BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA

FACULTAD DE FILOSOFÍA Y LETRAS

COLEGIO DE HISTORIA

TESIS QUE PARA OBTENER EL GRADO DE LICENCIADA EN HISTORIA

PRESENTA EVA BERENICE RAMÍREZ VELASCO

TITULO

LA ADMINISTRACIÓN DEL MANICOMIO DE SAN ROQUE ANTE LOS PARADIGMAS CIENTÍFICOS DEL SIGLO XX Y LA CONSTRUCCIÓN DEL ESTADO POSREVOLUCIONARIO. (1900-1952)

DIRECTORA: BEATRIZ LUCIA CANO SÁNCHEZ

6 de diciembre de 2024

Índice

Índice……..2
Agradecimientos……..4
Introducción……..5

Capítulo 1. El desarrollo de la psiquiatría. Contexto mundial
Introducción……13
1.1. Un panorama general sobre la psiquiatría……13
1.2. Los avances de la psiquiatría en Europa……...19
1.2.1. Francia……19
1.2.2. Alemania……27
1.2.3. Italia……..29
1.2.4. España……32
1.2.5. Inglaterra……37
1.3. La psiquiatría en América……43
1.3.1. Argentina……43
1.3.2. Chile……46
1.3.3. Colombia……52
1.3.4. Brasil……54
1.3.5. Cuba……58
1.3.6. Estados Unidos y Canadá……60

Capítulo 2. La atención a los enfermos mentales en la Ciudad de México (siglos XVIII a XX)
Introducción……65
2.1. La concepción de la locura a finales del siglo XVIII……66
2.2. La adopción de paradigmas extranjeros en el siglo XIX……67
2.3. La modernización de la atención a la locura en el siglo XX……75
2.4. Los manicomios en la República: el caso de la ciudad de México……90
2.4.1. El hospital de San Hipólito……90
2.4.2. El hospital del Divino Salvador……92
2.4.3. El Manicomio General La Castañeda……..97
2.4.4. Las granjas hospital y el cierre de La Castañeda……...109

Capítulo 3. La atención a los enfermos mentales en la República Mexicana

Introducción……..117
3.1. Los hospitales para la atención de los enfermos mentales en México.....117
3.2. La atención a la enfermedad mental en algunos estados……118
3.2.1. Jalisco……118
3.2.2. Aguascalientes……..132
3.2.3. Nuevo León……...138
3.2.4. Veracruz……148
3.2.5. Michoacán……159

3.2.6. Yucatán……..162

Capítulo 4. Historia del hospital de San Roque en Puebla. De su origen a mediados del siglo XX
Introducción……..167
4.1. El hospital de San Roque. De su origen y funcionamiento en el virreinato…167
4.2. La atención a la locura en la Puebla decimonónica……...168
4.3. Los hospitales de dementes a finales del siglo XIX……...170
4.4. El manicomio durante la época revolucionaria……...175
4.4.1. La creación de la Proveeduría General……188
4.4.2. El pago de los pensionistas……195
4.4.3. La presencia del tifo en los hospitales de dementes……..198
4.5. Los manicomios durante el gobierno de Venustiano Carranza……202
4.6. Los manicomios durante los gobiernos de los sonorenses……...207
4.7. Nuevos paradigmas en la atención a la locura en la década de 1930……214
4.8. De manicomio a sanatorio psiquiátrico……222
4.9. La asistencia privada……228

Capítulo 5. La administración en el hospital de San Roque
Introducción……..231
5.1. La conformación del gremio médico en Puebla……..231
5.2. El conocimiento médico sobre la locura en Puebla……233
5.3. La Beneficencia Pública y la salubridad en Puebla……239
5.3.1. Los funcionarios de la Beneficencia Pública……240
5.4. Los procedimientos de ingreso de las pacientes……247
5.5. Procedimientos de egreso……..255
5.5.1. Conflictos entre los familiares y la Administración……..256
5.5.2. Las fugas y salidas forzadas……..259
5.5.3. El retraso en los pagos……261
5.5.4. Factores externos……264
5.5.5. Sobrepoblación……266
5.5.6. Diagnósticos equivocados……..266
5.5.7. Por fallecimiento……...267
5.6. La atención a las enfermas……268
5.7. Los empleados del hospital de San Roque……271
5.8. Conflictos entre los empleados……..273
5.9. Ingresos económicos adicionales……274
5.10. La vida cotidiana en el hospital……...277
5.10.1. La alimentación……..277
5.10.2. La vestimenta de los internos e internas……279
5.10.3. La política de visitas a las enfermas……...281
5.10.4. Los tratamientos a los pacientes……282
5.11. Servicios en los hospitales de dementes: luz eléctrica y teléfono……288

Conclusiones……..292
Bibliografía……..301

Agradecimientos

A mis padres Fernando Ramírez Domínguez y Rosalina Velasco Velasco por su apoyo incondicional, amor y la motivación que me han dado a lo largo de la vida.

A mi hijo Adrián Fernando por ser luz en mi existencia e impulsarme a seguir mis metas.

A mi directora, la doctora Beatriz Lucía Cano Sánchez por su apoyo, motivación, recomendaciones y por todo lo que le aprendí. A mis lectores, el Dr. José Carlos Blázquez y la Maestra María del Pilar Paleta Vázquez por sus sugerencias y minuciosa lectura de la tesis.

A mis amigas Belén, Gaby y María por apoyarme personal y académicamente, y por compartir conmigo su sabiduría y su amistad.

A Rogelio por su apoyo, paciencia, consejos y amor.

A los profesores y profesoras del Colegio de Historia que con una acción o palabra me brindaron confianza para concluir la carrera.

Al grupo de Bienestar Emocional y terapeutas que me acompañaron durante esta etapa.

A Denis Pérez y el personal del Archivo General del Estado de Puebla por su atención y apoyo para realizar esta investigación.

Introducción

Cuando falleció mi abuelo paterno en mayo de 2014, un pariente me dijo que el último día su vida tuvo una rutina agradable. Pese a que pocos días antes había salido del hospital por un problema cardiaco, esa mañana se levantó sintiéndose alegre, fue a visitar a unos amigos, escuchó un disco de tangos y por la tarde noche, de forma imprevista, partió. Tras conocer esta anécdota, adopté un gusto por el tango que me llevó a conocer la Balada para un loco de Astor Piazolla y Horario Ferrer, donde se mezcla la fantasía alegre de un personaje enamorado que alcanza a reconciliarse con la rutina de su enamorada y la sensibilidad de una nación que atravesaba cambios sociales y políticos.[1] Ese fue mi primer acercamiento con la locura, sin saber que después sería mi tema de investigación. Después de mi ingreso al Colegio de Historia, me sorprendió saber que a unas cuantas cuadras se encontraba el edificio de San Roque que, hasta finales del siglo pasado, había funcionado como hospital de mujeres dementes. Este asunto me llamó la atención porque no entendía la razón de que un hospital de ese tipo se encontrara en el centro. Unos años después, en agosto de 2019, el ex Hospital volvió a estar en el centro de la atención, pues se denunció la desaparición de algunas piezas de cantera y se responsabilizó a la empresa BARA Operadora de Centros Culturales, la cual, de manera irregular, adquirió el comodato del inmueble en 2014 tras la desaparición del Instituto de Artesanías e Industrias Populares del Estado de Puebla, el cual había ocupado el edificio desde el año 2000. Pasaron algunos años para que el edificio se rehabilitara, gracias a las gestiones que en noviembre de 2021 realizó el exgobernador Miguel Barbosa, quien propuso convertirlo en la “Casa de las Regiones”.

En junio de 2023, el recinto fue inaugurado por el gobernador Sergio Salomón Céspedes con el nombre de Centro Cultural San Roque, el cual ha sido utilizado para albergar algunas exposiciones y se han realizado algunos eventos privados. Aunque la sociedad debió celebrar el rescate del inmueble, lo cierto es que la atención pública se centró en cuestiones sensacionalistas, debido a que durante los trabajos que se realizaron en el recinto, la prensa local omitió o tergiversó las opiniones de arqueólogos e historiadores (Reyes ,2021; Rivera, 2022; Televisa, 2022; Tv azteca Puebla, 2022; Canal 13 Puebla, 2022; Reyes, 2023), a fin de crear una “leyenda negra” sobre el hospital, el cual se consideró un sitio de “dolor” y de “abuso”, sin tener en cuenta la temporalidad, los diferentes usos que tuvo el edificio a lo largo de su historia y sobre todo, la necesidad de que no se estigmatizara a los pacientes. A propósito de ello, Huertas (2001; 2012) señala que se debe evitar el juzgar desde el presente las teorías y prácticas sobre la enfermedad mental, lo que llama *interpretación whig*, y sugiere no ensalzar a los personajes o a ciertos eventos como si hubieran sido determinantes en el desarrollo de la atención a los enfermos

[1] Para más información sobre la historia y significado de esta canción puede verse Canal Encuentro. (15 septiembre de 2017). *Cómo hice: Balada para un loco (capítulo completo)-Canal Encuentro* [Video]. Youtube. https://www.youtube.com/watch?v=dZ2oilDODb0

mentales. Por ejemplo, la ciencia alienista y la psiquiatría estuvieron influenciadas por el contexto social y político, lo que legitimó o mermó la autoridad de los médicos sobre los pacientes. Lo mismo sucede cuando se presenta a los hospitales de dementes como instituciones de coerción, tal como lo hizo Michel Foucault en su momento, pues ello genera algún tipo de prejuicio. No se puede ocultar que en muchos momentos y lugares ocurrieron negligencias y abusos hacia los enfermos mentales, pero estas circunstancias favorecieron la formación de movimientos sociales y científicos en pro de ellos, como fueron el movimiento de la higiene mental en las primeras décadas del siglo XX y la anti psiquiatría en la década de 1970.

Para ofrecer una valoración adecuada de lo acontecido en los hospitales y con los enfermos mentales, se debe tener en cuenta las circunstancias que favorecieron los abusos así como los vacíos legislativos, la carencia de recursos económicos, la mala logística de las instituciones de beneficencia, la falta de capacitación y empatía por parte del personal, y la intolerancia de la sociedad hacia los enfermos. De esta manera la psiquiatría revisionista o crítica, nacida en la década de 1960, ha analizado a la locura como una construcción social y a las instituciones relacionadas como instrumentos de control (Huertas, 2001). En este sentido, Michel Foucault ha interpretado a la enfermedad mental como el producto de diferentes tecnologías de poder en donde el entrenamiento del cuerpo se consigue con la acción del médico como juez y carcelero que ejerce vigilancia en el aspecto biológico; del hospital como máquina de curación y vigilancia que contempla a los enfermos y al personal subalterno; de los tratamientos que modifican gradualmente la conducta del paciente, y del sistema piramidal de vigilancia del cual el enfermo forma parte, lo que contribuye a reproducir la noción de anormalidad al observar a sus pares, pero no es un sujeto pasivo sino que logra negociar con la autoridad e interpretar su propia condición. (Foucault, 2003). Sin embargo, Huertas (2001; 2012) recomienda tener ciertas reservas con respecto a las teorías de Foucault, quien en su momento tuvo cierta cercanía con el movimiento anti psiquiátrico.

En este sentido, es importante definir lo que se entiende como locura. Ríos (2004) advierte que como no se puede comprobar si en los expedientes realmente se describían casos de enfermedad mental, lo que ocasionaría que incurriéramos en la *interpretación whig,* la palabra “loco” debe utilizarse para hablar de los habitantes del manicomio. Por su parte, Huertas (2001) define a la alienación como la pérdida de la identidad para articular a un sujeto y su historia. Este autor menciona que resulta relevante estudiar a la locura desde un enfoque histórico, pues se puede generar una reflexión sobre la manera en que actualmente son atendidos los enfermos mentales, además de que se podría desvincular la condición de salud de la noción de déficit. Es de advertir, desde la anterior perspectiva, que cuando se presentó el proyecto de rehabilitación de San Roque para convertirlo en un centro cultural, se presentaron diversos cuestionamientos sobre el hospital psiquiátrico Rafael Serrano, el cual sustituyó a San Roque a finales del siglo XX, pues se criticó

su modelo de atención por no salvaguardar los derechos humanos de los pacientes (Reyes, 2021; Lanzagorta, 2021; Camarillo, 2022; MTP noticias, 2022). El estudio de la mente, y sobre todo de sus problemas, ha sufrido constantes transformaciones. Hipócrates propuso una perspectiva dualista que situaba el alma en el cerebro, perspectiva que se mantendría vigente hasta una buena parte del siglo XIX. Esta visión dualista adquirió una faceta religiosa, sobre todo en la Edad Media, lo que favoreció que diversas órdenes religiosas fundaran instituciones para atender a los enfermos mentales (Plumed, 2005; Huertas, 2012; Novella, 2013a; Hidalgo, 2016; Sanfelippo, 2018).

La visión dualista también se reflejó en algunos enfoques relacionados con el estudio de la personalidad, tales como la frenología y la hipnosis. Con el auge del materialismo, en la segunda mitad del siglo XIX, aparecieron otras teorías como el degeneracionismo y el darwinismo social que afirmaban la supervivencia de los individuos o la fatalidad de su existencia, de acuerdo a la perpetuación de sus caracteres y la influencia del régimen de vida (Plumed, 2005; Novella, 2013a; Hidalgo, 2016; Salazar, 2017). Esta ideología se reforzaría en el siglo XX con otros paradigmas científicos como la eugenesia que, desde el ámbito de la psiquiatría, tuvo su expresión en la higiene mental (Ríos, 2016). Para entender las particularidades de la psiquiatría se le debe estudiar desde sus diferentes contextos: político, religioso, científico y social. De hecho, su antecesor, el movimiento alienista buscó realizar una reforma social basada en la filantropía, la secularización de los establecimientos de caridad, la apertura a la colaboración con personas ajenas al gremio médico y el establecimiento del manicomio entendido como instrumento de curación (Sacristán, 2001a; Stagnaro, 2015b). Es importante mencionar que el alienismo no fue el único tratamiento que se utilizó, pues también se recurrió al de tipo abierto que se usaba en Inglaterra y en Bélgica. Sería hasta inicios del siglo XX cuando se pasó del alienismo a la psiquiatría, pues, si bien la aceptación del *open door* no fue inmediata, la reclusión como paradigma empezaba a decaer (Huertas, 1988, 1991).

Es importante mencionar que en la primera mitad del siglo XX, algunos países latinoamericanos apostaron por la construcción de manicomios nacionales para demostrar la modernidad alcanzada, pero el éxito o el fracaso de estos proyectos estaba relacionado con la centralización de la atención y la tecnología aplicada. Lo contrario sucedió en los manicomios particulares, muchos de ellos dirigidos por grupos religiosos, que fueron precursores en la incorporación de terapias innovadoras y en la atención de los pacientes. Un aspecto a resaltar es el compromiso que la comunidad ha asumido en el cuidado de los enfermos mentales no peligrosos, sobre todo en medios aislados y rurales lo que fue retomado por la anti psiquiatría. Conti (2015) menciona que este tipo de acciones han facilitado la salvaguarda de los derechos de los enfermos. Este tipo de atenciones han hecho realidad la propuesta del médico francés Phillipe Pinel, quien en el siglo XIX apelaba a la liberación de los locos. La concepción que se tiene de la locura es lo que ha

determinado el tipo de tratamientos que se aplican, mismos que pasaron del método empírico a la búsqueda de la lesión orgánica por el método científico. Los primeros tratamientos de los que se tienen conocimiento se basaban en la teoría humoral de Hipócrates y se aplicaban baños, sangrías, cirugía, ungüentos y herbolaria. A finales del siglo XIX e inicios del XX, se empleó una terapéutica que utilizaba la tecnología para inducir el shock por sustancias y electricidad, así como otras que actuaban sobre la subjetividad a partir del psicoanálisis. La atención se volvió colectiva y se eliminó el estigma que existía sobre ciertos grupos por su género, profesión, clase y raza, además de que las instituciones redujeron su personal tras la incorporación de los psicofármacos (Golcman, 2017b; SanFelippo, 2018).

En esta investigación se estudiará el Hospital de San Roque en el período de 1910 a 1950, años en los que se produjo una transición del modelo psiquiátrico y de innovación terapéutica. Para cumplir con tal tarea, se realizó una investigación documental en el fondo Hospital de Dementes del Archivo General del Estado de Puebla, asimismo se consultaron materiales bibliográficos que permitieran contextualizar la información. En este fondo se consultaron tres rubros: Administración, Reglamentos y Asilados, Ordenatas y Botica. La mayor parte de las investigaciones han puesto especial atención en el Manicomio General la Castañeda de la ciudad de México, el cual ha sido denominado la “cuna de la psiquiatría” nacional, debido a que los médicos adscritos a esta institución fueron capaces de incorporar los cambios de los paradigmas científicos. El Manicomio desaparecería en la época de la emergencia de la anti psiquiatría. En este sentido, analizar los casos de otros manicomios de la República Mexicana, me permitirá mostrar que a pesar de la centralización del conocimiento en la ciudad de México, en los Estados se establecieron hospitales para la custodia y recuperación de los pacientes mentales, los cuales se rigieron por la idiosincrasia particular de cada región, el apoyo que les otorgaban las Beneficencias Públicas locales, los apoyos económicos y el conocimiento científico que los médicos tenían. En lo que respecta a San Roque, la mayor parte de las investigaciones centran su atención en el periodo porfiriano, motivo por el que es oportuno analizar qué sucedió en el lapso de 1910 a 1950, a fin de tratar de entender cómo es que este hospital sobrevivió hasta la década de 1980, pese a las carencias que sufría en diversos ámbitos como la infraestructura o la atención a las enfermas. Autores como Sacristán (2003; 2008) y Remartínez (2018) mencionan que las terapéuticas de la primera mitad del siglo XX buscaban reintegrar al paciente a la comunidad, además de reconocerle su valor productivo.

Esta investigación parte de las siguientes preguntas: qué tipo de administración tenía San Roque, qué tipo de pacientes atendía, qué tipo de modelo arquitectónico se aplicó en el diseño del hospital, cuáles eran las particularidades en la atención a las enfermas, qué tipo de actividades realizaban, cómo evolucionó su terapéutica, cómo se desarrolló el estudio de la enfermedad mental en la entidad, cómo incidieron esos estudios en el manejo administrativo y médico del manicomio,

en qué se diferenciaba este hospital de otras instituciones tanto locales como nacionales, cómo afectó la política a su administración y por qué permaneció en el espacio que ocupó desde sus orígenes. Es importante mencionar que la inestabilidad política que se vivió en el Estado, entre los años de 1910 y 1930, ocasionó que el hospital tuviera una situación complicada, pues la carencia de un presupuesto invariable provocó diversos cambios en su organización administrativa que conllevaron a la reducción de su personal. La falta de recursos también ocasionó que el edificio sufriera diversos deterioros en su estructura. Otro de los problemas que sufrió fue la sobrepoblación, pues el número de enfermas superó, en varios momentos, la capacidad del edificio, lo cual originó otras situaciones como conflictos entre las mismas internas y que se tuviera que modificar el horario de trabajo de las empleadas para contar con personal suficiente para la vigilancia nocturna. Lo anterior no resultó un impedimento para que se introdujeran nuevas ideas en la atención a los enfermos mentales, lo que propició que se comenzara a generar un sentimiento de empatía hacia ellos y que se emitieran reglamentos que buscaban mejorar sus condiciones de vida. Así, por ejemplo, se introdujo la terapia ocupacional y la posibilidad de salir los domingos del hospital, aunque debían ir acompañados de un pariente.

En las décadas de 1930 y 1940, las autoridades del hospital buscaron el apoyo de los familiares para facilitar la reinserción de las enfermas en la sociedad, pero esta estrategia no siempre cumplió con las expectativas pues en los expedientes se podía observar que ocurrieron algunos abusos. Es de destacar que al igual que en otros Estados, en Puebla el cuidado de los pacientes mentales no sólo estaba supeditado a las instituciones oficiales sino que también existió intervención de la iniciativa privada. De hecho, algunos de los sanatorios privados estatales todavía subsisten, aunque la mayoría ha sido sustituida por instituciones modernas. Esta tesis se divide en cinco capítulos. En el primero se brinda un panorama general sobre el desarrollo del alienismo en el siglo XIX. Para ello se revisara la forma en la que se trataba la locura en algunos países europeos (Francia, Alemania, Italia, España e Inglaterra) y americanos (Argentina, Chile, Colombia, Brasil, Cuba, Estados Unidos y Canadá). Existen ciertas coincidencias en los países con influencia anglosajona, pues se formaron asociaciones de especialistas que adoptaron teorías, hoy en día censurables, como la frenología. A diferencia de los países católicos en los que las órdenes religiosas asumieron la gestión de los hospitales de dementes, por lo menos hasta que se generaron los procesos de secularización. En este contexto, los médicos comenzarán a tener mayor influencia en la atención de los enfermos mentales, aunque ello no estuvo exento de que se segregaran a algunos grupos por motivos raciales, clasistas, xenófobos o ideológicos, sobre todo en los momentos en los que la teoría de la degeneración y la eugenesia adquirieron relevancia. También se muestran las diversas circunstancias que tuvo que atravesar la psiquiatría para consolidarse y la aparición de políticas regulatorias, como la referente a los psicotrópicos, durante el auge de la higiene mental. Otro aspecto a destacar es la transición del modelo custodial al

de rehabilitación como paradigma de integración, en el que se replantea el papel de la familia como garante de la terapia, la necesidad de que existiera uniformidad en la enseñanza de la psiquiatría y la valoración de la subjetividad de los usuarios.

El segundo capítulo centra su atención en la atención que se daba a los enfermos mentales en la Ciudad de México. Se busca entender de qué manera se definía de la locura, cómo y quién asumía el cuidado y vigilancia de los enfermos y qué tipo de atención hospitalaria se implementó en la capital del país. Se analizan los hospitales de dementes que se establecieron desde la época virreinal y que lograron sobrevivir hasta los primeros años del siglo XX. En estos nosocomios se observó el cambio de paradigma de la medicina hipocrática al de la etiología sustentada en el daño orgánico. Este último enfoque sería sustituido por el paradigma higienista que demandaba nuevas estrategias de atención, motivo por el que se creó el Manicomio General La Castañeda que, de acuerdo con Sacristán (2005a), no cumpliría con las expectativas porque no se le dio continuidad al proyecto. Aunque los médicos tuvieron una autoridad limitada en la administración de los hospitales, se les permitió definir cuáles eran aquellas condiciones mentales que no estaban permitidas en la sociedad, lo cual ocasionó algunas pugnas con los abogados en la definición de las conductas transgresoras, en las que se vieron involucrados puntos de vista de tinte moral y filosófico. Con la consolidación de la psiquiatría en el siglo XX, no sólo surgió la primera generación de médicos graduados en esta área, sino también una prensa especializada lo que derivó en la incorporación de nuevos diagnósticos y tratamientos que contribuyeron a la desaparición de la Castañeda, al establecimiento del modelo semiabierto y la emergencia del movimiento anti psiquiátrico.

En el tercer capítulo se analiza la manera en la que se atendió a los dementes en varios Estados de la República (Jalisco, Aguascalientes, Nuevo León, Veracruz, Michoacán y Yucatán), a fin de conocer sus especificidades. Este ejercicio comparativo tiene el objetivo de ofrecer un enfoque menos centralista de la historiografía de la locura. En estos Estados, la atención a la enfermedad mental estuvo a cargo de las órdenes religiosas, aún después de los procesos de secularización gracias a la presencia de la Beneficencia Privada que apoyo a algunos de los manicomios que se establecieron en estas entidades. La presencia de las órdenes no resultó un impedimento para que se buscara la especialización del personal, así como la modernización de los tratamientos. En el caso de las instituciones de Beneficencia Pública, en general se observa que no aplicaron estrictamente el modelo de separación de hombres y mujeres, como sucedió en la ciudad de México, y buscaron crear pabellones en los que se pudiera atender al mayor número de pacientes, y de ese modo evitar los gastos que implicaba el traslado de los enfermos al centro del país. Al igual que lo que ocurrió en la capital del país, en los manicomios estatales se observó una formalización de la enseñanza de la psiquiatría, la creación de clínicas y de prensa especializada, la incorporación

de tecnologías y métodos novedosos y la creación de nuevos espacios en sintonía con los paradigmas de la higiene mental.

