

**Centro de Estudios Históricos  
El Colegio de México**

# **La locura durante la Revolución mexicana.**

**Los primeros años del Manicomio General La Castañeda, 1910-1920**

**Tesis para optar por el título de  
Doctor en Historia**

**Presentada por:  
Carlos Andrés Ríos Molina**

**Director: Guillermo Zermeño Padilla**

**México D.F., 4 de octubre del 2007**

## Agradecimientos

Hace cuatro años comencé a escribir este texto. En los primeros dos años recogí información que se iba amontonando cual conjunto de fragmentos inconexos. El resto de tiempo estuve pensando en qué forma tendría ese rompecabezas una vez armado. Para resolver el enigma leí textos sobre la locura hechos desde disciplinas como la historia, la antropología, la sociología y la psiquiatría; me acerqué a espacios académicos donde tenían lugar reflexiones que eventualmente me servían; sostuve innumerables conversaciones tratando de aclarar el marasmo de dudas que cargaba (aunque sólo me he desecho de unas cuantas) y pasé largas temporadas leyendo expedientes clínicos de enfermos mentales.

En el Doctorado en Historia en El Colegio de México obtuve herramientas que guiaron esta investigación. En el seminario que tomé con Elías Trabulse sobre historia de la ciencia, pude ubicar parte de mi investigación en el marco de las discusiones planteadas en tan complejo y seductor campo. Le perdí el miedo a los números gracias a la muy grata asesoría de Graciela Márquez a partir de su curso sobre historia cuantitativa. Además, en el seminario *Sociedad y cultura* que impartió Clara Lida, y gracias a las extensas discusiones que sostuve con la profesora y mis cuatro compañeras –Inés Rojkind, María José Navajas, Dolores Lorenzo y Susana Sosensky-, me di cuenta de cómo se planteaban los problemas historiográficos. Allí fue donde pude articular mi formación previa en antropología con los intereses y métodos propios de los historiadores.

Agradezco muy sinceramente las puntuales y atinadas lecturas que Guillermo Zermeño hizo a todos y cada uno de los múltiples borradores previos a esta versión. Sus observaciones funcionaban como puertas para huir de atolladeros en los que yo me metía innecesariamente. También agradezco a Ariel Rodríguez Kuri, Ricardo Pérez Montfort y Guillermo Palacios por la lectura minuciosa que hicieron de algunos borradores. Además, mi agradecimiento para Francisco Zapata y Marco Palacios; con ellos sostuve conversaciones que me ayudaron a complejizar las reflexiones que poco a poco iban surgiendo.

Desde un principio me acerqué a Cristina Sacristán. Ella siempre apoyó esta investigación. A veces me tiraba las orejas por las incoherencias que encontraba en algunos de mis enredados textos. Pero la Dra. Sacristán siempre me recordaba la perentoriedad del análisis minucioso de los expedientes clínicos de los pacientes de La Castañeda, ya que era un notable vacío en la historiografía de la psiquiatría. Además, me ofreció un sinfín de bibliografía, una beca como asistente de investigación y me integró con otros académicos igualmente interesados en la locura. A ella un porcentaje substancial de mis agradecimientos.

Tuve varias reuniones con Don Roger Bartra. Él me aclaró dudas y me explicó las posibles formas de abordar la dimensión simbólica de la enfermedad mental. Me fue particularmente útil una charla sobre las similitudes entre la lectura del tarot y el uso que le daban los psiquiatras al DSM. También me fue muy útil, aunque en otro sentido, una beca que me otorgó como asistente de investigación por parte del Sistema Nacional de Investigadores.

Luís Abortes, quien fuera Coordinador del Centro de Estudios Históricos, me dio los *tips* necesarios para navegar entre los historiadores y comprender su cultura gremial.

Agradezco al personal encargado del Archivo Histórico de la Secretaría de Salud: Rogelio Vargas, José Luís Nájera, Patricia Holguín, Rosalba Tena, Patricia Alfaro e Irma Betanzos. Igualmente, Rosy Quiroz y Rosy López fueron un apoyo estratégico altamente eficiente. Valga la oportunidad para reconocer en todos ellos su eficiencia, organización y amabilidad.

Esta investigación no se hubiese podido realizar sin recursos económicos. El Colegio de México me otorgó una beca por cuatro años, la Secretaría de Educación Pública hizo lo mismo por dos años. Además, obtuve la Beca para Estudiantes Distinguidos del Instituto Nacional de Estudios Históricos de la Revolución Mexicana (INEHRM).

A mis compañeros de generación por los buenos momentos. En especial a Cytia Montero, Gabriel Torres, Gregorio Saldarriaga, Fabio Moraga y Marina Alonso; ellos fueron un apoyo irrestricto en los momentos donde todo parecía estar perdido. A mis compatriotas Darío Blanco, Saydi Núñez, Durfari Velandia, Hugo Hernán Ramírez, Mónica Uribe, Oscar Iván Calvo, Gabriel Gallego y Marta Domínguez; todos ellos siempre al lado de la locura.

Y cómo no agradecer a María Gudiño y a Mateo Ríos Castro: por amarme y soportarme.



## Tabla de contenido

Introducción.....	7
1. Locura y enfermedad mental.....	12
2. Antecedentes historiográficos y rutas por seguir.....	17
a. Las familias definiendo la locura a encerrar.....	19
b. La locura en la cotidianidad del encierro.....	22
3. Las fuentes: los expedientes clínicos.....	24
4. Un panorama cuantitativo de la locura durante la Revolución.....	27

### Parte I

#### La herencia porfiriana

Capítulo 1. El palacio de la locura.....	41
1. Posibilitando la creación de un gremio.....	48
2. El poder curativo del aire puro.....	49
3. Observar y clasificar a los locos.....	52
4. El aumento demencial de la locura.....	56
Capítulo 2. Los "degenerados" porfirianos.....	61
1. Los primeros pacientes de La Castañeda.....	63
2. El degeneracionismo en la psiquiatría mexicana.....	67
3. La función social y jurídica del psiquiatra.....	73
4. Locuras peligrosas.....	78
a. Manía.....	78
b. Epilepsia.....	81

### Parte II

#### Histéricas, alcohólicos y otros malportados, 1910-1913

Capítulo 3. Neurosis y alcoholismo como patologías de la civilización.....	90
1. Las neurosis como ruinas de la modernidad.....	97
a. Las más diagnosticadas en La Castañeda.....	97
b. <i>Los nervios</i> frente al discurso médico.....	100
2. La histeria o la trasgresión como patología.....	106
3. El alcoholismo: enfermedad de la voluntad.....	115
Capítulo 4. Amalia y Consuelo: dos neuróticas frente al mundo.....	124
1. Los excesos como síntomas.....	142
2. Del control doméstico al encierro terapéutico.....	149
a. De cómo la familia se impuso sobre el Manicomio.....	151
b. Locos en remisión como mano de obra gratuita.....	153

Parte III  
**Locura, revolución y familia, 1914-1920**

Capítulo 5. El Manicomio como asilo durante la lucha de facciones, 1914-1916...	157
1. La locura de la guerra.....	158
a. Pocos locos, muchos enfermos.....	160
b. Las enfermedades mentales y el terror de la sífilis.....	161
c. Instancias remitentes.....	168
2. Algunas consecuencias de la guerra civil.....	170
Capítulo 6. Locura y familia durante el constitucionalismo, 1917-1920.....	180
1. De la crisis psiquiátrica a la desconfianza política.....	182
a. El inicio de la interminable crisis.....	182
b. La desconfianza como locura posbélica.....	184
2. De la interdicción a los traumas de guerra.....	190
a. Modesto y sus delirios de grandeza.....	191
b. Algunas heridas de la revolución.....	203
Conclusiones.....	209
Anexo estadístico.....	215
Anexo fotográfico.....	230
Dibujos de Consuelo.....	235
Fuentes.....	239

## Introducción

El Manicomio General La Castañeda fue un monumental complejo arquitectónico inaugurado en septiembre de 1910 por Don Porfirio Díaz en el marco de las pomposas fiestas del Centenario de la Independencia. Erigido en el pueblo de Mixcoac, cerca de la capital mexicana, con una capacidad para 1200 pacientes, el Manicomio inició sus funciones con 779 internos remitidos por los hospitales para dementes que funcionaban desde tiempos coloniales: el Divino Salvador para mujeres y el San Hipólito para hombres. Pasaron sólo unos meses después de la inauguración para que Díaz abandonara el poder y comenzara la compleja etapa de reestructuración política y guerra civil conocida como la Revolución (1910-1920). Durante este periodo bélico, el Manicomio fue un espacio subutilizado ya que hubo un promedio de 650 internos por año. Pero a partir de 1921 la cantidad de pacientes se disparó: en 1930 hubo cerca de 2000<sup>1</sup> y en 1942 alcanzó la escandalosa cantidad de 3400.<sup>2</sup> Conforme aumentaba la cantidad de pacientes, también crecía la leyenda negra en torno a La Castañeda. Con la ayuda de amarillistas artículos periodísticos, el Manicomio se convirtió en un sitio asociado con abusos, hacinamiento, hambre, enfermedades, infecciones, suicidios, muchos locos y pocos médicos... un insalubre depósito de despojos humanos.<sup>3</sup> Frente a tan acuciante crisis, señal irrefutable de la ineficacia terapéutica del encierro, el Estado mexicano diseñó un plan para desmantelarlo. Este consistió en la creación de siete granjas en diferentes partes del país, bajo la idea de que el trabajo agrícola ayudaría a la curación de los enfermos mentales. La primera fue fundada en 1944 en Guanajuato y allí fueron trasladados algunos pacientes "recuperables" de La Castañeda.<sup>4</sup> Finalmente, en 1968 el gran edificio de Don Porfirio fue clausurado y desmontado piedra por piedra.

---

<sup>1</sup> SACRISTÁN, 2005a, pp.687

<sup>2</sup> SACRISTÁN, 2001, pp. 97

<sup>3</sup> Sobre la mala imagen del Manicomio en la década de 1930 y los intentos por mejorarla por parte de las directivas véase SACRISTÁN, 2005c, pp. 203-206

<sup>4</sup> SACRISTÁN, 2003

A lo largo de los 58 años de vida del Manicomio fueron internados más de 68.000 pacientes. Como “locos” se clasificó a una heterogénea multitud compuesta por enfermos mentales, alcohólicos, sifilíticos, ancianos dementes, epilépticos, militares con traumas de guerra, jovencitas histéricas, lesbianas, heroinómanos, fumadores empedernidos de marihuana, peleadores callejeros, hombres de negocios melancólicos frente a la bancarrota, niños con retraso mental y no podía faltar quien se creyera Napoleón Bonaparte o Benito Juárez. Los hubo de todas las edades y clases sociales; capitalinos, de provincia y extranjeros. Pero todos tenían algo en común: su entorno social los consideraba “locos” y, además, merecedores del encierro. Algunos pasaron allí el resto de sus días, otros se curaron en cuestión de meses, unos cuantos se fugaban o, en última instancia, se suicidaban. Así, locos y locas los hubo de todo tipo y corrieron distinta suerte. ¿Cómo hacer una historia con toda esta algarabía de marginales más allá de las exóticas historias que pudiésemos encontrar? ¿Para qué sacarlos de los escombros del pasado sin caer en simplistas argumentos que se limiten a señalar las infrahumanas condiciones en que vivían o los atropellos de los que fueron víctimas? Tomar en cuenta a los locos ¿cambia en algo la versión que tenemos de los hechos o de los procesos históricos?

El argumento a demostrar en esta tesis es el siguiente: si bien el Manicomio fue pensado por la elite científico-política porfiriana como un gran espacio para aislar y curar a los “locos” que amenazaban con la estabilidad social, la decisión de quién debía ser encerrado no era tomada ni por el Estado ni por los psiquiatras;<sup>5</sup> más bien, fueron las familias las que definieron quién requería el encierro terapéutico.<sup>6</sup> De los 6.614 pacientes que ingresaron entre 1910 y 1920, el 24,8% ingresaron por solicitud directa de la familia. Los demás fueron remitidos por instancias como el Gobierno de la Ciudad, inspecciones de policía y la Beneficencia Pública. Sin embargo, después de una lectura

---

<sup>5</sup> El uso del término psiquiatras es complejo ya que no existía un cuerpo de especialistas consolidado. La especialidad como tal apareció hasta mediados del siglo XX. En Francia se usó el término “alienista” para referirse a este tipo de especialistas y dicho término no fue utilizado en México, razón por la que no será utilizado en este texto. Hemos preferido hablar de psiquiatras para hacer alusión al grupo de médicos que se interesaron por las enfermedades mentales.

<sup>6</sup> Un artículo que desarrolla este argumento de forma contundente con base una investigación en los archivos del Hospital de Saint-Anne en Francia es PRESTWICH, 1994

cuidadosa de los expedientes clínicos, podemos afirmar que las familias también estaban detrás del encierro de la mayoría del 75,2% restante. Entonces ¿por qué llegaban con una orden del gobierno? El reglamento del Manicomio estipulaba que para justificar el ingreso eran indispensables dos certificados médicos que corroboraran la existencia de una enfermedad mental.<sup>7</sup> No obstante, en la revisión de los expedientes –como se verá a lo largo de la tesis– pudimos constatar que numerosas familias, carentes de recursos para contratar médicos particulares que emitieran el certificado requerido, acudían a las autoridades municipales, al gobierno de la ciudad o a las inspecciones de policía para que los médicos que allí laboraban certificaran la locura de su pariente. De hecho, sólo el 1,5% de los pacientes ingresaron en calidad de “reos”; categoría aplicada a los locos que, además, habían cometido un crimen y debían mantenerse aislados en el Pabellón de Peligrosos para evitar su fuga. Por su parte, la gran mayoría de los pacientes, el 98,5%, ingresaron en calidad de “libres”; categoría que les permitía ser dados de alta en caso de curación, aun cuando su ingreso hubiese sido solicitado por la policía u otra instancia del gobierno, ya que no habían cometido crimen alguno. Así, pese a que la mayoría de pacientes fueron internados con una orden de alguna instancia Estatal, no fueron capturados por haber cometido algún exceso en la vía pública; más bien, las familias acudieron a las mencionadas instancias en busca de un médico que certificase la locura.<sup>8</sup>

Con base en lo anterior, podemos afirmar que la composición demográfica de la institución psiquiátrica dependió de los criterios culturales

---

<sup>7</sup> Si bien, el reglamento interno del Manicomio fue emitido hasta 1913, encontramos que todos los pacientes, con muy contadas excepciones, presentaron las cartas de dos médicos en las que certificaban la necesidad del encierro. (El reglamento se encuentra en Archivo Histórico de la Secretaría de Salud (en adelante AHSS), Fondo Beneficencia Pública (F-BP), Sección Hospitales Psiquiátricos (S-HP), Serie Manicomio General (Se-MG), leg. 3, exp. 25). Además, tales certificados fueron un requisito obligatorio desde mediados del siglo XIX. Una prueba de ello son las solicitudes de ingreso para las pacientes del hospital del Divino Salvador entre 1845 y 1864: todas estuvieron respaldadas al menos por una carta médica. AHSS, F-BP, Serie Hospital del Divino Salvador (HDS), leg. 1, exp. 13, ff. 1-345.

<sup>8</sup> Un acercamiento a los mitos creados en torno a los procesos de internación en las instituciones psiquiátricas, donde se sobredimensiona la tiranía del Estado y de la psiquiatría es MCGOVERN, Constante. (1986) "The Myths of Social Control and Custodial Oppression: Patterns of Psychiatric Medicine in Late Nineteenth Century Institutions", en *Journal of Social History*, XX: 1, pp. 3-23

usados por las familias para definir la locura que debía estar encerrada. Así, en lugar de asumir el Manicomio como un espacio para el ejercicio del poder de estatal que, haciendo uso del saber científico construido en torno a la locura, aislaba y medicaba todos aquellos sujetos que amenazaran la estabilidad social, en esta tesis expondremos la forma en que las familias *se apropiaron* del Manicomio, usándolo con base en sus propios criterios, intereses y necesidades.

Para conocer la forma en que las familias se relacionaron con el Manicomio es necesario responder preguntas más concretas como ¿quiénes fueron internados en La Castañeda?, ¿por qué razones?, ¿qué suerte corrieron? y ¿qué enfermedades les fueron diagnosticadas? Sin embargo, dichos interrogantes se deben responder históricamente. Es decir, si partimos de que cada contexto cultural define lo que se debe considerar como “locura” y el trato que deben recibir todos aquellos sujetos etiquetados como tal, no podemos afirmar que a lo largo de los 58 años de funcionamiento de La Castañeda ingresaron el mismo tipo de sujetos, por las mismas razones, que corrieron con la misma suerte y hubo un diagnóstico predominante. Al contrario. El México porfiriano que vio la fastuosa inauguración allá en 1910 fue muy distinto al país que vio su clausura en 1968; los cambios culturales en dichas décadas fueron numerosos. Por lo tanto, esta investigación se centra en un periodo particular en la vida del Manicomio, a saber: sus primeros diez años de funcionamiento, aquellos días que coincidieron con el periodo bélico conocido como la Revolución.<sup>9</sup> ¿Por qué elegir esta primera década? En primer lugar, estos años coinciden con una reforma administrativa, a saber: durante este lapso el Manicomio dependió de la Beneficencia Pública y, a su vez, de la Secretaría de Gobernación; pero a partir de las múltiples reformas administrativas de 1920, pasó a depender del Ayuntamiento de la Ciudad de México, convirtiéndose en "Manicomio de la Ciudad".<sup>10</sup> Este cambio implicó que

---

<sup>9</sup> En 1920 inició el Estado posrevolucionario con el arribo de Álvaro Obregón al poder ya que su gobierno marcó una ruptura con el carrancismo ya que estuvo legitimado por la paz y las elecciones, desplazando a las oligarquías porfirianas. GARCIA DIEGO, 2004, pp.254-255.

<sup>10</sup> AHSS, F-BP, S-HP, Se-MG, leg. 11, exp. 3.

los diferentes Estados de la república no podían enviar enfermos mentales a menos que se comprometieran a pagar una mensualidad. Por lo tanto, podemos asumir que durante sus primeros diez años el Manicomio fue una institución federal.

En segundo lugar, un análisis sobre la locura durante la revolución nos permite acercarnos a la complejidad de las psicopatías en un contexto distinto al que ha abordado tradicionalmente la historiografía. Los trabajos más reconocidos sobre la historia de la locura en Francia, Inglaterra, España o Estados Unidos, para citar los principales, nos han señalado cómo la consolidación del Estado moderno implicó la marginación y consecuente patologización de todos aquellos sujetos cuyas conductas o expresiones fueron consideradas como amenazas para la estabilidad del muypreciado orden social en defensa de la moral burguesa.<sup>11</sup> De tal forma, el robustecimiento del Estado aparece como telón de fondo para comprender el crecimiento de las instituciones psiquiátricas y la marginación de todos aquellos cuyas conductas, hábitos, expresiones o posturas amenazaban los valores ideales que debían regir el proyecto de nación. Empero, la primera década de La Castañeda no encaja en este modelo. Pese a que dicho manicomio fue creado en el marco del muy modernizador y pujante porfiriato, sus primeros años de vida tuvieron lugar en un periodo donde el Estado fuerte era sólo un anhelo: la Revolución. Así, la gran paradoja de La Castañeda es que fue pensada en un México y comenzó a funcionar en otro.<sup>12</sup> En consecuencia, el objetivo principal de esta tesis es conocer la forma en que las familias se *apropiaron* del Manicomio General en un periodo de crisis social, política y económica, donde las estructuras de poder y los referentes de normalidad se desdibujaban en la cotidianeidad.

Las fuentes determinantes para conocer la relación que las familias establecieron con La Castañeda son los expedientes clínicos de los pacientes que allí estuvieron. El primer problema que plantean dichas fuentes es la

---

<sup>11</sup> Los trabajos que tomo como punto de referencia para esta afirmación son: para Francia GOLDSTEIN, 1987, CASTEL, 1980 y FOUCAULT, 2000; para Estados Unidos GROB 1983 y 1994; para España ÁLVAREZ URÍA, 1983 y para Inglaterra MELLING, Joseph y Bill FORSYTE, 2006

<sup>12</sup> Esta paradoja es mencionada por RIVERA GARZA, 2001b, pp. 656.

posibilidad de perderse en los casos interesantes que no necesariamente resultan representativos del periodo aquí analizado. Por lo tanto, hemos optado por una ruta metodológica de carácter cuantitativo que nos permita tener una visión global de la relación que las familias tuvieron con el Manicomio. Para estos fines fue elaborada una base de datos en la que se sistematizó información como la edad al momento de la internación, sitio de nacimiento, enfermedad diagnosticada, condición de salida (si falleció, se curó o obtuvo el alta por solicitud de la familia) e instancia que ordenó el encierro. Una vez procesada esta información, nos dimos cuenta de que las mencionadas variables no se mantenían estables a lo largo de la década revolucionaria. Sin embargo, detectamos patrones que evidencian cuatro formas distintas en que las familias se relacionaron con la psiquiatría y su principal institución terapéutica en México; formas que coincidían con momentos históricos específicos. Esta primera lectura cuantitativa nos permitió estructurar los problemas generales de la investigación. No obstante, y como lo demostraremos a lo largo de este texto, buena parte de las preguntas generadas desde lo estadístico sólo pudieron ser resueltas en el análisis cualitativo de algunos expedientes clínicos que fueron elegidos porque ser representativos de ciertos segmentos de la población. Pero antes de sumergir al lector en la descripción de la información que arrojó esta primera aproximación cuantitativa, es necesario exponer tres aspectos: 1) la diferencia conceptual entre locura y enfermedad mental, 2) los antecedentes historiográficos, 3) la naturaleza de las fuentes consultadas y la metodología para su abordaje.

## **1. Locura y enfermedad mental**

A inicios del siglo XIX nació la psiquiatría como una rama diferenciada de la medicina, cuando Phillipe Pinel, según el mito fundacional de la psiquiatría, planteó que la locura era curable.<sup>13</sup> Por lo tanto, era necesario escuchar al loco, sus delirios y alucinaciones por demenciales que fueran, ya que sólo a través de

---

<sup>13</sup> Un análisis muy completo sobre las propuestas terapéuticas de Pinel es presentado en WEINER, 2002, capítulos IV y V.



los dichos del alienado era posible trazar los senderos terapéuticos para que su mente retornara a la normalidad. Así, en el momento en que el loco se convirtió en paciente para el médico, se le comenzó a observar desde el rigor de la clínica. En dicho marco aparecieron las *historias clínicas*, con el fin de llevar registros sistemáticos tanto del pasado del loco como de la evolución de los síntomas, además de una rigurosa descripción del cuerpo y sus anomalías.<sup>14</sup> Allí se registraban, además de los datos personales (edad, domicilio, ocupación, sitio de nacimiento y estado civil), la forma de hablar, los gestos, los movimientos exagerados y los sucesos que habían motivado la solicitud de encierro. Al final, el psiquiatra en turno diagnosticaba alguna de las afecciones propias de aquellos días. No obstante, deducir qué enfermedad padecía cada paciente con base en los diagnósticos clínicos es un objetivo difícil de lograr debido a que no existía, entre el personal médico, un criterio unificado en torno a los términos a usar para clasificar los grupos de síntomas. Desde mediados del siglo XIX hubo un aumento notable en la bibliografía psiquiátrica producida en Europa como consecuencia de las diferentes corrientes de pensamiento y escuelas que aglutinaban a los especialistas en salud mental. De acuerdo al idioma (inglés, francés, italiano o alemán) se creaban nuevos términos para designar una afección que podía ser denominada de otra forma en un contexto psiquiátrico distinto.<sup>15</sup> En consecuencia, no sabemos exactamente qué modelo (o modelos) fue utilizado en México para clasificar los conjuntos de síntomas que presentaban los pacientes de La Castañeda. Ningún psiquiatra publicó artículo o libro alguno en el que esbozara un esquema para clasificar las psicopatías más recurrentes. Es más, ni siquiera sabemos exactamente qué autores leían ya que no hubo textos que fuesen rectores, por lo menos de manera oficial, en la

---

<sup>14</sup> Para un análisis de los orígenes de las historias clínicas véase HUERTAS GARCÍA-ALEJO, 2001. Sabemos que en México, el doctor Miguel Alvarado -médico del Divino Salvador- llevó un riguroso y metódico registro de sus internas. Desafortunadamente, esas fuentes desaparecieron y hoy sólo contamos con los expedientes clínicos de los pacientes que estuvieron en La Castañeda. "Datos para la Historia de los manicomios de la Ciudad de México", en *La Beneficencia Pública en el Distrito Federal*, tomo 1, No. 3, noviembre de 1926, pp. 49

<sup>15</sup> El análisis de las enfermedades mentales y sus síntomas a través del tiempo, corresponde a la *historia de la psicopatología descriptiva*, cuya investigación más sobresaliente es BERRIOS, Germán. (1996), *The History of Mental Symptoms. Descriptive Psychopathology since the Nineteenth Century*. Cambridge: Cambridge University Press.

formación de los psiquiatras. Una muestra de ello es que el doctor José Mesa Gutiérrez, quien impartió el Curso de Clínica Psiquiátrica a los estudiantes de medicina en 1911, mencionó que no era necesario que los estudiantes tuvieran un libro de texto ya que con la observación clínica era suficiente para el aprendizaje.<sup>16</sup> Por esta razón encontramos que algunos médicos diagnosticaron *delirio de persecución* mientras que otros hablaban de *delusión paranoide* o simplemente *paranoia*, haciendo alusión a la misma afección.<sup>17</sup> Algunos continuaron diagnosticando *melancolía* mientras que otros utilizaban un concepto más reciente: *psicosis maniaco depresiva*. Además, y para complejizar este panorama, el 4,9% de los pacientes fueron diagnosticados con términos tan ambiguos como *enajenación mental* o *confusión mental*; y el 20,4% de los internos carecen de diagnóstico. Y si nos remitimos a los expedientes clínicos, encontramos pacientes que recibieron diagnósticos muy distintos y hasta contradictorios.<sup>18</sup> Por esta razón es muy difícil establecer, a partir de la psiquiatría contemporánea, qué enfermedad mental padecían quienes llegaban a La Castañeda.

¿Cuáles fueron las enfermedades más diagnosticadas en aquellos días? Con base en el análisis de las publicaciones de los primeros psiquiatras mexicanos, hemos buscado los criterios generales que fueron compartidos por el gremio. A partir de dichos referentes, hemos clasificado los diagnósticos en seis grupos:

**Demencias.** Bajo esta categoría fueron clasificados aquellos sujetos con desordenes irreversibles en las funciones intelectuales, cuyas manifestaciones eran la pérdida de la capacidad de razonamiento, memoria y lenguaje; además, algunos diagnosticados como dementes presentaban delirios, alucinaciones, escuchaban voces, catatonía y en ocasiones tenían problemas motrices. Sobre este tipo de afecciones no hubo ningún tipo de publicación por parte de los médicos mexicanos.

---

<sup>16</sup> Archivo Histórico de la Facultad de Medicina, Fondo Escuela de Medicina y Alumnos, leg. 198, exp. 1, ff. 82.

<sup>17</sup> BERRÍOS, 1996, pp. 98

<sup>18</sup> RÍOS, 2004.

**Retraso mental.** Fueron diagnosticados como *imbéciles* o *idiotas* a aquellos sujetos que manifestaban síntomas similares a la demencia. No obstante, la diferencia radicaba en que esta última podía aparecer en la juventud o en la vejez, mientras que los *imbéciles* lo eran de nacimiento. Por ello, bajo este criterio encontramos personas con síndrome de down, autismo o alguna otra forma de retraso mental. Sobre estas afecciones tampoco fueron objeto de reflexión por parte de los médicos mexicanos.

**Epilepsia.** Caracterizada por las convulsiones y los trastornos de la personalidad antes y después de los ataques, esta fue una de las formas de locura que más llamó la atención de los psiquiatras mexicanos de fin de siglo XIX. El discurso médico que en México se usó en aquellos días para comprender esta afección se explicará en el capítulo 2.

**Alcoholismo.** A partir de las últimas décadas del siglo XIX, el consumo de licor fue considerado como una “enfermedad” mental, razón por la que fue ampliamente diagnosticada en los hospitales para dementes de aquellos días. Cuando algún sujeto, además de presentar alguna anomalía en sus expresiones, comportamientos o posturas físicas, solía consumir alguna bebida embriagante, los psiquiatras no dudaban en clasificarlo como *alcohólico*. En los expedientes que consultamos, encontramos catorce “enfermedades” relacionadas con el alcoholismo, las cuales serán explicadas en el capítulo 3.

**Neurosis.** Si bien este concepto ha sido reelaborado a lo largo del siglo XX, durante los primeros años de La Castañeda continuaba en pie la definición propuesta en el siglo XVIII por el escocés William Cullen, a saber: trastornos psíquicos sin una alteración orgánica demostrable cuyo origen residía en alteraciones de los “nervios”. Bajo esta categoría fueron clasificados desde síncope hasta hidrofobia, pasando por histeria, melancolía, amencia, manía, neurastenia, psicosis y paranoia.<sup>19</sup> La explicación que los médicos mexicanos le daban a las neurosis será presentada en el capítulo 3.

**Parálisis general progresiva (PGP).** Esta enfermedad era padecida por quienes estaban en la fase terminal de la sífilis ya que ésta los llevaba a un

---

<sup>19</sup> LÓPEZ PIÑERO, 1985, pp. 33-35

deterioro neuronal que los orillaba a un estado de demencia crónica. La cantidad de pacientes diagnosticados con PGP fue muy elevada en 1914 y 1915, las posibles causas las explicaremos en el capítulo 5.

Frente a estos diagnósticos, no podemos estar seguros de que los sujetos observados en verdad tuvieran los padecimientos imputados. ¿Qué nos podía decir la psiquiatría a inicios del siglo XX sobre la dinámica del cerebro sin saber la existencia de los neurotransmisores? Y, sólo para poner un ejemplo, ¿cómo asegurar que alguien padecía de epilepsia sin un electroencefalógrafo? El hecho de que se diagnosticara determinada enfermedad no quiere decir que el paciente efectivamente la padeciese. Por lo tanto, los diagnósticos hechos en La Castañeda, además de ser la aplicación de criterios nosológicos de la época, son imágenes borrosas del verdadero estado mental del paciente. Jamás podremos saber cuantos de los que allí estuvieron encerrados en verdad padecían de alguna neuropatía. Pero, si no es posible precisar la realidad biológica, sí podemos abordar la dimensión simbólica de las enfermedades mentales; es decir, el conjunto de ideas y valores creados por la sociedad para comprender aquellas actitudes asociadas a la locura.<sup>20</sup> Eso es: ¿con qué se asociaba cada forma de locura?, y además, ¿qué ideas sociales se escondían detrás de cada diagnóstico? Para responder tales interrogantes, asumiremos la *enfermedad mental* como una disfuncionalidad orgánica o psíquica señalada por el médico de La Castañeda como resultado de la observación de la conducta, las expresiones o las posturas del sujeto, sin que necesariamente nosotros sepamos si efectivamente padecía de dicha enfermedad. Mientras que al hacer referencia a la *locura*, estaremos hablando de la construcción cultural de la enfermedad mental, esto es: la dimensión metafórica de la misma. La relevancia de tales referentes radica en que de allí se derivan los patrones para relacionarse con el loco. Fueron, justamente, las ideas sobre la locura y sobre el Manicomio las que motivaron a que las familias tomaran la decisión de encerrar

---

<sup>20</sup> Esta diferencia fue esbozada por la antipsiquiatría; corriente tuvo su apogeo en las décadas de 1960 y 1970. Su principal aporte fue señalar la relevancia clínica de la dimensión social y cultural de la enfermedad mental. SZASZ, 1961.

a sus locos.<sup>21</sup> Por consiguiente, una aproximación histórica de los pacientes de La Castañeda nos permitirá conocer la forma en que la sociedad mexicana articuló sus propias nociones de locura para relacionarse con la instancia psiquiátrica del Estado.

## 2. Antecedentes historiográficos y rutas por seguir

A partir de la publicación de *Historia de la locura en la época clásica* en 1964, de Michael Foucault, decenas de investigadores vieron en la historia de la psiquiatría un rico campo de investigación.<sup>22</sup> Los historiadores mexicanos no fueron ajenos a dicha influencia.<sup>23</sup> En un completo balance historiográfico de la locura y la psiquiatría en México, Cristina Sacristán clasifica la literatura académica en tres grupos: la *historia de bronce*, la *historia profesional* y la *historia social y cultural*.<sup>24</sup> Lo que quiero resaltar de dichos trabajos, más allá de los detalles que sobre La Castañeda puedan ofrecernos, es el argumento que pretenden demostrar, ya que con base en sus alcances y limitaciones se orientará esta investigación.

La *historia de bronce* fue escrita por médicos que hicieron apología de los logros del gremio y mostraron cada uno de los cambios en las instituciones psiquiátricas o en las técnicas terapéuticas como muestras irrefutables del progreso médico. Entre ellos podemos mencionar a psiquiatras que laboraron en

---

<sup>21</sup> Estos imaginarios tienen que ver con los que Goffman denomina el "estigma" que recae sobre el enfermo mental, lo cual no sólo implica las ideas que la sociedad tiene sobre locura, sino los parámetros para tratar al loco y, a su vez, la conducta que él asume como respuesta al entorno social. GOFFMAN, 1970

<sup>22</sup> La bibliografía sobre la historia de la psiquiatría y la locura es muy extensa y crece con rapidez. Un excelente y riguroso panorama general sobre el tema es SHORTER, 1997. Un trabajo que fue fundamental para esta investigación en concerniente a la construcción de saber psiquiátrico en el marco de la historia de la ciencia es SAURÍ, 1996. Los trabajos sobre la psiquiatría durante el siglo XIX e inicios del XX que me sirvieron como referentes son: para Francia GOLDSTEIN, 1987 y CASTEL, 1980; para España ÁLVAREZ URÍA, 1983; para Estados Unidos GROB 1983 y 1994, ROTHMAN, 1980; para Inglaterra están SCULL, 1979 y PORTER, 1987. Un análisis comparativo entre Alemania, Inglaterra y Francia es DÖRNER, 1975. Los principales trabajos para el contexto latinoamericano son RUIZ, 1994 para Perú y PLOTKIN, 2001, VEZZETI, 1983 para Argentina.

<sup>23</sup> En este balance sólo desarrollaremos la historiografía que ha abordado la génesis del saber psiquiátrico durante el porfiriato y el Manicomio La Castañeda. Las principales investigaciones sobre la locura durante el periodo colonial son: SACRISTÁN, 1992 y 1994; BARTRA, 2004

<sup>24</sup> SACRISTÁN, 2005b

La Castañeda como Samuel Ramírez Moreno, quien dirigiera el Manicomio en la década de 1930, Guillermo Calderón Narváez y Ramón de la Fuente, también médicos de la misma institución.<sup>25</sup> En estos trabajos, los autores se muestran a sí mismos como representantes de un momento histórico sublime en tanto actores de una verdadera "profesionalización" de la medicina. Tengamos en cuenta que fueron testigos del desmantelamiento de La Castañeda, de la fundación de las granjas-asilos y del uso masivo de nuevos fármacos que redujeron notablemente las psicopatías crónicas. Así, estos autores nos muestran una historia condescendiente en la que se justifican los fracasos psiquiátricos en función del precario desarrollo científico del momento. En consecuencia, esta *historia de bronce* se queda atrapada en la sucesión de eventos en aras de justificar el benevolente progreso de la ciencia.

Para la década de 1980 se produjeron investigaciones que Sacristán clasifica como parte de una *historia profesional* ya que su principal característica, y a la vez mérito, fue "documentar fielmente los hechos históricos" recurriendo a fuentes que no habían sido tomadas en cuenta por la *historia de bronce*.<sup>26</sup> Los ejes que suelen seguir fueron, por una parte, la historia de los hospitales, los cuales se clasifican con base en el periodo histórico en el que fueron erigidos. Así, la periodización estuvo dada por la dinámica política. Por otra parte, estos estudios se aproximaron a aspectos como la organización interna y de la vida cotidiana. Sin embargo, muy pocos trabajos *profesionales* se atrevieron a incursionar en un verdadero análisis crítico, y quienes sí lo hicieron, se adhirieron a la corriente del "control social".<sup>27</sup> Dicha propuesta se limitaba a ver los Manicomios como sitios de castigo para todas aquellas prácticas desviadas. El problema de estos trabajos, según Sacristán, es que carecen de una base empírica lo suficientemente sólida; así, ahondan la distancia entre teoría y los datos concretos. Además, nos muestran a las instituciones psiquiátricas como parte de un férreo aparato de control social que encierra, medica y maltrata a

---

<sup>25</sup> RAMÍREZ MORENO, 1934; DE LA FUENTE, 1989, 1976; CALDERÓN NARVÁEZ, 2002.

<sup>26</sup> SACRISTÁN, 2005b, pp. 18. Los principales trabajos son de autores como MURIEL, 1956; VIESCA, 1998, BERKESTEIN, 1981 y SOMOLINOS D'ARTOIS, 1976

<sup>27</sup> Un ejemplo de ello es CHÁVEZ GARCÍA, 1997. SACRISTÁN, 2005b, pp. 22

todos aquellos valientes que osen transgredir la moralidad burguesa.<sup>28</sup> Sin embargo, es necesario reconocerle a dicha corriente su capacidad para señalar en aquellos días los atropellos y los excesos que tenían lugar en instituciones psiquiátricas.

La *historia de bronce* y la *historia profesional* fueron estructuradas bajo la subyacente idea moderna del pasado.<sup>29</sup> Estas fueron narraciones teleológicas que mostraban un pasado lleno de oscuridad e ignorancia; pero que gracias al brillo de la ciencia, poco a poco fueron develando los secretos ocultos del cerebro. De tal forma, el saber "científico", las políticas estatales en materia de salud mental, los establecimientos psiquiátricos y las tecnologías para la detección y curación de las enfermedades mentales, fueron expuestos como el inevitable resultado del galopante progreso que le permite al autor entronizar su contexto en la cúspide de la historia unilineal. A su vez, al observar el pasado, esta historia moderna nos señala una sucesión de intentos fallidos por curar a los locos que languidecían en vetustos y patéticos manicomios; tristes escenas que se consideran superadas gracias al milagro de los fármacos.

Finalmente, para finales de la década de 1990, tuvo inicio lo que Sacristán clasifica como *historia social y cultural* sobre la psiquiatría y la locura. Las autoras que bajo esta corriente han abordado La Castañeda son Cristina Sacristán y Cristina Rivera Garza. Si bien estas autoras han analizado la locura en diferentes periodos históricos, en este balance historiográfico nos limitamos a los trabajos que versan sobre La Castañeda. En ellos señalaremos los aportes que se convierten en inevitable punto de partida a la hora de conocer la historia del manicomio en cuestión.

#### **a. Las familias definiendo la locura a encerrar**

A diferencia de la llamada *historia profesional* que partía de que la psiquiatría era una herramienta usada por el Estado para el control de todas las conductas anómalas, las investigaciones de Sacristán, basadas en un análisis

---

<sup>28</sup> SACRISTÁN, 2005b, pp. 23

<sup>29</sup> Para los lineamientos analíticos en torno a la construcción moderna de la historia tomo como base a ZERMEÑO, 2003.

de documentos de tipo administrativo, cuestionan el poder tanto del Estado como de los psiquiatras para decidir quiénes podían ingresar a la institución; lo cual se evidencia en su incapacidad para controlar la sobrepoblación. En su artículo *Una valoración sobre el fracaso del Manicomio de La Castañeda como institución terapéutica, 1910-1944* la autora expone que en 1942 se alcanzaron los más altos niveles de hacinamiento: 3400 internos, casi el triple del cupo original. Las causas: falta de hospitales en los Estados, la negativa de las familias para aceptar a sus locos una vez se habían curado y la presencia de internos que carecían de psicopatía alguna pero que por haber sido remitidos por instancias jurídicas, ya fuere por delincuencia o indigencia, no podían ser dados de alta.<sup>30</sup> Algunos ingresaban en avanzado estado de embriaguez o eran "débiles mentales" que habían enloquecido al estar encerrados en la cárcel sin comida y sometidos a maltratos, pero con una buena dieta y una buena cama se recuperaban.<sup>31</sup> No obstante, los psiquiatras no podían rechazar a quienes presentaran la documentación completa, muchas veces acompañada por alguna carta de la policía o de un gobernador, pese a no ameritar el encierro.<sup>32</sup> También hubo casos, como se expondrá a lo largo de la tesis, en que los familiares solicitaban reiteradamente el encierro de algún sujeto incomodo así la cordura fuera evidente, y frente a tales presiones, los médicos solían acceder a la reclusión con la condición de que fuese en calidad de *pensionista*.<sup>33</sup> Además, como el Manicomio tenía calidad de "asilo", los médicos no podían sacar a la calle a quien careciese de familiares que se hiciesen cargo. ¿Cómo reaccionaron las autoridades de la institución frente a tan acuciante crisis? Si bien los psiquiatras se han construido en el imaginario popular como aquellos sujetos que ejercen un despótico poder al maltratar, inyectar calmantes y aplicar

---

<sup>30</sup> SACRISTÁN, 2001, pp. 109

<sup>31</sup> Este problema aparece en AHSS, F-BP, Sección Establecimientos Hospitalarios (S-EH), Serie San Hipólito (Se-SH), leg. 6, exp. 39

<sup>32</sup> La limitación jurídica de los psiquiatras es desarrollada en SACRISTÁN, 2002.

<sup>33</sup> Los *pensionistas* eran los que pagaban una cuota mensual. Los había de Primera y de Segunda. Los primeros tenían un cuarto privado, una enfermera permanente y mejor alimentación. Los segundos tenían su propio pabellón: Tranquilos B y Tranquilas B, donde recibían mejor alimentación que el resto de los internos y mejor mobiliario que el resto de los pabellones.



electroshocks indiscriminadamente,<sup>34</sup> Sacristán nos ha demostrado que la labor de muchos de los directores de La Castañeda fue una constante lucha por mejorar la calidad de vida de los internos, por evitar los atropellos, fomentar la aplicación del Reglamento, mejorar la imagen de la institución ante la sociedad, para mencionar sólo unas cuantas batallas perdidas. Para alcanzar tales objetivos hubo varias reformas. Una de las más sobresalientes se basó en la idea del valor terapéutico del trabajo ya que se fomentaron las labores agrícolas entre los internos y así acabar con la nociva ociosidad.<sup>35</sup> Otros métodos curativos implementados en aquellos días de hacinamiento fueron las clases de gimnasia, de música y baile, y asimismo se promovió la elaboración de artesanías.<sup>36</sup> Para mostrar dichos avances a la sociedad mexicana, el director decidió abrir las puertas a los periodistas en aras de acabar con la mala imagen de La Castañeda tejida gracias a numerosos artículos amarillistas.<sup>37</sup> En cuanto a reformas al edificio, fueron reinaugurados 6 pabellones, se hizo una nueva cocina, se repararon los baños y algunos talleres entre 1935 y 1940. Además, para evitar la sobrepoblación, se impulsó la consulta externa para todos aquellos pacientes que pudiesen vivir con sus familias<sup>38</sup>, se impuso el uso del “certificado de las 72 horas”<sup>39</sup> y dejaron de admitirse asilados; medida que no agradó en lo más mínimo al Director de la Beneficencia Pública. Pero pese a todas estas reformas, los problemas en La Castañeda continuaron. Según Sacristán, buena parte de la crisis es atribuible al precario poder de los psiquiatras a la hora de definir quién merecía o no el ingreso, lo que ella denomina como un “desamparo jurídico”:

---

<sup>34</sup> El cine ha sido el vehículo por medio del cual se han masificado imaginarios sobre la locura, los Manicomios, los psiquiatras y los tratamientos. Esta relación es analizada en GABARD, K y GABARD, G, 1987. Para un análisis de la locura en la edad de oro del cine mexicano véase RÍOS, 2005

<sup>35</sup> SACRISTÁN, 2005a

<sup>36</sup> SACRISTÁN, 2006.

<sup>37</sup> SACRISTÁN, 2005c, pp. 208-209.

<sup>38</sup> SACRISTÁN, 2002, pp. 78-79

<sup>39</sup> El “certificado de 72 horas” era un informe que los médicos estaban obligados a rendir después de 72 horas del ingreso de un nuevo paciente para acreditar la necesidad de su internación. Esta propuesta fue hecha por el doctor Manuel Guevara Oropeza y aprobada por la Beneficencia Pública en 1932. SACRISTÁN, 2001, pp. 100-101

“Es más probable que de haber existido un marco jurídico que precisara cada una de las circunstancias en las que podía verse involucrado un enfermo mental, la psiquiatría mexicana habría tenido mayor fuerza para defender la necesidad del certificado médico para el ingreso, impedir los abusos y secuestros que los propios médicos dieron a conocer...”<sup>40</sup>

No obstante, este argumento nos deja con una duda: si la sobrepoblación obedecía al desamparo jurídico bajo el cual ejercían los psiquiatras, ¿acaso en países donde los psiquiatras tuvieron mayores atributos jurídicos, las instituciones psiquiátricas no tuvieron el problema de la sobrepoblación y, en consecuencia, los criterios para definir el encierro fueron meramente clínicos y no sociales? Lo que sí nos muestra Sacristán es la notable paradoja de la psiquiatría mexicana: mientras que en otros países se discutía el exceso de poder de la psiquiatría, aquí brillaba por sus carencias jurídicas. En consecuencia, lo que definió la composición demográfica de La Castañeda fue “la fuerza de la sociedad”, aunada la precaria intervención del Estado para controlar los atropellos cometidos por los familiares.<sup>41</sup> Por lo tanto, la autora nos muestra un camino a seguir en esta investigación cuando afirma: “Los locos escaparon del poder de la psiquiatría, pero sólo para caer en las redes primarias de la familia y los “amigos””.<sup>42</sup> Si queremos abordar la relación que sostuvieron las familias con el Manicomio, es necesario preguntarnos qué sucesos tenían lugar para que optaran, en un momento dado, por encerrar a sus locos.

### **b. La locura en la cotidianeidad del encierro**

Cristina Rivera Garza ha abordado un aspecto central en la historia de La Castañeda desde una vertiente más cercana a la historia cultural, a saber: la vida cotidiana y su relación con la construcción del Estado moderno. Ella nos invita a ver los pequeños elementos “más anodinos de la vida diaria, la serie de pequeños rituales cotidianos que, por obvios, muchas veces pasan inadvertidos”. La importancia de dichos detalles es que allí es posible detectar

---

<sup>40</sup> SACRISTÁN, 2001, pp. 107

<sup>41</sup> SACRISTÁN, 2001, pp. 118

<sup>42</sup> SACRISTÁN, 2002, pp. 73

las “trazas de esa modernidad tan prometida como evasiva”.<sup>43</sup> La autora se basa en las propuestas que desde la subalternidad sugieren abordar la construcción del Estado “desde abajo”, ya que es en las prácticas cotidianas donde los sujetos replantean, cuestionan y resisten a la normatividad impuesta por el Estado y sus instituciones que buscan imponer el control sobre todos aquellos comportamientos discordantes. Para demostrar ese argumento, la autora nos muestra el Manicomio como la conclusión de un ambicioso proyecto modernizador del Estado porfiriano que, además, buscó incidir en la vida cotidiana del encierro. Por ello, al sujeto que recién ingresaba, se le imponían rigurosas rutinas cuyo objetivo final era crearle una nueva identidad: una hora para levantarse, acostarse, comer, asearse, recrearse, hacer deporte, ir al cine, recibir visitas, etc. Sin embargo, tan optimista proyecto fue cuestionado por la realidad que se vivía en La Castañeda, signada por atropellos, enfermedades, hacinamiento, etc.

La propuesta de Rivera Garza es, a fin de cuentas, adentrarnos en las rutinas de la vida cotidiana del Manicomio y explorar cómo se vivía allí. La idea es que la observación del historiador debe ir más allá de la dinámica de la institución o de las reformas administrativas implementadas por las directivas en cada coyuntura política. Más bien, lo que sugiere es aproximarnos a esos rituales cotidianos en los que, finalmente, se hace real o no el proyecto modernizador del Estado. No obstante, el gran reto a la hora de observar la vida cotidiana es no quedarnos en la descripción de datos interesantes o curiosos que caigan en lo anecdótico. Así, su aporte consiste en señalar que dos aspectos que se suelen ver de forma tan distante, la vida cotidiana y el Estado, son constitutivos de un mismo análisis ya que es, justamente, lo cotidiano el espacio donde los subalternos resisten y negocian con las imposiciones modernizadoras del Estado. La autora nos invita a marcar una línea continua de análisis que va desde la ideología del Estado, pasando por las políticas en materia de salud mental, las reformas hechas por las diferentes administraciones, hasta llegar a la vida cotidiana de los internos. Este no

---

<sup>43</sup> RIVERA GARZA, 2001c, pp. 61-62

necesariamente es un esquema vertical donde el poder desciende desde las cúpulas políticas hasta los segmentos más marginales de la sociedad. Más bien, el poder es visto en la constante negociación entre las instancias hegemónicas y los sujetos subalternos, en este caso los locos, quienes utilizan su capacidad para actuar, decidir y resistir en el escenario de la cotidianeidad.

Resumiendo: 1. Eran las familias, y minoritariamente algunas instancias del gobierno, las que decidían quién debía entrar al Manicomio, lo que nos lleva a suponer que el criterio que definía el encierro era el familiar, político o jurídico, mas no el médico. Por lo tanto, los expedientes, en tanto registro de la vida del interno antes y durante su encierro, nos narran las formas en que las familias se relacionaron con su loco y con la institución. 2. Los mismos expedientes nos permiten ver la vida cotidiana en el encierro, las relaciones entre pacientes, administrativos y cuerpo médicos, personal de vigilancia, etc.; permitiéndonos trazar un puente entre lo cotidiano del encierro doméstico con lo cotidiano del encierro médico.

### **3. Las fuentes: los expedientes clínicos**

Muchos de los expedientes de los internos de La Castañeda, los cuales reposan en el Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, contienen historias incompletas y algunos sólo son breves fragmentos, mientras que la minoría son complejas y bien detalladas historias. En términos generales, contienen lo siguiente:

- Formatos de ingreso en los que se registran los datos personales de cada ingreso.
- Cartas de la instancia remitente en la que justifica el ingreso del paciente.
- La historia clínica. Allí aparecen las valoraciones hechas a lo largo del internamiento en el que se describen los síntomas, lo que dice el interno, su familia, su historia, la de la familia, los hábitos, los vicios, la forma en que se le manifestó la locura y un diagnóstico.
- Reportes de los enfermeros y vigilantes sobre lo que hacían o dejaban de hacer los internos.

- Cartas de las familias a los psiquiatras.
- Escritos de los mismos locos dirigidos al director del Manicomio, algún juez o al presidente de la república, poemas y dibujos.

Con base en expedientes bien documentados, hemos explorado los discursos en torno a la enfermedad mental, el conjunto de valores con que cada psicopatía era asociada, las relaciones de poder en que estaba inserto el supuesto enfermo mental y las formas de resistencia ejercidas frente a la normatividad del encierro. Para tales efectos hemos seleccionado un total de 43 expedientes, algunos más completos que otros, que nos ofrecen información de carácter cualitativo. El contenido de dichos expedientes lo podemos clasificar en tres aspectos.

- La vida del paciente antes de su ingreso. Esto envuelve los comportamientos o eventos que motivaron su encierro. Además, la historia de vida del interno suele ser relatada por algún familiar o por él mismo; allí se describe la infancia, enfermedades adquiridas y congénitas, nivel de estudios, amores fallidos, fortunas perdidas y otros datos que para los médicos y familiares resultaron relevantes para comprender la locura de cada caso. Estos relatos se convierten en una vía útil para explorar los factores sociales que se tejieron a lo largo de la vida del paciente y los eventos que funcionaron como detonantes para que en un momento dado terminara frente al psiquiatra de La Castañeda.<sup>44</sup>
- La vida cotidiana en el Manicomio. Dicho establecimiento, en tanto espacio de encierro, creó una dinámica de vida en sus pacientes que rompía totalmente con las rutinas previas al internamiento.<sup>45</sup> Lo interesante es que la cotidianeidad del encierro no sólo es la normatividad

---

<sup>44</sup> Este pasado del loco es lo que Erving Goffman llama etapa de "pre-paciente". Según este autor, el encierro no se da por una expresión súbita de demencia o furor. Más bien, hay una serie encadenada de sucesos que van haciendo que el sujeto sea considerado por su contexto como candidato al encierro. GOFFMAN, 2001, pp. 136-150.

<sup>45</sup> Esta es una característica de las "instituciones totales" analizadas por Erving Goffman, a saber: lugares "donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un periodo apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente". GOFFMAN, 2001, pp. 13.

impuesta por el reglamento, sino la forma en que los internos crean estrategias para incorporarse a una normatividad implícita, que no necesariamente aparece en los reglamentos.

- Varios expedientes nos permiten ver al loco como actor social, contradiciendo la idea generalizada del loco delirante y reducido con una camisa de fuerza. Encontramos casos de pacientes que refutan los diagnósticos médicos, otros que solicitan el alta y desean dar pruebas de su cordura, otros que contrataban abogados para tramitar su salida ante instancias jurídicas, también los que se fugaban, y otros que después de fugarse regresaban por voluntad propia.<sup>46</sup>

Para hacer analizar este tipo de documentos, Cristina Rivera Garza plantea una sugerente propuesta metodológica. Ella utiliza un tipo de documentos en particular: las entrevistas que los médicos hicieron a sus pacientes. Según nos señala la autora, la relevancia analítica de las respuestas que las pacientes daban a sus médicos en el marco de la entrevista clínica no sólo radica en que nos exponen cómo percibían algunos locos la sociedad de su momento o cómo narraban su personal e íntima experiencia subjetiva frente a la locura. Más bien, en dichas narrativas convergen tanto los significados médicos como sociales de la locura en el México de aquellos días. Esto quiere decir que, por una parte, los pacientes articulaban en sus narraciones el lenguaje y las expectativas de los médicos ya que así lograrían convencer a sus interlocutores de su cordura, expresar sus propias nociones de locura, de cuerpo y de sociedad en términos médicos.<sup>47</sup> Y por otra parte, en tales entrevistas se pueden percibir que los criterios sociales en torno a clase y género, fueron determinantes a la hora de otorgarle un significado a la locura. Así, en las entrevistas clínicas podemos escuchar la voz del loco, de sus familias, de los médicos y, además, percibir los criterios culturales que en aquellos días regulaban las ideas de lo normal y lo anormal, lo loco y lo cuerdo de acuerdo a

---

<sup>46</sup> Una primera aproximación a los escritos de los locos de La Castañeda como fuente para la historia es RÍOS, 2004.

<sup>47</sup> RIVERA GARZA, 2001b, pp. 655-656.

las diferencias de clase y género. Sin embargo, podríamos caer en una trampa sencilla: a partir de casos particulares, emitir afirmaciones de orden general. Por lo tanto, también es necesario tener una visión de conjunto que nos permita determinar qué tan representativos son los casos analizados con referencia a la población total de internos. Por ello, es necesario recurrir al método cuantitativo.

Como ya se mencionó, hemos propuesto una lectura en la que sean integradas dos rutas analíticas: una cuantitativa y una cualitativa. Si bien, ambas posibilidades son formas totalmente distintas de aproximarnos a una misma fuente, en esta investigación las hemos utilizado su complementariedad. Hubo momentos donde las preguntas planteadas desde la estadística, sólo podían ser resueltas a partir del análisis minucioso de algunos expedientes; y en otras ocasiones, los problemas que emergían de la lectura de algún caso en particular, sólo adquiriría sentido con la visión de conjunto posibilitada por las herramientas cuantitativas.

#### **4. Un panorama cuantitativo de la locura durante la Revolución.**

Para tener una visión general de la población que ingresó al Manicomio hemos optado por hacer uso de las herramientas básicas de la estadística en aras de trazar los vínculos que existieron entre el Manicomio y la sociedad.<sup>48</sup> De los 6.614 internos que hubo entre 1910 y 1920 fue tomada una muestra del 20%; es decir que se trabajó con una base de datos compuesta por 1.323 casos. Las variables utilizadas fueron: sexo, edad, lugar de nacimiento, lugar de residencia, ocupación, enfermedad, instancia remitente, estado civil, pabellón asignado, fecha de ingreso y de salida, condición económica (pensionista o indigente). No obstante, no todas las mencionadas variables resultaron tan útiles como se esperaba en un principio, como fue el caso del estado civil y la ocupación. En el caso de la primera, abundaban los solteros, tanto en hombres como en mujeres. Pero el que una persona fuese soltero(a) no quería decir que no tuviese pareja o hijos, ya que se encontraron varios casos de individuos que pese a entrar bajo tal estado civil, aparecían en sus historiales menciones a hijos. Por otra parte, el

---

<sup>48</sup> Esta metodología es planteada por BASTIDE, 1975, pp. 54-66

registro de las ocupaciones de las mujeres fue bastante precario ya que fue excepcional que fueran otra cosa que “domésticas”.

De las mencionadas variables, hubo cuatro que resultaron particularmente útiles a la hora de ofrecer una visión amplia de la relación establecida entre la sociedad mexicana y La Castañeda.

- Sitio de origen: Esta variable nos permite determinar una proporción entre originarios de provincia o del extranjero en relación a los nativos de la capital. Este dato nos permite aproximarnos a las diferencias en que los migrantes y los que no lo eran se relacionaban con sus enfermos mentales.
- Instancia remitente: Además de las familias, los locos también eran remitidos por instancias como la policía, el Gobierno de la Ciudad, la Beneficencia Pública, los gobiernos municipales, otros hospitales y las cárceles. Al respecto es interesante destacar en qué momentos de la década en cuestión aumentó la injerencia de alguna de estas instancias y por qué razones.
- Condición de salida: Esa se convirtió en una variable fundamental para comprender la dinámica del Manicomio ya que nos permite ver el tipo de relación que establecieron las instancias remitentes, especialmente la familia, frente a los pacientes del Manicomio. A partir de dicha variable se detectaron cuatro grupos: a). Los que morían allí encerrados víctimas de alguna afección u olvidados por sus familias. b) Los que salían “curados”.<sup>49</sup> c) Al tercer grupo pertenecen aquellos internos que fueron dados de alta por solicitud de la familia así no estuviesen todavía curados; asumiendo la familia el compromiso de proporcionarles los cuidados

---

<sup>49</sup> En Inglaterra y Estados Unidos las categorías para describir el estado en que había sido de alta algún paciente distinguía *recovered* y *relieved*. Con el primer término se aludía a quienes se habían recuperado, mientras que con el segundo se clasificaban a quienes pasaban por un alivio temporal o en remisión. En los registros de La Castañeda no existía esta diferenciación ya que bajo la categoría de *curado* se agrupaban los dos tipos de estado mencionados. Por otra parte, las salidas que se registraron como *Alta por solicitud de la familia*, generalmente salieron sin haberse curado.



necesarios. d) Hubo una minoría que se fugaba y de la que no tenemos gran información, que no supera el 3% de la totalidad de los internos.

- Enfermedad atribuida. Según ya señalamos, no es posible establecer a ciencia cierta si los internos tenían, efectivamente, la enfermedad que se les atribuía. No obstante, lo verdaderamente relevante es conocer qué enfermedades fueron más diagnosticadas a lo largo de cada uno de los momentos históricos abordados y por qué razones.

Al aplicar el método cuantitativo a la población de pacientes internados en el Manicomio General durante su primera década de funcionamiento, encontramos seis características de orden general. Los resultados de esta aproximación, lejos de ser concluyentes, se presentan ante nuestros ojos como un abanico de interrogantes que han guiado y estructurado esta investigación.

**Diferentes clases sociales.** Se ha sobredimensionado la idea de que todos los locos eran pobres. De hecho sabemos que existían instituciones psiquiátricas privadas desde fines del siglo XIX donde eran encerradas todas aquellas personas cuyas familias estaban en capacidad para pagar una mensualidad.<sup>50</sup> De hecho, Roy Porter nos dice que en Europa, antes de que se crearan las grandes instituciones estatales para el encierro de los enfermos mentales, hubo una notable cantidad de establecimientos de carácter privado para tales fines.<sup>51</sup> En el caso de La Castañeda, podemos afirmar que allí siempre hubo un espacio para los *pensionistas* y *distinguidos*. Estos eran los que pagaban una mensualidad para poder disfrutar de algunas comodidades tales

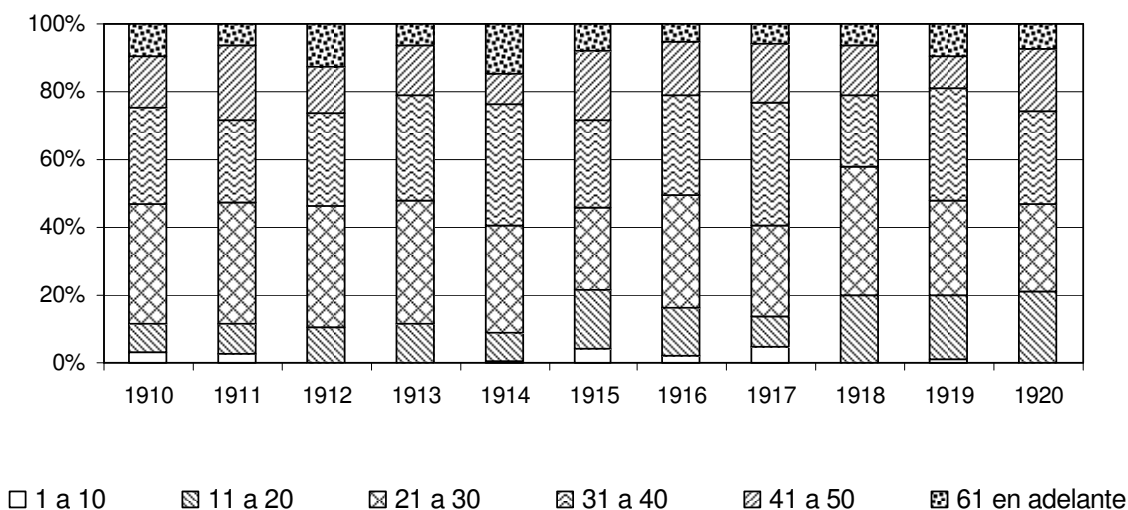
---

<sup>50</sup> En el siglo XIX se erigieron espacios para la atención de pacientes mentales fuera de la capital. El Hospital Civil de Monterrey, fundado en 1860, que dedicó una de sus secciones a los enfermos mentales. En 1898 se fundó el Manicomio Estatal en Orizaba (Ver) y en 1906 el Hospital Psiquiátrico Leandro León Ayala, en Mérida (Yuc); este último tuvo el mismo diseño arquitectónico de La Castañeda. En 1905 fue erigida por los Hermanos de San Juan de Dios la Casa de Salud de San Juan de Dios para Enfermos Mentales, en Zapopan (Jal) y cinco años después fundarían el Hospital de Nuestra Señora de Guadalupe en Cholula (Pue). Algunas instituciones psiquiátricas privadas fueron fundadas en la capital: la Casa de la Salud de Nuestra señora de Guadalupe en Tlalpan (1896), dirigida por los doctores Adrián de Garay y Guillermo Parra, de la cual no sabemos cuando fue clausurado. Además, un hospital que había sido propiedad del Dr. Rafael Lavista, fue convertido por sus descendientes en establecimiento psiquiátrico. De todas estas instituciones carecemos de información demográfica.

<sup>51</sup> PORTER, 2003, pp. 96-102.

como mejor alimentación y mejor atención médica; y para los *distinguidos*, un cuarto individual con una enfermera permanente. El porcentaje de *pensionistas* con respecto a los *indigentes*, como se les denominaba a quienes no pagaban cantidad alguna, siempre osciló entre el 17% y el 23%, lo que nos lleva a argumentar que no es posible sostener aquella idea que relaciona al Manicomio con la pobreza, ya que locos los hubo hasta en las mejores familias. Y por otra parte, el que haya sido este porcentaje se haya mantenido constante nos sugiere que los avatares de la revolución no hicieron que el Manicomio se llenara de pobres. Aún en los momentos más álgidos de la guerra civil en 1915, siempre llegaron los pagos cumplidos de los *pensionistas*.

**Gráfica 1. Distribución de los pacientes del Manicomio La Castañeda según rango de edad**



Fuente: Cuadro 7.A. Véase anexo estadístico

**Mucho joven, poco viejo.** Un estudio de los enfermos mentales en Estados Unidos a inicios del siglo XX demostró que el 69% tenía más de 40 años.<sup>52</sup> De hecho, para algunos autores, el hacinamiento que tuvo lugar en las instituciones psiquiátricas de dicho país obedeció, entre otros factores, a un considerable envejecimiento de la población y el consecuente desentendimiento

<sup>52</sup> GROB, 1994, pp. 166.

de las familias.<sup>53</sup> Empero, el caso mexicano nos ofrece un panorama diferente, a saber: entre el 75 y 80% tenían menos de 40 años; de hecho el grupo más numeroso era el que se ubicaba entre los 21 y 30 años, siendo sujetos en edad productiva. Esto también tiene que ver con la composición demográfica de la ciudad en aquellos días: el 80,09% de los habitantes del país tenían menos de 40 años.<sup>54</sup>

**Más migrantes que capitalinos.** El fenómeno migratorio que vivió la ciudad de México durante la década revolucionaria tuvo repercusión directa en la composición de la población psiquiátrica. La capital pasó de 720.753 habitantes en 1910 a 906.063 en 1921; periodo en que el país decreció en su población: de 15.160.309 a 14.334.780 habitantes. Además, hubo una natalidad casi igual a la mortalidad y un alto porcentaje de personas que partieron hacia Estados Unidos.<sup>55</sup> De manera que podemos deducir que hubo una notable cantidad de migrantes en la capital durante la década en cuestión. Muchos de ellos arribaron en busca de trabajo, huyendo de la violencia, algunos solos y otros con familiares. Este proceso migratorio repercutió en la población de La Castañeda ya que encontramos una notable mayoría de pacientes migrantes. Esto lo podemos deducir porque en el interrogatorio inicial se les preguntaba dónde habían nacido y dónde residían. Como se puede notar en el gráfico 2, los pacientes originarios de la capital alcanzaron su máximo cantidad en 1912 con un poco más del 40%, pero comenzó a descender hasta que en 1920 sólo fueron el 15%. Los estados de la república de donde provenían los internos migrantes fueron: Estado de México (14,01%), Guanajuato (13,48%), seguidos por Hidalgo (8,3%), Jalisco (5,6%), Michoacán (7,5%), Puebla (7,5%), Veracruz (6,4%), Querétaro (6,4%), San Luis Potosí (3,7%) y Zacatecas (3,6%) El restante 23,51% fue enviado por otros 18 estados.

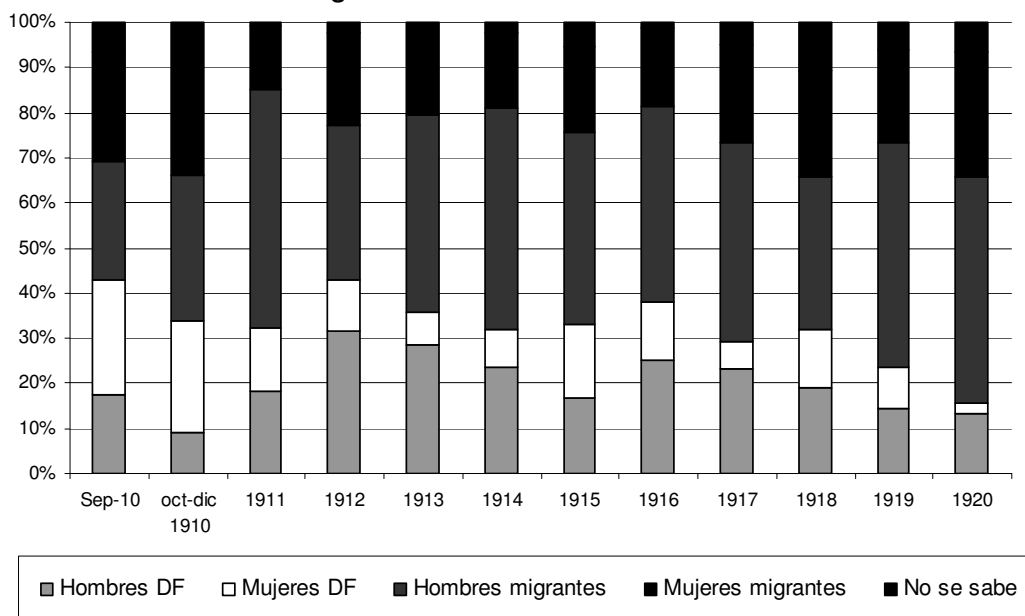
---

<sup>53</sup> SHORTER, 1997 y SUTTON, 1991.

<sup>54</sup> GORDON CREER, 1966, pp. 4

<sup>55</sup> GORDON CREER, 1966, pp. 115

**Gráfico 2. Origen de los internos del Manicomio La Castañeda**

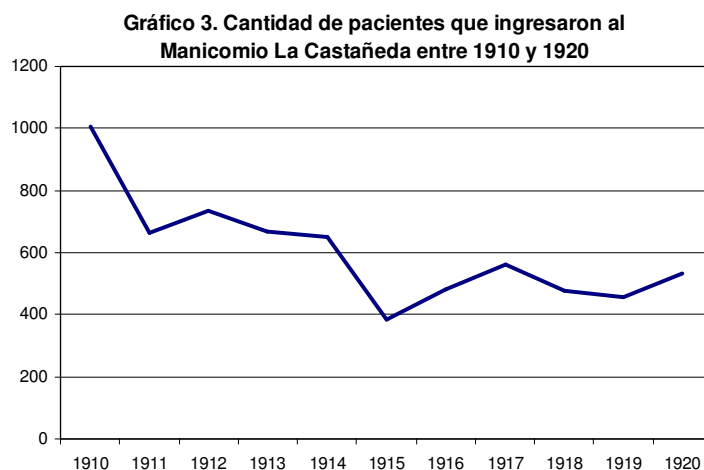


Fuente: Cuadros 5 y 6. Véase anexo estadístico.

En cuanto a la población extranjera, llama la atención que pese a que localizamos personas de 17 países distintos, el 49% eran españoles; sin embargo, muchos de ellos eran solicitados por la Beneficencia Española para apersonarse de su cuidado. En consecuencia, el hipotético vínculo entre locura y migración es el siguiente: la carencia de una sólida red familiar que funcionara como apoyo cuando se presentaban los síntomas de alguna enfermedad mental, hizo que la población migrante fuera mucho más vulnerable y más proclive al encierro psiquiátrico. Esto también nos puede ayudar a comprender por qué hubo más hombres que mujeres en el Manicomio y, además, jóvenes y solteros —o por lo menos sin pareja estable—, ya que estos son los que más tienden a migrar.<sup>56</sup>

<sup>56</sup> La muy amplia bibliografía sobre la migración nos muestra que las características de este fenómeno cambian de acuerdo a las condiciones históricas que los generan. Sin embargo, como tendencia general, se ha demostrado que la mayoría de las migraciones económicas comienzan con personas jóvenes y económicamente activas (CASTLES Y MILLER, 2004, pp. 44). Podemos suponer que el crecimiento de la población de la capital durante la Revolución se debió, por una parte, a la violencia en el campo que obligó a muchos a buscar refugio en la capital junto a un mejoramiento en la situación económica. Por otra parte, la movilidad generada por el constante desplazamiento de ejércitos a lo largo de país, posibilitó que hombres en pie de lucha llegaran a la capital y decidieran iniciar allí una nueva vida. Carecemos de información exacta sobre las características sociológicas de la población migrante durante la Revolución, sin embargo, la

**Decrecimiento demográfico.** Se podría pensar que en respuesta a la crisis generalizada que envolvió a la capital mexicana, La Castañeda se vio abarrotada de sujetos pobres y enfermos buscando techo y algo de comida. Pero esto no ocurrió. Entre 1910 y 1920 el Manicomio fue subutilizado. Es decir, se construyó con una capacidad para albergar 1.200 pacientes, pero este límite no fue alcanzado. Es más, en 1915, cuando fue mayor la crisis política, social y económica de la ciudad, uno podría imaginar una consecuente crisis en el Manicomio. No obstante, la cantidad de pacientes que hubo en La Castañeda durante 1915 fue la menor en los 58 años de vida: ingresaron 385 personas y, sumando los que ya había, no se atendieron a más de 600 pacientes.



