conflictos familiares con una conflictividad política leída con referentes familiares. Y luego están también los costos subjetivos de pretender reconstruir la nave-familia, a costa de ocultar, negar o reprimir lo vivido y lo conocido. Este es el proceso que se inicia en el segundo quinquenio de los años cincuenta.

El período de la violencia política va a llevar gente al Chapuquí. Una primera aproximación a los expedientes del Chapuquí sugiere que hubo dos grandes disparadores. En un nivel, se puede hablar de traumatismos diversos causados por la exposición a situaciones que contenían el riesgo de perder la propia vida, perder seres queridos, o perder la propia dignidad y autoestima, en la medida en que ella estaba asociada a un lugar social y a una imagen de personal. En este contexto se podrían explorar algunos pocos diagnósticos de “psicosis de guerra”, y las crisis sufridas por gente cuya vida estaba amenazada. Las muertes, en particular, dejarán una estela posible de rastrear hasta por lo menos la segunda generación. Es el caso de las personas que sufrieron las consecuencias del

asesinato de un ser querido, y que crecen en una atmósfera familiar marcada por una tragedia. También están los casos, un tanto distintos, del dolor presente entre las personas cuyos familiares estuvieron implicados en hechos de sangre o fueron homicidas. La sangre de otros dejó marcas diversas entre los próximos a los agresores. Y están las fracturas y conflictos que, bajo el impacto de la participación en la violencia, se abren en los meses o años siguientes. Por ejemplo, depresiones crónicas, cuadros de depresión y alcoholismo, y suicidios e intentos de suicidio.

Al mismo tiempo, al Chapuí llegará también alguna gente que sin haber puesto su vida directamente en peligro, fue sacudida por los odios liberados en el plano colectivo, sobre todo por el discurso social que llevaba a desconocer a la familia y a las redes sociales de identidad que habían sido significativas hasta ese momento. De nuevo cabe pensar aquí que los conflictos de lealtad y afecto profundizaron o abrieron conflictos presentes con anterioridad, explícitos unos, latentes otros, e inconscientes muchos otros. Los choques entre conocidos, entre hermanos, o entre padres e hijos fueron una marca de algo que dejó otras marcas. En un paso siguiente surgió el problema de qué hacer con los daños ocasionados entre la gente próxima, o con los odios y deseos de muerte en un momento liberados. Este plano se imbrica con el anterior, pero merece ser diferenciado. Estos dos disparadores abren un gran número de posibilidades de internamiento.

A la luz de las secuelas subjetivas de la violencia, la carrera de los años siguientes por el espacio social y económico –ascenso, poder, acumulación, crecimiento– tiene también un componente de huida hacia delante, de un gran “acting out”, en algunos casos sólo frenado por el sufrimiento privado. Por aquí puede haber un referente importante para entender algunas de las tragedias que acontecen entre los descendientes de las personas involucradas en los hechos políticos de los cuarenta.

El inicio del declive de la elite caritativa tiene relación con la historia del desgarramiento en el barco. El concepto de caridad fue redefinido e integrado en una política social. Pero este declive tiene también relación con la forma en que se hirió entre sí la gente que viajaba en la primera clase, y con la dificultad para seguir sosteniendo conjuntamente los códigos anudados en torno al eje de la caridad. Un episodio que define una marca, en tanto significó la ruptura de un tabú, fue la muerte violenta de los médicos Valverde y Facio, en manos de gente vinculada al médico Calderón Guardia. La sangre derramada entre colegas y amigos coloreará las divisiones de los años siguientes, cuando simultáneamente otras reglas de convivencia social empezarán a imponerse.

En el barco medio recompuesto, la solidaridad hacia abajo se debilitó al mismo tiempo que se debilitó la solidaridad entre los hermanos distinguidos. El grupo que tenía un siglo de historia se aflojó también desde el momento en que el ascenso social podía ocurrir por otros canales. La economía y los ingresos se hicieron más importantes que los pagos simbólicos, expresados en forma de bustos y de salones de hospitales.

Con el Estado social que tomó fuerza a mitad del siglo anterior, vino también un repliegue de los códigos de servicio de la elite caritativa. Las nuevas alianzas entre los compañeros de piso, y con gentes provenientes de otros pisos, tendrán otros ejes. Poco a poco, se fueron preparando las condiciones para que la metáfora del barco fuera sustituida por la imagen de los tripulantes de la cápsula espacial urgidos de llegar a la órbita deseada, o a la siguiente, sin importar los medios y lo que quedara atrás.