En el cuarto capítulo se mostrará la historia del hospital de San Roque en Puebla desde su creación, a finales del siglo XVI, hasta 1950. Al igual que otros de los hospitales del país, éste fue fundado por una orden religiosa que se encargó de su administración hasta la década de 1830 cuando se realizó la secularización de diversas instituciones. Tras la secularización, la atención a los enfermos mentales se especializó, pues San Roque se destinó para las mujeres mientras que los hombres serían enviados al Hospital de Santa Rosa. Se analizarán los factores políticos, económicos y sociales que incidieron en la gestión del manicomio de mujeres, pero también se hace un breve recuento de lo que aconteció en el de los hombres para evidenciar si existieron variaciones en la gestión de los dos nosocomios. En este capítulo se muestran distintos cambios que se produjeron en San Roque a raíz de su integración como una dependencia de la Beneficencia Pública, las vicisitudes que tuvieron que afrontar a causa de las carencias económicas que ocasionaron diversos problemas como la disminución del personal, el deterioro del edificio y la carencia de pagos a los empleados, sólo por mencionar algunos. También se presenta la forma en la que se incorporaron nuevas terapias en la atención a las pacientes que buscaban la integración de las enfermas a la sociedad, los conflictos que existían entre los empleados y la Beneficencia, así como entre ellos mismos lo que provocó su remoción por alterar el orden que imperaba en el interior de la Institución, las dificultades que tuvo el Hospital para solventar sus gastos a causa de la falta de pago de las pensionistas, y la influencia indirecta que tuvo la prensa en la gestión de los manicomios.

En el quinto capítulo se examina el desarrollo de la psiquiatría en Puebla, desde la formación del gremio de médicos del estado en el siglo XIX hasta la preparación de los especialistas de la salud en las primeras décadas del siglo XX. Se observará la interrelación que existió entre los hospitales y otras dependencias pertenecientes a la Beneficencia Pública, misma que buscaba establecer condiciones similares en los nosocomios pero no siempre se cumplió el objetivo, a tal grado que una queja constante de los directores de los hospitales era la carencia de recursos humanos, de una infraestructura adecuada y de los materiales terapéuticos necesarios para la atención de los pacientes. Aunque se buscó renovar los nosocomios de Santa Rosa y San Roque, los proyectos no se llevaron a la práctica por las carencias económicas. Pese a todo, los pacientes de Santa Rosa serían reubicados en el Hospital General, pero el de San Roque permaneció en su espacio original hasta la década de 1980. También se presenta la perspectiva que los médicos tenían sobre la enfermedad mental, lo cual significó un cambio en los criterios de atención a los pacientes que incluyó, entre otras cosas, los tratamientos con psicofármacos y la terapia laboral. Se dedican unos apartados para hablar sobre las políticas de ingreso y egreso de las pacientes, mismas que no estuvieran exentas de conflicto lo que motivó a las autoridades a establecer una serie de

protocolos que garantizaran la seguridad de las pacientes. Asimismo, se presentan aspectos de la vida cotidiana de las pacientes, el tipo de vestuario que utilizaban, la variedad de alimentos que se le proporcionaban, las actividades que realizaban y los conflictos que se suscitaban entre las empleadas y las internas, y entre las mismas internas.

Como se puede observar, esta investigación busca contribuir no sólo al conocimiento del hospital de San Roque como institución, sino también evidenciar la manera en la que se integraron los nuevos conocimientos de la psiquiatría en la atención de las enfermas mentales y retratar la vida cotidiana de un nosocomio que tuvo una larga existencia. Aunque ha sido objeto de estudio por algunos investigadores e investigadoras, lo cierto es San Roque todavía tiene muchas historias que contar.

Capítulo 1. El desarrollo de la psiquiatría. Contexto Mundial

Introducción

En este capítulo se ofrece un panorama general sobre cómo fue entendida la enfermedad mental en el continente europeo y americano después de la aparición del movimiento alienista a finales del siglo XVIII. Se pone atención en la transición del alienismo, el cual contemplaba la asociación entre la mente y el alma, al paradigma psiquiátrico que consideraba, entre otras cosas, que la enfermedad mental era producto de una lesión orgánica. En algunos casos, se observó que la atención de los enfermos mentales no sólo correspondió a las autoridades civiles, sino que participaron algunas órdenes religiosas en el entendido que la "atención social" era tarea de la Iglesia. Al mismo tiempo, aparecieron algunas pseudocorrientes que la buscaban explicar como la frenología o la hipnosis. También se presentarán los modelos de hospitales abiertos que proponían la reincorporación gradual a la comunidad y la desestigmatización de las condiciones mentales, a través de expansión de las prácticas psiquiátricas hacia la comunidad en general. En el siglo XX, se puede apreciar, en los casos que se presentan, la consolidación de organizaciones especializadas en regulación de las prácticas médicas, el control de sustancias psicoactivas y la organización y especialización de las personas que atendían a los enfermos mentales. Este capítulo se divide en tres apartados: en el primero se presenta un panorama general sobre la psiquiatría entre los siglos XIX y XX para entender cuál fue su desarrollo. El segundo aborda los avances de la psiquiatría en países europeos como Francia, Alemania, Italia, España e Inglaterra; mientras que en el tercero se exponen los casos de países americanos como Argentina, Chile, Colombia, Brasil, Cuba, Estados Unidos y Canadá. La intención de este capítulo es mostrar los avances en cada país, las teorías dominantes y los modelos que se aplicaron en la atención a la enfermedad mental.

1.1. Un panorama general sobre la psiquiatría

Antes de explicar cómo se construyó la psiquiatría en el siglo XIX, es importante aclarar que a fines del siglo XVIII y los primeros años del XIX existía una perspectiva dualista sobre la enfermedad mental sustentada en la idea de que el alma residía en el cerebro. Esta idea había sido propuesta por Hipócrates, quien creía que la personalidad humana se desarrollaba en el cerebro y que el desequilibrio de los humores podía afectar el comportamiento. Cuando se abandonó la concepción de que el alma residía en el cerebro, éste se comenzó a estudiar en su sustrato material y las acciones humanas se consideraron, desde el siglo XV, un producto del libre albedrío y del vitalismo, con lo que se rechazaron los modelos anatomopatológicos y fisiopáticos. De hecho, el pensamiento tomista decía que el alma era la encargada de animar al organismo en sus facultades intelectuales, nutritivas, sensitivas e intelectuales. Con la aparición del evolucionismo y del materialismo alemán, en el

siglo XIX, la enfermedad mental se consideró como una manifestación corporal (Hidalgo, 2016; Sanfelippo, 2018). Esta postura sería criticada por el papa León XIII, quien, en 1879, pidió que se retomaran los escritos de Santo Tomas para explicar el equilibrio entre el cuerpo y el alma. Como algunos alienistas retomaron la idea del alma para explicar la locura, sus teorías tuvieron cierto nivel de difusión debido a respondían a intereses morales, políticos y religiosos que evidenciaban una preocupación por el desequilibrio de las operaciones del alma (Plumed, 2005; Novella 2013a).

Resulta importante mencionar que existió un debate entre la escuela francesa y la alemana sobre la locura y su tratamiento. La primera destacaba que ésta se encontraba relacionada con la fisiología, mientras que la segunda proponía que la conducta dependía de la influencia de los buenos hábitos. La interacción existente entre lo físico y lo moral explicaba el por qué se entendía a la medicina como *el arte de curar*, sea por remedios físicos o por medio de la medicina filosófica,[2] lo que para Huertas (2012) significó cierta autoridad de la ciencia psiquiátrica, pero que al mismo tiempo haría surgir otras corrientes como el espiritualismo que se enfrentarían a teorías que decían basarse en "argumentos más científicos" como la frenología, el magnetismo animal y el eclecticismo. La última, por ejemplo, sostenía que la manifestación de la anormalidad fisiológica se explicaba por la mancomunidad de la voluntad, la inteligencia y la sensibilidad (Novella, 2013a; Hidalgo, 2016). También es necesario mencionar que la religión, al igual que la filosofía, tuvo un papel central en la manera en que se administraba la asistencia a los enfermos mentales. En algunas ocasiones, los religiosos se convertían en testigos de lo que acontecía en el interior del hospital, otras veces ejercían su poder sea por su colaboración en proyectos asistenciales o por su enfrentamiento con el gremio médico respecto a la construcción del discurso sobre lo qué era la locura y su tratamiento. Lo anterior evidenciaba que la secularización de la conciencia fue un proceso largo. La definición del cerebro como asiento de las funciones psíquicas superiores y sitio donde residía la personalidad, permitió la aparición de disciplinas independientes a la medicina como la psicología y la fisiología. [3]

La idea de que la modernidad tenía un efecto sobre la psique contribuyó a abrir un debate sobre los problemas mentales, mismos que no podían estudiarse sólo desde sus causas físicas como sucedía con el trauma o shock[4], el cual fue

[2] Huertas (2012) advierte que la filosofía era entendida como la ciencia suprema del ser humano, misma que, desde tiempos de Platón, se encargaba de estudiar el dominio físico y moral. La medicina filosófica postulaba que la condición física del individuo afectaba sus pasiones y viceversa, de tal forma que la mente estaba en constante construcción.

[3] Sanfelippo (2018) menciona que en el siglo XX se logró separar la psicología de la medicina gracias al surgimiento del psicoanálisis y a los descubrimientos en materia de fisiología, anatomía e hipnosis.

[4] En 1883, Hebert Page mencionaba que el shock era un colapso que provocaba daños profundos sobre cualquier parte del cuerpo. Las alteraciones ocasionadas por el shock se explicaban por la detención temporal de las funciones del sensorium. En lo que respecta al trauma, éste se entendía como un asunto mecánico que

definido por la medicina legal y los aportes del cirujano John Erichsen en 1849. Con la aparición del concepto de la vida privada, se crearía una nueva técnica del estudio de la mente a través de la introspección de los diarios y del arte que permitían acceder a la concepción que el sujeto tenía sobre sí mismo, lo que Richarf Snett denomina "la tiranía de la intimidad", y que permitió abrir el paso a los estudios de la subjetividad (Novella, 2013b; Huertas, 2012; Sanfelippo, 2018). En este panorama, la emoción se integró como un elemento que permitía comprender el funcionamiento del sistema nervioso, tal como sucedió en los estudios sobre los efectos del susto realizados por Thomas Furneux Jordan, quien en la década de 1870 postuló que éste podía provocar una lesión somática, o el de Hebert Page que pensaba que podía ocasionar la muerte. Por otra parte, John Hughlings Jackson, uno de los fundadores de la neurología clínica, advertiría que la conciencia y el control de las emociones variaba de acuerdo a la capacidad intelectual del sujeto. Tenían un mayor dominio aquellos que contaban con un "intelecto superior", a diferencia de los que sufrían locura o habían tenido un choque nervioso pues reaccionaban por reflejo (Sanfelippo, 2018). En Francia, Charcot también realizó estudios sobre la susceptibilidad a la alteración nerviosa, mismos que demostraron la falsedad de la idea de que las mujeres eran más propensas a sufrir de histeria, enfermedad que se ha convertido en un estigma para ellas.[5]

Desde el punto de vista psicoanalítico, se consideró que el carácter singular de la subjetividad constituía un nuevo método de estudio para entender a la mente, el cual tuvo cierta incidencia en la colectividad como lo mostraba la construcción de estigmas e ideas sobre ciertos sectores de la población. Así, por ejemplo, a los literatos se les asociaba con el carácter melancólico, se popularizaron ciertos géneros literarios que se creían relacionados con el psicoanálisis,[6] se hablaba de que las condiciones de vida podían causar las enfermedades mentales e inclusive la prensa denunciaba el mal manejo de las instituciones como un factor que afectaba a los enfermos. Sin embargo, también se dio el fenómeno contrario, pues se presentó cierta resistencia a la deshumanización de los pacientes y de los

causaba problemas en el ámbito psicológico. A esta conclusión llegaron los médicos Erichsen y Page tras observar que aunque los descarrilamientos eran algo impredecible, ocasionaban un "terror real" entre los trabajadores que se manifestaba de manera progresiva hasta el extremo de que no se podía lograr la recuperación completa de algunos de ellos. Ante esta situación, se manifestó la necesidad de realizar una observación constante del paciente, pues, como indicaba Erichsen, un trauma podía ocurrir por el simple hecho de caer por las escaleras (Sanfelippo, 2018)

[5] Aunque Herbert Page y Charcot comenzaron a estudiar la histeria en varones, los estudios de Freud, tras el fin de la Primera Guerra Mundial, afianzaron la idea de que los hombres no sufrían histeria sino neurosis. Para curarla, se abogaba por la hipnosis que constituía una forma de inhibición de la conciencia.

[6] Maya y Zavala (2019) refieren que la "excesiva sensibilidad" de los escritores fue vista como "una ambigua naturaleza femenina-masculina". Ante esta postura reaccionó el escritor y político Pedro Castera, quien afirmaba que poseía una "legítima autoridad intelectual" para develar los abismos del corazón humano, mismos que los médicos consideraban "enfermedades nerviosas" y "debilidad cerebral". Por su parte, Novella (2013b) menciona que el psicoanálisis se reflejó en la corriente sensualista y espiritualista. Roy Porter (1989) ha analizado los escritos de algunos enfermos mentales, a fin de comprender lo que quisieron dejar plasmado de manera consciente, pero sin incluir la teoría médica en la interpretación de esos textos.

mismos médicos (Golcman, 2017a; Golcman, 2017b). Con la irrupción de la subjetividad también se produjo la transformación de la historia clínica, pues comenzaron a aparecer datos referentes al temperamento del paciente, lo cual reforzaba la individualidad del trastorno que constituía una característica propia de la interpretación psicológica y que abandonaba aquellas interpretaciones de los médicos que estaban condicionadas por un paradigma de signos que les servía de guía desde el inicio (Huertas, 2012; Sanfelippo, 2018). En lo que respecta a la materia psiquiátrica, el alienismo fue un movimiento que buscó una reforma social basada en la filantropía y la secularización de los establecimientos de caridad, tarea que involucró a personas ajenas a la medicina como escritores, arquitectos y políticos.

La palabra psiquiatría (del griego *psique*, alma, e *iatría*, curación) sería concebida por Johann Christian Reil, en 1808, con el propósito de crear una disciplina médica independiente que buscara la cura de los problemas psíquicos tomando en cuenta el factor somático, lo cual le otorgaba legitimidad en la medicina pues se tomaba conciencia de que las enfermedades no podían entenderse simplemente desde el ámbito mental, químico o físico, sino que existía una continuidad que era posible analizar a través de las tres ramas mayores de la medicina: psiquiatría, farmacia y cirugía[7]. El movimiento alienista, cuyos inicios se sitúan en 1800, contó entre sus representantes al francés Philippe Pinel,[8] a quien se ha considerado el iniciador del movimiento, a Johan Christian Reil, alemán que acuñó el término psiquiatría, a los italianos Vicenzo Chiarugi y Joseph Daquín, al inglés William Tuke, al ruso F. Sables y al praguense Theodor Held. Este movimiento tendría influencia del positivismo que le otorgó una nueva perspectiva a la tragedia, la cual antes se atribuía a la voluntad divina o a la naturaleza, en la que se incorporaba la acción humana en su propio perjuicio de manera que se entendía que la modernidad también afectaba a la salud. El Estado adquirió una actitud normalizadora, a través de las instituciones de control y moldeamiento de la conducta, cuyos proyectos se enfocaban en las clases bajas y que encontraron sustento en la medicina, el derecho y la pedagogía. En este sentido, lo que se buscaba era la prevención de las conductas, lo que permitió que en la primera mitad del siglo XX fue sustituida la visión degeneracionista y fuera sustituida por la higiene mental y la psiquiatría infantil (Novella, 2013a; Golcman y Ramos, 2017; Golcman, 2017a; García, 2018).

[7] (Stagnaro, 2015a; Stagnaro, 2015b) La palabra psiquiatría empezaría a emplearse con mayor frecuencia a partir de 1810 cuando Christian Friedirich Nasse, discípulo de Reil, la utilizó como título de sus clases en la Universidad de Halle. Sin embargo, sería popularizada por Johann Christian August Heinroth, a quien se considera el introductor del término psicosomático y uno de los fundadores de la neurología. La teoría de Reil negaba la participación de la filosofía en el tratamiento de la enfermedad mental.

[8] Philipe Pinel fuera profesor de nosografía en la Facultad de Medicina de París y director del Hospicio de Bicetré (Stagnaro, 2015a).

Los últimos enfoques fueron asimilados en función del prestigio de los intelectuales y de los nuevos valores burgueses, los cuales reflejaban un fuerte intercambio cultural con otras naciones y que serían difundidos por la prensa en algunas ocasiones con una perspectiva científica y en otras, se percibía la influencia de la medicina filosófica.[9] Fue así que el hospital pudo entenderse, tanto en el viejo continente como en el contexto latinoamericano, como un sitio de custodia y tratamiento, pero también de tránsito y de negociación entre el personal de la salud y los pacientes. Éste se transformó conforme alcanzaba un éxito terapéutico y se llegaron a generalizar ciertos modelos que en un principio se destinaron a las clases pudientes, tal como fue el caso del *open door* empleado en Reino Unido para un público elitista y que sería asimilado, de modo distinto, en Latinoamérica pues buscó resolver los problemas de hacinamiento causados por la gran población de enfermos crónicos.[10] Dicho método se sustentaba en un ambiente de paz, amor e inteligencia que actuaba de manera ortopédica en la psicología y la moral. La idea era proporcionar un ambiente parecido al familiar, pese a que antes se había considerado nocivo para el enfermo, y donde el enfermo mental era comparado con un niño (Foucault, 2003; Golcman, 2017a; Correa, 2017). Aunque el estudio de la enfermedad mental se legitimó cuando se buscó encontrar su factor detonante, pese a que en sus inicios el cuerpo se consideraba un factor de oposición entre la psiquiatría y la medicina, misma que trataba de identificar el factor material del desequilibrio, es decir, la lesión.

Los estudios de Laurent Bayle, en 1822, sobre las lesiones en el cerebro en casos de parálisis general progresiva, eran un ejemplo de esta investigación anatómica. Cuando lo subjetivo se describió como una especie de corriente eléctrica que era capaz de afectar el funcionamiento de los nervios, sin dañar su estructura, se produjo un cambio trascendental pues se conjuntaron la anatomía con una rama subalterna de la medicina como lo era la fisiología. [11] Los estudios anatómicos, realizados por medio de la autopsia, buscaban inmiscuirse en el cuerpo y en la mente, pero todavía resultaban insuficientes para penetrar en la conciencia, razón por la cual Jean Etienne Esquirol encontraba en el mutismo un mal síntoma en las pesquisas sobre la locura (Caponi 2009; Huertas, 2012; Hidalgo, 2016; Golcman, 2017a; Sanfelippo, 2018). Si bien la psiquiatría había sido una ciencia menospreciada, debido a su escasa utilización de tecnología y a su permeabilidad a los contextos políticos, económicos y sociales, ello no ha sido un obstáculo para

[9] Lambe (2017) refiere que la psicoterapia constituía un elemento esencial en la psiquiatría infantil.

[10] La consolidación del modelo *open door* se produjo entre las décadas de 1840 y 1860. Huertas (2012) comenta que los archivos de las clínicas privadas han sido escasamente explorados y sólo algunos médicos anglosajones han mostrado lo que llaman *casebooks*. Este estudio, según Huertas, resultaría productivo por la comparación de las tecnologías empleadas en las instituciones públicas y privadas.

[11] Huertas (1998) menciona que aunque el vitalismo explicaba las alteraciones mentales por la influencia de espíritus animales y humores, también hizo uso de conceptos anatómicos y fisiológicos como se podía observar en la obra de Xavier Bichat que atribuía a los ganglios cierta sensibilidad al considerarlos como "pequeños cerebros", o el caso de Pinel que asociaba la localización de las pasiones en el epigastrio.

que encontrara legitimación ante otras ramas de la medicina.[12] Las innovaciones en la psiquiatría permitieron entender la locura desde una perspectiva novedosa y en la que los médicos y las enfermeras ganaron confianza de poder manipular el curso de la enfermedad, lo cual reafirmaba su autoridad bajo el supuesto de que el riesgo se justificaba en el beneficio que se pensaba obtener, aunque se desconociera el pronóstico, tal como ocurrió con la introducción de la terapia de choque y de los psicofármacos (Huertas, 2012).

Cabe señalar que la psicofarmacología, nacida a inicios de la década de los años 50, marcó una revolución terapéutica, pues la sustancia química predisponía las condiciones psíquicas del paciente y reducía, al mismo tiempo, la demanda de personal de salud para su aplicación por su practicidad y facilidad, desplazando de esta manera al electroshock (Golcman, 2017b). Por su parte, la terapia de choque atravesó por una transformación en su agente inductor, pues entre las décadas de 1930 y 1950, se utilizaba el metrazol (cardizol en Europa) o la insulina, la cual fue introducida a Estados Unidos por el neurólogo húngaro Ladislai Von Meduna, quien justificaba esta práctica basado en la tesis de que la esquizofrenia y la epilepsia resultaban antagónicas. Otro método fue el empleado por el médico austriaco Julius Von Wagner-Jauregg, quien en 1917 inventó la malarioterapia (llamada después piretoterapia) que se fundamentada en que la inoculación de sustancias en pacientes con parálisis general progresiva podía mejorar su condición, a través del consecuente proceso infeccioso. Los dos métodos serían remplazados por el electroshock que fue desarrollado por los médicos italianos Ugo Cerletti y Lucio Bini, quienes con un sustento histológico apoyado en los estudios del médico alemán Helmholz sobre la conducción eléctrica del tejido nervioso y la percepción de la intensidad de un estímulo según la ley de Fechner, realizaron el primer experimento en humanos en 1938, el cual consiguió el mismo efecto que las otras terapias convulsivas pero con la diferencia que generaba un menor riesgo para el paciente.[13]

Es preciso mencionar que la psicoterapia adquirió una mayor importancia con el transcurrir del siglo XX, a la par que el modelo manicomial languidecía frente a los problemas de sobrepoblación y falta de autoridad del gremio psiquiátrico frente a la sociedad (Lambe, 2017). Si bien su incursión por un lado fue vista como una disminución de las competencias del médico, dado que no se requería su mirada, en el caso argentino produjo mejores resultados en la rehabilitación de los pacientes a diferencia de los que usaban tratamientos de choque o farmacológicos de manera aislada, de tal modo que se reconoció la importancia de su colaboración con la

[12] (Golcman, 2017b) Aun en nuestros días, la psiquiatría ha recibido fuertes críticas como la realizada por Eric Kandel, ganador del premio Nobel de Medicina en el 2000, quien sugería que esta disciplina debía apoyarse en las neurociencias.

[13] Golcman (2017b) señala que Estados Unidos fue el principal país en hacer uso de la terapia de choque, la cual también se aplicó en Europa en una menor medida, sobre todo en Gran Bretaña, Alemania, Francia y España, pero en estos países se tomaban en cuenta otros factores detonantes. En la década de 1960, algunas clínicas estadounidenses todavía aplicaban el choque con insulina. El tratamiento psiquiátrico, a través del choque inducido, se extendió a otras patologías como la manía y la depresión.

neurología y la psiquiatría.[14] Teniendo en cuenta este panorama, donde la asimilación de la ciencia psiquiátrica va a depender de los contextos temporales, geográficos, culturales, sociales y económicos, así como de los actores que sean ejecutores del tratamiento o de los que lo reciban, a continuación se presentaran los escenarios en los que la psiquiatría se desarrolló en Europa y América Latina.