Fuente: Cuadro 1. Véase anexo estadístico

Podría argumentarse que estos 600 pacientes no son “pocos” si le damos un vistazo a los manicomios de otros países. Sólo para poner un ejemplo, ya que es uno de los más documentados por la historiografía, tenemos el caso Británico. Las investigaciones demográficas sobre algunas instituciones psiquiátricas nos muestran cantidades inferiores a La Castañeda. En el *Devon County Asylum* de Inglaterra, hubo 13.000 internos entre 1845 y 1914, 188,5 por año, muy por debajo de los que hubo en La Castañeda;<sup>57</sup> mientras que en el

---

presencia de una aplastadora mayoría de hombres migrantes en el Manicomio puede ser señal de una mayoría masculina entre la población migrante.

<sup>57</sup> MELLING y FORSYTE, 2006, pp. 14

más prestigioso manicomio escocés, el *Royal Edimburgo Asylum*, hubo 10.000 pacientes entre 1873 y 1908, un promedio de 285 por año.<sup>58</sup> Otro ejemplo es el *Ticehurst Asylum* en Sussex, donde hubo 883 ingresos entre 1845 y 1915, 12 por año.<sup>59</sup> En York hubo tres manicomios muy cercanos entre ellos y una investigación sobre su comportamiento demográfico entre 1880 y 1884 arrojó lo siguiente: en el *Retreat Asylum* hubo 118 ingresos (29,5 por año), en el *North Riding Asylum* hubo un ascenso de 512 a 595 en la población total y en *York Asylum* ingresaron 176 (44 por año).<sup>60</sup> Estos estudios de caso nos muestran pequeñas instituciones que no superaban demográficamente a La Castañeda, lo cual no quiere decir que el tratamiento que el Estado les daba a los enfermos mentales fuese igual en ambos países. Una muestra de ello es que en 1909 hubo 66 instituciones psiquiátricas en Gran Bretaña, las cuales albergaban un total de 86.067 pacientes, esto es 30 enfermos mentales por cada 10.000 habitantes.<sup>61</sup> En Estados Unidos, por ejemplo, la quinta parte de todos los enfermos mentales estaban en New York dispersos en instituciones psiquiátricas, hospitales, asilos para ancianos, para niños, etc. Entre 1913 y 1917 fueron encerrados 8.122 pacientes que, sumados a los ya encerrados, nos arroja un total de 33.124 lo que equivale a 18,5 enfermos mentales por cada 10.000 habitantes.<sup>62</sup> La cantidad de pacientes internados en los dos países mencionados son demasiado elevadas si las comparamos con el caso mexicano. De hecho, carecemos de investigaciones demográficas en las demás instituciones psiquiátricas, tanto públicas como privadas, de aquellos días. Sin embargo, sabemos que la principal instancia psiquiátrica del país fue La Castañeda y las demás instituciones no tenían una capacidad de cobertura similar. Hagamos un experimento: en 1910 había 857 pacientes en La Castañeda y supongamos que las 7 instituciones psiquiátricas de las que carecemos de información albergaron el doble de internos del Manicomio

---

<sup>58</sup> BEVERIDGE, 1995, pp. 26

<sup>59</sup> MACKENZIE, 1985, pp. 149

<sup>60</sup> BEVERIDGE y RENVOIZE, 1989, pp. 22

<sup>61</sup> SCULL, 1993, pp. 369

<sup>62</sup> GROB, 1994, pp. 166

General. Si así hubiese sido, la cantidad de locos habría ascendido a 1,69 por cada 10.000, cifra muy inferior en comparación con los mencionados países.<sup>63</sup>

Según las comparaciones anteriores podemos emitir dos afirmaciones: la cantidad de pacientes psiquiátricos a nivel nacional fue minúscula en comparación con los mencionados países; sin embargo, La Castañeda fue uno de los manicomios más grandes del mundo. De hecho los más densamente poblados estaban en Inglaterra (Hanwell, Kent y Lancaster) y tenían entre 600 y 900, y el famoso Hospital de Salpêtrière en Francia albergaba entre 720 y 800 pacientes psiquiátricos.<sup>64</sup> No obstante, si comparamos la cantidad de enfermos mentales que tenía México antes de 1910, como mostraremos en el capítulo 1, hubo un notable descenso en la cantidad de ingresos a lo largo de la Revolución. Por una parte se podría afirmar que esto se debe a que hubo un decrecimiento en la población del país en general; sin embargo, la capital, siendo el principal sitio de residencia de los internos, vio aumentar su población debido a la migración interna, como ya se mencionó. Así, el decrecimiento de la población no iba de la mano con el crecimiento demográfico de la capital.

Las menciones que la historiografía hace sobre La Castañeda durante los días de la Revolución, suelen relacionar la crisis económica que hubo en el país con una consecuente crisis en la institución psiquiátrica.<sup>65</sup> Sin embargo, este punto de vista es cuestionable ya que los únicos reclamos que se presentaron ante la Beneficencia Pública por la falta de alimentos y el retraso de los salarios de los empleados tuvieron lugar entre julio y noviembre de 1915.<sup>66</sup> Siendo el Manicomio la institución más grande de la Beneficencia Pública, llama la atención que siempre, con excepción de los citados meses, se suministró lo que las autoridades del Manicomio solicitaron. Además, pese a la crisis, no hubo despidos de personal, convirtiendo a La Castañeda en una fuente de trabajo para un promedio de 400 personas, casi un empleado por cada dos internos (!). Según estos datos, podemos afirmar que la crisis, el hacinamiento, los atropellos

---

<sup>63</sup> La población de México en 1910 era de 15.160.349. GORDON CREER, 1966, pp. 4

<sup>64</sup> MICALE, 1985, pp. 715

<sup>65</sup> SACRISTÁN, 2000, 2001, 2002, 2003; VAN YOUNG, 2001, RIVERA GARZA, 2001c, 2001b.

<sup>66</sup> AHSS, F-BP, Se-HP, S-MG, legajos 4, 5 y 6.

y demás aspectos amarillistas, no fueron propios del Manicomio durante la Revolución. Puede parecer contradictorio, pero los mejores años de esta institución coincidieron con la guerra civil. De tal forma, nos resta cuestionar el por qué del decrecimiento de la población en encierro psiquiátrico. No podemos afirmar que la cantidad de enfermos mentales se redujo durante esta década; más bien, debemos preguntarnos qué factores fueron determinantes para que las familias mexicanas no enviaran sus locos al encierro y prefirieran dejarlos en la casa o permitirles andar en libertad por las calles. Este interrogante queda abierto y le daremos respuesta a lo largo de la tesis.

**Más hombres que mujeres.** Durante la primera década de vida del Manicomio hubo más hombres que mujeres. La proporción fue de 70% para hombres y 30% para mujeres, aunque en 1915, 1918, 1919 y 1920 se redujo un poco a 60% y 40% respectivamente. Si le damos un vistazo a investigaciones de este mismo corte a los casos británicos arriba mencionados, encontramos que el *Royal Edimburgh Asylum* hubo una leve mayoría de mujeres (52-48%), al igual que en el *York Asylum* (55-45%);<sup>67</sup> fenómeno que se explica con la presencia de más mujeres que hombres en la ciudad.<sup>68</sup> Mientras que en el *Ticerhurst Asylum* hubo más hombres que mujeres (54-46%).<sup>69</sup> En el Saint-Anne de Francia, al igual que en México hubo un 35% de mujeres y un 65% de hombres.<sup>70</sup> Entonces: ¿por qué hubo casos en que las familias prefirieron internar más a los hombres que a las mujeres?

Investigaciones hechas por Cristina Rivera Garza y Marta Mancilla Villa le han dado una notable prioridad al análisis de la locura femenina. Ambas autoras nos muestran que los médicos no dejaron a un lado su propia subjetividad masculina a la hora de comprender la locura femenina. Los valores usados por la sociedad de la época para construir los ideales de feminidad, fueron fundamentales a la hora de crear diagnósticos en torno a las psicopatías de las

---

<sup>67</sup> BEVERIDGE y RENVOIZE, 1989

<sup>68</sup> BEVERIDGE, 1995, pp. 46

<sup>69</sup> MACKENZIE, 1985, pp. 149

<sup>70</sup> PRESTWICH, 1994, pp. 815, nota 40.



mujeres. A saber: el uso de los valores de una sociedad patriarcal para definir la locura femenina y así reprimir el cuerpo y la sexualidad de las mujeres. Las formas de locura femenina eran equiparables a los comportamientos de clara trasgresión a la normatividad de género.<sup>71</sup> No obstante, si llevamos estos referentes a comprender el problema de la mayoría de los hombres, ¿podemos entender este hecho como la represión sobre aquellos que se salían de los cánones de masculinidad? Además, si fueron encerrados sólo por comportamientos disruptivos, no encontraríamos sujetos con afecciones crónicas, como la demencia o la imbecilidad -según términos de la época-. En consecuencia, considero que una primera respuesta a la superioridad numérica de los hombres puede obedecer a que la mayoría de los migrantes suelen ser hombres; recordemos que un notable porcentaje de internos había nacido fuera de la capital.

**La suerte de los pacientes.** Un aspecto significativo de la dinámica demográfica del Manicomio tiene que ver con la altísima circulación de internos que se curaban o que eran dados de alta por sus familiares. MacKenzie afirma que en la historiografía de la psiquiatría británica hubo una tendencia a dar por sentado que hubo una sobrepoblación de casos crónicos, lo cual ha oscurecido la realidad demográfica, a saber: la gran cantidad de altas y la alta movilidad de la población que allí hubo.<sup>72</sup> Esta misma afirmación funciona para el caso mexicano ya que se ha tendido a pensar que todos murieron en el encierro y abandonados por sus familiares. No todos los que entraron entre 1910 y 1920 corrieron la misma suerte ya que hubo cuatro opciones. En primer lugar, los que fueron trasladados de los viejos hospitales para dementes el día de la inauguración de la Castañeda, fallecieron después de 8 años de encierro en promedio. Estos internos fueron diagnosticados, en su gran mayoría, como epilépticos. ¿Por qué la sociedad porfiriana encerró a sujetos que padecían esta

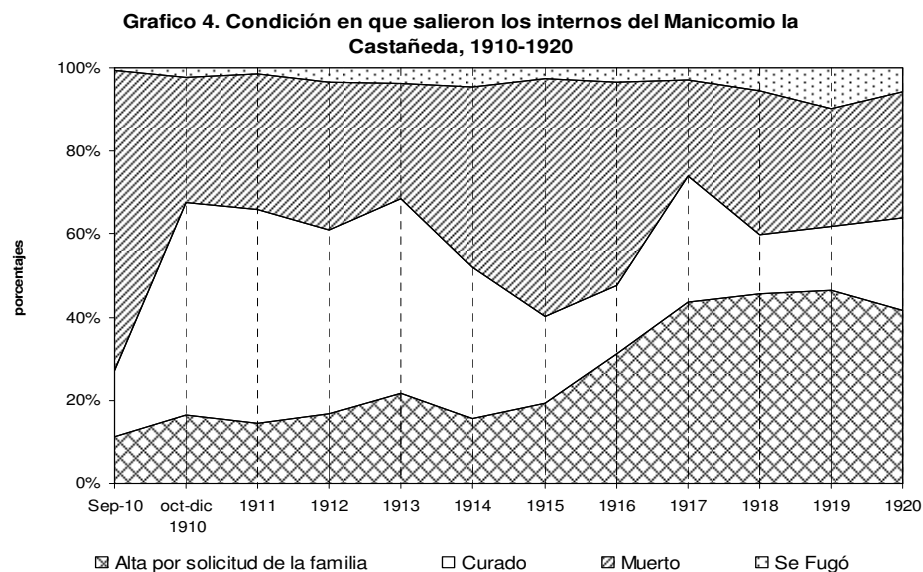
---

<sup>71</sup> RIVERA GARZA, 2001b y MANCILLA VILLA, 2001

<sup>72</sup> MACKENZIE, 1985, pp. 147.

enfermedad y, además, los dejaban morir en el encierro? Esto se explicará en el **capítulo 2**.

En segundo lugar, una vez inaugurado el Manicomio, los pacientes que llegaron entre dicho evento y finales de 1914 fueron, en su mayoría, mujeres histéricas y hombres alcohólicos. A diferencia de los epilépticos porfirianos, estos nuevos pacientes salieron “curados” después de 3 o 4 meses de encierro. Las implicaciones médicas de estas “enfermedades” serán analizadas en el **capítulo 3**. No obstante, para comprender quienes eran este tipo de pacientes, por qué las familias optaron por el encierro y la dimensión simbólica de estos diagnósticos, en el **capítulo 4** haremos un análisis de dos casos de histéricas que nos permiten ver las razones por las cuales las familias optaron por encerrarlas.



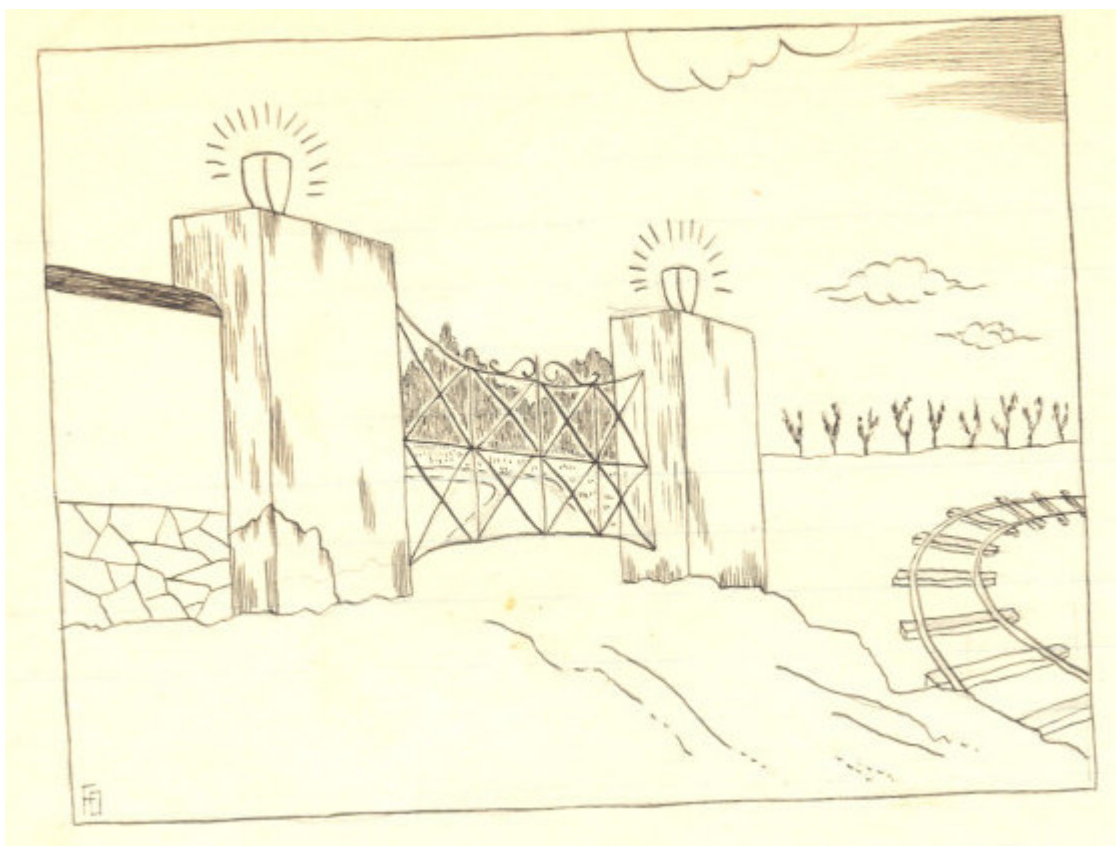
Fuente: Cuadro 4.A. Véase anexo

En tercer lugar, los pacientes que ingresaron entre 1914 y 1916 fallecieron al poco tiempo de haber ingresado debido al deterioro generado por enfermedades como pulmonía, enterocolitis y neumonía como consecuencia de la hambruna y la insalubridad que afectaron a la capital en aquellos días. Asimismo, el conflicto bélico no fue ajeno al Manicomio: un grupo de soldados zapatistas ingresaron a La Castañeda para acantonarse y repeler un ataque carrancista; además, aprovecharon para aprovisionarse de alimentos, ropa y

unos cuantos sarapes. Sin embargo, la guerra civil en si misma no nos explica por qué en 1914 se disparó la cantidad de pacientes afectados de *pgp*, ni tampoco nos explica por qué se redujo la cantidad de alcohólicos e histéricas. Esto lo analizaremos en el **capítulo 5**.

Cuarto, carecemos de suficiente información sobre las enfermedades que padecían quienes fueron internados entre 1917 y 1920, sin embargo hay un dato relevante: a diferencia de los años anteriores, en estos cuatro años hubo una notable mayoría de pacientes que estuvieron muy poco tiempo recluidos debido a que las familias solicitaban el alta así no se hubiesen curado, responsabilizándose del cuidado de sus enfermos mentales. ¿Por qué las familias, a diferencia de los años anteriores, decidían pedir el alta de sus enfermos mentales y apersonarse de sus cuidados? Este periodo lo analizaremos en el **capítulo 6**. Pero antes de sumergirnos en la historia de La Castañeda durante la Revolución debemos comenzar por el principio: qué características tenía el Manicomio, qué ideas médicas y políticas movieron su construcción y en qué radicaba su novedad, lo cual veremos en el **capítulo 1**.

**Parte I**  
**La herencia porfiriana**



Dibujo de la fachada del Manicomio General hecho por un paciente que trabajó como ilustrador de revistas. AHSS, F-MG, Se-EC, caja 67, exp. 1, ff. 47

## Capítulo 1

### El palacio de la locura

La inauguración del Manicomio fue la primera de las suntuosas fiestas del centenario de la independencia el 1 de septiembre de 1910.<sup>73</sup> La élite política, en compañía de embajadores y cónsules, familias prestantes y destacados empresarios, se juntaron para recorrer las instalaciones, asombrarse con las celdas para peligrosos, y escuchar las palabras del “arquitecto de la locura”, Porfirio Díaz hijo, y del psiquiatra José Mesa Gutiérrez, aunque al último no se le escuchó porque habló muy bajito.<sup>74</sup> En la alocución de Díaz quedó claro que México se ponía al nivel de las principales ciudades del mundo en el tratamiento de las enfermedades mentales. Según los periódicos, México incursionaba, por fin, a la psiquiatría “moderna”, dejando atrás aquellas vetustas celdas oscuras donde las almas de los locos languidecían olvidadas por la ciencia. Había confianza en que el novísimo manicomio, además de que ofrecería tratamiento médico adecuado, se convertiría en el espacio para la formación de más médicos interesados en escudriñar los secretos del cerebro.

La Castañeda fue la última de las imponentes obras arquitectónicas creadas como parte del proyecto porfiriano que buscaba convertir a la capital en el reflejo fehaciente de la incursión de México a la modernidad. Construcciones como el Teatro Nacional, el Teatro Juárez, el Hospital General, el Edificio de Correos, para mencionar unos cuantos, al igual que monumentos como el Hemiciclo a Juárez en la Alameda Central, el Monumento a la Independencia, el Monumento a Cuauhtémoc y todo el embellecimiento del Paseo de la Reforma, fueron propuestas que buscaban crear una ciudad a imagen y semejanza de París.<sup>75</sup> En consecuencia, los manicomios franceses se convirtieron en el referente. A inicios del siglo XIX hubo un movimiento de alienistas que pugnaba por la construcción de nuevas instituciones psiquiátricas que permitieran darle un

---

<sup>73</sup> Para una completa descripción de los eventos que tuvieron lugar durante las fiestas del centenario de la independencia, véase GARCÍA, 1911

<sup>74</sup> *El Universal* del 2 de septiembre de 1910

<sup>75</sup> Para un análisis estilístico de La Castañeda en el contexto arquitectónico del porfiriato véase MACMICHAEL REESE, 2004, pp. 207-210. Un riguroso estudio de las reformas arquitectónicas en función de una lógica sanitaria durante el mismo periodo es AGOSTONI, 2003b.

tratamiento científico a los miles de enfermos mentales que se hacinaban en cárceles, hospicios y hospitales en Francia. Para cambiar esta situación, se construyeron nuevos pabellones en antiguos hospitales, como en Saint Meen, Fains, Saint Dizier, Quimper, Aleçon, Châlons-sur-Marne, Bicêtre y Salpêtrière.<sup>76</sup> Sin embargo, hubo propuestas para la erección de nuevos hospitales para enfermos mentales y los planteamientos de Jean Etienne Esquirol<sup>77</sup> tuvieron un significativo impacto en los patrones arquitectónicos de nuevos manicomios tanto en Europa como en Estados Unidos y México. Las primeras cuatro construcciones esquirolianas fueron el asilo de Saint Yon (1822), el de Lafond (cerca de La Rochelle) (1830), el de Mans (1834) y el de Marsella (1835).

En términos generales, las características del modelo arquitectónico de Esquirol se pueden resumir en cuatro aspectos: a. Separación entre sí de las secciones por medio de patios centrales, b. Existencia de una galería que uniera al conjunto de las secciones para una mayor funcionalidad, c. Tres hileras de edificios, a izquierda y derecha de los pabellones centrales, los cuales albergarían a los hospitalizados, la administración y servicios; a su vez, cada hilera de edificios laterales se destinarían a hombres y a mujeres, d. Debía ser construido a las afueras de la ciudad, preferiblemente en la ladera de una montaña, para que los internos tuvieran una agradable vista y no tuvieran la sensación de encierro.<sup>78</sup> Esta propuesta arquitectónica tuvo una repercusión directa en México.<sup>79</sup> Para construir el nuevo Manicomio General, fueron elegidos los terrenos de la antigua hacienda La Castañeda, cerca del pueblo de

---

<sup>76</sup> POSTEL y QUETEL, 1993, pp. 316

<sup>77</sup> Jean Etienne Dominique Esquirol (1772-1840) Estudió medicina en Montpellier y en 1799 llegó a Paris para vincularse como practicante en la Salpêtrière al servicio de Phillippe Pinel. En 1805 presentó la tesis "Las pasiones consideradas como causas, síntomas y medios curativos de la alineación mental". En 1811 fue nombrado médico vigilante de la división de locas de Salpêtrière. En 1819 presentó su célebre informe al ministro del Interior "Los establecimientos consagrados a los alienados en Francia y los medios para mejorarlos"; texto en el que sentaba las bases de una reforma arquitectónica como parte de los planes terapéuticos. En 1825 fue nombrado jefe del Manicomio de Charentonne, donde implementó sustanciales reformas arquitectónicas.

<sup>78</sup> POSTEL y QUETEL, 1993, pp. 314

<sup>79</sup> La primera propuesta arquitectónica fue hecha en 1900 por Manuel Álvarez, quien propuso un edificio en los términos planteados por Esquirol: "Respecto a la distribución interior del manicomio, es indispensable, en primer lugar, establecer la separación entre los sexos, no precisamente en dos edificios separados entre sí, sino haciendo que el establecimiento conste de tres cuerpos: uno central para la administración, convalecencia y dependencias y dos laterales, o sean los departamentos de hombres y mujeres". ÁLVAREZ, 1900, pp. 535

Mixcoac.<sup>80</sup> Para llegar a la entrada había que recorrer un pequeño trecho en medio de frondosos árboles y encontrar una imponente reja forjada de 11 metros de ancho, con un letrero en la parte superior que decía *Manicomio General* (véase foto 1 en el anexo fotográfico).<sup>81</sup>

Al lado izquierdo de la reja estaba la garita del vigilante y una casita con dos recamaras, baño y cocina. Después de pasar la reja, las tres viviendas de los médicos era lo primero que el visitante veía (foto 2). Cada una tenía un despacho, estudio, sala comedor, cuarto de servicio, cocina, cuatro recamaras, cuarto para el mozo de limpieza y cuatro piezas en el sótano. Frente a estas tres casas estaban los exuberantes jardines con fuentes que daban una halagadora bienvenida. Una vez adentro, el visitante se encontraba con un complejo arquitectónico acorde con el modelo esquiroliano. Era un conjunto de pabellones autónomos regidos por un eje central, que iniciaba con las oficinas de administración, y pabellones laterales que se alineaban de forma casi simétrica; todo esto rodeado por una imponente muralla que acordonaba el complejo, rematando con casetas de vigilancia en cada esquina (foto 3).<sup>82</sup> De tal forma, La Castañeda constaba de tres hileras de edificios: al centro estaban los generales, a la derecha los de hombres y a la izquierda los de mujeres; todos ellos separados por amplios corredores (foto 4). Así, frente a los jardines, el visitante se encontraba con la imponente fachada del *Pabellón de Servicios Generales*, de clara influencia francesa (foto 5). Se ingresaba por una prolongada y ancha escalera o por una de las dos rampas que salían a cada lado de la entrada

---

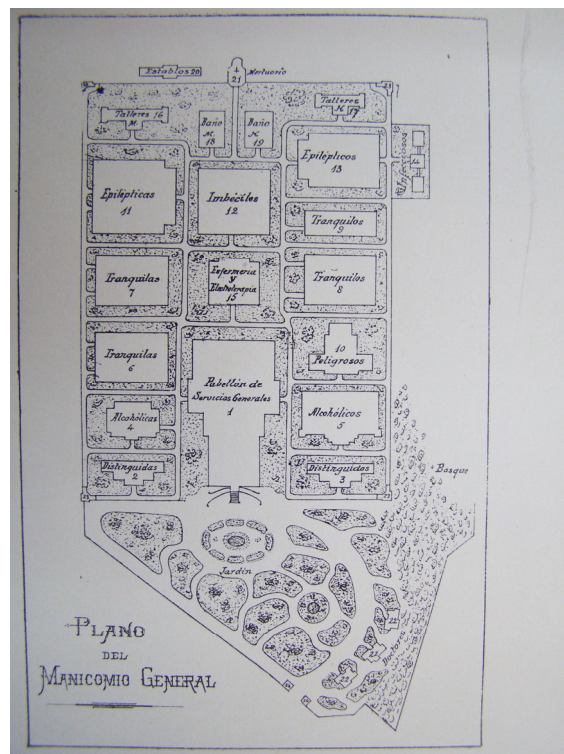
<sup>80</sup> La primera propuesta apareció en 1861 cuando Mariano Gálvez propuso llevar los locos a las afueras de la ciudad, por lo que considera que podría estar en el convento de El Carmen en San Ángel. Sin embargo, el agua que allí se consumía no era potable. Posteriormente se sugirió que el manicomio funcionara en el Rancho La Hormiga, situado en las cercanías al Bosque de Chapultepec; no obstante, por ser un terreno pantanoso se desechó la propuesta. Una tercera posibilidad fue un terreno ubicado al norte de la colonia Santa María la Ribera; pero el estar expuesto a "fuertes vientos" y el elevado precio del terreno hicieron que esta propuesta no prosperara. Finalmente, se sugirió el Rancho San José, ubicado en la ribera del río Consulado; y no sabemos qué elementos negativos encontraron en estas tierras. AHSS, F-BP, S-EH, Se-SH, leg. 1, exp. 1

<sup>81</sup> La descripción del Manicomio la tomamos del informe presentado por el Ingeniero Porfirio Díaz al momento de hacer entrega de las instalaciones del Manicomio General al Ministerio de Obras Públicas. El informe se localiza en el Fondo Porfirio Díaz, Biblioteca Xavier Clavijero de la Universidad Iberoamericana, carpeta 2722.

<sup>82</sup> CUADRIELLO AGUILAR, 1983, pp. 77-78

principal.<sup>83</sup> Este edificio, el más grande del complejo, estaba compuesto por dos pisos y un sótano. En la planta baja había un vestíbulo donde los pacientes y sus familiares esperaban a los médicos para efectuar el trámite de ingreso; también había un cuarto de visita para a los peligrosos, bodegas para carnes, verduras, lavandería, cuarto de vajilla, un almacén, bodega general, un guardarropa para asilados y otro para pensionistas, sala de planchado y costura, un salón con maquinas para lavar, y un departamento para desinfección. Al fondo del edificio había dos patios. En el primero funcionaba el locutorio para mujeres, la estación de teléfono, la botica, el laboratorio, el telégrafo y el locutorio para hombres. Además, había un comedor para empleados, la cocina (foto 6), y al fondo estaba el departamento de calderas que contaba con un cuarto para combustibles. En el segundo patio estaban los baños y lavabos junto al comedor para asilados, que también funcionaba como salón de actos, ya que contaba con cuartos para que se cambiaran los artistas, y como cine (foto 7). En la planta alta funcionaba la biblioteca, el archivo, la sala de juntas, el laboratorio, el museo, una sala de lectura y dormitorios para los internos y la servidumbre.

Atrás de *Servicios Generales* estaba el *Pabellón de Enfermería y Electroterapia*; donde había un salón para hombres y otro para mujeres, cada uno con 24 camas y los aparatos transformadores necesarios para la terapia eléctrica. Posterior a este se hallaba el *Pabellón de Imbéciles*, de una sola planta, el cual tenía una sala para distinguidos, otra para la escuela y en medio del edificio había un comedor, un taller y un espacio para el gimnasio. Y



<sup>83</sup> Después de haber sido desmantelado el manicomio en 1968, la fachada fue lo único que quedó en pie ya que fue comprada y trasladada a Amecameca como el único vestigio de lo que fue alguna vez La Castañeda.



concluyendo esta hilera de edificios estaban los baños (foto 8), para hombres y para mujeres, y el mortuorio (foto 9).

A la derecha de *Servicios Generales* estaba el *Pabellón de Distinguidos* y a la izquierda el de *Distinguidas*. Ambos tenían dos plantas. Abajo estaba el consultorio con 6 cuartos y el comedor, arriba había otros 6 cuartos, un salón, una amplia terraza con vista a los jardines y cuatro cuartos para servidumbre. Detrás de estos pabellones estaban los *Alcohólicos* y *Alcohólicas*, a la derecha y a la izquierda, respectivamente. Llama la atención que el de hombres era más grande que el de mujeres. Ambos tenían dos plantas y un amplio patio interior. También tenían su correspondiente zona para distinguidos, un taller, vestíbulo y un comedor.

Detrás del *Pabellón de Alcohólicos*, estaba el de *Peligrosos*. Este tenía dos cuartos con 16 camas en cada uno y 11 celdas para los violentos; además de tres cuartos para vigilantes y enfermeros. Como no se menciona la existencia de un comedor, lo más probable es que estos comieran en sus celdas.

Siguiendo con el orden, había dos pabellones para *Tranquilas* y dos para *Tranquilos*. Los de hombres eran más pequeños que los de las mujeres, ya que se consideraba que el tiempo libre de los hombres transcurría en las huertas, mientras que las mujeres solían bordar y coser en el mismo pabellón. Ambos tenían jardines internos y 4 cuartos con 22 camas cada uno. En uno fueron alojados los Pensionistas de Segunda<sup>84</sup>, ya que los de primera estaban en los pabellones de Distinguidos. Y llegando al final estaban los pabellones para epilépticos, siendo el de mujeres más grande que el de hombres. El de mujeres tenía dos jardines separados por la escuela. Había un espacio para asiladas y otro para pensionistas.

En la parte posterior del Manicomio se encontraban pequeñas construcciones, a saber: los talleres para hombres y mujeres, que no eran más que un salón con un cuarto para el vigilante, y al costado izquierdo del complejo

---

<sup>84</sup> Los *Pensionistas de Segunda* tenían como única diferencia con los *indigentes* el tener una "mejor" alimentación.

había 8 cuartos donde serían aislados los *Infeciosos*. Todo esto rodeado por una gran barda que daba la impresión de una fortaleza impenetrable.

Como queda claro, La Castañeda era un complejo que cumplía con los requisitos arquitectónicos para albergar en condiciones optimas a unos 1500 pacientes. Los materiales fueron de primera calidad:

"mampostería de piedra volcánica para los cimientos; piedra de xoco para los muros; ladrillo para las bóvedas, sustentadas por viguetas de acero; tabique comprimido y chiluca labrada para las molduras, cornisas y pilastras; duela americana para los pisos de habitaciones y dormitorios y cemento para los de las otras dependencias. Los muros tenían aplanados de yeso, esmaltados en una altura de dos metros, y pintados en lo demás con "Dila"; las piezas de las habitaciones para médicos y administrador tenían papel tapiz y arcezanados de yeso. Las barandillas y rejas eran de hierro forjado y las puertas y ventanas, de madera de pinotea barnizada y con herrajes de bronce".<sup>85</sup>

¿Qué movió a Don Porfirio a aprobar un presupuesto de \$1.783.357, contratar miles de obreros y erigir un monumental manicomio en 141.662 m<sup>2</sup> a las afueras del bucólico pueblo de Mixcoac?, ¿para qué clausurar los viejos hospitales para dementes y juntar locos y locas en nuevo establecimiento?, ¿acaso fue por la constante presión de los médicos para que se levantara un cuasi palacio, iluminado y rodeado de jardines, que permitiera la cura de tanto infeliz?, ¿o eran tan insoportables y numerosas las hordas de locos que no hubo otro camino más que aislarlos de la "moderna" y "civilizada" capital mexicana que no podía resistirse a los vientos del progreso que no paraban de soplar? A fin de cuentas, ¿para qué construir un Manicomio General? Veamos.

Cuando se fundó La Castañeda se clausuraron los hospitales para dementes que habían sido fundados durante la colonia: el San Hipólito para hombres (1566) y el Divino Salvador para mujeres (1700). Ambos establecimientos funcionaban en pleno centro de la ciudad. El San Hipólito estaba en el extremo noroccidental de la Alameda Central, mientras que el

---

<sup>85</sup> VALDÉS HERNÁNDEZ, 1995, pp. 96

Divino Salvador funcionaba sobre la calle Canoa, a sólo unas cuerdas de la Catedral y el Palacio Nacional.<sup>86</sup>

El Divino Salvador fue fundado gracias a la filantrópica labor del carpintero José Sáyago. En 1855 su administración se encargó a la Sociedad San Vicente de Paul hasta 1874. La mayoría de los informes sobre este hospital no reparan en mencionar que era un modelo para las demás instituciones de beneficencia debido a las buenas condiciones en las que se hallaban las internas y las instalaciones, por lo que no se solicitaban reformas.<sup>87</sup>

El San Hipólito fue fundado por Bernardino Álvarez, nacido en Sevilla, quien llegó muy joven a la Nueva España como soldado. “Sus desórdenes” lo llevaron a la cárcel, de donde se fugó rumbo a Perú. En sus años de madurez regresó a México para fundar lo que se ha considerado como el primer hospital para dementes en América, anexo a la iglesia de San Hipólito.

La vida de esta institución durante la primera mitad del siglo XIX reflejó la inestabilidad política imperante, a diferencia de la estabilidad que se describía reinaba en el Divino Salvador. Después de haber sido manejado por religiosos durante toda la colonia, en 1820 pasó a manos del Ayuntamiento. En 1842 el entonces presidente Santa Ana le redujo el espacio al vender las accesorias y los terrenos aledaños; en 1846 lo convirtió en Hospital Militar –llegando a atender hasta 300 heridos-, meses después en Hospital Municipal y a fines de dicho año pasó a ser la sede de la Escuela de Medicina. En 1853 el mismo Santa Ana lo convirtió en cuartel y en 1848 volvió a ser asilo de locos. A diferencia del Divino Salvador, acá fueron constantes las críticas para con el establecimiento y su administración.

La primera voz de renovación fue emitida en 1864, cuando José María Andrade le presentó un informe a Maximiliano de Habsburgo sobre la condición de los establecimientos que dependían de la Beneficencia. Después de una

---

<sup>86</sup> El trabajo monográfico más completo sobre el Hospital del Divino Salvador es BERKSTEIN, 1981. Pese a que se tiene menos información del San Hipólito, los datos más completos sobre este hospital colonial es SOMOLINOS D'ARDOIS, 1976.

<sup>87</sup> *La Beneficencia Pública en el Distrito Federal*, tomo I, no. 3, 1926, pp. 42-48.

extensa descripción de las instalaciones de San Hipólito y del personal que allí laboraba, se informaba que

“los vestidos de los enfermos se encuentran en un estado deplorable. Ya puede suponerse que estos desgraciados, lejos de conservarlos en buen estado, con frecuencia los ensucian y los destruyen de propósito [...] De las camas [...] no puede afirmarse que haya una sola en buen estado”.<sup>88</sup>

Además, dicha visita cuestionó la forma en que este hospital estaba siendo administrado ya que pese a tener mejores instalaciones que el Divino Salvador, su eficiencia era inferior. Andrade concluye su informe manifestando que se debía construir un nuevo hospital para dementes. Pero mientras tanto se podía construir una buena enfermería, baños, surtir de ropa y camas; además, se debía vigilar la conducta de empleados y sirvientes del establecimiento.

A partir de este momento comenzaron a salir diferentes voces que solicitaban la construcción de un nuevo manicomio. Algunas convergían en los argumentos. Veamos cuatro de ellos.

## **1. Posibilitando la creación de un gremio**

En 1886 el doctor Miguel Alvarado, quien fuera la gran autoridad en psiquiatría durante el último tercio del siglo XIX<sup>89</sup>, hizo una extensa propuesta para la creación de un manicomio. Lo interesante de dicha propuesta es que no sugería que las nuevas instalaciones a erigir debían tener como finalidad curar a más enfermos mentales. Alvarado proponía que en caso de que hubieren 500 locos, serían suficientes tan solo tres médicos para dar una óptima atención. Un médico fungiría como director y cuidaría a más o menos 100 pensionistas y a los “epilépticos no locos”. Los dos restantes atenderían 200 hombres y 200 mujeres,

---

<sup>88</sup> *La Beneficencia Pública en el Distrito Federal*, tomo I, no. 3, 1926, pp. 8

<sup>89</sup> El Doctor Miguel Alvarado fue el director del Divino Salvador desde 1861 hasta 1896. Tanto los historiadores de la medicina como los médicos de la época lo han considerado como el psiquiatra mexicano más sobresaliente de la segunda mitad del siglo XIX. De su gestión en el Divino Salvador se menciona que fue quien clasificó a las locas de acuerdo a sus afecciones y las dividió en secciones. Además, de él se dice que fue el primero en llevar rigurosos registros de cada una de las enfermas con sus antecedentes y evolución; además de la completísima biblioteca con la que contaba (SOMOLINOS D'ARDOIS, 1976, pp. 140-146, FLORES Y TRONCOSO, 1982, vol. III, pp. 295)O. Finalmente, fue el único en impartir la cátedra de Enfermedades Mentales en la Escuela de Medicina durante 1893, la que tuvo que ser cerrada cuando Alvarado enfermó ya que no hubo nadie capacitado para impartirla. Centro de Estudios Sobre la Universidad, Fondo Escuela de Medicina, caja 1, exp. 12, ff. 29-31

respectivamente. Se podría pensar que eran pocos médicos para tantos pacientes, pero según Alvarado: “400 no son muchos para dos médicos porque sólo el 12% puede recibir tratamiento según las observaciones de las enfermeras y los celadores”.<sup>90</sup> El que sólo un pequeño porcentaje pudiese aspirar a ser curado y el que dicho dictamen fuese emitido por “enfermeras y vigilantes” nos señala la poca incidencia que tenía el reducido cuerpo médico en la terapéutica ofrecida. Por lo tanto, si la creación de un nuevo manicomio no tenía como objetivo curar más dementes, ¿para qué construirlo? El mismo Dr. Alvarado nos informa de ciertas ventajas. Primero, el tener a ambos sexos reunidos “hará nacer entre nosotros la afición al estudio de la locura [...] ¡Cuánto habría adelantado este ramo de las ciencias, entre nosotros, si esta afición se hubiera despertado!”. Así, no estamos hablando de un cuerpo médico que presionó para la creación de un nuevo edificio, sino de un nuevo sitio que motivaría a los médicos a “aficionarse” a las enfermedades mentales.

## **2. El poder curativo del aire puro**

Pero hubo otras propuestas que sí consideraron que un nuevo manicomio tendría un mejor desempeño curativo. En 1880, Manuel Rivera Cambas mencionaba que el doctor Juan Govantes, quien fungía como médico en San Hipólito, apoyaba la iniciativa que había entre algunos legisladores por crear un nuevo manicomio “fuera de la ciudad con todas las condiciones que exige un establecimiento para tal naturaleza”. Crear un sitio fuera de la urbe tendría como finalidad acabar con aquellas celdas que “carecen de luz y ventilación, tiene techos bajos y el barandal del corredor es peligroso”.<sup>91</sup>

Pero la propuesta que desarrolló *in extenso* la perentoriedad de aislar a los dementes de la urbe fue expuesta 16 años después por los doctores Samuel Morales Pereyra y Antonio Romero, quien fuera médico de San Hipólito. Su propuesta, hecha por solicitud del Ministerio de Gobernación fue expuesta en el Segundo Congreso Pan-Americano en 1896. A diferencia de Alvarado, estos

---

<sup>90</sup> AHSS, F-BP, S-EH, Se-MG, leg. 1, exp. 2, ff. 6

<sup>91</sup> RIVERA CAMBAS, 1880, pp. 398.

médicos partían de la eficacia terapéutica del establecimiento a construir. Ellos buscaban crear las condiciones espaciales para que fuesen curados la mayor cantidad de pacientes, más allá de las terapias que podían recibir personalizadas. Por lo tanto, en busca de las propuestas en boga a finales del siglo XIX para la curación masiva de dementes, tomaron como referentes dos sitios como las novedades terapéuticas del momento: el primero estaba en Clermont,<sup>92</sup> donde usaban a los locos como jornaleros con la idea de que el trabajo curaba, y el segundo era la colonia de Gheel en Bélgica, donde los locos no eran encerrados sino que recibían tratamiento en los hogares con el apoyo de las familias.<sup>93</sup> Pero los médicos en cuestión partían de un corolario:

“está evidentemente demostrado por la experiencia, que los resultados prácticos de muchos sistemas para la curación de los enajenados son relativamente muy inferiores a los resultados obtenidos por el sistema de curación completa en manicomios cerrados”.<sup>94</sup>

Los médicos en cuestión, pese a que no explicaron por qué el encierro y el aislamiento curaban, no dudaron en manifestar las virtudes terapéuticas de los manicomios.<sup>95</sup> No obstante, dicho encierro se debía dar en condiciones específicas. Según el mismo informe, el sitio debía tener la suficiente extensión de terreno para que se “haga desaparecer la idea de claustro y expansie (*sic*) el ánimo de los asilados; lo que les permitiría entregarse de lleno a la horticultura y floricultura”. A diferencia de la propuesta del Dr. Alvarado, esta postura consideraba tan relevante el espacio en el proceso curativo que no dudaron en

---

<sup>92</sup> Para tener un panorama general de la asistencia psiquiátrica en Estados Unidos, se le comisionó a Román Ramírez para que elaborara un libro donde presentara las características de los manicomios y la legislación en torno a los enfermos mentales en cada uno de los Estados de dicho país. El resultado fue el tedioso libro titulado *El Manicomio: Informe escrito por comisión del Ministro de Fomento*. México: Oficina Tip de la Secretaría de Fomento, 1884.

<sup>93</sup> Aquí se habla de la colonia de Gheel que tiene sus orígenes en el siglo VI cuando la hija de un rey de Irlanda huyó con su confesor frente a las propuestas incestuosas del padre. Él envió soldados y los capturó en Gheel, camino de los peregrinos a Roma, para decapitarlos. Los restos de Dimpna se convirtieron en milagrosos para los enfermos mentales, por lo que se convirtió en lugar de peregrinaje. En 1862 se construyó un hospital que pasó a ser propiedad de Estado, pero los aldeanos le daban alojamiento a las familias que llegaban con sus locos a la colonia. POSTEL y QUÉTEL, 1987, pp. 207-208.

<sup>94</sup> MORALES PEREYRA y ROMERO, 1898, pp. 890. Subrayado en el original.

<sup>95</sup> SHORTER, 1997, pp. 9. el encierro fue reconocido como terapéutico desde 1758 por William Batie del Hospital de St Luke en Londres.

afirmar que “en las perfectas condiciones de un manicomio están las tres cuartas partes de la curación de los enfermos” por lo que las “casas pequeñas” nunca darían el amplio resultado que se anhelaba.<sup>96</sup>

Esta postura concordaba con la propuesta elaborada en 1900 por el arquitecto Manuel Álvarez, miembro de la Academia de San Carlos. La idea que este hombre tenía de las funciones a cumplir por el manicomio eran mucho más ambiciosas que las de los psiquiatras, era muy optimista al visualizar el rol curativo del manicomio. Inicialmente, sugirió que dicho establecimiento debía ser, además de un sitio para la curación de enajenados,

“un refugio para los locos incurables, una casa de educación moral y física, una escuela primaria, artística, científica y religiosa; un establecimiento industrial y también hortícola-agrícola; un lugar de aislamiento, de seguridad y preservación.”<sup>97</sup>

Según esta propuesta, el nuevo establecimiento por ningún motivo debía tener parecido alguno con las prisiones. Por esta razón criticaba el tradicional esquema del panóptico ya que allí se “concentra el ruido y favorece la agitación”<sup>98</sup>. Por lo tanto, se debía “evitar con cuidado todo lo que “pueda recordar la sujeción en las prisiones”; argumento fundamentado en la obra de Phillipe Pinel. Álvarez consideraba que atrás debían quedar aquellos locales “oscuros, reducidos, antihigiénicos, y aun cerrados con rejas de fierro”, para darle lugar a las construcciones “llenas de aire, de luz y rodeadas de jardines y parques”. Así, la ruptura con los antiguos asilos estaba en la terapéutica, ya que la oscuridad de las celdas antiguas se trocaba por el contacto con la naturaleza y la distancia del enloquecedor bullicio ciudadano.

Para lograr tales fines, el establecimiento debía tener secciones para que los dementes tuviesen a su disposición salas, cuartos, celdas y enfermerías. Debía ser el espacio para que hombres y mujeres “se encuentren sometidos a la moralización religiosa y a los ejercicios corporales”. Además, a todos aquellos que careciesen de instrucción básica se les debía enseñar a escribir, dibujo,

---

<sup>96</sup> MORALES PEREYRA y ROMERO, 1898, pp. 893

<sup>97</sup> ÁLVAREZ, 1900, pp. 535

<sup>98</sup> ÁLVAREZ, 1900, pp. 508

música, elaboración de artesanías, cultivo de flores y de faenas agrícolas. Esta propuesta concluye con una sugerencia en cuanto al sitio para construir el nuevo manicomio: debía estar aislado de “todo gran centro de población” ya que su presencia en el casco urbano

“expone a los enajenados a participar del ruido, a sentir el movimiento vertiginoso de la misma y a sufrir los vaivenes del espíritu propios de los motines y agitaciones políticas”.<sup>99</sup>

No obstante, si se construía muy lejos se dificultaría la presencia constante de los médicos y empleados que viven en la ciudad. Por lo tanto, la distancia debía no debía ser “inferior a 3 ni superior a 8 kilómetros”. Además, el manicomio debía estar cerca de un “caserío o pueblecillo” que permitiese el constante suministro de víveres frescos. Finalmente, el sitio debía elegirse de tal forma que no hubiese el temor a que el crecimiento de la ciudad llegara a rodear el manicomio de “habitaciones particulares”. Según parece, dicha propuesta prosperó ya que La Castañeda fue erigida cerca del populoso pueblo de Mixcoac, aunque a mediados del siglo XX el crecimiento de la capital lo devoró.<sup>100</sup>

Estas propuestas convergieron en una paradoja: si bien el encierro curaba, la sensación de encierro era contraproducente para el proceso curativo. El enfermo mental debía mantenerse separado de su familia y del enloquecedor bullicio citadino, para disfrutar los beneficios curativos del aire libre, de los jardines y de la horticultura.

### **3. Observar y clasificar a los locos**

Además de que los asilos para dementes estaban en el centro de la ciudad y carecían de jardines y huertos, tenían otro problema: según la exposición en el Segundo Congreso Panamericano de Medicina (1896), el poco espacio obligaba a mantener a los locos “mezclados en el mayor desorden”.<sup>101</sup> Por consiguiente, el nuevo establecimiento debía ser lo suficientemente amplio

---

<sup>99</sup> ÁLVAREZ, 1900, pp. 537

<sup>100</sup> ÁLVAREZ, 1900, pp. 537

<sup>101</sup> MORALES PEREYRA y ROMERO, 1898, pp. 893



como para permitir “una eficiente distribución y separación de los locos según sus diversas formas de locura, intensidad de ellas, edad, sexo, condiciones, etc”.<sup>102</sup> Se requería que los pabellones estuviesen aislados unos de otros ya que algunos locos podían imitar las conductas y expresiones propias de síntomas ajenos a su psicopatía; lo cual retrasaría el proceso curativo. A la hora de juntarlos con sus iguales, se buscaba que “si se miran unos a otros se entienda que se miran en un espejo. Así conseguiremos evitar que se lastimen y perturben las facultades”.<sup>103</sup> Este interés por la separación y clasificación estuvo presente en los manicomios construidos a lo largo del siglo XIX en Europa y Estados Unidos. Según Michael Foucault:

Es así como se instituye la función del hospital psiquiátrico del siglo XIX; lugar de diagnóstico y de clasificación, rectángulo botánico en el que las especies de las enfermedades son distribuidas en pabellones cuya disposición hace pensar en un vasto huerto; pero también espacio cerrado para un enfrentamiento, lugar de lidia, campo institucional en el que está en cuestión la victoria y la sumisión.<sup>104</sup>

De tal forma, era perentorio hacer un “estudio verdaderamente clínico” de los cuadros sintomatológicos propios de cada una de las expresiones de la enfermedad mental. Para evitar la mezcla de pacientes con afecciones distintas entre sí, se proponía la creación de dos nuevos departamentos: uno de admisión y otro de clasificación “con todo lo necesario para la observación y vigilancia de varios días en cualquiera estado en que se encuentren los enfermos.” Además, allí se debían detectar a los criminales que simulaban demencia para evitar sus responsabilidades penales.

¿Cómo era la distribución espacial de los antiguos asilos? Según el mencionado informe de 1864 presentado a Maximiliano, el hospital de San Hipólito tenía 3 departamentos, cada uno con un patio. El primero tenía estos letreros: *epilépticos*, *eclesiásticos* (con pacientes provenientes del extinto Hospital de la Santísima Trinidad para sacerdotes dementes), *enfermería*, *botica*

---

<sup>102</sup> MORALES PEREYRA y ROMERO, 1898, pp. 895

<sup>103</sup> MORALES PEREYRA y ROMERO, 1898, pp. 895

<sup>104</sup> FOUCAULT, 1996, pp. 52-53

y baños. En el segundo departamento estaban los *idiotas, furiosos, incurables, alborotadores, ancianos y desaseados*. El tercer departamento estaba compuesto por las secciones de *distinguidos*<sup>105</sup>, *convalecientes* y de *observación*. Además, había una capilla, que no era más que un altar en un dormitorio. Y al final había un cuarto que tenía como letrero “el descanso”, donde depositan los cadáveres para hacerles autopsia; aunque “no llena su objeto, porque es tan pequeña que el médico prefiere salir a practicar esa operación al patio”.<sup>106</sup>

En cuanto a la distribución de las internas en el Divino Salvador, Flores y Troncoso, en su monumental historia de la medicina en México, nos dice que estaban divididas en cinco grupos diferenciados: a) en el área de *Observación* estaban las *tranquilas* en un extenso cuarto, mientras que las *agitadas e insubordinadas* se mantenían encerradas en celdas; b) en otra sección estaban las niñas epilépticas, idiotas y sordomudas a las que se les enseñaba a leer y escribir; c) en *Enfermería y Valetudinarias* estaban las pacientes de tendencia suicida y las escatófagas”; d) *Pensionistas*; e) en el último estaban las epilépticas graves y locas agitadas.<sup>107</sup>

Como se observa, era mucho más rigurosa la clasificación en el Divino Salvador que en el San Hipólito, posiblemente gracias a los esfuerzos de Miguel Alvarado. El criterio clasificatorio no se basaba en las enfermedades comunes, sino en el grado de “excitación” que cada paciente tenía.<sup>108</sup> De hecho, la única

---

<sup>105</sup> “Los distinguidos sólo pueden reputarse como tales, porque toman chocolate por mañana y tarde; en lo demás son tratados bajo el mismo pie que el resto de los enfermos, a pesar de que pagan una pensión”. Los distinguidos eran “hombres de letras” (médicos, abogados, ingenieros y artistas). FLORES Y TRONCOSO, 1982, vol. 3, pp. 290

<sup>106</sup> Citado en *La Beneficencia Pública en el Distrito Federal*, tomo 1, No. 3, noviembre de 1926, pp. 43

<sup>107</sup> FLORES Y TRONCOSO, 1982, vol. 3, pp. 294-295.

<sup>108</sup> Esta clasificación de las enfermedades mentales con base el grado de “agitación” que un paciente pudiese presentar es una influencia directa del modelo clasificatorio elaborado por Philippe Pinel en Francia a inicios del siglo XIX. Para él, había cuatro formas de alienación. Estas se debían clasificar de acuerdo a “las lesiones fundamentales del entendimiento y de la voluntad, y separar así la consideración de sus innumerables variedades en alienados en estado de agitación y furor: este grupo constituye propiamente la *manía*. El delirio puede ser exclusivo y limitado a una serie particular de objetos, con una suerte de estupor y de afecciones vivas y profundas: es lo que se llama *melancolía*. A veces, una debilidad general afecta las funciones intelectuales y afectivas, como en la vejez, y se forma lo que se llama *demencia*. Por fin, la obliteración de la razón con momentos rápidos y automáticos de emulsión, se designa por la

enfermedad que merecía un espacio aparte era la epilepsia. Según la propuesta del arquitecto Manuel Álvarez, el manicomio general debía tener las siguientes secciones: *tranquilos* (imbéciles, idiotas y monómanos), *subagitados* (entre estos a los epilépticos), *agitados* (incluyendo violentos), y *corruptores*.<sup>109</sup> Finalmente, cuando se creó La Castañeda sólo hubo tres afecciones que merecieron de un pabellón propio: alcoholismo, epilepsia e imbecilidad. Se mantuvo un espacio para los peligrosos y agitados y el resto de los internos se dividieron de acuerdo a un criterio de clase: los indigentes entraron a Tranquilos A y los pensionistas a Tranquilos B.

Del porfiriato se heredó un monumental complejo arquitectónico que formó parte de un amplio proyecto modernizador. Esta construcción fue concebida en términos de funcionalidad ya que de las características del espacio dependería buena parte de la efectividad terapéutica del encierro. En ningún momento los psiquiatras mencionaron la necesidad que tenían de un espacio con la tecnología necesaria para ofrecer una terapia moderna. Por el contrario, se suponía que el nuevo establecimiento posibilitaría la creación de un cuerpo de psiquiatras.

La nueva estructura debía permitir que se clasificasen a los locos en grupos homogéneos, evitando cualquier contacto entre psicopatías diferentes, así no se tuviese un criterio definido para el tratamiento de cada afección. Debía ser el gran museo de la locura: donde las diferentes formas de anormalidad serían clasificadas y guardadas en bellas estanterías; todo en aras de construir un saber científico sobre todos aquellos seres cuya débil constitución biológica los marginó del mundo civilizado. Bajo la lógica de los museos erigidos a fines del siglo XIX,<sup>110</sup> el Manicomio General sería el espacio en el que la sociedad

---

denominación de *idiotismo*. Éstas son las cuatro especies de extravíos que indica, de manera general, el título de alienación mental". SAURÍ, 1996, pp. 88

<sup>109</sup> ÁLVAREZ, 1900, pp. 535

<sup>110</sup> Cuando Andrew Scull analiza la construcción y el diseño de hospitales para enfermos mentales en el siglo XIX en Inglaterra, los compara con la lógica que subyace a la construcción de museos: coleccionar y clasificar exóticos objetos pertenecientes a sociedades sumidas en la barbarie, aisladas en el tiempo o en el espacio. Colecciones usadas por la sociedad moderna para regodearse en su propia civilización, frente a objetos de mundos salvajes. SCULL 1979

porfiriana reuniría sujetos extraños en los cuales reconocerse a sí misma a través de la alteridad. Si los locos debían verse entre ellos como si se observasen en un espejo, la sociedad porfiriana vería, a través de las diferentes formas de locura, un panorama aleccionador: las ruinas humanas de quienes no pudieron o no quisieron beber los jugosos beneficios de la modernidad.

#### **4. El aumento demencial de la locura**

El doctor Sebastián Labastida, quien fuera director del San Hipólito en 1879, publicó un informe sobre dicho establecimiento en el que expuso otro argumento que justificaba la creación del nuevo manicomio. Después de dar una relación pormenorizada de la cantidad de pacientes que habían ingresado durante ese año, clasificándolos por enfermedades, detallando cuántos habían encontrado la muerte y cuántos la cura, Labastida mencionaba: en “San Hipólito falta mucho para que puedan los infortunados vivir con un mediano bienestar, y con probabilidades de alivio y curación”. Por lo tanto, la razón fundamental para construir un nuevo establecimiento era que “el número de locos está creciendo gradualmente, por lo que conviene tener un lugar donde recogerlos”.<sup>111</sup> Pero no sólo Labastida percibió este fenómeno. El doctor Miguel Alvarado, en la mencionada propuesta de 1886, afirmaba que la cantidad de locos iría en aumento constante ya que la enfermedad mental era el “mal de la civilización”. Alvarado exponía que los establecimientos para dementes no daban abasto ya que en ese momento había 214 mujeres y 197 hombres, estando ambos al tope. Viendo hacia el futuro, Alvarado suponía que en 10 años habría unos 600 locos, entre hombres y mujeres, que requerirían encierro. Y, en efecto, el aumento de la locura continuó ya que La Castañeda se fundó con 779 pacientes, lo que nos permite suponer el grado de hacinamiento que se vivía en los últimos años de los viejos hospitales para dementes.<sup>112</sup>

¿A qué se debió el aumento de los enfermos mentales durante el porfiriato tardío? Valga mencionar que este no fue un fenómeno privativo de

---

<sup>111</sup> LABASTIDA, 1879, pp. 116

<sup>112</sup> AHSS, F-BP, S-EH, Se-MG, leg. 1, exp. 2, ff. 5

México, ya que en Europa y en Estados Unidos la cantidad de pacientes psiquiátricos internados tuvo un acelerado ascenso. El caso norteamericano es notable ya que entre 1880 y 1923, la población de los psiquiátricos pasó de 40.000 a 263.000. Gerald Grob afirma que este fenómeno se explica por la clausura de *almshouses*: instituciones erigidas en 1820 que albergaban, principalmente, a niños huérfanos, viudas, enfermos y dementes. Al ser desmanteladas estas instancias, el gobierno norteamericano implementó otras estrategias para el cuidado de los pobres, como el sistema de pensiones para las viudas y ancianos. Por ello, los *asylums* crecieron con población proveniente de los viejos *almshouses*, por lo que muchos de ellos eran enfermos que fallecían al poco tiempo de su internación.<sup>113</sup> Siguiendo esta línea de reflexión, John Sutton concluye que: “the expansion of asylums was driven by the incapacity of U.S. government to generate systematic solutions to the problem of poverty”.<sup>114</sup>

Este argumento no es válido para México ya que el aumento en la cantidad de locos ocurrió en un momento en que el gobierno porfiriano reforzó todo el sistema de beneficencia que le ofrecía cuidado y protección a huérfanos, ancianos, ciegos, enfermos, etc.<sup>115</sup> Por otra parte, los hospitales para dementes nunca fueron exclusivamente para pobres ya que siempre hubo una sección en la que eran albergados los “pensionistas” o “distinguidos”, que solían oscilar entre el 15 y el 23%. Además, la existencia de psiquiátricos privados en la capital mexicana a inicios del siglo XX, como la *Casa de la Salud de Nuestra Señora de Guadalupe* en Tlalpan fundada en 1896 por los doctores Adrián de Garay y Guillermo Parra y el Sanatorio del Doctor Rafael Lavista que a partir de 1900 se dedicó a las enfermedades mentales, nos impide proponer una relación entre locura y pobreza, a diferencia del caso norteamericano.<sup>116</sup>

---

<sup>113</sup> GROB, 1983, pp. 181

<sup>114</sup> SUTTON, 1991, pp. 675

<sup>115</sup> Sobre las instituciones de beneficencia en el porfirato véase SANTOYO, 1996-1997.

<sup>116</sup> SOMOLINOS D'ARDOIS, 1976, pp. 147.

Durante el último cuarto del siglo XIX, Europa también estaba viviendo un acelerado crecimiento de la locura encerrada. Para el caso francés, Edward Shorter sostiene que hubo tres factores que posibilitaron el aumento de enfermos mentales. El primero tuvo que ver con un cambio social que se gestó en el seno de las familias ya que muchas de ellas habían optado por entregar a sus pacientes mentales a las instituciones del Estado para que los protegiesen y curasen.<sup>117</sup> Antes del periodo en cuestión, el loco era un problema familiar, es decir, los familiares se solían encargar de darle el cuidado y la atención necesaria. No obstante, para finales del siglo XIX las familias optaron por ceder el cuidado de sus dementes. Este proceso se puede entender en relación a los procesos de industrialización y la consecuente migración del campo a la ciudad. En términos generales, en un contexto marcado por la migración, hay una fragmentación de la “familia extensa” que funciona como red para la reproducción de la vida social, propia de los espacios rurales.<sup>118</sup> En el nuevo espacio urbano, los migrantes, que suelen ser individuos solos o en compañía de su familia nuclear, carecen de esa compleja estructura parental que funcionaba como mecanismo de apoyo mutuo. Así, las familias migrantes, carentes de una familia extensa inmediata, tienen menos capacidad de ofrecerle cuidado y protección al enfermo mental. Por lo tanto, sujetos con alguna discapacidad intelectual o algún trastorno pasajero como consecuencia del impacto que significaba los retos de la nueva vida urbana, resultaban ser los más propensos a terminar en las puertas de un manicomio. La ciudad de México creció notoriamente durante el periodo en cuestión.<sup>119</sup> Este hecho tuvo una repercusión directa en el sitio de origen de los internos de La Castañeda que habían sido encerrados durante el porfiriato: el 51,3% habían nacido fuera del Distrito Federal (47.5% en provincia y el 3.6% en el extranjero).

---

<sup>117</sup> SHORTER, 1997, pp. 68. El cambio en las estructuras familiares esta expuesto en SHORTER, 1975, pp. 22-53.

<sup>118</sup> La "familia extensa" es una compleja red social que vincula diferentes familias nucleares a una estructura de parentesco en la que están vinculados todos los miembros por deberes y derechos.

<sup>119</sup> En 1877 hubo 240.000 habitantes, 325.000 en 1900 y 720.000 en 1910. SPECKMAN, 2004, pp. 216.

Como segunda causa para comprender el aumento en el número de internos en los hospitales psiquiátricos, Shorter afirma que hubo una redistribución de la población de las instituciones para pobres, enfermos y huérfanos. De allí salieron los que, además, tenían alguna enfermedad mental, posibilitando el aumento de la población de los psiquiátricos.<sup>120</sup> Este mismo proceso ocurrió en México a mediados del siglo XIX, pero no durante el porfiriato. Con base en las cartas que solicitaron la internación de las pacientes al Divino Salvador en 1845 y 1861, encontramos que un significativo 64% fueron remitidas de hospitales (San Juan de Dios, San Andrés, San Pablo, Hospital de Jesús, etc.). Las remisiones se justificaban de dos formas: eran pacientes que además de tener alguna afección psiquiátrica padecían de alguna enfermedad crónica, o bien estaban afectadas de alguna enfermedad extraña o desconocida para los médicos, por lo que eran catalogadas como neurosis.<sup>121</sup> Este fenómeno lo podemos entender como una consecuencia lógica de las guerras que en estos años vivía México; lo que generó una saturación de los hospitales que llevó a los médicos a tomar las medidas para deshacerse de quienes no debían estar allí. Empero, no es posible aplicar este esquema al porfiriato tardío, ya que sólo el 3,2% de los pacientes que ingresaron a La Castañeda, procedentes de los viejos asilos para dementes, fueron remitidos por los hospitales.<sup>122</sup>

Y en tercer lugar, Shorter afirma que hubo un aumento en la cantidad de pacientes afectados de esquizofrenia, psicosis alcohólica y neurosífilis. En cuanto a los esquizofrénicos, esta afección no fue diagnosticada en México sino hasta la segunda década del siglo XX. Antes existían con la etiqueta de “dementes” por ser un criterio que englobaba a todos los que hablaban incoherencias y vivían en otra realidad distanciándose del mundo en el suyo propio. En lo referente a los alcohólicos, sí hubo un crecimiento acelerado de dicha afección, ya que fueron numerosas las campañas antialcohólicas lideradas

---

<sup>120</sup> SHORTER, 1997, pp. 48-49

<sup>121</sup> AHSS, F-BP, S-EH. Se-HDS, leg. 1, exp. 13, ff. 1-345 y leg. 8, exp. 16, ff. 1-170

<sup>122</sup> Véase Cuadro 9 en los anexos estadísticos.

por el Estado;<sup>123</sup> además, ésta fue considerada como una de las causas por las que los manicomios estaban a reventar. Finalmente, los casos de neurosífilis, o parálisis general progresiva, fueron muy pocos durante este periodo.

Volviendo a la pregunta inicial, ¿para qué construir un Manicomio General? Podemos afirmar que la iniciativa no partió de un sólido grupo de psiquiatras que persuadió al gobierno para que efectuase tan magna inversión en materia de salud mental.; de hecho, ni siquiera hubo un cuerpo de psiquiatras consolidado en aquella época. Más bien, la iniciativa partió de instancias del gobierno: el Ministerio de Gobernación y el de Fomento. Las motivaciones no obedecieron al alarmante hacinamiento ni a las condiciones físicas de los viejos asilos para dementes. De hecho, cuando se iniciaron las gestiones para construir un Manicomio General allá por 1864, los viejos asilos estaban muy por debajo de su capacidad; además, los informes oficiales -sobre todo en el Divino Salvador- no mencionan carencias e irregularidades que justificasen su clausura.

Si las motivaciones directas no fueron de orden material, podemos buscarlas en lo simbólico; a saber, los asilos representaban al viejo orden colonial, tanto por su origen como por su arquitectura. Además, no se asociaban a la curación científica sino a la caridad cristiana. Así, el Estado moderno y liberal, consolidado a lo largo de 100 años a partir de la ruptura con la monarquía española, se presentaba ante la sociedad mexicana y ante los invitados de la comunidad internacional como un abanderado del progreso y de la ciencia al clausurar uno de los símbolos del antiguo régimen.

---

<sup>123</sup> El alcoholismo y la forma en que se entendía desde la medicina, se desarrollará en el capítulo tres. El texto que uso como base para comprender la lucha de la élite porfiriana contra el alcoholismo es CARRILLO, 2002



## Capítulo 2. Los "degenerados" porfirianos

El 9 de septiembre de 1910, unos cuantos días después de la solemne inauguración, se abrieron las puertas del Manicomio e ingresaron sus primeros moradores: 350 hombres provenientes del Hospital de San Hipólito y 429 mujeres del Divino Salvador. Sobre el pasado de estos nuevos internos sabemos muy poco ya que la mayoría de los expedientes clínicos no fueron trasladados a La Castañeda. Por ello, la mayoría de estos pacientes fueron una incógnita para el personal médico: no se sabía cuánto tiempo llevaban encerrados, las causas, la evolución de los síntomas, etc.<sup>124</sup> Para subsanar esta carencia, los médicos trataron de esbozar la historia clínica de cada interno con base en lo que recordaban los vigilantes, enfermeros y hasta el mismo paciente.<sup>125</sup>

En medio de tantas historias incompletas, encontramos el caso de Ángel. De él sabemos que ingresó cinco veces a San Hipólito; la primera vez fue en agosto de 1901 y estuvo sólo 15 días. Las siguientes cuatro ocurrieron en un lapso de dos años y no duraron más de cinco meses cada una. Pero la última internación fue la más prolongada. Ángel fue recluido con una orden judicial en noviembre de 1905. Cuando se fundó La Castañeda lo trasladaron y lo asignaron al Pabellón de Peligrosos. En el expediente clínico se conservan algunos diagnósticos y muchas cartas con poemas de su autoría. Según su autobiografía, Ángel salió de Jilotepec a los 15 años en busca de trabajo. Rápidamente fue contratado como ferrocarrilero y después como telegrafista. Sin embargo, por su propensión al alcohol solía descuidar las responsabilidades laborales y era despedido. Sobre las razones de sus primeros internamientos no sabemos nada, pero su último ingreso, según el doctor Ramón Alfaro, ocurrió porque “agredió de palabra a una persona de la buena sociedad sin estar ebrio”.<sup>126</sup> Según el examen médico hecho en 1907, no se encontraron ideas delirantes ni trastornos somáticos, “no es deforme ni asimétrico”, solamente

---

<sup>124</sup> Las dificultades a la hora de reconstruir biografías clínicas es expuesto por CARVAJAL, 2001

<sup>125</sup> Ríos, 2004, pp. 23

<sup>126</sup> AHSS, F-MG, Sección Expedientes Clínicos (Se-EC), caja 7, exp. 10, ff. 10

“estaba demacrado”. En cuanto a sus facultades mentales, se determinó que tenía buena memoria, “no sufría alucinaciones, ilusiones ni insomnios”, tenía conciencia del bien y del mal y se expresaba a la perfección, “no era ni espendenciero, no se masturba, ni ha intentado fugarse, y si una vez se fugó, espontáneamente se presentó para ser recluido”, además, no tenía señales de haber padecido sífilis.<sup>127</sup> ¿En qué radicaba la locura de Ángel? Su anormalidad emergía cuando se exaltaba, ya que se ponía “petulante y jactancioso” y no tenía escrúpulos en exigir “con soberbia atenciones de personas influyentes”. Además, los familiares lo consideraban insoportable porque era “agresivo de palabra”. Muchas de sus cartas están llenas de afirmaciones en las que no ocultaba el odio exacerbado que sentía por la religión católica:

“La María, el Juan, El Moisés, y por ultimo, El Espíritu, ralea de desgraciados sin conciencia y sin tomar en consideración el favor tan grande que les hace la nación con creerlos [...] Es un escándalo el papel que desempeña la María en la vida real”.<sup>128</sup>

Después de dos años de encierro comenzó a manifestar ideas delirantes, como creerse dueño de los ferrocarriles e inventor de un mecanismo para comunicar la tierra con la luna. Frente a tales “síntomas” el doctor Alfaro no dudó en afirmar que era un *degenerado psíquico con debilitamiento intelectual*, máxime porque el padre había sido un alcohólico y muy probablemente lo había engendrado en estado de embriaguez. ¿Qué destino le esperaba a este “degenerado”?