Notas

1. Junta de Caridad de San José, *Correspondencia del año 1934* (Tomo I), sin editorial, sin fecha, sin página.
2. Junta de Protección Social de San José, *Correspondencia del año 1937* (Tomo II), sin editorial, sin página.
3. “Editorial”, *Revista Médica*, año VII, tomo IV, n. 69 (1940).
4. Víctor Manuel Sanabria, “Al venerable clero de la Arquidiócesis de San José. 12 de setiembre de 1945”, *Revista Parlamentaria*, 1., n. 4 (San José, 1994): 71-78.
5. “Mensaje inaugural del Licenciado don Ricardo Jiménez Oreamuno al Congreso de la República, el 8 de mayo de 1932”, en Academia de Geografía e Historia de Costa Rica, *Mensajes Presidenciales 1928-1940*, Tomo VI (San José: Editorama, 1987), 107-109.
6. El carácter intermedio era también jurídico. Cuando en 1936, la Junta de San José cambió de nombre, se le dio el carácter de “organización privada con fines públicos”, y quedó bajo la tutela del Estado en razón de los recursos públicos que se le asignaban, provenientes de la lotería y del impuesto a la beneficencia.
7. Steven Palmer, “Confinamiento, mantenimiento del orden y surgimiento de la política social en Costa Rica, 1880-1935”, *Mesoamérica*, (Plumsock Mesoamerican Studies), año 23, n. 43 (2002).
8. Archivo Nacional de Costa Rica, Decreto XXXVI, 29 de abril de 1885, Serie Leyes y Decretos.
9. Junta de Caridad de San José, *Informe del año 1892* (San José: Tipografía Nacional, 1893), 7-15.
10. Miguel Guzmán Stein, “Filantropía y caridad en las relaciones sociales en Costa Rica”, en Ronny Viales, ed., *Pobreza e historia en Costa Rica* (San José: Editorial de la Universidad de Costa Rica - CIHAC - Postgrado Centroamericano en Historia, 2005), 207-272.
11. Junta de Caridad de San José, *Correspondencia del año 1932* (Tomo II), sin editorial, sin fecha, sin página.
12. Junta de Protección Social, *Correspondencia del año 1944* (Tomo I), sin editorial, sin fecha, sin página.
13. Según un cálculo posible de corregir hacia arriba, cerca de un 56% de los directivos de la Junta de Caridad del período 1845-1936 ocupó cargos formales en por lo menos uno de los poderes del Estado. Al respecto: Yolanda Cruz Molina, “La Junta de Caridad de San José (1845-1936)” (Tesis de grado en Historia, Universidad Nacional. Escuela de Ciencias Sociales, 1981), 32-51.
14. Junta de Protección Social de San José, *Asilo Chapuí: Resúmenes estadísticos y comentarios correspondientes a los bienios 1936-1937; 1938-1939; 1940-1941* (San José: Imprenta Borrás, 1944).
15. Datos tomados de los expedientes médicos del Hospital Nacional Psiquiátrico.
16. Datos tomados de los expedientes médicos del Hospital Nacional Psiquiátrico.
17. Datos contruidos a partir de las listas de ingresos masculinos en el período 1896-1950. Este material todavía está en procesamiento. Les doy las gracias a Ingrid Arguedas y Rosemary Alfaro por la ayuda que me han prestado en el procesamiento de este material.
18. Asilo Chapuí. *Resúmenes estadísticos...*, 42. Un extenso artículo a favorable a la esterilización y la eugenesia, que reproducía incluso decretos nazis de 1933, aparecía en el año 1938 en la Revista Médica. Ver: Dr. Pablo Lauros, “La Esterilización eugenésica”, *Revista Médica*, año VI, tomo II, n. 55 (noviembre 1938): 336- 374.
19. Junta de Caridad de San José, *Informe del año 1900* (San José: Tipografía Nacional, 1904), 14.
20. Junta de Caridad de San José, *Informe de los años 1924 y 1925* (San José: Tipografía Alsina, 1926), 152.

21. Junta de Protección Social de San José, *Informe de los años 1944 y 1945* (San José: sin editorial, sin fecha), 28.
22. Datos contruidos a partir de los listados de internamientos masculinos entre 1896 y 1950.
23. Junta de Protección Social de San José, *Correspondencia del año 1945* (Tomo II), sin editorial, sin fecha, sin página.
24. Las bases para esta afirmación se encuentran en Manuel Solís, *La institucionalidad ajena: los años cuarenta y el fin de siglo* (San José: Editorial de la Universidad de Costa Rica, 2006).