1.2. Los avances de la psiquiatría en Europa

En este apartado, se realiza un breve recorrido por el desarrollo de la psiquiatría en Francia, Alemania, Italia, España e Inglaterra para entender las características que tuvo en cada país, así como sus aspectos más relevantes en materia de atención a los enfermos mentales.

1.2.1. Francia

Hasta el siglo XVIII, la medicina francesa tuvo un carácter social en el sentido de que había una ideología única basada en la mirada rápida y generalizada sobre la enfermedad, pero carente de una epistemología y que, más bien, enfatizaba aspectos como la vivienda, el aire, el vestido, entre otros, lo que repercutía en la comunidad y cuyo descuido, representaba un "foco de enfermedades". Esta visión, según Foucault, evidenciaba cómo se construía, desde el poder, una tecnología sobre el cuerpo que buscaba imponerle un control. En la segunda mitad del siglo XVIII, el hospital comenzó a ser entendido como un centro de recuperación y no como un asilo al que llegaban los enfermos para morir, cambio que incluyó nuevas facultades en el médico cuyo discurso se extendió a todas las relaciones de la vida humana.[15] Las aglomeraciones en las ciudades darían paso a la preocupación por la herencia que, de la mano de las teorías sensualistas y ambientalistas durante el siglo XIX, definirían el concepto de peligrosidad en el sujeto (Caponi, 2009; Vallejo, 2011). La atención a la enfermedad mental estuvo influida por los cambios sociales producidos por las revoluciones burguesas (1789-1848) que además de propiciar una nueva clase dominante, buscaron afianzar un nuevo orden social, político y económico al tiempo que la moral religiosa era sustituida por la ética, con lo que se dio paso al surgimiento de tópicos como bienestar social, seguridad, orden y legislación, los cuales estaban dirigidos a la atención filantrópica de la clase pobre.[16]

[14] Golcman (2017b) menciona que los nuevos paradigmas aplicados en Argentina, durante el siglo XX, siguieron la experiencia de Estados Unidos con las nuevas tecnologías.

[15] Foucault, refiere Caponi (2009), divide la historia de la medicina en tres etapas: la de Estado, desarrollada en el siglo XVIII en Alemania, que buscaba la reducción de la mortalidad, la regulación en la formación de los médicos y su subordinación al poder político; la que estaba ligada a la fuerza laboral y la urbana que nació en Francia en el siglo XVIII.

[16] Huertas (1990) comenta que el humanitarismo era entendido con base en la igualdad y como consecuencia de una fraternidad entendida como solidaridad de clase, y no como común unión. En 1778, Moheau propuso eliminar los asilos por considera que el trabajo representaba la "mayor caridad" y sólo se debía prestar ayuda a los inválidos. Su propuesta constituye un antecedente de lo que después serían los seguros para la vejez.

Con la introducción del concepto ciudadano, a partir de la Revolución Francesa, no sólo se cambió la concepción del loco sino que también se generó un rechazo a las instituciones del antiguo régimen, tales como los hospitales de *Bicetré* y *Salpetriere*, en los que bastaba con entregar una *letre de cachet* para que, con el apoyo de la autoridad religiosa, se internara a una persona.

El anterior procedimiento que evidenciaba cierto orden jurídico de la burocracia asilar, sería suprimido en 1790 cuando se creó el Comité de Mendicidad, mismo que fue creado por Luis XVI después de que le ordenó a Jean Colombier, quien era inspector general de hospitales y prisiones, un informe de las instituciones de caridad en el reino.[17] El Comité de Mendicidad era dirigido por el conde y filántropo Rouche Foucauld Liancourt, quien consideraba que la asistencia debía ser una obligación del estado, motivo por el cual en este establecimiento se introdujo un nuevo significado en la protección de los menesterosos que iba más allá de lo dicho en su sentido estricto, pues se les exigía cumplir con ciertas obligaciones como sucedía con el resto de los ciudadanos. Esta condición era acorde al nuevo modelo capitalista que buscaba el aprovechamiento de la mayor cantidad de fuerza de trabajo. Así, el esfuerzo de todo el conjunto institucional estaba dirigido a la reintegración del enfermo mental a la sociedad, por medio de un proceso de moralización que contribuiría a cambiar la perspectiva que se tenía de la locura y entenderla como una enfermedad a la cual había que atender. Este problema se hizo evidente cuando se presentó el problema de hacinamiento en los manicomios, al mismo tiempo que la medicación se presentaba como un elemento que legitimaba a la institución como terapéutica. En este contexto, se designó al médico alienista Phillipe Pinel, a quien se le atribuye la creación del tratamiento moral junto a su discípulo Jean Etienne Esquirol, que vigilara el respeto de los derechos del hombre y del ciudadano dentro del manicomio. Esta acción demostraba que se buscaba separar a los enfermos mentales de los criminales.

Es importante mencionar que la excarcelación no constituyó un procedimiento indiscriminado, pues ya se realizaba desde 1790 cuando se dispuso que procuradores, jueces y médicos indagaran sobre la veracidad de la locura en los sujetos que habían sido recluidos durante tres meses. A los personajes mencionados se les otorgó la atribución de decidir si el sujeto debía liberarse o debía permanecer bajo el cuidado de la institución (Huertas, 1990; Stagnaro, 2015a). Los derechos que adquirieron los locos, mismos que también se les otorgaron a los indigentes, serían suprimidos tras la Restauración de la Monarquía en 1814 que ignoró las reformas propuestas por los alienistas. La Monarquía propuso, en 1820, una nueva reglamentación de alienados, la cual desapareció con la monarquía de Julio (1830-1848) que promulgó la ley de 1838, misma que se mantuvo vigente

[17] Stagnaro (2015a) menciona que las *lettre de cachet* también se empleaban en la reclusión de vagos y prostitutas en los hospitales generales, por lo que era errónea la idea de que, durante el Antiguo Régimen, se ejercía de manera arbitraria el encierro de los locos.

hasta 1990,[18] que justificaba el secuestro del enfermo mental con el argumento del peligro social que representaba. El conflictivo contexto que persistió durante los años de la Restauración, impidió la aplicación de las medidas propuestas por Phillipe Pinel.[19] Aunque cierta historiografía denomina a este momento como la liberación de los locos de sus cadenas, los estudios recientes demuestran que la reforma en el tratamiento a la enfermedad mental no se llevó a cabo en todas las provincias francesas.[20] Un nuevo paradigma surgiría cuando Esquirol propuso que se pasara de la terapéutica basada en la disuasión del enfermo de sus ideas irracionales a una que le devolviera su responsabilidad moral, tal como lo había propuesto Pinel quien advertía que el loco no era completamente ajeno a las percepciones externas, ni al conocimiento de lo que le acontecía a su alrededor, lo que permitía un diálogo entre el médico y el enfermo basado en su grado de su alienación y a otorgarle importancia a la lesión anatómica que explicaba su enfermedad.[21]

Esta nueva visión de la psiquiatría favoreció, durante la segunda mitad del siglo XIX, la construcción masiva de asilos. No obstante, continuaron las prácticas de secuestro pero subordinadas al principio de que se continuaría con el tratamiento moral del enfermo, circunstancia que Huertas (1990) interpreta como una subordinación de la psiquiatría a la burguesía.[22] De igual manera, Esquirol postuló una nueva clasificación de la enfermedad mental que se diferenció de la de Pinel, pues no entendía la locura como una entidad única cuyas manifestaciones podían

[18] Stagnaro (2015a) refiere que dicha legislación estuvo caracterizada por la autonomía en los hospitales de las provincias, además de que se promulgaron medidas de protección a los bienes de los que se internaban de manera forzada, mismas que fueron promovidas por Esquirol y Ferrus, ambos discípulos de Pinel.

[19] Stagnaro (2015a) menciona que el reconocimiento a Pinel como iniciador del alienismo, se explica por la difusión que recibió su obra tanto de su hijo Scipión, como de su sobrino bisnieto René Soemelaigne.

[20] Entre 1790 y 1802 se suprimió el régimen de alienados, por lo que en Charenton y Salpetriere se instalaron servicios asistenciales. Entre 1812-1813 se realizaron encuestas en las provincias sobre los establecimientos asistenciales, mismas que también se hicieron para las instituciones de ciegos y sordomudos. Los resultados mostraban que persistió cierta ambigüedad respecto a lo que se debía considerar un establecimiento de insensatos.

[21] Stagnaro (2015a) refuta la teoría de Foucault de que el loco era un sujeto sometido al silencio y observado objetivamente por el poder médico. De igual manera, Plumed (2005) explica que los medios morales se justificaban con el argumento de que la afección residía en el alma, por lo que la locura, según Esquirol, se manifestaba en la incapacidad de controlar las pasiones, la voluntad y la reflexión, mismas que se consideraban facultades del pensamiento racional.

[22] La psiquiatría esquiroliana incorporó el concepto de alucinación como síntoma pues se creía que los sentidos estaban excluidos de la sensación, es decir, ésta se producía directamente en el cerebro lo que constituyó una transición de la concepción visceral de la sensación como perturbadora a perturbada. Huertas (1998) identifica que la psiquiatría esquiroliana representa una ruptura con el alienismo filantrópico producto de la ley de alienados, debido a que la incorporación del somatismo confrontaba a los médicos con la incurabilidad de la locura. De este modo, se afianzaba la autoridad del médico ante las instituciones que garantizaban el orden como la Iglesia, el Estado y la familia. Así, la psiquiatría se consideró una ciencia normativa cuyo ejercicio se circunscribía a los excesos y enfermedades de la civilización. Ella requería del auxilio de la medicina legal para identificar la transgresión, pues resultaba comprender al crimen como una enfermedad, sobre todo en los casos de monomanía (instintiva o razonante).

ser distintas (manía, melancolía con y sin delirio, demencia e idiotismo) y cuyo correcto diagnostico dependía de la indicación terapéutica. El reconocimiento a esta nueva clasificación se produjo en el contexto del debate desarrollado en la *Societé Medicale Psychologique*, entre los años de 1860 y 1861, en torno a la búsqueda de las causas últimas de la locura, ya sin un sentido metafísico, y las nuevas clasificaciones donde la teoría degeneracionista de Morel, aparecida en 1857, cuestionaba la eficacia del tratamiento moral, aunque todavía retomaba el concepto de alma en sus principios (Plumed, 2005; Caponi, 2009). Huertas (1998) denomina a este momento de la psiquiatría francesa como la etapa de medicalización de la locura. El degeneracionismo de Morel no era una teoría novedosa, pues a principios del siglo XIX Cabanis adaptó el degeneracionismo, propuesto por Lamarck y Buffon, a la medicina, aunque sus ideas recuperaban la medicina hipocrática, pues afirmaba que los síntomas se generaban por el desequilibrio de los humores y los espíritus animales.

En este mismo contexto se ubicaba Emmanuel Fodere, quien relacionaba la locura con la imperfección de los "materiales intermediarios" entre el alma y el exterior, lo cual era producto de la desigual distribución del principio vital sobre los órganos. Ello producía una percepción errónea que demandaba la intervención del médico, tal como ocurría con el delirio que generaba una imagen falseada por los sentidos. Fodere creía que la locura podía erradicarse a través de la persuasión y su capacidad de acceder al alma, de la misma manera en que se realizaba cuando se trataba de modificar hábitos o se suprimía el consumo de sustancias tóxicas. Este pensador afirmaba que en el alma era inalienable pues en ella habitaban las cualidades intelectuales, por lo que la carencia de un sentido, como en la ceguera, no determinaba la inexistencia de juicio, así como la falta de un órgano no implicaba que algo no viviera, como en la acefalia. Con estos antecedentes, se entiende el por qué Pinel disculpaba la represión sobre el enfermo, mientras duraban sus desvaríos, para después convencerlo de su error con una actitud fraternal. Tanto Cabanis como Fodere atribuyeron al progreso nuevas necesidades creadas por el ser humano, las que no sólo representaban placeres sino que también requerían ciertos tipos de esfuerzos para satisfacerlas. Además, las libertades obtenidas por las nuevas y mal ejercidas formas de gobierno también desencadenaron consecuencias adversas para la estabilidad social, pues aumentaron los casos de delirio, locura, "vesanías" y criminalidad tanto en los países desarrollados como en sus colonias. En este sentido, se estableció una contradictoria relación entre el concepto de modernidad y la perdida de la libertad, tesis a la que Pinel y Esquirol también fueron afectos (Huertas, 1998; Caponi, 2009; Vallejo, 2011).

La locura también fue entendida como un problema higiénico por las influencias que recibía el ser humano (costumbres, aires, comidas, etc.), ideas que Jean Noel Halle, a quien se considera el padre de la higiene pública en Francia, había postulado en el siglo XVIII y cuyo régimen fue difícil de imponer en las urbes, pero que encontró plena expresión en el interior del manicomio sobre todo por la

emergencia de las ideas sobre el tratamiento moral. Esta terapéutica proponía que el médico se limitara a favorecer y encausar las herramientas que le permitieran recuperarse al organismo, lo cual se realizaría por medio de una dirección pedagógica y del orden al interior del establecimiento, pues se creía que la falta de un régimen y el consumo de sustancias toxicas ocasionaban la alteración de las percepciones que al llegar al alma, provocaban la locura según lo estipulaba la medicina hipocrática (Vallejo, 2011). En este orden de ideas, Morel planteó que el ser intelectual (asociado al alma) y el ser orgánico coexistían e interactuaban en el cerebro, de tal manera que las decisiones morales y los pensamientos tenían incidencia en el cuerpo, sobre todo en lo que concierne al sistema nervioso. Con un sentido religioso, estableció que cualquier desviación del ser primitivo creado por Dios constituía una degradación física y moral de la humanidad, lo cual representaba un riesgo en la perpetuación de la especie, motivo por el que puso su atención en las causas mixtas de la degeneración y consideró a los habitantes de los manicomios como “el último eslabón de la cadena familiar”, cuyas posibilidades de recuperación eran nulas.

Morel retomó las ideas de los naturalistas que explicaban que el degeneracionismo era efecto de causas externas como el “mefitismo del aire”, los “efluvios palúdicos”, las intoxicaciones y la fatiga crónica, entre otros, lo que se expresaba, de manera hipertrófica o distrófica, sobre alguna función del cuerpo. Para este pensador, se podía considerar un fracaso la propuesta de los alienistas sobre el tratamiento moral, aunque reconocía la utilidad del asilo como profilaxis social. En este sentido, no debe sorprender que sugiriera que los invidentes y los sordomudos fueran asilados en los hospicios, bajo el argumento de que la falta de un sentido físico tenía efecto en el desarrollo moral, motivo por el que debían aportárseles herramientas intelectuales, morales y físicas que permitiera no sólo su reincorporación a la sociedad, sino que pudieran defenderse por sí mismos (Plumed, 2005; Caponi, 2009). Uno de los mayores aportes que tuvo la teoría degeneracionista de Morel, la cual tuvo vigencia hasta la década de 1920, fue su perspectiva antropológica y patogénica sustentada en el factor hereditario más que en el racial, pues de acuerdo a su teoría, la cuarta generación de individuos degenerados resultaba estéril. Aunque Morel tomaba en cuenta, como otros autores del degeneracionismo, características como el color de piel, la altura, el color del cabello o conductas como la indolencia y la alienación, decía que éstas podían revertirse cuando se alejaban del factor desencadenante, sobre todo en las primeras generaciones, por lo que advertía que no debían emplearse categorías para clasificar a los enfermos que tomaran en cuenta caracteres físicos, sino que éstas debían estar determinadas por la localización de la lesión en el sistema nervioso cuyas manifestaciones podían ser diferentes.

Las clasificaciones etiológicas de Esquirol y Morel mostraban ciertas similitudes en cuanto a la indicación de una terapéutica centrada en el individuo. Si bien el método higiénico, aun lejano al organicismo, tenía principios individualistas

que tomaban en cuenta el temperamento, la edad, el sexo y la profesión, lo cual permitía caracterizar a los sujetos, con la teoría de Morel se formalizaba el establecimiento de la historia clínica con la intención de rastrear las patologías familiares y de esa manera, explicar la enfermedad mental. Esta teoría también sugería que se realizara una profilaxis de los hábitos familiares desde las primeras señales de alerta. En un segundo momento, se ponía atención en los estigmas físicos que daban cuenta de la enfermedad, pues la degeneración se manifestaba con mayor gravedad y de forma distinta de acuerdo al crecimiento de la línea familiar. Por esta razón consideraba que existía un factor predisponente en la degeneración de la especie y uno detonante, por ejemplo, el consumo de sustancias toxicas durante la concepción, que podía expresarse en defectos del cerebro desde temprana edad o en la etapa adulta. También se mencionaba que las condiciones de clase constituían una tipología social del grado latente de criminalidad (Caponi, 2009; Vallejo, 2011). Morel expresaba una notoria preocupación por el alcoholismo pues consideraba que no sólo provocaba la supresión de los sentimientos morales, sino que también podía causar una parálisis general progresiva. Sobre esta misma enfermedad, Bayle había referido que una lesión podía tener diferentes manifestaciones en el tiempo.

Por su parte, Griesinger, quien todavía entendía la locura como un proceso único de base afectiva, sostenía que se podía pasar de la manía o la melancolía a una alteración de la percepción y de la voluntad cuya manifestación última era la demencia (Plumed, 2005) Caponi (2009) menciona que la teoría degeneracionista de Morel trascendió la terapéutica individual y se convirtió en la máxima expresión de la psiquiatría social en la que resultaba fundamental la participación de la comunidad, sobre todo de aquellos que representaban una autoridad en el conocimiento del corazón humano como los padres de familia, la Iglesia, los políticos y la escuela, aunque variaba su recepción de acuerdo a la edad de los sujetos y su grado de inteligencia. A partir de este momento, la medicina psiquiátrica contó con cierta hegemonía sobre la política, pues sus estrategias higiénicas trascendían los muros del hospital, lo que Huertas (1988) interpreta como la introducción del *nonrestraint* (como se le conocía en Inglaterra o sistema familiar en Austria), y que se mantendrían vigentes hasta la segunda mitad del siglo XX, lo que mostraba cierta vacilación dentro del gremio médico sobre la conveniencia del modelo asilar (Huertas, 1991). Como antecedente, y en otro contexto cultural, se debe mencionar que las colonias de Gueel en Bélgica, desde el siglo XII, habían adoptado un modelo de inclusión del enfermo mental a la cotidianidad de la sociedad, el cual se sustentaba en principios religiosos que podían explicarse desde su significado etnológico.[23] Este sistema sería discutido y formalizado, desde la

[23] Una leyenda contaba que en el siglo VI, una princesa irlandesa llamada Dimphne decidió huir para evitar las proposiciones incestuosas de su padre. Para ello contó con el auxilio de su confesor. El padre logró darles alcance en Gueel, lugar en el que ordenó la ejecución del confesor y con sus propias manos decapitó a su hija. Al momento de cometer el crimen, el rey y otros locos que presenciaron el acto recuperaron la cordura, motivo por el que Gueel se volvió un sitio de peregrinación para los aquejados de locura.

perspectiva alienista, en Francia en 1866 por la Societé Medicale Psychologique, pese a que Esquirol había visitado una colonia en 1821 y la había considerado una mera curiosidad (Huertas, 1988).

Este sistema se caracterizaba porque los cuidadores (*nourreciers)* recibían una pensión por el cuidado del enfermo, a quien debían alimentar de manera sana y suficiente, así como evitar los maltratos y métodos coercitivos salvo que se justificara por cuidar la integridad del paciente o del cuidador. Por medio de leyes decretada en 1830 y 1850, no sólo se otorgó la salvaguarda de los derechos de los enfermos, sino que se reconoció la cientificidad de su terapéutica. Lo que se buscaba con esas leyes era que las colonias no se convirtieran en un depósito de locos y que con ello, se perdieran los logros obtenidos en materia de recuperación de la salud y en el cuidado de los pacientes crónicos, situación que los diferenciaba del caso francés pues una ley de 1838 desposeía al enfermo de su calidad de ciudadano y cuyo sistema de vigilancia correspondía más a un modelo carcelario, tal como lo proponía Jeremy Bentham, a diferencia de la interacción cotidiana con el paciente que se observaba en Gueel, en donde el enfermo se consideraba una parte activa de la economía y sociabilización de la comunidad. Entre las medidas tomadas por la legislación belga para alienados se postulaba que la atención médica estuviera patrocinada por el Estado, el cual comisionaba a un médico y cuatro enfermeros para cada una de las cuatro secciones en que estaba dividida su jurisdicción, mismas que, a su vez, eran supervisadas por un médico inspector. También se dispuso que los cuidadores solo recibieran pacientes no peligrosos (Huertas, 1988; Huertas, 1991).

Algunos alienistas franceses como Briere Boismont, Tolousse y Mortiel, consideraron que era conveniente establecer un modelo como el de Gueel, a través de la creación de granjas agrícolas que contuvieran espacios cerrados y con una correcta medicalización de los enfermos. Ferrus, discípulo de Pinel, había declarado que estaba de acuerdo con el sistema de asilo abierto. Sin embargo, J. Falret en la Societé Medicale-Psychologique mostró su oposición al sistema de granjas, pues decía que constituía un abandono del enfermo cuando el médico no trataba los delirios del enfermo (Huertas, 1988). La aparición de la propuesta inglesa del Open Door, en la década de 1890, volvió a poner en la mesa la discusión del régimen ambulatorio que implicaba un cuestionamiento de la ley de 1838, pues en ella se definía al alienado como un sujeto que a causa de sus trastornos, constantes o pasajeros, debía ser recluido y sólo se le consideraba libre cuando salía del asilo. En 1903 se generó un debate entre los alienistas franceses pues se cuestionó el poder omnímodo del médico al interior del asilo. Edouard Toulouse defendió la idea de que el paciente no tenía culpa de su condición, motivo por el cual no había argumentos para privarlo de su libertad, pues ello significaba que su malestar estaba asociado con el delito. En 1921, el Consejo General de Sena autorizó la creación del asilo de psicópatas libres, el cual estaba adjunto al asilo de Saint Anne en Paris.

Este nuevo sistema se aplicó en las clínicas universitarias pero durante el periodo fascista adquirió el carácter de institución castrense (Huertas, 1989)

En la segunda mitad del siglo XX se generarían las condiciones para establecer una interacción entre la enfermedad mental y la sociedad, entre otras cosas por la analogía que se planteó entre el manicomio y los campos de concentración como lugares en los que privaban condiciones inhumanas, además de la sensibilización de la opinión pública promovida por el psiquiatra Lucien Bonafé, de tendencia marxista, para quien la verdadera revolución psiquiátrica devino de la capacidad de influir en el curso de la enfermedad y no de tecnologías como la terapia de choque (Huertas, 1988; Huertas, 1991). De ahí que la política de bienestar adoptada con la Cuarta República (1946-1958) basada en el financiamiento, administración y gestión de servicios públicos como método para garantizar el orden y beneficio de la sociedad capitalista y representada por un gobierno tecnócrata, consintiera en la eliminación de la burocracia en la atención psiquiátrica que considerar que relativizaba a la ciencia por limitarse a un ámbito tutelar. Con ello se dio paso a la nueva política de sector y a la psicoterapia entre 1942 y 1957, sobre todo después del congreso de alienistas y neurólogos de Montpellier en donde el médico Paul Balvet evidenció los límites de la ley de 1838. Además de que se formó el sindicato de psiquiatras en 1945, el cual sustituyó a la asociación de médicos de establecimientos públicos de alienados que se formó en 1907 (Huertas, 1991). Estas nuevas corporaciones buscaron la indivisibilidad de la prevención, la profilaxis, la cura y la poscura, tal como lo demostró el establecimiento de un cuadro nacional de médicos jefes de servicios psiquiátricos públicos.