En cuanto al porvenir del paciente es de suponerse que como en la generalidad de los degenerados, nunca recobrará la lucidez de su juicio y tampoco caerá en la demencia; alguna enfermedad accidental y si esta no ocurriere, morirá tal vez ya anciano con delirio de involución.<sup>129</sup>

El doctor Alfaro tenía tres puntos bastante claros. a) Las causas del encierro de Ángel habían sido eminentemente sociales: faltarle al respeto a alguien importante; por lo tanto, no se le encerraba porque estuviera loco, sino

---

<sup>127</sup> AHSS, F-MG, Se-EC, caja 7, exp. 10, ff. 11

<sup>128</sup> AHSS, F-MG, Se-EC, caja 7, exp. 10, ff. 65

<sup>129</sup> AHSS, F-MG, Se-EC, caja 7, exp. 10, ff. 10

porque su supuesta locura lo convertía en un peligro social. b) Los delirios de Ángel no habían motivado la internación ya que estos se habían presentado *después* de haber sido recluido. c) Los "síntomas", como el carácter excéntrico, atrevido e irreverente, no eran constitutivos de alguna psicopatía en particular. Pese a todo esto, el doctor Alfaro no dudó en asumir la conducta trasgresora de Ángel como la evidente consecuencia de una disfunción orgánica hereditaria. Al ser diagnosticado como "degenerado", el saber científico vaticinaba un triste e ineluctable destino a nuestro hombre: la incurabilidad y un progresivo debilitamiento de la capacidad intelectual, combinación fatal que lo llevaría a la tumba. Y así fue: el 69,9% (!) de los pacientes que ingresaron a La Castañeda provenientes de los hospitales para dementes fallecieron. Este hecho nos lleva a una primera pregunta: ¿quiénes fueron estos "degenerados" tan meticulosamente observados por la mirada psiquiátrica y qué enfermedades padecían?

## **1. Los primeros pacientes de La Castañeda**

Entre los primeros internos del Manicomio hubo una cantidad de mujeres levemente superior a la de hombres: 429 y 350 respectivamente. Esta diferencia obedece a que el San Hipólito tenía una capacidad inferior a la del Divino Salvador. En cuanto al sitio de nacimiento de estos internos encontramos un dato interesante: el 48,8% de las mujeres y el 38% de los hombres nacieron en la ciudad de México, mientras que el 45,8% de las mujeres y el 57,6% de los hombres nacieron en provincia. Así, hay una tendencia a que las mujeres encerradas fueran capitalinas, mientras que los hombres eran mayoritariamente migrantes. La mayoría de las mujeres tenían entre 30 y 40 años, el 64% eran solteras y en algunos casos no tenían ni padres ni esposos que se encargaran de su cuidado, de manera que los hermanos o cuñados solían llevarlas al Divino Salvador para que allí concluyeran sus días.<sup>130</sup> Por su parte, la mayoría de los

---

<sup>130</sup> La información sobre la persona o instancia que remitió a los pacientes que llegaron del Divino Salvador y de San Hipólito, no siempre fueron registrados. Tenemos la información sobre la instancia del gobierno ante la cual se hizo la solicitud, que solía ser el gobierno de la ciudad o la Beneficencia Pública. Sin embargo, con base en una muestra de 26 casos tomada de las

hombres tenían entre 20 y 30 años y eran solteros; esto es, jóvenes que migraban a la ciudad, carentes de una red familiar que le brindase el apoyo para lidiar con su afección.

**Tabla 1. Enfermedades que padecían los pacientes que ingresaron a La Castañeda remitidos de los hospitales para dementes el Divino Salvador y San Hipólito (%)**

<b>Enfermedad</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>
Demencia	17,6	21,6
Retraso mental	13,2	12,5
Neurosis	10,2	17
Parálisis general progresiva	4,4	0
Alcoholismo	10,3	3,4
<b>Epilepsia</b>	<b>29,4</b>	<b>30,6</b>
Otros	1,8	8,1
No se sabe o no tenía nada	17,6	6,8
Total	100	100

Fuente: Cuadro 10. Véase anexo estadístico.

La enfermedad mental más diagnosticada entre los pacientes que fueron remitidos de los viejos hospitales para dementes fue la epilepsia; esta afectó al 29,4% de los hombres y el 30,6% de las mujeres. La segunda psicopatía más diagnosticada fue la demencia (precoz y senil), afectando al 17,6% de los hombres y al 21,6% de las mujeres. En tercer lugar, es sobresaliente la cantidad de pacientes que fueron diagnosticados como *imbéciles* e *idiotas*: el 12,85%, el porcentaje más alto en comparación con el periodo revolucionario. Podríamos suponer que estos tres grupos de sujetos presentaban comportamientos o actitudes que fácilmente eran reconocidas por la sociedad como síntoma de alguna enfermedad mental; por ejemplo, las convulsiones de quien padece epilepsia, las incoherencias manifiestas de alguien con demencia precoz –hoy conocida como esquizofrenia- o la evidente discapacidad de quienes padecían algún retraso mental. Por lo tanto, la presencia de estos sujetos en los hospitales para dementes nos podría resultar totalmente obvia. Sin embargo, nos llama la atención que durante los primeros diez años de funcionamiento de La Castañeda

---

pacientes que tenían entre 30 y 40 años al momento del ingreso, encontramos que en sólo 6 se registró el parentesco de quien solicitaba la internación: 3 por los hermanos, 1 por el padre, 1 por el cuñado y 1 por el hijo.

hubo una notable disminución de la cantidad de pacientes que padecían de epilepsia, retraso mental o de alguna forma de demencia.

Otro aspecto sobresaliente de los primeros pacientes de La Castañeda fue, como ya se mencionó, el alto índice de mortalidad: el 69,9% de la población total falleció después de 3,3 años de encierro, en el caso de los hombres, y 5,74 años para las mujeres. Las principales causas de los decesos fueron: enterocolitis (35,8%), neumonía (10,1%) y tuberculosis (12%), además de cirrosis, arterioesclerosis, disentería, hemorragia, hepatitis, meningitis, pericarditis, entre otras. Si embargo, el *gran mal epiléptico* sólo le arrebató la vida al 4,4% de la población. Así, nos encontramos con una notable cantidad de pacientes diagnosticados como epilépticos, en primer lugar, y otros como dementes o retrasados mentales, que fallecieron en el encierro después de varios años de encierro. En consecuencia, la pregunta que nos compete resolver es ¿por qué a fines del porfiriato hubo una notable cantidad de pacientes psiquiátricos encerrados diagnosticados como epilépticos, dementes o imbeciles que fallecían después de varios años de encierro olvidados por sus familiares? Para responder este interrogante carecemos de completas historias clínicas u otro tipo de documentos donde los parientes nos expongan por qué encerraban a este tipo de sujetos. Más bien, la fuente más elocuente sobre el tema son los escritos de los primeros psiquiatras. Una revisión a la bibliografía médica de aquellos días destaca a la epilepsia como la psicopatía que más tesis y artículos generó; mientras que las demencias y los retrasos mentales no fueron objeto de reflexiones por parte de los científicos porfirianos. Por lo tanto, con base en los escritos sobre la epilepsia vamos a explorar más allá de lo meramente clínico en busca de las implicaciones ideológicas, sociales y políticas que tenía esta afección en aquel México porfiriano. Aproximarnos a dicho entramado es absolutamente relevante por dos razones.

a) Fue, justamente, durante este periodo cuando los médicos que ejercieron en La Castañeda recibieron formación. Las discusiones que sobre las enfermedades mentales que tuvieron lugar durante las décadas previas a la inauguración del Manicomio, fueron estructurantes de la mirada clínica de

aquellos estudiantes de medicina. Es decir, el cambio político que hubo con el fin del porfiriato y con el inicio de la revolución no implicó, ni remotamente, un cambio en el discurso psiquiátrico; más bien, hubo una continuidad observable en el uso de los mismos criterios. Así, la mirada psiquiátrica que se moldeó durante las últimas décadas del siglo XIX y la primera del XX, fue la que diagnosticó a estos primeros pacientes “degenerados” de La Castañeda.

b) Las discusiones sobre la epilepsia tuvieron lugar en el marco de la génesis del saber psiquiátrico en México; fue una de las primeras enfermedades que se discutieron a fondo en el naciente gremio. Podríamos imaginarnos la gestación de dicho saber fue el resultado de un grupo de especialistas aislados en sus laboratorios observando con microscopio las patologías en la estructura cerebral de los locos muertos o detallando el comportamiento, los movimientos y las expresiones de los internos en los hospitales para dementes, todo con el único ánimo de generar un saber “científico”. Pero no fue así. Los primeros psiquiatras formaron parte de la élite porfiriana que tenía su interés fijo en la construcción de una nación moderna y civilizada, acorde con las exigencias del progreso. El ideal de modernidad estaba revestido por un halo de clasismo, donde la pobreza era sinónimo de insalubridad, inmoralidad, vicios, enfermedades, atraso, etc. En el intento por desarraigar los hábitos que mantenían a los pobres anclados en la barbarie, los médicos desempeñaron un papel fundamental tanto en el diseño de proyectos para educar y moralizar, como en la implementación de rigurosas medidas sanitarias.<sup>131</sup> Este vínculo ideológico entre la medicina y el Estado tuvo una repercusión directa tanto en la forma en que se entendían las enfermedades mentales como en la inserción en los espacios de poder por parte de los médicos interesados en las psicopatías. Afecciones como la epilepsia fueron consideradas como peligros sociales y la

---

<sup>131</sup> Una abordaje general al periodo porfiriano es SPECKMAN, 2004. Un trabajo muy completo sobre el proyecto de moralización, motivado tanto por los liberales como por la iglesia católica, es ampliamente desarrollado por BRICEÑO SENOSIAIN, 2005. Con el fin de imponer hábitos de higiene en la vida cotidiana de los mexicanos y, además, reformar las condiciones sanitarias de la ciudad, fueron implementados diferentes planes educativos y sanitarios; temáticas ampliamente expuestas en AGOSTONI, 2001, 2003a y SANTOYO, 1996-1997

función especialista, más allá de la clínica, era relevante en tanto protector de una sociedad amenazada por “anormalidades” que degenerarían la raza.

El vínculo entre el discurso científico sobre la epilepsia, el quehacer profesional de los primeros psiquiatras y los intereses del Estado, estuvo dado por la **teoría degeneracionista** ya que en ella se amalgamó la ciencia médica con la ideología clasista y excluyente de la élite porfiriana. Esta teoría era consubstancial a la mirada psiquiátrica; la misma que observó a Ángel y le auguró una vejez de demencia y encierro. Para comprender por qué el aumento de “degenerados” a finales del porfiriato en los hospitales para dementes vamos a explorar a continuación tres aspectos: en qué consistía el degeneracionismo, a qué se dedicaban los médicos que reflexionaban sobre las enfermedades mentales y cómo era entendida la epilepsia.

## **2. El degeneracionismo en la psiquiatría mexicana**

La herencia como causa fundamental o predisponente de la locura fue el punto de inicio de un periodo que Edward Shorter denomina como la *Primera psiquiatría biológica*. La incursión de la herencia en el discurso psiquiátrico de mediados del siglo XIX fue una ruptura con los referentes planteados por quien ha sido considerado como el fundador de la psiquiatría: Phillippe Pinel.<sup>132</sup> Según el mito de origen, fue este hombre quien rompió los grilletes que cruelmente sometían a los internos del Hospital de Bicetrê.<sup>133</sup> Con esta acción inició la posibilidad de ofrecerles tratamiento a los locos que estaban hacinados en los hospitales auspiciados por el gobierno. La propuesta de Pinel consistía en que los locos debían recibir un “tratamiento moral” cuyo objetivo era incidir en la parte intelectual de los pacientes para disuadirlos de sus ideas delirantes. Además del trabajo, el deporte, la música y el arte en general como herramientas para ofrecer una terapia funcional, el médico debía crear un espectáculo y exudar autoridad para demostrarle al paciente lo errado de sus

---

<sup>132</sup> SHORTER, 1997, pp. 69. La biografía más completa de Philippe Pinel es WEINER, 2002

<sup>133</sup> En México los locos dejaron de estar sometidos con grilletes y otros instrumentos de tortura en 1836, cuando el gobernador Vieyra dio la orden de acabar con todas esas “crueldades” usadas para someter a los locos en aras de un trato “humano”. *La Beneficencia Pública en el Distrito Federal*, tomo I, no. 3, 1926, pp. 32.

ideas.<sup>134</sup> Así, la novedad de Pinel fue sugerir que la locura era curable, más que por la medicación, por la persuasión.<sup>135</sup>

La *Primera psiquiatría biológica* comenzó con los psiquiatras que decidieron dejar de lado cualquier explicación de la enfermedad mental que no estuviera mediada por la fisiología;<sup>136</sup> lo cual significó buscar tratamientos que incidieran directamente en el órgano disfuncional. Por lo tanto, la propuesta central era vincular la neurociencia con la terapéutica psiquiátrica. Desde inicios del siglo XIX las investigaciones en neurofisiología estaban avanzando en Europa. Pese a que sus aportes fueron substanciales, llevarlos a la terapéutica superaba los límites de lo posible. Por ejemplo, en Alemania hubo una tradición de neurofisiólogos que trabajaron sobre el paradigma de la *localización*; es decir, debían relacionar alguna disfuncionalidad psíquica con una cerebral. Dicho modelo fue esbozado por Franz Gall (1758-1828) quien propuso que las facultades morales y mentales estaban localizadas en la superficie del cerebro, de manera que se podía detectar un uso exagerado o escaso de alguna zona gracias al examen de la superficie del cráneo.<sup>137</sup> Siguiendo este modelo, Karl Wernicke (1848-1905) estableció, en 1874, que cuando el paciente tenía un traumatismo en el lóbulo temporal, justo al lado del corte auditivo, presentaría una afasia de recepción, es decir, que perdía la capacidad de comprender el lenguaje hablado.

Pese a que la psiquiatría francesa no fue tan biologicista como la alemana, tuvo propuestas significativas en materia neurológica. Antoine-Laurent Bayle (1799-1858) fue quien en 1822 se dio cuenta de que los síntomas de

---

<sup>134</sup> De hecho el *tratamiento moral* no fue invención de Pinel ya que desde el siglo XVII los británicos hacían uso de la *Moral Therapy*. Sin embargo, antes de Pinel nadie había aplicado este tratamiento a los enfermos mentales pobres de los hospicios públicos. WEINER, 2002, pp. 15

<sup>135</sup> Las especificidades del tratamiento moral son desarrolladas por GOLDSTEIN, 1987, pp. 64-119

<sup>136</sup> Según SHORTER, 1997, pp. 73, Wilhelm Griesinger (1817-1868), quien fuera profesor de psiquiatría en Berlín entre 1865 y 1868, es considerado como el fundador de la *primera psiquiatría biológica*. La investigación en neurofisiología adelantada por Griesinger significó la ruptura con una tradición romántica que veía en las pasiones las causas de la locura. Entre estos románticos estaban Johann Heinroth (1773-1843), Johann Christian Reil (1759-1813) y Karl Wilhelm Ideler (1795-1860)

<sup>137</sup> Este sistema frenológico de Gall fue tempranamente recibido en México, ya que existe un texto del Dr. Rafael Lucio de 1841, cuestionando los alcances de esta propuesta. SOMOLINOS D'ARDOIS, 1976, pp. 131-132



neurosífilis tenían como causa una inflamación en las meninges. No podemos dejar de mencionar a Paul Broca (1824-1880) quien situó en la tercera circunvolución del lóbulo frontal -Área de Broca-, el centro del lenguaje articulado. Así, pese a que la investigación en neurofisiología ya venía caminando, no había forma de llevar dichos avances al campo de la terapéutica. Sin embargo, hubo una propuesta que, si bien no ofrecía herramientas para curar las enfermedades mentales, sí ofrecía instrumentos que posibilitaran *la prevención* de la misma. Esta fue la teoría del degeneracionismo desarrollada por el psiquiatra francés August Bénédict Morel (1809-1873).

Esta teoría partía de una concepción estrictamente somaticista. Morel inició su investigación después de un recorrido por varias instituciones en las que pudo constatar la cantidad tan alarmante de delincuentes, siendo este hecho lo que motivó sus reflexiones. Su influencia estuvo dada por las clasificaciones hechas por los naturalistas como Bufón y Cuvier quienes buscaron las variabilidades, o degradaciones, de una misma especie en torno a un “tipo primitivo perfecto”.<sup>138</sup> Estos referentes fueron usados por Morel quien, con una fuerte influencia religiosa, consideraba que había un hombre primitivo perfecto creado por Dios, según el relato del Génesis. Por lo tanto, cualquier variación del tipo ideal era una degradación, siendo necesariamente una degeneración. Dichas variaciones se transmitían hereditariamente. Las deformaciones morbosas del tipo primitivo obedecían a varios factores, entre ellos: la intoxicación por alcohol o drogas, la insalubridad del entorno ambiental, alguna afección morbosa anterior, los malos preceptos morales y las enfermedades congénitas. Este referente aplicado a la psiquiatría servía para comprender al loco como el resultado de alguna influencia nociva que había degenerado el código genético. En esencia, el degeneracionismo proponía que individuos con hábitos o prácticas “viciosas”, como el consumo de licor, marihuana, opio o cocaína, o una vida sexual “anormal”, tendrían hijos locos o epilépticos y estos, a su vez, tendrían imbéciles que acabarían con la progenie. Por consiguiente, esta teoría se convirtió en un apoyo “científico” para la élite

---

<sup>138</sup> HUERTAS GARCÍA-ALEJO, 1987, pp. 19-32

porfiriana que no cejaba en su lucha por extirpar los elementos nocivos que servían de caldo de cultivo para la locura y la criminalidad; temerarias amenazas para el proyecto de nación moderna.<sup>139</sup> Así, con el discurso degeneracionista, el psiquiatra se unía a la pléthora de intelectuales que se erguían como guardianes de la moral burguesa, protegiendo a la sociedad de las influencias malsanas.

Esta teoría tuvo una amplia aceptación entre los médicos mexicanos. Por ejemplo, en 1877, el doctor Gustavo Ruiz no dudó en afirmar que “la herencia es á la vez el punto de partida de toda mejora, el origen de todo deterioro, y el medio por excelencia de formación y conservación de nuevas razas”.<sup>140</sup> La aceptación del degeneracionismo creaba una idea de locura equiparable al pecado original, es decir, que quien tuviese en sus ancestros algún alcohólico, imbecil, demente, sifilítico o epiléptico, tendría la locura como irremediable destino del que era imposible escapar. Por ello, cuando un individuo era internado, ya fuera a los viejos asilos para dementes o al Manicomio General, los médicos hacían una rigurosa entrevista en la que trataban de desentrañar las raíces familiares de la psicopatía. De hecho, una de las preguntas obligatorias era: “¿Hay ó ha habido en su familia algún individuo nervioso, epiléptico, loco, histérico, alcohólico, sifilítico ó suicida?”. Además, se le preguntaba los antecedentes médicos de padres, hermanos e hijos, ya que alguna psicopatía o enfermedad crónica en el árbol familiar se convertía en herramienta para explicar la anomalía del paciente.

Un ejemplo del vínculo que tuvo lugar entre los médicos y la ideología porfiriana a través de la teoría degeneracionista es el *Primer Concurso Científico*, organizado en 1895 con el ánimo de hacer una evaluación del estado en que se encontraba México. Allí, médicos y juristas, positivistas y católicos, convergieron en que el inminente progreso que envolvía a la humanidad civilizada, como una realidad de la historia, justificaba una acción social del

---

<sup>139</sup> El desarrollo del degeneracionismo en México y su impacto aun hasta mediados del siglo XX en las políticas eugenistas del Estado es desarrollado ampliamente en URÍAS HORCASITAS, 2004, pp. 41-48.

<sup>124</sup> RUIZ, 1877, pp. 8.

médico recubierta con un halo de mesianismo, en tanto designados para llevar a la “degenerada” y enferma sociedad mexicana a la anhelada modernidad.

Los trabajos presentados resaltaban el papel definitivo del médico a la hora de incidir en los problemas que aquejaban a la sociedad, donde los límites entre lo médico, lo jurídico y lo moral se hacían tenues. Fue el doctor Rafael Lavista quien en su intervención justificó el papel proteccionista del médico frente a los elementos patógenos. Desde una perspectiva spenceriana, propuso que las leyes que rigen al organismo social deberían ser las mismas que rigen el organismo biológico; es decir, la fisiología y la jurisprudencia recorrían el mismo sendero porque ambas descubrían leyes y las hacían funcionar en una lucha por destruir los factores que amenazaban tanto al cuerpo individual como al social.<sup>141</sup> Por lo tanto, la función del médico debía estar encaminada a localizar aquellos agentes que amenazaban el proyecto de nación moderna y civilizada. Por ejemplo, se habló del control que se debía tener sobre los epilépticos y alcohólicos ya que, en tanto degenerados, deteriorarían a la sociedad con sus hijos anormales. Nicolás Ramírez de Arellano, quien fuera director de La Castañeda treinta años después, señalaba las formas en que debía controlarse la “mortífera plaga degenerativa” del alcoholismo.<sup>142</sup> Porfirio Parra presentó un trabajo sobre la responsabilidad parcial o atenuada de los locos que se habían visto involucrados en procesos criminales;<sup>143</sup> tema que también desarrolló Secundino Sosa.<sup>144</sup> Por su parte, el médico José Olvera planteaba: “la sana moral es el antipirético seguro que abatirá la fiebre que consume a la sociedad [...] Renaciendo la calma de los espíritus, las neurosis se debilitarán, siendo entonces menos probable su transmisión”<sup>145</sup>.

Pero, ¿cómo llevar estos referentes degeneracionistas al ejercicio de la clínica psiquiátrica? Es un hecho que de esta teoría no se desprendían propuestas terapéuticas; empero, sí funcionaba como mecanismo para detectar

---

<sup>141</sup> LAVISTA, 1895, pp. 6-8.

<sup>142</sup> RAMIREZ ARELLANO, 1895

<sup>143</sup> PARRA, 1895

<sup>144</sup> SOSA, 1895

<sup>145</sup> OLVERA, 1895, pp. 10.

a aquellos sujetos que amenazaban el futuro de la nación civilizada y moderna que tanto se deseaba. ¿Cómo detectarlos? En Europa tuvo bastante aceptación la antropología criminal del italiano Cesare Lombroso (1836-1909). Esta teoría consideraba que los sujetos “degenerados” podían ser detectados por los “estigmas” que llevaban en el cuerpo como prueba irrefutable de haber tenido ancestros con vicios o enfermedades que habían deteriorado el patrón genético.<sup>146</sup> Tales “estigmas” se localizaban con base en las proporciones de las medidas craneométricas, el tamaño del lóbulo de las orejas, la forma de la nariz, de los genitales, etc. Cada parte del cuerpo podía tener una huella degenerativa.

En México hubo criminalistas y juristas que intentaron aplicar a Lombroso en la detección de los criminales.<sup>147</sup> En dicha empresa, los grupos indígenas, al ser observados, medidos y puestos en la base de la escala evolutiva fueron considerados como los más propensos al crimen.<sup>148</sup> No obstante, contrario a lo que algunos historiadores han sugerido, la influencia de Lombroso en la psiquiatría mexicana fue nula.<sup>149</sup> De hecho, si tal esquema se hubiese aplicado, los grupos indígenas habrían sido los más propensos a la locura, fenómeno que no ocurrió, ya que los psiquiatras no dejaban de mencionar que los indios no enloquecían por hallarse al margen de la celeridad propia de la vida moderna.<sup>150</sup> Por otra parte, no hubo publicaciones en las que se aplicara a Lombroso para

---

<sup>146</sup> La aplicación de los métodos lombrosianos al campo de la criminalística en México se expone en SPECKMAN, 2001. Argentina fue el país de América Latina donde más impacto tuvo la teoría degeneracionista en la psiquiatría. Fue el doctor José Ingenieros quien aplicó las propuestas lombrosianas para comprender la criminalidad; al respecto véase HUERTAS GARCÍA-ALEJO, 1991. Un análisis sobre la aplicación de la teoría degeneracionista al contexto brasilero es BORGES, 1993.

<sup>147</sup> Los intelectuales que durante el porfiriato buscaron aplicar los principios de la antropología criminal para detectar a los criminales a partir de los “estigmas” que el “vicio” dejaba en sus índices antropométricos cual huella indeleble fueron Rafael de Zayas Enríquez quien publicó en 1885 *La fisiología de crimen. Estudio jurídico-sociológico*. Por otra parte, Julio Guerrero quien hizo extensas entrevistas a internos de algunas cárceles, publicó en 1901 *La génesis del crimen en México*. Finalmente, Carlos Roumagnac, quien fuera inspector de policía, profesor de derecho y periodista, escribió en 1904 *Los criminales en México. Ensayo de psicología criminal*; trabajo en el que aplicaba los referentes de la teoría degeneracionista. Un análisis muy completo sobre la perspectiva científica sobre la criminalidad en el México porfiriano es NÚÑEZ CETINA, 2005.

<sup>148</sup> PICCATO, 1997a y 1997b

<sup>149</sup> CHÁZARO, 1994 pp. 55-64.

<sup>150</sup> En 1878 fue publicado el primer análisis psiquiátrico hecho a un indígena otomí. El doctor Rafael Caraza concluyó que los indios no padecían de locura; más bien, su cercanía a la naturaleza los mantenía al margen de las influencias “modernas” que “exacerban las pasiones”. CARAZA, 1878, pp. 35.

comprender las enfermedades mentales. Es más, la única mención extensa a dicha propuesta la encontramos en un artículo del doctor José Olvera en el que criticaba fuertemente esta teoría. Olvera se lamentaba de que una propuesta “tan peligrosa” hubiese incursionado en ciertos sectores de la ciencia. Argumentaba que habían sido múltiples los casos en que los médicos no encontraban relación entre la presencia de estigmas y el comportamiento del loco:

“Por lo visto estamos muy lejos de admitir como ciertos algunos artículos de la biblia redactada por Lombroso. Antes de adoptarlos, creo que se debe hacer una crítica acerba porque las consecuencias de su doctrina son graves. ¡Ciertos partidarios de este apóstol llegan hasta pedido la muerte de todos los que presentan los caracteres físicos del criminal”.<sup>151</sup>

Si bien, no hubo una aplicación directa del modelo lombrosiano por parte de los primeros psiquiatras mexicanos en el campo de la clínica, la teoría degeneracionista fue aceptada por el incipiente gremio. Esta teoría fue asumida como verdad científica por las élites políticas y médicas tanto en Europa como en Latinoamérica y Estados Unidos a fines del siglo XIX a la hora de comprender la locura y la criminalidad. No obstante, además de ser un discurso para comprender lo que se consideraba como anormal, la noción de degeneración hizo de la psiquiatría un auténtico saber-poder<sup>152</sup> en la medida que fue un campo del conocimiento ligado fuertemente a la ideología del Estado porfiriano. Pero ¿a qué se dedicaban aquellos médicos que a fines del siglo XIX se interesaron por la psiquiatría?

### **3. La función social y jurídica del psiquiatra.**

La mayoría de los médicos que durante el porfiriato escribieron artículos sobre las enfermedades mentales no precisamente trabajaban en los hospitales para dementes. Entonces, ¿a qué se dedicaban estos médicos que tanto reflexionaron sobre las complejidades del cerebro? Pese a la copia que se

---

<sup>151</sup> OLVERA 1891, pp. 163-169.

<sup>152</sup> El proceso mediante el cual la psiquiatría francesa, pasa de ser un "saber" sobre las enfermedades mentales, y se convierte en un "poder" en la medida que tiene injerencia jurídica y social, es desarrollado por FOUCAULT, 2000, pp. 107-156

pretendió hacer en México de la psiquiatría francesa, hubo una diferencia en cuanto al ejercicio de la misma. La investigación psiquiátrica en Francia se desarrolló en el marco de los diferentes hospitales para dementes. Las principales obras fueron producidas por quienes fungían como directores de los psiquiátricos.<sup>153</sup> Pero así no fue en México ya que los médicos que estuvieron al frente de los hospitales para dementes no publicaron los resultados de su experiencia en la clínica, a excepción de Miguel Alvarado quien publicó un artículo sobre la epilepsia.<sup>154</sup> Tampoco ocurrió como en Alemania, donde las universidades concentraron la investigación.<sup>155</sup> La cátedra de psiquiatría en México tuvo una vida muy precaria durante el porfiriato. De hecho, después de las pocas clases impartidas por Miguel Alvarado en 1893, el doctor Alfonso Ruiz Erdozain impartió dicho curso en 1903 y en 1905.<sup>156</sup> Pero fue hasta 1910 cuando se comenzó a impartir la clase de clínica psiquiátrica de forma interrumpida.

Entonces, ¿a qué se dedicaban aquellos psiquiatras porfirianos? El abordaje de tales afecciones se hizo desde un espacio híbrido: la medicina legal. Por una parte, en ausencia de una cátedra de psiquiatría, el curso de Medicina Legal impartido en la Escuela de Medicina fue el espacio donde los médicos se familiarizaban con tales afecciones.<sup>157</sup> Por la otra, los artículos que se publicaron en la *Gaceta Médica de México* estaban incluidos en la sección de Medicina Legal: un campo interdisciplinario donde convergen la medicina y el derecho.<sup>158</sup>

---

<sup>153</sup> Jean Marie Charcot fue médico de la Salpêtrière, Jules Falret en Bicêtre, Ernest Lasegue en Lourcine y Saint Antoine, August Morel en el Asilo de Mareville (Meurthe) y en el de Saint-Yon, Valentin Magnan en el asilo de Saint Anne en Paris, para mencionar sólo unos cuantos.

<sup>154</sup> ALVARADO, 1883.

<sup>155</sup> DÖRNER, 1975, pp. 256-265

<sup>156</sup> El programa del curso impartido por Alvarado no se conserva en los archivos de la Escuela de Medicina. El curso Enfermedades Mentales impartido en 1905 por A. Ruiz Erdozaín en las instalaciones de San Hipólito tuvo una duración de 7 meses. Durante el mes de febrero estudiaron a los enfermos de manía; en marzo las manías crónicas; en abril la melancolía ansiosa y la simple; en mayo a todas las melancolías; en junio a las locuras parálíticas; en julio a los enfermos de delirio sistematizado degenerativo y en agosto a las locuras hereditarias como el idiotismo y la demencia senil. Archivo Histórico de la Facultad de Medicina, Fondo Escuela de Medicina y Alumnos, leg. 192, exp. 4, ff. 24

<sup>157</sup> Este curso fue impartido En la Escuela de Medicina, a lo largo del siglo XIX, por Eduardo Liceaga (1846-1850), Durán (1850-1870), Agustín Andrade (1875-1878 y 1884-1886) y Nicolás Ramírez de Arellano (1878-1883 y 1887). (Ruiz, 1963). El único que ejerció la psiquiatría fue el último quien se desempeñó como director de La Castañeda entre 1920 y 1926.

<sup>158</sup> SACRISTÁN, 1999, pp.135-144

Para fines legales, los médicos legistas debían inspeccionar cadáveres que habían fallecido en situaciones extrañas y definir si había sido un suicidio, asesinato o muerte natural. Por ello debían reconocer las heridas infringidas con diferentes armas y debían manejar nociones de química para saber si un muerto había sido envenenado. En caso de violaciones, el médico legista debía inspeccionar la vagina en cuestión para ver si había entrado algo a la fuerza o con consentimiento de la mujer. Y en lo que tiene que ver con enfermedades mentales, el médico legista debía estar en capacidad para reconocer a un demente ya que de serlo, se le eximiría de su responsabilidad penal al cometer un crimen; y en materia civil, la locura era impedimento para el ejercicio de los derechos: testar, comprar o vender propiedades, casarse, etc.

Si bien, desde tiempos coloniales los médicos fueron llamados a los tribunales para indagar sobre la salud mental de algún procesado ¿Qué ocurrió durante el porfiriato para que la medicina legal se convirtiera en el espacio para la emergencia de las primeras reflexiones sobre la locura? Esta incursión coincidió con un cambio fundamental en el campo jurídico: la creación de los códigos Civil (1870) y Penal (1871). Esta codificación del derecho se sentó en una paradoja que le abrió un campo legítimo a los especialistas en las enfermedades mentales: si bien, todos los ciudadanos eran iguales ante la ley, había una realidad: algunos estaban incapacitados física o intelectualmente para ejercer sus derechos como ciudadanos.<sup>159</sup> Por consiguiente, una de las funciones de estos médicos legistas debía ser fungir como peritos en los tribunales para definir si una persona era o no demente. Este hecho significó que los médicos obtenían un lugar legítimo en las decisiones jurídicas; lo cual le otorgaba un peso jurídico al diagnóstico clínico. Allí fue donde incursionaron los médicos legistas: en la creación de un criterio médico que justificara la

---

159 Un ejemplo de ello fue la discusión sobre el hermafroditismo que ponía en duda la “virilidad” requerida para ejercer la ciudadanía: “[...] conforme á mi sentir, el hermafroditismo no solo debe acarrear la privación de los derechos civiles á que se refiere nuestro código fundamental, sino también la de los políticos, siendo la virilidad la única que a despecho de los autopistas pueda llenar cumplidamente las funciones de jurado, de elector, de diputado [...] la pena de muerte civil y política, como se ve, tiene que reemplazar a la de la muerte física con la que la ley de las Doce Tablas castigaba a los engendros de esta y otras especies”. RODRÍGUEZ, 1871, pp. 406.

incapacidad jurídica. El papel de los médicos legistas fue tan relevante que el gobierno porfiriano reconoció oficialmente este cuerpo de profesionales al crear en 1886 el Consejo Médico Legal:

“El Consejo Médico-legal es una corporación que tiene por atribución principal, ilustrar el juicio de los jueces y magistrados sobre todas las cuestiones médico-legales que puedan ventilarse en los tribunales y que tuvieren un carácter dudoso ó difícil en el sentir de la autoridad respectiva [...] Deben revisar, siempre que lo ordenen los jueces y los tribunales, los dictámenes y opiniones que hubieren expedido los peritos médico-legistas, y en su caso los médicos de hospitales públicos”.<sup>160</sup>

Este maridaje entre medicina y jurisprudencia ocurrió a partir de mutuas necesidades. Por una parte, los médicos fueron un gremio que durante los dos primeros tercios del siglo XIX lucharon para que los "científicos" los reconocieran como tales, y porque la sociedad los aceptara como los legítimos concededores de los secretos de la salud y la enfermedad.<sup>161</sup> Para tales fines, los médicos buscaron la incorporación a las instancias estatales en las que pudiesen demostrar la utilidad de su saber para el mejor funcionamiento de la sociedad, siendo lo jurídico un campo en plena ebullición. Por otra parte, en consonancia con la lógica del derecho positivo que codificaba los actos de trascendencia jurídica, se requería de un criterio igualmente “positivo” para definir quiénes debían quedar al margen de la ley. La incursión de los médicos en los espacios jurídicos generó múltiples reflexiones en torno a las psicopatías que amenazaban el derecho positivo.

Según Michael Foucault, la psiquiatría francesa apareció en el marco jurídico para darle una explicación científica a todos esos crímenes que rompían los límites de lo normal; crímenes aberrantes cometidos sin causa aparente llegando a excesos que rayaban en el salvajismo. Por lo tanto, la medicina legal no discutía sobre síntomas o curación sino sobre casos “raros”.<sup>162</sup> Si llevamos

---

<sup>160</sup> *Gaceta Médica de México*, 1886, pp. 225-231. El Consejo tendría una oficina en la Escuela de Medicina, además de un archivo y un presupuesto anual.

<sup>161</sup> La lucha constante de los médicos por obtener reconocimiento social a fines del siglo XIX es desarrollado por AGOSTONI, 2005 y 1999

<sup>162</sup> FOUCAULT, 1996, pp. 160-166. El proceso de politización de la psiquiatría francesa, es decir la incorporación de los psiquiatras en el aparato estatal con el objetivo de patologizar y medicar los



este referente al caso mexicano encontramos otra cosa. La diferencia fundamental es que no fueron casos extremos o raros los que motivaron las reflexiones, ya que no hubo crímenes escalofriantes que llevaran a los psiquiatras a cuestionar si un criminal era o no loco. Este no fue el motor de las reflexiones medico jurídicas en México. Más bien, hubo un interés teórico por definir si una enfermedad era o no peligrosa. Por ejemplo, no se discutía si fulano, reconocido alcohólico, era culpable por un crimen que había cometido. Más bien, discutían en términos generales, y sobre nadie en particular, si la embriaguez ameritaba la incapacidad jurídica. En consonancia con esto, se discutieron enfermedades como la histeria,<sup>163</sup> la neurosis, la epilepsia,<sup>164</sup> la sífilis, la manía y hasta la imbecilidad,<sup>165</sup> la tifoidea,<sup>166</sup> el morfinismo<sup>167</sup> y el alcoholismo.<sup>168</sup> Por consiguiente, las enfermedades mentales interesaban a los médicos juristas en tanto amenazas sociales.<sup>169</sup> Así, no estamos hablando de intereses salidos de los laboratorios o de escalofriantes crímenes como motores del saber psiquiátrico, sino de necesidades políticas, a saber: detectar a los *potenciales* peligros sociales que atentaban contra el proyecto de nación moderna. En palabras de Michael Foucault,

Antes de ser una especialidad de la medicina, la psiquiatría se institucionalizó como dominio particular de la protección social, contra todos los peligros que pueden venir de la sociedad debido a la enfermedad o a todo lo que se puede asimilar directa o indirectamente de ésta.<sup>170</sup>

---

comportamientos que amenazaban el *statu quo*, es expuesto ampliamente en CASTELL, 1980, pp. 197-275

<sup>163</sup> OLVERA, 1895, ROMÁN, 1898

<sup>164</sup> CORRAL, 1882

<sup>165</sup> SALINAS Y CARBÓ, 1870 y LÓPEZ ESPINO, 1909.

<sup>166</sup> Frente a la tifoidea, según se decía, el médico tenía un deber jurídico ya que debía informar a la familia para efectos de la elaboración del testamento ya que era responsabilidad del médico motivar al paciente en los últimos momentos de lucidez a ceder sus bienes de manera "razonable". OLVERA, 1888, pp. 7.

<sup>167</sup> Sobre el morfinismo se decía: "es una indiscutible forma de locura, considerada como parte de las lipemanías ya que genera tristeza; además se les consideraba irresponsables en sus actos. *Escuela de Medicina*, 1885, pp. 225.

<sup>168</sup> PEÓN DEL VALLE, 1905, SABINO, 1903

<sup>169</sup> LÓPEZ, 1886, pp. 8.

<sup>170</sup> FOUCAULT, 2000, pp. 115.

Por consiguiente, la idea del loco como peligro en potencia fue una de las herencias del porfiriato. Para el caso mexicano, ¿qué enfermedades mentales fueron consideradas como peligros sociales? Veamos.

#### 4. Locuras peligrosas

En 1891, cuando el médico y profesor de fisiología José María Bandera analizó la relación entre peligrosidad y locura, afirmó categóricamente: “podemos considerar como peligroso á todo enajenado”. Dicha peligrosidad radicaba en que el loco no sólo podía convertirse en asesino, sino que podía atentar contra su fortuna o contra el pudor; además “la misma sociedad puede ser víctima, pues un loco por sus actos, sus escritos ó su palabra puede trastornar el orden público”.<sup>171</sup> Entre las afecciones que merecían el encierro para mantener protegida la sociedad estaban las manías, la melancolía, la epilepsia, la imbecilidad, los delirios y el alcoholismo.<sup>172</sup> Sin embargo, las psicopatías “peligrosas” que más llamaron la atención de los médicos legistas de fin de siglo XIX fueron la manía y la epilepsia y el alcoholismo; sin embargo, esta última la analizaremos en el capítulo 3.

##### a. Manía

Las primeras referencias que tenemos sobre las enfermedades mentales que debían interesar al médico legista provienen de los manuales de medicina legal escritos por Luís Hidalgo y Carpio<sup>173</sup> quien enfatiza que la psicopatía con más repercusiones jurídicas era la **monomanía**. Esta afección tuvo un impacto importante a mediados del siglo XIX ya que ponía sobre la mesa la existencia de afecciones mentales muy difíciles de percibir a simple vista, haciéndose perentoria la observación de un especialista. Este último no sólo debía observar

---

<sup>171</sup> BANDERA, 1891, pp. 134.

<sup>172</sup> BANDERA, 1891, pp. 134.

<sup>173</sup> Luís Hidalgo y Carpio (1818-1879) quien publicó dos libros sobre medicina legal, el primero fue escrito antes de la codificación del derecho (1866) y el segundo después de la misma (1877). Su obra lo consolidó en la memoria histórica de la medicina como el mejor médico legista del siglo XIX; razón por la que fue invitado a formar parte de la comisión encargada de reformar el Código penal.

las “locuras manifiestas” como la imbecilidad, la demencia precoz o la demencia senil, sino que debía agudizar los sentidos para detectar aquellas locuras imperceptibles al ojo profano. El monomaniaco, según la definición de Hidalgo y Carpio, era quien actuaba “bajo la influencia de una concepción delirante, limitada á una sola ó á un corto número de ideas, ó por una inclinación irresistible ó dominado por una violenta pasión del animo”.<sup>174</sup> De acuerdo al tema que presentase el delirio, la monomanía podía ser “homicida, peligrosa, religiosa, erótica (o ninfomanía) o suicida”. Es decir, los monomaniacos que merecían el “secuestro”, por lo peligrosos que resultaban, eran aquellos cuyos delirios atentaran contra la vida, contra el pensamiento secular y contra los patrones de sexualidad.<sup>175</sup>

Del psiquiatra se requería un fino instrumental para detectar aquellos sujetos que siendo cuerdos se hacían pasar por locos para evadir las obligaciones jurídicas, o para detectar algún cuerdo que la familia tratase de hacer pasar por loco para despojarle de los derechos civiles. El problema no era definir la monomanía, lo verdaderamente complejo era detectarla. José Olvera nos muestra lo complicado que era llevar estos esquemas a la práctica, donde la rigidez palidecía frente a la complejidad de la realidad. Según nuestro autor, se requería de suma sagacidad para capturar la fugaz manifestación de una monomanía que el loco guardaba secretamente y no confesaba ni a la persona más querida. Los monomaniacos, al sentirse cuestionados, se vestían de una fría cortesía que hacía de las entrevistas “escenas desairadas y en ciertos momentos de ridículas en razón de que los que tienen que investigar desempeñan el papel de inoportunos, sino de perseguidores”. Y en otras oportunidades podía ocurrir lo contrario y el examinado se “revestía de una helada ironía, que deja escapar muchas veces contestaciones burlescas y picantes, que por fuerza tienen que hacer desviar el curso de la conversación”.<sup>176</sup> Además de las dificultades propias del diagnóstico, Olvera

---

<sup>174</sup> HIDALGO Y CARPIO, 1866, pp. 212-213.

<sup>175</sup> Hidalgo y Carpio le diagnosticó monomanía al conocido abogado Felipe Raygoza. La trascendencia de este dictamen es desarrollado por SACRISTÁN, 1999, pp. 174

<sup>176</sup> OLVERA, 1884, pp. 404.

señalaba la falta de médicos expertos en enfermedades mentales que tuvieran un ojo clínico desarrollado con tino y astucia para

“escudriñar y encontrar lo que se esconde en la oscuridad, si los ojos están deslumbrados por la viva luz, que es lo que pasa en los casos difíciles del diagnóstico de una monomanía hábilmente disimulada, o verán lo que está primero á la puerta y no alcanzarán lo que está adentro, que es lo que se mira en presencia de lo que produce un cerebro reducido”.<sup>177</sup>

Debido a las múltiples manifestaciones de la monomanía, según Olvera, era imposible aplicar un solo parámetro para definir la incapacidad jurídica de quienes padeciesen esta afección, y para ilustrarlo recurrió a varios ejemplos. Uno de ellos es el de un comerciante exitoso que cada año aumentaba su capital, pero creía que la cebolla era un veneno, lo que le generaba fuertes disgustos cuando la encontraba en su plato. O el caso del hombre que sólo cuando entraba a su cama y a altas horas de la noche, escuchaba voces que le hablaban, pero en el día su vida transcurría en perfecta normalidad. Siendo ésta la única forma de su locura, Olvera afirma lo ilógico que sería declararlos incapaces de ejercer sus derechos civiles. Otro ejemplo que sirve de contraparte es el caso de un hombre hipocondríaco que vivía en una finca y estaba convencido de que su enfermedad se agudizaría mientras estuviese en dicho predio. Por ello hizo todo lo posible por venderla, así el precio que le dieran no fuera el mejor. En caso de aplicarle un juicio de interdicción,<sup>178</sup> prohibirle vender la finca y obligarlo a vivir allí, seguramente moriría. Así, Olvera sugería que la interdicción podía ser absoluta o podía limitarse a prohibirle ciertos actos al acusado. De tal forma, Olvera nos deja ver, nuevamente, la distancia entre la teoría y la práctica médica. Si Hidalgo y Carpio en su *Manual* proponía que la monomanía era una entidad nosológica que se debía considerar como “peligrosa”, Olvera nos deja ver que dicho adjetivo no se podía aplicar a todos

---

<sup>177</sup> OLVERA, 1884, pp. 406

<sup>178</sup> Los juicios de interdicción solían gestionarse cuando las familias veían que un miembro de la familia, como consecuencia de una enfermedad mental, ponía en riesgo el patrimonio. Por lo tanto, para cuidar las propiedades, las familias tramitaban ante un tribunal un juicio de interdicción. Si se demostraba que quien estaba lapidando los bienes de la familia padecía alguna enfermedad mental, el juez nombraba un tutor que se hiciese cargo de la administración de las propiedades en nombre del demente en cuestión.

los monomaniacos ya que sólo con el refinado ojo de un experto en la clínica psiquiátrica se podría ponderar el grado de peligrosidad de cada paciente.

Para la última década del siglo XIX, la monomanía había desaparecido de los cuadros nosológicos y dejó de ser considerada como enfermedad. Sin embargo, la epilepsia vino a reemplazarla al convertirse en la forma de locura con mayor peligrosidad.

### **b. Epilepsia**

En su análisis de las locuras "peligrosas", Hidalgo y Carpio afirmó en su *Manual*: "todo epiléptico es original, fantástico, con quien no se puede vivir, y que en un momento dado podrá cometer actos irresistibles de causa alucinatoria y de naturaleza dañosa, sin que esto se pueda prever". Además, el verdadero peligro radicaba en que la epilepsia simple se convirtiera en "locura epiléptica", la cual aparecía a intervalos, antes o después de los ataques convulsivos, caracterizada por ataques de furor acompañados por alucinaciones tanto al oído como a la vista ya que "todo lo ven rojo".<sup>179</sup> Esta enfermedad fue de interés para los médicos legistas porque solía ser fingida por sujetos que buscaban evadir el servicio militar o criminales que buscaban ser eximidos de condena, y hubo mujeres que simulaban epilepsia para "mortificar a sus maridos ó hacerse más interesantes á los novios",<sup>180</sup> o "cuando, por ejemplo, tenga el interés de ser trasladada de la prisión al hospital, ó que se le excuse del trabajo dentro de la misma prisión".<sup>181</sup> Por ello se recomendaba al perito afinar su ojo para distinguir la verdadera epilepsia de la "enmascarada". En consonancia con esto, Bandera afirmaba: "los epilépticos deben ser considerados como esencialmente peligrosos" y, si bien no todos los aquejados de epilepsia "simple" eran violentos, "está en el deber del médico advertir á las familias que la epilepsia se complica fácilmente de locura".<sup>182</sup>

---

<sup>179</sup> HIDALGO Y CARPIO, 1877, vol. 1, pp. 489.

<sup>180</sup> HIDALGO Y CARPIO, 1877, vol. 1, pp. 310.

<sup>181</sup> HIDALGO Y CARPIO, 1877, vol. 1, pp. 322.

<sup>182</sup> BANDERA, 1891, pp. 134.

Debido a la peligrosidad de algunos locos, José Olvera argumentaba que no era lógico que en los asilos para dementes convivieran locos “tranquilos” con locos criminales. Por ello sugería la creación de un asilo prisión para ese tipo de “locos peligrosos”. Dichos sujetos merecían un establecimiento en el que se les diera el necesario “tratamiento moral para corregir las imperfecciones del alma”. Según Olvera, podía considerarse como peligrosos a los maniacos en general, a los melancólicos suicidas y a los epilépticos. Todos ellos debían mantenerse encerrados y aislados ya que, por tener una percepción distorsionada de la realidad, era inminente la agresión a que podían llegar, y en caso de no ser agresivos, solían volverse insoportables para las familias; razón por la cual Olvera recomendaba la construcción de un establecimiento exclusivo para “locos peligrosos”.<sup>183</sup>

Pero, acaso todos estos epilépticos que tanto atemorizaban a los médicos por la descendencia degenerada que pudieran engendrar o por los atroces crímenes que pudieran cometer ¿eran en verdad epilépticos? Veamos.

La psiquiatría actual considera que esta alteración neurológica no existe como una entidad patológica única, por lo que es preferible hablar de “las epilepsias” que pueden manifestarse en diferentes enfermedades y en distintos grados. Es posible que a fines del siglo XIX fueran consideradas como epilepsia las crisis de migraña, los síncope (caídas bruscas de la presión arterial con disminución del riego sanguíneo cerebral), bajas de azúcar en la sangre, convulsiones debidas a fiebres altas, espasmos del sollozo o los trastornos del sueño (sonambulismo, terrores nocturnos, micción, etc.).<sup>184</sup> Además, está plenamente demostrado que no es una afección que lleve a la locura o a la violencia y que no es privativa de unos cuantos “degenerados”, ya que hasta el 5% de la humanidad ha tenido al menos una crisis epiléptica en su vida.<sup>185</sup> Pero, para el periodo que nos interesa, un síntoma epileptiforme, pese a que se presentara en diversos esquemas nosológicos, se convirtió en un estigma que llevaría a muchos de sus portadores a las puertas del manicomio. Por lo tanto, lo

---

<sup>183</sup> OLVERA, 1891, pp. 163-169.

<sup>184</sup> BRAILOWSKY, 1999, pp. 17.

<sup>185</sup> BRAILOWSKY, 1999, pp. 11.

que debemos escudriñar es la forma en que en aquellos días se comprendía esta enfermedad y los aspectos simbólicos de los que estaba revestida para poder comprender su alto impacto en la sociedad porfiriana. Para tales efectos se expondrán los principales textos que al respecto fueron publicados.

Uno de los temas centrales que debatían los médicos porfirianos tenía que ver con la forma en que se debían implementar terapéuticas derivadas de una medicina “científica”, lo que implicaba abandonar la idea del quehacer médico entendido como el “arte” de curar.<sup>186</sup> Esta ruptura tenía que ver con un cambio en la forma de concebir la enfermedad, ya que la corriente de médicos positivistas proponían que era perentorio comprenderla como una abstracción a la que se debía llegar después de una comparación entre múltiples casos que compartiesen la misma afección. Así, los médicos de la nueva corriente criticaban a los “empíricos” acusándolos de atacar los síntomas y no la enfermedad, ya que carecían de elaboradas abstracciones sobre la dinámica de las patologías.

En consonancia con este tema de discusión, el muy destacado médico Miguel Alvarado, quien fungía como director del Hospital para Mujeres Dementes el Divino Salvador, escribió un artículo sobre la enfermedad que atacaba a más mujeres en el establecimiento a su cargo: la epilepsia.<sup>187</sup> Su análisis cuestionaba el modelo propuesto por los “científicos” debido a la “inconstancia” de dicha afección ya que en cada paciente solía presentarse de forma distinta. Alvarado tomó 16 pacientes que estuvieron en su hospital entre junio de 1877 y junio de 1883. Los clasificó por edades y determinó que no había relación entre el flujo menstrual, las fases de la luna y la epilepsia. Una vez esbozada la historia de la enfermedad en el cuerpo de cada epiléptica, encontró que no había un patrón común que permitiese proponer una sola terapia eficiente; y se quejaba de la cantidad de pacientes que solían fallecer ya que las recetas de los “grandes médicos” no eran suficientes porque no contemplaban las especificidades que

---

<sup>186</sup> Esta discusión entre los médicos de fines del siglo XIX se expone en CHÁZARO, 2002, pp. 19-25.

<sup>187</sup> ALVARADO, 1883, pp. 449.

asumía la enfermedad en cada uno de los cuerpos. Al final decidió usar su intuición para medicar y lograr salvar a 4 de 9 epilépticas que estaban en condiciones críticas. Y su trabajo concluía criticando que la teoría dominase la práctica médica en lugar del conocimiento empírico. Así, el experto en enfermedades mentales a fines del siglo XIX, quien publicó muy poco, se abocó a dejar en claro la complejidad de la epilepsia a la hora de imponer un solo método curativo. Pero esta no fue la única aproximación a la epilepsia. Hubo otros trabajos que pusieron de relieve dimensiones sociales y simbólicas de dicha afección.

Un trabajo interesante de fines del porfiriato sobre la epilepsia es la tesis presentada por Ernesto Rojas, quien fuera practicante del Hospital San Hipólito para Hombres Dementes. El autor señalaba que la epilepsia no necesariamente debía asociarse con las convulsiones u otras manifestaciones fáciles de distinguir, sino que era necesario afinar el ojo y centrar la mirada en aquellas expresiones de la epilepsia que sólo puede percibir un especialista. Por lo tanto, Rojas mencionaba que las particularidades de la epilepsia se debían localizar “en su carácter y el humor”.<sup>188</sup> El carácter de los epilépticos solía estar marcado por la irritabilidad que los llevaba a tener “crisis de arrebatos súbitos e inesperados, violentos y furiosos, durante los cuales no son dueños de sí mismos”.<sup>189</sup> Dichos arranques de furia solían ser tan crueles y despiadados que, citando al renombrado psiquiatra francés Jean Marie Charcot, el autor afirmaba: “estos individuos llevan un libro de oraciones en la bolsa, el nombre de Dios en los labios y la abyección y la infamia en el alma”.<sup>190</sup>

El epiléptico se constituía como una amenaza, principalmente, después de las convulsiones. En esta etapa “post-epiléptica” se desataban los actos instintivos e inconscientes que se traducían en comportamientos como “automatismo ambulatorio, exhibiciones genitales, robo, [...] homicidios, suicidios, automutilaciones, los incendios y otros por el estilo”.<sup>191</sup> Las psicosis

---

<sup>188</sup> ROJAS, 1908, pp. 30

<sup>189</sup> ROJAS, 1908, pp. 30

<sup>190</sup> ROJAS, 1908, pp. 30

<sup>191</sup> ROJAS, 1908, pp. 31



posteriores a las convulsiones podían también manifestarse en forma de melancolía ansiosa o en un “delirio alucinatorio terrorífico” que podía conducir al “furor epiléptico cuyo sólo nombre da la idea de lo peligroso que pueden llegar a ser los enfermos en tal estado”.<sup>192</sup> No obstante, no todas las veces la epilepsia estaba acompañada de convulsiones. En caso tal, el diagnóstico se hacía mucho más complicado ya que lo que debía localizar el especialista era el “carácter epiléptico” que era mucho más peligroso que las convulsiones, cuya detección era absolutamente pertinente en el marco de la medicina legal.

La responsabilidad legal de los epilépticos fue ampliamente discutida por el médico Secundino Sosa frente a la Academia Mexicana de Medicina para optar por un espacio en la Sección de Medicina Legal. La importancia de dicho tema radicaba en que los médicos que se interesaban en esta afección solían “andar sobre espinas” y hasta se contradecían. Según Sosa, la irresponsabilidad de los *epilépticos locos* y de los *epilépticos dementes* era indiscutible, pero argumentaba que los *epilépticos* eran absolutamente responsables de sus actos. La queja de Sosa radicaba en que se consideraba irresponsables a los trastornados “de la inteligencia” y se les negaba “de una plumada” la responsabilidad a los trastornados “de la voluntad”. Pero Sosa tampoco consideraba válido que se pusiera en manos de los epilépticos una “patente de impunidad”.<sup>193</sup> Por ello, criticaba la teoría de la responsabilidad atenuada ya que ésta se debía asignar “según los casos”, teniendo en cuenta “no sólo las condiciones patológicas, sino las psíquicas... y las pasionales”.<sup>194</sup> Lo que debería llamarse teoría de la responsabilidad razonada.

¿Qué era la epilepsia para Sosa? Él nos da una definición que dista bastante de lo que hoy conocemos como tal. Según él, era necesario distinguir entre el *gran mal epiléptico* y el *carácter epiléptico*; el primero asociado a las convulsiones y el segundo era un conjunto de trastornos morales. Dicho *carácter* podía ser “apocado” o “impulsivo”; el primero podía llevar al suicidio y el segundo al robo, homicidio, incendio, calumnia, etc. La argumentación de Sosa radicaba

---

<sup>192</sup> ROJAS, 1908, pp. 33

<sup>193</sup> SOSA, 1893, pp. 97

<sup>194</sup> SOSA, 1893, pp. 99

en que algunas veces podía presentarse el *carácter* sin el *gran mal* y viceversa. Esto lo ilustró con cuatro casos:

Caso1. A un niño de 10 años le iniciaron los ataques convulsivos y al mismo tiempo tuvo un radical cambio de temperamento ya que se tornó violento y sólo pensaba en matar al hermanito menor. Este niño fue trepanado por el doctor Rafael Lavista y murió.

Caso 2. Hubo una niña que desde los 4 años comenzó a tener los ataques propios del *gran mal* que al poco tiempo desaparecieron. Un día el hermanito trató de quitarle una muñeca y ella le asestó un golpe en la cabeza mientras vociferaba locas amenazas. Poco antes de llegar a la pubertad fue llevada al manicomio por presentar una “cínica inclinación a los hombres”. Llevaba más de dos años allí y el Dr. Sosa la escuchaba decir “Yo no me he de dejar de nadie”. Fue trasladada a la escuela del manicomio y allí se tornó cruel

“con el ruin empeño de humillar, deprimir y martirizar á los débiles. No es fácil hallar un jefe de motín más hábil y activo que esta enfermita. La calumnia, la venganza, la masturbación, la más gráfica lascivia de los ojos hay en esta epiléptica de formas infantiles”.<sup>195</sup>

Esta mujercita destacaba en inteligencia, no tenía delirios, alucinaciones ni trastornos intelectuales o convulsiones, por lo que se consideraba un ejemplo clásico de *carácter epiléptico*.

Caso 3. Hubo un hombre de muy buena familia que a los 20 años sufrió de ataques del *gran mal*. Estos le duraron 2 años. Llevaba 15 años sin tener ataques, pero le había quedado el *carácter epiléptico*: confundía “las más elementales nociones del sentido moral y en su vida va siempre á merced de sus impulsiones [...] porque un criado olvidó comprar cerillos, le disparó un revolver que estaba descargado por fortuna”.<sup>196</sup>

Caso 4. Una niña que nació en el seno de la más armónica familia no jugaba, no reía y hablaba poco. A los 13 años fue regañada por la madre y en respuesta le arrojó una botella en la cara, iniciando un ciclo de manifestaciones

---

<sup>195</sup> SOSA, 1893, pp. 100-101

<sup>196</sup> SOSA, 1893, pp. 102

furiosas. A los 31 años le llegaron los ataques que en cuestión de un año la llevaron a la demencia.

Con base en estos cuatro casos el doctor Sosa quiso probar que *el gran mal* y *el carácter* no necesariamente coexistían. Con esta distinción quedaba manifiesto que la epilepsia, como mera patología orgánica, no necesariamente convertía al paciente en peligroso. Fue la inclusión del *carácter epiléptico* como patología moral lo que le imprimió peligrosidad a la epilepsia. Es decir, la clínica psiquiátrica nuevamente señaló cómo los organicistas propuestos para localizar a los “locos peligrosos” palidecían frente a la complejidad de dicha afección; así, la especificidad “psíquica” de cada paciente hacía que el organicismo careciese de operatividad a la hora de detectar las amenazas sociales.

Para los médicos porfirianos era incuestionable la peligrosidad de los epilépticos y la causa de tan compleja afección era atribuida a la *degeneración* de la raza. Si un enfermo mental tenía entre sus familiares algún alcohólico, epiléptico, sifilítico o “nervioso”, no se dudaba de la presencia de un patrón genético deteriorado... o degenerado. Pero esta forma de comprender la locura también podía afectar la reputación de algunas familias ya que en caso de haber algún enfermo mental entre sus miembros, el estigma de “degenerados” no sólo lo portaría el loco sino que se haría extensivo a su entorno familiar. La presencia de algún epiléptico, demente o retrasado mental sería una muestra fehaciente de que los miembros de esa familia portaban genes nocivos como resultado de vicios, malos hábitos, conducta sexual “anormal”, consumo de alcohol, drogas, etc. De manera que esta puede ser la razón por la cual las familias preferían abandonar en los hospitales para dementes a sus epilépticos, dementes y retrasados mentales: se deshacían del loco para evitar que el estigma de degenerados recayera sobre todo el entorno familiar.

En cuanto a la validez de los diagnósticos, no podemos afirmar que todos los que fueron considerados como epilépticos padeciesen tal afección. Una muestra de ello es que los arranques de violencia podían ser considerados como *carácter epiléptico*, pese a que se careciese de convulsiones u otras muestras

somáticas, ya que el punto de partida a la hora de detectarla era el carácter y el humor del sujeto. Por lo tanto, esta enfermedad funcionó como una amplia categoría para clasificar a sujetos cuya conducta resultaba anormal en tanto agresiva, inmoral o cínica. Así, la epilepsia como un constructo de la elite porfiriana, funcionó como un mecanismo de exclusión y abandono de aquellos que eran considerados no solo como nocivos, sino irrecuperables.

Volvamos al caso de Ángel. Podemos imaginarnos al doctor Alfaro sentado frente a su escritorio, en alguno de los oscuros consultorios del Hospital San Hipólito, observando y escuchando detenidamente a Ángel. Este último, con una espesa barba, portando un elegante pero roído y sucio traje, refunfuñaba y lanzaba improperios contra el sistema jurídico que lo mantenía confinado en dicho hospital. Alfaro, percibía que Ángel "conversaba con lucidez y su palabra la expresaba con perfección"; sin embargo, había tenido blenorragia, era ebrio - al igual que el padre-, pendenciero, "petulante jactancioso, altivo y grosero cuando se exaltaba".<sup>197</sup> Ante los ojos de Alfaro, Ángel reunía todos los requisitos para ser considerado como un degenerado incurable más, con la locura y la muerte como su ineludible destino. Pero Ángel se fugó de La Castañeda en 1913 y entre sus notas dejó el siguiente verso:

*Aquí traigo la razón,  
pinche cabrón Hospital,  
también traigo el calabozo,  
la salsa y la libertad.*<sup>198</sup>

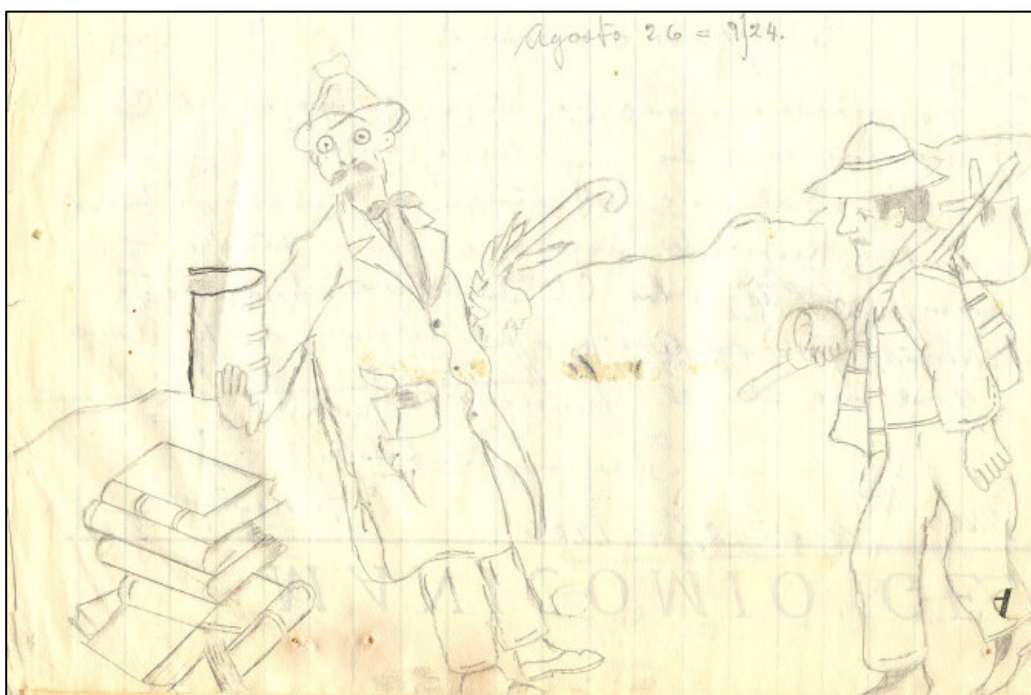
---

<sup>197</sup> AHSS, F-MG, Se-EC, caja 7, exp. 10, ff. 9

<sup>198</sup> AHSS, F-MG, Se-EC, caja 7, exp. 10, ff. 15

## Parte II

### Históricas, alcohólicos y otros malportados, 1910-1913



El contraste entre el hombre moderno, con sus libros y la mirada desorbitada, y el campesino y su plácida expresión, corresponde a la idea que los psiquiatras de fines del siglo XIX difundieron, a saber: la locura era propia de la civilización, en oposición a los indios y campesinos que no se exponían a los “males” propios de la modernidad. AHSS, F-MG, Se-EC, caja 124, exp. 44, s.f.

### Capítulo 3

## **Neurosis y alcoholismo como patologías de la civilización**

Consuelo y Amalia apenas salían de la adolescencia cuando sus familiares las internaron en La Castañeda. Para Guadalupe, la hermana mayor de Consuelo, el querer asistir a las fiestas populares de Azcapotzalco, escribir cartas eróticas, manifestar abiertamente el deseo de casarse y estallar con violencia cuando trataban de ponerle límites a su conducta, fueron evidentes signos de la histeria que consumía a su hermana. Por su parte, Amalia no ocultaba su bisexualidad; también bebía, fumaba y peleaba cuando la desafiaban. Cuando la madre la sorprendió teniendo sexo con dos hombres la internó el manicomio y su diagnóstico fue ninfomanía histérica. Ambas mujeres duraron sólo un par de meses encerradas ya que se "curaron". No obstante, siguieron transitando el sendero de la locura: ambas regresaron a las puertas de La Castañeda, Consuelo seis veces y Amalia ocho. Además, ellas eligieron, en algún momento de sus vidas, el encierro psiquiátrico. Cuando se le dijo a Consuelo que estaba perfectamente sana, manifestó que prefería quedarse a vivir en el Manicomio ya que odiaba la posibilidad de regresar a la casa de la hermana; por lo que solicitó trabajo y se le concedió como profesora de manualidades. Mientras que Amalia, después de haber sido dada de alta por carecer de psicopatía alguna, fue a Mixcoac, se emborrachó y esa misma noche ingresó al Manicomio saltando la barda. Los médicos la acusaron ante la policía por allanamiento de morada y así lograron librarse de ella. Así las cosas, estamos frente a dos casos que distan mucho de aquel imaginario típico del loco medicado, babeante y amarrado que es sometido a brutales tratamientos por parte del déspota aparato psiquiátrico hasta la muerte. Más bien, nos encontramos pacientes que, como actores sociales, interactuaban con la institución psiquiátrica; y esta última, en lugar de mantener una rígida estructura de poder, en muchas ocasiones debía adaptarse a las condiciones impuestas por las familias.

Los casos de Amalia y Consuelo formaron parte de los 2290 pacientes que ingresaron a La Castañeda desde octubre de 1910 hasta finales de 1913.

Estos internos, al igual que Consuelo y Amalia, poseen características que nos señalan notables diferencias con los "degenerados" locos porfirianos que vimos en el capítulo anterior. Una lectura cuantitativa de los internos en cuestión, a partir de herramientas básicas de la estadística, nos pone de relieve las siguientes particularidades:

El 30,94% de los pacientes que ingresaron en este periodo fallecieron durante el encierro. Las enfermedades diagnosticadas a las mujeres moribundas fueron: epilepsia, demencia precoz, demencia senil e imbecilidad; y solían vivir entre 2 y 3 años antes de morir. Mientras que entre los hombres, las enfermedades más recurrentes fueron la demencia senil, epilepsia y parálisis general progresiva; y por mucho lograban mantenerse vivos 8 meses en el Manicomio. En este grupo encontramos otro dato significativo: un porcentaje considerable de pacientes llegaron remitidos de otros hospitales (14,4% en mujeres y 17,5% en los hombres), posiblemente por el hacinamiento de dichas instituciones o porque los médicos imaginaban a La Castañeda como la panacea para enfermedades terminales, ya que allí llegaban personas que sólo vivían un par de horas y fallecían sin que ni siquiera se les pudieran tomar los datos.

**Tabla 2. Estado en que salieron los pacientes que ingresaron a La Castañeda entre octubre de 1910 y diciembre de 1913 (%)**

Periodo	Alta por solicitud de la familia	Curación	Muerte	Fuga	No especificado	Totales
1910	16	50	29,5	2,2	2,3	100
1911	14,2	51	32,2	1,5	1,1	100
1912	16,32	42,84	34,68	3,4	2,76	100
1913	21,46	45,88	27,38	3,7	1,58	100
<b>Promedio</b>	<b>16.99</b>	<b>47.43</b>	<b>30.94</b>	<b>2.7</b>	<b>1.94</b>	100

Fuente: Cuadro 4.A. Véase anexo estadístico

De esta población de pacientes que fallecieron, nos llama la atención que el 35,5% eran *Pensionistas*; cantidad que supera la media (20%). Las características de estos pacientes se asemejan a los "degenerados" porfirianos cuyas afecciones crónicas hacían que las familias pagaran una cantidad de dinero para que les dieran buena atención a pacientes en estado terminal.

Frente a este decrecimiento de pacientes que llegaron a morir en el encierro, hubo un significativo aumento de los que “se curaron”; aunque no sabemos si en efecto se curaron, pero así quedó anotado en los Libros de Registro. A diferencia del 15,3% de pacientes curados entre los que fueron remitidos de los viejos asilos para dementes, el 47,43% de los pacientes -tanto hombres como mujeres- que ingresaron entre octubre de 1910 y diciembre de 1913 se curaron en menos de 4 meses. De todo este grupo de sujetos “curados”, el 27,1% regresaron a las puertas del Manicomio un promedio de 3 veces a lo largo de su vida, al igual que Amalia y Consuelo. Bien vale la pena preguntarnos el por qué de las recaídas. ¿Acaso se debía a que no estaban del todo “curados” y tenían recaídas que los obligaba a volver al encierro terapéutico una y otra vez? La respuesta la debemos buscar en los casos particulares, pero eso lo veremos en el capítulo 4.

En cuanto a las enfermedades diagnosticadas, también encontramos un cambio relevante ya que hubo una reducción de las afecciones propias de los “degenerados” del porfiriato, como la epilepsia, la demencia o el idiotismo, y hubo un notable aumento de dos “enfermedades” que corresponden a las diferencias de género: el 51,1% de los hombres padecían diversas afecciones relacionadas con el consumo de alcohol, mientras que el 33,4% de las mujeres fueron diagnosticadas bajo alguna forma de *neurosis*. ¿Qué implicaciones médicas e ideológicas tenían tanto la *neurosis* como *el alcoholismo* en aquellos días? Para comprender este tipo de afecciones, los médicos de inicios del siglo XX mexicano usaban un arsenal teórico y conceptual muy distinto al que se usaba para comprender las enfermedades mentales propias de los “degenerados”. Así, estamos hablando de dos formas muy distintas, y a la vez simultáneas, usadas para comprender las enfermedades mentales.