También se instituyeron algunas estrategias interdisciplinares como las propuestas por Daumezon y Kuechin, las cuales requerían de una mayor colaboración entre el personal, lo que incluía el trabajo social, y los pacientes para tratar de reproducir el medio donde vivía el enfermo. La terapia se dividía, de forma temporal y geográfica, de acuerdo a la mejoría del trastorno. La política de sector se aplicaría de manera general entre 1971 y 1972, en un momento de declive del estado de bienestar (Huertas, 1991). En síntesis, las nuevas políticas en materia de salud mental en las que el tratamiento ambulatorio quitaría su centralidad al hospital, si bien presentaron una incongruencia respecto a su concreta legislación, por ejemplo, en lo que respecta al uso de psicofármacos cuando ya tenía tiempo de estarse aplicando, también demostraron cierta subordinación del poder político a la nueva élite médica. La terapéutica de la enfermedad mental trascendió los muros de las instituciones y demandó una labor conjunta de todos los sectores sociales, tanto en escuelas como en centros de trabajo, puesto que la salud se concibió como una necesidad común del Estado.[24]

[24] Como Francia, Inglaterra y Estados Unidos impulsaron nuevas políticas de salud mental (llamadas *mental act* y *comunity mental healt center act* respectivamente) que además de reconocer la ineficiencia del

1.2.2. Alemania

Stagnaro (2015b) menciona que la cultura alemana del siglo XIX estuvo influenciada por valores del luteranismo como la disciplina estricta, la ética y la obediencia. Por esta razón, la escuela prusiana enfrentó el carácter "irracional" e "irresponsable" de la locura por medio del sometimiento y del paternalismo. Como se mencionó antes, Johann Christian Reil acuñó el término psiquiatría que asociaba al alma, por su indivisibilidad, con el cuerpo. Consideraba que el hombre, sano o enfermo, constituía una entidad psicofisiológica y por ende, la enfermedad sobre una de las partes se comprendía como una consecuencia de las acciones toxicas o las sensaciones representadas defectuosamente por los órganos sensoriales. De acuerdo con lo anterior, los tratamientos podían utilizar indistintamente la psicología,[25] métodos químicos (alimentos o venenos) o físico-mecánicos (cirugía). Sin embargo, se mencionaba que los segundos actuaban sobre los síntomas, pero no sobre las causas localizadas en el sistema nervioso y sus percepciones. Con este parámetro, Reil advirtió que para entender la complejidad de la enfermedad mental se debía realizar una investigación, misma que debía comprender el aspecto sensorial, moral e intelectual del afectado, pues, por ejemplo, la pubertad podía afectar los órganos productores de las representaciones por las modificaciones afectivas típicas de dicha etapa. En este sentido, la primera pregunta que se debía hacer en este peritaje era sí existía alguna enfermedad de sensibilidad general. En lo que respecta al grado de normalidad de la imaginación, se mencionaba que las alteraciones de las imágenes en los onanistas e hipocondríacos eran producidas en el cerebro y dirigidas hacia la periferia, a diferencia de los sentidos cuyas imágenes eran analizadas por el cerebro (Stagnaro, 2015b).

Si bien Reil no era ajeno a los trabajos de sus contemporáneos como Pinel, Chiarugi, Colombier, Barie y Esquirol, su clasificación de la locura se basaba en la frecuencia de los síntomas, su intensidad, su duración y su relación con otras enfermedades. Además de una indagación sobre los antecedentes familiares y los cambios de acuerdo a la edad. Reil propuso el concepto "exceso" como desencadenante de la patología, ya fuese cuando se aplicaba sobre alguna actividad como el sueño, el consumo de enervantes o el esfuerzo durante el parto, o bien, sobre emociones como la tristeza, el amor y el furor. Este último se analizó recurrentemente en la medicina legal por su manifestación en la monomanía, concepto que después sería introducido por Esquirol (Stagnaro, 2015b). La terapéutica de Reil se basaba en la sugestión como método psíquico que actuaba sobre la periferia por medio de las terminaciones nerviosas. Así, se buscaba

aislamiento en el tratamiento a las afecciones mentales, equiparían y reorganizarían sus instituciones e incluirían nuevos cuadros clínicos, lo que daba cuenta de la adaptación de la medicina de la mente a los contextos culturales, sociales y económicos (Huertas, 1991).

[25] La psicología fue un elemento que estuvo presente en la medicina hipocrática y en la árabe, aunque por mucho tiempo estuvo subordinada a otras ramas. En el siglo XVIII, la psicología comprendía la mente humana y el comportamiento (Stagnaro, 2015b).

producir dos tipos de sensaciones: las placenteras y las displacenteras. Las primeras se provocaban a través de comida saludable, movimiento, calor, drogas, limpieza e inclusive relaciones sexuales, aunque éstas se recomendaban sólo para los varones y con prostitutas, pues se temía que de las relaciones sexuales con mujeres dementes resultaran “malos frutos”. Las segundas por medio de venenos, frío, sed, amenazas, utilización de insectos como las chinches, la flagelación, las duchas, las precipitaciones de agua y el método de goteo sobre las cabezas rasuradas de los enfermos.

La terapéutica, escribía Reil, debía aplicarse de manera inmediata para restar tiempo a la enfermedad y observar la receptibilidad del enfermo en función de lo cual se graduaría el estímulo para ser preciso y no caer en la “barbarie”, aunque se permitía cierto grado de violencia en la aplicación del tratamiento, no sólo para conseguir la sumisión del paciente sino para convencerlo de su dependencia con el médico. Lo anterior se lograba, según Stagnaro, cuando se convencía al enfermo del mal que padecía y que lo convertía en un ser con carácter infantil. Después de ello, se le trataba de manera afable, podía recibir recompensas y se le permitía realizar actividades recreativas entre las que se contaba el ejercicio, el arte o el trabajo. La hidroterapia también se consideraba parte de las terapéuticas humanistas empleada por la psiquiatría. De hecho, Reil sería uno de los primeros en abrir clínicas que la utilizaban (Stagnaro, 2015b). El sentido terapéutico y filantrópico del alienista alemán se pondría de manifiesto en su propuesta de nombre para su establecimiento de alienados: “Establecimiento-Pensión para enfermos nerviosos”. También manifestaba su recelo de que estas instituciones fueran de índole privada, como sucedía en Inglaterra, pues decía que se prestaban a abusos. Asimismo, advertía que se debía limitar el número de asilados y que no existieran separaciones por cuestiones de clase o de sexo, pues decía que la locura no era propia de una clase social o de un sexo. Sin embargo, reconocía que la separación solo se aplicaría en los casos de aquellos que padecían enfermedades infecciosas.

Otro aspecto en el que hizo hincapié era el establecimiento de una colaboración con áreas como la farmacéutica y la psicología, a fin de “liberar” al enfermo de su mal por medio de la utilización de la subjetividad, cuyo ejercicio a través de la escritura bien podía equipararse con los beneficios que aportaban los métodos químicos, y en la inclusión de los enfermos incurables a la sociedad, con lo cual eliminó el estigma de la enfermedad mental y fomentó la autoestima del paciente, pues advertía que el encierro representaba una vivencia traumática (Stagnaro, 2015b). En cuanto a los enfermos incurables, recomendaba alejar al paciente de la causa de su enfermedad, propuesta que lo distanciaba del modelo francés y del de Gueel. Christian Reil sugería el internamiento inmediato como una forma de asegurar la recuperación de la salud, motivo por el que aspectos legales como la legalización del diagnóstico se realizaban después. Como el alemán pensaba que el enfermo se asemejaba a un niño que era inconsciente de sus actos

e incapaz de expresar lo que le sucedía, no podía colaborar en su curación por lo que el psiquiatra debía asumir la función de "padre protector". El modelo psiquiátrico de Reil mostró un notable recelo hacia el regionalismo en materia de alienismo, tal como ocurría en el caso francés, pues no estaba de acuerdo en la injerencia del Estado en la administración del servicio (Stagnaro, 2015b).

1.2.3. Italia

A diferencia de la atención a la locura que se daba en otros países europeos, Mariana Labarca (2019) menciona que el tratamiento en la Toscana involucraba a un circulo social conformado por la familia, los vecinos y los eclesiásticos, quienes asumían el cuidado del enfermo en todo momento y sólo intervenían las autoridades políticas cuando se tenía que separar al enfermo de la comunidad, ya sea por su reclusión en el propio hogar, en la prisión, en el hospital, en algún navío sobre todo cuando eran varones jóvenes, o en un convento.[26] Esta acción se justificaba con el argumento de que se protegía a la sociedad del enfermo, o a éste de sí mismo, aunque también se empleaba cuando se buscaba redimir a un delincuente incorregible o cuando se trataba de mantener las convenciones sociales, como en el caso de las mujeres a las que se les buscaba separar de pretendientes inconvenientes.[27] Así, la locura no se consideraba un asunto de la vida privada, sino que implicaba al resto de la sociedad por lo que no conllevaba un estigma que buscara ocultar la condición del enfermo, en el entendido que su conocimiento significaba una manera de proteger a la comunidad, sobre todo en lo que se refería a la supresión de los derechos económicos del loco para evitar la invalidez de transacciones (Labarca, 2019). Uno de los servicios asistenciales más antiguos fue el del hospital general Santa María Nuova, mismo que se fundó en 1288 y que en 1688 abrió una sección para enfermos mentales o *pazziaria*, aunque el servicio estaba limitado para los hombres y las mujeres recibieron atención hasta que se hicieron reformas en el reglamento durante el siglo XVIII.

Es de destacar el caso del hospital de Santa Dorotea, fundado en 1643, que se dedicaba exclusivamente a la atención de padecimientos mentales, para lo cual contaba con un cirujano residente y un médico de visita, el cual a partir de 1756 fue contratado de manera permanente. Ellos formaban parte de gremios distintos, debido a que tenían formaciones académicas diferenciadas. Los médicos se

[26] Labarca (2009) menciona que se creía que embarcar a los locos ayudaría a "aquietar sus extravagancias" y su "difícil ánimo de mente". La asistencia que se les daba a los enfermos en los monasterios resultaba complicada, pues los monjes se quejaban de que se perturbaba la rutina monacal cuando algunos enfermos presentaban cuadros de manifestaciones melancólicas o furiosas, motivo por el que eran enviados de regreso a sus casas.

[27] Labarca (2009) refiere que las primeras instituciones asilares en la península itálica tuvieron un propósito curativo sin fines disgregatorios, aunque se abstenían de recibir enfermos con cuadros agudos de locura. Los expedientes muestran que los internamientos en estos lugares eran breves. Estas características, de acuerdo con Lisa Rocioni, evidenciaban que existía una "protoprofesionalización" y que sirvieron como un centro formativo en el desarrollo del alienismo. Por su parte, Conti (2015) afirma que antes de la *legge sui pazzi*, los hospitales para locos tenían una función limitada al asilo.

formaban en las universidades y los cirujanos adquirían sus conocimientos prácticos de anatomía en escuelas (Labarca, 2009). Aunque en un principio estos hospitales realizaban sus actividades por caridad, los problemas económicos derivados de causas naturales y sociales ocasionaron que se modificara el modelo de atención. En Santa Dorotea se prestaba el servicio a cambio de una cuota de manutención para mitigar las problemáticas que generaban las emergencias climáticas, circunstancia que sería criticada, en 1720, por el director de Santa María Nuova pues pensaba que esta acción era similar a la atención de los locos en sus casas. Por esta razón, sugería la conveniencia de cerrar el hospital para no consumir recursos públicos. Esta propuesta se haría realidad en 1750 cuando a causa del abandono en que se encontraban los enfermos que no podían sufragar su cuota, se decidió transformarlo en un hospital Ducal que atendía de manera gratuita a los enfermos mentales que se consideraban incurables, así como las manías en personas menesterosas (Conti, 2015; Labarca, 2019). La escasez de recursos en el hospital de Santa Dorotea fomentaría una revisión constante de la evolución de los pacientes peligrosos, a fin de discutir cuál era su estado y si podía seguir internado, situación explicable por el hecho de que este asilo era financiado por la comunidad.

La legislación toscana sobre la locura resultaba muy adelantada para la época, pues desde el siglo XIV se creó el *Magistrato dei pupili* que se encargaba de la tutela de menores, adultos mudos y sordos. En 1718 se determinó que también debía ocuparse de los dementes hombres y a partir de la *legge sui pazzi*[28] o ley sobre locos de 1774, también se ocuparía del cuidado de las dementes mujeres, a quienes se les permitió el ingreso a la casa de locos de Santa María Nuova. Estas medidas facilitaron la admisión de enfermos de ambos sexos que formaban parte de las clases populares. La legislación toscana no propugnaba por el encierro, sino que buscaba investigar el grado de obligación cognitiva del enfermo. En este caso, no se demandaban certificados médicos para el proceso de interdicción, pues bastaba con el testimonio de dos testigos (Labarca, 2019). Conti (2015) refiere que se buscaba evitar los secuestros, lo cual constituía una garantía del poder político y médico que velaba por la justicia. De hecho, en los reglamentos de los hospitales de dementes se aseguraba que el enfermo recibiría una alimentación sana y abundante. Tras la ley de 1772, los dementes que se hallaban asilados, sin fines curativos, en hospitales generales o en las cárceles fueran trasladados a hospitales especializados como el Bonifacio, el cual se dedicaba a atender a los enfermos mentales desde 1736.[29] Estos hospitales tenían un proyecto que buscaba mantener un régimen de internación y que organizaba las prácticas de la escuela de medicina,

[28] Norberto Conti (2015) menciona que *Pazzia* es una palabra toscana que aludía a un delirio crónico, permanente y sin fiebre, tales como la manía y la melancolía o amencia que tenía diversas manifestaciones.

[29] Conti (2015) refiere que este hospital se fundó en 1377. En sus inicios se llamó hospital de San Giovani Battista que recibía a pobres e indigentes. Cambió su nombre en honor a su benefactor Bonifacio Lupi de Parma (1316-1390), quien era un importante político toscano. San Bonifacio estaba dividido en varias secciones: servicios para locos, incurables, enfermos de la piel, soldados e inválidos.

pues en la universidad no se podía lograr la misma enseñanza que se obtenía al trabajar en esas instituciones, además que en ellas se enseñaban materias como anatomía, cirugía, operación de cadáveres, botánica, química y farmacia, entre otras (Conti, 2015).

Uno de los principales representantes del alienismo en Italia fue Vicenzo Chiarugi (1759-1820), quien sería nombrado director del hospital Bonifacio en 1788, hospital que para esa época albergaba a 560 pacientes. Este personaje resulta destacado porque se anticipó a conceptos como unidad de la locura y pluralidad de sus variedades, al pronóstico de la enfermedad en razón de su antecedente, a la cronología de la psicosis y a las nociones filantrópicas, mismas que serían abordadas por Pinel en Francia. En el hospital Bonifacio, Chiarugi impartió clases sobre enfermedades mentales y afecciones cutáneas. También hizo contribuciones en la orientación de los reglamentos de las instituciones para locos, después de la promulgación de la *legge sui pazzi*, al proponer la adopción de planillas de datos en las camas de los pacientes, mismas que debían tener los siguientes datos: nombre del paciente, lugar de origen, estado civil, tratamiento, nombre del médico tratante, fecha del comienzo de la enfermedad, fecha de ingreso, diagnóstico, tratamiento, órdenes y observaciones diarias, así como detalles del estudio posmortem, lo cual, para Conti (2015) representó un antecedente de la entidad clínica-evolutiva. Chiarugi prohibió que se ejerciera violencia en contra de los pacientes, pues la contención física sólo se debía limitar a casos extremos. En este caso, se debían utilizar ataduras de tela o brazaletes de cuero. Asimismo, prohibió las visitas de curiosos y buscó evitar el hacinamiento por medio de la separación de los pacientes, de acuerdo a su sexo y caso clínico. Entre las mejoras que propuso para el hospital se encontraba la ventilación y un sistema de agua corriente en el edificio, los jardines y sitios de esparcimiento como el que estaba destinado a actividades religiosas y tareas.

Otro personaje sobresaliente fue Joseph Daquín (1732-1815), nacido en Chamberry, Francia pero que realizó sus estudios en Turín, quien se anticipó a las interpretaciones humanistas de la enfermedad mental. Huertas (2015) refiere que Pinel conocía esas interpretaciones, pero en su obra no existen menciones a los estudios de Daquín, quien, por cierto, aprobó la realización de estudios posmortem para identificar la causa fisiológica del trastorno, pues decía que aunque existía un limitado conocimiento de la complejidad del cerebro, la degeneración era perceptible con el paso del tiempo. Sus señalamientos se diferenciaban de los de Chiarugi y Pinel que consideraban que la locura tenía una relación con el alma. Esta postura se explicaba por el planteamiento de la filosofía ilustrada que negaba la capacidad para conocer la verdad, a través de la memoria o la imaginación. Chiraugi advertía que la locura expresaba la carencia de control de los instintos a causa de un defecto en el sensorio común, esto es, entre el cerebro y los nervios que caracterizaban la condición humana por el uso de la razón (Conti, 2015). Desde un punto de vista filantrópico, Daquin argumentaba que el descuido del médico hacia

los locos era producto del prejuicio que se tenía en contra de la locura, a la que se consideraba una enfermedad incurable por lo que se buscaba el encierro inmediato del enfermo por estimarlo un ser inútil, acto que demostraba la limitada capacidad de resolución del problema. Ante esta postura, el médico proponía individualizar el tratamiento, pues medicar al paciente, antes de haber elaborado el diagnóstico, constituía un error. Daquin recomendaba realizar una ardua observación, en la que el médico, siguiendo los principios de la medicina hipocrática, debía actuar como consejero, aunque advertía que se debía buscar un punto medio entre contrariar y lisonjear la locura, lo cual Huertas (2015) no toma como evidencia de una medicina subjetiva.

El médico anhelaba que se relegaran las barreras físicas en el tratamiento y fueran sustituidas por un personal fuerte, afectuoso e inteligente que garantizara la protección del enfermo. Su propuesta, denominada “higiene del alma”, se fundaba en régimen que incluía una dieta especial, ejercicios y “actos amables” que influyeran en la mejoría del paciente. Es de advertir que Daquin sugería utilizar con cautela los tratamientos físicos tradicionales (purgantes, eméticos, opios), pues todavía le daba crédito a ciertos principios hipocráticos, tales como el efecto del ambiente sobre el cuerpo o la influencia de la luna en la periodicidad de los síntomas. El médico creía que las aguas termales producían un efecto de atracción o presión sobre la sustancia medular del cerebro, lo cual tenía un efecto en la sensibilidad. De hecho, decía que estudios posmortem mostraban que la alteración vascular del cerebro o las anomalías del cráneo eran causadas por el exceso de grosor o el grado de osificación. Estas observaciones también serían abordadas por Pinel.

1.2.4. España

La psiquiatría en España constituye un ejemplo de cómo la política retoma eventos fundacionales para la construcción de discursos que vanagloriaban un sistema de gobierno por sus valores religiosos, asistenciales y patrióticos, tal como es el hecho de que por mucho tiempo, y aun durante el Franquismo, se afirmó que el primer manicomio del mundo se creó en Valencia en el siglo XV: el hospital de pobres inocentes por iniciativa del sacerdote Gilaberto Jofre. Con este hospital, según Huertas (2012), comenzó la política segregatoria de las conductas desviadas en una sociedad feudal que buscaba solucionar los comportamientos en conflicto. Entre 1842 y 1846, en un momento en que España se buscaba presentar como una sociedad industrial y tras la promulgación de las nuevas leyes de beneficencia, se abrió un debate acerca de la construcción de manicomios administrados por el Estado, pues los enfermos, hasta ese momento, habían sido atendidos por las órdenes religiosas. Esta iniciativa sería difundida por medio de la prensa. En diferentes revistas se publicaron propuestas para distribuir a los pacientes de acuerdo al modelo francés de Esquirol, es decir, se les debía separar de acuerdo al tiempo de su diagnóstico y a la conducta que observaran en los pabellones, mismos que se ubicaban a ambos lados de un edificio central que tendría los servicios

generales y se localizaba el personal. La burguesía tuvo un papel clave en el financiamiento de los hospitales, aunque también existieron instituciones de carácter privado entre las que destacaban las de Cataluña. De hecho, se mencionaba que la mejor institución privada era el manicomio Nueva Belén (Plumed, 2005; García, 2018).

El apoyo de la burguesía sería común hasta inicios del siglo XX. Para obtener recursos, en ciertas ocasiones se recurrió a las subastas. Los ingresos se utilizaban en la mejoría de las instalaciones o en la construcción de celdas. Garcia (2018) menciona que el primer hospital para locos en la diputación provincial en Málaga apareció en la década de 1870, pues antes sólo se dedicaban pabellones anexos en los hospicios para el tratamiento de este tipo de enfermedades. Sin embargo, en 1898 se creó el pabellón de San Carlos que estaba anexo al hospital civil de Málaga. Aunque su construcción se retrasó a causa de la escasez de fondos, destacaba por su distribución sencilla y simétrica en la que se crearon salas para hombres y mujeres. Ante la alta demanda que tenía el hospital, en 1909 se decidió ampliarlo y se construyó una nueva sala para mujeres que se denominaría Santa Rita. Es de destacar que se integró una nueva clasificación de sus pacientes, la cual, según refiere García, ponía mayor énfasis en las nociones sociales más que en las nosológicas, tal como se observaba en las etiquetas que se les otorgaba a pacientes: convalecientes, sucios, agitados y furiosos. Por ser un hospital público, se pedía que los pacientes presentaran un certificado de pobreza y de residencia en Málaga. Estos requisitos no se pedían cuando se trataba de ingresos judiciales o cuando se pagaba una pensión que conllevaba un servicio distinto. Sería hasta 1917 cuando se creó un reglamento sobre ingreso para pacientes dementes. Sin embargo, durante el protectorado que se estableció en Marruecos, entre 1912 y 1956, se recibieron pacientes del norte de dicho país.

La religiosidad de la sociedad española decimonónica y la falta de uniformidad en las acciones tomadas en los hospitales de dementes, no sólo obstaculizaron la creación de escuelas psiquiátricas, sino que se rechazó el materialismo como método para explicar la locura que se asociaba al pecado. Esta visión comenzó a modificarse, en cierta medida, cuando se adoptó una filosofía somato espiritualista en la segunda mitad del siglo, misma que utilizaba la teoría degeneracionista cuando no se podía explicar la causa de la enfermedad (Plumed, 2005). La adopción de la teoría de la degeneración, entre cuyos representantes estaban Mateo Bonafonte, Valentin Magnan y Ots Izquierdo, ayudó a afianzar algunos valores de la sociedad española bajo el postulado de que las acciones moralmente buenas buscaban la conservación del individuo y por consiguiente, de la sociedad. La restauración de la monarquía, en la década de 1870, endurecería estas medidas pues se trataba de asegurar el orden al patologizar ciertas conductas, las que se expresaron en acciones higienistas difundidas a través de la prensa. El asunto del encierro, en el contexto español, se discutió a partir de que se desarrolló una polémica, a fines del siglo XIX, sobre la ineptitud terapéutica fuera

del hospital y la necesidad de una sobreespecialización terapéutica para la eficacia en la curación, asunto que se abordó tanto en instituciones públicas como en las privadas. Plumed (2005) refiere que Pablo Llorach, en 1863, negaba la efectividad de la terapéutica que se utilizaba fuera del asilo.

Por su parte, los médicos Sanz y Gómez, en 1893, y Escuder, en 1895, decían que el encierro producía una conmoción en los enfermos agudos a causa de la interacción con otros pacientes enfermos, lo cual ocasionaba su recaída, motivo por el que sugerían que el tratamiento se aplicara de acuerdo al trastorno que se sufría, por lo que debía modificarse su alimentación, el tipo de libertad y la habitación que ocupaba en el hospital. Para determinar la peligrosidad de la enfermedad mental, los alienistas españoles produjeron sus propias clasificaciones. Así, por ejemplo, Juan Ginés Partagás, a quien Plumed (2005) considera el máximo representante del alienismo español y que fue director del manicomio de Nueva Belén, elaboró en 1876 una clasificación de los trastornos emocionales basada en las observaciones de sus pacientes. El médico proponía una complementariedad terapéutica, esto es, que interactuaran pacientes que tuvieran trastornos antagónicos como la manía y la melancolía. En el ámbito legal, los alienistas buscaban demostrar que la voluntad no era una facultad superior, por lo que, como dicen Plumed (2005) y Novella (2013a), liberaban al loco de la responsabilidad criminal por su incapacidad para la reflexión. Se decía que como las alteraciones afectivas no estaban supeditadas al intelecto, entonces no se podía considerar la injerencia de la voluntad en el delito y para indagar las causas del trastorno, se debían emplear métodos de introspección, abordaje que en 1893 se difundió en la prensa de Granada bajo la corriente psicoanalítica. Con este punto de vista no estaba de acuerdo el psiquiatra Joaquín Quintana, quien pensaba que debía realizarse una aguda observación de los signos de la conciencia, lo cual podía realizarse por medio de estudios de psicología experimental y fisiología (Golcman y Ramos, 2017; Garcia, 2018).

Durante las primeras décadas del siglo XX, España no se mostraría indiferente ante la innovación y la profesionalización de la psiquiatría, pese a la complicada situación política que se vivía con motivo de la caída de la Segunda República y el ascenso del franquismo. A partir de 1922, las obras de Freud comenzaron a ser traducidas y publicadas en España, mismas que inspiraron los trabajos del médico Miguel Prados, quien trabajara en el manicomio de Málaga, y de su hermano, el poeta Emilio Prados, un escritor perteneciente a la llamada generación del 27. De hecho, Miguel realizaría estudios novedosos sobre el cuerpo calloso y el líquido cefalorraquídeo. También se fundó la revista *Archivos de Neurobiología* en la década de 1920; se crearon dos agrupaciones especializadas: la Asociación Española de Neuropsiquiatra (1924) y la Liga Española de Higiene Mental (1926); se construyó un pabellón para enfermos infantiles en 1929 y se ofreció, a partir de 1931, un servicio de consulta externa o dispensario psiquiátrico para pacientes ambulatorios, el cual se instituyó con motivo de la promulgación de

un decreto sobre la asistencia de enfermos mentales, mismo que estipuló la salida de los pacientes según su grado de peligrosidad. Asimismo, se creó el Consejo Superior Psiquiátrico que tenía la misión de hacer circular las directrices que debían regir a los manicomios provinciales.[30] En 1933, la Universidad de Barcelona ofreció clases de psiquiatría y neurología por primera vez (García, 2018). Sin embargo, no todo era miel sobre hojuelas. Se produjeron desavenencias entre los médicos, pues unos se aferraban a terapias arcaicas mientras que otros las proponían desde el campo de la neuropsiquiatría.

La prensa denunció en diferentes ocasiones que los políticos no mostraban interés por los manicomios, así como la falta de sensibilidad de los cuidadores y algunos casos del robo de alimentos por parte de los trabajadores. Otras situaciones anómalas fueron denunciadas por los mismos directores, como ocurrió en 1929 cuando Prados Such informó a la diputación provincial que algunos trastornos conductuales eran causados por una mala alimentación, tal como lo había podido observar en los casos de pelagra que aparecieron en el manicomio de Málaga (García, 2018). Aunque el freudismo dominó el panorama psiquiátrico de la primera mitad del siglo XX, sobre todo en aquellos que pertenecían a la Asociación Psicoanalítica Internacional, lo cierto es que a finales de la década de 1950 comenzaron a difundirse las ideas de psicólogos como Adler, Jung o Lacan. En 1958 se realizó el Cuarto Congreso Internacional de Psicoterapia en Barcelona, evento que sería relevante por la asistencia de algunos españoles que estaban en el exilio, pero en el que se manifestó la ideología del régimen pues se incluyó una mesa sobre psicoterapia y religión, misma que no se había organizado en congresos anteriores y a la que la prensa prestó una notable atención, pues, de cierta forma, simbolizaba una legitimación del régimen de Franco (Huertas y Bilbao, 2019). Esta postura no resulta exagerada, pues algunos psiquiatras, como Pedro Ortiz Ramos (1903-1977), dejaron testimonio de la intromisión de la política en su ejercicio médico. Aunque Ortiz colaboró con Franco desde el inicio de la guerra civil, confesó que varios “derechistas” se declararon locos para encontrar refugio en el Manicomio de Málaga.

Entre los años de 1935 y 1950, Ortiz tomó cursos en Munich, Paris y Lisboa sobre terapéuticas mecánicas, químicas y psicológicas, por lo que en su práctica incorporó tratamientos de encefalografía, lobotomía, coma insulinico, electroshock y malarioterapia. A causa de la escasez de datos sobre psicoterapia en los hospitales públicos, García (2018) supone que limitó sus prácticas terapéuticas a hospitales privados como La Casa de Reposo Los Ángeles, misma que estableció en Málaga. El médico también se destacó por as reflexiones que realizó de la calidad de vida en los hospitales y las consecuencias de algunos tratamientos. Por ejemplo, en su discurso de ingreso a la Academia de Medicina de Granada, declaró que había detectado algunas secuelas negativas en la personalidad de los

[30] García (2018) refiere que el Consejo Superior Psiquiátrico, a través de la diputación, realizó la difusión de la obra *Lo que debe ser un Manicomio Provincial* del psiquiatra Gonzalo Rodríguez Laforta.

pacientes a causa de las terapéuticas que se empleaban en las instituciones de la beneficencia pública. En un sentido diferente se expresaba Miguel Prados Such, quien buscó concientizar a la sociedad, y en particular a los políticos, sobre la necesidad de mejorar las condiciones de los hospitales para garantizar el bienestar del enfermo.[31] Este médico no sólo se manifestó en contra del encierro, sino que expresó la importancia de la profesionalización del personal subalterno, debido a que los enfermeros eran seleccionados en el ejército por una Junta que carecía de nociones médicas y que justificaba sus acciones en el hecho de que tenían la disciplina adecuada para tratar a los pacientes mentales, lo cual daba como consecuencia un modelo carcelario del que hasta el mismo paciente era consciente, motivo por el cual era frecuente que pidiera que se le explicara el delito que cometió para encontrarse en tal circunstancia (García, 2018).

Por lo anterior, Prados Such sugería varios cambios: primero, modificar el nombre de la institución, de tal manera que manicomio fuera sustituido por Hospital psiquiátrico. En segundo lugar, el personal masculino sólo debía ocupase de la atención de situaciones de peligro, en tanto que las enfermeras se ocuparían del cuidado de los enfermos por su trato delicado. En tercer lugar, se modificarían los espacios destinados a las tareas terapéuticas sustentadas en el trabajo. Prados consideraba que tanto hombres como mujeres debían tener acceso a las parcelas, pues ellas sólo tenían acceso a un pequeño huerto. García (2018) advierte que la terapéutica del trabajo tuvo connotaciones de género y económicas, situación algunos autores han denominado como la “proletarización del paciente”. Aunque en 1931 el psiquiatra Rodriguez Lafora propuso que las tareas de las asiladas fueran similares a las que realizaran fuera del manicomio (costura, lavandería, elaboración de lápices, entre otras), lo cierto es que no se les asignaban por considerar que no resultaba redituable para la economía del hospital, además de que algunas pacientes reclamaron por la falta de remuneración de su trabajo. Con este sistema, el paciente no representaba una carga al ser productivo para la economía del hospital y su propia manutención. A fin de evitar quejas sobre el trabajo no asalariado, se introdujo un esquema de recompensas, aunque se recordaba que la terapia buscaba la mejoría del paciente, así como evitar su agitación mental.[32]

La interacción de los enfermos con la sociedad, propuesta por Prados Such, evidenciaba las diferencias ideológicas que existían respecto al problema de la enfermedad mental, pues, por ejemplo, las monjas enfermeras consideraban más importante la enseñanza moral y la liturgia. Para la década de 1970 se produciría la

[31] (García, 2018) Prados Such consiguió, en 1926, que se utilizara la hidroterapia por “motivos higiénicos”.

[32] El reglamento del manicomio de Málaga de 1917 mencionaba que el trabajo de los pacientes no pensionistas permitiría cubrir parte de sus gastos. En 1921 se introdujo el sistema de recompensas que permitía a los pacientes obtener tabaco, postres o ropas por el trabajo realizado. Este sistema sería criticado por el psiquiatra Ortiz Ramos, quien publicó, en 1936, un artículo titulado “De los procedimientos antihumanos y las celdas lóbregas al tratamiento humano y la utilización social de los locos” en el periódico *La Unión Mercantil*, en el que comparaba la labor terapéutica con la realizada en una fábrica (García, 2018).

aparición del movimiento antipsiquiátrico que tenía un sustento filosófico y existencialista.

1.2.5. Inglaterra

Berrios (1993) señala que el desarrollo de la psiquiatría inglesa se caracteriza por el arraigo a aspectos nacionalistas, por lo cual los contextos sociales y las biografías de los psiquiatras son clave en la comprensión de las transformaciones de los cuidados brindados a los enfermos mentales. Aunque el estudio de las enfermedades mentales fue abordado por la teología, entre fines del siglo XVI e inicios del XVII, sería el médico Thomas Willis, en el XVII, quien propuso que la locura era consecuencia de la separación del alma sensitiva material que se compartía con los animales, de la racional de índole inmaterial y exclusiva del ser humano. De acuerdo con Willis, la locura se producía por la dependencia del alma al cerebro, pues la enfermedad del órgano repercutía en la mente. Si bien era cierto que la racionalidad era inviolable, la locura se generaba por la dependencia que el alma tenía de la fantasía, la cual se encontraba localizada en el cuerpo calloso. En este sentido, la locura se consideraba una enfermedad del alma inmaterial más que de la sensitiva (Bynum, 1974). En el Siglo de las Luces, la filosofía, la medicina y la teología buscaron comprender la locura a través de la dualidad del alma. Los estudios sobre la enfermedad mental tendrían su punto de quiebre tras la promulgación del acta del parlamento de 1744 sobre los actos de vagancia, pues en el apartado sobre los lunáticos se determinó separarlos de los criminales a fin de que fueran curados y asegurados. Como este procedimiento no requería de una constancia médica, la decisión de poner en libertad a los enfermos quedaba en manos de los carceleros y los magistrados locales.

Cinco años después, el filósofo Davis Hartley, desde una posición religiosa, publicó *Observaciones sobre el hombre, su estructura, su deber y sus esperanzas* en donde proponía un modelo médico, la psicofísica, en el que explicaba que los fenómenos de la mente se producían por las vibraciones de las fibras del cerebro. Si bien el paradigma de los disturbios de la razón destacaba la superioridad intelectual del ser humano, también reconocía la dificultad de estudiar la locura que se consideraba incurable y para su tratamiento se recurría a la teoría humoral. Sería hasta la aparición de la noción de enfermedad que se logró desplazar la idea del alma como la causante de la locura (Bynum, 1974). Stagnaro (2015a) considera que la primera monografía inglesa en abordar la locura, desde un punto de vista médico y terapéutico, sería el *Treatise on madness* de William Battie (1705-1776) que fue publicada en 1758. En esta obra, el autor cuestionaba el uso de eméticos y sangrías para el tratamiento de los pacientes, además que criticó las acciones antiéticas que realizaba el personal de los hospitales, quienes recibían sobornos para permitir la entrada de visitantes que contemplaban a los pacientes como espectáculo. Battie proponía varias acciones mejorar la calidad de vida de los pacientes: el mejoramiento de la ventilación de sus celdas y de su alimentación, las visitas de sus familiares y amigos para distraer a los pacientes, y sobre todo, establecer un

compromiso del personal con el paciente. La obra de Battie suscitó un debate respecto a la manera en qué se debía tratar la locura, pues el médico John More (1715-1791), padre de Thomas More, publicó *Remarks on dr. Battie´s treatise on madness* en el que expresaba que el texto de Battie representaba una ofensa a su padre, quien había dirigido el hospital de Bethlem especializado en este tipo de pacientes.

En este punto, es importante mencionar que entre 1751 y 1767 se creó una red de hospitales para dementes integrada por el de San Lucas en Londres (1751), el de Manchester (1766) y el de Newcastle (1767), entre otros. También se adaptaron casas que servían como hospitales privados, mismos que serían regularizados hasta 1774 cuando se buscó establecer, aunque de manera ambigua, qué características debían cumplir los dueños de los establecimientos, algunos de los cuales eran médicos, qué funciones debía desempeñar el personal y qué terapias se debían aplicar, pues las acciones a tomar dependían de la explicación de la enfermedad. La presencia de un médico en un hospital representaba una incursión en la cientificidad, lo cual avalaba la calidad del establecimiento (Berrios, 1993). Por lo anterior, Bynum (1974) consideraba que existía una competencia entre el hospital de San Lucas, que fue el primero en cumplir con este requerimiento, y el de Bethlem que era dirigido por William Battie. A fines del siglo XVIII apareció un nuevo hito en la psiquiatría inglesa y sobre todo en la aplicación concisa del tratamiento moral: la fundación del asilo privado de York en 1792 por el filántropo William Tuke. Este recinto, de menores dimensiones que el de Bethlem y llamado cariñosamente "retiro", se distinguió por la privacidad e individualidad del tratamiento, uno de los principales postulados del tratamiento moral.[33] Es importante mencionar que la terapia moral propuesta por el movimiento alienista, y cuyo principal representante era el francés Pinel, proponía algunos métodos cruentos que, al igual que las técnicas humanistas de no restricción, tenían la intención de "causar bien al paciente y repercutir sobre su mente".

Así surgieron la silla rotatoria de Erasmus Darwin (1731-1802) y la silla de restricción de Benjamín Rush (1746-1813). Bynum (1974) sostiene que la aparición de "métodos más suaves" fue consecuencia de los cambios que se produjeron en la sociedad. A fines del siglo XVIII todavía seguían vigentes las teorías que asociaban la locura con la inmaterialidad de la mente, tal como ocurrió con Francis Willis que postulaba la incurabilidad del furor uterino. Ello se debía, según Bynum, a las dificultades que encontraban para explicar aspectos materiales como los cambios de grosor en los cráneos o la congestión vascular que provocaba la muerte de los pacientes, pues no existía manera de compararlos con los órganos de las personas sanas. Esta visión favoreció la aparición de movimientos como la frenología, propuesta por el médico alemán Joseph Gall (1758-1828) a finales del siglo XVIII, que sostenía que ciertas facultades de la mente se localizaban en

[33] Bynum (1974) menciona que Thomas Fowler fue el primer médico que se internó en York. Fowler era reconocido por ser el inventor de una solución de base arsénica que tuvo mucho éxito en Inglaterra.

determinadas áreas del cerebro, las cuales podían percibirse por la forma que tomaba el cráneo. Gall sustentó su teoría en los estudios de fisiognomía realizados por Batista de la Porta en el siglo XVI y por Caspar Lavate en el XVIII, así como por los de anatomía comparada de Peter Camper (Bynum, 1974; Walter y Arias, 2018). La frenología tuvo una mayor recepción en Inglaterra que en Prusia o en Francia, países en donde sería censurada por Franz II en 1801 y por Napoleón Bonaparte en 1813. Éste último la consideró una amenaza a la moral por sus principios materialistas y deterministas, lo que ocasionó que Gall no fuera admitido como miembro de la Academia de Ciencias de Francia.

Su mayor aceptación en Inglaterra se podría explicar porque el autor era afecto a la filosofía de Leibniz y buscó dar una explicación de los procesos mentales alejada de la metafísica y el escolasticismo, aunque, como se mencionó, no logró evitar la censura religiosa y política que se oponía al materialismo (Walter y Arias, 2018). La introducción de la frenología en Escocia fue obra de Caspar Spurzheim y del abogado George Combe. El primero fue colaborador de Gall entre 1804 y 1813 y se le ha atribuido la creación del término que daba sustento a la teoría. Aunque Gall propuso en un principio que había 42 facultades en el cerebro, Spurzheim las amplió al proponer las domésticas, las egoístas, las morales, las autoperceptivas, las intelectuales, las reflexivas y las literarias. Es importante mencionar que Combe, a su vez, era discípulo de Spurzheim, y publicó en 1827 su *Manual Frenológico*. Entre los médicos que se adhirieron a los postulados de la frenología se encontraban Sir William Ellis, John Conolly y W. A. F. Brown (Walter y Arias, 2018). En el transcurso del siglo XIX se logró la aceptación de la relación entre la mente y el cerebro, a través de la fisiología que, de acuerdo con Bynum (1974), se ilustra en las teorías de médicos como Griesinger y Meynet que formaban parte la generación de *brainphsychiatrist*, de quienes no sólo se demandaba su presencia en las casas de locos, sino que se pedía que regularan las condiciones que estos lugares. A principios del siglo XIX, las regulaciones de las casas de locos pasarían por un nuevo proceso de consolidación. También se produjo un impulso en la producción literaria sobre la psiquiatría, lo cual estaba relacionado con el interés que el rey Jorge III (1738-1820) mostró por el estudio de la locura.[34]

Stagnaro (2015b) menciona que Inglaterra fue la segunda nación que produjo el mayor número de textos sobre locura en el siglo XIX. Entre los autores más importantes estaban Thomas Arnols, John Ferier, Alexander Crichton[35], Andrew Harper y John Haslam, entre otros. En 1806 David Daniel Davis (177-1841) tradujo el *Tratado medico filosófico de alienación mental* de Pinel, en el que se enfatizaba

[34] Bynum (1974) menciona que el monarca sufrió en carne propia el tratamiento moral, pues por indicaciones del médico Francis Willis se le ató a una maquina inmovilizadora, para después ser golpeado, amenazado y drogado. Tras recibir esta terapia, el rey lo consideró un "tratamiento inmoral".

[35] El escocés Alexander Chricton (1763-1856) publicó en 1798 *Inquíry into the nature and origin of mental deragenet*. Como esta obra fue traducida al holandés, alemán y francés, Stagnaro (2015a) sugiere que el médico francés Pinel pudo haberla conocido.

la importancia del buen trato del personal hacia los enfermos, lo cual podía asegurarse con una justa remuneración, y la necesidad de desestigmatizar la locura para incidir sobre la conducta del paciente y de ese modo, facilitar la aplicación de otros tratamientos (Bynum, 1974). El tratamiento moral sería cuestionado en las dos primeras décadas del siglo XIX. Así, en 1813, William Tuke publicó su *Description of the restreat* en el que describía las terapéuticas empleadas en el asilo de York y criticó la mala gestión que existía en otros establecimientos. Sin embargo, el autor no minimizó la labor de los médicos, pues consideraba que no había una causa última de la locura y que la observación podía ayudarlos a tener un mayor acercamiento a la mente. Su trabajo sería elogiado por *The Edimburg Review* que era uno de los principales diarios de la época. Como consecuencia de las críticas a los hospitales, entre 1815 y 1816 se formó una Comisión Reguladora de las Casas de Locos que estaba formada por miembros del Real Colegio de Médicos, quienes publicaron sus informes en la revista antes mencionada, en los que destacaban, entre otras cosas, que la colaboración de las tropas británicas en algunos establecimientos, como el Asilo de Hanwell, contribuyó a otorgarle un toque de firmeza pero a la vez de caballerosidad, lo que Suzuki (1995) interpreta como un regreso al modelo de manicomio-prisión.

Es de advertir que la colaboración del ejército y las instituciones sería posterior a la guerra napoleónica. La Comisión Reguladora contribuyó a legitimar el papel de los médicos en la atención a la locura, tal como se observa en la exigencia de un certificado médico para quienes brindaban sus servicios en alguna de las casas de locos, o en su caso, se pedía la presencia de un boticario (Bynum, 1974). Las críticas en contra de las casas de locos no sólo eran escritas por los médicos, sino que también provenían de otros personajes como el magistrado y filántropo Edward Wakefield (1774-1854), quien desaprobó los costos de los retiros privados e hizo evidente, con un tono amarillista, el escándalo en que se vio involucrado el médico John Haslam (1764-1844) [36], quien era director del Hospital de Bethlem, a quien se acusó, en 1814, de haber encadenado por diez años a un norteamericano apellidado Norris por una discusión. Ese no fue el único escándalo que se difundió en la prensa, pues con frecuencia se denunciaban embarazos, muertes misteriosas de los pacientes y una notable ausencia de los médicos, situación, ésta última, que derivó en una serie de interrogatorios al personal para conocer si los médicos cumplían con sus obligaciones. A pesar de sus denuncias, Wakefield adoptó una postura más indulgente en su evaluación de la capacidad de los médicos (Bynum, 1974). Si bien la atención de la prensa se centraba en los escándalos, también se hicieron publicaciones en las que referían los avances del alienismo. De acuerdo

[36] Stagnaro (2015a) refiere que Haslam asumió la dirección de la botica de Bethlem en 1795 cuando se introdujeron nuevos criterios en la farmacopea. Este personaje destacó por el registro cotidiano que llevaba del comportamiento de los pacientes y por las disecciones cerebrales que realizaba. Sus resultados serían publicados en 1798.

con Stagnaro (2015a), los escándalos contribuyeron al movimiento de reforma asilar en el Reino Unido.

Aunque algunos médicos, entre los que destacaban Haslam y Thomas More, dudaban de la posibilidad de curar la locura, reconocían que se debía brindar confort a los enajenados por lo que consideraron que representaba una amenaza que el parlamento asumiera el control de las casas de dementes. De hecho, Haslam advertía que la administración de los especialistas era la única que podía garantizar la actualización de conocimientos sobre las enfermedades mentales. En esta tónica, el médico William Lawrence, quien conocía la teoría que refería que el daño orgánico era factor primario de la enfermedad y se expresaba en diversos disturbios físicos, respaldó la propuesta de que debía existir una complementariedad entre el tratamiento moral y los métodos tradicionales (Bynum,1974). Al concluir sus actividades en 1816, la Comisión Reguladora no logró consolidar un modelo único en la atención de los dementes. Ello se consiguió hasta 1828 cuando se permitió el ingreso legal de los médicos a los asilos y se dispuso que las instituciones que contaran con más de 100 pacientes, debían tener un médico director residente en el hospital, lugar que antes le correspondía al superintendente. Sin embargo, Berrios (1993) advierte que el papel del médico se restringía al tratamiento de las dolencias físicas. Esta legislación fue redactada por el Comité Visitador de Instituciones de Lunáticos integrada por Edward Wakefield, William Hone y el arquitecto James Bevans. En Hanwell se aplicó el nuevo modelo de asistencia denominado *non-restraint*, en el que el personal adoptaba un papel de padres, se brindaran servicios religiosos como el metodismo bajo la dirección de James William Ellis y se sustituyeron las cadenas por la disciplina laboral, aunque se debía mantener una constante vigilancia.

Con la reforma de 1832, que incluía todo lo relacionado con pobres y prisiones, se adoptó un sistema más riguroso y menos familiar. De hecho, en casos como el asilo de Hanwell la dirección quedaría en manos de un militar y aunque los demás médicos protestaron, lo cierto es que no existía ninguna normativa que estipulara que la dirección debía quedar a cargo de un especialista (Suzuki, 1995). Bynum (1974) menciona que con la reforma, muchos de los médicos serían despedidos de las instituciones pese a los años que llevaban de servicio, salvo por el caso de More que cedió su plaza en Bethlem a su hijo. Con la intención de buscar la homogeneidad en la formación psiquiátrica de los médicos, en 1841 se formó la Asociación de Directores médicos de hospitales para dementes, misma que 24 años después cambió su nombre a Asociación médico-psicológica, cuyo número de miembros creció de manera importante a fines del siglo. En la década de 1850, los alienistas comenzaron a tener un reconocimiento social que les permitió impartir conferencias en escuelas clínicas y que derivó en la demanda de que se les proporcionara conocimientos de psiquiatría a los médicos generales, tal como se lo hizo Robert Boyd en 1859 y cuya postura sería respaldada por John Sibbald. Aunque en las últimas cuatro décadas del siglo XIX aparecieron manuales y libros

de texto como el *Asylum Journal*, del que Sibbald fue coeditor, y el *Diccionario de Medicina Psicológica* de D. H. Tuke que reunía el lenguaje de la psiquiatría que se utilizaba en Europa, lo cierto es que en la década de 1870 seguía vigente el modelo del *non-restraint* cuyo éxito radicaba en el diálogo indirecto que se mantenía con el paciente pues se sabía que la locura aumentaba con el encierro, situación que lo diferenciaba del tratamiento moral que ponía énfasis en el carácter de los cuidadores (Berrios, 1993; Suzuky, 1995; Stagnaro, 2015a).