**Tabla 3. Enfermedades diagnosticadas a los pacientes que ingresaron a La Castañeda entre octubre de 1910 y diciembre de 1913 (%)**

<b>Enfermedad</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>
Demencia	11,4	11,5
Neurosis	8,2	<b>33,4</b>
Parálisis General Progresiva	7,2	1,3
Alcoholismo	<b>51,1</b>	21,8
Epilepsia	11,4	11,5
Retardo mental	2,6	5,1
debilidad mental y confusión mental	1,6	7,7
No especificado o no tenía nada	5,6	7,7
Otros	1,2	0
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Fuente: Cuadro 10. Véase anexo estadístico

El alcoholismo fue la enfermedad más diagnosticada entre los hombres internados en La Castañeda durante el periodo en cuestión y la segunda causa entre las mujeres. Valga mencionar que el consumo de licor fue considerado como una plaga por la élite porfiriana. Sin embargo, antes de 1910 no hubo tantos alcohólicos en los viejos asilos para dementes como sí los hubo en el periodo que aquí nos compete. Por ejemplo, entre 1867 y 1886, el 1,81% de los pacientes que ingresaron a San Hipólito padecían de alcoholismo agudo, el 37,06% de alcoholismo crónico.<sup>199</sup> Por su parte, de las mujeres que ingresaron durante el mismo periodo al Divino Salvador, el 5% padecía de manía alcohólica y el 4,75% de alcoholismo crónico.<sup>200</sup> Sin embargo, el porcentaje de alcoholismo en hombres decayó a fines del porfiriato ya que, como vimos en el capítulo anterior, sólo el 10,3% de los hombres y el 3,4% de las mujeres fueron clasificados como tales. Pero con la fundación de La Castañeda, estas cantidades se elevaron notablemente tanto en hombres como en mujeres.

Por su parte, las *neurosis* fueron las afecciones más diagnosticadas a las mujeres en este periodo. Dicho término fue acuñado por el escocés William Cullen (1710-1790). Este hombre fue influenciado por los botánicos del siglo XVIII que se esmeraban por clasificar toda la vegetación conocida según *clases*, *especies*, *géneros* y *familias*. En consecuencia, Cullen llevó esta propuesta a la

<sup>199</sup> RIVADENEYRA, 1887, pp. 27-28

<sup>200</sup> RIVADENEYRA, 1887, pp. 28, 50-51

medicina y diseñó una nosotaxia *more botanico* para clasificar todas las enfermedades según los esquemas del naturalismo.<sup>201</sup> Cullen propuso que las neurosis eran una *clase* de afecciones que no residían en algún órgano en particular; concepto que sintetizaba la idea que ya se tenía de "enfermedad nerviosa".<sup>202</sup> Tales enfermedades estaban determinadas por la disfunción en "las potencias de donde dependen más especialmente el sentido y el movimiento". Por lo tanto, *neurosis* fue una clase que agrupó las diversas patologías de lo que se consideraba era el "sistema nervioso".<sup>203</sup> Si bien, después de Cullen fueron elaboradas numerosas clasificaciones de las enfermedades mentales, su idea de neurosis de Cullen se mantuvo hasta inicios del siglo XX.<sup>204</sup> Si bien en México hubo médicos que no usaron este término, sí había, como lo demostraremos en este capítulo, la idea generalizada de que existían trastornos psíquicos sin una disfuncionalidad orgánica demostrable, atribuidos a una "alteración de los nervios". Los psiquiatras porfirianos interpretaron estas afecciones de una forma distinta a aquellas relacionadas con la teoría de la degeneración como la epilepsia, la demencia o algún retraso mental. Estos "nerviosos" conservaban la conciencia de sí y podían estructurar argumentos coherentes y hasta convincentes.

---

<sup>201</sup> El primero que propuso una clasificación de esta índole fue François Boissier Sauvages en 1768 en su obra magna *Nosologia methodica sistens morborum clases juxta Sydenhamy mentem et botanicorum ordinem*, en tres volúmenes y enumerando 2400 clases de enfermedades. Posteriormente, en 1763, hizo lo mismo Carl Lineo en su libro *Genera morbum* (PÉREZ TAMAYO, 1988, pp. 65-68). Sin embargo, fue Cullen en su *Synopsis nosologiae methodicae* (1793) quien usó por vez primera el concepto de "neurosis". LÓPEZ PIÑERO, 1985, pp. 32

<sup>202</sup> El concepto de "enfermedad nerviosa" fue formulado en el siglo XVII por el médico británico Thomas Sydenham (1624-1689) quien publicó en 1682 *Dissertatio epistolaris ad Guilielmum Cole, de observationibus iruperis circa curationem variolarum confluentium nec affectione hysterica*. En dicho trabajo afirmaba que las enfermedades nerviosas obedecían al desorden de los "espíritus animales" que causaban espasmos y perturbaciones en los órganos. Los efectos variaban según la zona afectada. SAURÍ, 1984, pp. 87-92, LÓPEZ PIÑERO, 1985, pp. 17-18

<sup>203</sup> Las *neurosis* fueron clasificadas por Cullen en 4 órdenes: a) *Comata*: movimientos disminuidos, con sopor o cesación de los sentidos, como la apoplejía y la parálisis; b) *Adynamiae*: movimientos involuntarios, vitales o naturales, disminuidos como los síncope, la dispepsia, la hipocondría y las clorosis; c) *Spasmi*: movimientos anormales de los músculos o de las fibras musculares como la epilepsia, el asma, la tosferina, la diabetes, la hidrofobia y la histeria; d) *Vesaniae*: funciones alteradas de la mente judicativa, sin pirexia ni coma, como la manía, la melancolía, la amencia y la somnolencia. LÓPEZ PIÑERO, 1985, pp. 33-35.

<sup>204</sup> GARRABÉ, 1993, pp. 194-197.

De todas las enfermedades consideradas como neurosis, la más diagnosticada en México fue la histeria: el 27,4% de la población femenina "neurótica" y el 10,5% del total de la población femenina. Este hecho es novedoso ya que, pese a ser la enfermedad sobre la cual más tinta corrió a finales del siglo XIX, fueron muy pocas las que ingresaron en dicha época al Divino Salvador bajo el mencionado diagnóstico. Según en análisis estadístico hecho por Mariano Rivadeneyra en 1887 sobre ambos hospitales para dementes, sólo el 1,75% de las internadas padecía de histeria. Sin embargo, se aclara que en el 7% de los casos, la histeria era una "causa" de la locura.<sup>205</sup> Así, pese a que en las últimas décadas del siglo XIX se discutió ampliamente sobre la histeria entre los médicos, el encierro de esta afección tuvo lugar en los primeros años de La Castañeda.

Sintetizando: la población que ingresó a La Castañeda entre octubre de 1910 y diciembre de 1913 tuvo dos notables características. Primero: un sustancial aumento en la cantidad de pacientes que se "curaron" en un par de meses, pese a que regresaron al Manicomio en más de una ocasión. Este hecho marca una ruptura con el porfiriato ya que la población de aquellos días permanecía encerrada hasta su muerte. Segundo: a diferencia de los locos porfirianos que fueron diagnosticados como imbeciles, epilépticos o dementes (precoz o senil), en los primeros años del Manicomio llegaron neuróticas, principalmente histéricas, y alcohólicos. Estas "enfermedades" no implicaban crisis crónicas o discapacidad alguna. Más bien, los síntomas tenían que ver con comportamientos trasgresores que evidenciaban "trastornos morales" que no necesariamente residían en algún órgano del cuerpo.

Estas diferencias nos llevan a plantear varias preguntas: ¿acaso desapareció o se redujo la cantidad de afectados por enfermedades como la epilepsia, las demencias y la imbecilidad en la sociedad mexicana y aumentaron las neurosis después de la fundación de La Castañeda?, ¿hubo un cambio en

---

<sup>205</sup> RIVADENEYRA, 1887, pp. 50-51

las ideas de lo que la sociedad consideraba como locura?, ¿o acaso fue que en verdad el novísimo Manicomio resultó ser de una abrumadora eficacia terapéutica para las neurosis y el alcoholismo?

Podemos afirmar que el discurso psiquiátrico y las técnicas terapéuticas en México no sufrieron cambio alguno con la fundación de La Castañeda en 1910. No hubo nuevos planteamientos sobre la epilepsia o las neurosis ni tampoco entró en vigor un nuevo *corpus* de enfermedades mentales al que se acogieran los psiquiatras. Es más, las categorías nosológicas usadas en el Manicomio durante su primera década de vida fueron esbozadas a fines del siglo XIX. Por lo tanto, si el cambio no ocurrió en el discurso científico, ¿hubo una transformación en las ideas que la sociedad capitalina tenía en torno a la locura? No precisamente. El cambio ocurrió en los referentes sociales a la hora de definir la locura *que merecía el encierro*. Es decir, pese a que existían diferentes formas de locura, no todas merecían el "secuestro" como tratamiento. Una muestra contundente de ello es que durante las dos últimas décadas del siglo XIX hubo una elevada producción de tesis y artículos en torno a la histeria. Sin embargo, si le damos una revisión a los informes sobre el Divino Salvador y San Hipólito, encontramos que la presencia de pacientes con esta afección era escasa. Es decir, la histeria sí existía, pero eran muy pocas las histéricas encerradas. Esto nos lleva a suponer que la sociedad capitalina estableció con La Castañeda una relación distinta a la que sostuvo con los viejos hospitales para dementes, por lo menos en sus últimos años de funcionamiento. Entonces ¿qué ocurrió para que a partir de la fundación de La Castañeda comenzaran a ser consideradas estas mujeres como merecedoras del encierro terapéutico y aumentase la cantidad de alcohólicos? Recordemos que la internación era definida primero por la familia y después confirmada por el cuerpo médico al emitir algún diagnóstico. Esto significa que los criterios sociales para definir al *loco* que debía estar encerrado y medicado, tenían que concordar con los referentes médicos que definían al *enfermo mental* y así tendría lugar el internamiento. Para explorar esta "concordancia" es necesario explorar los criterios que imperaron tanto en los psiquiatras como en las familias. Para tales efectos, en este capítulo vamos a

analizar el discurso médico usado para comprender y diagnosticar las neurosis y el alcoholismo con el objetivo de señalar los vínculos ideológicos y simbólicos que se tejieron entre el saber científico y los referentes usados por las familias para elegir a los locos que debían ser encerrados en la nueva institución.

Para acercarnos a los criterios usados por las familias para definir el encierro debemos enfocar nuestra mirada en las historias de algunos internos con el objetivo de ubicar los comportamientos, expresiones, posturas y actitudes que eran consideradas como manifestaciones de locura. Por lo tanto, a partir de dos casos muy bien documentados, el de Amalia y el de Consuelo, buscamos, por una parte, establecer las variables sociales que se tejieron para que las familias de estas mujeres hayan decidido ponerlas en las puertas de La Castañeda y, por otra parte, precisar los nexos que establecieron las familias con la nueva institución y con el saber psiquiátrico. Estos casos serán analizados en el capítulo 4.

## **1. Las neurosis como ruinas de la modernidad**

El discurso médico para comprender las neurosis dista substancialmente del usado por los mismos médicos para comprender a las enfermedades mentales propias de los degenerados. Este hecho resulta de vital importancia para nuestro análisis ya que nos plantea la existencia de dos grandes grupos de enfermedades mentales, cada uno con un discurso científico para comprenderlo y cada uno con un trasfondo ideológico propio del momento histórico. Dos formas de ver las enfermedades mentales, distintas, complementarias y sin contradicción alguna entre ellas.

Para desarrollar este argumento vamos a esbozar en qué consistían las neurosis y las causas de las mismas y en segundo lugar vamos a exponer las implicaciones médicas, sociales e ideológicas de la histeria.

### **a. Las más diagnosticadas en La Castañeda**

Comencemos con las **manías**. Esta entidad nosológica, que se usaba desde la medicina griega, a fines del siglo XIX era considerada como una forma

general de locura, equivalente a *insanity with excitement* en la psiquiatría británica. Este término hacía alusión a dos síntomas: la exaltación del estado de ánimo (*excitación maniaca*) y las obsesiones e ideas fijas (*monomanía*) que podían ser de índole religiosa (*manía religiosa*) o amorosa (*erotomanía*, cuando se cree que el amor es recíproco).<sup>206</sup> Todas estas, según la intensidad y el tiempo de crisis, se clasificaban en *agudas*, *crónicas* e *intermitentes*.

La **melancolía** en sus múltiples formas, también era entendida como una forma de neurosis. Al igual que la manía, la melancolía también es una herencia de la clásica medicina griega.<sup>207</sup> Aún hasta inicios del siglo XX se mantuvo como criterio clínico en el que se clasificaban sujetos con diferentes estados depresivos. En Francia fue reformulado el concepto por Jean Etienne Esquirol quien sugirió que la melancolía era simplemente una monomanía triste y consideraba que era propia de los poetas; mientras que la *lipemanía* tenía síntomas que denotaban una ausencia de la salud mental: “ilusiones de los sentidos, alucinaciones..., que asocian las ideas más dispares y más extravagantes”; estas, además, degeneraban en demencia.<sup>208</sup> En la psiquiatría británica también existía la mencionada diferencia: Henry Maudsley (1835-1918), muy leído en México, proponía distinguir entre *insanity with depression* y *psychotic depression* cuando la profunda tristeza era acompañada por delirios y alucinaciones.

Hubo médicos que en la segunda mitad del siglo XIX propusieron que cuando los síntomas de manía se presentaban de forma cíclica con los melancólicos, se estaba haciendo alusión a una entidad clínica nueva: Jean-Pierre Falret en 1850 la llamó locura circular (*la folie circulaire*); el alemán Kart Ludwig Kahlbaum (1828-1899) acuñó el término *ciclotimia* para aquellas locuras circulares que no presentaban un deterioro de las facultades y que no desembocaban en demencia. Finalmente, el criterio que vino a imperar a lo largo

---

<sup>206</sup> SHORTER, 2005, pp. 99

<sup>207</sup> JACKSON, 1986, pp. 37-50.

<sup>208</sup> Citado por POSTEL y QUETEL, 1987, pp. 137.

del siglo XX fue **psicosis maniaco depresiva**, propuesta por Emile Kraepelin en 1904.<sup>209</sup>

Otra entidad asociada a la neurosis fue la **neurastenia**. Este término fue propuesto por George Miller Beard en New York en 1869; y aplicaba a manifestaciones psíquicas como abatimiento, sentimiento de incapacidad y tendencia depresiva; pero, además, incluía otros síntomas como irritabilidad nerviosa, agotamiento, debilidad, dolores, etc.<sup>210</sup>

La **psicosis** también era considerada como una neurosis. En aquella época, además de que era un término poco utilizado, hacía alusión a trastornos en el comportamiento que obedecían a causas meramente psíquicas sin tener un sustento orgánico. Esta noción fue propuesta por el austriaco Ernst von Feuchtersleben (1806-1849) con una notable influencia del romanticismo alemán. Según este autor:

“Toda psicosis [desorden de la psique] es al mismo tiempo una neurosis [desorden del cerebro], porque sin la mediación del sistema nervioso ningún cambio puede ser manifiesto; pero toda neurosis no es simultáneamente una psicosis”.<sup>211</sup>

Para Feuchtersleben, la psicosis tenía que ver con el alma, mientras que las neurosis estaban ligadas al cerebro.<sup>212</sup> Así, en sus orígenes, cuando se hablaba de psicosis, se hacía referencia a todos los estados caracterizados por la existencia de trastornos psíquicos en su totalidad.<sup>213</sup>

Una enfermedad poco diagnosticada en México fue la **paranoia**. Este término fue propuesto por un profesor de medicina en la Universidad de Leipzig: Johann Henrioth (1773-1843). Él sugería este concepto para clasificar las manifestaciones de “desorden intelectual en las que se conserva la volición y el sentimiento”; definición extensa que podía abarcar diferentes tipos de psicopatías.<sup>214</sup> Después de haber sido ampliamente discutido en la psiquiatría

---

<sup>209</sup> Para un análisis del concepto de psicosis maniaco depresiva elaborada por Kraepelin véase SHORTER, 2005, pp. 165-167, JACKSON, 1989, pp. 177-183.

<sup>210</sup> GARRABÉ, 1993, pp. 192-194. JACKSON, 1989, pp. 172-174

<sup>211</sup> SHORTER, 2005, pp. 192

<sup>212</sup> POSTEL y QUETEL, 1987, pp. 643.

<sup>213</sup> GARRABÉ, 1993, pp. 232-235.

<sup>214</sup> GARRABÉ, 1993, pp. 209-212.

alemana, la paranoia se consideró como un delirio sistemático alucinatorio, marcado por la coherencia interna, la organización del relato y el alto nivel intelectual del paciente.<sup>215</sup>

Finalmente, nos encontramos con el **delirio Magnan**. Suponemos que se estaba haciendo alusión al *delirio crónico de evolución sistemática* propuesto por Valentin Magnan (1835-1916). Este criterio era usado para los delirios que no necesariamente “degeneraban” en demencia; además, se caracterizaban por que las ideas equívocas del paciente tenían una lógica estructura interna en contraposición a los dementes cuya narración era percibida como incoherencia total.<sup>216</sup>

**Tabla 4. Casos de neurosis diagnosticadas entre 1910 y 1913 en el Manicomio La Castañeda en una muestra del 20% de la población total.**

<b>Neurosis</b>	<b>H</b>	<b>M</b>
Delirio de persecución	1	2
Delusión paranoide	1	2
Erotomanía	0	2
Excitación maniaca	0	2
Histeria	5	20
Lipemanía	0	4
Locura intermitente	1	3
Manía	1	3
Manía aguda	7	11
Manía crónica	7	6
Manía intermitente	5	0
Melancolía crónica	3	7
Neurastenia psíquica	1	3
Neurosis	4	0
Neurosis de las falanges	1	0
Paranoia	4	2
Psicosis crónica	1	1
Psicosis intermitente	0	1
Psicosis maniaco depresiva	2	4
<b>Total</b>	<b>44</b>	<b>73</b>

Fuente: Cuadro 10. Véase anexo estadístico.

### **b. Los nervios frente al discurso médico**

A partir del último tercio del siglo XIX, la teoría de las localizaciones fue uno de los pilares del saber médico.<sup>217</sup> A partir de tal referente, las

<sup>215</sup> POSTEL y QUETEL, 1987, pp. 337-339.

<sup>216</sup> SHORTER, 2005, pp. 165

<sup>217</sup> A fines del siglo XIX Francois Xavier Bichat (1771-1802) introdujo a la medicina el modelo anatomopatológico, que consistía en que era necesario establecer claras correspondencias entre grupos establecidos de síntomas y lesiones anatómicas. Con su propuesta cimentó las



enfermedades debían ser explicadas con base en la disfuncionalidad de algún órgano, dejando en el pasado cualquier explicación metafísica, como la teoría humoral o las irritaciones de Brown.<sup>218</sup> ¿Cómo explicar los extraños síntomas de la locura desde el paradigma anatomopatológico? Sobre la etiología hubo varias posturas, pero en torno a la patogenia los médicos concordaron en que estaba determinada por las disfunciones en el *sistema nervioso* (el cerebro y la médula espinal). Sin embargo, en una época en la que se conocía tan poco sobre la estructura del cerebro -la existencia de los neurotransmisores fue descubierta hasta la década de 1930-, la localización cerebral era más un camino ideal por emprender que una realidad a la que se hubiese llegado. Los médicos sabían que allí residían los misterios de las enfermedades mentales, pero no tenían los medios para corregir las supuestas patologías. Entonces, ¿cómo funcionaban los *nervios* según la medicina de fines de siglo XIX? Hubo dos posturas: la de aquellos partidarios de una fisiología a toda prueba y la de quienes desconfiaban de los beneficios ofrecidos por la medicina moderna.<sup>219</sup>

En México, el reconocido médico Porfirio Parra<sup>220</sup> elaboró el texto que con mayor contundencia pretendía demostrar que la fisiología era el único campo de

---

investigaciones de los miembros de la llamada Escuela Clínica de París, como Georges Cabanis (1757-1808), quien publicó en 1802 *Rapports du psyche et du moral de L'homme*; trabajo en el que aplicó el modelo anatomopatológico para comprender el papel del pensamiento en la génesis y curación de algunas enfermedades. Otro reconocido médico de esta Escuela fue Jean Nicolás Corvisart (1755-1821) quien, además de haber sido el médico personal de Napoleón desde 1804 hasta 1815, publicó en 1806 su clásico libro *Essai sur les maladies et les lésions organiques du coeur et des gros vaisseaux*, una completa investigación clínica sobre cardiología. Una de las figuras más importantes de esta Escuela fue René Laennec (1781-1826) quien aplicó la anatomía patológica para el estudio de la tuberculosis. PÉREZ TAMAYO, 1988, pp. 69-78. La enseñanza de la clínica en la Escuela de Medicina de México comienza hasta 1844 con el médico José María Reyes. En la siguiente década asume esta cátedra el doctor Miguel Jiménez, quien fue claramente influido por los trabajos de Lineo (MARTÍNEZ CORTES, 1987, pp. 88-96). Para el último tercio del siglo XIX, y gracias a la influencia de la filosofía positivista en la medicina mexicana, la clínica y la fisiología se convirtieron en el fundamento del quehacer médico. RODRÍGUEZ DE ROMO, 2002. Sobre la historia de la fisiología en México, véase IZQUIERDO, 1934.

<sup>218</sup> John Brown (1735-1788) proponía que todas las enfermedades se suscitaban como consecuencia del desequilibrio entre los estímulos externos y la excitación de los órganos. Por ello, frente a la excitabilidad exagerada (*estenia*) prescribía calmantes, dieta vegetariana y sangrías en casos extremos; mientras que frente a la excitabilidad disminuida (*astenia*) recetaba estimulantes como abundante sopa y carne muy condimentada, además de vinos, whisky, éter y opio. IZQUIERDO, 1956.

<sup>219</sup> Sobre el inicio de la medicina “moderna” en México, véase CHÁZARO, 2002

<sup>220</sup> Para una breve pero muy completa semblanza biográfica de Porfirio Parra, véase CHÁZARO, 1994

investigación capaz de dar luces sobre el funcionamiento del sistema nervioso y todas las formas de neurosis: *Ensayo sobre la patogenia de la locura* (1878). Para Parra, la fisiología era la única ruta posible para tener un conocimiento cabal de la compleja estructura del cerebro y superar las explicaciones "metafísicas", basadas en la "pseudo-psicología" que explicaba las anomalías de la conducta en función de la "alteración de un principio ontológico primitivo" o a la "desviación de las facultades del espíritu". Por lo tanto, la fisiología se convertía en la puerta que abriría todos los secretos del sistema nervioso tan celosamente guardados por la naturaleza.<sup>221</sup> Como punto de partida, Parra imaginaba el cerebro como un objeto estático que funcionaba siempre igual, bajo los mismos principios; mientras que la dinamicidad era otorgada por las facultades "intelectuales y morales".<sup>222</sup> Según la neurofisiología de la época, el cerebro estaba compuesto por dos hemisferios, las "comisuras", los "pedúnculos cerebrales" que lo conectan con el eje espinal-dorsal y, finalmente "las celdillas nerviosas", punto de conexión entre los "conductores centrípetos y los centrífugos". Es interesante la función de las celdillas, ya que estas se encargaban de conectar al sistema nervioso con el entorno social y ambiental. Estas, "por un mecanismo desconocido", debían transformar influencias del exterior y llevarlas hacia adentro por una fuerza "centrífuga"; además, eran el puente para que se manifestaran en la conducta, gracias a los "conductores centrípetos", los impulsos creados en el mismo sistema nervioso. Esta función conectora de las celdillas era posible gracias al don de "reviviscencia", que consistía en que las actividades que "impresionan" las celdillas periféricas se transforman en percepciones conscientes.

"Así, una parte de esas nuevas impresiones se transforman en otros modos de actividad nerviosa, mientras que otra queda en la celdilla en estado latente y en depósito pronto a reaparecer bajo la influencia de una excitación adecuada."<sup>223</sup>

---

<sup>221</sup> PARRA, 1878, pp. 11

<sup>222</sup> PARRA, 1878, pp. 13

<sup>223</sup> PARRA, 1878, pp. 18

Según Parra, las diversas formas que asumía las neurosis (las manías, la melancolía, locura razonada, delirios, locura puerperal, histeria, paranoia y lipemanía), dependían de “circunstancias de segundo orden” ya que la esencia de las psicopatías radicaba, en todos los casos, en el grado de "excitabilidad" de las mencionadas celdillas.<sup>224</sup> No obstante, esta propuesta de Parra no era más que una actualización de la teoría de la irritabilidad expuesta por John Brown a mediados del siglo XVIII.

Pero hubo médicos, como el doctor Fernando Malanco, que pusieron en tela de juicio los alcances de la fisiología. El mencionado médico ejerció en San Hipólito en 1877 y su explicación sobre el funcionamiento de los nervios dista del cientificismo de Parra. Según Malanco, los nervios eran los responsables de los “fenómenos vitales, biológicos, fisiológicos, psíquicos, morbosos y terapéuticos”. Además, no sólo regulaban lo meramente orgánico, sino que determinaban los afectos, “sublevaban o suavizaban las pasiones”, y funcionaban como las herramientas de conocimiento ya que “interpretan las impresiones que nos conmueven, las apariencias que nos admiran; el universo que nos circunda y los objetos que nos rodean, son hijos de su subjetividad”.<sup>225</sup> Por lo tanto, para poder comprender cómo funcionaban los nervios, Malanco consideraba que debía abrirse una puerta que la misma fisiología se había encargado de cerrar: la influencia que la imaginación podía tener en el cuerpo. Por eso afirmaba que frente a la ausencia de un órgano a tratar, los médicos habían dejado el tratamiento de las enfermedades nerviosas en manos de charlatanes.<sup>226</sup> Para tales efectos, Malanco sugería que los médicos debían “estudiar los hechos antiguos y modernos relativos al poder de la imaginación”<sup>227</sup>. Así, la experiencia

---

<sup>224</sup> PARRA, 1878, pp. 40

<sup>225</sup> MALANCO, 1897, pp. 409

<sup>226</sup> La sugerencia del doctor Malanco, de apropiarse de aquellas afecciones y técnicas acaparadas por los charlatanes, también fueron sugeridas en su momento por Phillipe Pinel y Jean Marie Charcot. El tratamiento moral sugerido por el primero fue utilizado por sujetos sin formación médica que inventaban formas para sugestionar a los enfermos mentales y regresarles la cordura por medio de la disciplina. Esto es expuesto ampliamente por GOLDSTEIN, 1987, pp. 64-119. Por su parte, Charcot retomó la metaloterapia y la hipnosis, que venía de Franz Antón Mesmer (1734-1815), las cuales no gozaban de plena aceptación en los círculos médicos. GAUCHET y SWAIN, 2000, pp. 86-94

<sup>227</sup> MALANCO, 1897, pp. 411

clínica le llevaba a sugerir que se debía explorar la relación intrínseca entre lo emocional y los nervios:

"La mayor parte de los tísicos sufren de lujuria y de crápula; la gota y la enteritis de la glotonería y de la intemperancia. Las enfermedades crónicas de los intestinos, del hígado, del bazo, del páncreas, son á menudo hijas de la contracción y de las ambigüedades [...] A la vez que las pasiones saben enfermar, saben también curar. La epilepsia tantas veces debida al miedo, por miedo se ha curado. El espanto ha hecho mudos y ha devuelto la palabra. La cólera en las enfermedades crónicas á sido con frecuencia ventajosa a los pacientes. La fiebre intermitente, el edema, la hidropesía, la gota, la parálisis de los miembros, la sordera y aun el mutismo de nacimiento, ha sido curado por un acceso de indignación, ó cuando menos á aliviado muchas enfermedades [...] En estos casos las afecciones raras y rebeldes debieron en gran parte su alivio y su salud a la esperanza".<sup>228</sup>

Malanco proponía que los médicos debían incursionar en el vasto campo que había sido propiedad de los charlatanes: disuadir, sugestionar, seducir, convencer y disciplinar a los enfermos mentales. Este médico no fue el único en diferir con los planteamientos cuasi mesiánicos de quienes consideraban la anatomía patológica como el inicio y el fin de la enfermedad mental. Que las enfermedades mentales residían en el sistema nervioso era, para algunos, un hecho irrefutable, mientras que para otros era una hipótesis. Así, los psiquiatras tenían al sistema nervioso como un agujero negro en el que se sabía estaban las anormalidades, pero del cual se conocía muy poco. En consecuencia, frente a los vacíos científicos aparecían los contenidos culturales. Si no se tenía una respuesta clara y efectiva desde la ciencia, la cultura suplía el vacío dejado por la ciencia. Por esta razón hubo otros médicos que, como Malanco, le dieron una explicación social y cultural a las causas de las neurosis; punto de vista que gozó de gran aceptación.

Años antes, el doctor José Olvera, muy influenciado por la medicina romántica alemana, publicó un artículo donde desarrollaba ampliamente las causas de las "nevrosis" en México. Estas afecciones no tenían nada que ver con los epilépticos peligrosos que le interesaron cuando fungía como médico

---

<sup>228</sup> MALANCO, 1897, pp. 406.

legista. Los neuróticos no eran pobres, pertenecían a la clase “suprema”; no heredaban su afección, la adquirirían por imitación o por “la funesta influencia de los libros”; tampoco era una enfermedad propia de sujetos criminales, sino de mujeres “en extremo sensibles”.<sup>229</sup> En consonancia con esto, Mariano Rivadeneira, quien hizo sus prácticas clínicas en el Hospital San Hipólito bajo la dirección del doctor Miguel Alvarado, escribió en 1887 que las neurosis eran intrínsecas a la “sociedad moderna” ya que los grupos indígenas, al carecer de novedades y estímulos fuertes, no “alborotaban sus pasiones”. Por ello, “la sociedad es la que arregla esas circunstancias que muchas veces se atraviesan en nuestros días, lastimándonos al punto de enloquecernos, aunque sea sólo por unos instantes”.<sup>230</sup>

En el mismo tenor de Rivadeneira, el doctor Adolfo Aguirre, en 1900, mencionaba que en medio de la agitación propia de la vida moderna se estaba creando un temperamento nervioso que afectaba, entre otros, a comerciantes, ministros de Estado, hombres de negocios y hasta diplomáticos, matemáticos, financieros, economistas, tenedores de libros, periodistas y estudiantes; “todos están en disposición de hacerse neurasténicos por la fatiga intelectual á la que los conduce su ocupación”.<sup>231</sup> Esta perspectiva fue compartida por un número nada despreciable de médicos. Por ejemplo, en 1893 el doctor Vergara y Flores, en su artículo *Neuropatías y aberración intelectual* expuso una visión similar sobre la naturaleza de las enfermedades nerviosas. Él concluía que estas afecciones emergían en la “raza moderna” en medio del progreso tecnológico y económico; la sociedad se elevaba “á las alturas en alas bienhechoras; pero va dejando sobre la tierra los tristes despojos de sus órganos maltratados, de un sistema nervioso decaído y vacilante”.<sup>232</sup>

Estos psiquiatras nos ofrecen una visión triste y melancólica de los cambios sociales que estaban afectando al México porfiriano. No todo era

---

<sup>229</sup> OLVERA, 1870, pp. 53

<sup>230</sup> RIVADENEIRA, 1887, p. 13.

<sup>231</sup> AGUIRRE, 1900, pp. 15.

<sup>232</sup> VERGARA Y FLORES, 1893, pp. 200.

desarrollo tecnológico, social y cultural. El tan anhelado progreso iba dejando despojos humanos a su paso: sujetos que sin pericia se habían sumergido en la seductora corriente del progreso sin tener en cuenta las sutiles trampas a las que se exponían. Por consiguiente, los psiquiatras que tuvieron ante sí a las víctimas de la neurosis, no sólo observaban una enfermedad, sino los estragos de la modernidad. La muy optimista mirada de los positivistas, que sólo veía beneficios y bondades en civilizar a México, tuvo su contraparte: la mirada melancólica frente a quienes se habían contagiado de la plaga intrínseca al progreso: la alteración de los nervios. Este hecho movió al mencionado doctor Flores y Vergara a afirmar que las neurosis no eran otra cosa que “el grito de alarma dado por los centros nerviosos fatigados para prevenir y anunciar una ruina tremenda que se acerca”.<sup>233</sup>

## 2. La histeria o la trasgresión como patología

Entre todas las neurosis, la histeria siempre tuvo un lugar prominente. ¿Cuáles eran los síntomas? Pese a que esta es una afección tipificada desde la antigua medicina griega,<sup>234</sup> la propuesta que más impacto tuvo en la medicina moderna fue esbozada por Thomas Sydenham en 1682. Para este médico, enumerar las múltiples manifestaciones de la histeria era una tarea larga y cansada ya que "es un fárrago de fenómenos desordenados e irregulares". Sin embargo, tanto para Sydenham como para numerosos médicos en los siglos XVIII, XIX e inicios del XX, la característica más notable de la histeria era su capacidad imitativa.<sup>235</sup> Ésta le permitía manifestarse a través de los síntomas propios de alguna enfermedad, seguir su curso y de repente cambiar a otro

---

<sup>233</sup> VERGARA Y FLORES, 1893, pp. 202

<sup>234</sup> CHAUVELOT, 2001, pp. 9-25.

<sup>235</sup> Ernest Dupré (1862-1921), psiquiatra francés que propuso en 1905 el término *mitomanía*, definió así la histeria en 1911: "Estado en el cual el poder de la imaginación y de la sugestibilidad, unido a una especial sinergia del cuerpo y del espíritu que he denominado psicoplasticidad, lleva a la simulación más o menos voluntaria de síndromes patológicos, a la organización mitoplástica de perturbaciones funcionales imposibles de distinguir de las de los simuladores". Citado por FOUCAULT, 1987, pp. 12

conjunto de síntomas totalmente distinto.<sup>236</sup> Dicha particularidad mimética, que solía desconcertar a los médicos, hacía de la histeria la más real y, al mismo tiempo, la más engañosa de todas las enfermedades.

El médico cuyo nombre está ligado a la histeria es Jean Marie Charcot (1825-1893). Este fisiólogo parisino ingresó en 1856 como médico al asilo para mujeres de Salpêtrière y en 1872 obtuvo la cátedra de Anatomía Patológica. En julio de 1881, el Parlamento francés creó la Cátedra de Clínica de Enfermedades Nerviosas en la Facultad de Medicina de París y el 2 de Enero de 1882 Charcot fue nombrado titular de ella, siendo la primera cátedra en su género a nivel mundial. Dicho espacio docente le permitió tener entre sus discípulos destacados psiquiatras.<sup>237</sup> En lo referente al ejercicio de la clínica, en 1878 Charcot inició sus análisis sobre la histeria a partir de una remodelación que hubo en el hospital, cuyo resultado fue la mezcla, en una misma sala, de histéricas con epilépticas.<sup>238</sup> El resultado: los síntomas de la epilepsia se comenzaron a manifestar en las histéricas. Así, Charcot echó mano de todo su arsenal analítico como fisiólogo y anatomista para comprender un cúmulo de anomalías extrañas e inclasificables.<sup>239</sup> Como parte de la polimorfa histeria, Charcot se interesó por aquellas mujeres que presentaban hiperestésias, ceguera temporal, contracturas musculares, convulsiones no epilépticas, etc; y otros síntomas exóticos como el hipo y los sollozos. Su objetivo era mostrar que las afecciones musculares estaban subordinadas a lesiones que se asientan sobre ciertas regiones del eje espinal.<sup>240</sup>

---

<sup>236</sup> Por ello fue que el Dr. Miguel Alvarado se rehusó internar histéricas a finales del siglo XIX; según él, la histeria se aprendía, *ergo*, se contagiarían todas las locas. AHSS, F-BP, S-EH, Se-SHP, leg. 14, exp. 9, ff. 4

<sup>237</sup> Los cinco discípulos de Charcot que lideraron una nueva etapa en la neurología francesa fueron: Désiré Bourneville (1840-1909), Edouard Brissaud (1852-1909), Pierre Marie (1853-1940) Joseph Babinski (1852-1932) y Pierre Janet (1859-1947). Además, estuvo el anatomista y fotógrafo Paul Richer (1849-1933), Alfred Binet (1857-1911), famoso por sus test para medir la inteligencia, Vladimir Bechterew (1857-1927) quien introdujo a San Petersburgo los primeros trabajos sobre localizaciones cerebrales, epilepsia y la educación en niños anormales y Sigmund Freud, entre otros.

<sup>238</sup> Un análisis muy completo de la dinámica interna de Salpêtrière en aquellos días es MICALÉ, 1985.

<sup>239</sup> Una descripción de todos los síntomas "extraños" que trató de comprender Charcot a partir del modelo anatomopatológico está en GAUCHET y SWAYN, 2000, pp. 67-96

<sup>240</sup> GAUCHET y SWAYN, 2000, pp. 40.

Sin embargo, las pacientes que analizaba Charcot, además, solían presentar trastornos significativos de la conducta, o "hiperestesia del sentimiento", como excesivas manifestaciones de alegría, tristeza, dolor, júbilo, imaginación y del humor, "invención de sentimientos imaginarios, necesidad imperiosa de quejarse sin que se presente el delirio" y "pregonando obscenidades".<sup>241</sup> Generalmente la histeria solía venir acompañada de "locura moral", entendida esta como un trastorno aislado del sentido moral y de los comportamientos sociales, sin afectar la inteligencia ni el razonamiento, ni manifestando delirios.<sup>242</sup> Pese a tan diversos síntomas de la histeria, Charcot propuso que la manifestación crónica de la histeria era el "gran ataque", también conocido como histeroepilepsia.<sup>243</sup> Este constaba de cuatro etapas: a) pérdida del conocimiento, b) contorsiones, c) actitudes pasionales o eróticas y d) alucinaciones. La diferencia con el ataque epiléptico radicaba en que los movimientos de los últimos eran totalmente incontrolados, por lo que solían lastimarse, mientras que las histéricas controlaban la intensidad de sus caídas. En este intento por analizar las muy histriónicas crisis histéricas, Jean Étienne Georget (1795-1828), quien fuera colega de Charcot en la Salpêtrière, propuso que tales crisis solían tener siete formas distintas: 1. No convulsiva ("vaporosa de los antiguos"). 2. Convulsiva. 3. Libidinosa, la cual "no se ha observado en el hombre [...] constituida por movimientos rítmicos de la pelvis, con proyección de esta hacia adelante y excitación de los órganos genitales, como sucede en la mujer". 4. Histero-epiléptica. 5. Sincopal ("falta de conocimiento, de movimientos, de respiración o de circulación"). 6. Sonambulismo: "es otra de las formas de la histeria de cuya realidad nadie duda". 7. Comatosa.

Para Charcot, la histeria era provocada debido a la sugestionabilidad de los pacientes, razón por la que hizo de la hipnosis su gran arma para incidir en la

---

<sup>241</sup> Cita de Charcot que aparece en JIMÉNEZ, 1882, pp. 24-25.

<sup>242</sup> El término *moral insanity* fue propuesto por el londinense James Prichard (1785-1848). Sin embargo, el sentido era equivalente a lo que Phillipe Pinel denominó "manía sin delirio", la "monomanía razonante" Jean Etienne Esquirol y la "depravación moral innata" de Benjamín Rush. POSTEL y QUETEL, pp. 725

<sup>243</sup> Un análisis sobre la forma en que Charcot usó la fotografía para analizar los ataques histéricos es DIDI-HUBERMAN, 2003.



voluntad de las histéricas.<sup>244</sup> Múltiples críticas recibió Charcot, sobre todo porque se hizo evidente la falta de espontaneidad de las pacientes que él sugestionaba en las famosas clases de los martes en la Salpêtrière. Ellas hacían de la histeria un espectáculo de acuerdo a los lineamientos que el carismático médico imponía.<sup>245</sup> Pese a lo criticado, cuestionado y hasta vilipendiado de Charcot a través de los años, la nueva historiografía sobre la histeria ha rescatado sus múltiples aportes a la medicina.<sup>246</sup> Uno de ellos fue la incorporación del concepto de psicogénia en la patología contemporánea; este fue el aporte más substancial de Charcot: demostrar que las "ideas" actúan sobre el organismo a través de mecanismo deterministas.<sup>247</sup> Pero, si traemos todas estas reflexiones sobre las neurosis a este lado del Atlántico, ¿cómo interpretaron estas afecciones los médicos mexicanos en el último tercio del siglo XIX? La influencia de Charcot es evidente ya que lo encontramos en numerosas citas. Sin embargo, los psiquiatras mexicanos que se interesaron en la histeria, se interesaron más por los trabajos tardíos de Charcot, en los que se exploró, a través de la hipnosis, lo que años después se llamaría *el inconciente*; mientras que sus primeros trabajos, basados en la fisiología experimental, rara vez son mencionados.

En México se publicaron numerosos trabajos durante el último tercio del siglo XIX donde se exponía la etiología de la histeria. Ella se asociaba con los reveses de la fortuna, amores desdichados, escuchar demasiada música, frecuentar el teatro, uso excesivo de perfumes, consumir de manera recurrente café, te, éter, cocaína y morfina,<sup>248</sup> "los "excesos venéreos", los "goces

---

<sup>244</sup> Sobre la hipnosis véase GAUCHET y SWAYN, 2000, pp. 103-134

<sup>245</sup> Sobre el teatro de las histéricas véase PÉREZ-RINCÓN, 1998

<sup>246</sup> La contribución de Charcot a la neurología mundial es abrumadora. Describió el tabes dorsal y la artropatía tabética. Propició las localizaciones cerebrales y medulares basado en su método anatomoclínico. Aportó una contribución muy importante al estudio de las atrofas musculares progresivas y aisló una nueva entidad anatomoclínica: la esclerosis lateral amiotrófica, conocida como la enfermedad de Charcot. Estableció por vez primera, junto a su alumno Bouchard, la relación entre el aneurisma miliar y la hemorragia cerebral. Asimismo, estudió los distintos tipos de temblores que presentaban los pacientes de la Salpêtrière. Precisó bien los diversos signos de la parálisis agitante, que denominó Enfermedad de Parkinson y en 1868 brindó la sintomatología mas completa de la Esclerosis en Placas y la diferenció perfectamente de la Parálisis Agitante.

<sup>247</sup> GONZÁLEZ DURO, 1999, pp. 429

<sup>248</sup> RODILES, 1885, pp. 40.

demasiado prematuros”, la masturbación,<sup>249</sup> “demasiado amor al lujo y la ostentación”<sup>250</sup>, y el exceso de trabajo intelectual”.<sup>251</sup> El doctor Juan Ramírez, comentando el arriba citado artículo de Olvera, mencionaba que la histeria solía ser consecuencia de una vida inactiva y ociosa ya que las mujeres desde niñas eran alejadas de todo tipo de trabajo físico con la errónea idea de que éste era propio de “la gente baja y ordinaria”, dedicándose exclusivamente al “desarrollo de la hermosura y las buenas formas”. Además, al usar un corsé demasiado apretado, las mujeres sólo podían “entregarse a la lectura, estudios de piano y a la conversación”, sumiéndose en la más absoluta inmovilidad que se convertía en causa fundante de la histeria.<sup>252</sup> La histeria, si bien fue considerada hasta mediados del siglo XIX como una enfermedad privativa de las mujeres causada por los “furores uterinos”, también se solía presentar en hombres.<sup>253</sup> Las causas de la histeria masculina fueron explicadas por Mariano Jiménez:

“... se ha observado que los individuos de educación afeminada, que pasan la vida en la ociosidad, frecuentan los bailes y se les ve siempre en los teatros, que con lecturas inconvenientes exaltan su imaginación y sus sentidos, o que al contrario, viven aislados y entregados a la constante meditación, sufriendo frecuentes disgustos; todos estos individuos están expuestos a padecer histeria.”<sup>254</sup>

¿Cómo llevar todas estas ideas a la clínica psiquiátrica?, ¿cómo ofrecer a partir de estos criterios una curación “científica”?, ¿cómo incidir en la poca o mucha estimulación de las “celdillas”? Al respecto, Alejandro López, quien fuera practicante en el San Hipólito, nos menciona las fuertes limitaciones de la psiquiatría al poner en duda los “avances” pregonados por los muy optimistas positivistas en lo que a neurología se refiere. En su tesis presentada en 1886 en

---

<sup>249</sup> PARRA, pp. 197-198. AGUIRRE, 1900, pp. 17.

<sup>250</sup> ROJAS, 1909: 13

<sup>251</sup> JIMÉNEZ, 1882, pp. 13.

<sup>252</sup> RAMÍREZ, 1870, pp. 55

<sup>253</sup> Si bien Charcot hizo sus investigaciones con mujeres, por laborar en un asilo femenino, siempre hizo énfasis, por una parte, en que la histeria no residía en el útero ni era exclusiva de las mujeres. Sin embargo, Chacot documentó casos de histeria masculinos, los cuales explicó a partir de los testículos como los órganos histerógenos. Véase el artículo “Histeria y neurastenia en el hombre” publicado en 1887 (SAURÍ, 1984, pp. 125-129). En consonancia con esto, el doctor Demetrio Mejía publicó en 1878 un artículo titulado *Dos casos de histeria en el hombre*, aplicando los principios de Charcot.

<sup>254</sup> JIMÉNEZ, 1882, pp. 13

la Escuela de Medicina, elaboró una introducción en la que sintetizó los conflictos y contradicciones propias del momento:

El estudio de la enajenación mental, por los progresos de la anatomía patológica y de las otras ciencias auxiliares, va tomando un carácter positivamente científico, y por consiguiente, la terapéutica general tiende mas y mas á curarla; pero su lento progreso, en virtud de su extrema dificultad, hace que fijemos nuestra atención en el modo de aliviar la suerte de los desgraciados desheredados de inteligencia.<sup>255</sup>

Si bien los médicos tenían seguridad sobre el cambio y los avances que se estaban desarrollando en la anatomía, quienes trabajaban con dementes reconocían lo mucho que faltaba para tener un conocimiento riguroso de tales afecciones.<sup>256</sup> Por ello, el resto de la tesis en cuestión es una especie de manual para los médicos que trabajaban en asilos de locos, donde se recomienda cómo lidiarlos, cómo hacerlos comer, dormir y evacuar. Así, este autor nos señala la paradoja de la psiquiatría: se imponía como saber hegemónico sobre las enfermedades mentales, empero carecía de todos los medios para ofrecer una terapéutica derivada de dicho saber. Paradoja que acompañó a la psiquiatría hasta 1940 cuando inició el uso masivo de los psicofármacos.

Al aproximarnos a las formas en que los médicos pretendían curar la histeria y las neurosis en general, no sólo buscamos conocer el tipo de teoría que estaban llevando a la terapéutica o los detalles de las técnicas que hoy nos pueden resultar exóticas. Si la ciencia de aquellos días desconocía la dinámica real de las neurosis, las formas para curarlas estaban más cercanas a la cultura que a la dinámica real del sistema nervioso. Por lo tanto, al observar la terapéutica impuesta en el Manicomio, podemos apreciar dimensión simbólica de la relación médico-paciente. Hubo tres grandes formas de tratar la enfermedad mental en aquellos primeros años de La Castañeda. En primer lugar, fueron usadas algunas técnicas que venían siendo usadas desde la medicina griega clásica como los calmantes, vomitivos, evacuadotes y la

---

<sup>255</sup> LÓPEZ, 1886, pp. 7. Subrayado mío.

<sup>256</sup> Este mismo argumento es presentado en MONTES DE OCA, 1893, pp. 4. Francisco Rodiles en su tesis presentada en 1885 mencionaba cómo la anatomía patológica permanecía muda ante enfermedades como la histeria, que se suponía debían residir en un órgano que aún no se hallaba. RODILES, 1885, pp. 46-47.

hidroterapia.<sup>257</sup> En segundo lugar, hubo una técnica en boga durante la segunda mitad del siglo XIX: la electroterapia; sin embargo, sobre sus aplicaciones tenemos muy poca información.<sup>258</sup> Finalmente, nos encontramos con la gran novedad terapéutica gestadas en Europa a finales del siglo XVIII: el tratamiento moral y la hipnosis. Estas dos técnicas tenían en común el uso de la palabra como la herramienta por excelencia del psiquiatra para convencer al paciente de lo erróneo de sus ideas. Veamos, en términos generales, en qué consistía cada una de ellas.

**El tratamiento moral.** Tradicionalmente se le ha otorgado la autoría de esta técnica al francés Phillipe Pinel, pese a que los británicos, desde el siglo XVIII, habían incorporado al quehacer psiquiátrico su *moral therapy*. Lo interesante es que pese a la fuerza que tomaron los referentes biologicistas a finales del siglo XIX para entender las enfermedades mentales, el tratamiento moral se incorporó al quehacer psiquiátrico con tal contundencia que mantuvo vigencia hasta bien entrado el siglo XX.<sup>259</sup> La novedad de Pinel radicó en que sugirió la posibilidad de que la locura fuera curada con base en un tratamiento humano, sin grilletes ni cadenas, que le permitiera llegar al centro de las emociones del paciente, muy influido por la lógica de la caridad cristiana y por su

---

<sup>257</sup> Siempre fueron recomendados los baños prolongados de agua fría o caliente; desde la antigüedad grecorromana se le reconocían sus virtudes terapéuticas. De hecho, tanto el Divino Salvador como el San Hipólito tenían baños con el sistema Fleury. Luois Fleury publicó en 1850 *Traité Therapeutique et Clinique D'hydrotherapie*. Texto que gozó de una amplia aceptación entre la comunidad médica ya que exponía la forma en que se debía implementar una eficaz hidroterapia de acuerdo a las especificidades de cada institución médica. El sistema que este hombre diseñó consistía en la siguiente dotación: "una piscina, una tribuna, una ducha móvil en lanza con surtidores diversos, una ducha vertical con válvula en lluvia o en columna, caliente o fría a voluntad, una ducha en círculo, una ducha ascendente, un baño de asiento-corriente, 3 bañeras para 100 enfermos, a razón de 10 a 12 baños cotidianos de 30 a 45 minutos por bañera". Citado por RAMOS DE VIESCA, 2000, pp. 43

<sup>258</sup> Hubo varios artículos publicados en la *Gaceta Médica de México* que señalaban las utilidades de la electricidad para la curación de una diversidad de afecciones: "Electroterapia" (1879, pp. 15), "Electricidad en casos patológicos" (1873, pp. 55), "Congestión cerebral de niños curada con electricidad" (1892, pp. 211) "Usos de la electricidad en la medicina" (1873, pp. 185). Según un artículo del Dr. Luís Hidalgo y Carpio, la electricidad servía para tratar la depresión, la epilepsia, el asma, los desordenes del habla, la espermatorrea y la impotencia. HIDALGO Y CARPIO, 1873

<sup>259</sup> La continuidad de las ideas de Pinel hasta mediados del siglo XX en torno al "tratamiento moral" es expuesta SACRISTÁN, 2006.

asistente Jean Baptist Pussin.<sup>260</sup> Para Pinel, el psiquiatra debía tener la capacidad de incidir en lo emocional y en lo intelectual al persuadir al loco y convencerlo de lo irracional de sus ideas. Para tales fines, el especialista debía escuchar los delirios de los pacientes con el ánimo de detectar los recuerdos y "las impresiones" que le habían generado la enfermedad mental. Se consideraba que los locos mantenían algún fragmento de la razón en uso, y de ahí debía partir la terapia al tratar de cambiar el rumbo del pensamiento del loco. La prioridad del tratamiento moral era "combatir y destruir la idea delirante", para lo cual el médico debía escuchar los delirios del paciente e imponerle ideas opuestas a las patologías.

Esta técnica fue implementada en México. Siguiendo estos lineamientos de Pinel, el doctor Rafael López y Muñoz consideraba que

"...el temor, la confianza, los recuerdos, deben ser sucesivamente suscitados en esta clase de enfermos; y no solo, sino que deben producirse ante ellos escenas convenientes a su genero á la manía del sujeto: ya tiernas, ya conmovedoras, ya terribles. Por último, varios estados de ánimo, ya agudos, ya crónicos, digámoslo así, como las pasiones ó enfermedades morales entre las primeras, y el hastío, el tedio, la hipocondría, el esplin, entre los segundos, exigen que el médico, á más de los conocimientos de su profesión, sea un hombre instruido, inteligente, sagaz y elocuente, para poder convertir las ideas del sujeto de un argumento á otro; descubrir más bien que interrogar, las causas, á veces sociales y ocultas, de su mal"<sup>261</sup>.

Siguiendo esta cita, el tratamiento moral debía basarse, entre otras cosas, en los dotes histriónicos que tuviese el médico para lograr seducir, convencer e imponer sus ideas, derribando las nociones delirantes del demente. La relación médico-paciente debía basarse en la simpatía y la confianza; pero también debía ser una clara relación de poder donde el paciente se sometiese a las disposiciones impuestas.<sup>262</sup> Una vez establecido dicho trato, el doctor se

---

<sup>260</sup> Sobre la compleja relación entre Pinel y su asistente Pussin, véase WEINER, 2002, pp. 113-120

<sup>261</sup> LÓPEZ Y MUÑOZ, 1875, pp. 128-131.

<sup>262</sup> Una expresión cinematográfica de esta relación médico-paciente en el marco del tratamiento moral es *The Madness of King George*, (Dir. Nicholas Hytner, 1996) Es la historia de Jorge III, el monarca británico que enloqueció a raíz de la pérdida de las colonias en Norteamérica. Para recibir tratamiento fue llevado por su familia ante un religioso que en una granja trata a enfermos

encargaría de persuadir a su paciente al tratar de demostrarle lo erróneo de sus ideas “delirantes”. Así, el buen trato y la persuasión serían la herramienta para que el loco recuperara la razón. Además, esta terapia podía recurrir a tretas por parte del médico para descubrir las afecciones fingidas. Por ejemplo, se sugería que cuando una histérica fingiese un estado catatónico, el médico debía poner algodón con fuego en las piernas de su paciente, obligándola a reaccionar en cuestión de segundos.<sup>263</sup>

**La hipnosis.** Pese a que hubo múltiples artículos que cuestionaban su cientificidad, también hubo médicos reconocidos como Luíís Hidalgo y Carpio que asistieron a sesiones donde fue confirmada su efectividad.<sup>264</sup> ¿En qué consistía?

En términos generales, se ha definido como un

“sueño provocado” fijando la atención del paciente en un pequeño objeto brillante. Lo fundamental era que el organismo hipnotizado poseía una especial “impresionabilidad”, por la que determinados estímulos externos podían producir hondas modificaciones fisiológicas: excitar o deprimir la función cardiaca y el estado de la circulación, regular o controlar el tono muscular, estabilizar el estado de la circulación capilar y las secreciones gástricas, aliviar o evitar el dolor en las operaciones quirúrgicas, etc.”<sup>265</sup>

Un intento por aplicar la hipnosis a la cura de la histeria fue el trabajo publicado por el médico cubano José Malberti en 1896. El autor, después de exponer múltiples casos en los que había podido curar diversas enfermedades con dicha técnica, señalaba que la efectividad de ésta para la curación de la histeria dependía de la relación de poder que se debía tejer entre el médico y la paciente. No obstante, esa relación tenía sus riesgos ya que

“el médico curará el acceso, pero el marido es el único que debe modificar el carácter de su esposa; con el hipnotismo ¿qué se consigue? [...] el

---

mentales con base en el mencionado tratamiento moral. Debido a que dicha técnica se basa en la autoridad que el médico debía ejercer sobre el paciente, el problema era ¿quién podía ponerse por encima del Rey?

<sup>263</sup> Con respecto al tratamiento ofrecido en los hospitales para dementes, Flores y Troncoso da una de las pocas descripciones halladas: “se ha puesto en práctica la aplicación de luz de algunos colores para ciertos estados. FLORES Y TRONCOSO, 1982, vol. 3, pp. 295.

<sup>264</sup> SOMOLINOS D'ARTOIS, 1976, 140-141. ROMÁN, 1898, pp. 28. Además, se menciona que el doctor Guillermo Parra, quien fuera director de la Escuela de Medicina en 1920, solía utilizar la hipnosis en el Hospital de Juárez y en su propia clínica privada para la atención de mujeres “nerviosas” PARRA, Guillermo, 1885.

<sup>265</sup> GONZÁLEZ DURO, 1999, pp. 425.

juicio, si se mejora [...] esto arrastra grandes peligros, porque el médico, sin saberlo, se ha hecho indispensable para la enferma, quien acabará por comprender que necesita más de él que de su propio marido, destruyendo así el único sentimiento que permanece incólume”<sup>266</sup>

Según este psiquiatra, la mujer histérica se acercaba más a la insumisa para con la autoridad paterna o conyugal que a una enferma. Así, más que curación, la histérica requería disciplina y una fuerte autoridad que la subyugara. Por ello solía recomendarse como posible terapia, además de electroterapia, hidroterapia y el viaje a balnearios, el matrimonio con un “marido vigoroso” que la iniciara en las artes sexuales<sup>267</sup>.

Según lo anterior, las técnicas como la hipnosis y el tratamiento moral, formaban parte de un concepto terapéutico que se acercaba más a un modelo disciplinario que curativo, donde la sumisión, la obediencia y el apego a un estilo de vida que evitase alterar las pasiones era lo que se debía imponer. Esta visión disciplinaria del quehacer psiquiátrico la señaló el doctor Juan Peón del Valle, quien fuera director del Hospital para Mujeres Dementes del Divino Salvador, al proponer: “castiguemos a los locos y se reducirán por el ejemplo, es conocido el saludable influjo que tienen los castigos para obtener el orden en los manicomios”.<sup>268</sup> Bajo esta lógica, se creía que el tratamiento moral tenía “cierta analogía con la educación [...] pues el loco no es más que un niño grande”.<sup>269</sup>

### **3. El alcoholismo: enfermedad de la voluntad**

El mundo occidental inició una ardua lucha contra el consumo de alcohol a mediados del siglo XIX. Los médicos reflexionaban sobre las catastróficas consecuencias del alcoholismo mientras las autoridades políticas y legislativas buscaban la forma de controlar la producción venta y consumo de aquellas bebidas consideradas como el germen degeneracionista por excelencia. Fueron numerosas las enfermedades asociadas al alcoholismo, entre ellas encontramos diferentes formas de neurosis, disfunciones gastrointestinales, hipertrofia de las

---

<sup>266</sup> MALVERTI, 1896, pp. 19.

<sup>267</sup> RODILES, 1885, pp. 57.

<sup>268</sup> PEÓN DEL VALLE, 1905, pp. 91.

<sup>269</sup> ÁLVAREZ, 1880, pp. 9.

mucosas en la lengua y la laringe, vómitos, úlceras estomacales, hipertensión, cirrosis, tuberculosis, hidropesía, flebitis en la vena porta, problemas cardiacos - *miocarditis alcohólica*-, hipertrofia del bazo, artrosis en el nervio óptico, exceso de grasa en los riñones, atrofia testicular y el rosario de afecciones continuaba.<sup>270</sup> Ni médicos ni políticos ponían en duda que el licor era el causante del deterioro de diferentes órganos. Hecho que incidiría directamente en la constitución de la progenie ya que sería muy probable que el alcohólico tuviese hijos epilépticos o con alguna enfermedad mental debido a que, según se pensaba en aquellos días, dicha bebida dificultaba la comunicación entre los hemisferios cerebrales.

Pese a que fue notable interés médico por las manifestaciones clínicas del alcoholismo, no hubo propuestas que clasificaran tanto las diferentes enfermedades generadas por el abuso del licor alcohol como las diversas manifestaciones patológicas de dicho hábito en tanto “enfermedad”. Uno de los psiquiatras franceses que se interesó en este último rubro fue el ya mencionado Valentin Magnan (1835-1916) quien trabajó en el distrito de Sena, donde más alcohólicos se reportaban. En el año 1874 publicó *De l'Alcoolisme: des Diverses Formes de Délire Alcoolique et de leur Traitement*. En este libro propuso que el alcoholismo podía clasificarse entre tres grandes grupos: en el primero debían ser agrupados los episodios de alcoholismo agudo y el *delirium tremens* (accidente agudo del alcoholismo crónico caracterizado por temblores, delirios y trastornos); en segundo lugar estaban aquellos ebrios que se tardaban en salir de dicho estado pero que recaían rápidamente y generalmente presentaban tendencias suicidas; y en tercer lugar estaban aquellos cuyo alcoholismo terminaba en parálisis general, considerada como el último término de la degeneración física, moral e intelectual. En este mismo intento clasificatorio, el mencionado doctor Lanceraux expuso que el alcohólico podía ser de dos tipos: el social y el neurótico. La diferencia entre ambos era que el último había perdido

---

<sup>270</sup> SOURINA, 1990, pp. 71. Uno de los textos más representativos sobre el alcoholismo, escrito por el médico francés E. Lanceraux en 1865, fue publicado en *Dictionnaire Encyclopédique de Sciences Médicales*. En este trabajo se exponía detalladamente las múltiples consecuencias de este hábito.



la libertad de elegir cuando no tomar y el último estaba dominado por una fuerza irracional que superaba su voluntad. Además, introdujo el término *dipsomanía* para hacer referencia al impulso incontrolable de beber cualquier forma de alcohol, incluyendo agua de colonia.<sup>271</sup>

Entre los pacientes que ingresaron al Manicomio La Castañeda entre fines de septiembre de 1910 y diciembre de 1913, el 51.1% de los hombres y el 21.8% de las mujeres fueron clasificados con alguna de las múltiples afecciones asociadas al consumo de licor. Además de las arriba mencionadas, se diagnosticó *monomanía homicida alcohólica* a aquellos pacientes que en estado de ebriedad se les desataba una gran ferocidad que los llevaba a tener el deseo de matar ya que creían estar siendo perseguidos. Una entidad poco utilizada fue la *psicosis Korsakoff*, la cual se caracterizaba por el deterioro progresivo de las facultades intelectuales acompañada por una fuerte amnesia de los eventos recientes y neuritis periférica. La *embriaguez patológica* se consideraba propia de sujetos con tendencia histérica o epiléptica –razón por la que también se le llamaba *epilepsia alcohólica*. Los sujetos con esta afección podían comportarse “normalmente” en estado de sobriedad, pero la locura se desataba con el consumo de licor. Finalmente términos como *amencia etílica*, *delirio alcohólico* y *psicosis alcohólica* fueron usados para hacer referencia a aquellas manifestaciones psicóticas atribuidas al uso excesivo de licor.

La cantidad de internos diagnosticados como alcohólicos en La Castañeda (51.1% de hombres y el 21.8% de mujeres) fue verdaderamente astronómica en comparación con otros países. Por ejemplo, cuando más preocupadas estuvieron las autoridades francesas por la elevada cantidad de locuras alcohólicas, entre 1873 y 1913, el 23.8% de hombres y el 4.4% de mujeres internadas en los asilos públicos de París, padecían de esta enfermedad.<sup>272</sup> La máxima cantidad estuvo en el Departamento del Sena Inferior: se reportó para 1885 que el 40.35% de las internaciones de los hombres

---

<sup>271</sup> SOURINA, 1990, pp. 82.

<sup>272</sup> PRESTWICH, 2003, pp. 325

y el 28% de las mujeres era por alcoholismo.<sup>273</sup> Datos que no igualan a México. Llama la atención que durante el discurso inaugural del Manicomio, Porfirio Díaz hijo mencionó que las "degeneraciones alcohólicas" eran la causa de casi todas las enfermedades mentales. Por ello invitaba a "perseguirlo por igual y con energía en todas las clases sociales, pues en todas es igualmente nocivo", afirmando que en el manicomio los alcohólicos tendrían un lugar especial.<sup>274</sup>

No fueron pocos los intentos de la élite porfiriana por combatir el alcoholismo. Bajo la premisa de construir una nación "moderna" y "civilizada", erradicando todos aquellos gérmenes que propiciasen la "degeneración" de la raza, fueron impulsadas varias campañas médicas que difundiesen los efectos nocivos del alcohol.<sup>275</sup> Uno de los campos donde los médicos buscaron incidir en la sociedad para erradicar el vicio en cuestión fue la medicina legal; este fue el terreno propicio para la discusión en torno a las repercusiones jurídicas que debía tener el uso de bebidas embriagantes. Una de las implicaciones jurídicas tenía que ver con la imposibilidad de que un alcohólico contrajese matrimonio. Debido a que tal hábito solía imprimir "trascendentales alteraciones [...] á todas las funciones de la vida orgánica", Casarín Sabino en 1903 proponía que el Código Civil debía asumirlo como uno de los impedimentos para contraer matrimonio.<sup>276</sup> Además, en la medida que las bebidas alcohólicas tenían repercusiones en el sistema nervioso, habría "una tendencia marcada a propagarse por herencia".<sup>277</sup> Con tales referentes, de un alcohólico se esperaba que tuviese hijos

"idiotas, epilépticos, imbéciles o, cuando menos van a engrosar las filas cada vez más numerosas de individuos que la psiquiatría de hoy estudia con el nombre de degenerados".<sup>278</sup>

Las consecuencias del alcoholismo no sólo se evidenciaban en la herencia biológica, sino en los "trastornos morales" que dicha afección acarrea. Debido a la idea generalizada de que los consumidores habituales de

---

<sup>273</sup> POSTEL y QUETEL, pp. 390

<sup>274</sup> *El Imparcial*, 2 septiembre de 1910, pp. 7.

<sup>275</sup> CARRILLO, 2002

<sup>276</sup> SABINO, 1903, pp. 7

<sup>277</sup> SABINO, 1903, pp. 14

<sup>278</sup> SABINO, 1903, pp. 15

alcohol perdían la capacidad de distinguir entre lo bueno y lo malo, el doctor Francisco López afirmaba, en 1906, que la inteligencia de tales sujetos se iría esfumando, dando lugar sólo a “manifestaciones de vida animal”.<sup>279</sup> Por esta razón, se quejaba de que la legislación sólo castigase a los ebrios escandalosos y homicidas, pero no infringía castigo alguno sobre todos aquellos alcohólicos que “impunemente están cometiendo el crimen gravísimo de la degeneración de la raza, de la pobreza en la familia y en la sociedad.”<sup>280</sup>

A diferencia del epiléptico, el demente o el retrasado mental que había heredado su afección, el alcohólico era considerado como el culpable directo por traer el deterioro social. Por lo tanto, si el “degenerado” era visto como un enfermo incurable, o raras veces curable, que se debía encerrar por la peligrosidad que revestía, el alcohólico, en tanto germen de la locura, debía ser disciplinado ya que su conducta “consciente y voluntaria” había sido encaminada a la “destrucción de la humanidad”.<sup>281</sup> Bajo este referente, era más perentorio prevenir el alcoholismo que curar a los que habían caído en sus garras. Por esta razón, numerosos médicos se dieron a la tarea de fomentar una “cruzada bienhechora antialcohólica [para] la salvación de los pueblos y el principio del verdadero progreso”.<sup>282</sup>

El alcoholismo, además de ser un peligro biológico para la nación, era una amenaza jurídica ya que el estado de ebriedad era un atenuante de la responsabilidad criminal. Por lo tanto, cuando algún sujeto afirmaba haber cometido un delito en estado de ebriedad y, en consecuencia, solicitaba que se le eximiese de su responsabilidad penal, los psiquiatras debían tener la capacidad de determinar el grado exacto de embriaguez al momento del crimen. Según el doctor Francisco López, la ebriedad tenía tres etapas: ligera, confirmada y comatosa. En el primer estado, el ebrio sentía aumentar

“su fuerza física [...] el campo de ideación se ensancha, la voluntad se afirma, la palabra es más fácil, las pasiones se exaltan y los sentimientos

---

<sup>279</sup> LÓPEZ LIRA, 1906, pp. 41

<sup>280</sup> LÓPEZ LIRA, 1906, pp. 58

<sup>281</sup> LÓPEZ LIRA, 1906, pp. 22

<sup>282</sup> LÓPEZ LIRA, 1906, pp. 22.

más sublimes de amor y fraternidad aparecen con toda su grandeza, haciendo gozar infinitamente, en medio del idealismo más absoluto.”<sup>283</sup>

En la segunda etapa iniciaría la “perturbación de la inteligencia”, las alucinaciones de la vista y del oído y se presentaría un marcado cambio en el carácter. Y en el estado comatoso, el ebrio perdería todo el control de si mismo y sus funciones serían meramente vegetativas. Por lo tanto, en la segunda etapa era cuando el sujeto no podía ser considerado como culpable de sus actos, mientras que en la primera etapa su culpabilidad era indudable y la incapacidad para cometer un crimen era evidente en el tercer estado.

¿Por qué fueron tantos los alcohólicos que llegaron a las puertas del Manicomio en este periodo y no antes?, ¿acaso hubo algún fenómeno social o económico que aumentara la producción de licor? El hecho de que la mayoría de los que fueron internados en La Castañeda en calidad de alcohólicos fueran dados de alta en calidad de “curados” después de unos cuantos meses de encierro, nos hace dudar de que en verdad padeciesen de una “enfermedad” mental. Muchos de ellos eran detenidos en la vía pública por las autoridades por deambular ebrios por la calle, lo que no implicaba una afección mental. El examen hecho por los médicos en la inspecciones de policía se reducía a

“tomarle el pulso, a hacerlo que se paren en un pie, a que junte los talones y las puntas en ambos pies y cierre los ojos. Si el pulso está frecuente y tenso, si el equilibrio se pierde, se le declara ebrio incompleto. Después de pasado un separo, mientras declara el agente de policía que hizo la remisión quien, en la mayoría de los casos, únicamente se concreta a relatar lo que oyó a los curiosos; enseguida pasan a declarar los testigos en pro y en contra del inculpado”.<sup>284</sup>

Así las cosas, es muy probable que buena parte de los “alcohólicos” careciesen de cualquier afección mental. Esto concuerda con las quejas levantadas por el doctor Manuel Alvarado en 1890 debido a que había una cantidad de individuos que eran remitidos a los hospitales para dementes en medio de terribles borracheras. Pero una vez recuperada la sobriedad, con algo

---

<sup>283</sup> LÓPEZ LIRA, 1906, pp. 27.

<sup>284</sup> ORTIZ Y NÚÑEZ, 1921, pp. 43

de comida y un buen descanso, regresaban a la completa normalidad.<sup>285</sup> Entonces, podríamos suponer que se trataba de ebrios alborotadores y malportados que eran llevados por las familias o por la policía en un acto disciplinario recubierto por un discurso médico. Sin embargo, resulta interesante que a partir de 1914 y hasta 1920 hubo un notable descenso en la cantidad de internos alcohólicos en comparación con los primeros tres años. Obviamente, y como veremos en los capítulos 5 y 6, hubo cambios significativos en la vida política y cotidiana del México de aquellos días, lo cual tuvo una incidencia directa en el criterio usado para definir los tipos de locura que merecían encierro. Sin embargo, si seguimos explorando el discurso de los médicos sobre el alcoholismo, nos encontramos que para la década de 1920 esta supuesta enfermedad dejó de ser tema de interés para los médicos. Pese a que algunos gobiernos posrevolucionarios hicieron de la lucha antialcohólica su bandera, esta iniciativa no necesariamente estaba impulsada por intereses privativos de los médicos. Así, llama la atención que antes de 1910 fueron muchos los textos publicados por médicos en los que reflexionaban sobre el alcoholismo, mientras que a partir de dicho año la reducción fue significativa. El por qué de este cambio lo podemos buscar en las dos únicas tesis presentadas en la Escuela de Medicina durante la década revolucionaria. No sabemos que tan influyentes fueron dichas tesis en el pensamiento médico de aquellos días, ni tampoco podemos afirmar que las ideas allí plasmadas fueron la base conceptual del personal médico de La Castañeda. Sin embargo, con base en ellas podemos aproximarnos a las nuevas lecturas que tuvieron lugar en torno al alcoholismo en esta década.