En 1885, el método de legitimación de la psiquiatría inglesa se burocratizó, pues se pidió realizar un examen de acreditación para obtener el Certificado de Eficiencia en Medicina Psicológica (CPM) (Berrios, 1993). Merced a los avances en los estudios de fisiología, anatomía y semiología, así como la aparición de la neurología que confiaba en solucionar los trastornos incurables con métodos menos agresivos como las mutilaciones empleadas por la cirugía y la ginecología, se buscó cuestionar el alienismo lo que derivó en la separación de las enfermedades basadas en una lesión y las neurosis. La importancia otorgada a la neurología se evidenció por el hecho de que estos especialistas comenzaron a ocupar plazas en hospitales generales, en los universitarios y en las clínicas privadas. De hecho, el trabajo de Hughlings Jackson sobre neurofilosofía fue retomado por la escuela francesa (Huertas, 1989; Berrios, 1993). Gracias al influjo del psicoanálisis, se produjo una separación entre la neurología y la psiquiatría cuya principal consecuencia fue la disociación de las enfermedades del cerebro de las de la mente (Berrios, 1993; Walter y Arias, 2018). En este sentido, Bynum (1974) resalta la importancia del trabajo de Freud para la psiquiatría inglesa, pues se podía explicar, a través de metáforas, la relación existente entre la psicología y el cuerpo. En la década de 1890 hizo su aparición un nuevo modelo de atención a la enfermedad mental, el cual fue desarrollado por médicos escoceses y se le conoció como *Open-door*, mismo que sería respaldado por el alienista francés Edouard Tolouse (1865-1947), a quien se conoce como el último representante de esta corriente y el primero de la psiquiatría francesa, pues sus trabajos se ubicaron en un momento de transición académica derivado del cambio de paradigmas[37].

El *open-door* estaba pensado para el tratamiento de un limitado tipo de pacientes convalecientes y dóciles, a los cuales se les seleccionaba a través de exámenes. Bajo estas condiciones se garantizaba la disminución de accidentes o suicidios, al tiempo que los asilados adquirían comportamientos más o menos aceptables que les brindaban un acceso gradual a ciertas libertades como salir a la ciudad o conseguir trabajo. Todo ello con la finalidad de aproximarlos a una rutina ordinaria. Este método se dividía en tres etapas: la del pabellón de vigilancia que carecía de celdas de aislamiento, la del pabellón semi-abierto y la del pabellón ordinario que era como el de cualquier hospital. En el *open-door* no se permitía la presencia de la policía y contaba con laboratorios en los que se escuchaban las

[37] El modelo *open door* alcanzaría importancia en Francia después del fin de la Segunda Guerra Mundial.

necesidades y quejas de los pacientes. También se ofrecían servicios de hospitalización o de consulta externa a través de dispensarios que atendían a los pacientes en su domicilio (Huertas, 1989). Las clínicas de atención externa comenzaron a aparecer, tanto en Inglaterra como en Estados Unidos, en las primeras décadas del siglo XX. Así, por ejemplo, en Estados Unidos se fundó la primera en Baltimore en 1909, mientras que en las provincias de Inglaterra se crearon, en la década de 1920, los *psychopathi hospitals* que estaban adjuntos a los hospitales generales, situación que Huertas (1989) considera fue una aplicación tardía al modelo científico de hospital provocado por la tradición no coercitiva de los sistemas ingleses. La psiquiatría inglesa sufriría importantes transformaciones tras la fundación, en 1908, de la primera catedra de medicina psicológica en la Universidad de Leeds.

En 1920, el Real Colegio de Médicos de Londres propuso sustituir el CPM por un Diploma en Medicina Psicológica, mismo que después de la Segunda Guerra Mundial dejó de ser considerado una especialización de tres meses para convertirse en un estudio de posgrado con una duración de tres años. También aparecieron sub especialidades como la psicogeriatría, la interconsulta, la psiquiatría infantil y forense, y las toxicomanías que fueron reconocidas por la Comisión Inspectora de Instituciones Educativas. Finalmente, en 1970 se constituyó el Real Colegio de Psiquiatras en Londres. Berrios (1993) considera que uno de los méritos de la psiquiatría inglesa ha sido su organización hospitalaria, la cual, bajo el control del Ministerio de Educación y de Salud, ha mantenido un equilibrio en cuanto al número de médicos requeridos y a evitar una competencia educativa en materia psiquiátrica, tal y como sucede en Francia.

1.3. La psiquiatría en América

Al igual que en el anterior apartado, se presenta un recorrido por el desarrollo de la psiquiatría en Argentina, Chile, Colombia, Brasil, Cuba, Estados Unidos y Canadá para entender las características que tuvo en cada país y las medidas que se implementaron en materia de atención a los enfermos mentales.

1.3.1. Argentina

A fines del siglo XIX, los médicos argentinos consideraron la enfermedad mental como un fenómeno social y político que demandaba la tutela del Estado, lo cual permitió que se establecieran hospicios, se crearan cátedras, se impulsaran publicaciones de corte higienista y se fundaran asociaciones como el Instituto Psicológico Argentino (1892) y la Sociedad Psicológica de Buenos Aires (1910) que congregaron a médicos, pedagogos, criminólogos y abogados que estaban preocupados por la locura, la vagancia, la miseria y el anarquismo atribuidos al degeneracionismo. Entre ellos destacaba la figura de José Ingenieros que, desde una perspectiva positivista y darwiniana, afirmaba que las ciencias sociales debían

ayudar a la normativización de la segregación de los grupos patológicos, pues constituían un obstáculo en la consolidación del ideal de nación moderna (Golcman y Ramos, 2017; Vallejo, 2018). El interés en el estudio de la enfermedad mental en ciertas ocasiones estuvo acompañado de espectáculos, tal como lo muestra Vallejo (2018) que refiere un par de casos de supuestos médicos que aplicaban el método del hipnotismo.[38] Aunque enfrentaron la censura política, religiosa y médica, lograron tener una buena recepción entre la población y con algunos galenos. De hecho, la prensa le dedicó una gran atención debido al conocimiento que se tenía del espiritismo, el cual fue introducido por alienistas como Lucio Meléndez y Wilfrido Rodríguez de la Torre. De hecho, Vallejo advierte que se debe diferenciar la psicología utilizada por las ciencias paranormales de aquella que se definió como científica en el siglo XX.

Entre finales del siglo XIX y principios del XX, el papel del psiquiatra fue considerado central para las instituciones, merced a su capacidad para identificar y segregar al diferente. En este sentido, la anatomopatología sirvió como herramienta de legitimación del materialismo, pues se aplicaba en la verificación de los sentidos. En 1892 Domingo Cabred, quien era director del hospicio Mercedes, sugirió la creación de un laboratorio de neuropsiquiatría, propuesta que se haría realidad en 1920. Para hacerse cargo del laboratorio, el Ejecutivo y el Ministerio de Relaciones Exteriores decidieron contratar al médico alemán Cristofreddo Jacob. Golcman y Ramos (2017) consideran que esta acción demostraba el proceso de adaptación de los métodos psiquiátricos europeos, lo cual pondría los cimientos de la escuela neurobiológica argentina. El proceso de inmigración europea generó recelo en la población local, pues a ciertos grupos se les asoció con prácticas, patologías y estigmas que estaba ligadas a la homosexualidad, el anarquismo y la militancia gremial. La desconfianza se acrecentaría a causa de las campañas de higiene mental, antialcohólicas y antisifilicas que se difundieron en la década de 1920, motivo por el que no debe extrañar que se generaron conflictos que obligaron a la intervención policiaca, pues se pensaba que su presencia constituía una amenaza del "equilibrio higiénico". Esta situación se agravó por el hecho de que muchos de los migrantes recibían atención en los hospitales dependientes del gobierno. Golcman y Ramos (2017) consideran que los conflictos se explicaban por las

[38] Ante la creciente difusión de conocimientos realizada por sujetos carentes de diplomas, las autoridades sanitarias emprendieron campañas en contra del ejercicio ilegal de la medicina lo que daría origen, en 1926, a una legislación sobre esta materia. Sin embargo, la censura a estas prácticas no fue tan rígida pues se permitió que un pseudomédico como Martínez de Das, cuyo nombre verdadero era Alberto Santini, realizara demostraciones sobre espiritismo, visión a distancia, ciencias de oriente y psiquiatría, mismas que alcanzaron una gran difusión en los periódicos, además de que se le permitió instalar una clínica de medicina tradicional, en la que aplicaba la terapia psicológica. Martínez de Das alegaba que había gozado de la protección de la reina Isabel II, pero se tuvo que exiliar a causa de un fraude que cometió. Este personaje difundió la idea de que el hipnotismo servía como anestésico en cirugías y ayudaba a curar males como el sonambulismo y la sugestión, entre otros. Su método llamó la atención de algunos médicos argentinos y de algunos intelectuales, por constituir un campo poco explorado y que se eludía en las universidades. De hecho, solicitó permiso para realizar prácticas en cárceles, hospitales y manicomios (Vallejo, 2018).

difíciles relaciones que existían entre los grupos sociales y no por la existencia de verdaderas patologías asociadas a los extranjeros.

Aunque algunos de los internamientos se efectuaban en momentos de crisis, lo cierto es que en el manicomio se daban modificaciones del diagnóstico. Los dos autores opinan que estas actitudes resultaban paradójicas, pues varios de los servicios psiquiátricos que se incorporaron a la Beneficencia, contaban con administradores españoles, italianos, franceses y alemanes. Aunque la atención brindada se dirigía a sectores de alto nivel económico. Con la introducción del psicoanálisis, entre las décadas de 1920 y 1930 cuando el positivismo estaba en decadencia, se generaría un proceso de contratación y diversificación de los profesionales encargados de la salud mental, tal como se observara en las declaraciones del psiquiatra suizo Enrique Pichón Riviere,[39] quien recomendaba que no se aplicara el tratamiento biológico y la psicoterapia para disminuir la ansiedad en el paciente, pues ello dificultaba la posibilidad de conocer su subjetividad (Golcman,2017b). Como se ha mencionado antes, la utilización de tecnologías en el campo psiquiátrico permitió que éstas ganaras reconocimiento frente a otras especialidades. Así, por ejemplo, cuando se creó el laboratorio de anatomía patológica, éste contaba con salas de micro y macro fotografía, fonografía, aparatos antropométricos, aparatos eléctricos como la rueda de Wimshurst[40], salas de microscopía, química, biología y psicología experimental, un depósito de cadáveres y un museo de piezas anatomopatológicas. Golcman y Ramos (2017) consideran que esta tecnología cumplió objetivos de investigación más que de tratamiento a corto plazo.[41]

La terapia de shock, sea por medio de electricidad, insulina o piretorerapia, sería introducida a mediados de la década de 1930 y generó un buen número de investigaciones de los psiquiatras argentinos y cuyos resultados sirvieron para exigir la aplicación de políticas de higiene mental como medida preventiva en el exterior del manicomio. Aunque la tecnología resultaba de gran importancia, un médico como Bula y Vita sostenía que el psiquiatra no debía ser un mero acompañante del enfermo, sino que debía tener en cuenta el sufrimiento que le provocaba su incapacidad de mantener una buena convivencia social, lo cual contribuía a la decadencia de su estado que podía terminar en algunos casos con el suicidio. Golcman (2017b) considera que lo novedoso influyó en la preferencia que se le otorgó a algunas terapéuticas, tal como fue el caso de la terapia de electroshock aplicado, a partir de la década de 1940 en el hospital Esteves, en casos de

[39] Pichón Riviere fue miembro de la Asociación Psicoanalítica Argentina fundada en 1942. A partir de la teoría de Lombroso, Pichón consideraba que en el epiléptico se encontraba el prototipo del delincuente, pues su accionar instintivo representaba la encarnación de lo primitivo.

[40] Éste era un generador eléctrico utilizado para el tratamiento de parálisis de pares craneanos y cefalea (Golcman y Ramos, 2017)

[41] El museo de anatomía patológica sirvió para enfatizar la causa orgánica de la enfermedad como sucedía en los casos de parálisis provocada por neurosífilis o el delirio a causa del consumo de sustancias toxicas. (Golcman y Ramos, 2017)

diagnósticos inespecíficos. Para realizar la historia clínica del paciente, se elaboraban planillas que contenían sus datos generales, su diagnóstico, información sobre la resistencia cefálica, el voltaje usado, el tiempo que se aplicaba, las características de la convulsión, la reacción paroxística y se registraban los accidentes cuando ocurrían. Aunque en sus inicios la terapia de shock se aplicaba a los casos de esquizofrenia, después se extendería al tratamiento de la psicosis y el delirio. Los archivos de los pacientes mostraban que se empleaba con mayor frecuencia la terapia de electroshock sobre la del choque insulínico.

La terapia de shock y la psicoterapia pretendían reconstruir la personalidad del sujeto con la intención de readaptarlo a la sociedad, por lo que se debían reducir sus "cargas instintivas y violentas" por medio de la inducción de un "mecanismo de muerte". Esta fue la razón por la cual los psiquiatras utilizaron esas terapéuticas de manera complementaria. De acuerdo con los psiquiatras, los pacientes que llevaban ambas terapias demostraban mejores resultados que los que sólo tomaban una u otra. En el caso del Hospital Esteves, la familia tenía pleno conocimiento de las terapias que se empleaban con sus familiares al interior del manicomio, pues ellos tenían que firmar la autorización. En el tratamiento de las mujeres se utilizaba con mayor frecuencia la piretoterapia, restraint y los chalecos de fuerza. En la década de 1960 se produjeron modificaciones en los tratamientos, pues la psicoterapia dio paso a la terapia farmacológica.

1.3.2. Chile

En Chile, el control y la vigilancia de los anormales, conceptos con los que estaban familiarizados desde el siglo XIX, se basaba en el tratamiento moral y el encierro en el manicomio, lo cual se justificaba por la necesidad de contención y transformación vigilante. Este proceso se consolidaría en 1925 cuando en la nueva Constitución se declaró que el Estado debía garantizar la educación, la seguridad y la inclusión social, tareas imprescindibles en un contexto en donde se creía que las deficiencias físicas, morales y mentales, entendidas como "peligros sociales", se asociaban con el sector popular. Estas deficiencias se acentuaban por causa de factores geográficos, sociales y biológicos. En el tratamiento de las enfermedades se produjo una interacción entre la medicina, la psiquiatría, la pedagogía[42] y el derecho, mismas que contribuyeron a crear una serie de medidas públicas e institucionales, entre las que se encontraban la aplicación de sanciones, multas o la intervención en casos que se calificaban como una "infancia anormal" (León y Rojas, 2015; Correa, 2017). Para el establecimiento de instituciones mentales, mejor conocidas

[42] León y Rojas (2015) comentan que la escuela tenía la obligación de arrancar de la calle a los niños, pues la falta de tutela representaba un peligro latente para la sociedad. La escuela debía enseñarles valores patrióticos a los infantes como el de la productividad. La pobreza, la anormalidad y la criminalidad se consideraban la versión biológica, social y moral de lo patológico, ideas que tuvieron vigencia hasta la década de 1940, época en la que el Estado difundió un discurso en el que atribuía a la familia su responsabilidad en la reproducción de una "infancia anormal", pues la herencia patológica y viciosa provocaban que el infante padeciera precariedades, ignorancia y abandono.

como casas de orates, se siguió el modelo de algunos hospitales de Estados Unidos y se contó con las aportaciones de médicos extranjeros como el médico irlandés William Blest (1800-1884), quien fue el fundador de la primera escuela de medicina chilena y de los médicos chilenos Carlos Sazié (1852-1921) y Augusto Orrego Luco (1849-1933). Blest consideraba que como el hospital era un símbolo de civilización, su actuación debía buscar responder las necesidades sociales, tal como ocurría con la locura que por ser una condición cerebral debía justificar el interés y la compasión de la sociedad.

Así, el maltrato y el abandono en que se mantenía a los dementes sería sustituido por un el régimen asilar que los ayudara a modificar sus voluntades, sensibilidades y afectos alterados. También se propuso que los proyectos de construcción de manicomios estuvieran fuera de la ciudad y que se evitara la presencia de la familia o la proliferación de los hábitos insanos que desencadenaron el trastorno (Correa, 2017). Es de destacar que en la administración de los hospitales se generaron luchas de poder, debido a que en la Juntas Directivas había miembros del clero a quienes se les permitía participar por el dinero que aportaba y que compensaba los escasos recursos estatales. Como ellos no comprendían la función curativa del asilo, abogaban por circunscribir el papel del médico a la aplicación de medicinas, lo que significaba no sólo quitarle atribuciones en la toma de decisiones, sino que se minimizaban sus objeciones en el incumplimiento de los principios alienistas. Un caso paradigmático fue el del alienista Willian Benham, quien en 1875 pidió la colocación de un reloj que ayudara a mantener la disciplina y sirviera para establecer rutinas en la Casa de Orates de Santiago. Su solicitud no sería bien recibida y fue destituido de su cargo. Esta situación se modificaría en la década de 1940 cuando se confirmó que el médico era el encargado de inspeccionar la anormalidad y con ello, prever el bien social. Esta legitimación fue producto de dos factores: las Organizaciones de Protección Social pasaron del Ministerio de Justicia al de Salubridad y a que el término anormalidad ya no se utilizaba para los casos de menores delincuentes y abandonados (León y Rojas, 2015; Correa, 2017).

A pesar de ser un país extenso y diverso, los servicios de salud mental se encontraban centralizados. Los primeros hospitales exclusivos para locos aparecieron en Santiago alrededor de 1852 (la Casa de Orates de Nuestra Señora de los Ángeles y una pequeña loquería fundada tiempo después). Cuatro años se creó la Casa de Orates de los Olivos que ofreció sus servicios pese a que no se habían concluido las obras. Con la introducción de los principios higienistas, se gestó un cambio en la estructura arquitectónica de los manicomios en Chile, pues los primeros hospitales se construyeron con materiales como adobe, madera y ladrillo, carecían de una iluminación adecuada y el abastecimiento de agua se realizaba por medio de fuentes y acequias. Con la intención de modernizar el servicio, se sustituyeron los materiales de madera y se agregaron arcos, ventanas, patios y cañerías. La expansión de la ciudad constituyó un problema para la Casa

de Orates, pues se contravenían los principios alienistas del orden y sosiego que resultaban necesarios para la recuperación de la razón, situación que obligó a la autoridad a dar resolución a esta demanda. Las circunstancias políticas también contribuyeron a interrumpir proyectos como el del Manicomio Nacional, cuya construcción inició en 1890 y se concluyó en 1894. Este hospital se ubicaba al oriente de Santiago. Tenía una extensión de 45 000 m^2 más 10 hectáreas de una colonia agrícola. Una peculiaridad del hospital es que contaba con pabellones de dos pisos, pues se buscaba ubicar a los enfermos de acuerdo a ciertos criterios sociales y transgresores. Así, los "peligrosos" y "crónicos" se ubicaban en un espacio distinto del que se destinó a los pensionistas.

Aunque el Manicomio se planificó para recibir a 1 200 pacientes, lo cierto es que era reducido el número de enfermos que albergaba, lo que provocó que en 1904 fuera utilizado para alojar a fuerzas militares. La situación del Manicomio Nacional contrastaba con lo que ocurría con el Hospital de los Olivos que atendía un número creciente de pacientes. Así, por ejemplo, en la década de 1870 atendió anualmente a más de 300, en la siguiente década el número se duplicó y para la década de 1920 se contabilizaba una población de más de 2 000. Correa (2017) considera que el incrementó en la atención a los enfermos era consecuencia del crecimiento demográfico que se vivió en Chile. Sin embargo, el autor reconoce que no todos los hospitales tuvieron altos índices de ingreso, tal como ocurrió con el asilo de Yungay cuya población anual no superaba los 30 habitantes. En otros casos, como el del Hospital Concepción, los problemas administrativos obligaron a su cierre. Como éste sólo funcionó dos años, de 1895 a 1897, se tuvo que llevar a los internos a una quinta agrícola en la que se les proporcionaba una terapéutica que se consideró más óptima. El cierre de este espacio psiquiátrico generaría una serie de reflexiones respecto a la viabilidad del modelo aplicado en Inglaterra de la Casa de Orates, pues como estos lugares se pensaron para recibir a miembros de las élites, se trató de que siguieran un modelo familiar por lo que se redujo su carácter institucional y se buscó poner énfasis en la creación de áreas verdes o en su defecto, hacer alegorías que recordaran a la naturaleza por medio de libros, diarios, obras de teatro, la distribución de flores y la presencia de algunos animales.

La Junta de Beneficencia no encontró viable el modelo, debido a que se carecía de recintos adecuados y a que no existía una política de separación de los pacientes "tranquilos" de los "furiosos". Sin embargo, sería hasta 1929 cuando algunos hospitales comenzaron a seguir el modelo inglés. La pérdida de interés en las casas de orates favoreció la edificación de nuevas instituciones, tal como sucedió con el manicomio José Cardenio Avello construido en 1915 sobre el terreno que ocupaba el hospital de Concepción. Este hospital tenía una extensión de 14 hectáreas, pero terminaría en manos del Ministerio de guerra. A finales de la década de 1920 se consolidó un nuevo sistema psiquiátrico gracias a la construcción del asilo-colonia El Peral, el cual se sustentaba en un régimen de mayor autonomía para los internos, inspirado en el *open-door*, pues la ausencia de cerrojos facilitaba

la interacción no sólo entre ellos, sino también con el personal de salud. Este asilo fue denominado por la prensa como la "ciudad albergue" pues sólo acogía a los enfermos mentales, mientras que los inválidos, quienes se hallaban anteriormente en el Hospicio de Santiago, serían remitidos a la Quinta Bella en Conchalí. El proyecto del asilo-colonia estuvo coordinado por una comisión integrada por el director y subdirector de la casa de orates y por el arquitecto de la Junta de Beneficencia, quienes tomaron en consideración la manera en que se establecieron instituciones similares en Uruguay, Argentina y Brasil, sobre todo en aspectos concernientes a los reglamentos y su infraestructura (Correa, 2017).