La primera fue publicada en 1917. A diferencia de los médicos del porfiriato, el autor no nos habla de la “degeneración” ni de los gustos del “pueblo bajo” entregado a sus “pasiones” e “instintos”. En las propuestas para atacar el alcoholismo, Manuel Bonifaz se refiere a la necesidad de educar a los “ciudadanos”, enseñándoles sus “obligaciones y derechos”. Más que encerrar a quienes la miseria los había llevado al alcoholismo, el autor recomendaba

---

<sup>285</sup> AHSS, F-BP, S-EH, Se-SH, leg 5, exp. 39, ff. 1.

“mejorar la condición social de los proletarios”. Por lo tanto, era necesario ofrecer educación, trabajo bien remunerado y perseguir la vagancia.<sup>286</sup>

La segunda tesis sobre el alcoholismo fue publicada en 1920, señalando, también, un giro radical frente a la perspectiva porfiriana. Al igual que sus antecesores, el autor aceptó la relación entre alcoholismo y delincuencia;<sup>287</sup> además aludía a la creencia que tenía la “clase obrera” sobre el poder del licor para obtener fuerza física; razón por la que el consumo era elevado entre “cocheros, carreteros, herreros, jornaleros, chauffeurs y panaderos”; aunque también en profesiones libres como “artistas, periodistas, oficiales de marina”.<sup>288</sup> No obstante, el médico en cuestión mencionaba dos argumentos que lo posicionaban de otra forma en comparación a los porfirianos. Primero, apoyaba lo que él denominaba un “movimiento reaccionario a favor de la bebida” ya que pese a todas las luchas moralistas, el licor no desaparecía y sí aumentaban los costos y el consumo. Por otra parte, el autor afirmaba categóricamente que las enfermedades mentales como histeria, neurastenia, epilepsia, manía y parálisis general progresiva no eran causadas por el alcoholismo, sino que los enfermos mentales buscaban amainar sus padecimientos con la ayuda del licor; lo cual desembocaba en “neurosis tóxicas”.<sup>289</sup> Finalmente, el doctor Ortiz y Núñez afirmaba que ahora era necesario fijarse en las nefastas consecuencias de las “drogas eufóricas” que habían llegado a reemplazar a los licores embriagantes, los cuales iban a seguir formando parte de todas las sociedades.<sup>290</sup>

Al pasar de una explicación que ponía el énfasis en lo orgánico a otra que señala lo social como causa de la locura, nos encontramos frente a la polisemia de la enfermedad mental. El loco oscilaba entre amenaza para la sociedad y en víctima de la misma, mereciendo el encierro, pero también la compasión. El loco podía ser un *degenerado peligroso* con vicios heredados y un comportamiento amoral que podían trastornar el orden social; pero también podía ser el *nervioso*

---

<sup>286</sup> BONIFAZ DOMÍNGUEZ, 1917, pp. 27

<sup>287</sup> ORTIZ Y NÚÑEZ, 1920, pp. 18

<sup>288</sup> ORTIZ Y NÚÑEZ, 1920, pp. 20

<sup>289</sup> ORTIZ Y NÚÑEZ, 1920, pp. 33

<sup>290</sup> ORTIZ Y NÚÑEZ, 1920, pp. 42

de buena posición económica que había enloquecido por estar demasiado expuesto a la influencia arrolladora de la modernidad. Las dos afecciones aquí analizadas fueron vistas en su época como consecuencias de los cambios en la vida cotidiana propios del fin de siglo:

"La raza moderna está pues, en un círculo vicioso: neuropatía y alcoholismo, dos sentencias de muerte para el mejor sistema de la economía [...] el horrible *struggle for life* es, pues, el gran generador del nerviosismo que invade la patología contemporánea".<sup>291</sup>

A manera de conclusión: las enfermedades nerviosas no fueron entendidas en términos del degeneracionismo. En lugar de ser entendidas como psicopatías heredadas, las neurosis se adquirían debido a los malos hábitos y vicios que corroían a la sociedad moderna. Por su parte, el alcoholismo estaba a medio camino entre las degeneraciones y las neurosis. Si bien, era considerada como la causa fundamental de la degeneración de la raza, el alcohólico llegaba a esta "enfermedad" por voluntad propia y no por una predisposición congénita. A diferencia de los epilépticos, dementes e imbeciles que habían nacido con el estigma de la degeneración, las neuróticas y los alcohólicos se habían "enfermado" *por elección*. En consecuencia, estas afecciones, más que medicación, requerían de disciplina y corrección.

Pero, ¿cómo se apropiaron las familias de todo ese discurso para entender a sus malportados como neuróticos y alcohólicos y optar por llevarlos a La Castañeda? Desde el punto de vista de las familias ¿qué tipo de comportamientos fueron considerados como argumentos para justificar la internación a La Castañeda? Es más: ¿qué realidad social se escondía detrás de estos diagnósticos? Para dar respuesta a estos interrogantes nos sumergiremos en la complejidad de los casos mejor documentados que se han conservado en el Archivo Histórico de la Secretaría de Salud: el de Amalia y el de Consuelo. En estos expedientes analizaremos la relación que se tejió entre las familias, los psiquiatras, el discurso médico y, obviamente, estas neuróticas.

---

<sup>291</sup> VERGARA FLORES, 1893, pp. 204. Subrayado mío

## **Amalia y Consuelo: dos neuróticas frente al mundo**

Después de haber analizado el discurso médico en torno a las neurosis y el alcoholismo, propongo que enfoquemos la mirada en las familias que tomaron la decisión de internar a sus "enfermos" entre octubre de 1910 y diciembre de 1913. Cuando abordamos el tejido social en que estaba inmerso el loco nos preguntamos ¿por qué las familias tomaron la decisión de internar a estos sujetos? Se podría pensar, y sin necesidad de un análisis exhaustivo, que fue debido a los actos o expresiones que trasgredían la normatividad familiar, como la conducta agresiva, sexualidad "anormal", ebriedad contumaz, irrespeto a la autoridad doméstica, etc. Pero esta respuesta no es suficiente. ¿Acaso sólo hubo 1332<sup>292</sup> trasgresores en la capital mexicana en un lapso de tres años y tres meses? Por supuesto que no. Entonces la pregunta se debe reformular: entre todos los capitalinos que presentaron conductas consideradas como "anormales", ¿por qué sólo esta minoría llegó a las puertas del Manicomio?

En primer lugar, el expediente clínico de cada paciente contiene fragmentos de la vida antes y durante el encierro terapéutico. Ellos nos narran la aparición de aquello que la familia consideró como síntomas inequívocos de locura: comportamientos anormales en la infancia y adolescencia, posibles vicios acrecentaron la locura, enfermedades que pudieron afectar al sistema nervioso y los numerosos conflictos que el loco trajo a la familia. Por lo tanto, cada historia nos narra el proceso por medio del cual el neurótico se convirtió en tal. De manera que la siguiente pregunta a resolver es ¿qué variables se tejieron a lo largo de la vida del loco para que, a raíz de algún exceso cometido, fuese internado por la familia?

En segundo lugar, estos mismos expedientes nos narran, además, numerosos detalles sobre la relación que sostuvo la familia con el loco y con las directivas del Manicomio durante el encierro. Esta relación familia-loco-psiquiatras fue factor determinante en la forma que asumió la locura durante los

---

<sup>292</sup> Esta cantidad es la suma de todos aquellos diagnosticados como alcohólicos con todas las distintas formas de neurosis.



diferentes periodos de encierro. Este hecho nos lleva a otra pregunta: ¿qué incidencia tuvieron las familias en la dinámica interna del Manicomio?

Para responder los mencionados interrogantes, no es posible reconstruir la historia de vida de todos y cada uno de los neuróticos y alcohólicos en cuestión debido a que muchos expedientes contienen información fragmentada, incompleta y descontextualizada. Sin embargo, tuve la oportunidad y el gusto de encontrar dos expedientes clínicos con numerosos reportes de médicos y enfermeros, cartas de los familiares y de las mismas locas; un cúmulo de material que posibilita la reconstrucción de dos historias en torno a una de las neurosis que a más mujeres afectó: la histeria. El lector podrá encontrar contradictorio que pese a que hubo una mayoría notable de hombres alcohólicos, analicemos los casos de dos mujeres histéricas. No obstante, esta elección está supeditada a las fuentes ya que no hallamos casos de hombres lo suficientemente documentados como para reconstruir la red social que había en torno a alcoholismo masculino. En consecuencia, es necesario tener claro que este capítulo tiene un sesgo de género ya que a través de los casos de Amalia y Consuelo nos acercaremos a los avatares cotidianos de la histeria femenina antes y durante el encierro.

### **Amalia...**

ingresó por primera vez al Hospital de Mujeres Dementes del Divino Salvador en diciembre de 1909, con 19 años, y estuvo durante cinco meses encerrada hasta que fue dada de alta por el doctor Ernesto Rojas quien la encontró curada de su histeria aguda.<sup>293</sup> Sobre este primer ingreso no tenemos más información. Posteriormente, en marzo de 1911, fue remitida por el Juzgado Séptimo de Instrucción debido a que padecía de *imbecilidad*. Como veremos, lo más probable es que estuviese fingiendo. En este ingreso hubo un proceso irregular ya que el director del Manicomio le informó al juez que Amalia había sido internada sin los dos certificados médicos que se exigían; aunque no dejó de mencionar que la interna padecía de *locura moral* que se manifestaba “por

---

<sup>293</sup> AHSS, F-MG, S-EC, caja 16, exp. 8, ff.1

actos impulsivos excesivamente repugnantes de perversión sexual y por acusaciones infundadas contra las personas que no se prestan á sus fines”.<sup>294</sup> En respuesta, el juez afirmó que no comprendía qué hacía Amalia en el Manicomio ya que, si bien había un proceso jurídico del que ella formaba parte, estaba en condición de libre. Y agregó: “si se mandó á la García fue a petición de la familia que lo solicitó”, mas no porque se le considerase peligrosa ya que la investigación en curso obedecía a que la madre de Amalia había acusado a dos hombres de violar a la hija.<sup>295</sup>

El juez, una vez enterado de la posible locura de Amalia, envió un interrogatorio a los médicos que podía cambiar el curso del juicio seguido a los presuntos violadores. La primera pregunta era: “¿Amalia G. si por caso dado sufre un atentado contra el pudor, en su persona, al referirlo está en sus facultades mentales?”. La respuesta de los médicos fue:

“Que no lo sabemos, y añadimos que Amalia G está afectada desde hace muchos años de locura moral, enfermedad que en ella se manifiesta principalmente por perversiones sexuales refinadas y por su costumbre de urdir mentiras relativas precisamente a atentados contra el pudor”.

La segunda pregunta era si Amalia pudo haberse “desflorado” a sí misma como consecuencia de su locura. En respuesta, los médicos manifestaron que además

“de que está enferma está desflorada desde hace muchos años, agregamos que ella acostumbra masturbarse introduciéndose en la vagina cuerpos extraños más o menos voluminosos y extravagantes ideados por ella misma”.

Con la tercera pregunta los jueces pretendían saber si Amalia, al proponérsele cualquier acto sexual ¿lo haría “con su voluntad”? A lo que los médicos respondieron que no sabían, pero informaban que Amalia acostumbraba solicitar tanto a hombres como a mujeres “para actos de perversión sexual”. La pregunta final fue: "si dada la constitución física de Amalia, ¿ésta podía ser violada por algún hombre robusto?". Los médicos respondieron que no era posible, ya que cuando Amalia “se excitaba era

---

<sup>294</sup> AHSS, F-MG, S-EC, caja 16, exp. 8, ff. 14

<sup>295</sup> AHSS, F-MG, S-EC, caja 16, exp. 8, ff. 15

necesario que entre cuatro y hasta seis hombres la sujetaran”.<sup>296</sup> Una vez respondido el cuestionario anterior, el mismo juez envió otra carta al director del Manicomio donde pedía que se le informara si Amalia tenía expedito el uso de la razón, ya que si carecía de él, se le aplicaría a los acusados el Artículo 796 del Código Penal: “Se equipara á la violación y se castigará como ésta; la copula con una persona que se halle sin sentido, ó que nó tenga expedito el uso de la razón aunque sea mayor de edad”.<sup>297</sup> La respuesta de los médicos era fundamental para que Amalia fuera considerada como víctima de violación y por ende los sujetos serían condenados. Pero la respuesta de los doctores Mesa Gutiérrez y Sunderland frenaron el proceso jurídico ya que certificaron que Amalia tenía “expedito el uso de su razón y propiamente hablando no se encuentra enajenada de sus facultades mentales [...] es tan solo una victima de perversión sexual por predisposición congénita, es decir que es por achaques de su organismo no precisamente inmoral sino amoral”. Así, la falta de principios morales se manifestaban en una “tendencia bestial irresistible”. Por ello afirmaban que el Artículo 796 no podía ser aplicable a quienes habían copulado con ella.<sup>298</sup> El fin del proceso jurídico no lo sabemos, pero con el dictamen pericial hecho por los médicos, es muy probable que los acusados hayan sido absueltos.

Una vez concluido este proceso, Amalia continuó recluida por los siguientes siete meses hasta que en enero de 1912 fue dada de alta por solicitud de la madre “con permiso de dos meses en experimentación, estando mejorada de su locura moral”, pero fue internada nuevamente el 9 de febrero de 1912 “por haberse vuelto a enfermar de su locura moral antes de los dos meses de licencia”. Proceso que se repitió el 12 de abril del mismo año cuando la madre solicitó un permiso de dos meses ya que, aparentemente, estaba curada.<sup>299</sup> En este pequeño lapso estuvo internada en el Pabellón de Imbéciles. El director de dicho pabellón se quejó por el comportamiento de Amalia. Afirmó que “no es una

---

<sup>296</sup> AHSS, F-MG, S-EC, caja 16, exp. 8, ff. 48

<sup>297</sup> AHSS, F-MG, S-EC, caja 16, exp. 8, ff. 52

<sup>298</sup> AHSS, F-MG, S-EC, caja 16, exp. 8, ff. 54

<sup>299</sup> AHSS, F-MG, S-EC, caja 16, exp. 8, ff. 12

imbécil y sí causa el desorden en el Pabellón, pues es muy mal hablada, etc, y también le pega a las imbéciles y está enseñándolas a usar lenguaje soez”, razón por la que solicitaba el traslado a otro pabellón. Cómo y por qué salió en esta ocasión, no lo sabemos.<sup>300</sup>

Amalia comenzó a escribir otro capítulo de su vida de encierro en abril de 1913 cuando fue remitida por el Hospital de Juárez y sólo sabemos que fue por “un pleito”. Los médicos de dicho hospital la dieron de alta por “no haber presentado nada anormal”; no obstante, “sus degeneraciones sexuales a los amores “lésbicos” con sus compañeras de asilo o a los placeres solitarios” la convertían en alguien “especialmente peligrosa e inconveniente”.<sup>301</sup> Al ser remitida a La Castañeda solicitó que la llevaran al pabellón de Tranquilas A, ya que “allí tiene muchas amigas y conocidas que la tratan bien”. La razón por la que fue remitida residía en que estaba contagiada de sífilis; además, acababa de tener una hija que había nacido infectada.<sup>302</sup> Para sorpresa de los médicos se curó y, al salir, se le entregó la hija que estaba en la Casa de Niños Expósitos, quien murió antes de cumplir el año.

De nueva cuenta, en marzo de 1915 tuvo su séptimo ingreso por la sexta demarcación de policía. Minutos después de ingresar, aprovechando un descuido del vigilante, prendió la estufa del botiquín y quemó el hule de la estufa.<sup>303</sup> De este ingreso tampoco sabemos cuando salió.

El octavo ingreso ocurrió en abril de 1917 por solicitud de la Séptima Demarcación de Policía. Apenas entró comenzó a generar nuevamente problemas. Hubo quejas por parte de la jefe de enfermeras quien aseguró que le habían dado permiso a Amalia para salir a dar un paseo, y ella había aprovechado para robarle cigarros y cerillos a la criada del portero. Además, otra enfermera se quejaba porque le había dado veinte centavos para comprar enchiladas y Amalia se los gastó en más cigarros.<sup>304</sup> En vista de tantas quejas por mala conducta, el director del manicomio ordenó que no se le permitiera salir

---

<sup>300</sup> AHSS, F-MG, S-EC, caja 16, exp. 8, ff. 46

<sup>301</sup> AHSS, F-MG, S-EC, caja 16, exp. 8, ff. 56

<sup>302</sup> AHSS, F-MG, S-EC, caja 16, exp. 8, ff. 58

<sup>303</sup> AHSS, F-MG, S-EC, caja 16, exp. 8, ff. 62

<sup>304</sup> AHSS, F-MG, S-EC, caja 16, exp. 8, ff. 65

del pabellón asignado. Finalmente, después de dos meses de encierro fue dada de alta por “por no presentar perturbación de origen psíquico solamente de orden moral siendo nociva al buen orden del Establecimiento y orden de suscrito”.<sup>305</sup>

Al ser dada de alta, Amalia salió a buscar un amigo que era ampliamente conocido como peluquero de Mixcoac. Se embriagaron, consiguieron a un hombre que tenía automóvil y salieron a media noche rumbo al Manicomio. En la reja estuvieron conversando con el portero quien después de una hora se negó a permitirles el ingreso. Amalia y su acompañante decidieron saltar la barda para entrar al Pabellón de Imbéciles. Cuando Amalia atravesó dicho pabellón e ingresó al cuarto de la jefe de enfermeras, fue atrapada por cinco vigilantes que la sujetaban mientras ella gritaba que tenía un puñal y una pistola; mientras que su acompañante se escabulló por una barda del establo. Una vez reducida, Amalia fue llevada al pabellón de Tranquilas B donde se le tuvo hasta las 4 de la mañana con el ánimo de que su embriaguez desapareciera ya que se temía una “congestión”.<sup>306</sup> Al otro día, cuando se abrió la investigación, se le recriminó al vigilante que no había hecho sonar su silbato de emergencia para poner sobre aviso a los demás vigilantes.<sup>307</sup> ¿Qué buscaba Amalia? Según la jefe de enfermeras, quiso entrar por su ropa, mientras que el vigilante informó que el ingreso obedeció a que buscaba a la jefe de enfermeras para cobrarle dinero que le debía, con el que habría de pagar el alquiler del automóvil en que venía.<sup>308</sup> ¿Qué hicieron con esta mujer? Fue remitida a un juzgado acusada de allanamiento de morada y robo. El juez encargado solicitó al Manicomio un balance sobre el estado mental de Amalia. Si la dictaminaban loca la tendrían de regreso a La Castañeda, y si estaba cuerda entonces saldría de la cárcel a la brevedad. Por ello, el doctor Manuel Sunderland emitió un extensísimo diagnóstico sobre la salud mental de Amalia. En tal documento encontramos detalles nutridos sobre el pasado de tan problemática mujer.

---

<sup>305</sup> AHSS, F-MG, S-EC, caja 16, exp. 8, ff. 38

<sup>306</sup> AHSS, F-MG, S-EC, caja 16, exp. 8, ff. 69

<sup>307</sup> AHSS, F-MG, S-EC, caja 16, exp. 8, s.f.

<sup>308</sup> AHSS, F-MG, S-EC, caja 16, exp. 8, s.f.

De niña nunca jugó con muñecas y prefirió los juegos de niños. En la escuela era "insoporable", aunque sin ser desaplicada ya que aprendió a leer, escribir y contar. Sus primeros "tactos impuros" los tuvo a los doce años con la iniciación de "una mujer mayor", continuando con una vida sexual "ejercida casi a diario [...] siendo unas veces incitada al mal y otras siendo incitadora y procurándose el placer más bien con las de su sexo". Además del sexo como hábito diario, también era jugadora, fumadora y bebedora reconocida. Y como si esto fuera poco, estuvo dedicada al espiritismo y un "médium" le dijo que el espíritu que la animaba a comportarse como lo hacía era nada menos que "el hijo del diablo". En cierta ocasión, mientras se hallaba poseída, el espíritu la movió a que ensillara un caballo, y con puñal y pistola se fue a buscar a su "querida" que vivía en Santa Julia.<sup>309</sup>

Es muy probable que durante alguno de sus ingresos Amalia haya conocido al doctor Salvador Quevedo y Zubieta. Este médico, en su novela *México manicomio*, nos habla de Amalia. Él la describe como una "reclusa degenerada":

"Su boca oblicua, babeando el mal tabaco de que abusaba, ebria, lesbiana, gozaba de la cama y mesa en el pabellón asignado a "medio distinguidas" por favor especial del dueño del Manicomio. Afirmaba Niderláker que la desantada Amelia, rebelde a médicos y enfermeras, "sólo a él respetaba".<sup>310</sup>

Según la novela, Amalia formaba parte del grupo de las "cuatro ninfómanas" que habitaban en el Manicomio. Pero, además de su preferencia sexual, lo que el autor destaca es la violencia que las caracterizaba, esto es, un "erotismo combativo", basado en que

"Se surten de cuchillos para agredir a las vigilantes, de clavos y cuerdas para escalar las bardas [...] aunque sus fugas no se resuelven más que en copulaciones por el campo vecino. Luego vuelven a escalar hacia adentro."<sup>311</sup>

---

<sup>309</sup> AHSS, F-MG, S-EC, caja 16, exp. 8, ff. 100

<sup>310</sup> Debido a que el autor tendía a deformar los nombres y apellidos, es muy probable que al hablar del doctor Niderlaker estuviese haciendo referencia a Manuel Sunderland quien laboró en La Castañeda entre 1912 y 1922. QUEVEDO Y ZUBIETA, 1927, pp. 139.

<sup>311</sup> QUEVEDO Y ZUBIETA, 1927, pp. 357

Este arrojó quedó más que confirmado cuando Amalia fue interrogada sobre su ingreso furtivo a La Castañeda. Ella argumentó que no sentía pena por robar ya que lo había hecho varias veces, además afirmó: “los objetos robados los devuelvo o los pago”. Y en cuanto a haberse metido furtivamente, Amalia declaró que ella tenía más derechos sobre el Manicomio que las mismas empleadas: “más bien es mío que de las empleadas”. Además no temía al encierro ya que, por estar protegida por el hijo del diablo, pudo fugarse de la Comisaría Victoria “que era de dos pisos” y también se fugó de la Séptima Demarcación de Policía. Así, Amalia estaba convencida: “[...] porque de donde esté me salgo, y no voy a ver si puedo, sino porque puedo lo haré. ¡Esa es Amalia!”. Además, advertía que al dejar el encierro se llevaría a Concha, quien aceptaba la fuga siempre y cuando Amalia dejara los vicios, pero Amalia tenía claro que no los dejaría; y si Concha no se animaba, se fugaría con Mariana.

Para avanzar en el proceso jurídico, el director de la Beneficencia Pública le envió una carta personal al director de La Castañeda donde le solicitaba de manera confidencial información referente a Amalia.<sup>312</sup> Dicho informe menciona que por la conducta degenerada, esta mujer era internada por la familia, pero a través de la Demarcación de Policía. Como su preferencia lésbica no era razón para estar en la cárcel, era remitida al Manicomio por pequeñas temporadas. Y aunque algunos médicos ofendidos por las groserías de Amalia dijeron que era una “perversa” merecedora de cárcel, el director de La Castañeda consideraba que sí estaba loca.<sup>313</sup> Pasados los días, el proceso judicial no iniciaba su curso ya que no habían capturado al cómplice de Amalia, a quien nunca encontraron. Por ello, las autoridades del Manicomio informaron al juez que el alta de Amalia no sólo la beneficiaba a ella y a la familia, sino también a la institución, porque “su indisciplina resulta perjudicial para las demás enfermas”; por todo lo anterior, solicitaba que se le dejara en libertad. Después de cobrar cien pesos de fianza, el juez permitió que Amalia saliera... y nunca volvió al Manicomio.

---

<sup>312</sup> AHSS, F-MG, S-EC, caja 16, exp. 8, ff. 76

<sup>313</sup> AHSS, F-MG, S-EC, caja 16, exp. 8, ff. 77

## Consuelo...

tenía 22 años cuando su padre la llevó al Divino Salvador. Esto ocurrió en los últimos días del porfiriato: 7 de agosto de 1910. Este primer ingreso sólo duró dos semanas, tiempo en el que estuvo en calidad de *pensionista*. Fue dada de alta porque la misma familia consideró que ya estaba curada y podía vivir de nuevo en el hogar. Entre la poca información que tenemos del primer ingreso sabemos que el doctor Nicolás Ramírez de Arellano<sup>314</sup> expidió un certificado donde afirmaba que Consuelo padecía de “excitación maniaca, caracterizada especialmente por ninphomanía de origen histérico”.<sup>315</sup> Llama la atención la inexistencia de un análisis riguroso o una valoración detallada que demuestre por qué se llegó a esta conclusión. Sólo podemos intuir una conversación entre el médico y el padre de Consuelo quien describió el comportamiento de su hija, guiando al doctor al diagnóstico mencionado.

Pasaron ocho meses para que Consuelo regresara a las puertas de La Castañeda. En esta ocasión no fue llevada por el padre sino por la hermana mayor. Gracias al interrogatorio nos enteramos que Consuelo vivía en Tacubaya. Su inteligencia y grado educativo fueron considerados como “buenos”, pero su carácter había cambiado: “antes era dócil y apacible, y ahora está muy violenta y se impacienta por cualquier cosa”.<sup>316</sup> A la pregunta “Hay ó ha habido en su familia algún individuo nervioso, epiléptico, loco, histérico, alcohólico, sífilítico ó suicida?”, la hermana de Consuelo, Guadalupe, contestó que la madre era histérica, el padre “excesivamente nervioso” y que además había una prima “nerviosa”.<sup>317</sup> Juan, el padre, fue un militar porfiriano de apellido francés. La madre, también llamada Guadalupe, estuvo internada en el Manicomio por seis veces aquejada del mismo mal que años después se le diagnosticaría a su hija: psicosis maniaco depresiva. Los síntomas de la mamá de Consuelo tenían que ver con un cambio abrupto en la conducta:

---

<sup>314</sup> Para estos días, el doctor Ramírez de Arellano contaba con más de sesenta años. Terminó la carrera de medicina en 1885 y fue Presidente de la Academia Mexicana de Medicina en 1906 y 1907.

<sup>315</sup> AHSS, F-MG, S-EC, caja 6, exp. 29, ff. 111.

<sup>316</sup> AHSS, F-MG, S-EC, caja 6, exp. 29, ff. 25

<sup>317</sup> AHSS, F-MG, S-EC, caja 6, exp. 29, ff. 25



"De sumisa y obediente se tornó insubordinada y grosera, insultaba a su esposo y llegó á ser agresiva. Recuerda todos los detalles de su enfermedad lo que hacía y decía, los falsos conocimientos que tenía y el estado triste que no la dejaba un momento, ella de suyo piadosa y religiosa se volvió incrédula y renegada, no volvió a rezar y dice la enferma que perdió por completo la fe en Dios, aparecieron en ella ideas de suicidio las que procuraba ocultar para poder llevar mejor su idea á la práctica, el apetito era tan escaso, casi nulo, que había necesidad de que la alimentaran con sonda, su excitación tan grande que en la "Quinta de Salud de Tlalpan" no le quitaron la camisa de fuerza un solo día".<sup>318</sup>

Este cambio abrupto en la conducta comenzó, según la versión del esposo, por el enloquecimiento de Consuelo; preocupación que se agudizó con los impertinentes comentarios de los vecinos. La incomodidad las habladurías se tradujo en tal agresividad que terminó rompiéndole los dientes al marido, detonante más que suficiente para justificar el encierro. Las tres primeras veces fue llevada por el esposo, mientras que las últimas tres fue llevada por la hija mayor, la que respondía el interrogatorio y se declaraba "buena y sana".<sup>319</sup> Los síntomas de Consuelo eran similares a los de la mamá: la insumisión, la rebeldía y algo de ateísmo.

¿Por qué fue internada Consuelo? Guadalupe les informó a los médicos que su hermana había perdido el sueño y el apetito. Además, estuvo "abatida y contrariada por el género de vida que llevaba, quería frecuentemente la sociedad". Frente a esto Consuelo aprovechó para manifestar que la hermana "la reprendía sin motivo y con frecuencia"<sup>320</sup>. Aquí aparece una primera pugna entre Consuelo y la hermana quien, podemos suponer, asumió el cuidado de la hermana menor una vez el padre fallece. La pugna radicó en *querer la sociedad*. El deseo de socializar con los vecinos en las "vulgares fiestas" populares que amenizaban la cotidianeidad del pueblo de Tacubaya era mal visto por la madre y la hermana de Consuelo.

Entrando en detalle, el acceso de manía que justificó esta internación tenía un "carácter marcadamente erótico" que se evidenció ante la familia

---

<sup>318</sup> Exp. 1492, ff. 101

<sup>319</sup> AHSS, F-MG, S-EC, caja 40, exp. 46.

<sup>320</sup> AHSS, F-MG, S-EC, caja 6, exp. 29, ff. 25

cuando encontraron a Consuelo escribiendo una carta amorosa “bastante cuerda pero demasiado vehemente” dirigida a su antiguo novio, con quien ya no tenía relación alguna.<sup>321</sup> Dicha carta “dio alerta a sus padres” quienes relacionaron la *vehemencia* de su carta con una forma de locura. Es decir, que una señorita de buena posición expresara por escrito sus emociones y deseos sexuales, eran considerado como “anormal”, pese a que fuese en términos “totalmente cuerdos”. El que Consuelo haya decidido romper el canon de conducta establecido para las señoritas porfirianas al no disimular o esconder sus deseos sino ponerlos por escrito, fue determinante a la hora de diagnosticarle locura.

Una vez internada en el Manicomio, los médicos encontraron en ella “una extrema movilidad de sus ideas; suma locuacidad estando las ideas bien coordinadas pero asociándose unas con otras de manera extravagante”.<sup>322</sup> De nuevo, encontramos una joven que había recluida en su casa, aislada del mundo, y de repente era encerrada en un mundo nuevo donde todos eran nuevos, todos la miraban, la escuchaban y trataban de juzgarla. Su crisis se manifestó por una “suma locuacidad”, común en los internos que trataban de demostrar que estaban perfectamente cuerdos, donde sus argumentos estaban bien coordinados, pero la “extravagancia” la hacía merecedora del encierro. Nuevamente, la trasgresión radicaba en *la forma* de expresarse, mas no en el contenido. No obstante, después de varios meses de encierro, lo que llamó la atención a los médicos fue que la excitación se disparaba en “presencia de cualquier persona sobre todo del sexo masculino”; así, su delirio, pese a ser “complejo extremadamente variable”, aparecía “siempre dibujándose sobre un fondo erótico”.<sup>323</sup> Además, los médicos notaron delirios donde se creía la Virgen María y decía estar casada con un árabe y haber tenido más de mil hijos. En consecuencia, el médico opinaba que la enfermedad se había originado por alguna decepción amorosa que le había generado algún “efecto psíquico”.<sup>324</sup> No

---

<sup>321</sup> AHSS, F-MG, S-EC, caja 6, exp. 29, ff. 60

<sup>322</sup> AHSS, F-MG, S-EC, caja 6, exp. 29, ff. 60

<sup>323</sup> AHSS, F-MG, S-EC, caja 6, exp. 29, ff. 61

<sup>324</sup> AHSS, F-MG, S-EC, caja 6, exp. 29, ff. 62

sabemos por qué, pero Consuelo salió de su encierro ocho meses después, en enero de 1912.

Pasaron once años para que Consuelo regresara al Manicomio y es de suponer que varias cosas habían cambiado en su vida. Esta vez sólo se registró que era una mujer soltera de 34 años que residía en Azcapotzalco. En esta oportunidad Consuelo misma respondió el interrogatorio. Por ello, cuando se le preguntó por los antecedentes de locura en la familia, en lugar de mencionar el carácter nervioso del padre o la demencia de la madre, se limitó a decir que tenía “una hermana histérica, mayor”. A esto hay que agregarle que la causa de su locura era atribuida a “disgustos familiares”. Estos ocurrieron porque Guadalupe le escondió las llaves del ropero; en reacción, Consuelo “se violentó al grado de tomar un martillo y romper el ropero. En seguida sufrió una lipotimia con pérdida de conocimiento: estos ataques nerviosos los padece con relativa frecuencia”.<sup>325</sup> Llama la atención que pese a haber padecido frecuentes ataques, la pelea con la hermana fue el detonante que motivó el encierro.

Una vez recluida, Consuelo escribió múltiples cartas a amigas y familiares que jamás salieron del Manicomio. Una de ellas fue escrita durante su último internamiento y era dirigida a sus amigas de Puebla. Ciudad en la que había vivido hasta que, nuevamente, la hermana decidió internarla. Según Consuelo, en estos años, sin el control de la familia, fue verdaderamente feliz: se dedicó a la prostitución. No obstante, cuando la hermana la internó nuevamente en el Manicomio, la felicidad se volvió a escabullir. “Puedo decirles con toda verdad que no he tenido un día, no digo ya de felicidad, que ésta, no se alcanza nunca, en esta triste vida; pero ni siquiera una tranquilidad relativa”.<sup>326</sup> La vida con la hermana se había convertido en un permanente infierno, razón por la que escribió lo siguiente:

[...] mi hermana Lupe es muy buena y generosa conmigo respecto a dinero y todo lo que en lo material pudiera yo desear; pero mi carácter y el suyo son tan opuestos de todo á todo que esos choques violentos ocasionados cada día y en cada pequeño detalle de la vida íntima, en su casa, y estos disgustos continuos tanto con mi pobrecita madre como

---

<sup>325</sup> AHSS, F-MG, S-EC, caja 6, exp. 29, ff. 14

<sup>326</sup> AHSS, F-MG, S-EC, caja 6, exp. 29, s.f.

conmigo, determinaron en mi corazón y en mi salud la decisión terrible de preferir sepultarme en vida en este triste Manicomio.<sup>327</sup>

Como Consuelo ya conocía el Manicomio, *prefirió* enterrarse en vida antes que seguir al lado de la hermana. Allí en el encierro los médicos observaron una actitud alegre “hasta con cierta euforia con actividades intelectuales aumentadas”.<sup>328</sup> Además, sufría de ataques de risa, entrando en periodos de convulsiones hasta perder el sentido y después recuperándolo en medio del llanto. Fuera de ello, “sus perturbaciones mentales no han presentado ninguna perturbación apreciable y únicamente el tono afectivo de tristeza”.<sup>329</sup> Esta tercera internación sólo duró 7 meses, ya que la hermana solicitó el alta; y sólo pasaron ocho meses para que Consuelo estuviera de nuevo en el Pabellón de Observación para ser examinada. Esta vez, a la hora del interrogatorio, Consuelo estaba sola, así que volvió a mencionar la histeria de la hermana. Los médicos hallaron que lo “irracional” en ella era que pese a estar tranquila hablaba muy deprisa, narrando con lujo de detalles su vida desde el primer ingreso. Entre estos detalles, mencionaba, para asombro de los médicos, “que había tenido muchos novios y a todos los quiere mucho porque ella cuando quiere es hasta el fondo y cuando aborrece es hasta la muerte”.<sup>330</sup> Fuera de ello, los médicos no encontraron más extravagancias dignas de mencionar, para concluir diagnosticándole, nuevamente, psicosis maniaco depresiva.

Una vez ocurrido este cuarto ingreso, los médicos comenzaron a notar que la lucidez de Consuelo se esfumaba cuando era visitada por la hermana, razón por la que le fueron prohibidas las visitas. En una carta del médico del Pabellón de Pensionistas dirigida al director del Manicomio, mencionaba que cuando Consuelo era visitada por la hermana se ponía “excitada y descompuesta y le volvían algunos ataques histeriformes” que habían echado por el piso el tratamiento, quedando demostrado que eran las contrariedades y la “impresión moral” lo que le ocasionaba dichos ataques. Por ello, en una de las

---

<sup>327</sup> AHSS, F-MG, S-EC, caja 6, exp. 29, s.f. Carta del 4 de junio de 1923.

<sup>328</sup> AHSS, F-MG, S-EC, caja 6, exp. 29, ff. 16

<sup>329</sup> AHSS, F-MG, S-EC, caja 6, exp. 29, ff. 16

<sup>330</sup> AHSS, F-MG, S-EC, caja 6, exp. 29, ff. 18

visitas que le hizo la hermana, el médico observó una conversación acalorada entre ellas, lo cual concordaba con lo que Consuelo solía mencionar de la tensa relación; conversación que concluyó en dos explosivos ataques histeriformes. En consecuencia, el médico del pabellón prohibió las visitas a Consuelo a pesar de las insistencias de la hermana.<sup>331</sup> Después de un alejamiento temporal, le fue concedida una visita a Guadalupe, quien encontró a su hermana notablemente mejorada. El que Consuelo no tuviera conversaciones en franco enfrentamiento con la hermana era, para Guadalupe, una clara muestra de la curación ya que “su falta de benevolencia hacia mi, es precisamente uno de los principales síntomas de su trastorno”.<sup>332</sup>

El poder que ejercía Guadalupe sobre su hermana no terminó con el encierro, ya que allí le dio continuidad. En una carta que Guadalupe le escribió al doctor Nicolás Ramírez de Arellano, director del Manicomio, le informaba que Consuelo había conocido a un individuo de nombre Salvador durante su tercer ingreso. Este hombre, hijo de un notario, farmacéuta de profesión y heroinómano por convicción, salió del encierro asegurándole a sus amigos que “estaba enamorado de Consuelo, y que tarde o temprano la haría suya, como quiera que fuese”. Es muy probable que esta pareja halla tenido sus encuentros furtivos entre el tercero y cuarto ingreso de Consuelo ya que Guadalupe mencionó haber tomado las respectivas precauciones para aislarla de su pretendiente; a saber, advertirle a las criadas que en su ausencia

“no se avisara a mi hermana de quienes viniesen, -ella lo notaba y se enojaba- ni pasara a mi despacho sin estar yo para ver quien era [...] Además, la profunda depresión de ella facilitaba el cuidarla y alejarla del peligro. Pero cuando ella comenzó a reaccionar, su primer tema fue ese señor; yo la callaba y se enojaba conmigo y hasta que volvió al hospital no pude tener descanso”.<sup>333</sup>

Cuando Consuelo fue nuevamente internada, Salvador la visitaba. Él iba y rondaba por el comedor con las demás visitas esperando que Guadalupe se fuera. Por ello, Guadalupe le pidió al director del Manicomio que le prohibiera a

---

<sup>331</sup> AHSS, F-MG, S-EC, caja 6, exp. 29, ff. 55

<sup>332</sup> AHSS, F-MG, S-EC, caja 6, exp. 29, ff. 58. 20 nov. 1924

<sup>333</sup> AHSS, F-MG, S-EC, caja 6, exp. 29, ff.58

su hermana las visitas de tal hombre. Solicitud que evidencia la continuidad que había entre el control familiar y el psiquiátrico.

Pasaron unos meses y Salvador ingresó de nueva cuenta a La Castañeda, donde buscó la forma para continuar en amoríos con Consuelo. Por esa razón encontramos una carta del jefe del Pabellón al director donde le informaba que a Consuelo se le había prohibido salir a los jardines ya que la habían visto aislándose del grupo de mujeres para trabar conversación con un hombre. Por lo que se emitió una orden para impedirle que se acercase a las ventanas que daban al exterior ya que también hablaba con hombres que estaban afuera. También le fueron prohibidos los ingresos al cine porque allí se apartaba de sus compañeras emprendiendo conversación con algún hombre. Y para detonar el problema, el médico jefe de Pabellón mencionó que Consuelo recibió una carta de un hombre y no se la quiso entregar al médico.<sup>334</sup> Ese hombre fue, posiblemente, Salvador. Él tenía 38 años y tuvo seis ingresos entre 1921 y 1925. En los primeros cinco encierros había estado en calidad de pensionista, pero en el último, la madre pretendió que entrara como indigente. Los médicos no lo aceptaron porque, como era alcohólico y no era pensionista, no había lugar para él. Por ello la familia tuvo que pagar la respectiva cuota mensual para poder ingresarlo.<sup>335</sup> En su último encierro fue descubierta la relación que mantenía con Consuelo por boca de Guadalupe. El administrador del manicomio llamó a Consuelo y le preguntó si tenía relaciones amorosas con Salvador, a lo que ella afirmó “categóricamente que sí sostiene relaciones amorosas con el señor P... de quien ha recibido como cuarenta cartas que tiene en su poder”, además, manifestó que había un compromiso para contraer matrimonio dentro de tres o cuatro meses y que estaba resuelta a hacerlo a sabiendas que este hombre era casado. Cuando se le interrogó a Salvador “negó rotundamente ser cierto lo aseverado y que sólo tiene amistad con la expresada señorita por conocerla desde hace tiempo”. Así las cosas, el administrador decidió que tales hechos eran “una inmoralidad para el

---

<sup>334</sup> AHSS, F-MG, S-EC, caja 6, exp. 29, ff. 55

<sup>335</sup> AHSS, F-MG, S-EC, caja 123, ex. 36, ff. 16

establecimiento”. Por ello, el administrador le solicitó al director que diera de alta a Salvador “a la mayor brevedad”. Solicitud que fue cumplida al día siguiente.<sup>336</sup> No obstante, no queda claro si la “inmoralidad” radicaba en tener una relación amorosa, o en que Salvador haya negado su romance.

Algunos meses después de que fue dado de alta Salvador, los médicos decidieron dar de alta a Consuelo, pero ella se negó, no quería salir. Inmediatamente redactó una carta dirigida al director de la Beneficencia Pública donde le informaba que no deseaba vivir en casa de la hermana y prefería prestar sus servicios como profesora en el Manicomio ya que manifestaba tener la ilustración suficiente para desempeñar tal función que desempeñaría sólo a cambio de comida y habitación.<sup>337</sup> Además, el mismo encargado del Pabellón, el doctor Bernardo Martínez Baca, le envió una carta al director de La Castañeda donde mencionaba que Consuelo se resistía a ser dada de alta para vivir con la hermana “con quien no puede estar en armonía”; y aprovechó para sugerir que se quedara como empleada “enseñando alguno de los ramos que conoce como la pintura o labores manuales”.<sup>338</sup> El resultado de estas solicitudes fue que el 16 de febrero de 1925 Consuelo se encontraba fungiendo como “ayudante de la profesora de trabajos manuales”.<sup>339</sup> En dicho cargo estuvo sólo unos meses, ya que la hermana, nuevamente y sin que podamos saber el por qué, solicitó el alta; para, de nuevo, volver al manicomio en septiembre del mismo año.<sup>340</sup>

La causa de este quinto ingreso no se aleja de las anteriores. En el interrogatorio se menciona que agredió a la hermana “quien le previno que no saliera sola y volvió a impresionarse mucho por un individuo de quien se ha enamorado y con quien tiene correspondencia”.<sup>341</sup> Cuando los médicos la observaron, se sorprendieron de la forma en que “habla sin recato del amor que tiene a un individuo”.<sup>342</sup> Razón por la que semanas después del ingreso se emitió un memorandum en el que la dirección del manicomio le solicitaba a la

---

<sup>336</sup> AHSS, F-MG, S-EC, caja 123, exp. 36, ff. 50

<sup>337</sup> AHSS, F-MG, S-EC, caja 6, exp. 29, ff. 75 del 21 de enero de 1925

<sup>338</sup> AHSS, F-MG, S-EC, caja 6, exp. 29, ff. 77 del 24 de enero de 1925

<sup>339</sup> AHSS, F-MG, S-EC, caja 6, exp. 29, ff. 47

<sup>340</sup> AHSS, F-MG, S-EC, caja 6, exp. 29, ff. 34

<sup>341</sup> AHSS, F-MG, S-EC, caja 6, exp. 29, ff. 21

<sup>342</sup> AHSS, F-MG, S-EC, caja 6, exp. 29, ff. 21

jefe de enfermeras que “se vigile más a la asilada ya que sostiene correspondencia con el exterior del establecimiento”<sup>343</sup>. Pese a que fue diagnosticada como *histérica*, en cuestión de semanas recuperó su trabajo como profesora y cinco meses después salió a prestar sus servicios en la Casa Cuna como vigilante. No obstante, semanas después fue enviada de regreso porque “podía resultar peligrosa”<sup>344</sup>, recuperando su cargo en el Manicomio.

Su último internamiento llama la atención ya que ocurrió sin haber salido. Es decir, de ser empleada pasó a ser una interna. La razón para cambiar de categoría fue que apareció en ella “la idea fija de matar al director del Manicomio Dr. Nicolás Martínez”. Pese a que no daba otros signos de locura el médico que la diagnosticó registró en la Historia Clínica: “parece cuerda, contesta lo que se le pregunta, su memoria parece bien, lo mismo que su orientación y sus demás facultades mentales”.<sup>345</sup> Este odio salió a relucir cuando una enfermera ingresó al cuarto de Consuelo y encontró un escrito donde no ocultaba su animadversión para con el director. Este escrito nos presenta algo verdaderamente útil: lo que Consuelo verdaderamente pensaba de sí misma y de su vida en el Manicomio. Dicho escrito es un conjunto de notas y dibujos que anónimamente quiso enviar al jefe del departamento de caricaturas de *El Universal* solicitándole que las tomara en cuenta para su posible publicación.

Soy una loca del Manicomio General. Y si ud no nos tiene miedo ni a las Heroínas, ni a las locas alegres, lea lo siguiente, que es el fruto de mis vicios y de mi estancia por cinco meses en el Manicomio General. No me conoce ud ni me conocerá nunca, por eso me atrevo a mandarle estas ociosidades que espero le sean útiles para su periódico [...] No se si ud conozca esta prisión y Burdel disimulado, pues tres de mis amantes los he sacado de aquí.<sup>346</sup>

Consuelo aprovechó el anonimato para exponer varios aspectos sobre su vida cotidiana que difícilmente expresaría abiertamente. Manifestó que el Manicomio era un lugar de “vicios” ya que se consumía heroína; además, lo

<sup>343</sup> AHSS, F-MG, S-EC, caja 6, exp. 29, ff. 131

<sup>344</sup> AHSS, F-MG, S-EC, caja 6, exp. 29, ff. 133

<sup>345</sup> AHSS, F-MG, S-EC, caja 6, exp. 29, ff. 2.

<sup>346</sup> AHSS, F-MG, S-EC, caja 6, exp. 29, ff. 89. Los dibujos están en el Anexo de ilustraciones.



llamaba “burdel” por los amoríos que solían existir entre pacientes y personal médico.<sup>347</sup> En otro dibujo nos confirma que el cine era el sitio por excelencia para el coqueteo, conocer hombres y establecer alguna relación (Dibujo 3). Esto lo plasma en un dibujo titulado "observación, colección de putas", donde aparecen cinco mujeres sentadas en la alargada butaca del cine, la primera de ellas puede ser Consuelo y está fumando -signo de sofisticación-; todas ellas bellamente ataviadas y maquilladas. En la parte superior del dibujo escribió:

"- Oye Nicolás, no vayas al cine porque pecas!

- que importa, si al fin, dice mi Papá Calles, que no hay infierno"

El cine como espacio para el romance también lo plasma en otro dibujo en el que aparece sentada una enfermera mientras por detrás se acerca un elegante médico que con delicadeza le toca un hombro mientras le dice "nos vemos en el cine" (Dibujo 1).

Cuando le fueron encontradas estas notas, la llevaron al Pabellón de Peligrosos donde fue aislada y le prohibieron los paseos por el jardín. Meses después Consuelo dirigió una carta al director de Beneficencia donde le solicitaba que intercediera por ella ante las autoridades del Manicomio ya que, como el director “no la quería”, él había dictado para ella una “injusta prisión”. Por ello consideraba que “tres meses de prisión son más que suficientes para haber castigado mi falta”.<sup>348</sup> Cuando salió del Pabellón de Peligrosos, Consuelo solicitó que se le diera de alta para ir con la familia, lo que nos sugiere una desagradable experiencia en estado de aislamiento. Tal solicitud fue respaldada por médico del pabellón.<sup>349</sup> Cuando Guadalupe fue informada del alta de su hermana, envió una carta donde mencionó que iría a visitar a su hermana, pero que no podía vivir con ella “porque la nena fue contundente y se niega a estar contigo en casa”. ¿Quién era la *nena*? No lo sabemos. Además, Guadalupe afirmaba que su hermana podía salir y vivir sola en una casa de huéspedes, pero “ni moral, social ni materialmente estaría bien”, por lo que sugería el

---

<sup>347</sup> Las relaciones de pareja entre internos e internas, entre médicos y enfermeras, entre médicos e internas y entre personal administrativo e internas, es narrado por QUEVEDO Y ZUBIETA, 1927, pp. 254.

<sup>348</sup> AHSS, F-MG, S-EC, caja 6, exp. 29, ff. 65

<sup>349</sup> AHSS, F-MG, S-EC, caja 6, exp. 29, ff. 41.

encierro de por vida.<sup>350</sup> En adelante la suerte de Consuelo fue poco halagadora. En diciembre de 1930 se solicitó ayuda al médico del Pabellón y a la jefe de enfermeras para que tuvieran cuidado con Consuelo ya que había sido golpeada dos veces por una de las asiladas. Finalmente, murió en 1931 de una insuficiencia renal hepática; y hasta el final de sus días trabajó en el taller de manualidades.<sup>351</sup>

La rica información que estos dos expedientes clínicos nos ofrecen en lo concerniente al tejido social que moldeó la vida de las locas en cuestión antes y durante el encierro, la podemos dividir en tres partes: a) las causas clínicas y sociales de la internación; b) la relación entre la familia y el Manicomio durante del encierro y c) algunos aspectos de la vida cotidiana en La Castañeda.

## 1. Los excesos como síntomas

Cuando la familia llevaba sus locos a las puertas del Manicomio, tenían que pasar por un ritual obligado: el diagnóstico. Allí la familia debía convencer a los psiquiatras de la necesidad del encierro, y los psiquiatras debían convertir las acciones descritas en síntomas de alguna enfermedad mental. La autoridad de los psiquiatras hacía que su diagnóstico no sólo fuera un trámite burocrático o un procedimiento clínico: era una verdadera transformación ontológica del paciente, ya que pasaba de ser un sujeto con comportamientos anormales, para convertirse en un enfermo mental que requería del encierro terapéutico debido a las disfunciones orgánicas que supuestamente padecía. Por lo tanto, el diagnóstico, entendido como un rito de paso,<sup>352</sup> es el espacio donde se convierte

---

<sup>350</sup> AHSS, F-MG, S-EC, caja 6, exp. 29, ff. 51.

<sup>351</sup> AHSS, F-MG, S-EC, caja 6, exp. 29, ff. 7.

<sup>352</sup> El "rito de paso" fue conceptualizado por primera vez por el antropólogo Arnold Van Gennep en su libro *Les rites de passage* (1909), posteriormente fue analizado con mayor rigor por Victor Turner en *El proceso ritual* (1969) Los ritos de paso marcan la transición de un estado a otro en la vida. Dicho ritual comienza con la etapa de liminalidad, en la cual el sujeto ingresa como si estuviese siendo expulsado de su comunidad ya que debe ser despojado del estado en el que se encuentra y obtener otro distinto. El segundo paso es cuando se desarrolla un evento en el corazón del propio ritual para reconocer que el sujeto debe ser reconocido socialmente bajo otra categoría. Y la etapa final es cuando el individuo regresa a la sociedad en otro estado distinto al que tenía al ingresar al ritual.

la trasgresión en psicopatía, lo conductual en orgánico y de la locura en enfermedad mental.

Para entender la conducta trasgresora en función de una afección nerviosa, los médicos debían expurgar en el pasado para encontrar ese suceso fatídico que justificara el encierro y la inexorable locura. Era perentorio localizar esa especie de "pecado original" que manchó la salud mental. Por lo tanto, los médicos debían reconstruir lo que Erving Goffman, en su estudio sobre las *instituciones totales*,<sup>353</sup> ha denominado como la etapa "pre-paciente". Este concepto es usado para referirse al periodo de tiempo que inicia cuando el sujeto manifiesta sus primeros comportamientos, posturas o expresiones que progresivamente llevan a que su entorno inmediato considere que está loco y lo traten como tal.<sup>354</sup>

Aplicando este referente a los casos en cuestión, encontramos que Amalia era vista como anormal por su contexto social desde antes de llegar a La Castañeda. En la niñez brotaron las primeras manifestaciones de locura: nunca quiso jugar con muñecas, tuvo "tactos impuros" a los doce años con la iniciación de una mujer mayor; en la adolescencia prefirió el juego, fumar, beber, los amores lésbicos y buscó el apoyo del "hijo del diablo". Fue por estas razones que la madre y la policía pusieron en tela de juicio su normalidad. Durante el encierro se masturbaba a la vista de los demás en forma desafiante, seducía tanto a hombres como a mujeres y retó con soberbia al personal del Manicomio al asegurar que tenía más derechos que ellos sobre la institución. El "cinismo" de Amalia fue, para algunos médicos, una confirmación de la locura que padecía, y para otros, una confirmación de su cordura. Pese a que todo apuntaba a que la causalidad de la locura de Amalia radicaba en sus preferencias sexuales aunadas al "cinismo", los doctores Sunderland y Mesa Gutiérrez no dudaron en

---

<sup>353</sup> "Las instituciones totales puede definirse como un lugar de residencia y trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un periodo apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente". Como tales pueden ser consideradas las cárceles, los conventos, los cuarteles militares, las flotas marítimas y los manicomios. GOFFMAN, 2001, pp. 13.

<sup>354</sup> GOFFMAN, 2001, pp. 136-150.

afirmar que era una “víctima de perversión sexual por predisposición congénita, es decir que es por achaques de su organismo” (!).

Por su parte, Consuelo tenía evidentes antecedentes de locura en la familia: el padre nervioso y la madre histérica. En cuanto a su conducta, ella no dudaba en vociferar improperios y romper objetos cuando los padres o la hermana le impedían salir a la calle y relacionarse con hombres; comportamientos que fueron considerados como manifestaciones de histeria. Además, el hecho de haber entablado una relación afectiva con un hombre casado o el haberse vinculado al ejercicio de la prostitución los años que vivió sin el control familiar, fueron razones más que suficientes para que la hermana estuviese segura de la anormalidad de Consuelo.

Una vez construido un pasado de anormalidad, la reclusión en La Castañeda dependía de un suceso detonante, una acción que la familia considerase verdaderamente excesiva e insoportable cual irrefutable muestra de locura. Por ejemplo, el segundo ingreso de Consuelo ocurrió porque rompió el ropero en un arranque de furia, cuando se percató de que Guadalupe le había escondido las llaves para mantenerla encerrada. Por esta misma razón fue encerrada la señora Guadalupe: de un golpe le rompió los dientes al esposo. Siguiendo con las razones de Consuelo, otra de sus internaciones fue motivada porque le fueron halladas una serie de "vehementes" cartas de amor; y la última muestra de locura fue otro conjunto de cartas en las que manifestaba abiertamente su deseo de matar al director del Manicomio.

En cuanto a las razones que justificaron las internaciones de Amalia, tenemos que en una ocasión se debió a un "pleito" en el Hospital de Juárez; en otras oportunidades fue remitida por la Demarcación de Policía sin especificar el por qué. Del internamiento que más información tenemos es del segundo, cuando la madre recurrió a un proceso bastante irregular ya que no contaba con los respectivos certificados médicos; y, claramente, obtuvo un certificado de manera ilegal porque el juez no lo reconoció como emitido por él. Esa vez fue encerrada mientras la madre acusaba a dos hombres de violación. ¿Qué pudo haber ocurrido? La conocida “locura moral” de Amalia fue la base para que los

médicos afirmaran que era imposible que esta mujer fuera violada. Pero pudo haber sido violada y la madre, tratando de esconder a su hija de la vergüenza social, la metió al manicomio. O pudo haber sido que Amalia hubiese sido sorprendida por la madre en ávida copula con dos hombres. Y así, encerrándolos a los tres les propiciaría el castigo adecuado.

Estos casos nos muestran que la decisión de las familias por internar a sus locos tenía una **connotación de denuncia**. Estas mujeres eran llevadas ante los psiquiatras por haber cometido acciones que, si bien no eran delitos, eran un agravio contra los principios que debían regir la moralidad doméstica. Por lo tanto, los psiquiatras equipararon estas conductas trasgresoras con síntomas de enfermedades nerviosas. Según Michael Foucault

[La psiquiatría] tendrá que psiquiatrizar toda una serie de conductas, trastornos, desórdenes, amenazas, peligros, que son del orden del comportamiento y ya no del orden del delirio, la demencia o la alienación mental.<sup>355</sup>

Desde este marco analítico no es posible entender a la psiquiatría como un saber científico a merced de los aparatos de control estatal, en una lucha sistemática por controlar, recluir y medicar a toda esa población que amenaza la estabilidad social. Más bien, nos encontramos con que la psiquiatría cumple una función otorgada por la misma dinámica familiar; siguiendo a Foucault:

“El psiquiatra [...] se erige en el agente de los peligros intrafamiliares en lo que pueden tener de más cotidiano [...] La psiquiatría se inscribe, por tanto, como técnica de corrección pero también de restitución de lo que podríamos denominar la justicia inmanente en las familias”.<sup>356</sup>

¿Eran acaso estas familias férreos aparatos de control, con una rígida normatividad, como para convertirse en garantes de la moralidad y decidir internar a sus locos en castigo por su mal comportamiento?

Precisemos: ¿en qué consiste esa normatividad doméstica? Son las reglas de conducta que deben seguir cada uno de los miembros de la familia de acuerdo al sexo y a la edad. Estas asignaciones del rol social están

---

<sup>355</sup> FOUCAULT, 2000, pp. 140.

<sup>356</sup> FOUCAULT, 2000, pp. 140.

fundamentadas en la herencia cultural, en la tradición que impone el "deber ser" a cada quien. Este conjunto de deberes y derechos se basa en las relaciones de poder establecidas entre padres e hijos, entre hermanos mayores y menores, etc. Según estos referentes, podríamos suponer que los miembros de la familia se adhieren a las normas de conducta ideales y el loco es quien las rompe. Pero, ¿por qué romper dicha normatividad?

Si la locura equivale a rebelión, a la no sumisión a las normas familiares, ¿por qué estas mujeres decidieron rebelarse frente a tal autoridad doméstica? Barrington Moore se hizo una pregunta similar en su libro *La injusticia: las bases sociales de la obediencia y la rebelión*. Uno de sus principales argumentos fue que en toda relación de poder hay una especie de contrato implícito, donde tanto el dominado como el dominante deben cumplir con determinadas funciones. Sin embargo, el sentimiento de injusticia y, por ende la rebelión, aparecen cuando el dominado considera que el dominante no está cumpliendo con los deberes que le competen, lo cual le resta legitimidad, debilita la relación de poder y posibilita las muestras de la rebelión.<sup>357</sup> Por lo tanto, ¿qué pasó con esa estructura de poder en el caso de las familias de las locas en cuestión?, ¿por qué no se hicieron cargo de sus locas y optaron por entregarlas a una institución estatal?

En el caso de Consuelo, la familia se componía por un padre "nervioso" que después de haber internado a su hija por vez primera desapareció de su vida. No sabemos si enfermó, murió o simplemente se desentendió de sus responsabilidades paternas. La madre de Consuelo pasó prolongadas temporadas en el Manicomio debido a los fuertes disgustos generados por las habladurías de los vecinos; aunque, además, desafió la autoridad del marido al romperle los dientes de un golpe. Frente a la ausencia de autoridad paterna y materna, la hermana mayor apareció como garante de la moral familiar. A esta mujer no dudó Consuelo en calificar como histérica y fue, justamente, en su relación con Guadalupe donde afloraron los múltiples conflictos. Varios de los internamientos obedecieron a fuertes altercados entre ellas. Es más, aún después del encierro, las visitas de Guadalupe solían terminar en crisis

---

<sup>357</sup> MOORE, 1996, pp. 91-97.

histeriformes de Consuelo, razón por la que le fueron prohibidas. Además, Guadalupe no dudó en afirmar que la falta de sumisión de su hermana para con ella era un síntoma inequívoco de locura. Así, la hermana mayor se erguía como la nueva autoridad doméstica; además, tenía su propio negocio, lo que le permitía mantener a la hermana. Por ello, buscaba controlar a Consuelo, le impedía salir y tener contacto con cualquier hombre... había que alejarla a toda costa del mundo masculino.

Pero la normalidad de Guadalupe también estaba en duda. Esto lo podemos deducir por la respuesta que ella escribió cuando los médicos la invitaron a llevarse a su casa a Consuelo ya que estaba perfectamente curada. La respuesta fue que no por que "la nena no lo permitía". No sabemos si Guadalupe era o no casada, pero es probable que no lo fuera ya que siempre firmaba las cartas con su apellido de soltera. Entonces, ¿quién era la nena? Hay dos opciones. La primera es que estuviese hablando de una hija, lo que la convertiría en una madre soltera que sí tuvo relación con hombres pero le prohibía a su hermana lo mismo, lo cual le restaba legitimidad a su autoridad. La otra opción es que "la nena" fuera su pareja y ese poco gusto por los hombres hacía que le prohibiera a Consuelo cualquier cercanía con ellos. Por lo tanto, ya fuese lesbiana o madre soltera, también era vista como anormal por el México de aquellos días.

Como se puede observar, la estructura de poder que regía la familia de Consuelo estaba totalmente deteriorada. No había correspondencia entre el discurso que definía el deber ser de cada miembro y la estructura de poder que la legitimaba. De manera que no nos debe extrañar que su locura haya revestido el sentimiento de injusticia que le había generado la excesiva represión por parte de los padres y de la hermana. Es más, fue tan insoportable el control, que cuando la dieron de alta prefirió quedarse en el Manicomio antes que ir a vivir nuevamente con Guadalupe.

Este patrón se ve muy bien definido en el siguiente caso, donde queda de manifiesto que la locura emerge con la insumisión frente a una nueva figura de autoridad. Una viuda de 38 años fue remitida al Manicomio por su propio yerno

quien la presentó a los médicos como afectada de “psicosis histérica”; concepto que secundaron los especialistas. En cierta ocasión la madre de esta viuda solicitó permiso para que la hija saliera con ella por un día. Debido a que se encontraba en estado de remisión los médicos no vieron problema en darle el permiso. El asunto se complicó cuando la hija fue a visitarla y encontró que la madre había salido. El yerno enfurecido dirigió cartas a los directores de La Castañeda y de la Beneficencia Pública, preguntándoles por qué se había autorizado la salida de su suegra si era él quien estaba pagando la mensualidad. A lo cual el director del Manicomio respondió disculpándose ya que “siendo su mamá no se creyó cometer una falta”.<sup>358</sup> A lo cual la madre de la interna mencionó algo que nos evidencia la relación entre la dependencia económica y al poder del encierro, ya que el yerno “no la sostiene en lo más mínimo”, y la razón del internamiento seguía siendo los disgustos familiares<sup>359</sup>. La viuda en cuestión le envió una carta a la hija donde le agradece al yerno todo lo que ha hecho por ella, pero aclaraba que “la única manifestación de locura que tu esposo notó en mi fue la vez que nos faltamos mutuamente al respeto”. Así, la locura de ella no tenía nada de diferente a la de él ya que cuando se disgusta “nulifica su educación pasando sobre todo. Esto así es que él también merecía estar en este lugar”<sup>360</sup>.

Según estos casos, podemos concluir que las familias no es que fueran ese férreo aparato de control sobre la conducta de los demás. Más bien hicieron uso del Manicomio, justamente por la debilidad de sus estructuras de poder. Si recordamos que la mayoría de estos internos eran migrantes, podemos comprender una de las razones por las que dicha red familiar estaba debilitada. Así, la familia no sólo encerraba a manera de castigo, sino porque carecía de los medios para infringir castigo sobre el malportado.

---

<sup>358</sup> AHSS, F-MG, S-EC, caja 134, exp. 43, ff. 9.

<sup>359</sup> AHSS, F-MG, S-EC, caja 134, exp. 43, ff. 19.

<sup>360</sup> AHSS, F-MG, S-EC, caja 134, exp. 43, ff. 13.



## 2. Del control doméstico al encierro terapéutico.

Una razón fundamental por la que estas familias decidieron entregarle a la institución psiquiátrica el cuidado de Amalia y Consuelo, fue porque percibieron continuidades entre el ideal de lo que debía ser un eficaz control doméstico y el control ejercido por los psiquiatras sobre los pacientes. Es decir, la dinámica curativa ofrecida por el Manicomio correspondía con las expectativas que las familias tenían de lo que debía ser el control y la disciplina doméstica. Por ejemplo, y volviendo al caso de Consuelo, entre sus comportamientos "anormales" encontramos el "querer la sociedad", asistir a las "ridículas fiestas" de Azcapotzalco y manifestar abiertamente el deseo de tener novio.<sup>361</sup> De tal forma, los esfuerzos de la familia se encaminaron a mantenerla totalmente encerrada y aislada de todas aquellas influencias consideradas como nocivas. Así, al igual que los psiquiatras que en aquellos días fueron testigos de la construcción de tan imponente Manicomio, la familia de Consuelo estaba totalmente convencida de la eficacia correctiva del encierro. Así, ella pasó del encierro doméstico al encierro psiquiátrico.

Además de tener como base el aislamiento social y espacial, el Manicomio funcionaba bajo referentes morales elevados: la ascética separación de hombres y mujeres, se prohibía el consumo de alcohol y drogas, se debía impartir educación académica y física,<sup>362</sup> además se fomentaba el trabajo en talleres y huertas. Dinámica de vida muy acorde con los ideales de moralización que debían imperar en el seno doméstico. Una muestra de tal continuidad fue el conflicto desatado por los amoríos entre Salvador y Consuelo. Guadalupe se encargó de informarle al director del Manicomio sobre el romance de su hermana con el heroinómano en cuestión, y le solicitó que tomara las medidas necesarias. Cuando el administrador indagó al respecto, decidió dar de alta a Salvador, no porque estuviese curado, sino porque su comportamiento fue considerado como "inmoral". ¿Era inmoral qué tuvieran una relación afectiva dos internos?, ¿o acaso lo inmoral fue que Salvador negó ser el amante de

---

<sup>361</sup> AHSS, F-MG, S-EC, caja 6, exp. 29, ff. 58.

<sup>362</sup> Sobre la educación física en el Manicomio véase SACRISTÁN, 2006

Consuelo? No sabemos. Lo que aquí resulta interesante es que tanto la familia como la administración del Manicomio concordaron en lo impropio del romance entre una neurótica y un toxicómano; como resultado, a él lo liberaron y ella continuó encerrada con la vigilancia redoblada.

El caso de Amalia también evidencia la normatividad que imperaba en el Manicomio. Recordemos que el jefe del Pabellón de Imbéciles solicitó el traslado de Amalia porque era muy mal hablada, estaba enseñando groserías a las demás internas y les pegaba. Además, solía robar dinero a las enfermeras después de ganar su confianza. Debido a tantas quejas después de su séptima internación, el director decidió darla de alta por encontrarla "nociva al buen orden del Establecimiento". En el imaginario popular, el Manicomio suele ser visto como aquél espacio para albergar todas las conductas extremas que amenazaran la estabilidad social; sin embargo, estos casos nos ponen de relieve que allí había normas claramente definidas y si algún sujeto las trasgredía continuamente, en lugar de ser reducido y doblegado por la fuerza y los golpes, la administración prefería darlo de alta.

En la misma línea, hubo un pianista heroinómano de 22 años llevado por la madre. Durante el quinto internamiento, el director le envió una carta a la madre del referido donde le informaba que el hijo "no observa la conducta que debiera y que unido a otros compañeros de Pabellón provoca motines con el deliberado objeto de que los pasen a otro departamento donde creen gozar de mayores libertades". Razón por la que solicita a la madre aconseje a su enfermo, ya que de no cambiar el comportamiento, se vería en la obligación de darlo de alta.<sup>363</sup>

Una viuda de 30 años fue considerada como una mala influencia para las locas de su pabellón porque "manifiesta cierta extravagancia en el vestir que pudiera calificarse de falta de pudor, a tal grado que reduce casi a la mitad las faldas largas que le trae su hijo, pretextando que así lo exige la moda"; razón por la que también se sugería que se le diera el alta.<sup>364</sup>

---

<sup>363</sup> AHSS, F-MG, S-EC, caja 137, exp. 18, ff. 34.

<sup>364</sup> AHSS, F-MG, S-EC, caja 116, exp. 19, ff. 13.

### **a. De cómo la familia se impuso sobre el Manicomio**

Pero los psiquiatras y las familias no siempre concordaron en el diagnóstico. Hubo casos en que las familias contradijeron abiertamente la decisión de darle el alta a algún paciente; situación que obligaba al médico a convertirse en defensor de los internos ante los posibles abusos de las familias.<sup>365</sup> Por ejemplo, hubo un militar de 34 años que fue llevado por la familia para que se recuperara del alcoholismo que lo aquejaba. Fue internado ocho veces en un periodo de tres años. Al ingresar, los médicos reparaban en su muy evidente cordura. ¿Cómo se trataba a un alcohólico? Al ingresar se le dejaba en el Pabellón de Observación para saber si padecía de algún tipo de alucinaciones. De presentarlas se le llevaría al pabellón del mismo nombre donde se le administraban algunos sedantes. Pero en caso de no presentar dichos síntomas, los médicos accedían a que se quedara por unas semanas para observar si presentaba algún tipo de locura que no se percibía con facilidad. Al no presentar anomalía alguna era dado de alta. El paciente mencionado salía presto a ahogar su cabeza en licor para volver a ser internado nuevamente por la familia. Al final del octavo ingreso los médicos consideraron que ya estaba curado pero un hermano respondió que

“no es la voluntad de mi papá ni la nuestra el que salga, supuesto que hemos querido proporcionarle los medios necesarios para que consiga con ud que es tan bondadoso los medios de trabajar de nuevo allí en ese Establecimiento a su digno cargo para que en el término de tres o cuatro meses se fuera a Estados Unidos y él no quiere. De manera que al salir él buscará la posición que más le acomode pues nosotros hemos determinado dejarlo sólo y aun cerrarle las puertas al ver que no quiere aceptar los sacrificios que por él hacemos”<sup>366</sup>

---

<sup>365</sup> Valga mencionar que este conflicto existía desde finales del siglo XIX y se extendió hasta cuando fue clausurada La Castañeda, ya que las familias buscaban hábiles mecanismos para pasar por alto la normatividad del Manicomio y los psiquiatras buscaban la forma de que la normatividad que regulaba los ingresos se cumpliera. SACRISTÁN, 2001.

<sup>366</sup> AHSS, F-MG, S-EC, caja 109, exp, 34, ff. 41. nov 10, 1923.

La familia argumentaba haber hecho todo tipo de esfuerzos por su interno, los que él no agradecía, razón por la que informaban al Manicomio que se le abandonaría.