Con la intención de continuar con los cambios en el sistema psiquiátrico, la Junta de Beneficencia aprobó, en 1929, un plan federal de manicomios que dividió al país en tres regiones (Norte, Centro y Sur), además de que se crearon algunos espacios asistenciales especializados adyacentes a los hospitales regionales de las provincias. Esta última medida evidenciaba un cambio en la forma en que se percibía a los enfermos mentales residentes fuera de la capital, quienes eran encerrados en recintos policiales y hospitales generales hasta que se trasladaban a Santiago, traslado que constituía un riesgo para los pacientes pues, como afirma Correa (2017), los viajes se realizaban sin contar con servicio de enfermería y a expensas del "trato brutal" que prodigaba un "policía inculto". Con respecto al tratamiento en los manicomios de Chile, Correa (2017) menciona que la presencia de enfoques como la teoría de la degeneración, la anatomía patológica y la higiene social, contribuyeron a diversificar e incrementar el número de diagnósticos, lo cual provocó que, por ejemplo en el manicomio de Santiago se generara una redistribución de los espacios en su interior. No sólo se separaron a los pacientes por clase, sino que se destinaron áreas para la investigación de tal manera que se crearon laboratorios de microscopía, microfotografía, fotografía y autopsia. De hecho, el manicomio de Santiago era el único en donde se realizaban estudios sobre cadáveres y química de fluidos. Estas condiciones, y la adopción de la estadística en las producciones científicas, motivaron a los investigadores chilenos a indagar sobre las problemáticas fisiológicas y sociales, a fin de proponer ciertos perfiles psiquiátricos que ayudaran a determinar quienes debían ser recluidos, tal como ocurrió en 1925 cuando se promulgó una legislación que buscaba diferenciar los casos de alcoholismo crónico y reincidente.[43]

La atención a la enfermedad mental, desde mediados del siglo XIX, se sustentaba en el entrenamiento ocupacional que lograría el reposo de su "espíritu" por medio del agotamiento, lo cual, además, resultaba benéfico para la economía de la institución, pues las labores que realizaban se elegían de acuerdo a las necesidades y al género. Así, los hombres trabajaban en los talleres de zapatería, hojalatería, carpintería y plomería, además de desempeñarse en las labores

[43] Desde 1896, los psiquiatras buscaron determinar las causas que provocaban el aumento de casos de delirio alcohólico. Por su parte, Carlos Ugarte propuso, a partir de algunas investigaciones realizadas en el manicomio de Santiago, que en los pacientes con depresión se observaba la presencia de ciertas toxinas.

agrícolas. Por su parte, las mujeres se empleaban en labores de lavandería y costura. Aunque estas actividades continuaron en el siglo XX, Carlos Sazié consideraba que no se ofrecían actividades recreativas como sí sucedía en los manicomios del extranjero. Esta crítica no consideraba que en 1897 se construyó un teatro en el manicomio de Santiago, el cual también se ocupaba como comedor, salón de baile y para conciertos. También se efectuaban prácticas religiosas en una capilla erigida para tal efecto y sesiones de lecturas y cantos.[44] A la par de esas terapéuticas filantrópicas, se utilizaban agentes psicofísicos como el agua, el hipnotismo y la electricidad. Todas las terapias incluían un tratamiento farmacéutico. Para llevar a cabo estas actividades se edificaron gabinetes. Las actividades que se realizaban en espacios comunes propiciaron la interacción más allá de los límites del asilo (Correa, 2017).

Algunas actividades, como las prácticas deportivas, serían implementadas en las instituciones escolares y en la penitenciaría, lugares en donde se buscó implantar una disciplina militarizada con efectos éticos a través del control del cuerpo. Otra particularidad en la atención a la anormalidad en Chile fue el papel que tuvo la pedagogía, misma que se definía, en 1925, como una "higiene física, moral e intelectual" que podía transformarse en una ciencia médica y filantrópica que no excluía a los anormales. Bajo este postulado, León y Rojas (2015) mencionan que en diversos momentos se buscó, sobre todo en las escuelas, que la infancia normal y anormal interactuaran con la intención de organizar esa diferenciación. Aunque la Ley de Instrucción Primaria obligatoria de 1920 permitía esa interacción, se alzaron voces que cuestionaban el modelo. Mientras unos sostenían que las escuelas diferenciales corrían el riesgo de atender a falsos anormales o a "retardados pedagógicos" que podían asistir a escuelas de niños normales, otros afirmaban que los únicos que debían asistir a escuelas especiales eran los débiles mentales por su incapacidad para valerse por ellos mismos, pues el resto de los "niños anormales" podían convivir con los niños sanos en los espacios de recreo y de educación física. Estas posturas diferenciadas ocasionaron que en 1929 se decidiera crear una escuela especial de desarrollo. Resulta importante mencionar que la anormalidad de los niños de estratos sociales altos fue ocultada, tanto por la prensa como por los especialistas, situación que ocasionó que lo anormal se asociara con la pobreza, lo cual se convirtió en un estigma que, además, sirvió para exigir recursos destinados a la atención de la infancia desvalida.

El concepto de anormalidad infantil, término acuñado en Europa en la década de 1890, agrupaba en un principio a los infantes desvalidos, los vagos, los delincuentes y los deformes, pero unas décadas después también incluiría a los deficientes mentales. León y Rojas (2015) mencionan que en esta clasificación no se comprendió a los ciegos, sordos y mudos por no considerarlos un peligro. En

[44] Desde sus inicios, la Casa de Orates de Santiago contó con un servicio de enfermería a cargo de religiosas, primero las hermanas de la caridad y después las de la orden de San José de Cluny. Los grandes ventanales permitían que los pacientes de credo católico observaran las misas celebradas en domingo y días festivos.

1931, el profesor Claudio Salas advertía que la anormalidad infantil era ocasionada por la indisciplina y la “perturbación nerviosa”, aunque responsabilizaba a los progenitores de ser los causantes de esa condición, no sólo por heredarles sus deficiencias sino por no asumir el compromiso de reorientar a sus hijos, quienes, por su minoría de edad y su condición defectuosa, representaban un costo adicional para la economía familiar. La pronta intervención de los padres resultaba fundamental, pues los niños degenerados podían asimilar conductas positivas hasta los 14 años, debido a que todavía carecía de personalidad y se podían guiar sus actos. Esta postura evidenciaba los cambios que se habían producido en torno a la infancia, pues la atención a la niñez, durante el siglo XIX, había sido asumida por la Iglesia y algunas sociedades particulares, mismas que estaban más interesadas en la defensa social que en satisfacer las necesidades materiales y afectivas de los menores. Esta situación cambió en 1935 cuando se creó la Dirección General de Protección a Menores, instancia que consideraba al menor como un sujeto que poseía derechos y obligaciones.

León y Rojas (2015) refieren que la pedagogía consideraba que el aprendizaje integral podía lograr la rehabilitación del anormal, postura que sería rebatida por los médicos, tal como ocurrió con Gustavo Vila quien consideraba, en 1935, que los educadores no debían asumir ese papel, pues carecían de conocimientos sobre psiquiatría infantil. El médico pensaba que los manuales modales empleados por los profesores sólo servían para guiar a los sujetos a los preceptos de orden social. La postura de Vila no tomaba en cuenta que las escuelas especiales, al igual que los manicomios, buscaban aislar a los niños enfermos para evitar estímulos perturbadores. No obstante, en la prensa se podía observar que se prestó mayor atención a los trabajos pedagógicos relacionados con la anormalidad que a los realizados por los médicos. De hecho, el profesor Gonzalo Latorre en 1943 defendió la importancia de esas escuelas, pues constituían un desahogo económico a la asistencia pública. Lo cierto es que las escuelas especiales, fundadas entre 1929 y 1942, buscaron reivindicar la adaptación de los débiles mentales sustentados en la tesis de que el nivel de presión era tolerable para una inteligencia mediana. Estas escuelas estaban guiadas por el modelo de María Montessori y Ovide Decroly para el diagnóstico temprano. Como estaban dirigidas a los niños que requerían tratamiento psiquiátrico, médico y farmacológico, se indagaba sus antecedentes familiares, se les realizaba exámenes de nutrición y de CI, y se enfocaron a mejorar la expresión lingüística, la coordinación motora, la ubicación espacial y las habilidades sensoriales.

León y Rojas (2015) mencionan que si bien es cierto que la implementación de herramientas psicológicas que buscaban medir la inteligencia del enfermo, a fin de facilitar su clasificación y colocarlo en la institución adecuada para su formación o tratamiento, ayudó a evitar su desadaptación social, pero también constituyó un retroceso, pues se volvió a asociar la noción de anormal con la de sujeto improductivo e incapaz.

1.3.3. Colombia

El interés por la enfermedad mental en Colombia estuvo asociado al miedo a la degeneración. En la asimilación de las ideas degeneracionistas confluyeron aspectos regionales, prácticas y tradiciones culturales, por lo que no debe extrañar que se construyeran estigmas en los que se planteaba que el trópico influía en el deterioro biológico. Salazar (2017) menciona que el alienismo generó una disputa, en la década de 1920, que involucró a médicos de Bogotá, Boyacá y Antioquía. El teatro municipal de Bogotá fue el escenario de esos debates, mismos que fueron convocados por el médico Uribe Calad con la intención de refutar las ideas del médico boyacense Miguel Jiménez, quien sostuvo, sin datos que sustentaran sus afirmaciones, en el Congreso Médico de Colombia que Antioquía y Caldas eran las localidades que tenían el mayor consumo de alcohol. Como respuesta, el médico Luis López Mesa afirmó que los antioqueños podían asumir la tarea de colonización de los terrenos baldíos, lo cual permitiría la diseminación de su "reserva genética superior". Las singularidades regionales también se reflejarían en la flexibilidad legislativa concerniente a ciertas problemáticas sociales, tal como ocurrió con el alcoholismo al que se le atribuía el atraso económico, el crimen y la degeneración física y psíquica. Salazar (2017) reconoce que este problema se sobredimensionó a causa de los discursos de la prensa. Aunque se temía que por el alcoholismo se saturaran los manicomios, lo cierto es que los datos estadísticos reflejaban una realidad diferente.[45] La preocupación por el alcoholismo era consecuencia de la influencia de las campañas antialcohólicas que se desarrollaban en México y en Estados Unidos, las cuales surgieron para controlar a la clase obrera y su utilización del tiempo libre.

Se temía que el alcoholismo se convirtiera en un problema debido a cuatro aspectos: la ancestral tradición de fabricación de bebidas alcohólicas en el ámbito doméstico; sus bajos precios; el control estatal del monopolio de la renta de licores y el crecimiento poblacional de las ciudades como resultado de las migraciones en las primeras décadas del siglo XX. Los médicos no disimularon su disgusto de que el gobierno pusiera mayor atención al ámbito fiscal que a las consecuencias que el alcoholismo tenía en la salud y la moral en la población. Aunque en 1923 se buscó regular los horarios y lugares para la venta de alcohol, además de que se emitió una ley que prohibía la elaboración de fermentos con más de 4% de alcohol, lo cierto es que en 1930 se determinó que la ley quedaba a consideración de cada departamento. De acuerdo con Salazar (2017), el alcoholismo fue un factor de definición de la locura por su asociación con los sectores populares, por lo que se consideró una "enfermedad social" causante de la alteración del orden público y la pérdida de valores, motivo por el que representaba un peligro para la sociedad y el

[45] Salazar (2017) comenta que, entre las décadas de 1920 y 1930, sólo el 1.7% de los pacientes en el manicomio de Antioquía correspondía al grupo de alcohólicos, que en su mayoría eran varones.

mismo alcohólico. A este respecto, el médico Uribe Calad, quien fue director del Manicomio de Antioquia[46] entre 1920 y 1946, decía que la falta de educación predisponía a la enfermedad mental, debido a que no se podían controlar los instintos. Para disuadir a la población, no sólo se empleó la tolerancia sino que también se utilizaron cartillas, manuales y artículos periodísticos en que se enfatizaba los estragos que causaba en el cuerpo social.[47] Como el consumo de alcohol, al momento del engendramiento, provocaba la "herencia morbosa", Uribe Calad advertía que no se debía ignorar ninguna manifestación de neurosis, pues ésta revelaba un "daño orgánico" que se podía transmitir por medio de la herencia.

Bajo la dirección de Uribe, el manicomio de Antioquía sufrió un proceso de modernización, tanto en sus instalaciones como en administración, pues se incorporó la terapia de choques convulsivos, incluido el eléctrico, se designó un pabellón para niños de ambos sexos y otro para delincuentes psicopáticos, y se formalizó el uso de la historia clínica.[48] Salazar (2017) advierte que la ambigüedad en la definición sobre los diagnósticos de la embriaguez y el alcoholismo crónico significó una debilidad para el manicomio, lo cual se evidenció en las variaciones respecto al periodo de internamiento relacionado a otras enfermedades: el aislamiento del alcohólico era breve, pero el de otras patologías llegaban a requerir 20 meses para su rehabilitación. También se solían ignorar datos como la cantidad de alcohol que se ingería, pues se decía que algunos enloquecían con una sola cerveza. De hecho, los datos revelaban que entre 1920 y 1930 fue menor el número de pacientes que declararon tener antecedentes familiares de consumo de alcohol, comparado con los que lo consumían por diversas razones, situación que rompía con el paradigma de la herencia y su relación con el trastorno mental.

1.3.4. Brasil

La historia de los manicomios en Brasil, como la del resto de los hospitales de dementes en el mundo occidental, estuvo marcada por la preocupación sobre la seguridad y la estabilidad de la sociedad. Se consideraba que la delimitación de las clases sociales y la vigilancia y control de los usos y costumbres contribuiría a crear las condiciones para modernizar al país. Sin embargo, la introducción de tecnologías, el mejoramiento de la infraestructura y la implementación de medidas de salubridad se aglutinaron en el centro del país (Venancio y Saiol, 2017). A la

[46] El manicomio de Antioquia tuvo como antecedente el hospital de enajenados (casa de locos) que se fundó 1878. Con creación de la Academia de Medicina de Medellín en 1887, se impulsó la construcción de un nuevo manicomio, un lazareto y una casa hospital de prostitutas, con la intención de mejorar las condiciones higiénicas de la ciudad. El manicomio abrió sus puertas en 1892 con 39 asilados, lo que causó cierta decepción pues se pensó en una capacidad de 132. En un primer momento se pensó que fuera administrado por las Hermanas de la Caridad.

[47] Otro peligro para el cuerpo social eran las "prácticas inmorales" por ser causantes de la sífilis y la tuberculosis.

[48] Salazar (2017) menciona que las historias clínicas previas al nombramiento de Uribe como director, se realizaron a través de reconstrucciones a posteriori de los diagnósticos y las observaciones de los pacientes.

enfermedad mental se le atribuyó un carácter peligroso, debido a que se consideraba que obstaculizaba la economía. Para corregirla, se debía aplicar una terapia moral que ayudara a reinsertar al sujeto en la sociedad, pues la ociosidad constituía un problema tanto para las personas sanas como para los enfermos mentales. El problema se agudizaba cuando se incluían nociones raciales y de género. De acuerdo con Wadi (2008), los hospitales de dementes contribuyeron a legitimar la autoridad del médico, pues la enfermedad mental era representada como un factor propio de la transición de las sociedades civilizadas al progreso político y comercial. En este sentido, el médico debía buscar la regulación del pensamiento de los otros. Como la locura era dictaminada por la sociedad, existía cierta especulación sobre quien la padecía o sufría un acceso, aspecto que, según Venancio y Saiol (2017), constituía una práctica común favorecida por la intervención de la policía o militares para asegurar la situación.

Wadi (2008) considera que el crecimiento en el número de pacientes incurables, a inicios del siglo XX, se debía a los prejuicios sobre la enfermedad mental y a la ignorancia que pesaba sobre los beneficios de la institución manicomial, situación que evidenció el director del hospital de San Pedro Dias de Castro pues advertía que las familias solicitaban internar a sus parientes a causa de la incompatibilidad de comportamientos. La primera institucion psiquiátrica en Brasil se creó en 1841, durante el establecimiento del segundo periodo imperial (1840-1889), pero abrió sus puertas hasta 1852. Como la Sociedad de Medicina y Cirugía de Rio de Janeiro manifestó su preocupación por el número de vagos dementes que circulaban por las calles, se decidió fundar el hospicio Pedro II, el cual, al igual que el hospicio de San Pedro en Porto Alegre (Rio Grande del Sur), fundado en 1884, comenzó su funcionamiento como casa de Misericordia. Con la proclamación de la República, en 1889, el hospicio Pedro II cambió su nombre a Hospicio Nacional de Alienados,[49] mientras que el de San Pedro sería separado de la Casa de Misericordia y su administración dependería del Estado. Después de la secularización del Hospicio, la dirección siempre fue ocupada por un médico, aunque fuese el único que laboraba en la institución. Con base en las ideas de Esquirol, los médicos defendían la propuesta de que ellos eran los únicos que podían lograr la salud del enfermo, planteamiento que buscaba legitimar su autoridad. De hecho, en un informe de 1897 se decía que el médico estaba capacitado para conducir el proceso terapéutico, debido a su capacidad moral e intelectual, así como por su sensibilidad.

La legitimidad que adquirieron los médicos explica las críticas que realizaron en contra del diseño del manicomio de San Pedro, pues decían que este respondía al propio proyecto del arquitecto más que a lograr una adecuada atención de los pacientes. Lo que los médicos no mencionaron es que el edificio cumplía con los principios alienistas de adecuada ventilación, áreas verdes y lejanía de la ciudad,

[49] A partir de 1927 sería conocido como Hospital Nacional de Psicópatas.

se ubicaba a una legua (Wadi, 2008; Venancio y Saiol, 2017). Como el Hospicio de San Pedro que comenzó a funcionar a pesar de no haberse concluido las obras, se manifestaron ciertas problemáticas como la falta de espacios y la utilización de terapéuticas, como el electroshock o los métodos de hidroterápia, para tratar la parte sintomática, métodos utilizados como alternativa ante la escasez de recursos. Otro problema fue causado por los internamientos constantes e injustificados, situación que ocasionó que el presidente Dias de Castro llegara a proponer que las admisiones se sometieran a la votación de la población del hospicio, a fin de asegurar la efectividad del tratamiento. Aunque las autoridades civiles solicitaban internamientos forzosos, en 1902 se modificó la ley y se estableció que sólo se realizaría en los casos que representaban un peligro para los demás o para el mismo sujeto, por lo que se decidió establecer un pabellón de presos en el que se recluía a los que habían delinquido en estado de alineación o los que hubieran enloquecido en la prisión. También se permitió que los pacientes catalogados como epilépticos, débiles, neurasténicos y lipemaniacos recibieran consultas en el Hospicio, aunque podían permanecer en sus casas.

Cuando la familia solicitaba el alta de su pariente enfermo, debía comprometerse a proporcionarle los cuidados precisos. En caso de reingreso, se podía alegar que había tenido una recaída por lo que no había necesidad de un certificado de diagnóstico. Lo anterior evidenciaba que el reglamento mostraba una ambigua protección para loco, pues la familia podía internarlo de manera injusta. De hecho, los médicos manifestaron sus dudas respecto de la finalidad de las solicitudes de alta por parte de los familiares, no sólo por el hecho de que los enfermos debían depender de un tutor, sino también porque el tratamiento moral exigía su separación del medio en el que se había trastornado. Las malas condiciones que existían en el Hospital generaron que la sociedad de Porto Alegre lo considerara un lugar en donde se podía encontrar la muerte antes que una cura, afirmación que no resultaba exagerada pues Wadi (2008) menciona que en la primera década de vida del hospital, las altas por defunciones representaban el 36% en tanto que las altas voluntarias constituían el 41%. Ante esta situación, los médicos de San Pedro buscaron reducir los internamientos para evitar que los pacientes se expusieran a enfermedades contagiosas. Inclusive se llegó a pensar en cerrar el recinto hasta que las condiciones fueran óptimas. Otro aspecto que los médicos de San Pedro buscaron mejorar fue la integridad del tratamiento para obtener mejores resultados. El médico Carlos Lisboa, quien fue su primer director, propuso que se realizara tratamientos que contemplaran los aspectos morales, higiénicos y físicos, a fin de ganar la confianza del paciente y con ello, lograr penetrar en su conciencia. Bajo esta idea también se buscó individualizar los tratamientos, pues cada diagnostico era diferente (Venancio y Saiol, 2017).

Asimismo, se buscó aumentar la vigilancia, en el entendido que debía haber un guardia por cada diez pacientes. Los tratamientos incluyeron la utilización de tranquilizantes, excitantes y analgésicos. En el siglo XX se produjeron cambios en

la urbanística brasileña que de manera indirecta favorecieron a los hospitales de dementes, pues se instalaron rutas de tranvía cercanas al Manicomio Nacional, debido a la difusión del estilo de vida “moderno” que mostraba lo atractivo de tener viviendas alejadas de la ciudad y situadas en la orilla del mar; a la promoción de actividades deportivas y a la construcción de una escuela militar. Wadi (2017) y Venancio y Saiol (2017) refieren que aunque la sociedad brasileña definía al loco como un sujeto inferior, ello no fue un impedimento para que se establecieran normas para su protección. Así, entre 1903 y 1904, se emitieron decretos que reorganizaron la asistencia a los enfermos, asimismo se creó la Dirección General de Asistencia de Alienados cuyo primer director fue el médico Juliano Moreira. En 1911 se fundó la Colonia de alienados de Engenjo, lugar al que se trasladó a las internas del Hospital Nacional de alienados y se determinó que en los Hospicios se separarían a los internos por edades. En la década de 1920, el hospicio de San Pedro sufrió diversas transformaciones: se construyó un pabellón para infecciosos, una cabina de electroterapia, varios dormitorios, una biblioteca, y se resolvió el problema del alcantarillado y el drenaje. También se aumentó el personal, tarea que resultaba indispensable pues la falta de vigilancia de los internos había ocasionado como fugas y homicidios en su interior. El nuevo personal recibió un mayor salario y mejores condiciones laborales.

La carencia de fondos ocasionó que a la par de las terapéuticas farmacéuticas e hidroterapéuticas, se implementara el tratamiento moral por medio del trabajo, el cual se consideraba un medio de generar beneficios económicos al hospital. Wadi (2008) menciona que la aplicación de la terapia laboral evidenciaba las luchas de poder entre la autoridad médica y las religiosas que fungían como asistentes de enfermería, pues éstas advertían que sus métodos permitían alcanzar la redención sobre todo en el caso de los enfermos criminales, además de que se apeló a que el reglamento de 1925 prohibía que los empleados asignaran tareas adicionales a los internos. La crítica a la terapia ocupacional hizo alusión a que ésta ocasionaba que el cuerpo se encorvara y se mantuviera la mirada baja, lo cual era un reflejo de la sumisión al poder institucional que se obtenía por tratamientos filantrópicos o por la tortura. Además de las terapias ocupacionales, en el hospicio también se aplicó la terapia psicológica que evidencio la lucha de poder entre dos grupos: uno que entendía la locura como un disturbio biológico con aspectos endócrinos por lo que se debían aplicar tratamientos de choque, quimioterapéuticos o la cirugía; mientras que el otro se opuso a esos tratamientos por considerarlos violentos y que sólo se utilizaban como castigo, por lo que sugerían la psicoterapia y la interpretación de la subjetividad del paciente. En 1944, el Hospital Nacional de Alienados sería sustituido por un moderno conjunto institucional integrado por un Hospital de sifilíticos, una clínica ambulatoria de neurosífilis, una clínica neuropsiquiátrica infantil con hospitalización mixta y se contaba con una ambulancia para emergencias.

En el nuevo recinto se utilizaban tratamientos modernos como el electrochoque, el coma insulínico y la lobotomía. A pesar de sus innovaciones, el hospital enfrentó diversos problemas como la escasez de personal de enfermería y de seguridad, el hacinamiento y la falta de rutas de transporte. La década de 1940 se caracterizó por la aparición de servicios particulares de psiquiatría, además de que en la universidad de Brasil se creó un centro de psiquiatría (Wadi, 2017). En el Hospital de San Pedro el 79% de los pacientes eran brasileños, mientras que el 21% restante se repartía entre italianos, alemanes, portugueses, franceses, rusos y polacos. Entre 1889 y 1921 se mencionaba que el 71% pertenecía a la raza blanca, el 11% a los negros, otro 11% aglutinaba a los pardos y el 6% a los indígenas, porcentajes que eran proporcionales a la población del país. Tanto los factores segregatorios como el género se tomaban en consideración cuando se realizaban dictámenes de los enfermos. Aunque era reducido el número de mujeres internadas, en sus diagnósticos se enfatizaban aspectos fisiológicos como la menarquía o la menopausia, ésta última considerada un momento de reposo y equilibrio físico de su cuerpo, y aspectos del ámbito privado como la sexualidad o los factores familiares. En contraste, los hombres se internaban a causa de la transgresión de roles en público, el mal uso de la libertad y la privación de los sentidos. El exiguo número de internas en el hospital se explicaba, según Wadi (2008), porque ellas se ocupaban de las labores del hogar y por la carencia de un pabellón propio, situación que cambió en 1910 cuando se les construyó. De hecho, en las clínicas privadas era mínimo el internamiento de las mujeres.