Otro caso por mencionar es el de un joven de Chiapas que fue recluido por la madre debido a una supuesta epilepsia que lo aquejaba. Los médicos le informaron a ella que su hijo merecía ser dado de alta. Ella les refutó el dictamen señalando que en otras oportunidades, después del alta concedida en otras “fincas de salud”, el hijo tenía notables recaídas. Por ello, suplicaba que lo mantuvieran más tiempo.<sup>367</sup> Solicitud a la que los médicos accedieron siempre y cuando se mantuviera en calidad de pensionista.<sup>368</sup>

Cuando los mínimos requisitos formales no eran satisfechos, los médicos no accedían a las solicitudes de los familiares. Por ejemplo, hubo una mujer de 52 años que ingresó al Manicomio por solicitud de la familia. Después de tres ingresos, la familia suplicaba que se le mantuviese encerrada porque “siempre ha salido valiéndose de su habladuría y ahora ha jurado vengarse de sus pobres hermanas que son ya unas viejitas diciendo que cuando salga las va a matar”; acciones desmedidas que hacía porque fuera del establecimiento no sabía hacer uso de la libertad que se le otorgaba. Así, las hermanas temían que le acelerara la muerte a la envejecida madre, por lo que le pedían al director del Manicomio que evitara que esta mujer saliera<sup>369</sup>. No obstante, él le informó que no podía tener retenida a Altagracia porque carecía de los certificados médicos que avalaran su demencia; pero estando en estado de “remisión”, sólo podía estar encerrada en calidad de pensionista, y como no había nadie que se quisiese hacer cargo de ella, fue dada de alta y no sabemos si llegó a matar a alguien.<sup>370</sup>

Por otra parte, no debemos perder de vista que tanto Consuelo como Amalia fueron solicitadas varias veces por sus familias. Cuando mostraban haber recobrado la cordura, las familias decidían apersonarse de ellas, pero cuando aparecían las crisis nerviosas, nuevamente llegaban al encierro. Esto

---

<sup>367</sup> AHSS, F-MG, S-EC, caja 40, exp 37, ff. 41.

<sup>368</sup> AHSS, F-MG, S-EC, caja 40, exp 37, ff. 42.

<sup>369</sup> AHSS, F-MG, S-EC, caja 49, exp. 1, ff. 13.

<sup>370</sup> AHSS, F-MG, S-EC, caja 49, exp. 1, ff. 152.

nos señala una fuerte tendencia al uso que las familias hacían de la institución de acuerdo a sus necesidades.<sup>371</sup>

### **b. Locos en remisión como mano de obra gratuita**

Así como Consuelo, localizamos otros casos de pacientes que se curaban, eran dados de alta, pero preferían quedarse a vivir en el Manicomio porque no tenían un sitio para vivir ni una familia que los apoyase. Adquirir trabajo allí significaba laborar a cambio de comida y vivienda, sin recibir remuneración alguna. Recordemos que cuando Consuelo solicitó trabajo, el jefe del pabellón apoyó su solicitud y fue contratada como profesora de manualidades. En una segunda oportunidad fungió como vigilante en la Casa Cuna, pero volvió al Manicomio porque "podía resultar peligrosa" y recuperó su trabajo en el taller de manualidades. Asimismo, hubo una mujer soltera de 23 años que también llegó con un "delirio erótico". No dejaba de incomodar a los médicos que pese a conservar una conversación coherente, "manifiesta impúdicamente inclinación hacia los hombres".<sup>372</sup> No obstante, como la enferma se hizo cargo, de forma espontánea, del aseo del salón y ejecutando "labores manuales en la Escuela", fue contratada como supernumeraria. Además, cuando se curó, la familia no la quiso recibir; entonces se quedó como supernumeraria, efectuando los trabajos mencionados.<sup>373</sup>

---

<sup>371</sup> Al respecto llama la atención el caso de una mujer de Toluca cuyo oficio eran "las modas". Según la familia, ella siempre fue nerviosa y de temperamento "bilioso", amante de las novelas, la música, el canto, el cine y la pintura. Según una carta sin fecha ni firma, la afectada sólo pensaba en "ponerse elegante, pues me decía que era coqueta y que seguiría siéndolo, el lujo era su pensamiento, me platicaba de reuniones, de bailes y de fiestas, donde ella pensaba lucirse y con su coquetería atraerse las miradas de todos, pensaba en ser como las grandes artistas del cine". Después de unas vacaciones en una hacienda, llegó con la plena seguridad de que era Ana de Austria y creía estar rodeada de nobleza, perlas y brillantes; además, era bastante cariñosa y "tenía demostraciones que me enternecían en extremo", según manifestaba una hermana o una amiga. Después de tantos excesos los médicos no dudaron en aceptarla. Pero al año siguiente, 1919, la familia tuvo que abandonar de manera súbita la ciudad, por lo que solicitaron el alta al considerar que ella no podía estar sola en la capital. AHSS, F-MG, S-EC, caja 90, exp. 34, ff. 10-11.

<sup>372</sup> AHSS, F-MG, S-EC, caja 51, exp. 54, ff. 9.

<sup>373</sup> AHSS, F-MG, S-EC, caja 51, exp. 54, ff. 32. Otros casos de internos que pidieron trabajo en el Manicomio y les fue concedidos son: AHSS, F-MG, S-EC, caja 39, exp. 1. Caja 40, exp. 18. Caja 67, exp. 7. Caja 68, exp. 53.

Hubo un hombre de 24 años que fue enviado cuatro veces porque solía delinquir cuando consumía alcohol y heroína. Por lo que se acordó con la familia “no concederle ya ninguna salida”.<sup>374</sup> Una vez interno, cómo dejó de consumir ambos psicoactivos, se le contrató como empleado supernumerario, después en la Escuela de Huérfanos y al final como vigilante de segunda.<sup>375</sup> El hecho de que se contrataran a enfermos en estado de remisión para trabajar como vigilantes es bastante significativo ya que la gran mayoría de las quejas sobre atropellos iban dirigidas al pésimo trato que daban los vigilantes a los internos. Podemos suponer que los supernumerarios, haciendo uso de una posición con poder, muy posiblemente cobraron deudas pendientes a antiguos antagonistas y favorecieron a sus amistades.

En este capítulo y en el anterior hemos abordado las diferentes facetas de las locuras más diagnosticadas durante los primeros tres años de funcionamiento de La Castañeda. Señalamos al principio que la mayoría de los pacientes que ingresaron en aquellos días corrieron una suerte muy distinta a la de aquellos internos provenientes de los antiguos asilos coloniales, reclusos a lo largo del porfiriato, a saber: después de unos cuantos meses de encierro, salieron “curados” de las neurosis y las diversas formas de alcoholismo. “Enfermedades” que un médico de la época llamó “de la voluntad”. ¿Por qué llegó este tipo de pacientes? El Manicomio fue, sin lugar a dudas, la construcción arquitectónica más grande hecha por el porfiriato en la capital mexicana. Fue un edificio de dimensiones colosales que no podía pasar desapercibido a los habitantes de la capital. Si bien, según el discurso oficial, la fundación de La Castañeda significó el inicio de una psiquiatría “moderna”, no significó lo mismo para las familias de los nuevos internos. *El novísimo manicomio fue visto por la sociedad capitalina como una magna fortaleza en la que debían encerrarse todos aquellos cuya locura no sólo requería medicación sino, además, disciplina.* Por ello es que encontramos numerosos pacientes que fueron diagnosticados

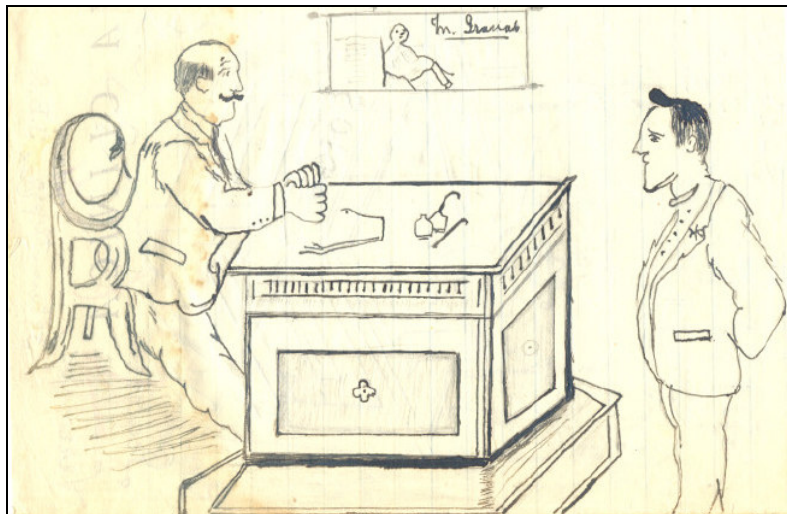
---

<sup>374</sup> AHSS, F-MG, S-EC, caja 137, exp. 8, ff. 49.

<sup>375</sup> AHSS, F-MG, S-EC, caja 137, exp. 8, ff. 46-48

como neuróticos o alcohólicos, empero, carecían de trastornos motrices o del lenguaje que sugirieran alguna disfuncionalidad orgánica. Más bien, los síntomas que solían presentar eran de tipo "moral" debido a los comportamientos disruptores del orden social: violencia, rebelión para con la autoridad doméstica, sexualidad que rompía el canon de lo normal, etc. Pero volvamos a una de nuestras preguntas iniciales: ¿qué variables se tejieron para que justamente estos, y no otros, trasgresores hubiesen sido considerados como neuróticos y encerrados? De hecho se requería más que simplemente transgredir la normatividad doméstica. Según los casos en cuestión, podemos deducir que se requería de dos ingredientes sociales: 1) una estructura de poder familiar debilitada e incapaz de imponer corrección y disciplina al trasgresor y 2) haber tenido parientes afectados de algún tipo de locura. Este último aspecto no sólo era la prueba fehaciente de que el loco poseía un patrón genético deteriorado por la demencia. Este hecho nos señala la relación que ciertas familias establecieron a través de varias generaciones con instancias psiquiátricas. De tal forma, las familias que en algún momento hicieron uso del Manicomio, tenían una mayor probabilidad de enviar alguno de sus anormales ya que habían incorporado el lenguaje clínico, conocían la dinámica de la institución y, en consecuencia, sabían hacer uso de él.

**Parte III**  
**Locura, revolución y familia, 1914-1920**



Entrevista con el psiquiatra.  
AHSS, F-MG, Se-EC, caja 124, exp. 44, s.f.



## Capítulo 5

### **El Manicomio como asilo durante la lucha de facciones, 1914-1916**

José ingresó al Manicomio en febrero de 1914. Contaba con 23 años y estudiaba en la Academia de Bellas Artes. Sus primeras manifestaciones de locura aparecieron cuando Francisco I. Madero ocupaba el solio presidencial. La madre afirmó que su hijo se mostró bastante “decepcionado” frente al gobierno en cuestión y su carácter se tornó “nervioso” al punto de irritarse “hasta con el sonido de los pájaros”. Sumido en la depresión le escribió un sinnúmero de cartas al Presidente, pero jamás recibió respuesta. La crisis de José se agudizó después de lo que presenció durante la Decena Trágica. Según la descripción hecha por la madre:

“[...] pasó por el tiroteo en la Plaza de Armas, llegó a casa lleno de sangre dicho por él, llegó con el semblante lívido, horrorizado de espanto, casi ni comió ese día, él decía no esperaba más susto en la vida, que él había nacido de nuevo ese día”.<sup>376</sup>

José no volvió a la Academia de Bellas Artes, se dedicó a la bebida, a escribir versos y a enviarle cartas al presidente Victoriano Huerta ofreciéndose como diputado; pero la depresión se agudizó y fue internado en La Castañeda. Debido a lo incompleto de su expediente, no sabemos qué suerte corrió este joven.

Este caso es sólo una muestra de la repercusión directa que tuvo la lucha armada revolucionaria en algunas de las formas que asumió la locura durante el complejo periodo bélico que sacudió a la capital mexicana entre 1914 y 1916. Sin embargo, la dinámica política y social propia de la capital mexicana en aquellos días, además de desencadenar y moldear el contenido de algunas psicopatías, también incidió en la dinámica administrativa del Manicomio. Por lo tanto, es necesario precisar qué elementos contextuales incidieron en la cotidianidad de la institución psiquiátrica, en la población que en aquellos días fue internada y en las enfermedades mentales que les fueron diagnosticadas.

---

<sup>376</sup> AHSS, F-MG, S-EC, caja 47, exp. 13, ff. 13

Para tales efectos, es necesario esbozar los principales sucesos que marcaron la dinámica social de la capital mexicana durante el periodo en cuestión.

### **1. La locura de la guerra**

Después de la Decena Trágica en febrero de 1913, llegó al poder Victoriano Huerta y, con él, parte de la élite porfirista se reincorporó a los espacios de poder. El descontento comenzó a manifestarse en algunas regiones con mayor intensidad que en otras. Al norte de la república, en los estados otrora maderistas, gobernadores apoyados por las clases medias desconocieron al nuevo presidente: Venustiano Carranza en Coahuila, Abraham González en Chihuahua y José María Maytorena con el apoyo de Plutarco Elías Calles, Álvaro Obregón, entre otros sonorenses. Por su parte, el ejército zapatista y la División del Norte al mando de Francisco Villa también consolidaban su hegemonía y poder territorial gracias al apoyo popular del que gozaban, fundamentado en las reformas agrarias que exigían. Además del mencionado despliegue militar, hubo notables movilizaciones obreras y sindicales en la capital, lo que agudizó el clima de ingobernabilidad.<sup>377</sup>

En respuesta a la creciente y compleja movilización antihuertista, el mismo Huerta desató una cruel campaña contrainsurgente que sólo evidenció la debilidad de dicho régimen.<sup>378</sup> El avance de los norteños hacia la capital era imparable. Los sonorenses, Carranza y Obregón, avanzaron por el occidente, las tropas villistas -robustecidas después de haber tomado Torreón, Chihuahua y Zacatecas- avanzaban por el centro y Pablo González por el oriente. Pero Huerta carecía de un ejército con capacidad táctica para hacer frente a la avanzada golpista; además, había perdido el apoyo norteamericano y, por ende, el suministro de armas. Por consiguiente, en julio de 1914, Huerta abandonó el poder y lo dejó en manos del presidente interino Francisco Carvajal, quien diez días después lo entregaría al carrancismo. Con el ánimo de establecer un proyecto común con zapatistas y villistas, Carranza los convocó a la Convención

---

<sup>377</sup> HART, pp. 370-373

<sup>378</sup> HART, pp. 361

que tuvo lugar en octubre de 1914.<sup>379</sup> Empero, el resultado fue la ruptura definitiva y el desconocimiento, por parte de los convencionalistas, de la presidencia de Carranza; en consecuencia, este último optó por gobernar desde Veracruz, gracias al apoyo norteamericano. Este hecho desató la llamada Guerra de Facciones: un periodo durante el cual la capital sufrió los rigores de la cruenta guerra civil. La ciudad fue tomada y abandonada por los diferentes bandos, ejércitos iban y venían, algunos saqueando y otros mendigando. Además, todos los capitalinos sufrieron el azote del hambre y de las epidemias debido a la falta de alimento y la escasez de agua generada por el sitio zapatista al sur de la ciudad. Después de que dichos insurgentes fueron expulsados del Distrito Federal a fines de 1915, el carrancismo se abocó a restaurar el sistema de transporte, restablecer las vías de comunicación y regular la inflación producida por el exceso de moneda circulando. Por lo tanto, 1916 fue un año dedicado a consolidar el triunfo y afianzar un proyecto nacional.<sup>380</sup>

¿Qué ocurrió en el Manicomio en el marco de tan bélico contexto político? y ¿quiénes fueron encerrados en aquellos días? Un problema que emerge a la hora de responder estas preguntas radica en que la mayoría de los expedientes contienen exigua información. No se hicieron descripciones clínicas rigurosas y son muy pocas las cartas que se conservan tanto de los pacientes como de las familias. Es más, carecemos por completo de datos básicos como la edad o la fecha y condición de salida del 8% del total de ingresos. Además desconocemos la enfermedad que se le diagnosticó al 26% de los hombres y al 23.3% de las mujeres. En consecuencia, tomaremos como fuentes, por una parte, la información cuantitativa obtenida de los *Libros de Registro* y, por otra parte, los documentos de carácter administrativo. Haciendo uso de dicho material, vamos a explorar, en primer lugar, quiénes llegaron a La Castañeda, en qué condiciones, de qué enfermedades padecían y qué suerte corrieron. En segundo lugar, analizaremos la relación que hubo entre la dinámica sociopolítica de la ciudad de México y la cotidianeidad del Manicomio.

---

<sup>379</sup> HART, pp. 377-382

<sup>380</sup> GARCADIAGO, 2004, pp. 248

### a. Pocos locos, muchos enfermos

Con relación a la dinámica demográfica, hay dos datos fundamentales para comprender la locura en este periodo. En primer lugar, llama la atención la cantidad de ingresos: 635 pacientes en 1914, 385 en 1915 y 470 en 1916. Podemos afirmar que 1915 fue el año en el que menos ingresos hubo en toda la historia de La Castañeda. Este hecho nos llama la atención porque se podría suponer, desde una lógica de guerra, que en medio de la crisis económica, enfermedades y epidemias que inundaron la capital en este año, el Manicomio estaría atiborrado de pobres y hambrientos en busca de techo y comida. Además, a diferencia de otras instituciones psiquiátricas que en contextos bélicos se convirtieron en hospitales para víctimas de guerra o en cuarteles militares,<sup>381</sup> La Castañeda no fue usada para tales fines. Esta reducción en la cantidad de internos es una evidente consecuencia de la guerra. Estudios hechos sobre los traumas bélicos han demostrado que

“durante la guerra disminuye en general la patología psiquiátrica y se presentan pocos problemas psicológicos. Se produce una rápida adaptación para sobrevivir y lo psicológico es un lujo poco factible que mostrar”.<sup>382</sup>

Sin embargo, el impacto de la guerra en la salud mental sólo se puede percibir después de la misma y eso lo veremos en el siguiente capítulo.

El segundo dato que llama la atención tiene que ver con la suerte que corrieron los pacientes. A diferencia de la etapa anterior, cuando alcohólicos y neuróticas se “curaron” con rapidez, entre 1914 y 1916 hubo una cantidad relevante de pacientes que **fallecieron** al poco tiempo de haber sido internados: el 47,6%.<sup>383</sup> El tiempo promedio de vida en encierro antes de fallecer fue de 8

---

<sup>381</sup> Citar los casos de los Manicomios gringos y el papel de la psiquiatría entreguerras.

<sup>382</sup> IBÁÑEZ ROJO, 2003. Investigaciones sobre la dinámica de la psiquiatría en contextos bélicos han demostrado que en situaciones de guerra tienden a reducirse la cantidad de pacientes que demandan los servicios de las instituciones psiquiátricas. A esta conclusión llegan MARTÍN-BARÓ (1984), en su análisis sobre la salud mental durante la guerra en El Salvador, y JONES (1972, pp. 229) quien señala la reducción en la cantidad de pacientes que hicieron uso de los servicios psiquiátricos en Inglaterra durante la Primera Guerra Mundial.

<sup>383</sup> El 55% de los que ingresaron en 1914 fallecieron, el 44% en 1915 y el 44% en 1916. Véase Cuadro 4.A en los anexos estadísticos.

meses en los hombres y 1,4 años en las mujeres.<sup>384</sup> Si le damos un vistazo a las causas de muerte, entre estas casi nunca aparece la enfermedad mental. Más bien, nos encontramos que el 37,6% murió por afecciones intestinales como enteritis y enterocolitis; el 22,25% tenía enfermedades respiratorias como la tuberculosis, neumonía, pulmonía y bronconeumonía; el 9,7% murió de “agotamiento” y el 3% por complicaciones cardíacas. Las causas de muerte del 20,5% fue apoplejía, cáncer, delirium tremens, demencia precoz, epilepsia, erisipela, escaras, fractura de cráneo, hemorragia cerebral, hepatitis, influenza, meningitis, paraplejia, peritonitis, reblandecimiento cerebral, tifo y viruela; y del 6,95% restante no tenemos información. Este segundo fenómeno, la muerte de un alto porcentaje de internos dos años, aproximadamente, después de haber sido internados, nos hace suponer que dichos pacientes no sólo tenían alguna psicopatía, sino que, además, padecían de enfermedades crónicas desencadenadas tanto por los choques emocionales como por la falta de agua y alimento.

#### **b. Las enfermedades mentales y el terror de la sífilis.**

El 26% de los hombres y el 23,3% de las mujeres no tienen diagnóstico alguno en los *Libros de Registro* y el 2% de la población total “no tenía nada”. Esto nos sugiere cierta crisis administrativa o una relajación de la aplicación de las normas ya que dejó de llevarse el registro exhaustivo que hasta el momento se había hecho. Pero si nos fijamos en las enfermedades mentales atribuidas a quienes murieron, encontramos a la epilepsia (25%), seguida por la demencia precoz (12,5%), demencia senil (6,25%) e imbecilidad (12,5%). Si bien, hubo un crecimiento de las afecciones propias de aquellos “degenerados” porfirianos, hay un dato que marca la diferencia entre ambos grupos: aquellos que fueron internados antes de 1910 estuvieron encerrados 7 años antes de morir, mientras que este grupo se mantuvo vivo 1.5 años. Este hecho nos permite entrever que

---

<sup>384</sup> Los que entraron en 1914 duraron un promedio de 13 meses, en el caso de los hombres, y 34 meses en el caso de las mujeres; en 1915 los hombres duraron 7 meses y las mujeres 9; y en 1916 los hombres 4 meses y las mujeres 10 meses antes de morir.

las causas de internación no estaban en acciones trasgresoras, sino en las múltiples enfermedades crónicas que los obligaba a buscar atención médica.

**Tabla 5. Enfermedades diagnosticadas a los pacientes que ingresaron al Manicomio La Castañeda, entre 1914 y 1916, y fallecieron durante el encierro. (%)**

<b>Enfermedad</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>
Demencia	12	20
Neurosis	8	10
Parálisis General Progresiva	<b>25</b>	0
Alcoholismo	18	10
Epilepsia	15	<b>26</b>
Retardo mental	7	12
Debilidad y confusión mental	3	0
No especificado	6	2
Enajenación mental	6	20
<b>Total</b>	100	100

Fuente: Cuadro 10. Véase anexo estadístico

Si observamos los diagnósticos efectuados, encontramos que la enfermedad más recurrente en los hombres fue el alcoholismo (29,5%) y en las mujeres la demencia (17,2%). ¿Por qué durante aquellos días de guerra civil se dispararon estas “anormalidades”? El *trastorno por estrés postraumático* (TEPT) es la afección mental que suele presentarse en individuos que han sido sometidos a experiencias traumáticas durante la guerra. La investigación de José María Ruiz-Vargas sobre las manifestaciones del TEPT en la guerra civil española, nos muestra que esta enfermedad suele ir de la mano con el elevado consumo de sustancias tóxicas.<sup>385</sup> Los soldados que en aquellos días de la España en guerra sufrían trastornos por las escenas que presenciaban, eran vistos por la sociedad como “poco hombres” ya que no habían afrontado la guerra con la suficiente fortaleza y, en consecuencia, se les consideraba

<sup>385</sup> RUIZ-VARGAS, 2006, pp. 14. La relación entre el TEPT y el consumo de alcohol fue expuesta en el informe *Prevención de los trastornos mentales: intervenciones efectivas y opciones de políticas: informe compendiado*; elaborado por el Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la Organización Mundial de la Salud en el año 2004. Un análisis reciente y muy completo sobre las múltiples manifestaciones que puede tener el TEPT es el estudio hecho en España después de los atentados terroristas de 11-M titulado “La reacción humana ante el trauma: consecuencias del 11 de marzo del 2004”, en la revista *Ansiedad y Estrés*, (2004), vol. 10, No. 2-3, pp. 141-312; publicada por la Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés. Facultad de Psicología de la Universidad Complutense.

representantes de la histeria masculina.<sup>386</sup> Por ello, al ser mal visto su trauma por la sociedad, vivían su pena con una botella en la mano.

En el caso de las mujeres, ¿cómo comprender el aumento de las demencias? Si consideramos que ellas, al igual que los hombres, padecieron las inclemencias propias de la ciudad en un contexto de guerra, podemos suponer que las demencias diagnosticadas también pudieron ser manifestaciones del TEPT. Las víctimas de esta afección suelen presentar *reexperiencias* a través de recuerdos recurrentes en forma de imágenes, pesadillas e impresiones sensoriales como olores, sonidos y sensaciones táctiles. Esto se puede traducir en “malestar psicológico, temblores, llanto, miedo, ira, confusión o parálisis que dejan a la víctima sumida en un estado de culpa y alienación.” Además, estos pacientes suelen estar en constante alerta, como esperando que el peligro aparezca de nuevo, lo que se traduce en elevada irritabilidad, problemas de memoria, falta de concentración, dificultad para conciliar o mantener el sueño y una “respuesta de sobresalto exagerada”.<sup>387</sup> Así, podríamos suponer que cierta cantidad de mujeres que ingresaron a La Castañeda en este periodo en calidad de “dementes”, es probable padeciesen de TEPT.

**Tabla 6. Enfermedades diagnosticadas a los pacientes que ingresaron al Manicomio La Castañeda, entre 1914 y 1916. (%)**

<b>Enfermedad</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>
Demencia	6	17,2
Neurosis	6	6
Parálisis General Progresiva	12,5	0
Alcoholismo	29,5	14,1
Epilepsia	10	16,2
Retardo mental	3,5	6
Debilidad y confusión mental	4,5	15,2
No tenía nada	2	2
No especificado	26	23,3
<b>Total</b>	100	100

Fuente: Cuadro 10. Véase anexo estadístico.

<sup>386</sup> Un completo análisis sobre la forma en que fueron comprendidos los traumas de guerra como una forma de “histeria masculina” en el contexto de la psiquiatría alemana durante la Primera Guerra Mundial es LERNER, 2000.

<sup>387</sup> RUIZ-VARGAS, 2006, pp. 14.

Siguiendo con el análisis de las enfermedades más recurrentes, hubo un fenómeno muy interesante entre la población masculina: el 25% de los que fallecieron -12,5% de la población total- padecían de Parálisis General Progresiva (PGP), cantidad alarmante en comparación a los años anteriores. Los síntomas de la PGP fueron descritos en 1798 como "lesiones de locomoción [...] habla enredada, la boca desviada, los brazos y las piernas carecen más o menos de movimientos voluntarios y en la mayor parte de ellos la memoria está notablemente debilitada",<sup>388</sup> además se asociaba con la megalomanía y los sentimientos de superioridad. Si bien, en 1888 el psiquiatra francés Emmanuel Regis (1855-1918)<sup>389</sup> había sugerido la relación entre PGP y la sífilis, no fue sino hasta 1913 cuando el japonés Hideyo Noguchi (1876-1928) descubrió que las lesiones en las meninges y en la corteza cortical de los paralíticos generales fallecidos obedecían a la presencia de la *spirochaeta pallidum*. Dicho hallazgo fue contundente ya que significó la prueba irrefutable del vínculo entre sífilis y locura.

¿Por qué creció la población de enfermos con Parálisis General Progresiva en La Castañeda entre 1914 y 1916? Hay dos respuestas posibles. La primera es de carácter social y se basa en los factores que según los médicos de la época posibilitaron el contagio masivo de la sífilis. Los doctores no dudaron en afirmar que la prostitución era la causa incuestionable de dicha afección, germen de la "degeneración" racial que impedía la consolidación de una nación moderna, sana y civilizada.<sup>390</sup> Por lo tanto, era necesario mantener un control riguroso sobre las prostitutas y todos aquellos hombres que tenían sexo con ellas: alcohólicos, criminales, drogadictos y otros tantos "degenerados". Como herencia del Segundo Imperio (1863-1867), las prostitutas sólo podían ejercer si portaban una identificación donde aparecía la categoría a la que

---

<sup>388</sup> QUETEL y POSTEL, 1993, pp. 323

<sup>389</sup> Este francés fue muy leído en México. Su famoso *Manuale pratique de médecine mentale* publicado en 1885 por primera vez, fue usado como libro de texto en el curso que impartió en 1891 sobre Enfermedades Mentales, el doctor Miguel Alvarado en la Escuela de Medicina

<sup>390</sup> BLISS, 1999 analiza las diversas estrategias creadas por el Estado mexicano para el control de la sífilis a partir de 1926.



pertenecía y se certificaba que estaba libre de sífilis.<sup>391</sup> Quien ejerciera sin dicho documento sería considerada como "clandestina" e iría a la cárcel. Para tales fines, debían hacerse una periódica revisión médica y las que resultasen contagiadas serían encerradas en el Hospital de Morelos, establecimiento exclusivo para mujeres con sífilis.

Según los escritos de los médicos de la época, los clientes más asiduos de las prostitutas eran los militares: gremio en el que pululaban las enfermedades venéreas. Se registró que el 21% de los aproximadamente 9.000 soldados de la Guarnición Plaza México, había recurrido al Hospital Militar portando alguna afección venérea. De este porcentaje, el 30.91% tenía sífilis.<sup>392</sup> Las causas de tan masivo contagio eran atribuidas a "que las tropas están formadas casi en su totalidad por individuos de mala conducta [...] para quienes la vida de cuartel es más bien un castigo".<sup>393</sup> Además, tanto los soldados como las prostitutas que periódicamente los visitaban, eran reacios a cualquier tipo de control médico periódico.<sup>394</sup> Esta relación entre milicia y sífilis la confirma el hecho de que el 30% de los hombres que fallecieron en el Manicomio en 1915, y que en algún momento fueron diagnosticados como sifilíticos, eran militares.

Resulta obvio que durante el periodo en cuestión (1914-1916) lo que más hubo en la capital mexicana fue militares de todos los bandos y regiones del país. Rodríguez Kuri afirma que es probable que en agosto de 1914 hubiera 60.000 soldados en la ciudad de México.<sup>395</sup> Ahora, en 1910, cuando había 500.000 habitantes en la capital, hubo un promedio de 10.000 prostitutas ejerciendo, es decir, el 2% de la población total.<sup>396</sup> Si asumimos que esta cantidad de mujeres se mantuvo, ya que carecemos del dato para 1914, podemos imaginarnos que cada una de ellas tuvo un promedio de 6 clientes sólo entre los militares. Ahora, el ir y venir de contingentes militares por la ciudad compuestos por hombres que establecían relaciones esporádicas con mujeres

---

<sup>391</sup> DELGADO JORDÁ, 1998, pp. 111-141

<sup>392</sup> ALEMÁN PÉREZ, 1909, pp. 2

<sup>393</sup> ALEMÁN PÉREZ, 1909, pp. 4

<sup>394</sup> ALEMÁN PÉREZ, 1909, pp. 5

<sup>395</sup> RODRÍGUEZ KURI, 2000, pp. 147.

<sup>396</sup> LARA y PARDO. *La prostitución en México*. México: Librería de la Viuda de Ch. Bouret, 1909, pp. 20-21

que encontraban a su paso, aunado a la reducción de controles sanitarios, podemos entrever una de las causas de la expansión de la sífilis.

La segunda explicación sale de un laboratorio. Una vez descubierta la relación entre la sífilis y la Parálisis General Progresiva, en el Manicomio se implementó el análisis serológico para determinar quiénes eran portadores de la *spyrochæta pallidum*. El primero en elaborar una suero-reacción para detectar la presencia de sífilis en la sangre fue el alemán August Von Wassermann (1866-1925) en 1906; técnica que lleva el apellido de su descubridor. Siguiendo los pasos del alemán, diversos bacteriólogos refinaron los métodos en aras de una mayor precisión en el diagnóstico.<sup>397</sup> La confianza de la comunidad médica en dichas técnicas radicó en la incorporación de la bacteriología, a fines del siglo XIX, en el quehacer médico.<sup>398</sup> Razón por la que el doctor De Nicolás mencionó, en 1918: "nuestras nuevas generaciones médicas han sido educadas con las exigencias del laboratorio que ha creado un valioso medio de diagnóstico, pronóstico y tratamiento".<sup>399</sup> Debido a la confianza que había en torno a la precisión de las suero-reacciones, estas fueron aplicadas de manera masiva por parte de las instituciones médicas del Estado mexicano, generando resultados bastante alarmantes. Por ejemplo, a partir de un muestreo hecho en 1920 a estudiantes de escuelas elementales, se encontró que el 80% resultó positivo (!), siendo asumida como una prueba irrefutable de la *heredosífilis* que corroía a la infancia.<sup>400</sup> Sin embargo, la exactitud de la reacción wassermann fue cuestionada duramente en 1925 cuando el doctor Edmundo Escomel expuso las inconsistencias de dicha técnica:

"La reacción de Wassermann, que cayó con fortuna en el mundo médico cuando se descubrió, creyéndose que encarnaba el procedimiento científico infalible para conocer la sífilis, necesita cada día de mayor cautela para la interpretación de su positividad, *pues no son sifilíticos todos los que la dan, ni la dan todos los que lo son*".<sup>401</sup>

---

<sup>397</sup> Las reacciones más usadas en México fueron: Jacobsthal, Levaditi-Latapie, Kahn y la Meinicke, las cuales variaban en la técnica para la preparación del suero

<sup>398</sup> Sobre los orígenes de la bacteriología véase AGOSTONI, 2003.

<sup>399</sup> DE NICOLÁS, 1918, pp. 4

<sup>400</sup> BLISS, 1999, pp. 7.

<sup>401</sup> ESCOMEL, 1925, pp. 288

El doctor Escomel señalaba que algunos pacientes obtenían un resultado positivo en la reacción wassermann, careciendo de las manifestaciones clínicas propias de la sífilis. Cuando esto ocurría, la explicación solía fundarse en que la enfermedad la había heredado del padre o del abuelo y que en algún momento se harían manifiestos los síntomas. Inmediatamente se debía someter al supuesto sifilítico a un tedioso tratamiento: inyecciones de arsenobenzoles, como el salvarzán,<sup>402</sup> además de sales mercuriales por un mínimo de tres años.<sup>403</sup> Se le prohibía contraer matrimonio antes de 5 años y finalmente tenían que portar en sus carteras el "pasaporte de R. Positiva", que les imprimía el estigma de sifilíticos, degenerados y pertenecientes a una familia de viciosos y enfermos.<sup>404</sup> Por todo esto, el doctor Escomel no dudaba en afirmar que estos tratamientos aunados a la carga social, solían generar la "neurastenia wassermánica"; esto es, que si el supuesto sifilítico no daba muestras de locura, con el resultado positivo en la reacción wassermann, la locura terminaba por emerger. Por lo tanto, el Dr. Escomel les recomendaba a los médicos dudar de los resultados de la reacción; sin embargo, menciona que debido al pánico que generaba ser portador de sífilis, los pacientes con resultado positivo solían exigir "innúmeras inyecciones arsenicales" que les generaba síntomas diarreicos, hepáticos y cutáneos. Es más, el mismo médico mencionó que uno de sus pacientes, "obsesionado por la ignominia de su padre, de hacerle padecer males en que no tenía culpa alguna", llegó al suicidio después de ver el resultado positivo de la reacción wassermann. Lo impreciso de esta reacción fue demostrado por el mismo doctor con base en tres de sus pacientes que habían tenido un resultado positivo en la muestra de sangre. Los tres, además, tenían una "piorrea dentaria generalizada". Después de un riguroso tratamiento llevado por un dentista se les aplicó nuevamente la reacción, la cual salió negativa.<sup>405</sup>

---

<sup>402</sup> Para una historia del salvarzán y su implementación en México, véase ESTRADA URROZ, 2001

<sup>403</sup> Además de las sales mercuriales, se usaba protoioduro, cianuro, peptonato, cloro albuminado, biyoduro disuelto en aceite y el cacodilato yodo hidrargírico. ÁLVAREZ AMÉZQUITA, 1904, pp. 9.

<sup>404</sup> MONTES VARGAS, 1905, pp. 23-26 habla de prohibir el matrimonio entre sifilíticos, reglamentar la prostitución e imponer largos tratamientos.

<sup>405</sup> ESCOMEL, 1925, pp. 290

Hubo pacientes que ingresaron a La Castañeda por alguna crisis transitoria, pero que una vez en el encierro les fue aplicada la reacción wasserman y el resultado fue positivo pese a no existir síntomas clínicos. Esto le ocurrió a Gilbert, un ingeniero francés que había trabajado durante la Primera Guerra Mundial en la elaboración de armas. En México se dedicó a consumir licor y a planear negocios que le dejarían millonarias ganancias. Un buen día, en 1919, fue internado en La Castañeda por haberle pegado a un gendarme en medio de la ebriedad. El hermano solicitó el alta, comprometiéndose a asumir el cuidado de Gilbert. Sin embargo, los médicos dijeron que el alta era imposible debido a que le habían aplicado la reacción wassermann y había salido positiva, por lo que sugerían un encierro de tres años e inyecciones diarias de salvarsán. Frente a este nuevo diagnóstico, Gilbert entró en una crisis nerviosa que lo llevó a desear la muerte. Finalmente, el hermano solicitó nuevamente el alta y se la concedieron.<sup>406</sup>

Así, el aumento de la sífilis pudo obedecer al incremento de la actividad sexual entre soldados y prostitutas sin el control médico que aislase a los contagiados. Pero también pudo haber un sobrediagnóstico clínico por imprecisiones en la técnica de laboratorio, en este caso, el diseño de los sueros reactivos. La elevada cantidad de sifilíticos pudo ser una realidad clínica, una ficción química o un poco de ambas.

### **c. Instancias remitentes**

¿Quiénes llevaron a estos pacientes a las puertas del Manicomio? Al respecto encontramos cuatro datos significativos.

- Hubo un descenso en la cantidad de gente remitida por el gobierno de la ciudad. Entre 1910 y 1914, el 61,2% de la totalidad de los ingresos fueron solicitados por dicha instancia; pero en 1914 se redujo al 12,2% y en 1915 a sólo al 1,2%. Frente a tal descenso, encontramos un significativo aumento en

---

<sup>406</sup> En los expedientes clínicos consultados se localizaron cuatro casos de personas que ingresaron al manicomio por diferentes afecciones y al aplicárseles la reacción wasserman se determinó que tenían sífilis, lo que ocasionó un grave impacto tanto en el paciente como en la familia. AHSS, F-MG, S-EC, caja 97, exp. 7; caja 104, exp. 42; caja 105, exp. 26 y caja 120, exp. 3.

la cantidad de pacientes remitidos por parte de la policía, que pasó de un 0,8% a un 33,46%. Este hecho nos resulta comprensible en un contexto signado por las diferentes manifestaciones de la delincuencia: robo, secuestros, asaltos, etc.; “reflejo de las privaciones y pobreza de esa época”.<sup>407</sup> En consecuencia, frente al caos imperante, la policía detenía en la vía pública, sin necesidad de una orden judicial, a todos aquellos que pudiesen ser una amenaza pública.<sup>408</sup>

- Decreció notablemente la cantidad de pacientes que eran remitidos por la Beneficencia Pública, principalmente en 1915, cuando se redujo al 2,6%.
- En 1915 los hospitales elevaron la cantidad de internos remitidos (11,5%). Fenómeno evidente en una situación de guerra en la que dichas instituciones buscaban acelerar la circulación de pacientes, remitiendo sujetos en la fase terminal de alguna enfermedad crónica; fase en la que se suelen presentar alucinaciones y delirios.
- Un nuevo actor que remitió pacientes en aquellos días fueron las prefecturas políticas de Tacuba, Azcapotzalco, Tacubaya, Guadalupe Hidalgo y Mixcoac, ya que en 1915 remitieron al 19,2% de los pacientes. Sin embargo, este papel sólo fue desempeñado en 1915 porque en el siguiente año decreció nuevamente la cantidad de remisiones al 8,1%. Este hecho lo podemos entender a partir de la derogación que hizo Carranza en septiembre de 1914 de una ley porfiriana de 1903 que le quitaba amplias potestades al ayuntamiento para poner el gobierno de la ciudad a disposición del gobierno federal. Consecuentemente, los municipios adquirirían cierta autonomía y nuevas potestades.<sup>409</sup> La lógica de los carrancistas fue: en aras de un Estado fuerte con ingerencia en la administración de la capital, había que reducir el

---

<sup>407</sup> KNIGHT, 1996, vol. 1, pp. 967.

<sup>408</sup> Por esta razón fue que en el debate sostenido el 1 de diciembre de 1916 en la Cámara de Diputados se estipuló: “el Ministerio Público, con la Policía Judicial represiva a su disposición, quitará a los presidentes municipales y a la policía común la posibilidad que hasta hoy han tenido de aprehender a cuantas personas juzgan sospechosas, sin más méritos que su criterio particular”. NACIF MINA, 1986, pp. 157.

<sup>409</sup> Este fenómeno es ampliamente explicado en RODRÍGUEZ KURI, Ariel (1996) *La experiencia olvidada: el ayuntamiento de México: política y gobierno, 1876-1912*. México: El Colegio de México-UAM, cap. 2

poder de decisión del gobierno de la ciudad. Según Rodríguez Kuri, el objetivo de dicha medida era buscar

"la creación de una infraestructura política, geográficamente extendida y, si se quiere, buscaba sumar una serie de legitimidades locales, en la perspectiva de afianzar una autoridad de carácter nacional".<sup>410</sup>

Sin embargo, los norteños que desconocían cómo funcionaba el Distrito Federal, delegaron amplias decisiones en los poderes locales. Pero esta medida sólo duró hasta agosto de 1915 cuando la ley derogada fue restituida.

**Tabla 7. Pacientes del Manicomio La Castañeda según instancia remitente (%). 1914-1916**

<b>Instancias</b>	<b>1914</b>	<b>1915</b>	<b>1916</b>
Gobierno de la ciudad	15,6	1,2	2
Familia	29,6	20,5	26,5
Cárceles	2,3	2,5	1
Juzgados	1,9	0	0
Beneficencia Púb.	14,8	2,5	8,2
<b>Policía</b>	<b>26,5</b>	<b>37,2</b>	<b>36,7</b>
Hospitales	7	11,5	9,1
Prefecturas políticas	0	<b>19,2</b>	8,1
Otros	2,3	6,6	8,4
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Fuente: Cuadro 10. Véase anexo estadístico.

## 2. Algunas consecuencias de la guerra civil

El doctor Salvador Quevedo y Zubieta, quien fungió como médico de La Castañeda entre 1915 y 1919, publicó en 1927 la novela *México Manicomio*. Es la historia de un joven médico tamaulipeco, Mauro Vallín, quien llegó a la capital justo antes de la caída de Victoriano Huerta. Por el simple hecho de venir del norte, el encargado del hotel donde se alojaba lo acusó ante la policía de ser un espía de Carranza. Fue conducido a la demarcación y allí, mientras estaba siendo procesado, el gobierno pasó a manos del bloque carrancista y Vallín quedó en libertad. Meses después logró vincularse como médico de La Castañeda para desempeñarse en el Pabellón de Tranquilas A. La cotidianeidad del nosocomio narrada en la novela, fue una consecuencia directa del caldeado ambiente político de aquellos días. Así describió Vallín el ambiente que en

<sup>410</sup> RODRÍGUEZ KURI, 1996, pp. 202

aquellos días se respiraba en La Castañeda: “reinaba en todas partes el desorden general del momento. La excitación pasaba de los asilados al personal loquero”.<sup>411</sup> Se rumoraba que “hordas de Emiliano y Eufemio Zapata venían encima para disputar a los carranclanes el Distrito Federal por el lado de Mixcoac”. Pero también se oía que “Carranza se acercaba blandiendo una gran escoba para barrer del Manicomio a porfiristas, felixistas y huertistas, todos por igual”.<sup>412</sup> Estos rumores se hicieron realidad. Vamos a ver seis aspectos en los que el conflicto político y bélico incidió en la dinámica de La Castañeda.

**La toma zapatista.** Los zapatistas tuvieron una activa presencia en la capital mexicana desde junio de 1914 cuando perpetraron acciones guerrilleras en pueblos, haciendas y fábricas en Milpa Alta, Xochimilco, San Angel y Tlalpan. Ellos hacían ataques rápidos desde las serranías, atacando puntos clave como el acueducto de Xochimilco y las rutas de acceso de alimento y leña.<sup>413</sup> Estas tropas hicieron presencia activa en el Manicomio.

En la sesión del 19 de enero de 1915, el secretario de la Beneficencia Pública informó al gobierno de la ciudad que "las fuerzas zapatistas se habían adueñado del Manicomio General, donde se habían hecho fuertes". El temor de dicha toma radicaba en que el "Ejército Constitucionalista pretendía desalojar [el manicomio] de tal punto" y se temía que "el combate fuera de consecuencias desastrosas para los asilados dementes". Uno de los temores del secretario era los atropellos que los soldados podían cometer con las mujeres, entre las cuales había "muchas jóvenes". No obstante, los regidores dudaron de las sospechas del secretario y la única decisión tomada fue informarle a la comandancia militar para que en caso de invasión, esta facilitara el traslado de los internos a la ciudad, aunque no se especifica a donde.<sup>414</sup>

El rumor se hizo realidad y el 12 de febrero de 1915 el director del Manicomio le informó a la Beneficencia Pública que habían entrado las fuerzas

---

<sup>411</sup> QUEVEDO Y ZUBIETA, 1927, pp. 77

<sup>412</sup> QUEVEDO Y ZUBIETA, 1927, pp. 77

<sup>413</sup> RODRÍGUEZ KURI y TERRONES, 2000, pp. 208.

<sup>414</sup> Archivo Histórico de la Ciudad de México, Acta Secreta, vol. 330A, 29 de enero de 1915, ff. 11-12.

zapatistas y después las carrancistas. Los segundos destruyeron parte de la vivienda usada por el cuerpo médico y el chalet del administrador. Cuando se fueron hacían falta 200 gallinas, 3 conejos y 16 cabras. Pero lo peor fue el ambiente de terror que sembraron en la breve incursión:

“haciendo disparos innumerables, sembrando el pánico consiguiente entre las familias de los empleados que huían escapándose de las balas que silbaban en todas las direcciones, habiendo durado esta angustiosa situación cerca de tres horas”.<sup>415</sup>

Una vez se retiraron ambos bandos, el director percibió la posibilidad de que los zapatistas regresaran, razón por la que le solicitó a la Secretaría de Gobernación una guarnición lo suficientemente armada como para evitar que se acercaran.<sup>416</sup> Solicitud que jamás fue atendida porque el 27 del mismo mes ingresaron de nuevo los insurgentes. De dicha incursión se informó que habían sido “dados de alta como soldados zapatistas por orden del General Sandoval” los asilados Alfredo Ugarte, Francisco Montes de Oca, Antonio Rodríguez y el profesor Salvador Gutiérrez. Además, habían desaparecido una maquina de escribir marca Oliver, 39.64 pesos, 202 zarapes y 10 rebozos.<sup>417</sup>

**Crisis de transporte.** Uno de los principales factores que agudizaron la falta de alimento y otros recursos básicos en la capital, fue la falta de transporte. Hubo una desarticulación del sistema de transporte ferroviario y animal "en virtud del requisamiento y destrucción de máquinas, carros y bestias, y de la afectación de las vías, caminos y puentes".<sup>418</sup> Por esta razón, el 22 de junio de 1915 no llegó el pagador de la Beneficencia con los salarios de los más de 300 empleados debido a que no hubo servicio de trenes eléctricos.<sup>419</sup> Por a la suspensión de dicho servicio, fue necesario implementar un sistema de transporte por parte de la misma Beneficencia para desplazar al cuerpo médico

---

<sup>415</sup> AHSS, F-BP, Se-HP, S-MG, exp. 19, ff. 1 y 2

<sup>416</sup> AHSS, F-BP, Se-HP, S-MG, leg. 4, exp. 27, ff. 1

<sup>417</sup> AHSS, F-BP, Se-HP, S-MG, leg. 4, exp. 37, ff. 2.

<sup>418</sup> RODRIGUEZ KURI, 2000, pp. 135

<sup>419</sup> AHSS, F-BP, Se-HP, S-MG, leg. 4, exp. 15, f. 2



cada tercer día; advirtiendo a los médicos que de no asistir se quedarían sin trabajo.<sup>420</sup>

**Falta de alimentos.** El doctor Quevedo y Zubieta nos hace una descripción del paupérrimo menú que allí se ofrecía, aclarando que dicha oferta también era la que tenían a su disposición los capitalinos cuerdos.

“un arroz en plastas coaguladas como engrudo seco, raros frijoles nadando en agua bermeja que se decía caldo, pambasos duros; los alimentos líquidos en jarras: una con agua blanquecida, bajo el nombre de leche; otra con jugo de hiervas llamado café... [un loco] hastiado de los mendrugos que recogiera en el piso del comedor, mascujaba mogotes de hierva en los praditos, por más que un vigilante trataba de impedirselo. Otros locos de vientre vacío lo seguían; algunos escarbaban con las uñas y se llevaban a la boca algo de tierra arcillosa que recogían, untada en las yemas.”<sup>421</sup>

Esta situación no era privativa del Manicomio ya que 1915 fue conocido como “el año del hambre” en una ciudad asolada por las crueldades propias de la guerra civil: carestía, falta de agua, de alimento, altos índices de mortalidad y epidemias. La falta de comida fue el más difícil problema durante 5 meses. Por ejemplo, en junio de 1915 se requería un suministro diario de 210 litros de leche, pero sólo llegaron 100 litros.<sup>422</sup> En cuanto a la carne, se elevó un reclamo porque llegaron 78 kilos menos de los requeridos.<sup>423</sup> En carta del 15 de octubre de 1915 la ecónoma del Manicomio le describe al director del mismo los suministros que recibió para la última decena. De arroz se pidieron 528 kilos y se recibieron 92; de maíz se pidieron 528 kilos y no se recibió nada; de carne se solicitaron 3.529 kilos y se recibieron 3.434; de los 2.200 litros leche requeridos llegaron 552; se pidieron 35.200 piezas de pan piezas y se recibieron 27.350; de verdura 953 kilos y se recibieron 405 kilos. Además, se solicitó garbanza, pastas para sopa y chile, pero no les fueron suministrados.<sup>424</sup> Como se nota, el desabasto de

---

<sup>420</sup> AHSS, F-BP, Se-HP, S-MG, leg. 4, exp. 31, f. 9

<sup>421</sup> QUEVEDO Y ZUBIETA, 1927, pp. 78

<sup>422</sup> AHSS, F-BP, Se-HP, S-MG, leg. 4, exp. 17

<sup>423</sup> AHSS, F-BP, Se-HP, S-MG, leg. 4, exp. 18

<sup>424</sup> AHSS, F-BP, Se-HP, S-MG, leg. 5, exp. 4, ff. 18

alimentos que azotó a la capital mexicana durante 1915 fue igualmente vivido en el Manicomio.

**El Manicomio como fuente de empleo.** Además de ser una institución para el cuidado de enfermos mentales, La Castañeda también significó una fuente de trabajo para centenares de personas. En 1915 hubo 384 empleados: 120 vigilantes, 28 enfermeros, 17 médicos, 36 administrativos y 183 en el servicio a los pabellones.<sup>425</sup> Lo interesante es que ha todos se les pagó el sueldo de manera puntual y no hubo reclamo alguno. Es más, a fines de 1915 se les subió el salario a algunos de los empleados del Manicomio, lo que generó un franco descontento en los que no fueron favorecidos. Por ejemplo, los vigilantes se quejaron porque a los mozos les habían aumentado el sueldo y a ellos no, pese a tener más responsabilidades. Por otra parte, los enfermeros se quejaron de que sus salarios eran inferiores a los de los porteros, bañeros, telefonistas y hasta el jefe de mozos ganaba más que ellos. Es más, los vigilantes, que eran considerados como “subalternos a los enfermeros”, ganaban 13 centavos más.<sup>426</sup> Solicitud que fue apoyada por el director y el 24 de agosto se aprobó el aumento.<sup>427</sup> Además, los veladores también reclamaron porque consideraban que los 62 centavos que ganaban cada día era muy poco debido a los "elevados precios de artículos de primera necesidad", a ellos también se les concedió el aumento.<sup>428</sup> En cuanto a irregularidades de los pagos, sólo se tiene registro de un retraso en los pagos de los 5 practicantes, pero les pagaron 10 días después.<sup>429</sup>

**Las mejoras carrancistas.** Una vez expulsados villistas y zapatistas, el nuevo gobierno debía normalizar la vida cotidiana de los habitantes de la capital. Como hipótesis, Rodríguez Kuri sugiere que acciones tan concretas como dotar de lo básico -alimento, textiles y zapatos- a los habitantes del Distrito Federal,

---

<sup>425</sup> AHSS, F-BP, Se-HP, S-MG, leg. 5, exp. 8

<sup>426</sup> AHSS, F-BP, Se-HP, S-MG, leg. 5, exp. 9, ff. 19

<sup>427</sup> AHSS, F-BP, Se-HP, S-MG, leg. 5, exp. 9, ff. 20

<sup>428</sup> AHSS, F-BP, Se-HP, S-MG, leg. 5, exp. 9, ff. 20

<sup>429</sup> AHSS, F-BP, Se-HP, S-MG, leg. 5, exp. 9, ff. 35

formaron parte de un plan por parte del gobierno carrancista para obtener legitimidad frente a la población; actos que fueron determinantes en la cimentación de lo que sería el Estado posrevolucionario.<sup>430</sup> Dichas medidas se hicieron sentir en el Manicomio ya que a fines de 1915 la crisis comenzó a desvanecerse. Una muestra de ello es que Adolfo de la Huerta, en su carácter de Secretario de Gobernación, le escribió al director del La Castañeda mencionándole que tenía conocimiento de que carecían “casi en lo absoluto de camas, que a muchos les faltan colchonetas, a otros colchones, a otros cobertores, a otros sábanas y a todos prendas más o menos indispensables para una mediana comodidad”. Por lo tanto, solicitaba una lista de lo que se requería para suplir todas las necesidades básicas.<sup>431</sup> En respuesta, el director le dijo que no se necesitaban ni colchones ni cobijas, más bien, solicitaban ropa y utensilios de cocina: no había suficientes platos, tazas y cucharas tanto para empleados como para asilados.<sup>432</sup> Además, el fotógrafo se quejó porque no tenía material suficiente para su laboratorio,<sup>433</sup> el peluquero no tenía ya herramientas de trabajo,<sup>434</sup> en enfermería no había suficientes jeringas, termómetros ni agujas.<sup>435</sup>

En mayo de 1916 se hizo una extensa lista de lo que se requería en el Manicomio, la cual fue aprobada casi en su totalidad. Entre las solicitudes se pedía una caldera para la cocina y la lavandería, mejorar el suministro de agua, poner vidrios que faltaban, cercar los terrenos de la huerta, comprar una refrigeradora, comprar vacas lecheras, talleres para hombres y mujeres, un cultivo de maíz, frijol, árboles frutales y flores, así como poner un criadero de animales (vacas, puercos, conejos, gallinas, guajolotes, gansos, patos y palomas) y reparar el cinematógrafo.<sup>436</sup>

---

<sup>430</sup> RODRIGUEZ KURI, 2000, pp. 161

<sup>431</sup> AHSS, F-BP, Se-HP, S-MG, leg. 5, exp. 11, ff. 27

<sup>432</sup> AHSS, F-BP, Se-HP, S-MG, leg. 5, exp. 11, ff. 24 y 25

<sup>433</sup> AHSS, F-BP, Se-HP, S-MG, leg. 5, exp. 11, ff. 3

<sup>434</sup> AHSS, F-BP, Se-HP, S-MG, leg. 5, exp. 11, ff. 6

<sup>435</sup> AHSS, F-BP, Se-HP, S-MG, leg. 5, exp. 11, ff. 19

<sup>436</sup> AHSS, F-BP, Se-HP, S-MG, leg 6, exp. 1

**La politización del Manicomio.** El doctor Salvador Quevedo nos relata sobre las divisiones que hubo entre los empleados de La Castañeda al punto de convivir como verdaderas sectas en pugna: apoyadores y detractores del carrancismo. Es más, se llegó a conformar una "Liga" que aglutinaba a los "adictos" a la revolución. Quevedo nos relata que los doctores Nideláker y Torrejas<sup>437</sup> invitaron a una enfermera recién contratada para que se uniera a la Liga en calidad de espía. Ellos le explicaron:

La Liga es el consorcio establecido entre nosotros, los dueños de la situación de este plantel; la vigilancia es la que se ejerce por medio de las enfermeras adictas a la Liga, las cuales rendirán a usted *partes diarios*. Esos partes usted los condensa, les exprime el jugo contra los médicos no adictos... Así tenemos siempre dominada la situación.<sup>438</sup>

Era perentorio unirse ya que se corría el fuerte rumor de que Carranza se acercaba "blandiendo una gran escoba ideal para barrer del Manicomio a porfiristas, felixistas y huertistas, por igual."<sup>439</sup> Este rumor de la novela corresponde con una realidad: tanto el gobierno nacional como el local, estimulaban los arrestos y las denuncias de los supuestos traidores. A finales de 1915, el Secretario de Gobernación ordenó a los gobernadores que despidieran a todos los empleados que se les pudiera considerar como "enemigos de la revolución". Según Alan Knight, en la Secretaría de Hacienda hubo extensos cuestionarios en los que se buscaba saber si los empleados habían trabajado con el gobierno de Díaz, Madero, el convencionista o habían tenido algún papel durante la Decena Trágica. Hubo funcionarios públicos, policías y hasta jueces que perdieron sus trabajos.<sup>440</sup> Eran unos días en los que se vivía un ambiente de vigilancia permanente, denuncias, proscripciones, un afán de "limpieza política". Todo esto con el ánimo de reafirmar la unidad ideológica y la validez de la revolución. Esta suerte de cacería de brujas buscó elevar la moral, recordarle a

---

<sup>437</sup> Probablemente estaba hablando de los doctores Manuel Sunderland y Agustín Torres. El primero trabajó entre 1912 y 1919 y el segundo entre 1916 y 1919. AHSS, Fondo Manicomio General, Sección Expedientes de Personal, leg. 50, exp. 32 y leg. 45, exp. 9.

<sup>438</sup> QUEVEDO Y ZUBIETA, pp. 129

<sup>439</sup> QUEVEDO Y ZUBIETA, pp. 77

<sup>440</sup> KNIGHT, 1996, pp. 1003

la nueva elite en el poder la amenaza que representaba la "reacción" y, a su vez, sentando las bases de un nuevo destino histórico.<sup>441</sup>

Este fenómeno que se vivía a nivel nacional, tuvo repercusiones directas en la dinámica del Manicomio General. A fines de 1916, la Secretaría de Gobernación mandó hacer una encuesta entre los empleados de La Castañeda con el ánimo de detectar los que no fueran "adictos al constitucionalismo".<sup>442</sup> Unas semanas después se informó que había sido removido de su cargo el Pagador del Manicomio, al igual que los practicantes Néstor Herrera, Gustavo Gómez, Roberto Franco, Alejandro Alcocer y Gustavo Ruiz, pese a las cartas de recomendación emitidas por los demás médicos.<sup>443</sup>

En consonancia con el sectario ambiente político que imperaba en el Manicomio, hubo un incidente que vale la pena mencionar. En diciembre de 1916 se metieron a los terrenos del manicomio un toro, una vaca con su ternera, doce chivas y siete borregas propiedad de Merced Gómez, vecino de La Castañeda. El administrador, ayudado por un médico, decidió "internar" los animales debido a que habían dañado unos cultivos. El mencionado Gómez ofreció pagar los daños, pero el administrador le dijo que primero debía consultar con las autoridades para ver cómo proceder. El administrador logró enterarse que Gómez había sido uno de los autores del cuartelazo de 1913, por lo que sugiere a la Beneficencia Pública que dicho ganado "se tome a beneficio del establecimiento" debido a que están en propiedad de un "enemigo del constitucionalismo".<sup>444</sup>

Pese a las discordias políticas entre el personal del Manicomio, la amenaza de una invasión por parte de Estados Unidos hizo que los médicos se unieran y elevaran una propuesta ante la Secretaría de Gobernación. Ellos proponían que La Castañeda se convirtiera en un puesto de socorro con el objetivo de atender "enfermos y heridos en caso de Guerra con Estados Unidos"; además, la carta aclaraba que los médicos se habían ofrecido voluntaria e

---

<sup>441</sup> KNIGHT, 1996, pp. 1002

<sup>442</sup> AHSS, F-BP, Se-HP, S-MG, leg 6, exp. 35, f. 27

<sup>443</sup> AHSS, F-BP, Se-HP, S-MG, leg 6, exp. 35, ff. 33

<sup>444</sup> AHSS, F-BP, Se-HP, S-MG, leg. 5, exp. 13, ff. 1 y 2

incondicionalmente a prestar sus servicios. Además, la misiva menciona que el Manicomio contaba con el espacio suficiente para alojar pacientes que fueran enviados de otras partes de la república; además, se contaba con suficientes camas y abundante arsenal quirúrgico. Sólo sería necesario que Beneficencia Pública enviara más alimento, ropa y algo de medicina.<sup>445</sup> Este ofrecimiento nos confirma la subutilización que hubo del Manicomio durante el periodo en cuestión.

La Castañeda no fue ajena a la guerra que sumió al país entre 1914 y 1916. El hambre, las epidemias y la falta de agua hicieron que a sus puertas llegaran sujetos con enfermedades crónicas, para fallecer al poco tiempo del encierro. Por otra parte, algunas de las enfermedades diagnosticadas, como alcoholismo en los hombres y demencia en las mujeres, pudieron ser expresiones de un *trastorno por estrés postraumático* que se presentan en contextos de guerra civil. Este argumento puede explicarnos por qué en el periodo en cuestión hubo una tendencia a la reducción en algunas diferencias cuantitativas entre sus internos. Por ejemplo, pese a que siempre hubo más hombres que mujeres, la diferencia entre ambos se redujo durante el periodo en cuestión: pasó de 73.3% y 26.7% respectivamente en 1913, a 60.2% y 39.8% en 1915. Otra reducción notable tuvo lugar en distribución según la edad: un sector mayoritario de los pacientes estaban en el rango de los 21 y 30 años, pero en 1915 este se redujo y creció el grupo de los mayores de 61.<sup>446</sup> Esta reducción de desigualdades tiene que ver con la lógica propia de la guerra: no discrimina sexo o edad a la hora de sufrir las inclemencias del entorno.<sup>447</sup> Esta misma lógica de guerra nos explica el por qué de la reducción en la población de pacientes que ingresaron. A diferencia de otros países que en contextos bélicos los manicomios eran usados como hospital para heridos en combate o para el encierro de presos políticos, a La Castañeda llegaron los enfermos mentales que carecían de capacidad para sobrevivir por si mismos durante la agobiante crisis

---

<sup>445</sup> AHSS, F-BP, Se-HP, S-MG, leg. 6, exp. 24

<sup>446</sup> Véase el Cuadro 7 en los anexos estadísticos.

<sup>447</sup> RUIZ-VARGAS, 2006, pp. 6.

social. Además, pese a que una notoria mayoría pueda tener experiencias traumáticas durante una guerra, sólo el 5% de los hombres y el 10% de las mujeres llegan a padecer de TEPT.<sup>448</sup>

---

<sup>448</sup> RUIZ-VARGAS, 2006, pp. 12.

## Capítulo 6

### Locura y familia durante el constitucionalismo, 1917-1920

Juan era un dentista especializado en la elaboración de prótesis, miembro de una acaudalada familia. Según los familiares que lo llevaron al Manicomio, un buen día, “arrastrado por el movimiento político de la época, decidió ingresar a las filas del constitucionalismo”, apoyando las fuerzas de Álvaro Obregón, pese a la oposición tenaz de la familia. Para tales fines, preparó un carro para que fuese gabinete dental y partió rumbo al Bajío a apoyar las campañas de Celaya y León. En 1915 llegó a la capital mexicana como miembro de las tropas vencedoras, pero la familia notó que no era el mismo dentista refinado que había partido meses atrás, ya que presentaba “un cambio radical en su manera de ser”. Además, las buenas relaciones con la familia, la dedicación al trabajo y “las buenas maneras” que otrora lo caracterizaban, habían desaparecido. Después de su participación en la revolución, se convirtió en un melancólico que “rehuía de toda comunicación” y se entregó a los vicios: “el alcohol era su diario estimulante acompañado de marihuana.” En los periodos de tranquilidad le daban delirios de grandeza y persecución con alucinaciones visuales, por lo que se tornó “impulsivo y peligroso”, según la familia, ya que veía amenazas en todas partes. Llegó al Manicomio preso de una completa excitación maniaca, aunque no se le diagnosticó afección alguna. Estuvo seis meses en el pabellón de Tranquilos B y salió sin estar curado, por solicitud de la familia.<sup>449</sup>

En la historia clínica de Juan encontramos un rasgo que marca la diferencia entre el periodo que en este capítulo nos compete y los primeros seis años de vida del Manicomio, a saber: al igual que este hombre, el 43.11% de los pacientes que ingresaron durante el periodo en cuestión fueron dados de alta, sin haberse curado, **por solicitud de las familias** que se comprometían a ofrecerles los cuidados necesarios. Los parientes optaban por hacerse cargo de sus locos después de un breve periodo de encierro: 7.5 meses en los hombres y

---

<sup>449</sup> AHSS, F-MG, Se-EC, caja 83, exp. 43



1.55 años en las mujeres.<sup>450</sup> Esta nueva relación que las familias establecieron con La Castañeda contrasta con los años anteriores cuando los pacientes morían víctimas de alguna enfermedad crónica o se "curaban" del alcoholismo y las neurosis en un par de meses.

**Tabla 8. Estado en que salieron los pacientes que ingresaron a La Castañeda entre 1917 y 1920 (%)**

Periodo	Alta por solicitud de la familia	Curación	Muerte	Fuga	No especificado	Totales
1917	41,83	29,37	22,25	2,67	3,88	100
1918	44,32	13,78	33,92	5,3	2,68	100
1919	46,46	15,52	28,28	9,74	0	100
1920	39,86	21,3	29,06	5,58	4,2	100
<b>Promedio</b>	<b>43,11</b>	<b>19,99</b>	<b>28,38</b>	<b>5,83</b>	<b>2,69</b>	100

Fuente: Cuadro 4.A. Véase anexo estadístico

El hecho de que quedara asentado tanto en los *Libros de Registro* como en los Expedientes Clínicos que dicho porcentaje de internos eran dados de alta "por solicitud de la familia" y que, además, ellas se apersonaban del cuidado que el paciente requiriese, nos señala que, en efecto, ante los ojos de los médicos y familiares, el interno padecía de alguna afección. No obstante, nos enfrentamos a un problema: no sabemos qué enfermedades padecía el 44,36% de los internos.<sup>451</sup> Esta carencia nos lleva a dos problemas. Primero: no podemos afirmar que esta reacción por parte de las familias tuviese que ver con alguna psicopatía en particular; y segundo, tampoco podemos, con los datos que tenemos, emitir afirmaciones que pudieran ser generalizadas a todos los pacientes que ingresaron durante el periodo en cuestión. Entonces, ¿cómo entender, con la información que tenemos, el hecho de que las familias hayan preferido cuidar a sus enfermos y no dejarlos en manos de la institución psiquiátrica estatal?

<sup>450</sup> Los hombres que ingresaron en 1917 y fueron dados de alta por solicitud de la familia, estuvieron 1,05 años y las mujeres 11,5 meses; en 1918 los hombres duraron 7 meses y las mujeres 2,5 años; en 1919 los hombres duraron 3 y las mujeres 4 meses; y en 1920 los hombres estuvieron 8,4 meses y las mujeres 6,84 meses. Véase Cuadro 8 en el anexo estadístico.

<sup>451</sup> Las mujeres que fueron dadas de alta por solicitud de las familias padecían de epilepsia (65%), demencia senil (5,8%), demencia precoz (11,8%), delusión paranoide (5,8%), histeria (5,8%) y PGP (5,8%). Mientras que los hombres padecían de imbecilidad (4%), alcoholismo (20%), demencia senil (8%), epilepsia (44%), paranoia (4%), debilidad mental (4%) y PGP (16%)

En todo el acervo documental consultado no encontramos una sola carta donde alguna familia argumentara la razón por la que retiraba a su enfermo; por lo tanto, las fuentes no nos permiten comprender una acción colectiva a través de la suma de justificaciones individuales. Además, no hubo cambios en el discurso psiquiátrico, ni reformas administrativas en el Manicomio que obligasen a las familias a apersonarse del cuidado de sus dementes. Como no hubo cambios políticos, económicos, legislativos o administrativos que correspondan con esta nueva actitud por parte de las familias de los enfermos mentales, entonces debemos buscar las causas subjetivas que llevaron a varias familias, sin acuerdo previo entre ellas, a optar por atender a sus locos. Esto lo haremos a partir de dos rutas analíticas: la información suministrada por los documentos administrativos y los datos demográficos; y segunda, el análisis de una selección de expedientes clínicos. Estas fuentes serán utilizadas cual piezas que nos permitirán ensamblar una hipótesis como respuesta.

## **1. De la crisis psiquiátrica a la desconfianza política.**

### **a. El inicio de la interminable crisis**

Una posible explicación a la decisión de las familias por llevarse sus enfermos, la podemos encontrar en las condiciones propias del Manicomio en aquellos días. Pese a que a fines de 1916 hubo un notable intento por parte del gobierno carrancista para mejorar las instalaciones, el mobiliario y la alimentación, a partir de 1917 fueron constantes los reportes de la crisis que afectaba a la institución. Por ejemplo, en una carta dirigida al Jefe del Departamento de Hacienda, el Fiscal del Gobierno del DF informaba:

"la existencia de ropa que actualmente tienen de ropa es un 60% menos de las necesidades de éste establecimiento, máxime que la ropa expresada está completamente destruida por su excesivo uso, encontrándose también los platos y las tazas en pésimas condiciones, pues tienen de uso desde que se estableció el Manicomio. Es de advertirse, que los colchones, no son de suma urgencia por ahora."<sup>452</sup>

---

<sup>452</sup> AHSS, F-BP, Se-HP, S-MG, leg. 7, exp. 14, ff. 16

En agosto de 1919 visitó el Manicomio un delegado de la Secretaría de Gobernación. El informe presentado señalaba un “montón de necesidades que con urgencia deben cubrirse”.<sup>453</sup> Sobre el Pabellón de Epilépticos se mencionaba que los pisos estaban totalmente destruidos por el uso y la polilla. El Pabellón de Observación para Hombres estaba en condiciones similares, ya que los pisos estaban totalmente descubiertos; además, estaban hundidos y desnivelados. Las mujeres del Pabellón Tranquilas A dormían sobre “la parrilla de hierro que forma el lecho”, ya que “están desnudas de colchón, cobertores y sábanas”. La iluminación era precaria tanto en los pabellones como en los corredores. La botica carecía de lo más básico:

“¿Se busca bromuro de potasio? No hay. ¿Bromuro de sodio y amonio? Tampoco. Aceite de ricino? Para qué? Sulfato de sosa?... lo más elemental, lo más barato, lo más insignificante falta, porque se dice que es costumbre inveterada, aunque nosotros pugnemos por lo contrario, truncar los pedidos farmacéuticos”.<sup>454</sup>

Tal carencia obligaba al médico a permanecer “con los brazos cruzados [...] convirtiéndose en espectador curioso, lamentando el triste papel a que lo ha reducido la impotencia”, por más bienintencionado que fuera.<sup>455</sup> En cuanto a las ropas de los internos, se describen en tan lamentable situación, que algunos internos andaban “casi en traje adamítico”. El mismo informe concluye señalando que no es comprensible por qué el Manicomio estaba en semejante crisis ya que contaba con los recursos suficientes para mantenerse. Por concepto de las mensualidades que daban los 152 pensionistas (el 19% de los internos) se recibían \$8.780 mensuales. Si la Beneficencia Pública les suministraba la alimentación y la Secretaría de Gobernación pagaba los salarios de los 420 empleados, el dinero de los pensionistas se debía gastar en mantenimiento, lo cual no ocurría.<sup>456</sup> Así, podemos atisbar el inicio de la

---

<sup>453</sup> AHSS, F-BP, Se-HP, S-MG, leg. 10, exp. 25, ff. 2

<sup>454</sup> AHSS, F-BP, Se-HP, S-MG, leg. 10, exp. 25, ff. 3

<sup>455</sup> AHSS, F-BP, Se-HP, S-MG, leg. 10, exp. 25, ff. 4

<sup>456</sup> AHSS, F-BP, Se-HP, S-MG, leg. 10, exp. 25, ff. 5

corrupción administrativa que también acompañaría al Manicomio a lo largo de su vida.<sup>457</sup>

Podríamos suponer que las familias percibieron la fuerte crisis que comenzaba a surgir en el Manicomio y en vista de la precaria calidad de vida, decidieron llevarse a sus enfermos mentales y cuidarlos en sus propios hogares. Si embargo, si las familias hubiesen reaccionado así frente a la crisis del Manicomio, este jamás hubiese llegado a los grados de hacinamiento e insalubridad que alcanzó en las décadas posteriores. A fines de la década de 1930, cuando la insalubridad y el deterioro de las instalaciones fueron alarmantes, las familias preferían abandonar a sus enfermos en La Castañeda, lo cual elevaba los grados de hacinamiento.<sup>458</sup> Por lo tanto, la concientización y la buena voluntad de las familias las ponemos en tela de juicio.

#### **b. La desconfianza como locura posbélica.**

Además de la significativa cantidad de familias que decidieron ir en busca de sus pacientes, retirarlos de la institución y hacerse cargo de ellos, encontramos un segundo dato cuantitativo en relación a la cantidad de ingresos. El promedio de pacientes que ingresaron entre 1914 y 1916 fue de 505,3 por año; y en el capítulo anterior expusimos que tan escasos ingresos –para la capacidad del Manicomio- tenían lugar debido al conflicto bélico que envolvía la ciudad. Sin embargo, en el periodo que aquí nos compete, 1917-1920, nos encontramos que el crecimiento en la cantidad de ingresos no fue significativo ya que se mantuvo en 507,2 por año. Para comprender tanto la actitud de las familias y la poca afluencia de internos a La Castañeda, vamos a exponer los aspectos generales del ambiente social que pudieron incidir en los dos fenómenos en cuestión.

Hubo numerosos y substanciales cambios políticos en México a partir de 1917; cambios que incidieron en la vida cotidiana de los capitalinos y que no

---

<sup>457</sup> Una muestra de la corrupción que imperaría a lo largo de la vida del Manicomio es desarrollado por SACRISTÁN, 2005.

<sup>458</sup> SACRISTÁN, 2001, pp. 98-99 y RIVERA GARZA, 2001c

podemos obviar a la hora de comprender la nueva relación que las familias tejieron con La Castañeda. En mayo de dicho año inició la segunda etapa del gobierno de Venustiano Carranza conocida como el constitucionalismo; tres años en los que fueron sentadas las bases del Estado posrevolucionario.<sup>459</sup> Después del desmantelamiento del aparato porfiriano y frente al resultante caos social, político y económico, el gobierno constitucionalista se abocó a la reconstrucción del país. El nuevo régimen tenía que enfrentar conflictos agrarios, protestas populares, caudillismo, venganzas personales, desempleo, numerosas huelgas, el colapso económico y la inflación, entre otros tantos problemas.<sup>460</sup> En consecuencia, una de las prioridades fue "pacificar" la nación combatiendo los múltiples grupos armados que se mantenían en pie de lucha: zapatistas, villistas, huertistas y otros "bandoleros". Sin embargo, pese a los múltiples intentos por recuperar cierta estabilidad política, el enfrentamiento armado en algunas zonas rurales fue el pan de cada día.<sup>461</sup>

Uno de los hechos fundantes del nuevo Estado revolucionario fue la promulgación de la Constitución de 1917, elaborada por diputados elegidos democráticamente a lo largo del país. En la nueva Carta Magna se le otorgaba un amplio poder al ejecutivo en la ordenación de la sociedad y legitimaba la intervención del Estado en campos como la economía, la religión y la educación.<sup>462</sup> Además, fueron estipuladas notables concesiones a los sectores populares. Por ejemplo, el artículo 123 autorizó a los estados para que legislaran en materia laboral de acuerdo a sus necesidades, lo cual posibilitó la consolidación de organizaciones obreras; y en materia agraria, el artículo 27 propuso una ambiciosa repartición de tierras.<sup>463</sup> Sin embargo, los magnos beneficios promulgados por la Constitución no se cristalizaron de inmediato. Hubo estados de la república donde fue notable la resistencia a la reforma

---

<sup>459</sup> GARCIADIEGO, 2004, pp. 251.

<sup>460</sup> KNIGHT, 1996, vol. 2, pp. 996

<sup>461</sup> Sobre la resistencia política que hubo en algunas regiones del país al gobierno carrancista, véase MATUTE, 1995, pp. 75-197

<sup>462</sup> KNIGHT, 1996, vol. 2, pp. 1050, GARCIADIEGO, 2004, pp. 250-251

<sup>463</sup> HART, 1990, pp. 451-453. Para una descripción del artículo 27 véase ULLOA, 1983, pp. 405-412 y el contenido del artículo 123 es expuesto en pp. 325-339

agraria y otros en donde continuaron inmutables los abusos para con los trabajadores.<sup>464</sup>

En materia de salud, y después de las epidemias que asolaron al país, como la de tifo en 1915,<sup>465</sup> el gobierno constitucionalista creó el Departamento de Salubridad con José María Rodríguez a la cabeza, en sustitución del porfiriano Consejo Superior de Salubridad. Su principal misión fue velar por el cumplimiento del Código Sanitario (1903). En consecuencia, hubo numerosas inspecciones a sitios públicos y se tomaron medidas contra enfermedades como el tifo, la meningitis cerebroespinal y la viruela.<sup>466</sup> Además, en materia de prevención, se diseñaron estrategias para evitar la propagación de la influenza española en 1918 y se creó un sistema de propaganda para imponer a la población hábitos de higiene.<sup>467</sup>

El emergente Estado buscaba erradicar todos aquellos elementos que se consideraban nocivos para la nueva sociedad. Hubo varias discusiones en el Congreso Constituyente de 1917 en las que se consideró la posibilidad de prohibir por completo la venta y consumo de bebidas embriagantes, se prohibieron las corridas de toros y las peleas de gallos; además, el cultivo de marihuana fue penalizado y las películas que se proyectaban en el cine pasaron por rigurosos mecanismos de censura, no vistos en los años anteriores. Se prohibieron las escenas eróticas y aquellas producciones norteamericanas que dieran una mala imagen del mexicano.<sup>468</sup> No obstante, pese a los múltiples esfuerzos por moralizar a la población e imponer un orden social, el gobierno de Don Venustiano mostraba altísimos niveles de corrupción: cantidades alarmantes de militares formaban parte de las bandas de delincuentes que aterrorizaban a la ciudad; además, políticos y policías administraban cantinas, casinos y prostíbulos.<sup>469</sup> Según un cronista de la época, el ambiente de

---

<sup>464</sup> MATUTE, 1995, pp. 201-205.

<sup>465</sup> KNIGHT, 1996, vol. 2, pp. 984.

<sup>466</sup> ÁLVAREZ AMÉZQUITA, 1960, tomo II, pp. 137-138 y 144-145

<sup>467</sup> MATUTE, 1991, pp. 26-28

<sup>468</sup> MATUTE, 1991, pp. 31-33 y DE LOS REYES, 1996, Vol. I, pp. 233-234

<sup>469</sup> Para un panorama sobre el crimen y la delincuencia durante los inicios del carrancismo, véase KNIGHT, 1986, vol II, pp. 392-406. En 1919 se estrenó *La banda del automóvil gris*, película dirigida por Enrique Rosas, destacado cinematografista de la primera etapa del cine mudo

inseguridad, miedo y zozobra partía de los excesos cometidos por los mismos soldados carrancistas. Pese a las reformas del Estado

"... lo que no se corregía, eran los continuos escándalos, reyertas, zafarranchos y actitud agresiva de la soldadesca, que envaletonada con la pasividad o, mejor dicho, mansedumbre de la población, cometía con ella los peores excesos y tropelías".<sup>470</sup>

La violencia cotidiana utilizada por los "carranclanes" generó "tal depresión en el aniquilado ánimo de los capitalinos", que para algunos era preferible soportar el hambre que las crueldades de los militares en el poder.<sup>471</sup> El mismo cronista nos refiere que dicho ambiente se tradujo en "desacuerdo o, mejor dicho, de antipatía [...] entre los constitucionalistas y el pueblo".<sup>472</sup>

Así, la población vivía en medio de una evidente contradicción: pese a que el nuevo régimen ofrecía un ambicioso proyecto de reconstrucción nacional en beneficio de los sectores populares, la corrupción, la violencia, la fragmentación política, la crisis económica y la delincuencia seguían formando parte de la cotidianeidad. Por lo tanto, a diferencia de los años anteriores, no dominaba en el ambiente un milenarismo político, sino una desilusión general combinada con "cansancio, resignación y apatía", donde simplemente se apoyaba lo que pudiese restaurar el orden social.<sup>473</sup> ¿Qué influencia tuvo este ambiente en la relación que los capitalinos establecieron con el Manicomio? Un primer vínculo lo podemos deducir a partir de las instancias que remitieron a los internos. Llama la atención que el 41,56% de los pacientes que ingresaron entre 1917 y 1920 fueron remitidos por la policía. Este hecho nos podría llevar a imaginar que dicha instancia, en un afán por restaurar el orden perdido durante

---

mexicano. Esta joya del cine narra con lujo de detalles los robos cometidos por una banda de asaltantes, compuesta por algunos militares carrancistas, que aterrorizaron a las acaudaladas familias de la ciudad de México entre 1915 y 1917. La película reconstruyó con lujo de detalles la historia de la banda y hasta incluyó escenas reales del fusilamiento de algunos miembros. El valor etnográfico no sólo radica en la recreación de una serie de crímenes que atrajeron la atención de la opinión pública durante el constitucionalismo, sino que, además, nos ofrece un relato visual de la capital mexicana: desolada, destruida, las calles vacías y sucias. DE LOS REYES, 1996, Vol. 1, pp. 258-259.

<sup>470</sup> RAMÍREZ PLANCARTE, 1941, pp. 552

<sup>471</sup> RAMÍREZ PLANCARTE, 1941, pp. 550, 551, 558 y 560. También es mencionado este rechazo popular al carrancismo por QUEVEDO Y ZUBIETA, 1927, pp. 281.

<sup>472</sup> RAMÍREZ PLANCARTE, 1941, pp.560

<sup>473</sup> KNIGHT, 1996, vol. 2, pp. 1001

los años anteriores, envió a La Castañeda a enfermos mentales que deambulaban por las calles. Podemos, también, suponer que pese a estar en la calle, tenían familia que velaba por ellos. En respuesta, los parientes solicitaban el alta de sus internos debido a que la reclusión tenía lugar sin su consentimiento. Además, el hecho de ser remitidos por la policía no los convertía en delincuentes ya que por haber ingresado en calidad de *libres*, suponemos que pese a haber sido detenidos por una autoridad pública, no necesariamente habían cometido algún crimen. Así, la decisión por parte de las familias de solicitar el alta de sus pacientes pudo haber obedecido a que el internamiento, hecho por la policía, había tenido lugar sin su consentimiento.

**Tabla 9. Instancias que remitieron pacientes al Manicomio La Castañeda, 1917-1920.**

	(%)		
<b>Instancia</b>	<b>1917</b>	<b>1918</b>	<b>1919</b>
Gobierno de la ciudad	0,9	0	2,2
Familia	25,2	32	30,8
Cárceles	3,6	0	2,2
Juzgados	0	0	0
Beneficencia Púb.	11,7	7,4	12,1
<b>Policía</b>	<b>46,8</b>	<b>42,5</b>	<b>32,9</b>
Hospitales	0,9	0	1,1
Prefecturas políticas	5,4	17,1	15,4
Otros	5,5	1	3,3
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Fuente: Cuadro 9. Véase anexo estadístico

En cuanto a la reducida cantidad de ingresos durante los años que nos conciernen, podríamos utilizar el argumento de la psiquiatría usado en el capítulo anterior, a saber: en situaciones de guerra hay una disminución de las patologías psiquiátricas y se reducen los problemas psicológicos.<sup>474</sup> Sin embargo, esta respuesta es complejizada si nos acercamos a la dimensión cultural del problema y esto lo haremos a través de un modelo analítico propuesto hace varias décadas por Michael Foucault.

El centro del problema lo ubicamos en una reducción en la población psiquiátrica durante los periodos de crisis y un aumento de la misma en etapas

<sup>474</sup> Véase nota 382.



de estabilidad. Este hecho nos podría llevar a la clásica tesis de Foucault en la que nos sugiere que el manicomio debe ser entendido como uno de los mecanismos institucionales creados por el Estado para controlar, corregir y disciplinar las conductas y los cuerpos en aras de imponer un criterio hegemónico de "normalidad".<sup>475</sup> Por esta razón, el crecimiento de las instituciones psiquiátricas a lo largo del siglo XIX en Europa y Estados Unidos, sucedió de forma paralela a la consolidación de los Estados modernos.<sup>476</sup> En consecuencia, podríamos afirmar que un Estado débil iría aparejado de una reducción en los sistemas para controlar las conductas de los considerados como anormales. Por esta razón, cuanto más evidente fue la inestabilidad política en México, menos internos hubo en La Castañeda; mientras que la consolidación del Estado posrevolucionario devino con un aumento en la cantidad de pacientes encerrados. En términos generales el argumento funciona y es coherente. Sin embargo, como hemos visto en los capítulos anteriores, no era el Estado quien recorría las calles buscando locos para encerrar, sino que eran las familias, principalmente, las que optaban por la internación. Por lo tanto, al modelo mencionado se debe incorporar la familia como un tercer actor con la capacidad para decidir y relacionarse con el cuerpo de psiquiatras e instituciones gubernamentales como la policía, las prefecturas políticas, la Beneficencia Pública, etc. Entonces ¿por qué las familias optaban por el encierro cuando había un Estado fuerte y se encargaban de los locos frente a la debilidad del mismo? Esto se puede explicar a partir de nuevas interpretaciones que desde hace un par de décadas han hecho historiadores y antropólogos interesados en la compleja relación que se teje entre el Estado y la dinámica social local.<sup>477</sup> Tales estudios de caso han mostrado que no es posible comprender al Estado como una entidad homogénea, unida y coherente ya que en la realidad existen políticas incoherentes, funcionarios con agendas propias y un sinnúmero de

---

<sup>475</sup> FOUCAULT, 1998, pp. 314

<sup>476</sup> El vínculo entre la consolidación de un proyecto político y la proliferación de instituciones de control psiquiátrico en Europa es desarrollado por DÖRNER, 1975 quien señala el vínculo entre ciudadanía y locura.

<sup>477</sup> Los trabajos principales sobre esto son JOSEPH y NUGENT, 1994, SCOTT, 1985 y NUITJEN, 2003. Una síntesis de los aportes de esta corriente historiográfica en el contexto mexicano es BARRÓN, 2004, pp. 50-57.

procedimientos extralegales. Por lo tanto, la unidad del Estado sólo existe como "idea", en las mentes de los sujetos que se relacionan con las diversas instituciones del poder. Por ello es que Peter Abrams, en un artículo clásico de 1977, sugiere la existencia de una parte "real-concreta" del Estado que consta de agencias y actores concretos como el gobierno, la administración pública, las fuerzas militares, la policía, el poder judicial y las asambleas parlamentarias. Sin embargo, además de ver al Estado como una red institucional para el ejercicio del poder, es necesario asumirlo como una "idea" ya que esta es la que guía la forma en que la sociedad se relaciona con las diferentes instancias del gobierno en sus acciones cotidianas.<sup>478</sup>

Si llevamos este referente al tema que aquí nos aboca, nos encontramos que el Estado carrancista no existía como una entidad homogénea y coherente; más bien, como señalamos arriba, fueron muchas sus contradicciones internas.<sup>479</sup> Por lo tanto, siendo el Manicomio una de las instituciones del Estado, la relación que la sociedad tejía con él dependía de la "idea" que de Estado se tenía. El hecho de que las familias no llevaran a sus enfermos al Manicomio entre 1914 y 1916 es consecuente con una idea difusa y etérea de Estado. Ahora, las familias decidieron llevar a sus enfermos al Manicomio en 1917 porque vislumbraban la emergencia de un sólido poder central que garantizaba, a nivel simbólico, el buen funcionamiento de dicha institución. Sin embargo, el que hayan optado por retirarlos en los años siguientes, sugiere una desconfianza y falta de legitimidad del Estado constitucionalista.

Veamos otra de las piezas del rompecabezas: los expedientes clínicos.

## **2. De la interdicción a los traumas de guerra**

En nuestra búsqueda hallamos 16 casos muy bien documentados, que podemos separar en dos grupos perfectamente diferenciados. El primer grupo está conformado por pacientes sobre los cuales corrían juicios de interdicción, es decir, que las familias solicitaban un certificado de enfermedad mental para que

---

<sup>478</sup> ABRAMS, 2006, pp. 118-125

<sup>479</sup> Este es uno de los corolarios de MATUTE, 1995, pp. 3 y 4

un juez pudiese asignar un tutor que se apersonara del manejo de las propiedades del enfermo.<sup>480</sup> Al respecto, la pregunta que se asoma es ¿por qué encontramos en este periodo más casos de interdicción que en los años anteriores?, ¿qué elementos hubo en el contexto social como para que se presentasen más juicios de este tipo? y ¿qué relación tiene esto con el hecho de que las familias hayan decidido pedir el alta de sus familiares? El caso de Modesto, muy bien documentado, nos permite incursionar en la realidad social que se tejía en torno a la interdicción. Veamos el drama social que hubo detrás de este caso en particular.

### **a. Modesto y sus delirios de grandeza**

Cuando Modesto llegó al Manicomio tenía 28 años. Su estancia fue bastante breve: ingresó el 16 de diciembre de 1917 y se fugó el 12 de febrero de 1918. Pese a que su expediente está muy bien documentado, carecemos del tradicional interrogatorio que se solía aplicar. Los dos primeros documentos del expediente permiten intuir lo complejo del caso. Cuando Modesto ingresó, la familia presentó un certificado firmado por dos médicos que aseguran que él había tenido un cambio radical en su carácter; además se habían presentado “manifestaciones incongruentes en sus múltiples negocios, principalmente, cuyos negocios son ficticios”.<sup>481</sup> Diagnostico que fue confirmado por los médicos del Manicomio, quienes detectaron en Modesto una sensibilidad “exagerada” caracterizada por sus “elucubraciones en ideas de grandeza”.<sup>482</sup> No obstante, en el mismo expediente se conservan dos recortes de periódico que nos llevan a cuestionar las supuestas ideas de grandeza. En el primero se menciona que “el millonario” Modesto G había comprado las haciendas Camécuaro y Cumuato por seis millones de pesos.<sup>483</sup> Por otra parte, dos días después apareció un recuadro en el mismo periódico donde Modesto invitaba a todos los Diputados, periodistas, representantes de clubs obreros, estudiantes y hacendados a una

---

<sup>480</sup> AHSS, F-MG, S-EC, caja 134, exp. 43; caja 52, exp. 1; caja 59, exp. 1; caja 62, exp. 1; caja 90, exp. 27; caja 112, exp. 51; caja 20, exp. 18; caja 91, exp. 27; caja 95, exp. 36

<sup>481</sup> AHSS, F-MG, S-EC, caja 81, exp. 5, ff. 4.

<sup>482</sup> AHSS, F-MG, S-EC, caja 81, exp. 5, ff. 3

<sup>483</sup> AHSS, F-MG, S-EC, caja 81, exp. 5, ff. 22. *El Universal*. 28 de septiembre de 1917, pp. 3

sesión privada en la Cámara de Diputados, donde él impartiría una conferencia “que se trata de una obra patriótica”.<sup>484</sup> Sesión que se llevó a cabo según una carta de Modesto; y que además también fue impartida en la Cámara de Diputados de Michoacán, de donde era oriundo.

Para iniciar el proceso de internación, Nicolás, el hermano mayor de Modesto, compiló ciertos documentos para justificar el encierro de su hermano, donde también se evidencia un proceso irregular. La primera fue una carta hecha por el administrador del hotel donde se alojaba Modesto cuando viajaba a la capital. En ella manifiesta que no se le debía dinero, pero aprovecha para informar, por solicitud del mismo Nicolás, que el comportamiento de Modesto era “extravagante”<sup>485</sup>. La otra carta que llama la atención es una pequeña nota hecha por el director del Manicomio dirigida al administrador del mismo. Allí se informa que, además de conocer la solicitud de encierro hecha por Nicolás, tiene “conocimiento directo del mismo enfermo”, para lo cual se “necesita la ayuda de la policía”.<sup>486</sup> Aquí no queda claro por qué, si Modesto era simplemente “extravagante”, se requería la ayuda de la policía. De tal forma, tenemos un hombre millonario que llega al Manicomio por solicitud de la familia, en un proceso poco claro y padeciendo de “delirios de grandeza”.

¿Cómo llegó Modesto a La Castañeda? Las cartas de Modesto son la mayor fuente para responder esta pregunta. De entrada, en todas las cartas acusa a Nicolás y a Carmen, su esposa de 19 años, de estar fraguando un complot en su contra. Por ello le escribe a un abogado a quien le solicita que intervenga jurídicamente ante los médicos para acelerar su salida, ofreciéndole jugosos honorarios, ya que su internación había sido ordenada por el Inspector General de Policía.<sup>487</sup>

Según una autobiografía escrita por Modesto, Nicolás se había encargado de difundir en Sanguío y Maravatío (Mich) el rumor de que padecía un “desequilibrio mental”. ¿Qué lo movió a elevar semejante acusación? Según

---

<sup>484</sup> AHSS, F-MG, S-EC, caja 81, exp. 5, ff. 24. *El Universal*. 30 de octubre de 1917, pg. 6.

<sup>485</sup> AHSS, F-MG, S-EC, caja 81, exp. 5, ff. 30

<sup>486</sup> AHSS, F-MG, S-EC, caja 81, exp. 5, ff. 5 del 15 de diciembre de 1917

<sup>487</sup> AHSS, F-MG, S-EC, caja 81, exp. 5, ff. 57 del 17 de diciembre de 1917

Modesto la razón era clara: el dinero. En el expediente encontramos el testamento del padre de Modesto donde se enumera una notable cantidad de casas, haciendas, ganado vacuno, porcino y ovino, además de joyas y bienes muebles. Modesto tenía cinco hermanos, uno mayor, Nicolás, y los demás eran menores. Al morir el padre, la herencia sería dividida; no obstante, Modesto quedó a cargo de las propiedades de los hermanos que eran menores de edad - él sólo contaba con 27 años-. Según su propio relato, él era el hijo más cercano al padre en cuestiones de negocios ya que siempre estuvo al lado de él aprendiendo el funcionamiento de las minas y del cultivo del maíz (sobre este último tema desarrolló un amplio tratado). Es más, Modesto menciona que una de las cosas que hizo durante su administración como presidente municipal de Sunguío (Mich) había sido obligar a los hacendados de la zona a dar una cantidad de maíz al gobierno municipal. Una vez hecho el acopio, se distribuyó a precios “irrisorios” durante las crisis atizadas por la presencia del grupo revolucionario comandado por Inés Chávez, quienes quemaron los suministros.<sup>488</sup>

Nicolás buscaba que a Modesto se le declarara jurídicamente loco para iniciar un juicio de interdicción y quedarse a cargo de las propiedades de Modesto y el subsiguiente control sobre los bienes de los hermanos menores de edad. Defendiéndose de los claros intereses del hermano, Modesto decidió adelantársele y viajar a la capital con el ánimo de obtener un certificado “satisfactorio” por parte de los médicos de La Castañeda. Llegó a la capital un sábado con la intención de recluirse el lunes. Pero el domingo, mientras cenaba en casa de unos amigos, les llegó de sorpresa un policía acompañado por un Sr. Flores, muy amigo de Nicolás, donde le mostraban una orden para su internación en el Manicomio. Él los acompañó sin resistencia alguna. Allí sostuvo una extensa conversación con el médico López Portillo y fue ingresado al Pabellón de Pensionistas.<sup>489</sup> Una vez encerrado Modesto comenzó a escribir cartas desaforadamente. La primera fue dirigida al Lic. Arcadio Villavicencio,

---

<sup>488</sup> Durante el encierro de Modesto, *El Universal* informa sobre los constantes enfrentamientos con el guerrillero Inés Chávez.

<sup>489</sup> AHSS, F-MG, S-EC, caja 81, exp. 5, ff. 59

governador del Estado de México, a quien le pedía que intercediera ante el hermano. ¿Quién podía estar detrás de esto?, se preguntaba Modesto. Él sospechaba del gobernador de Michoacán Pascual Ortiz Rubio “quien siempre me ha manifestado aprecio [...] y tal vez dudando (por las falsas versiones que han hecho circular por todas partes mis hermanos Adolfo y Nicolás y mi esposa, respecto a mi mal estado mental) desea saber a qué atenerse respecto a mí”.<sup>490</sup> ¿Qué nexo tenía Modesto con Ortiz Rubio? En primer lugar, Modesto fue presidente municipal de Sunguío durante la administración de Ortiz y, en segundo lugar, en el expediente aparece una carta que Modesto le envía a la esposa donde le relata los detalles de la comida que le ofreció al gobernador, de la que anexa una tarjeta de invitación donde se detalla el suculento menú. En la nota añade que esperaba poder “sacar un par de millones” del magno evento organizado. Sus nexos políticos se hacen evidentes en una carta dirigida al presidente Venustiano Carranza a quien le agradece una misiva que le envió, y le informa que el 30 de octubre expuso sus ideas en una sesión privada ante la Cámara de Diputados que tuvo lugar en el Salón Verde. Además, le informa que el 6 de noviembre hizo una exposición similar en la Cámara de Diputados de Michoacán; evento posiblemente conocido por Pascual Ortiz Rubio.

Para un hombre de negocios que se movía en ciertos círculos políticos, el encierro resultó insoportable. Por ello escribió una gran cantidad de cartas tratando de acelerar su alta. En una de las tantas que le dirigió al doctor Agustín Torres, director del Manicomio, le comentaba que estaba perfectamente enterado de que los médicos no habían podido encontrar consenso en cuanto al diagnóstico de su afección. Por esa razón solicitaba una reunión de médicos y practicantes para que se deliberara sobre su caso particular; pidiendo que al final le comunicaran el diagnóstico asignado y el tratamiento que debía seguir en la casa. Además, informaba que, como la esposa y los hermanos no deseaban que regresara a Michoacán, él se comprometía a instalarse en el Distrito Federal: “estoy resuelto a no salir de México, mientras no obtenga el certificado que pretendo; estando de acuerdo en seguir el régimen curativo que uds me

---

<sup>490</sup> AHSS, F-MG, S-EC, caja 81, exp. 5, ff. 71

indiquen”.<sup>491</sup> Entre lo que se registró de su comportamiento en el tiempo que anduvo encerrado nos queda un pequeño diario donde un médico, que no se identifica, menciona que Modesto escribía mucho y presionaba a los médicos para que los llevaran a conocer todas las instalaciones del Manicomio. Por las noches cantaba y gritaba. El 26 de diciembre de 1917 trató de fugarse al saltar una barda, pero un vigilante se dio cuenta y lo agarró del pie. El 28 de diciembre solicitó formalmente que se le permitiera dar una conferencia a los médicos, practicantes y empleados del manicomio en la fiesta de fin de año, así como lo había hecho en la Cámara de Diputados tanto en la ciudad de México como en Michoacán; no obstante, no se le permitió “por mal comportamiento”.<sup>492</sup> Para dicho evento solicitaba la presencia de periodistas de *El Universal*, *El Demócrata*, *El Pueblo*, *El Nacional* y *Redención*, además de la presencia de un taquígrafo que él mismo pagaría.<sup>493</sup> Los temas que allí tratarían versaban desde sus referentes biográficos, reflexiones personales sobre historia y política, para concluir con sus propuestas “utópicas”.

Iniciando enero de 1918, se negaba obedecer ordenes tales como retirarse de los jardines a determinadas horas, a lo cual él “alegaba derechos”. Además, maltrató a otro interno con el argumento de que “tiene derecho para divertirse con quien se le pegue la gana” y “maltrató” a un guardia porque le impidió hablar con una visita. Finalmente Modesto se recluyó en su cuarto por un par de días, seguramente planeando la fuga, la que efectuó a los pocos días.<sup>494</sup>

Después de llevar 42 días recluido, Modesto decidió que era tiempo suficiente para demostrar que se hallaba totalmente cuerdo y obtener derecho a la “representación jurídica” que le era negada en tanto alienado. Por esta razón le manifestó al director:

“he resuelto evadirme hoy y espero que Dios me ayudara y antes de las 9 pm estaré libre. Ruego a usted no se ocupe de buscarme con la policía, pues sería agravar las cosas. Le ofrezco a usted, bajo mi palabra de honor [...] que en nada molestaré a mi familia y solamente procuraré que nuestras diferencias se arreglen de la mejor manera y en el ultimo caso

---

<sup>491</sup> AHSS, F-MG, S-EC, caja 81, exp. 5, ff. 87

<sup>492</sup> AHSS, F-MG, S-EC, caja 81, exp. 5, ff. 90

<sup>493</sup> AHSS, F-MG, S-EC, caja 81, exp. 5, ff. 82

<sup>494</sup> AHSS, F-MG, S-EC, caja 81, exp. 5, ff. 90

nos sujetamos a tercera persona o sea un juez imparcial. Así mismo le ruego no culpar a nadie de mi huida, pues lo hago con el mayor sigilo y prudencia”.<sup>495</sup>

Y en efecto, Modesto no apareció al día siguiente, por lo que se dio la orden inmediata de abrir una investigación para conocer la forma en que había salido del riguroso encierro. En el primer informe presentado por el administrador del Manicomio, se menciona que como vigilante del pabellón estaba Enrique Marmolejo quien tenía la llave del “enjaulado que divide la sección”. Mientras tanto, todos los internos estaban en el cine. Cuando terminó la función el enfermero de la sección se presentó para la inspección de rutina, y al preguntar al vigilante por la suerte de Modesto, éste contestó que el fugado le había pedido un cigarro y se había ido a la cama porque se sentía mal, además le había regalado la comida. Después de un rato, cuando Marmolejo calculó que Modesto ya estaba dormido, fue a verlo y encontró que bajo las cobijas sólo había almohadas y ropa que semejaban la forma de un cuerpo. ¿Cómo se fugó? El vigilante Ciriaco Landa Verde estaba al frente de las escaleras del pabellón y a nadie había visto salir.<sup>496</sup> Así, de los tres vigilantes, ninguno vio salir a Modesto, pero lo que sí queda claro es que la fuga estuvo perfectamente planeada. Al final, el médico jefe del pabellón emitió tres hipótesis sobre la fuga de Modesto: 1. Se “revistió de sangre fría” y burló la vigilancia al salir por las puertas frente a los mismos vigilantes, 2. Saltó el alambrado caminando sobre la cornisa del pabellón de peligrosos -quienes estaban en el cine-, 3. Sobornó al vigilante quien de hecho había mencionado días atrás que iba a separarse del cargo porque un enfermo le había ofrecido trabajo.<sup>497</sup>

Después de la fuga, el Inspector de Policía le escribió al director del Manicomio que se había enterado de la fuga de Modesto y que la familia había convenido en que no se le encerrara sino que se le diera tratamiento externo.<sup>498</sup> Modesto tampoco regresó al Manicomio.

---

<sup>495</sup> AHSS, F-MG, S-EC, caja 81, exp. 5, ff.13

<sup>496</sup> AHSS, F-MG, S-EC, caja 81, exp. 5, ff.14

<sup>497</sup> AHSS, F-MG, S-EC, caja 81, exp. 5, ff. 90

<sup>498</sup> AHSS, F-MG, S-EC, caja 81, exp. 5, ff. 89



Es obvio que la familia de Modesto estaba preocupada por la posibilidad de que dilapidase la herencia que estaba a su cuidado, debido a que años atrás había vendido el maíz a precios irrisorios y su conducta era considerada como extravagante. En ese sentido su locura era un peligro para la estabilidad económica de la familia. Sin embargo Modesto no fue el único caso de interdicción que encontramos, ya que para el periodo en cuestión hallamos 9 pacientes que estaban en el mismo proceso. Si bien son pocos casos, lo que llama nuestra atención es que se presenten justamente en este periodo. Por lo tanto, la pregunta que surge es ¿qué ocurría en el contexto social como para que varias familias hayan coincidido en el Manicomio en busca de un juicio de interdicción? Para resolver esta pregunta debemos tomar como referente la tesis doctoral de Cristina Sacristán, quien analizó rigurosamente la locura de Felipe Raygosa. La importancia de este caso radica en que fue el primer juicio de interdicción de que se tenga registro después de la creación de tal figura jurídica con la aparición de Código Civil en 1871. Raygosa fue un hombre que, como Modesto, tuvo bajo su control una herencia familiar. Fue chambelán de Maximiliano de Habsburgo y estuvo casado con una mujer perteneciente a una pudiente familia.<sup>499</sup> Cuando él comenzó a presentar comportamientos "anormales" como derroches y compras injustificadas, la familia se esforzó por ejecutar un juicio de interdicción y quitarle el control sobre el capital; no obstante, lo que hace el caso interesante y complejo es que Raygosa era un brillante abogado que tomó en sus propias manos su defensa.

¿Cómo nos explica Sacristán la trascendencia analítica de este caso en particular? y ¿en qué medida su argumento puede ser útil para comprender la aparición de juicios de interdicción durante el constitucionalismo? La autora elabora un argumento en el que toma el caso Raygosa como opción para analizar los conflictos surgidos entre la familia y el Estado moderno liberal, en este caso, por el cuidado del enfermo mental. Dicho argumento se fundamenta en que la emergencia del Estado moderno va de la mano con la expropiación de poderes autónomos en manos de asociaciones corporativas, propias de una

---

<sup>499</sup> SACRISTÁN, 1999

sociedad estamental heredada de tiempos medievales, que retenían "derechos y libertades" legitimadas en la "tradición".<sup>500</sup> Por lo tanto, la consolidación del Estado moderno se basa una sociedad de individuos, iguales ante el derecho positivo, sin órganos intermedios y sin la capacidad para crear derecho.<sup>501</sup> En dicho proceso, el Estado se encuentra con una de las instituciones más fuertes del Antiguo Régimen: la familia. Institución que, por tradición, decidía sobre la suerte del loco. Sin embargo, Sacristán nos muestra que la familia no sólo es el "objeto" que padece todo tipo de incursiones desde lo político o lo económico, sino que es un "ámbito de resistencia" con gran capacidad de adaptación al crear alianzas y diseñar estrategias para manipular la ley en beneficio propio. Por lo tanto, el ejercicio de la autora es, a partir de un juicio de interdicción, "calibrar" la construcción de la modernidad política, poniendo de relieve "la lucha del Estado por limitar el poder de la familia en la tutela de los locos o la resistencia de ésta a aceptar humildemente tan modesto papel".<sup>502</sup> De tal forma, los juicios de interdicción son una creación del Estado para, por una parte, despojar de sus derechos civiles a quienes no pueden gobernarse a sí mismos ni a sus propios bienes.<sup>503</sup> Pero, por otra parte, es una acción en defensa de la misma economía:

"Una economía de mercado como la propugnada por el liberalismo no podía permitir que el patrimonio de ciertos locos quedara inmovilizado [...] a causa de su incapacidad del titular de dichos bienes para explorarlos de forma racional, afectando además a su familia y sobre todo a sus descendientes".<sup>504</sup>

Tanto Modesto como Raygosa estaban dilapidando, o por lo menos así lo percibía la familia, las herencias que estaban a su cuidado. Por lo tanto, era necesario que se les declarara incapaces y se nombrara un tutor que se hiciera cargo de sus fortunas. Además, ambos tenían un renombrado pasado político que les permitió dar la lucha jurídica, aunque no sabemos cómo terminó la

---

<sup>500</sup> SACRISTÁN, 1999, pp. 24.

<sup>501</sup> BOBBIO, 1986, pp. 134 y SACRISTÁN, 1999, pp. 26

<sup>502</sup> SACRISTÁN, 1999, pp. 29

<sup>503</sup> SACRISTÁN, 1999, pp. 32

<sup>504</sup> SACRISTÁN, 1999, pp. 33

historia de Modesto. El asunto aquí es ¿cómo aplicar el referente usado por Sacristán para comprender el caso de Modesto en un momento muy distinto como fue el constitucionalismo?

Obviamente estamos hablando de dos momentos históricos totalmente diferentes, aunque tenían rasgos en común; a saber, al igual que el Estado liberal, el gobierno de Carranza fue un intento por crear un aparato político con la capacidad de incidir en espacios de poder a los que tenía un acceso reducido. Al igual que en los tiempos de Raygosa, la familia también fue una instancia con poder que se le debía expropiar en la búsqueda de un sólido poder central. Bajo esta lógica, el emergente Estado revolucionario elaboró un nuevo concepto de familia mexicana con la promulgación de la *Ley sobre Relaciones Familiares*, dada a conocer en abril de 1917.<sup>505</sup> La creación de dicha ley era una clara intervención del Estado en un espacio cuya autonomía pertenecía a la familia. Dicha legislación puso énfasis en el contrato matrimonial y en las garantías que debían establecerse para que los contrayentes estuvieran en igualdad de condición física y mental. Señalaba las obligaciones y derechos que nacían del matrimonio, como la fidelidad y la alimentación. Se estipulaba que la mujer sólo podía trabajar con el consentimiento del marido y por el tiempo acordado; su libre decisión era posible sólo en caso de viudez. Las causas que posibilitaban el divorcio fueron ampliamente expuestas: el adulterio, los actos de perversión moral, cuando el hombre hubiere mantenido concubinato o porque haya tenido lugar algún escándalo público donde el esposo o la adúltera maltratara de palabra a la legítima esposa. En cuanto a los hijos, se establecía la diferencia entre legítimos y naturales. Por otra parte, se establecían los mecanismos de tutela y adopción. La mayoría de edad se obtenía a los 21 años, pero las mujeres solteras no podían abandonar el hogar antes de los 30 años sin una licencia de los padres.<sup>506</sup> Con respecto a los enfermos mentales, la *Ley* también estableció ciertos lineamientos jurídicos. Por ejemplo, la locura era un

---

<sup>505</sup> *Ley sobre relaciones familiares expedidas por Venustiano Carranza primer jefe del Ejército Constitucionalista encargado del poder ejecutivo de la nación.* (1917) México: Ediciones Económicas

<sup>506</sup> Tomado de MATUTE, 1999, pp. 228-232

impedimento para el matrimonio; lo que obligaba a los contrayentes a presentar dos certificados médicos que daban cuenta de su cordura (Cáp. II, Art. VIII). Además, la enajenación mental se convirtió en una causal de divorcio (Cáp. VI, Art. 76). Se señalaron los pasos a seguir en caso de que un hijo ilegítimo pretendiese ser reconocido como hijo de un hombre que había caído en la demencia (Cáp. XV, Art. 150); aunque también se precisaba el procedimiento en caso contrario: cuando el hijo enloquecía y el padre deseaba reconocerlo como hijo legítimo (Cáp. XVII, Art. 167). La *Ley* estipulaba que en caso de locura se debía asignar un tutor para que usufructuara los bienes del demente (Cáp. XVII, Art. 263). En caso de que el demente fuera menor de edad, debía estar bajo tutela en calidad menor hasta que cumpliera la mayoría de edad, momento en el que se le haría un juicio de interdicción. Además, se estipulaba la duración de la interdicción dependiendo de si el tutor era o no familiar (Cáp. XX, Art. 299 y 300). Finalmente, en el capítulo XXIV se definía la enfermedad mental como una limitante para fungir como tutor de un demente. De tal forma, el gobierno constitucionalista emitía esta ley en aras de expropiar del poder que ostentaban las familias al tomar decisiones de orden meramente doméstico.

En medio del conflicto bélico y con el desmantelamiento del aparato porfiriano, el Estado sólo era una idea; tierra fértil para que afloraran formas locales de organización y distribución del poder donde, podemos suponer, las estructuras familiares fueron determinantes a la hora de suplir necesidades básicas como, en este caso, el cuidado de los enfermos mentales. Bajo este tenor, el gobierno revolucionario manifestó su interés en intervenir en el control de los enfermos mentales al pretender aplicarles un juicio de interdicción a todos los que estaban recluidos en La Castañeda. Esto lo podemos afirmar a partir de una carta que le envió el Agente del Ministerio Público de Tacubaya al director del Manicomio en 1919, donde le solicitaba información sobre los asilados con el objetivo de aplicarles el juicio en cuestión.<sup>507</sup> Dicha solicitud implicaría que los internos perderían todos sus derechos jurídicos; a saber, la capacidad para efectuar transacciones comerciales, ejercer cargos públicos, contraer nupcias,

---

<sup>507</sup> AHSS, F-BP, Se-HP, S-MG, leg. 9, exp. 4

testar, para mencionar sólo unos cuantos. Esta medida, además de ser arbitraria, esboza una idea generalizada que se tenía en aquellos días del loco como amenaza para el sistema social y jurídico, por lo que se le debía marginar de tales espacios.<sup>508</sup> La respuesta del director no ocultaba su sorpresa ante tan arbitraria medida, a la que negó el apoyo. El director argumentaba que en el Manicomio había sujetos que carecían de trastorno mental alguno, como los consumidores de cocaína, eter y morfina, además de psicosis transitorias generadas por alguna enfermedad infecciosa u otros con “psicosis intermitentes” que recobraban la cordura de un momento a otro. Aún en el caso de enfermedades incurables, como la demencia precoz, había pacientes que solían presentar periodos de remisión. Ahora, el médico aclaraba que La Castañeda funcionaba bajo las “ideas modernas de asistencia social y de tratamiento médico”, buscando alejarse de aquellos “antiguos conceptos” que veían al Manicomio como una forma de “defensa de la sociedad”; razón por la que se tenía como prioritario evitar que el loco cargase con un estigma que al momento de salir le impidiese vivir en sociedad. Además, afirmaba el director, esta medida “minaría la obra emprendida para elevar el Manicomio del carácter de asilo al de Hospital Psicopático.”<sup>509</sup> El hecho de que el Agente Público de Tacubaya haya hecho tal solicitud es evidencia del interés que tenía el gobierno por incursionar en los espacios de poder ejercidos por la autoridad familiar. Así, este documento es una confirmación del proyecto de Estado en manos de uno de sus representantes locales, en aras de cooptar los poderes que allí dominasen.

El contexto de Modesto tiene similitudes con el momento histórico de Raygoza. La consolidación tanto del Estado moderno liberal a fines del siglo XIX como del Estado revolucionario, más de 40 años después, implicó la creación de mecanismos de control sobre esas instancias de poder que estaban en manos de los actores tradicionales, como fue la familia. Así, podríamos concluir que los juicios de interdicción fueron sintomáticos de un conflicto del Estado por la

---

<sup>508</sup> Esta solicitud no es específica de este periodo ya que durante el porfiriato también se contempló la idea de aplicarle un juicio de interdicción a todos los pacientes psiquiátricos; medida que siempre refutaban los médicos. SACRISTÁN, 2002

<sup>509</sup> AHSS, F-BP, Se-HP, S-MG, leg. 9, exp. 4, ff. 4

centralización del poder frente a la familia como autoridad tradicional. El argumento de Sacristán funciona. Pero, si regresamos a los casos particulares, tanto en Raygoza como en Modesto, no hay un conflicto real entre la familia y el Estado. En ninguno de los dos casos hubo instancia alguna del Estado interesada en tramitar un juicio de interdicción. Es muy claro que los interesados eran los familiares. En términos reales ¿donde está el "conflicto" entre la familia que buscaba el control sobre el loco y el Estado que pretendía arrebatárselo? En ninguna parte. Lo que aquí se percibe es la manera en que las familias hicieron uso de un instrumento jurídico del Estado para someter a un loco que se estaba saliendo del control doméstico, ya que su locura era una verdadera amenaza para la estabilidad económica de la familia. Modesto, a diferencia de otros casos en los que era evidente la discapacidad mental del paciente en torno al cual corría el juicio de interdicción, pero al igual que Raygoza, eran personas hábiles, con presencia activa en la política y en la esfera pública. Podían tener comportamientos que su entorno los podía calificar de "extraños", pero podían, en términos generales tener una vida "normal"; razón por la que en ambos casos no siempre hubo consenso médico. Fueron sujetos con etéreas psicopatías que no hacía fácil la justificación del encierro. Sin embargo, sus acciones derrochadoras generaron una necesidad de certidumbre en la familia. Lo más probable es que de no tener a su cargo el capital de la familia, no hubiesen sido encerrados. De manera que las familias requerían certeza frente al posible despilfarro de su capital. ¿Por qué en el carrancismo encontramos más juicios de interdicción que en periodos anteriores? Puede ser el resultado de la crisis económica en que estaba sumido el país. En dicho marco, las familias debían asegurar sus recursos y, en caso de que alguien amenazase la estabilidad económica, era necesario tomar las medidas que fuesen necesarias. De manera que las familias echaron mano de las herramientas jurídicas provistas por el Estado en beneficio propio. Por ello, al igual que ocurrió con Amalia y Consuelo, en estos casos nos encontramos que el juicio de interdicción es una muestra de la debilidad de las familias al ejercer el control sobre sujetos cuya conducta

amenazaba el patrimonio doméstico. Así, el juicio de interdicción se convirtió en sustituto o continuación de la justicia familiar.

### **b. Algunas heridas de la revolución**

Juan, a quien mencionamos al inicio de este capítulo, forma parte del segundo grupo de expedientes clínicos. Dichos casos nos muestran una faceta de la locura a la que muy difícilmente hubiésemos llegado desde la lectura cuantitativa. Estos pacientes nos presentan una realidad social intrínseca al conflicto armado, a saber: el contexto bélico como causa desencadenante de la enfermedad mental. Por lo tanto, tomando distancia de aquella historiografía “de bronce” que nos narró la epopeya bélica de unos cuantos héroes que lideraron enardecidas tropas que forjaron la grandeza de nuestro país, estas pequeñas y marginales historias nos recuerdan que la ganancia no fue para todos por igual. Como en toda guerra, escenas de muerte, sangre, tortura, saqueos y dolor fueron constitutivas de la revolución mexicana. Dichos eventos marcaron la vida y dejaron huellas traumáticas en la salud mental de quienes tuvieron que presenciarlas en calidad de víctimas. Estas siete historias, además de que nos permiten ver los dramas sociales detrás de las poco elocuentes estadísticas de la locura durante el constitucionalismo, nos señalan que la dinámica militar no sólo hizo sentir su eco en la política y en la administración del Manicomio, sino en las psicopatías de algunos.

Rodrigo V. tenía 28 años en 1918, cuando llegó a las puertas del Manicomio. Era estudiante de derecho y hablaba inglés, francés y alemán. Durante los pocos meses que allí estuvo le dio clases de literatura a sus compañeros del Pabellón de Tranquilos A, a peso la hora. Antes de enloquecer trabajaba en el Archivo del Juzgado Menor de Querétaro. Durante 1915 debió portar un arma y cuidar durante las noches los documentos que allí se resguardaban. Una noche llegaron los zapatistas que le arrebataron el archivo, no sin antes asesinar a uno de ellos. Tuvo que huir y cuando fue retenido por carrancistas y villistas, fue acusado de traidor, por haber apoyado al Gobierno

Convencionista en 1914. Dicha acusación le desencadenó una neurosis que lo llevó al Manicomio General. Rodrigo tenía claro que había actuado con toda la rectitud del caso, y no podía entender por qué la suerte era mejor para los que “llevaban el estigma del cuartelazo para los que por una cuestión puramente política han ensangrentado el suelo de la metrópoli vergonzosamente y ven los intereses de la patria como un negocio.”<sup>510</sup> Tampoco podía entender por qué si él había apoyado al pueblo que se armó en 1914, ahora lo venían a considerar como un traidor si, total, “¿qué gobierno reconocido había en 1915?”. Rodrigo afirmaba: “Yo soy el que se fue con todos menos con los traidores. Mas ahora soy ¡preso!”. Ahora padecía de una “simple “locura” escrita en el cartoncito que tengo en la cabecera de mi cama”. Su único deseo “vehemente [era] que se estableciera la paz no sólo en mi país sino en Europa”. En ese momento todos “han cooperado con su voluntad para unificar la opinión y depositar sus respetos en el que hoy es guardián de sus derechos, el Sr. Dn. Venustiano Carranza”.<sup>511</sup> Pero él, que no apoyó al carrancismo, solicitaba que se le reconociera su lealtad al constitucionalismo para poder salir a trabajar.

Otro joven originario de Querétaro ingresó al manicomio en 1916 afectado de neurastenia, según el diagnóstico médico. Proveniente de una familia que vivía en la opulencia, este hombre perdió la cordura en medio de la demencia propia de la guerra: “Generales y Ejércitos conforme entraban, salían o peleaban; robaban, asesinaban, mataban, saqueaban, cateaban, fusilaban o echaban leva con quien querían”.<sup>512</sup> Según una extensa carta en la que describió ampliamente las causas de su “debilidad cerebral”, señalaba que había enloquecido a raíz de la muerte del padre, quien siempre lo había protegido y apoyado en los estudios. Todo inició porque los villistas habían despojado al padre de todos sus bienes, orillándolo a morir de “espanto”. Después

“los villistas entraron a la casa, amenazaron a la familia y le quitaron todos sus bienes quedando mi Madre, dos hermanas, una sobrina, dos

---

<sup>510</sup> AHSS, F-MG, Se-EC, caja 60, exp. 54, ff. 12

<sup>511</sup> AHSS, F-MG, Se-EC, caja 60, exp. 54, ff. 21

<sup>512</sup> AHSS, F-MG, Se-EC, caja 68, exp. 45, ff. 26



servientas, cuatro hermanos y yo en la miseria más espantosa; en tan crítica situación mi madre no me dejaba entrar a la casa que fue lo único que nos quedó”.<sup>513</sup>

Un joven de buena posición, quedando en la pobreza total y sin el padre que le ofrecía todas las comodidades, se sumió en la depresión

“desesperado de verme en tal aprieto me entregué al abandono dándome á los placeres mundanos con las mujeres, el pulque, aguardiente, tequila, coñac, jerez, vistas, bailes y placeres públicos o pudiendo resistir mi cuerpo tres meses junio, julio y agosto. Aprehendido por la policía reservada de la capital de la república mexicana que en esa época fue Querétaro [...] y el Gobernador de Querétaro Federico Montes ordenó me trasladaran por el bien mío y de todos.”

Su comportamiento maniaco depresivo lo llevó al manicomio en tres ocasiones, sólo para pasar días llorando en los rincones, acordándose del padre y maldiciendo la vida que tenía ahora en el manicomio gracias a la revolución que le había arrebatado la buena vida.<sup>514</sup>

Guillermo tenía 32 años cuando ingresó al Manicomio, el 20 de mayo de 1918 afectado de una “demencia precoz paranoica”. Según la historia clínica que le hicieron al momento del ingreso, fue un soldado que combatió en El Ébano (SLP), lo cual fue confirmado por su acompañante. Allí sufrió quemaduras graves y los pies se le inmovilizaron por un buen tiempo. Cuando le otorgaron la baja regresó a su hogar en Nuevo León, donde “sufrió muchos y graves ataques en el rancho de su familia -saqueos-“. Además de perder buena parte de sus recursos, “los bandidos trataron de darle muerte por estrangulación, colgándolo de un árbol”. De esto logró salir con vida, pero no volvió a ser el mismo. En adelante, la familia se asombró por sus “actos de prodigalidad” debido a que regalaba el maíz y los víveres; además agredía “con un palo” a la madre y las tías que se oponían a tan excesiva generosidad. Por este comportamiento fue internado un tiempo en el manicomio. Una vez internado prefirió dormir siempre en el suelo, argumentando que “estando en la cama fue asaltado por bandidos y

---

<sup>513</sup> AHSS, F-MG, Se-EC, caja 68, exp. 45, ff. 26

<sup>514</sup> AHSS, F-MG, Se-EC, caja 68, exp. 45, ff. 28

crea substraerse de un nuevo asalto durmiendo en el suelo”.<sup>515</sup> Según la tía, la locura de Guillermo venía desde los cuatro años, cuando lo pateó una mula ya que a raíz de ello se tornó aislado y sólo se dedicó a leer. A medida que fue creciendo manifestó una clara tendencia a la depresión ya que "daba a entender que su vida era azarosa llena de amarguras". Posiblemente en busca de algo de sentido en su vida, se incorporó a las filas del carrancismo en Veracruz y de ahí a Tampico donde tuvo el mencionado accidente en el que estuvo a punto de perder los pies por la explosión de un depósito de chapopote. Cuando regresó a la casa, sumido en la depresión solía tomar 20 litros de café, comía 45 huevos con 8 litros de leche, todo esto en un solo día. En medio de semejante depresión, "los bandidos" trataron de matarlo en el rancho en dos oportunidades. Después de ello terminó en La Castañeda... sólo por dos meses.<sup>516</sup>

Cuando la esposa respondió el interrogatorio hecho por el doctor Agustín Torres afirmó: "Alfonso esta loco, tiene desarreglo en lo que habla a consecuencia de que se lo llevaron los villistas, lo tuvieron once días preso". Cuando lo liberaron se le presentaron los primeros síntomas de demencia: "mucho disgusto y después se puso muy triste y la cabeza y el cerebro y sentía el pecho oprimido y la respiración difícil". El diagnóstico que se le asignó en agosto de 1919 fue Demencia Precoz Simple. Alfonso estuvo un poco más de tres años antes de que la esposa fuera nuevamente por él. Tampoco se curó.<sup>517</sup>

A Narcisa la enloquecieron los rumores. Cuando llegó al Manicomio, el doctor Nicolás Martínez de Arellano, como solía hacerlo con los pacientes letrados, le sugirió que escribiera las razones por las que ella consideraba había caído en la demencia y los rumores aparecieron como la causa fundamental. Ella vivía en un pueblo de Tabasco. Entre la población se rumoraba que los carrancistas creían que todo el poblado era del partido "felicista" (de Félix Díaz). Pero, como el padre de ella no militaba ni con gobierno ni con los insurgentes,

---

<sup>515</sup> AHSS, F-MG, Se-EC, caja 85, exp. 19, ff. 1

<sup>516</sup> AHSS, F-MG, Se-EC, caja 85, exp. 19, ff. 4

<sup>517</sup> AHSS, F-MG, Se-EC, caja 97, exp. 17

Narcisa se sintió vulnerable al ataque de cualquier grupo; desatándole un miedo tal que se enfermó del hígado. Cuando ingresaron los “bandidos” a su pueblo, ella estaba sola porque el padre y el hermano habían salido de viaje. Es muy posible que de aquella incursión insurgente halla sido violada, ya que se le desató una terrible paranoia que impedía que hombre alguno se le acercara, incluyendo el padre y los hermanos, ya que sentía que todos los hombres la querían “deshonar”. Salió un año después en estado de remisión y por solicitud del padre, aunque durante toda su estancia en el manicomio “vivía llena de miedo”.<sup>518</sup>

Amelia, una mujer de 42 años, escribió una muy pequeña autobiografía cuando ingresó a La Castañeda. Ella relata que en plena revolución villista en 1914, “cuando las vías ferrocarrileras se veían constantemente amenazadas por partidas de revolucionarios”, tuvo que viajar de Zacatecas a Estados Unidos durante diez o doce días en un vagón usado para el transporte de ganado. Este viaje se debió a que el padre había sido desterrado “por cuestiones políticas”; razón por la que la travesía estuvo llena de zozobra ya que si era detectado podía ser fusilado de inmediato. Cuando llegaron a Estados Unidos, sus nuevos pesares obedecieron a un “arranque de delirio furioso” que se le presentó a uno de sus hermanos, quien también había sido desterrado por motivos políticos, era un habitual consumidor de “drogas heroicas”. Según Amelia, pese a estas contrariedades, su vida fue muy feliz mientras estuvo fuera de México ya que siempre fue “muy sensible a las miradas indiscretas de su cuerpo mal formado provoca en las gentes de poblaciones pequeñas”. No sabemos exactamente qué tipo de deformidad padecía esta mujer, pero suponemos que también fue otro ingrediente en su sensación de marginalidad. El regreso a Zacatecas en 1917 fue tan impactante para ella que estuvo llorando un mes sin interrupción. Desde entonces se negó a salir a la calle, con excepción de dos oportunidades en las que, por la fuerza, fue llevada al manicomio. Una vez encerrada, los médicos notaron que “habla sola y a escondidas y habla de persecuciones y diablos”.

---

<sup>518</sup> AHSS, F-MG, Se-EC, caja 89, exp. 11

Amalia fue diagnosticada como demente precoz hebefrénica. Pasó ocho años en el manicomio antes de que se le diera de alta por solicitud del hermano.<sup>519</sup>

Comprender la nueva relación que las familias establecieron con La Castañeda entre 1917 y 1920 fue el objetivo de este capítulo. ¿Por qué solicitaban el alta de sus enfermos y se hacían cargo de ellos? Debido a que no encontramos una razón objetiva que justificase esta decisión, optamos por utilizar la información ofrecida por las fuentes para esbozar una hipótesis, a saber: una variable determinante en la relación establecida por las familias con el Manicomio, fue la “idea” que tenían de Estado. Llevando este argumento al contexto que aquí nos compete, la percepción que las familias tuvieron del Estado carrancista estuvo signada por la desconfianza y la apatía. En consecuencia, hubo familias que prefirieron asumir el cuidado de sus enfermos mentales y no dejarlos en manos de un Estado cuya legitimidad estaba en tela de juicio.

En cuanto a los juicios de interdicción que en aquellos días tuvieron lugar, otra pieza de este rompecabezas, son sintomáticos de una sociedad en busca de certezas en medio de la crisis económica en que estaba sumido el país. Frente a las acciones irresponsables de quien tuviese el control de los recursos domésticos, las familias hacían uso de las herramientas jurídicas provistas por el Estado para ejercer un estricto control sobre aquellos sujetos que atentaban contra la estabilidad económica de la familia. Así, concluimos con un periodo del Manicomio con muy poca información clínica sobre los pacientes. Sin embargo, la desconfianza fue el factor central que llevó a las familias a hacerse cargo de sus pacientes; misma desconfianza que llevó a otras familias a solicitar una orden jurídica que les asegurara que sus propiedades no serían dilapidadas por la locura de alguno de sus miembros.

---

<sup>519</sup> AHSS, F-MG, Se-EC, caja 139, exp. 18

## Conclusiones

En esta investigación hemos articulado tres perspectivas distintas, y a la vez complementarias, para hacer una historia la locura. El primer punto de observación aborda la dimensión propiamente científica del fenómeno. Esto es, el discurso médico usado para explicar la etiología, los síntomas y la terapéutica sugerida en cada una de las enfermedades mentales que en aquellos días se diagnosticaban. Por una parte, las fuentes nos ofrecieron nutrida información sobre el estado clínico de los pacientes que ingresaron entre 1910 y 1916, además, las numerosas publicaciones médicas que circularon desde finales del siglo XIX nos ayudaron a comprender las implicaciones de enfermedades como la epilepsia, la histeria, el alcoholismo y la parálisis general progresiva. Pero, por otra parte, para el periodo comprendido entre 1917 y 1920 obtuvimos muy poca información ya que, además de lo incompletos que están tanto los Libros de Registro como los mismos expedientes clínicos, los médicos no publicaron artículos ni libros sobre las enfermedades mentales.

La segunda ruta de análisis fue la historia de la institución psiquiátrica. Esta perspectiva nos llevó a tres temas. El primero fue el origen del Manicomio General; esto es, el conjunto de ideas y proyectos que justificaron la erección de un ambicioso establecimiento médico para el tratamiento de los enfermos mentales. En segundo tema fue el edificio en sí mismo; lo que implicó la descripción de la estructura arquitectónica, la cuál se apegaba al modelo que regía las construcciones de su tipo en Francia, propuesto por Jean Ettienné Esquirol a mediados del siglo XIX. Y en tercer lugar, pudimos observar la manera en que la administración del Manicomio estuvo supeditada a los cambios en el gobierno tanto de la ciudad como el federal. Sobre este último aspecto, las fuentes fueron generosas para el periodo comprendido entre 1914 y 1916, cuando la ciudad entera se vio afectada por los avatares de la guerra. Las consecuencias del conflicto político se hicieron sentir en los pabellones de La Castañeda de diferentes maneras. Por ejemplo, en la precariedad en el suministro de víveres por parte de la Beneficencia Pública -dependiente de la Secretaría de Gobernación-, en el despido que hubo de empleados que no eran

"adictos" al carrancismo y en la toma zapatista, para mencionar sólo unas cuantas.

Finalmente, la tercera faceta del análisis está constituida por los internos de La Castañeda y el contexto social que los rodeaba. Integrar a estos actores sociales fue determinante para comprender aspectos de la dinámica interna del Manicomio que no hubiésemos percibido de habernos limitado a las dos perspectivas arriba señaladas. Por una parte, las fuentes nos permitieron abordar el comportamiento demográfico de los internos -cuantos ingresan, con qué enfermedades, en qué condiciones salían y por qué- y, por otra parte, los casos clínicos mejor documentados fueron útiles para ubicar las variables que en el pasado del paciente se cruzaron para que fuese considerado "loco" por su entorno inmediato y, en consecuencia, optaran por el encierro.

La articulación de: a) el discurso médico sobre las enfermedades mentales, b) la dinámica administrativa y política del establecimiento psiquiátrico y c) los criterios usados por las familias para definir quién debía estar encerrado, son la base insoslayable para hacer una historia de la locura. Estos tres aspectos no deben ser entendidos como constitutivos de una estructura vertical donde el saber psiquiátrico regula la dinámica de la institución y esta, a su vez, impone sus criterios sobre los pacientes que se someten al peso del poder médico. Por el contrario, la decisión sobre quién ingresaba y quién no, estaba en manos de las instancias remitentes, y entre ellas, las familias fueron las que más pacientes remitieron. Por lo tanto, el criterio que definía la internación no fue médico sino familiar; fue social en lugar de científico. Así, encontramos que hubo cambios en la dinámica demográfica del Manicomio que no obedecían a innovaciones en el discurso psiquiátrico ni a reformas en las políticas de la administración. Más bien, las familias fueron actores sociales con la capacidad de apropiarse del Manicomio y hacer uso del mismo de acuerdo a sus propios referentes y necesidades. Por esta razón encontramos que a finales del porfiriato los capitalinos llevaban a los viejos asilos para dementes a epilépticos, considerados como "degenerados" y abandonados por las familias hasta que la muerte les llegaba. Con la fundación del Manicomio General cambió el tipo de

población y las familias enviaron a una muchedumbre de "malportados" cuyas trasgresiones eran asumidas por los médicos como síntomas de histeria o alcoholismo. También hubo familias que usaron el Manicomio como hospital para darle tratamiento médico a personas que, además de tener alguna psicopatía, eran víctimas de alguna enfermedad crónica como tuberculosis, enteritis, neumonía, etc. Otras familias buscaron que los médicos diagnosticaran alguna enfermedad mental para iniciar un juicio de interdicción y así proteger los bienes familiares de quien pudiera dilapidarlos en medio de la demencia. Esta suerte de instrumentación por parte de las familias cuestiona la idea del manicomio como una institución de control social ejercida por el Estado a través de los psiquiatras, para asumirlo como una institución utilizada por las familias de acuerdo a sus necesidades particulares.

Sin embargo, la injerencia de las familias no se limitaba a la dinámica demográfica del Manicomio, sino que, además, ejerció una notable influencia en el saber científico en torno a las psicopatías. Es insostenible la romántica idea de que el conocimiento psiquiátrico se gestó en aislados laboratorios donde científicos estudiaron los secretos del cerebro con sus poderosos microscopios. Por el contrario, fue un saber construido en interacción con la sociedad. En consecuencia, si el loco era la materia prima del psiquiatría y el entorno social escogía a quien debía recibir atención médica, entonces la psiquiatría tuvo como fundamento primario los criterios sociales para definir la locura. Este hecho explica por qué las familias justificaban la internación en trasgresiones a la normatividad doméstica, mismas que el psiquiatra consideraba como "síntoma" de alguna psicopatía.

Una vez descrita la ruta que se siguió en esta investigación, volvemos a la pregunta planteada desde el inicio: ¿cuáles fueron los criterios usados por la sociedad capitalina, durante el periodo revolucionario, para definir quién merecía el encierro psiquiátrico? Ante todo, así como la década de 1910 a 1920 no fue homogénea ni en lo social ni en lo político, tampoco hubo una sola forma de

relacionarse con el Manicomio. La información cuantitativa nos mostró tres momentos en los que se estableció una relación particular con la institución.

1) ¿Porqué los primeros internos de La Castañeda no fueron aquellos epilépticos que llevaban a los antiguos asilos para dementes sino que fueron alcohólicos e histéricas que se "curaron" en cuestión de meses? La novedad no radicó ni el discurso médico ni en los parámetros de los médicos para regular el ingreso. Más bien, la novedad fue el Manicomio en sí mismo. El novísimo e imponente hospital psiquiátrico no pasó desapercibido para los habitantes de la ciudad de México; de hecho estamos hablando de una institución con un lugar notable en la memoria colectiva de la ciudad. Así, el complejo arquitectónico no fue sólo un objeto en el espacio, sino que tuvo la capacidad de crear realidades. La imponencia de su fachada y de los muros que la rodeaban, hicieron que La Castañeda fuera vista por la sociedad como un espacio para castigar y corregir a aquellos cuyas conductas rompían los parámetros de la normalidad. No podemos afirmar que el nuevo Manicomio creó un nuevo concepto de locura; más bien, modificó la idea sobre la locura *que merecía el encierro*. Recordemos que la histeria fue una de las enfermedades que más interés causó en los médicos porfirianos, pero su presencia en los asilos para dementes fue prácticamente nula.

2) Entre 1914 y 1916 hubo cambios radicales en la capital mexicana, los cuales no fueron ajenos a la dinámica de La Castañeda. La guerra, las epidemias y la falta de agua y comida sumieron a la ciudad en una compleja crisis. Esto tuvo repercusión directa en el tipo de población que ingresó al manicomio, ya que imperaron los enfermos graves que fallecían víctimas de las enfermedades como tuberculosis, neumonía, enteritis, etc. Así, este nuevo uso que la sociedad le dio al Manicomio como hospital estaba regido por la lógica de la guerra.

Simultáneamente nos encontramos con un notable descenso en la cantidad de pacientes que allí fueron reclusos. Durante los tres años en cuestión, la población fue la menos numerosa en toda la historia de La Castañeda. Se podría pensar que en medio de los estragos de la guerra,



acudirían hordas enteras al Manicomio en busca de comida y techo, pero no fue así. ¿A que se debió este decrecimiento poblacional? Este hecho no lo podemos explicar con documentos, ya que no existen las cartas de los familiares de los enfermos mentales donde argumentaran por qué no internaban a sus locos. Por lo tanto, frente a dicho vacío documental, esbozamos una hipótesis que merece ser confrontada en posteriores investigaciones que aborden los restantes cuarenta y ocho años de vida que tuvo el establecimiento. A saber: las familias se relacionaban con el Manicomio, en tanto institución del Estado para el cuidado de los enfermos mentales, con base en la "idea" que tenían de Estado. Por lo tanto, y como lo preguntó un paciente, "¿qué gobierno reconocido había en 1915?".<sup>520</sup> La ciudad era tierra de nadie, militares de diferentes facciones invadían y evacuaban. El vacío de poder era evidente. Por lo tanto, la debilidad del Estado percibida por la sociedad posibilitó el fortalecimiento de otras instancias de poder, como las redes familiares, que se encargaron de suplir las funciones que le competían al Estado, y una de ellas fue el cuidado de los enfermos mentales.

3) La misma hipótesis arriba esbozada nos puede servir para comprender por qué entre 1917 y 1920 encontramos que las pocas familias que se animaron a entregar a sus enfermos mentales al cuidado del Manicomio, en cuestión de meses se arrepintieron, solicitaron el alta y se hicieron cargo de ellos. Esta nueva relación con el Manicomio tampoco estaba mediada por cambios en el discurso médico ni en las políticas de la administración. Tampoco podemos suponer que las familias se llevan a sus enfermos debido a las terribles condiciones en que vivían, ya que años después empeoró terriblemente la situación del Manicomio y las familias dejaron que sus pacientes al punto del hacinamiento. Esta desconfianza para con el Manicomio podría ser una metáfora de la misma desconfianza que despertaba el Estado constitucionalista. El gobierno de don Venustiano se erigía como un gobierno fuerte con la capacidad de reducir a los que estaban en armas, recomponer el país después de una guerra civil y hasta crear una constitución. Sin embargo, la delincuencia

---

<sup>520</sup> AHSS, F-MG, Se-EC, caja 60, exp. 54, ff. 21

pululaba, la economía no se restauraba y carecía de un sólido apoyo popular. Así, la relación con el Manicomio fue una metáfora de la desconfianza que el nuevo Estado generaba.

Si bien esta investigación se ha enfocado a la primera década de vida del Manicomio General, hemos buscado sentar las bases metodológicas para abordar los restantes cuarenta y ocho años de vida de la institución psiquiátrica más importante de México en el siglo XX. Hemos propuesto una historia de la locura basada en información estadística, pero a la vez enriquecida con la vida y fuerza narrativa de los casos particulares. En la ruta analítica elegida, se ha puesto en duda el poder omnímodo de la psiquiatría, para reconocer en los locos y sus familias la capacidad de incidir en la dinámica demográfica de La Castañeda, apropiándose del discurso científico y hasta manipularlo de acuerdo a sus necesidades e intereses. La locura no comenzaba con el encierro. Por eso, para vincular al Manicomio con el contexto cultural, nos dejamos sumergir en los dramas sociales de algunos pacientes; allí, en medio de los conflictos domésticos, se configuraron las variables que en un momento dado llevaron a las familias a encerrar a quien presentara signos de anormalidad. Finalmente, no hemos dejado de lado el hecho de que la enfermedad mental es una realidad bioquímica. Sin embargo, es una realidad recubierta por un universo de símbolos intrínseco a toda sociedad. Símbolos que no sólo interpretan la realidad... en este caso, crean realidades psiquiátricas.

## **Anexo estadístico**

- Cuadro 1. Pacientes que ingresaron al Manicomio La Castañeda entre 1910 y 1920
- Cuadro 2. Composición por sexo de los internos en el Manicomio La Castañeda (1910-1920) con base en la muestra del 20% de la población total.
- Cuadro 2.A Composición por sexo de los internos en el Manicomio La Castañeda (1910-1920) con base en la muestra del 20% de la población total. (%)
- Cuadro 3. Estado civil de los pacientes internos en el Manicomio La Castañeda, 1910-1920
- Cuadro 3.A. Estado civil de los pacientes internos en el Manicomio La Castañeda, 1910-1920 (%)
- Cuadro 4. Condición de egreso de los pacientes de La Castañeda, 1910-1920
- Cuadro 4.A. Condición de egreso de los pacientes de La Castañeda, 1910-1920 (%)
- Cuadro 5. Lugar de origen de los internos La Castañeda nacidos en México, 1910-1920.
- Cuadro 6. Lugar de origen de los internos La Castañeda nacidos en el extranjero.
- Cuadro 7. Distribución por edad internos de La Castañeda al momento del primer ingreso, 1910-1920.
- Cuadro 7.A. Distribución por edad internos de La Castañeda al momento del primer ingreso, 1910-1920. (%)
- Cuadro 8. Años de encierro promedio que duró el encierro en La Castañeda, 1910-1920
- Cuadro 9. Instancias que remitieron a los pacientes de La Castañeda, 1910-1920.
- Cuadro 10. Enfermedades diagnosticadas a los pacientes de La Castañeda, 1910-1920.

Cuadro 1. Pacientes que ingresaron al Manicomio La Castañeda entre 1910 y 1920

<b>Año</b>	<b>Cantidad</b>
Sep. 1910*	779
1910**	225
1911	662
1912	734
1913	669
1914	651
1915	384
1916	481
1917	561
1918	476
1919	458
1920	534
<b>Total</b>	<b>6614</b>

\* Datos de los pacientes que fueron trasladados de los hospitales para dementes que fueron clausurados con la fundación de La Castañeda: el Divino Salvador para mujeres y el San Hipólito para hombres

\*\* Datos de los pacientes que ingresaron al Manicomio inmediatamente después de su fundación.

**Fuente:** AHSS, Fondo Manicomio General, Sección Libros de Registro 1-9

Cuadro 2. Composición por sexo de los internos en el Manicomio La Castañeda (1910-1920) con base en la muestra del 20% de la población total.

<b>Año</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>	<b>total</b>
1910*	72	84	156
1910**	27	17	44
1911	92	41	133
1912	101	46	147
1913	99	36	135
1914	95	33	128
1915	47	31	78
1916	65	28	93
1917	79	33	112
1918	56	37	93
1919	62	30	92
1920	66	46	112
<b>Total</b>	<b>861</b>	<b>462</b>	<b>1323</b>

Fuente: AHSS, Fondo Manicomio General, Sección Libros de Registro 1-9

Cuadro 2.A Composición por sexo de los internos en el Manicomio La Castañeda (1910-1920) con base en la muestra del 20% de la población total (%)

<b>Año</b>	<b>hombres</b>	<b>Mujeres</b>
1910*	46,1	53,9
1910**	61,4	38,6
1911	69,1	30,9
1912	68,7	31,3
1913	73,3	26,7
1914	74,2	25,8
1915	60,2	39,8
1916	69,9	30,1
1917	70,5	29,5
1918	59,5	40,5
1919	67,4	36,2
1920	61,7	38,3

Fuente: Cuadro 2

\* Datos de los pacientes que fueron trasladados de los hospitales para dementes que fueron clausurados con la fundación de La Castañeda: el Divino Salvador para mujeres y el San Hipólito para hombres

\*\* Datos de los pacientes que ingresaron al Manicomio inmediatamente después de su fundación.

Cuadro 3. Estado civil de los pacientes internos en el Manicomio La Castañeda, 1910-1920

<b>Año</b>	<b>Solteros</b>	<b>Casados</b>	<b>Viudos</b>	<b>No especificado</b>	<b>Total</b>
1910	125	49	10	16	200
1911	69	40	16	9	134
1912	78	54	7	7	146
1913	86	38	9	2	135
1914	68	44	9	7	128
1915	33	32	4	8	77
1916	58	28	4	3	93
1917	64	34	7	6	111
1918	54	21	8	11	94
1919	44	35	5	11	95
1920	65	25	12	8	110
<b>Totales</b>	<b>744</b>	<b>400</b>	<b>91</b>	<b>88</b>	<b>1323</b>

**Fuente:** AHSS, Fondo Manicomio General, Sección Libros de Registro 1-9

Cuadro 3.A. Estado civil de los pacientes internos en el Manicomio La Castañeda, 1910-1920 (%)

<b>Año</b>	<b>Solteros</b>	<b>Casados</b>	<b>Viudos</b>	<b>No especificado</b>
1910	62,5	24,5	5	8
1911	51	30	12	7
1912	53,68	36,8	4,76	4,76
1913	63,8	28,12	6,72	1,36
1914	53,06	34,32	7,02	5,6
1915	44,44	40,2	5,12	10,24
1916	62,6	29,96	4,24	3,2
1917	57	31,5	6,1	5,4
1918	57,3	22,26	8,78	11,66
1919	45,6	37,1	5,4	11,9
1920	59,8	22,2	10,8	7,2

**Fuente:** Cuadro 3.

Cuadro 4. Condición de egreso de los pacientes de La Castañeda, 1910-1920

Año	Alta por solicitud de la familia	Curación	Muerte	Fuga	No especificado	Total
1910*	17	24	109	1	6	157
1910**	7	22	13	1	2	45
1911	19	68	43	2	1	133
1912	24	63	51	5	5	148
1913	29	62	37	5	2	135
1914	20	46	55	6	1	128
1915	15	16	44	2	1	78
1916	28	15	44	3	3	93
1917	47	33	25	3	4	112
1918	42	13	32	5	2	94
1919	43	14	26	9	0	92
1920	32	23	42	6	5	108
<b>Total</b>	<b>323</b>	<b>399</b>	<b>521</b>	<b>48</b>	<b>32</b>	<b>1323</b>

Fuente: AHSS, Fondo Manicomio General, Sección Libros de Registro 1-9

Cuadro 4.A. Condición de egreso de los pacientes de La Castañeda, 1910-1920 (%)

Año	Alta por solicitud de la familia	Curación	Muerte	Fuga	No especificado
1910*	10,9	15,3	69,9	0,6	3,3
1910**	16	50	29,5	2,2	2,3
1911	14,2	51	32,2	1,5	1,1
1912	16,32	42,84	34,68	3,4	2,76
1913	21,46	45,88	27,38	3,7	1,58
1914	15,6	35,88	42,9	4,68	0,94
1915	19,2	20,48	56,32	2,56	1,44
1916	29,96	16,05	47,08	3,21	3,7
1917	41,83	29,37	22,25	2,67	3,88
1918	44,32	13,78	33,92	5,3	2,68
1919	46,46	15,52	28,28	9,74	0
1920	39,86	21,3	29,06	5,58	4,2

Fuente: Cuadro 4

\* Datos de los pacientes que fueron trasladados de los hospitales para dementes que fueron clausurados con la fundación de La Castañeda: el Divino Salvador para mujeres y el San Hipólito para hombres

\*\* Datos de los pacientes que ingresaron al Manicomio inmediatamente después de su fundación.

Cuadro 5. Lugar de origen de los internos La Castañeda nacidos en México, 1910-1920

Estado	1910*		1910**		1911		1912		1913		1914	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Aguascalientes	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-
Baja California	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-
Campeche	1	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-
Chiapas	-	1	-	-	2	-	-	-	1	-	3	-
Chihuahua	1	1	-	2	1	-	-	-	-	-	1	-
Coahuila	-	-	-	-	1	-	1	-	-	-	1	-
Colima	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-
DF	28	41	4	11	23	18	46	17	39	7	30	11
Durango	1	-	-	-	10	4	-	-	-	-	1	1
Edo. México	3	3	-	2	3	-	5	7	10	6	7	5
Guanajuato	6	6	2	1	-	-	4	4	12	4	11	1
Guerrero	-	1	-	-	7	3	-	1	-	1	2	-
Hidalgo	2	5	-	-	1	1	6	1	6	2	4	3
Jalisco	4	3	-	2	4	1	3	1	2	1	3	2
Michoacán	2	5	1	-	3	1	4	1	4	2	3	-
Morelos	-	-	-	1	1	1	3	1	1	2	1	1
Nayarit	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nuevo León	1	1	-	-	1	-	1	-	-	1	1	-
Oaxaca	-	1	-	-	7	2	-	1	2	1	1	-
Puebla	3	3	1	1	7	1	5	2	5	-	2	4
Querétaro	3	1	1	3	1	-	4	3	1	2	5	2
SLP	4	1	-	-	1	-	-	1	2	2	1	1
Sonora	-	-	-	-	-	-	-	1	1	1	1	-
Tabasco	-	-	1	-	-	-	1	-	-	-	1	-
Tamaulipas	-	1	-	-	-	-	2	-	1	1	1	-
Tlaxcala	3	1	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-
Veracruz	2	3	2	-	3	1	3	4	5	1	1	2
Yucatán	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Zacatecas	2	-	2	-	2	-	3	-	2	1	2	-
No especificado	3	5	1	1	1	2	4	-	-	-	2	1
<b>Total</b>	<b>69</b>	<b>83</b>	<b>17</b>	<b>26</b>	<b>80</b>	<b>35</b>	<b>95</b>	<b>45</b>	<b>94</b>	<b>35</b>	<b>86</b>	<b>34</b>

*Continúa*



Cuadro 5. Lugar de origen de los internos La Castañeda nacidos en México.  
1910-1920

Estado	<i>Concluye</i>												Totales
	1915		1916		1917		1918		1919		1920		
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	
Aguascalientes	-	-	1	-	1	-	1	-	-	-	-	-	4
Baja California	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	2
Campeche	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-	6
Chiapas	1	1	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	10
Chihuahua	-	-	2	-	4	2	1	-	1	-	1	-	17
Coahuila	-	-	1	-	3	-	-	-	2	-	2	-	11
Colima	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
DF	13	13	23	12	27	7	18	12	14	9	13	12	448
Durango	-	-	-	-	-	-	1	-	1	1	1	-	21
Edo. México	6	1	4	3	2	3	4	5	7	3	7	9	105
Guanajuato	5	3	6	3	5	3	8	4	1	1	5	6	101
Guerrero	1	1	-	1	1	1	-	1	2	-	-	-	23
Hidalgo	5	3	2	2	5	-	-	-	4	3	5	2	62
Jalisco	-	-	2	-	5	1	3	1	2	-	1	1	42
Michoacán	1	1	3	-	6	1	1	2	5	3	3	4	56
Morelos	1	1	1	-	1	1	1	-	1	-	1	1	21
Nayarit	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1
Nuevo León	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7
Oaxaca	2	-	-	-	2	-	-	1	-	-	2	-	22
Puebla	2	2	4	-	3	4	1	1	-	1	3	1	56
Querétaro	1	1	3	4	2	-	1	1	3	1	4	1	48
SLP	1	-	2	1	-	1	-	1	1	3	4	1	28
Sonora	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	6
Tabasco	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	4
Tamaulipas	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	7
Tlaxcala	1	-	2	-	-	1	-	1	-	-	1	-	12
Veracruz	1	1	1	1	5	3	1	2	3	2	-	1	48
Yucatán	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1
Zacatecas	1	-	3	-	1	-	2	1	2	-	3	-	27
No especificado	1	3	1	-	3	3	7	3	5	1	4	2	46
<b>Total</b>	<b>45</b>	<b>31</b>	<b>62</b>	<b>27</b>	<b>77</b>	<b>31</b>	<b>51</b>	<b>37</b>	<b>57</b>	<b>29</b>	<b>62</b>	<b>41</b>	<b>1243</b>

**Fuente:** AHSS, Fondo Manicomio General, Sección Libros de Registro 1-9

\* Datos de los pacientes que fueron trasladados de los hospitales para dementes que fueron clausurados con la fundación de La Castañeda: el Divino Salvador para mujeres y el San Hipólito para hombres

\*\* Datos de los pacientes que ingresaron al Manicomio inmediatamente después de su fundación.

Cuadro 6. Lugar de origen de los internos La Castañeda nacidos en el extranjero

País	1910*		1910**		1911		1912		1913		1914		1915		1916		1917		1918		1919		1920		Totales
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	
Francia	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3
Varsovia	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Uruguay	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Italia	-	-	-	-	1	-	1	1	-	-	-	-	1	-	-	-	1	-	-	1	-	-	-	-	6
España	2	-	1	1	7	3	1	-	2	-	3	-	1	-	1	-	1	2	5	-	2	1	3	-	36
Rusia	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Alemania	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	1	-	1	-	1	-	-	-	7
Cuba	1	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	5
Colombia	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Inglaterra	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
Jamaica	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Turquía	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Austria	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Suiza	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
EU	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1	2
China	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1
Arabia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1
<b>Total</b>	4	2	2	1	11	3	4	2	5	-	9	-	2	-	2	1	4	3	6	-	5	1	4	-	71

**Fuente:** AHSS, Fondo Manicomio General, Sección Libros de Registro 1-9

\* Datos de los pacientes que fueron trasladados de los hospitales para dementes que fueron clausurados con la fundación de La Castañeda: el Divino Salvador para mujeres y el San Hipólito para hombres

\*\* Datos de los pacientes que ingresaron al Manicomio inmediatamente después de su fundación.

Cuadro 7. Distribución por edad internos de La Castañeda al momento del primer ingreso, 1910-1920

Año	1 a 10	11 a 20	21 a 30	31 a 40	41 a 50	51 a 60	Más de 61	No esp.	Totales
1910*	6	16	67	54	29	18	10	-	200
1911	3	11	44	30	27	8	10	-	133
1912	0	15	52	40	20	18	2	-	147
1913	0	15	48	41	20	8	3	-	135
1914	1	10	39	44	11	18	5	-	128
1915	3	13	18	19	15	6	4	-	78
1916	2	13	30	27	14	5	2	5	98
1917	5	9	28	38	18	6	1	6	111
1918	0	16	31	17	12	5	4	9	94
1919	1	16	24	28	8	8	2	5	92
1920	0	20	24	26	17	7	3	10	107
<b>Total</b>	21	154	405	364	191	107	46	30	1323

Fuente: AHSS, Fondo Manicomio General, Sección Libros de Registro 1-9

Cuadro 7.A. Distribución por edad internos de La Castañeda al momento del primer ingreso, 1910-1920. (%)

Año	1 a 10	11 a 20	21 a 30	31 a 40	41 a 50	51 a 60	Más de 61	No esp.	Totales
1910*	3,00	8,00	33,50	27,00	14,50	9,00	5,00	-	100
1911	2,26	8,27	33,08	22,56	20,30	6,02	7,52	-	100
1912	0,00	10,20	35,37	27,21	13,61	12,24	1,36	-	100
1913	0,00	11,11	35,56	30,37	14,81	5,93	2,22	-	100
1914	0,70	7,81	30,47	34,38	8,59	14,06	3,91	-	100
1915	3,85	16,67	23,08	24,36	19,23	7,69	5,13	-	100
1916	2,15	13,98	32,26	29,03	15,05	5,38	2,15	-	100
1917	4,50	8,11	25,23	34,23	16,22	5,41	0,90	5,41	100
1918	0,00	17,02	32,98	18,09	12,77	5,32	4,26	9,57	100
1919	0,90	17,39	26,09	30,43	8,70	8,70	2,17	5,43	100
1920	0,00	18,69	22,43	24,30	15,89	6,54	2,80	9,35	100

Fuente: Cuadro 7

\* Datos de los pacientes que fueron trasladados de los hospitales para dementes que fueron clausurados con la fundación de La Castañeda -el Divino Salvador para mujeres y el San Hipólito para hombres- sumados a los que ingresaron después de su fundación hasta el 31 de diciembre de 1910

Cuadro 8. Años de encierro promedio que duró el encierro en La Castañeda, 1910-1920

		Alta por solicitud de la familia	Muertos	Curados
1910*	H	6,5	3,3	0,4
	M	3,2	5,74	1,3
1910**	H	1,25	1,52	0,21
	M	1,73	1,73	1,46
1911	H	1,25	1,04	0,34
	M	2,1	2,4	1,01
1912	H	7,35	1,77	0,64
	M	0,98	2,87	2,25
1913	H	1	0,8	0,39
	M	1,08	8	0,29
1914	H	4,4	1,08	0,49
	M	3,25	0,28	0,17
1915	H	30	0,66	2,7
	M	40	9,3	2,59
1916	H	10,2	3,9	0,25
	M	7,2	9,9	0,83
1917	H	1,05	1,37	13,7
	M	0,95	3,2	13,8
1918	H	0,56	1,3	2,96
	M	2,5	4,8	0,22
1919	H	0,35	31,9	1,5
	M	0,27	26,2	6,81
1920	H	0,7	1,7	0,56
	M	0,57	2,9	0,45

**Fuente:** AHSS, Fondo Manicomio General, Sección Libros de Registro 1-9

\* Datos de los pacientes que fueron trasladados de los hospitales para dementes que fueron clausurados con la fundación de La Castañeda: el Divino Salvador para mujeres y el San Hipólito para hombres

\*\* Datos de los pacientes que ingresaron al Manicomio inmediatamente después de su fundación.

Cuadro 9. Instancias que remitieron a los pacientes de La Castañeda, 1910-1920

		Gobierno de la ciudad	Beneficencia Pública	Familia	Hospitales	Policía	El mismo paciente	Otros Estados	Juzgados	Cárceles	Prefecturas políticas	Otros	No especificado	Totales
1910*	H	57	4	8	5	--	--	--	--	--	--	--	--	74
	M	64	3	14	--	1	--	--	--	--	--	--	1	82
1910**	H	21	1	3	--	--	--	--	--	--	--	--	--	25
	M	12	3	4	--	--	--	--	--	--	--	--	1	19
1911	H	49	12	27	2	--	4	--	--	--	--	--	--	94
	M	13	1	23	2	--	--	--	--	--	--	--	2	39
1912	H	59	12	21	2	3	--	--	1	--	1	1	--	101
	M	24	7	15	1	--	--	--	--	--	--	--	--	47
1913	H	55	9	11	--	--	3	--	1	--	--	--	1	79
	M	16	6	32	2	--	--	--	--	--	--	--	1	56
1914	H	14	17	26	6	18	1	--	1	3	--	3	--	89
	M	6	2	12	3	16	--	--	--	--	--	--	--	39
1915	H	1	1	8	4	20	--	--	--	2	6	3	--	46
	M	--	2	8	5	9	--	1	--	--	8	--	--	32
1916	H	2	4	18	6	27	2	2	--	1	5	2	1	68
	M	--	3	8	3	9	--	1	--	--	3	2	--	30
1917	H	--	8	16	1	41	3	--	--	2	2	2	--	75
	M	1	5	12	--	11	--	1	--	2	4	--	--	36
1918	H	--	5	17	--	23	--	--	--	--	10	1	--	56
	M	--	2	13	--	17	--	--	--	--	6	--	--	38
1919	H	1	8	18	--	19	1	--	--	2	11	2	1	62
	M	1	3	10	1	11	--	--	--	--	3	--	--	29
1920	H	3	--	11	6	30	1	--	--	--	8	7	--	66
	M	--	--	11	4	18	--	--	--	--	5	2	6	41
<b>Total</b>		399	118	346	53	273	15	5	3	12	72	25	14	1323

Fuente: AHSS, Fondo Manicomio General, Sección Libros de Registro 1-9

\* Datos de los pacientes que fueron trasladados de los hospitales para dementes que fueron clausurados con la fundación de La Castañeda: el Divino Salvador para mujeres y el San Hipólito para hombres

\*\* Datos de los pacientes que ingresaron al Manicomio inmediatamente después de su fundación.

**Cuadro 10. Enfermedades diagnosticadas a los pacientes que ingresaron al Manicomio La Castañeda, 1910-1920**

Enfermedad	1910*		1910**		1911		1912		1913		1914		1915		1916		1917		1918		1919		1920		Total
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	
<b>Alcoholismo</b>																									
Alcoholismo	2	-	5	1	7	1	4	1	2	-	7	2	-	-	2	-	2	-	1	-	2	-	-	-	39
Alcoholismo agudo	-	-	-	-	3	-	12	-	5	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	22
Alcoholismo crónico	3	1	1	1	6	3	16	-	-	-	2	-	-	1	-	-	2	-	-	-	1	1	4	-	42
Amencia etílica	-	1	-	-	3	-	1	1	6	1	2	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	17
Delirio alcohólico	-	1	2	2	-	-	-	1	2	-	1	-	-	1	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	12
Delirium tremens	-	-	2	1	3	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7
Demencia alcohólica	1	-	-	-	2	1	3	1	6	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	17
Dipsomanía	-	-	1	-	-	-	1	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3
Embriaguez patológica	-	-	-	-	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5
Epilepsia alcohólica	-	-	-	-	4	-	2	2	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	11
Hipomanía alcohólica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Parálisis general etílica	-	-	-	-	-	1	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3
Polineuritis alcohólica	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Psicosis alcohólica	1	-	-	-	6	1	12	7	27	5	28	7	5	-	8	1	8	1	2	2	-	-	3	-	124
Psicosis korsakoff	-	-	-	1	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3
<b>Subtotal</b>	<b>7</b>	<b>3</b>	<b>12</b>	<b>6</b>	<b>40</b>	<b>8</b>	<b>51</b>	<b>13</b>	<b>53</b>	<b>7</b>	<b>43</b>	<b>11</b>	<b>6</b>	<b>2</b>	<b>10</b>	<b>1</b>	<b>14</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>8</b>	<b>1</b>	<b>307</b>

*Continúa*

**Cuadro 10. Enfermedades diagnosticadas a los pacientes que ingresaron al Manicomio La Castañeda, 1910-1920**

Enfermedad	1910*		1910**		1911		1912		1913		1914		1915		1916		1917		1918		1919		1920		Total
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	
<b>Neurosis</b>																									
Delirio de persecución	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3
Delusión paranoide	-	-	-	-	1	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1	-	-	5
Erotomanía	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
Excitación maniaca	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	-	-	1	5
Histeria	-	1	-	2	-	7	1	2	1	8	2	-	-	-	1	-	-	2	-	-	-	-	-	-	27
Lipemanía	-	-	-	1	-	1	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4
Locura intermitente	-	-	1	-	-	2	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4
Manía	1	-	-	-	-	1	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	5
Manía aguda	-	2	1	2	1	2	2	1	-	-	2	3	1	-	-	1	-	1	2	2	-	-	-	1	24
Manía crónica	4	7	1	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	16
Manía intermitente	-	-	-	-	2	-	-	-	1	-	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5
Melancolía crónica	1	1	-	1	-	1	1	2	1	2	-	-	-	-	-	-	1	-	1	1	-	-	1	2	16
Neurastenia psíquica	-	-	-	-	-	-	-	3	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4
Neurosis	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	2	-	-	-	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	5
Neurosis de las falanges	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Paranoia	1	-	-	-	2	1	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	1	1	1	-	11
Psicosis crónica	-	1	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
Psicosis intermitente	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	2	5
Psicosis maniaco depresiva	-	-	-	1	2	1	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-	2	2	-	1	-	1	1	-	13
<b>Subtotal</b>	7	17	3	9	9	16	5	13	8	14	8	4	1	1	3	1	5	5	7	4	2	4	5	6	<b>157</b>

*Continúa*

**Cuadro 10. Enfermedades diagnosticadas a los pacientes que ingresaron al Manicomio La Castañeda, 1910-1920**

Enfermedad	1910*		1910**		1911		1912		1913		1914		1915		1916		1917		1918		1919		1920		Total	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M		
<b>Demencias</b>																										
Amencia aguda	-	-	-	-	-	2	-	3	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6
Delirio	-	1	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	1	-	1	-	6
Delirio magnan	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Delirio polimorfo	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Demencia	3	-	1	1	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	1	9	
Demencia hebefrénica	1	-	-	-	1	-	-	2	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	1	9	
Demencia precoz	4	12	1	-	1	4	6	-	5	-	6	8	4	3	-	2	1	2	2	2	4	5	2	2	76	
Demencia postdelirante	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Demencia precoz catatónica	-	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	3	
Demencia precoz paranoide	-	1	1	-	-	-	1	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5	
Demencia senil	3	2	1	-	5	2	5	1	2	1	-	2	1	1	1	-	-	1	1	2	-	-	2	1	34	
Demencia vesánica	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	
<b>Subtotal</b>	<b>12</b>	<b>19</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>14</b>	<b>6</b>	<b>9</b>	<b>2</b>	<b>6</b>	<b>11</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>8</b>	<b>7</b>	<b>6</b>	<b>152</b>	
<b>Retardo mental</b>																										
Idiotismo	-	4	-	-	-	-	1	-	-	-	1	-	-	1	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	8
Imbecilidad	9	6	1	1	3	4	2	1	1	2	1	1	1	-	4	4	3	-	-	1	1	-	1	-	47	
<b>Subtotal</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>-</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>-</b>	<b>1</b>	<b>-</b>	<b>55</b>

Continúa



**Cuadro 10. Enfermedades diagnosticadas a los pacientes que ingresaron al Manicomio La Castañeda, 1910-1920**

Enfermedad	1910*		1910**		1911		1912		1913		1914		1915		1916		1917		1918		1919		1920		Total	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M		
<b>Epilepsia</b>																										
Epilepsia	20	27	4	2	12	2	10	10	7	4	9	4	4	6	7	6	8	7	7	10	6	3	8	6	189	
Neurosis epilépticas	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	
<b>Subtotal</b>	20	27	4	2	12	2	10	10	8	4	9	4	4	6	7	6	8	7	7	10	6	3	8	6	<b>190</b>	
<b>Sífilis</b>																										
Parálisis general progresiva ( <i>pgp</i> )	2		1		10		3	1	7		11		10		4		2		4		7		9	3	74	
Sífilis cerebral	1	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	
<b>Subtotal</b>	3	-	1	-	10	-	4	2	7	-	11	-	10	-	4	-	2	-	4	-	7	-	9	3	<b>77</b>	
<b>Criterios ambiguos</b>																										
Confusión mental	1	1	-	-	2	4	-	-	-	8	1	3	-	5	-	2	1	2	1	-	-	1	-	3	35	
Debilidad mental	2	-	-	-	1	-	-	-	2	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	7	
Enajenación mental	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	3	-	1	5	1	2	1	1	-	-	-	3	4	23	
<b>Subtotal</b>	3	1	-	-	3	4	-	-	2	8	3	6	1	6	5	3	3	3	2	-	1	1	3	7	<b>65</b>	
<b>Otros</b>																										
Morfinomanía	-	-	-	-	2	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	4	
Parkinson	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	
No tiene enfermedad mental	3	-	1	-	-	3	8	2	1	2	-	-	3	2	1	-	4	-	-	8	2	1	-	-	41	
No especificado	9	6	-	-	-	2	3	5	2	6	3	16	9	30	11	38	13	30	8	33	12	26	12	274		
<b>Subtotal</b>	12	7	1	-	2	3	11	5	6	4	6	3	19	11	31	11	42	13	30	16	36	13	26	12	<b>320</b>	
<b>TOTAL</b>	157		45		133		148		135		128		78		93		112		94		92		108		<b>1323</b>	

**Fuente:** AHSS, Fondo Manicomio General, Sección Libros de Registro 1-9

\* Datos de los pacientes que fueron trasladados de los hospitales para dementes que fueron clausurados con la fundación de La Castañeda: el Divino Salvador para mujeres y el San Hipólito para hombres

\*\* Datos de los pacientes que ingresaron al Manicomio inmediatamente después de su fundación.

## Anexo fotográfico



Foto 1. Entrada principal del Manicomio General el día de la inauguración en septiembre de 1910. Fototeca INAH, Fondo Culhuacán, inv. 353123



Foto 2. Habitación para los médicos.



Foto 3. Barda que rodeaba al Manicomio General. Fototeca INAH, Fondo Casasola 1, inv. 4125



Foto 4. Corredores que separaban los pabellones en el Manicomio General. Fototeca INAH, Fondo Casasola. Inv. 143754



Foto 5. Pabellón de Servicios Generales. Fototeca INAH, Fondo Casasola, inv.353136



Foto 6. Interior de la cocina del Manicomio General. Fototeca INAH, Fondo Culhuacán, inv. 366893





Foto 7. Auditorio del Manicomio General durante su inauguración. Fototeca INAH, Fondo Culhuacán, inv. 353010



Foto 8. Deteriorados baños del Manicomio. Fototeca INAH, Fondo Culhuacán, inv. 460824



Foto 9. Mortuorio del Manicomio General. Fototeca INAH, Fondo Culhuacán, inv. 362330



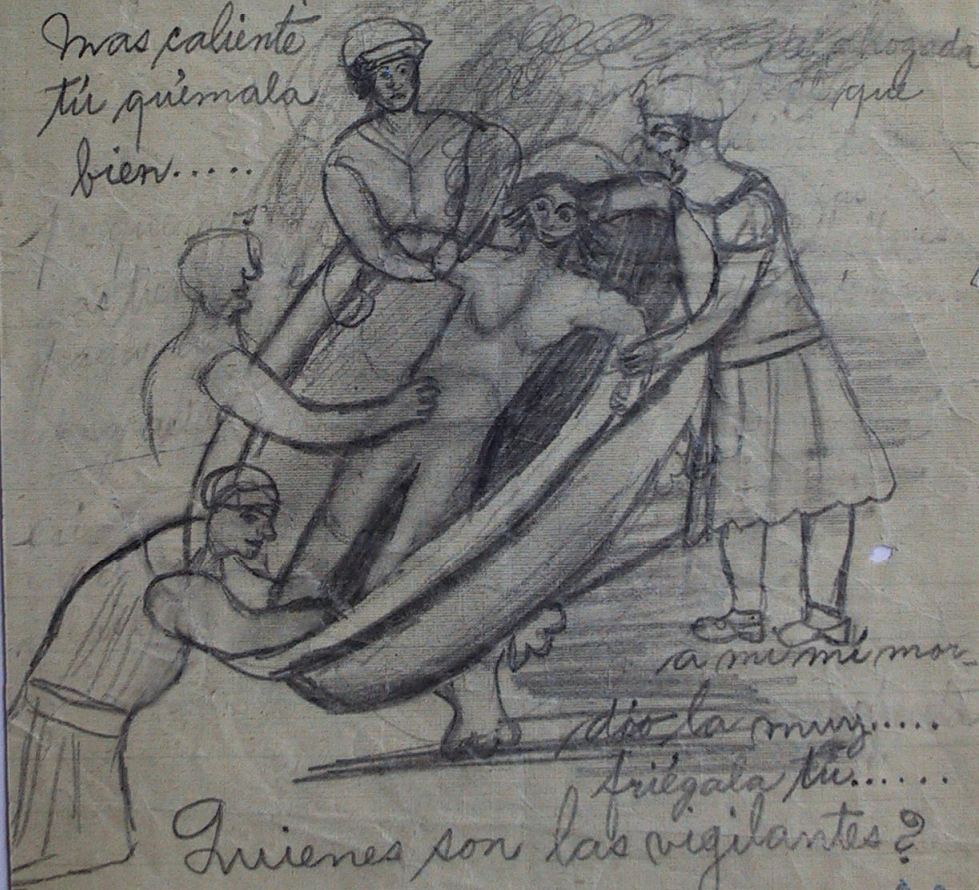
Dibujos de Consuelo





Todas las realidades  
que ve una loca furiosa  
del Manicomio los baños de tamento  
llamados por Shavola, de temperatura

Mas caliente  
tú quémala  
bien.....



a mi mi mor

dis la muy.....  
frígala tú.....

Quiénes son las vigilantes?  
los mismos demonios dicen las  
locas.....



Oye Piolas, no vayas  
Hoy al cine del  
Manicomio... porque  
pecas!... que importa, si al  
fin; dice mi Papá Calle,  
que no hay infierno...

Andale mano... vamos  
no seas hipócrita! pero siempre!  
fues que te lleven las diablas...  
les dicen... los diablos, me equivoco,





# Una Supernumeraria Jueva en el Manicomio

Ella.....  
Hasta que  
por fin, me  
enredé con  
un  
Loco...  
Severa



sera... cusca?  
Hombre... quien  
sabe!...  
Pero está muy  
ser...  
pero  
de la  
da...  
las tral  
nieke de  
monos...  
y dicen que  
es problema...  
por aqui

Tués dicen...  
en Servicios Generales... que es una...  
de uno de los Doctores... las lenguas

## Fuentes

### Archivos

Archivo Histórico de la Ciudad de México.

Archivo Histórico de la Facultad de Medicina.

- Fondo Escuela de Medicina y Alumnos

Archivo Histórico de la Secretaría de Salud.

- Fondo Beneficencia Pública, Sección Hospitales Psiquiátricos, Serie Manicomio General.
- Fondo Beneficencia Pública, Sección Establecimientos Hospitalarios, Serie Hospital del Divino Salvador y Serie San Hipólito.
- Fondo Manicomio General, Sección Expedientes Clínicos y Sección Expedientes de Personal

Biblioteca Xavier Clavijero de la Universidad Iberoamericana.

- Fondo Porfirio Díaz.

Centro de Estudios Sobre la Universidad.

- Fondo Escuela de Medicina

### Fuentes primarias

#### Artículos

ALVARADO, Miguel.

1883 "Apuntes para formar la historia del mal epiléptico", en *Gaceta Médica de México*, 18, pp. 449-459

Álvarez, Manuel

1900 "Proyecto de un Manicomio General para la Ciudad de México", en *El Arte y la Ciencia*, vol. II, núm. 7, pp. 97. En RODRÍGUEZ TRAMPOLÍN, Ida (1997). *La crítica de arte en México en el siglo XIX*, México: UNAM-Instituto de Investigaciones Estéticas.

ARAGÓN, Enrique.

1912. "Síndromes mentales", en *Gaceta Médica de México*, 7, pp.182-190

BANDERA, José María

1891 "Locos dañosos", en *Gaceta Médica de México*, 26, pp. 134.

CARAZA, Rafael.

1878 "Informe que el médico cirujano del Hospital de San Hipólito que suscribe, rinde sobre el estado mental de Marcelino Domingo", en *El Observador Médico*, no. 5, pp. 34-39.

ESCOMEL, Edmundo.

1925 "Reacción de Wassermann positiva sin sífilis en tres piorreicos. "La neurastenia wassermánica"', en *Gaceta Médica de México*, tomo 56, pp. 288-291

- ESPEJO, José.  
1840 "Histórico", en *Gaceta Médica de México*, 5, pp. 20.
- GONZÁLEZ UREÑA, José de Jesús.  
1913 "Psicoterapia para accidentes histéricos", en *Gaceta Médica de México*, 8, pp. 94-105.
- HIDALGO Y CARPIO, Luis  
1873 "Usos de la electricidad en la medicina", en *Gaceta Médica de México*, 13, pp. 485-496.  
1870 "Lecciones sobre la epilepsia considerada bajo el punto de vista de la medicina legal", en *Gaceta Médica de México*, 5, pp. 134-143
- LABADIE, Ferreol  
1887 "Contribución al estudio del hipnotismo en México", en *Gaceta Médica de México*, 23, pp. 450-459.
- LABASTIDA, Sebastián  
1879 "Estado que manifiesta el movimiento de enfermos habido en hospital de San Hipólito en el año de 1878, con relación a sus diagnósticos", en *Gaceta Médica de México*, 26, pp. 112..
- LÓPEZ Y MUÑOZ, Rafael,  
1875 "Discurso pronunciado en su inauguración en la Academia de Medicina de México", en *Gaceta Médica de México*, 10, pp. 128-131.
- MALANCO, Fernando,  
1897 "Conexión entre lo físico y lo moral del hombre. Ventajas que de ella puede sacar la Medicina", en *Gaceta Médica de México*, 37, pp. 406.  
1896 "Importancia del sistema nervioso en la vida humana", en *Gaceta Médica de México*, 33, pp. 569-579
- MEJÍA, Demetrio.  
1896 "Sobre la histeria", en *Gaceta Médica de México*, 33, pp. 458-468.  
1878 "Dos casos de histeria en el hombre", en *Gaceta Médica de México*, 13, pp. 473-479.
- MORALES PEREYRA, Samuel y Antonio ROMERO  
1898 "Exposición y proyecto para construir un manicomio en el Distrito Federal", en *Memorias del Segundo Congreso Pan-Americano de Medicina*, verificado en México, 16-19 de noviembre de 1896. México: Hoeack y Compañía Impresores y Editores, pp. 888-896
- OLVERA, José.  
1892 "Estudio médico-legal sobre la castración", en *Gaceta Médica de México*, 27, pp. 404-  
1891 "Asilo-prisión para "enajenados criminales" y reos presuntos de locura, Necesidad urgente de su creación", en *Gaceta Médica de México*, 26, pp.163-169.  
1889 "Examen de los reos presuntos de locura. Los peritos médico-legales están muchas veces en peligro de apasionarse ó de preocuparse", en *Gaceta Médica de México*, 24, pp. 33-44  
1888 "Algunos apuntes sobre el testamento de los tifoideos", en *Gaceta Médica de México*, 23, pp. 7-  
1884 "Juicios de interdicción en casos especiales", en *Gaceta Médica de México*, 18, pp. 401-410.

- 1870 "Discurso sobre causas de la nevrosis en México", en *El Observador Médico*, I, 4, pp. 49-54
- PARRA, Guillermo,  
 1885 "Algunas consideraciones sobre el hipnotismo desde el punto de vista terapéutico", en *Escuela de Medicina*, XIII, 8, pp. 197-198.
- PARRA, Porfirio.  
 1892 "Irresponsabilidad criminal fundada en un impulso de naturaleza patológica de causa pasional", en *Gaceta Médica de México*, 27, pp.100.
- PEÓN DEL VALLE, Juan.  
 1905 "Los alcohólicos y nuestro Código Penal", en *Gaceta Médica de México*, 5, pp. 91-103.
- RAMÍREZ, Juan  
 1870 "Juicio del que suscribe, sobre las causas de las nevrosis en México", en *El Observador Médico*, I, 4, pp. 55- 56.
- RODRÍGUEZ, Juan M.  
 1871 "Hecho curioso de hermafroditismo", en *Gaceta Médica de México*, 6, pp. 406.
- SOSA, Secundino  
 1893 "La responsabilidad en los epilépticos", en *Gaceta Médica de México*, 24, pp. 96-106
- SUAREZ GAMBOA, Ricardo  
 1910 "Las psiconeurosis quirúrgicas", en *Gaceta Médica de México*, 5, 3ª serie, pp. 250-255.
- VERGARA Y FLORES, L.  
 1893 "Neuropatía y aberración intelectual" en *Medicina Científica*, VI, 13, pp. 200-204.

## Tesis

- ALEMÁN PÉREZ, Jesús  
 1909 *Proyecto de profilaxis de las enfermedades venereo-sifilíticas en el Ejército*. Mecanoescrito
- ÁLVAREZ, José.  
 1904 *Las inyecciones intra-venosas de cianuro de mercurio en el tratamiento de la sífilis*. México: Tipografía y Litografía de A. y D. Aragón
- 1880 *Estudio teórico-práctico del tratamiento moral de la locura*. México: Imprenta de José Vicente Villada.
- AGUIRRE, Adolfo.  
 1900 *La neurastenia*. México: Imprenta de la Secretaría de Fomento.
- BANDERA, José María.

- 1895 *Necesidad de una ley que reglamente la admisión y salida de locos en establecimientos públicos*. México: Oficina Tipográfica de la Secretaría de Fomento.
- BONIFAZ DOMÍNGUEZ, MANUEL  
1917 *El alcoholismo*. México: Imprenta Franco-Mexicana S.A.
- CORRAL, Eduardo.  
1882 *Algunas consideraciones medico-legales sobre la responsabilidad legal de los epilépticos*. México, Tipografía de la Escuela Industrial de Huérfanos
- DE NICOLÁS, Eulogio  
1918 *Reacción Wasserman*. Mecanoescrito
- JIMÉNEZ, Buenaventura.  
1882 *La histeria en el hombre*. México4: Imprenta de Epifanio Orozco y Compañía.
- LAVISTA, Rafael.  
1895 *Relaciones entre medicina y jurisprudencia*. México: Oficina Tipográfica de la Secretaría de Fomento.
- LÓPEZ, Alejandro.  
1886 *Algunos cuidados especiales a los enajenados*. Cuernavaca: Imprenta del Gobierno de Morelos.
- LÓPEZ Y LIRA, Francisco  
1906 *El alcoholismo*. México: Imprenta de B. Acosta
- MALVERTI, José.  
1896 *Tratamiento sugestivo de la locura*. México: Imprenta de "El Partido Liberal".
- MONTES DE OCA, Vicente.  
1893 *Breve exposición de los principales tratamientos de la histeria, seguidos de un apéndice sobre locura histérica*. México: Oficina tipográfica de la Secretaría de Fomento.
- MONTES VARGAS, Ciro  
1905 *Las enfermedades venéreas y su profilaxis (Estudio médico-social)*. México: A. Carranza y Comp. Impresores
- MUÑOZ Y REVILLA, Luís.  
1875 *Breves apuntes sobre el tratamiento de las frenopatías*. Imprenta de Francisco Díaz de León.
- OLVERA, José.  
1895 *La epilepsia y la histeria, neurosis hereditarias y degenerativas ¿deben considerarse como impedimentos para el matrimonio?* México: Oficina Tipográfica de la Secretaría de Fomento.
- ONETO BARENQUE, Gregorio  
1924 *Un loco, un anómalo, ¿puede ser un responsable?* México:
- ORTIZ Y NÚÑEZ. Eliseo  
1920 *El alcoholismo desde el punto de vista médico-legal*. México: UNAM
- PARRA, Porfirio.  
1878 *Ensayo sobre la patogénia de la locura*. México: Tipografía Literaria.  
1895 *¿Según la psiquiatría, puede admitirse la responsabilidad parcial o atenuada?* México: Secretaría de Fomento.



- RAMIREZ DE ARELLANO, Nicolas.  
 1895 *El alcoholismo en México. Medidas que deben adoptarse para prevenirlo.* México: Secretaría de Fomento.
- RIVADENEYRA, Mariano.  
 1887 *Apuntes para la estadística de la locura en México.* México: Tipografía de la Secretaría de Fomento.
- RODILES, Francisco.  
 1885 *Breves apuntes sobre la histeria, seguidos de un apéndice sobre la locura histérica.* México: Imprenta de la Secretaría de Fomento.
- ROJAS, Ernesto.  
 1909 *La histeria psíquica.* México: Imprenta de Miguel Corona.  
 1908 *Epilepsias criminales.* México: Imprenta de A. Carranza y Comp.
- ROMÁN, Alberto.  
 1898 *Responsabilidad médico-legal en las personas afectadas de histeria.* México: Imprenta y encuadernación de Hoeck y Hamilton.
- RUIZ, Gustavo.  
 1877 *La herencia en sus aplicaciones médico legales.* México: Imprenta del Comercio Dublan y Chavez.
- SABINO, Casarín  
 1903 *Alcoholismo y matrimonio.* México: Tipografía y Litografía "La Europea" de J. Vera Aguilar y comp..
- SALINAS Y CARBÓ, A.  
 1870 *Breves consideraciones sobre la embriaguez bajo el punto de vista médico-legal.* México, Tipografía de la Escuela Industrial de Huérfanos.
- SOSA, Secundino  
 1895 *Valor de los dictámenes médicos en los casos de irresponsabilidad criminal y de incapacidad por trastornos mentales.* México: Secretaría de Fomento.
- ZAMARRIPA, Joaquín.  
 1892 *Contribución al estudio médico legal de los alienados.* México: Tipografía de la Escuela Industrial de Huérfanos.

### **Manuales de medicina legal**

- HIDALGO Y CARPIO, Luís.  
 1866 *Introducción al estudio de la medicina legal mexicana.* México: Imprenta de Ignacio Escalante.  
 1877 *Compendio de medicina legal arreglado a la legislación del Distrito Federal.* México: Imprenta de Ignacio Escalante. 2 Vol.
- ZAYAS ENRÍQUEZ, Rafael de  
 1885 *Fisiología del crimen: estudio jurídico-sociológico.* Veracruz: Tipografía de Rafael de Zayas, 2 tomos.

## Bibliografía

- ABRAMS, Peter.  
2006 "Notes on difficulty of studying the state", en Sharma, A y Gupta A (comps), *The Anthropology of the State, A reader*. Malden: Blackwell Publishing, pp. 112-130
- ÁLVAREZ AMÉZQUITA, José  
1960 *Historia de la salubridad y la asistencia en México*, 4 Vol., México: Secretaría de Salubridad y Asistencia Pública.
- ÁLVAREZ-URÍA, Fernando.  
1983 *Miserables y locos. Medicina mental y orden social en la España del siglo XIX*. Barcelona: Tusquets.
- AGOSTONI, Claudia  
2005 ""Que no traigan al médico". Los profesionales de la salud entre la crítica y la sátira (ciudad de México, siglos XIX y XX)", en SACRISTÁN, Cristina y PICCATO, Pablo (coords), *Actores, espacios y debates en la historia de la esfera pública en la ciudad de México*. México: Instituto Mora, Instituto de Investigaciones Históricas, pp. 97-120
- 2003a "Los infinitamente pequeños: debates y conflictos en torno a la bacteriología, (Ciudad de México, siglos XIX al XX)", en Claudia Agostoni y Elisa Spekman (editoras), *De normas y transgresiones: discursos, prácticas y sanciones. Ensayos de historia social (Argentina, Brasil y México, 1850-1950)*. México: Instituto de Investigaciones Históricas.
- 2003b *Monuments of Progress. Modernization and Public Health in Mexico City, 1876-1910*. University of Calgary Press, University Press of Colorado, Instituto de investigaciones Históricas, UNAM.
- 2001 "Salud pública y control social en la ciudad de México a fines del siglo diecinueve", en *Historia y Grafía*, 17, pp. 73-97
- 1999 "Médicos científicos y médicos ilícitos en la ciudad de México durante el porfiriato", en *Estudios de Historia Moderna y Contemporánea de México*, 19, pp. 13-31
- BARTRA, Roger  
2004 *Trasgresión y melancolía en el México colonial*. México: UNAM
- BARRÓN, Luís  
2004 *Historias de la Revolución mexicana*. México: Centro de Investigación y Docencia Económicas – Fondo de Cultura Económica.
- BASTIDE, Roger  
1975 *Sociología de las enfermedades mentales*. México: Siglo XXI.
- BERKSTEIN KANAREK, Cecilia  
1981 *El Hospital del Divino Salvador para mujeres dementes*. México: Tesis de Licenciatura en Historia, ENAH.
- BERRIOS, Germán  
1996 *The History of Mental Symptoms. Descriptive Psychopathology since the Nineteenth Century*. Cambridge: Cambridge University Press.
- BEVERIDGE, Allan



- 1998 "Life in the Asylum: patients' letters from Morningside, 1873-1908", en *History of Psychiatry*, IX, pp. 431-469.
- 1995 "Madness in Victorian Edinburgh: a study of patients admitted to the Royal Edinburgh Asylum under Thomas Clouston, 1873-1908. Part. I", en *History of Psychiatry*, VI, pp. 21-54 y 113-156
- BEVERIDGE, Allan y Edward RENVOIZE
- 1989 "Mental illness and the late Victorians: a study of patients admitted to three asylums in York, 1880-1884", en *Psychological Medicine*, 19, pp. 19-28
- BLISS, Katherine
- 1999 "The Science of Redemption: Syphilis, Sexual Promiscuity, and Reformism in Revolutionary Mexico City", en *Hispanic American Historical Review*, 79:1, pp. 1-40
- BORGES, Dain
- 1993 "Puffy, Ugly, Slothful and Inert. Degeneration in Brazilian Social Thought, 1880-1940", en *Journal of Latin American Studies*, 23, pp. 166-187.
- BRAILOWSKY, Simón.
- 1999 *Epilepsia. Enfermedad sagrada del cerebro*. México: Fondo de Cultura Económica.
- BRICEÑO SENOSIAIN, Lillian
- 2005 "La moral en acción. Teoría y práctica durante el porfiriato", en *Historia Mexicana*, LV:2, octubre-diciembre, pp. 419-460.
- CALDERÓN NARVÁEZ, Guillermo.
- 2002 *Las enfermedades mentales en México. Desde los mexicas hasta el final del milenio*. México: Ed. Trillas.
- CARRILLO, Ana María.
- 2002 "La profesión médica ante el alcoholismo en el México Moderno", en *Cuicuilco*, 9, XXVI, pp. 295-314.
- 1998 "Profesiones sanitarias y lucha de poderes en el México del siglo XIX", en *Asclepio*, vol. L, núm. 2, pp. 149-168
- CARVAJAL, Alberto
- 2001 "Mujeres sin historia. Del Hospital de La Canoa al Manicomio La Castañeda", en *Secuencia. Revista de Historia y Ciencias Sociales*, 51, pp. 31-55
- CASTELL, Robert
- 1980 *El orden psiquiátrico. La edad de oro del alienismo*. Madrid: La Piqueta.
- CASTLES, Stephen y Mark MILLER
- 2004 *La era de la migración. Movimientos internacionales de población en el mundo moderno*. México: Universidad Autónoma de Zacatecas, Cámara de Diputados LIX Legislatura.
- CUADRIELLO AGUILAR, Jaime Genaro
- 1983 *La arquitectura en México (1853-1920. Ensayo para el estudio de sus tipos y programas*. Tesis de Licenciatura en historia del Arte. Universidad Iberoamericana
- CHAUVELOT, Diane

- 2001 *Historia de la histeria. Sexo y violencia en lo inconsciente*. Madrid: Alianza Ensayo.
- CHÁVEZ GARCÍA, P  
 1997 *Análisis de los expedientes clínicos de del manicomio General La Castañeda de 1910 a 1920*. México: tesis de licenciatura en psicología, UNAM
- CHÁZARO, Laura,  
 2002 "Historia, medicina y ciencia: pasado y presente de sus relaciones", en CHÁZARO (comp), pp. 17-37  
 1994 "El pensamiento sociológico y el positivismo a fines del siglo XIX en México", en *Sociológica*, 9, (26), pp. 39-75.
- CHÁZARO, Laura, (comp).  
 2002 *Medicina, ciencia y sociedad en México, siglo XIX*. Michoacán: El Colegio de Michoacán y Universidad Michoacana.
- DE LA FUENTE, Ramón y CAMPILLO, C  
 1976 "La psiquiatría en México: una perspectiva histórica", en *Gaceta Médica de México*, 111 (5), pp. 421
- DE LA FUENTE, Ramón  
 1989 "Psiquiatría", en SOBERÓN, G., KUMATE, J., LAGUNA, J. (comps) *La salud en México. Testimonios 1988. Especialidades médicas en México. Pasado, presente y futuro*. México: Fondo de Cultura Económica, tomo IV (1), pp. 421.
- DE LOS REYES, Aurelio  
 1996 *Cine y sociedad en México, 1896-1930*. 2 Vols. México: Instituto de Investigaciones Estéticas, UNAM
- DELGADO JORDÁ, Ixchel  
 1998 *Mujeres públicas bajo el Imperio. Prostitución en la ciudad de México durante el Imperio de Maximiliano (1864-1867)*. Tesis de Maestría en Historia. El Colegio de Michoacán.
- DIDI-HUBERMAN, Georges  
 2003 *Invention of Hysteria. Charcot and the Photographic Iconography of the Salpêtrière*. Cambridge: Massachusetts Institute of Technology Press.
- DIGBY, Anne  
 1983 "Changes in the Asylum: The Case of York, 1777-1815", in *The Economic History Review*, New Series, Vol. 36, No. 2, pp. 218-239.
- DÖRNER, Klaus.  
 1975 *Ciudadanos y locos. Historia social de la psiquiatría*. Taurus: Madrid
- ESTRADA URROZ, Rosalina  
 2001 "Del mercurio al 606", en *Elementos: Ciencia y Cultura*, junio-agosto, vol. 8, pp. 47-53.
- FERNÁNDEZ DEL CASTILLO, Francisco.  
 1956 *Historia de la Academia Nacional de Medicina de México*. México: Editorial Fournier.
- FLORES Y TRONCOSO, Francisco de Asís  
 1982 *Historia de la medicina en México desde la época de los indios hasta el presente*. México: Instituto Mexicano del Seguro Social, 4 tomos.

- FOUCAULT, Michael.  
 2001 *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica.* México: Siglo XXI.  
 2000 *Los anormales.* México: Fondo de Cultura Económica.  
 1996 *La vida de los hombres infames.* Argentina: Editorial Altamira.  
 1987 *Enfermedad mental y personalidad.* México: Ed. Paidós  
 1976 *Yo, Pierre Rivière, habiendo degollado a mi madre, mi hermana y mi hermano... Un caso de parricidio en el siglo XIX.* Barcelona: Tusquets.
- GABARD, Krin y Glen GABARD.  
 1987 *Psychiatry and the Cinema.* Chicago: Chicago University Press,
- GARCÍA, Genaro.  
 1911 *Crónica oficial de las fiestas del primer centenario de la independencia de México.* México: Talleres del Museo Nacional.
- GARCIADIEGO, Javier  
 2004 "La Revolución", en *Nueva Historia Mínima de México.* El Colegio de México, pp. 225-261
- GARRABÉ, Jean.  
 1996 *La noche oscura del ser. Una historia de la esquizofrenia.* México: Fondo de Cultura Económica,  
 1993 *Diccionario taxonómico de psiquiatría.* México: Fondo de Cultura Económica.
- GAUCHET, Michel y SWAIN, Gladys.  
 2000 *El verdadero Charcot. Los caminos imprevistos del inconsciente.* Buenos Aires: ediciones Nueva Visión.
- GEERTZ, Clifford.  
 1992 *La interpretación de las culturas.* Barcelona: Ed. Gedisa.
- GOFFMAN, Erving  
 2001 *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales.* Buenos Aires: Amorrortu.  
 1970 *Estigma. La identidad deteriorada.* Buenos Aires: Amorrortu.
- GOLDSTEIN, Jan  
 1987 *Console and Classify. The French Psychiatric Profession in the Nineteenth Century.* Cambridge: Cambridge University Press.  
 1982 "The Hysteria Diagnosis and the Politics of Anticlericalism in Late Nineteenth-Century France", en *The Journal of Modern History*, vol. 54, No. 2, pp. 209-239.
- GONZÁLEZ DURO, Enrique.  
 1999 "El final de la histeria", en *Revista de la Asociación Especializada en Neuropsiquiatría*, XIX, 71, pp. 421-435.
- GORDON GREER, Robert  
 1966 *The Demographic Impact of the Mexican Revolution, 1910-1921.* Master of Arts Thesis, University of Texas.
- GROB, Gerald  
 1994 *The Mad Among Us: A History of the Care of American's Mentally Ill.* Cambridge: Harvard University Press

- 1983 *Mental Illness and American Society, 1875-1940*. Princeton: Princeton University Press
- GROS, Frédéric  
2000 *Foucault y la locura*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
- HART, John Mason  
1991 *El México revolucionario. Gestación y proceso de la Revolución Mexicana*. México: Alianza Editorial
- HUERTAS GARCÍA-ALEJO, Rafael.  
2001 "Las historias clínicas como fuente para la historia de la psiquiatría: posibles acercamientos metodológicos", en *Frenia. Revista de Historia de la Psiquiatría*, I (2), pp. 7-37  
1991 *El delincuente y su patología. Medicina, crimen y sociedad en el positivismo argentino*. Madrid: C.S.I.C.  
1987 *Locura y degeneración. Psiquiatría y sociedad en el positivismo francés*. Madrid: C.S.I.C.
- IBÁÑEZ ROJO, Vicente.  
2003 "Consecuencias psicológicas y psiquiátricas de la guerra", en *El Médico. Diario Electrónico de la Sanidad*, No. 862. Consultado en [www.medynet.com/elmedico/informes/informe/guerra.htm](http://www.medynet.com/elmedico/informes/informe/guerra.htm).
- IZQUIERDO, José Joaquín.  
1956 *El Brownismo en México*. México: Imprenta universitaria.  
1934 *Balance del cuatricentenario de la fisiología en México*. México: Ediciones Ciencia.
- JACKSON, Stanley  
1989 *Historia de la melancolía y la depresión desde los tiempos hipocráticos a la época moderna*. Madrid: Ed. Turner.
- JONES, Kathleen  
1972 *A History of Mental Health Services*. Londres: Routledge & Kegan Paul.
- JOSEPH, Gilbert y D. Nugent  
1994 *Everyday Forms of State Formation: Revolution and the negotiation of Rule in Modern Mexico*. Durham and London: Duke university Press.
- KIGHT, Alan  
1996 *La Revolución Mexicana. Del porfiriato al nuevo régimen constitucional*. 2 vols. México: Grijalbo
- LAING, R. D y A. Easterson  
2001 *Cordura, locura y familia. Familias de esquizofrénicos*. México: Fondo de Cultura Económica.
- LERNER, Paul.  
2000 "Psychiatry and Casualties of War in Germany, 1914-18", en *Journal of Contemporary History*, Vol. 35, No. 1, pp. 13-28.
- LEWKOWICZ, Ignacio  
2004 *Pensar sin Estado. La subjetividad en la era de la fluidez*. Buenos Aires: Paidós.
- LÓPEZ PIÑERO, José María.

- 1985 *Orígenes históricos del concepto de neurosis*. España: Alianza Universidad.
- MACKENZIE, Charlotte.  
 1985 "Social factors in the admission, discharge, and continuing stay of patients at Ticehurst Asylum, 1845-1917", en W. F. BYNUM, Roy PORTER, y Michael SHEPHERD, *Anatomy of Madness. Essays in the History of Psychiatry*: 1 vok, Tavistock; London, pp. 147- 173
- MACMICHAEL REESE, Carol  
 2004 "Nacionalismo, progreso y modernidad en la cultura arquitectónica de la ciudad de México, 1900", en WIDDIFIELD, Stacie. *Hacia otra historia del arte en México. La amplitud del modernismo y la modernidad (1861-1920)*. México: Arte e Imagen - Conaculta
- MANCILLA VILLA, Marta Lilia  
 2001 *La locura de la mujer durante el porfiriato*. México: Círculo Psicoanalítico Mexicano.
- MARTÍN-BARÓ, Ignacio  
 1984 "Guerra y salud mental", publicado en la revista *Estudios Centroamericanos*, No. 429/430, pp. 503-514.
- MATUTE, Álvaro  
 1995 *Historia de la Revolución Mexicana 1917-1924: Las dificultades del nuevo estado*. México: El Colegio de México.  
 1991 "Salud, familia y moral social (1917-1920)", en *Históricas. Boletín del Instituto de Investigaciones Históricas*, 31, pp. 25-34
- MCGOVERN, Constance  
 1986 "The Myths of Social Control and Custodial Oppression: Patterns of Psychiatric Medicine in Late Nineteenth Century Institutions", en *Journal of Social History*, XX: 1, pp. 3-23
- MELLING, Joseph y Bill FORSYTE  
 2006 *The Politics of Madness. The State, Insanity and Society in England, 1845-1914*. Routledge, London and New York
- MICALE, Mark  
 1985 "The Salpêtrière in the Age of Charcot: An Institutional Perspective on Medical History in the Late Nineteenth Century", in *Journal of Contemporary History*, Vol. 20, No. 4, pp. 703-731.
- MOORE Barrington.  
 1996 *La injusticia: las bases sociales de la obediencia y la rebelión*. México: UNAM.
- MURIEL, Josefina  
 1956 *Hospitales de la Nueva España*. México: Jus
- NACIF MINA, Jorge  
 1986 *La policía en la historia de la Ciudad de México (1524-1928)*. México: Secretaría General de Desarrollo Social del Distrito Federal.
- NUIJTEN, M  
 2003 *Power, Community and the State: The Political Anthropology of Organization in Mexico*. London: Pluto Press.
- NÚÑEZ CETINA, Saydi

- 2005 *Delito, género y transgresiones: los discursos sobre la criminalidad femenina en la ciudad de México, 1877-1910*. Tesis de Maestría en Estudios de Género. El Colegio de México.
- PÉREZ MONTFORT, Ricardo. (comp)  
1997 *Hábitos, normas y escándalo. Prensa, criminalidad y drogas durante el porfiriato tardío*. México: CIESAS-Plaza y Valdes.
- PÉREZ-RINCÓN, Héctor  
1998 *El teatro de las histéricas. De cómo Charcot descubrió entre otras cosas, que había histéricos*. México: Fondo de Cultura Económica.
- PÉREZ TAMAYO, Ruy  
1988 *El concepto de enfermedad. Su evolución a través de la historia*. Vol. I y II. México: Fondo de Cultura Económica, CONACYT, UNAM,
- PEWZNER, Ewelyne  
1999 *El hombre culpable. La locura y la falta en occidente*. México: Fondo de Cultura Económica, Universidad de Guadalajara.
- PICCATO, Pablo.  
1997a "La construcción de la perspectiva científica: miradas porfirianas a la criminalidad", en *Historia Mexicana*, XLVII, julio-septiembre, pp. 133-181.  
1997b "No es posible cerrar los ojos". El discurso sobre la criminalidad y el alcoholismo hacia el fin del porfiriato", en PÉREZ MONTFORT, Ricardo. (comp)
- PLOTKIN, Mariano Ben  
2001 *Freud in the Pampas: The Emergence and Development of a Psychoanalytic Culture in Argentina*. Stanford: Stanford University Press
- PORTER, Roy.  
2003 *Breve historia de la locura*. España: Fondo de Cultura Económica.  
1989 *Historia social de la locura*. Barcelona: Editorial Crítica  
1987 *Mind-Forg'd Manacles: A History of Madness in England, from the Restoration to the Regency*. Cambridge: Harvard University Press.
- POSTEL, Jacques y Claude QUETEL (comps)  
1987 *Historia de la psiquiatría*. México: Fondo de Cultura Económica.
- PRESTWICH, Patricia  
2003 "Female alcoholism in Paris, 1870-1920: the response of psychiatrists and families", en *History of Psychiatry*, 14 (3), pp. 321-336.  
1994 "Family strategies and Medical Power: "Voluntary" Committal in Parisian Asylum, 1876-1914", en *Journal of Social History*, XXVII: 4, pp. 799-818.
- PULIDO ESTEVA, Diego  
2004 *Imágenes de la locura en el discurso de la modernidad. Salud mental y orden social a través de las visiones médicas, criminológica, legal y literatura (Ciudad de México, 1881-1910)*. Tesis de Licenciatura en Historia. UNAM.
- QUEVEDO Y ZUBIETA, Salvador  
1927 *México manicomio. Novela histórica contemporánea. (Época de Venustiano Carranza)*. Madrid: Espasa-Calpe, S.A.

- RAMÍREZ, Román  
 1884 *El Manicomio: Informe escrito por comisión del Ministro de Fomento*. México: Oficina Tip de la Secretaría de Fomento.
- RAMÍREZ MORENO, Samuel  
 1934 "Datos históricos sobre los manicomios y la psiquiatría en México", en *Revista Mexicana de Psiquiatría, Neurología y Medicina Legal* 1, pp. 7-19.
- RAMÍREZ PLANCARTE, Francisco  
 1941 *La ciudad de México durante la revolución constitucionalista*. México: Ed. Botas.
- RAMOS DE VIESCA, María Blanca  
 2000 "La hidroterapia como tratamiento de las enfermedades mentales en México en el siglo XIX", en *Salud Mental*, 23: 005, pp. 41-46  
 1998 "El proyecto y la construcción del Manicomio General La Castañeda", en *Salud mental*, 21 (3), pp. 19-25
- RÍOS, Andrés  
 2005 "*La Loca and Manicomio*. Representations of Women Insanity During the Golden Age of Mexican Films", in *Journal of International Women's Studies*, vol. 7, n° 4, pp. 209-221.  
 2004 "Locos letrados frente a la psiquiatría mexicana a inicios de siglo XX", en *Frenia. Revista de Historia de la Psiquiatría*, VI:2, pp. 17-35.
- RIVERA CAMBAS, Manuel  
 1880 *México pintoresco, artístico y monumental*. México: Imprenta de la Reforma.
- RIVERA GARZA, Cristina  
 2002 "La vida en reclusión: cotidianeidad y Estado en el Manicomio General La Castañeda (México, 1910-1930)", en ARMUS, Diego (comp), *Entre médicos y curanderos. Cultura, historia y enfermedad en la América Latina moderna*. Argentina: Editorial Norma, pp. 179-219  
 2001a "Dangerous minds: Changing psychiatric Views of the mentally Ill in Porfirian Mexico, 1876-1911", en *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, 56:1, pp. 36-67  
 2001b ""She neither Respected nor Obeyed Anyone": Inmates and Psychiatrist Debate Gender and Class at the General Insane Asylum La Castañeda, Mexico, 1910-1930", en *Hispanic American Historical Review*, 81:3-4, pp. 653-688.  
 2001c "Por la salud mental de la nación: vida cotidiana y Estado en el Manicomio General de La Castañeda, México, 1910-1930", en *Secuencia. Revista de Historia y Ciencias Sociales*, 51, pp. 57-89
- RODRÍGUEZ, Martha Eugenia  
 1997 "Semanarios, gacetas, revistas y periodicos médicos del siglo XIX mexicano", en *Boletín del Instituto de Investigaciones Bibliográficas*, 2 (I), pp. 61-96.
- RODRÍGUEZ DE ROMO, Ana Cecilia  
 2002 "Claudio Bernard en la medicina mexicana", en CHÁZARO (comp), pp. 65-83

- RODRÍGUEZ KURI, Ariel
- 2000 "Desabasto, hambre y respuesta política, 1915", en RODRÍGUEZ KURI e ILLADES (comps), pp. 133-164.
  - 1996 "El año cero: el Ayuntamiento de México y las facciones revolucionarias (agosto 1914-agosto 1915)", en RODRÍGUEZ KURI e ILLADES (comps), pp. 191-220
- RODRÍGUEZ KURI, Ariel y María Eugenia TERRONES
- 2000 "Militarización, guerra y geopolítica: el caso de la ciudad de México en la Revolución", en *Relaciones*, 84: XXI, pp. 177-216
- RODRÍGUEZ KURI., Ariel y Carlos ILLADES (comps)
- 2000 *Instituciones y ciudad,. Ocho estudios históricos sobre la ciudad de México*. México: Ediciones ¡UníoS!
  - 1996 *Ciudad de México. Instituciones, actores sociales y conflicto político, 1774-1931*. México: UAM-El Colegio de Michoacán.
- ROTHMAN, David.
- 1980 *The Discovery of the Asylum. Social Order and Disorder in the Early Republic*. Boston: Little Brown.
- RUIZ, Luís.
- 1963 *Apuntes históricos de la Escuela Nacional de Medicina*. México: UNAM.
- RUIZ-VARGAS, José María.
- 2006 "Trauma y memoria de la Guerra Civil y la dictadura franquista", en *Hispania Nova. Revista de Historia Contemporánea*, 6, pp. 5-39
- RUIZ ZEVALLOS, Augusto
- 1994 *Psiquiatras y locos. Entre la modernización de los Andes y el nuevo proyecto de modernidad; Perú, 1850-1930*. Lima: Instituto Pasado y Presente.
- SACRISTÁN, María Cristina.
- 2006 "Para integrar a la nación. Terapéutica deportiva y artística en el manicomio de La Castañeda en un momento de reconstrucción nacional, 1920-1940", Ponencia presentada al Coloquio Internacional Curar, sanar y educar. Salud, enfermedad y sociedad en México, siglos XIX y XX, Ciudad de México.
  - 2005a "Por el bien de la economía nacional. Trabajo terapéutico y asistencia pública en el Manicomio de La Castañeda de la ciudad de México, 1929-1932", en *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, vol. 12, n. 3, pp. 675-692.
  - 2005b "Historiografía de la locura y de la psiquiatría en México. De la hagiografía a la historia posmoderna", en *Frenia. Revista de Historia de la Psiquiatría*, V:1, pp. 9-34
  - 2005c ""La locópolis de Mixcoac" en una encrucijada política: reforma psiquiátrica y opinión pública, 1929-1933", en SACRISTÁN, Cristina y PICCATO, Pablo (coords), *Actores, espacios y debates en la historia de la esfera pública en la ciudad de México*. México: Instituto Mora, Instituto de Investigaciones Históricas, pp. 199-232
  - 2003 "Reformando la asistencia psiquiátrica en México. La granja de San Pedro del Monte: los primeros años de una institución modelo, 1945-



- 1948", en *Salud Mental. Revista del Instituto Nacional de Psiquiatría*, v. 26, n. 3, pp. 57-65.
- 2002 "Entre curar y contener. La psiquiatría mexicana ante el desamparo jurídico, 1870-1944", en *Frenia. Revista de Historia de la Psiquiatría*, II:2, pp. 61-80.
- 2001 "Una valoración sobre el fracaso del Manicomio La Castañeda como institución terapéutica, 1910-1944", en *Secuencia. Revista de Historia y Ciencias Sociales*, 51, pp. 91-120.
- 2000 "Resistir y asistir. La profesión siquiátrica a través de sus instituciones hospitalarias", en ILLADES, Carlos y Ariel RODRIGUEZ KURI, (comps), pp. 187-216.
- 1999 *Locura y justicia en México. La psiquiatría, la familia y el individuo frente a la modernidad liberal: el caso Raygoza (1873-1875)*. Tesis de Doctorado en Antropología Social. Universitat Rovira i Virgili.
- 1996 "Hacia una sociedad de individuos. Estado, familia y tutela de los incapaces según el Código Civil de 1870 para el Distrito Federal", en ILLADES, Carlos y RODRIGUEZ KURI (comps), pp. 55-80.
- 1994 *Locura y disidencia en el México Ilustrado*. México: El Colegio de Michoacán- Instituto Mora
- 1992 *Locura e Inquisición en la Nueva España*. México: Fondo de Cultura Económica - El Colegio de Michoacán.
- SANTOYO, Antonio.
- 1996-1997 "Los afanes de higienización de la vida pública y privada (ciudad de México, último tercio del siglo XIX)", en *Historias*, 37, octubre-marzo, pp. 59-75.
- SAURÍ, Jorge
- 1996 *Historia de las ideas psiquiátricas. El naturalismo psiquiátrico*. Buenos Aires: Ed. Lohlé Lumen
- 1984 *Las histerias*. Buenos Aires: Nueva Visión
- SCOTT, James.
- 2000 *Los dominados y el arte de la resistencia: discursos ocultos*. México, Ed. Era
- 1985 *Weapons of the Weak: Everyday Forms of Peasant Resistance*. New Haven: Yale university press.
- SCULL, Andrew
- 1993 *The most solitary of afflictions. Madness and Society in Britain 1700-1900*. Yale University Press; New Haven and London.
- 1979 *Museums of Madness. The Social organization of Insanity in Nineteenth-Century England*. New York: St. Martin's Press
- SCHREBER, Daniel-Paul.
- 1991 *Memorias de un enfermo de nervios*. México: Editorial Sextopiso.
- SHORTER, Edward
- 2005 *A Historical Dictionary of Psychiatry*. New York: Oxford University Press.
- 1997 *A History of Psychiatry. Form the Era of the Asylum to the Age of Prozac*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- 1975 *The Making Modern Family*. New York: Basic Books Inc., Publishers.

- SOMOLINOS D'ARDOIS, Germán  
 1976 *Historia de la psiquiatría en México*. México: SepSetentas
- SOURINA, Jean-Charles  
 1990 *A History of Alcoholism*. Oxford: Basil Blackwell Ltd.
- SPECKMAN, Elisa.  
 2004 "El Porfiriato", en *Nueva Historia Mínima de México*. El Colegio de México, pp. 192-224  
 2001 "La identificación de los criminales y los sistemas ideados por Alphonse Bertillon: discursos y prácticas", en *Historia y Gráfica*, 17, pp. 99-129.
- SUTTON, John  
 1991 "The Political Economy of Madness: The Expansion of the Asylum in Progressive America", en *American Sociological Review*, Vol. 56, pp. 665-678
- SZASZ, Thomas.  
 1961 *The Myth of Mental Illness: Foundations of a Theory of Personal Conduct*. New York: Hoeber-Harper,
- URÍAS HORCASITAS, Beatriz.  
 2004 "Degeneracionismo e higiene mental en el México posrevolucionario (1920-1940)", en *Frenia. Revista de Historia de la Psiquiatría*, vol IV, núm. 2, pp. 37-67.
- VALDÉS FERNÁNDEZ, M  
 1995 *La salud mental en el Porfiriato. La construcción de "La Castañeda"*. México: tesis de licenciatura en historia, UNAM
- VAN YOUNG, Eric  
 2001 "Auge y caída de una utopía", en *Secuencia. Revista de Historia y Ciencias Sociales*, 51, pp. 11-29.  
 1999 "The New Cultural History Comes to Old Mexico", en *Hispanic American Historical Review*, LXXIX: 2, pp.
- VEZZETI, Hugo  
 1983 *La locura en la Argentina*. Buenos Aires: Folios.
- VIESCA, Carlos  
 1998 "El proyecto construcción del Manicomio General La Castañeda", en *Salud Mental*, 21 (3), pp. 19-25.
- WEINER, Dora.  
 2002 *Comprender y curar. Philippe Pinel (1745-1826), la medicina de la mente*. México: Fondo de Cultura Económica.
- ZERMEÑO, Guillermo  
 2003 *La cultura moderna de la historia: una aproximación teórica e historiográfica*. México: El Colegio de México.