Las mujeres negras sufrieron un doble proceso de estigmatización por parte de los alienistas. La mayor parte de las internadas eran solteras y relativamente jóvenes, aunque el número de viudas y de mujeres negras sobrepasaba al que se registraba en los hombres. En 1946, la directora Nise de Silveira impulsó la creación de talleres artísticos, entendidos como otra forma de terapia ocupacional, que se constituyeron como un espacio de locución con los pacientes, los cuales se complementaron con otras actividades como los paseos, los juegos y las fiestas. Este proyecto permitió que en 1952 se fundara el museo del inconsciente en donde se exponían las ideas del enfermo. El museo fue criticado por algunos médicos que consideraban que este tipo de expresividad creativa, conocida como arte psicótico, evidenciaba los desechos de una “ruina psíquica”. El silencio que imponía la observación objetiva del médico sobre el paciente, se podía percibir en el testimonio de la escritora Maura Lopes Cancado, quien fue residente en el Manicomio Nacional de Alienados. Ella denunció la violencia a las que se les sometía por parte de las autoridades y que el diagnóstico de la locura era consecuencia de las consideraciones del médico, motivo por el que consideraba que los pacientes alcanzaban cierto grado de santidad derivado de una lucha existencialista contra aquello que se definía como normal (Wadi, 2008). Wadi (2017) señala que además de la singularidad de los internamientos y de las voces de los pacientes, la atención

prestada a los pacientes estaba influida por la posición social, tal como sucedió con Lopes Cancado.

Esta autora también mostró el imaginario que los guardias, los pacientes y el personal médico tenían sobre la localización espacial dentro del nosocomio, pues los pronósticos dados a los enfermos crónicos determinaban que se les mandara a la colonia Moreira, lo que, para Lopes Cancado, representaba una muerte simbólica sobre todo porque los guardias mencionaba que los prófugos eran devorados por la fauna local. Las negligencias no eran los únicos problemas que enfrentaban los pacientes, pues la autora manifestaba que había sido violentada con choques eléctricos, pese a tener contraindicada la terapia. Aunque los médicos eran los que debían aplicar este tratamiento, los guardias apelaban a su uso como una forma de intimidación. En la prensa se podía encontrar los numerosos escándalos que envolvieron al Manicomio Pedro II, pues se dio cuenta de las fugas, los maltratos y los suicidios ocurridos en su interior, así como los retrasos en el pago de los salarios del personal, la carencia de recursos y los actos públicos que se celebraban ahí. En contrapartida, el hospital ejerció una función propagandística y publicitaría, tal como la divulgación de los servicios a nivel privado de los médicos que trabajaban en él. Venancio y Saiol (2017) mencionan que en el Hospital se crearon secciones especiales destinadas a los policías y a los militares que se internaban.

1.3.5. Cuba

Lambe (2017) indica que el manicomio de Mazorra se creó con una función custodial, a pesar de la profesionalización que los médicos adquirieron en el siglo XX. Para esta autora, el nosocomio constituyó una metáfora de la formación del nuevo estado sobre todo a partir de 1920. El manicomio fue edificado en 1857 para dar asilo a los enfermos mentales, pero también recibió a los esclavos que estaban incapacitados para trabajar, a quienes se les llamaba emancipados. A causa de la guerra de independencia de Cuba, entre 1895 y 1898 el manicomio enfrentó una crisis como consecuencia de la escasez y el abandono, lo que ocasionó que muriera la mayor parte de sus internos. Por influencia de los gobiernos estadounidenses, el antiguo manicomio sería representado por los médicos cubanos como la imagen de todos los males coloniales. Sin embargo, en algunos gobiernos se buscó reivindicar a la beneficencia. Ello se ejemplificó durante la presidencia de Gerardo Machado Morales (1926-1933), quien implemento diversas reformas en la Beneficencia como una estrategia política para rehabilitar su imagen, tras un periodo violento y controversial causado por sus intenciones de reelegirse y por la crisis económica de 1929. En este periodo, los psiquiatras emprendieron campañas de higiene mental por medio de la radio y de la prensa, las que estaban dirigidas a la población joven, rural y de clase obrera, a fin de que cuidaran su equilibrio mental para evitar ser víctimas del contagio psíquico de la multitud. Otra de las acciones emprendidas fue la creación en 1927 del pabellón de infantes, iniciativa del médico Aristides Mestre

que buscaba resolver el problema de promiscuidad generado por la interacción con los adultos (Lambe, 2017).

El pabellón mantendría un número bajo de asilados cuya población estaba compuesta de epilépticos, imbéciles, excitados, agresivos y niños con incontinencia e impulsos homicidas. El pabellón contó con el apoyo de la primera generación de psiquiatras profesionalizados en Cuba. Sin embargo, no sucedió lo mismo con las niñas que tuvieron que permanecer con las mujeres ancianas hasta 1926. El desarrollo científico de los médicos psiquiatras cubanos se reflejaría en sus participaciones en el extranjero, tal como sucedió en el Primer Congreso Internacional de Higiene Mental celebrado en mayo de 1930 en la ciudad de Washington, Estados Unidos, en donde el médico René de la Valette presentó una serie de ponencias que versaban sobre el tratamiento ambulatorio, la aplicación en el manicomio de Mazorra de las novedades en psiquiatría, la apertura de clínicas privadas y la creación de un departamento de entrenamiento universitario. Tras el golpe de estado encabezado por Fulgencio Batista en 1933, se continuó con un discurso reformista que buscó implementar un método profiláctico sustentado en los postulados de criminología de Enrico Ferri, quien fue discípulo de Cesare Lombroso que acuñó el término peligrosidad, que enfatizaban la prevención sobre el castigo en virtud de que resultaba ambiguo determinar qué conductas requerían tratamiento y a cuáles se les daba corrección. La adopción de esta clase de métodos, refiere Lambe (2017), podía observarse en los formatos indagatorios utilizados en las correccionales a partir de 1938, en los que se anotaba la frecuencia del delito, la anormalidad, la posibilidad de curación, el grado educativo y las razones de su actuación: por imitación, por abandono moral o por inducción, entre otras.

Aunque desde el siglo XIX se había pensado en contribuir a la salud mental y espiritual de la niñez por medio de la pedagogía, sería hasta el siglo XX cuando se trató de retomar el control físico militarizado por su relación con el autocontrol mental. No obstante, la introducción de la psiquiatría infantil, y su énfasis en la psicoterapia, sería considerada la técnica ideal para penetrar en la mente de los futuros ciudadanos. La psiquiatría infantil surgió como consecuencia de los movimientos filantrópicos promovidos en Estados Unidos por activistas, científicos y madres de familia, quienes, desde una perspectiva higienista, buscaban estudiar, orientar y rehabilitar a los niños normales y anormales, pues argumentaban que los problemas de salud mental en el adulto eran síntoma de una deformación familiar o contextual. En este sentido, resultaba una patologización social, étnica o racial más que una afección clínica, por lo que ésta podía prevenirse al darse atención en etapas tempranas. La anormalidad en la niñez fue interpretada de diferentes maneras por los médicos cubanos. Por ejemplo, Portell Villa la atribuía a una razón somática, mientras Aristides Mestre consideraba la influencia de factores externos, aunque reconocía la presencia de un factor del instinto predispuesto. Por ello se alegraba de que los niños fueran atendidos con afecto, a fin de aliviar en lo posible el peso de su herencia y que el médico, como figura de autoridad, empleara

mecanismos de reeducación y diagnósticos a través de simulacros de reintegración al espacio familiar. Como recomendaba que la familia se alejara durante el tratamiento para mantener la concentración del niño, el médico asumía un papel similar al del padre para lograr una semejanza del espacio del que fue despojado (Lambe, 2017).

Para el diagnóstico de lo anormal, se utilizaban herramientas que tomaban en cuenta su extensión del vocabulario, su capacidad para discernir objetos, sus habilidades físicas, y sus hábitos de sueño y alimenticios. En contraposición existieron métodos conductuales impositivos como los aplicados por Vilá, en los que el uso de Bulbocapnina de Merck, conocida como inductora de la obediencia, inhibía la producción natural de dopamina[50]. El médico sugería retardar y canalizar, tanto en niños normales como anormales, el desarrollo de la sexualidad juvenil con base en el psicoanálisis y la endocrinología, motivo por el que prohibió los libros románticos, el cine, la música, los perfumes afrodisiacos, los ejercicios gimnásticos estimulantes y en general, cualquier experiencia sensorial. Tras la revolución de la década de 1950, se buscó enmendar los fallos en cuanto al maltrato, corrupción y desorganización que imperaban en los reformatorios y hospitales. Sin embargo, Lambe reflexiona que a pesar de los intentos que se hicieron desde el gobierno de Batista por limpiar la imagen del centro de orientación juvenil, una institución destinada para la infancia anormal pero que ponía mayor énfasis en el crimen y la vagancia, los gobiernos posteriores no lograron resolver los problemas de corrupción, escasez y desorganización que existía en ese lugar (Lambe, 2017).

1.3.6. Estados Unidos y Canadá

Sacristán (1994) menciona que la primera clínica para el tratamiento de los enfermos mentales en Estados Unidos, se fundó en 1769 en Virginia, aunque no tenía las condiciones adecuadas pues se estableció en un edificio improvisado. Walter y Arias (2018) señalan que en Estados Unidos se produjo una asimilación temprana de la frenología, misma que tuvo presencia a lo largo del siglo XIX y persistió hasta principios del siguiente. Sin embargo, también se encontraban estudios que apelaban al alienismo y a las teorías que asociaban la enfermedad con el alma. Estos enfoques incidirían en las reformas que buscaron mejorar la calidad de vida de los enfermos mentales (Bynum, 1974; Allodi, 1976; Harper, 2014). De acuerdo con Walter y Arias (2018), aunque en la frenología se podía encontrar un antecedente de la neurofisiología, la diversidad de enfoques evidenciaba la inexistencia de un gremio consolidado de psiquiatras en Estados Unidos. En 1822, en Filadelfia se estableció la Sociedad Frenológica por parte de Charles Cadwelll (1772-1853), quien publicaría dos años después el libro *Elementos de frenología.* Esta teoría lograría un gran impulso tras el arribo de Caspar Spurzheim, que como ya se mencionó fue colaborador de Gall, en 1832. Tras su muerte, ocurrida unos meses después, se crearon 45 sociedades frenológicas que lograron

[50] El experimento referido por Lambe (2017) se aplicó en un niño turbulento con características psicópatas.

reconocimiento de la American Medical Community y de la Universidad de Harvard. De hecho, esta institución educativa mostró tal entusiasmo por los trabajos de Spurzheim que creó un museo de frenología en su honor. En la Universidad de Cornell también encontró tal arraigo la teoría que se constituyó un laboratorio de psicología dirigido por Franz Angell (1857-1939) (Bynum, 1974; Walter y Arias, 2018).

Con la intención de validar la teoría, se realizaban demostraciones públicas que no siempre resultaban exitosas, tal como ocurrió cuando se buscó analizar el cráneo de un supuesto astrónomo, pero en realidad correspondía al de un paciente que mostraba signos de imbecilidad. La curiosidad por esta rama se extendió a ámbitos ajenos a la Academia de Ciencias, tal como se ejemplificaba con los casos de escritores británicos y estadounidenses como Edgar Allan Poe, Walt Withman, Oscar Wilde y Charles Dickens. La frenología también llamó la atención de Francis Galton, considerado el padre de eugenesia, y de Johann Friedrich Blumenbati que propugnaba por la antropología científica. El éxito de la frenología se evidenciaba en la aparición de gabinetes particulares como los de los hermanos Fowler o el de Samuel Well. También se editaron publicaciones sobre esta materia, tales como *The American Phrenological Journal* que apareció en 1838 bajo el patrocinio de la familia Fowler y *Annals of Prenology* o *Phrenological Journal* que se imprimió en Boston entre los años de 1837 y 1911. La frenología también se manifestó en el arte popular y educativo, además de que fue la base para realizar entrevistas matrimoniales y laborales. El significado cultural que la frenología tuvo en la cultura norteamericana se podía observar en aquellas posturas filosóficas que buscaban probar la existencia de Dios a través del autoconocimiento (Walter y Arias, 2018).

En lo que respecta al cuidado de los dementes en los territorios de Estados Unidos y Canadá, la responsabilidad era asumida por las autoridades locales y municipales. Aunque no existían hospitales destinados para este fin, se tomaba en consideración las ideas de los médicos relativas a lo que causaba el trastorno, pues se consideraba que lo generaba la desadaptación de los migrantes al medio a causa de las grandes extensiones de terreno, la improductividad agrícola, el desempleo urbano y la inexistencia de relaciones de vecindad generada por la baja densidad demográfica, situación que se evidenciaba sobre todo en las mujeres que no contaban con una red de apoyo emocional ante estados de nerviosismo, abandono, viudez y violencia doméstica (Allodi,1976; Harper,2014). De hecho, Harper (2014) menciona que las mujeres eran encerradas en los manicomios por factores como depresión, autolesiones y abandono de quehaceres domésticos, en tanto que en los hombres predominaban las actitudes violentas. En este sentido, el desarrollo de políticas de atención a los enfermos mentales en Estados Unidos y Canadá tuvo como característica común la relación establecida entre las políticas migratorias y las de salud pública, mismas que no fueron ajenas a la formación de una identidad nacionalista. Allodi (1976) menciona que en la enfermera Dorothea Linde Dix (1802-1887) se reconoce a una de las introductoras del tratamiento moral. Ella no sólo se

encargó de gestionar apoyo público y político para los hospitales psiquiátricos en Canadá y Estados Unidos, sino que también creó los estatutos que regían la vida al interior de estos recintos.

Con la conformación de una asociación de superintendentes médicos, misma que fue el antecedente de la Asociación Psiquiátrica Americana, se demandó que los locos fueran remitidos a los hospitales y no a las cárceles; que se eliminaran los métodos de restricción y fueran sustituidos por un trato amable por parte del personal; que el personal contara con un título de medicina o psiquiatría a fin de legitimar a la institución; y que se tuviera un mínimo número de pacientes lo que garantizaría una mejor interacción con el médico. Sin embargo, la permanencia de una perspectiva organicista-materialista, entre 1850 y 1870, justificó el uso de métodos tradicionales como las sangrías, los purgantes y los vomitivos. El aumento en el flujo migratorio de europeos, ocurrido en la década de 1860, y la guerra civil (1861-1865) generaron un desinterés de la comunidad estadounidense por cuidar a los enfermos mentales, mismos que habían aumentado a causa del contexto bélico y que se consideraban una carga económica. Una política distinta sería aplicada en Canadá pues se recurrió a políticas de cuarentena y de deportación, debido a que se consideraba que los extranjeros representaban un factor desestabilizante de la población por sus costumbres nocivas y por los trastornos que podían tener, entre ellos la locura, motivo por el que argumentaban que los enfermos debían ser cuidados por su familia, donde quiera que ésta estuviera. Así, los canadienses aplicaron principios eugenésicos de selección que tomaban en cuenta la raza, origen étnico, rasgos lingüísticos y fisonómicos (Allodi, 1976). Harper (2014) menciona que otro factor que se tomaba en cuenta era el recelo mostrado en contra del metodismo practicado al sur de Canadá, pues se consideraba subversivo y un detonante de la locura por estar asociado a la pasión religiosa.

Así, los diagnósticos sobre locura no eran emitidos por los médicos, sino por autoridades que sustentaban sus apreciaciones en juicios de valor, situación que influyó en el nacimiento de una psiquiatría institucional. En las últimas tres décadas del siglo XIX se introdujeron nuevos paradigmas en la atención a los trastornos mentales, aunque continuaban las dificultades administrativas que complicaron la aplicación del tratamiento moral, debido a la disminución de los fondos dedicados a los enfermos mentales y a la pérdida de la credibilidad terapéutica. En 1872 se fundó el primer manicomio de Canadá y Columbia británica. También aparecieron publicaciones como *la Revista Americana de Enfermedad Mental* que en 1884 difundió las ideas de neuropatología del médico alemán Griethsinger. Es de destacar el debate que se suscitó entre la asociación de superintendentes médicos y grupos defensores del espiritualismo, pues los últimos desconfiaban de la farmacología y de que los problemas mentales tuvieran un origen físico. Aunque todavía persistían posturas afines al alma como la de los médicos americanos Pliny Earle y John Gray, este último formuló en 1885 una definición de locura, en la que reconocía que la mente se alojaba en el cerebro y como enfermedad corporal, podía

sufrir la afección (Bynum, 1974; Allodi, 1976; Morrison, 2016). En la primera mitad del siglo XX, en los manicomios se comenzó a promover un movimiento de artes y oficios que, según se decía, ayudaría a restaurar y promover la salud.

Este movimiento formaba parte de las propuestas de higiene mental impulsada por médicos, pedagogos y filántropos, mismo que tuvo su máxima expresión en la Hull House de Chicago, una casa para delincuentes menores de edad, y de la que se desprendería una reforma a los tratamientos psiquiátricos que incluyó la promoción de cursos de oficios que, entre otras razones, pretendía acrecentar la autosuficiencia. A diferencia de Inglaterra, este modelo de atención permitió que personas sin título médico pudieran fundar clínicas para enfermos psiquiátricos, aunque el único requisito que se les pedía es que contaran con formación en pedagogía (Allodi, 1976). Morrison (2016) señala que este movimiento reformista contó con una importante presencia femenina, quienes no sólo gozaban de una buena posición económica que les permitía ocuparse de problemas de la comunidad, sino también relacionarse en círculos de poder con la intención de influir en políticas públicas y proponer reformas sociales. Su labor sería invisibilizada por los médicos, quienes ejercieron una constante vigilancia sobre el trabajo de las reformistas. Entre ellas destacaba el trabajo de Julia Lathrop, Susan Tracy y Susan Cox Johnson. La fundamentación científica de los efectos del trabajo ocupacional, lo que permitió que se pasara de una terapia a un tratamiento, se logró tras la primera Guerra Mundial gracias al trabajo de rehabilitación que se realizó con los soldados. A este respecto, Tracy sostenía que no se buscaba cansar al paciente para determinar su comportamiento, sino reproducir las condiciones del exterior de tal manera que se hacía el trabajo con él y no por él.

En Estados Unidos, la higiene mental ganó importancia a partir de la publicación de *Una mente que se encuentra así misma* (1907) escrita por Clifford Beers, quien tras haber permanecido en un hospital psiquiátrico a causa de una crisis nerviosa, evidenció la precariedad en la que vivían los enfermos mentales y enfatizó la influencia del ambiente en la prevención de la enfermedad. En su texto, Beers no rescataba la subjetividad del paciente, debido a que las posturas conservadoras habían frenado la asimilación del psicoanálisis. Pese a todo, en 1909 se conformó el Comité Nacional de Higiene Mental en el que participaron Willeim James, James Adams, Adolf Meyer y Julia Lathrop, quienes después lograr llevar este paradigma a Canadá. En 1912, el proyecto de Hull House se trasladó a Washington, lo que permitió la fundación del Comité Nacional de Enfermedades Mentales (Allodi, 1976; Morrison, 2016). Como en 1922 se descubrió que la *spirochaeta palida* era la causante de la parálisis general progresiva, un diagnostico frecuente entre los habitantes del manicomio, se reivindicó el tratamiento orgánico. No obstante, entre las décadas de 1930 y 1960 se daría un auge en la aplicación del psicoanálisis, lo cual favoreció una disminución en el número de pacientes psiquiátricos. En 1963, y gracias a las gestiones del presidente John F. Kennedy, el Congreso destinó fondos a la causa de la salud mental, el cual aplicaba un enfoque

comunitario contrario al individual que predominaba en las anteriores corrientes, buscaba extender los servicios de manera universal sin importar la edad, los diagnósticos o los grupos sociales y tomaba en cuenta el ambiente social para la prevención y reintegración del paciente a la comunidad. Todo ello bajo una visión interdisciplinaria y humanista en la atención del enfermo. Para su aplicación, se crearon centros de salud mental que constituían el punto medular de la red de servicios (Allodi, 1974).

En lo que se refiere a Canadá, durante la primera mitad del siglo XX persistían las ideas relativas al temor que generaba la inmigración, tal como se advertía en el análisis realizado por la University Monthly que destacaba el porcentaje de pacientes psiquiátricos extranjeros en The Toronto Asylum (40 a 50%) y en Ontario (20%) (Harper, 2014). También se evidenció un marcado rechazó contra el psicoanálisis debido, como en Estados Unidos, al marcado conservadurismo de la sociedad. De hecho. Allodi (1976) destaca que Ernest James, quien era el director del Departamento Psiquiátrico de la Universidad de Canadá y que había destacado por escribir la biografía de Sigmund Freud, sería rechazado por la comunidad debido a que “vivía con una amiga”. En la década de 1940, se aplicaron nuevas terapias físicas y químicas en la atención a los enfermos, como el coma con insulina, el cardizol y el electroshock. En 1953, y por iniciativa del médico Heinz Lehman, se introdujo la clorpromazina para el tratamiento a la esquizofrenia. El paradigma de la salud mental ganó presencia en los hospitales durante la década de 1960, lo cual favoreció la construcción de una red de unidades psiquiátricas adjuntas a los hospitales generales, pero que generó un aumento en las readmisiones. Finalmente, el psicoanálisis logró tener presencia en los círculos médicos canadienses cuando en 1968 se fundó un instituto dedicado a esta área (Allodi, 1974).

Tras la revisión de la manera en la que se atendía la enfermedad mental en algunos países de Europa y América, en el siguiente capítulo se presentará el desarrollo de la atención a los locos en la ciudad de México para tratar de entender si existieron convergencias con respecto a los modelos implementados en otros países.

Capítulo II. La atención a los enfermos mentales en la ciudad de México (siglos XVIII a XX)

Introducción

En este capítulo se pondrá atención en dos aspectos: en primer lugar, el proceso de conformación de la psiquiatría en México entre los siglos XIX y XX. Se busca entender los aspectos sociales, legales y terapéuticos relacionados con aquellos a los que se les llamaba “locos”, mismos que, de acuerdo con Ríos (2004), eran los sujetos que habitaban en un manicomio, aunque ello no significa que se podía comprobar su patología. El uso de esta palabra permite respetar la terminología de la época y por lo mismo, evitar anacronismos (Sacristán, 2005a). En el texto se busca entender las distintas concepciones de la enfermedad mental, desde los últimos años del período virreinal hasta el siglo XX, a partir de las siguientes preguntas: ¿cómo se definía la locura?¿quiénes eran los que la estudiaban?¿quiénes eran considerados locos?¿qué tipos de tratamientos se les aplicaban?¿qué derechos tenían los enfermos?¿Quiénes asumieron su cuidado?¿existieron cambios en los modelos hospitalarios? Sacristán (2010b) afirma que en el siglo XX ha dominado la psiquiatría pública en México, pues el Estado asumió la tarea de atender a los enfermos mentales, sobre todo después de que se produjo el proceso de secularización de la atención médica en el siglo XIX. En segundo lugar, se mostrarán los paradigmas utilizados por los médicos mexicanos, mismos que, según Sacristán (2016b), han acogido los modelos implementados en otros países, pero que han fracasado por varios factores: no se les dio un seguimiento puntual, la falta de compromiso con la sociedad y su aplicación tardía, pues algunos se consideraban novedosos pese a que ya no se utilizaban en otros contextos nacionales.

De hecho, en una evaluación realizada en 2004 por la Organización Panamericana de la Salud, se decía que en México existía una disparidad en la aplicación de los paradigmas de salud mental, sea por el mal manejo de los recursos o por su escasez. El estudio de los paradigmas permite comprender las percepciones sobre la anormalidad y sus transformaciones derivadas de la actualización de la terminología que se utilizaba en el medio internacional, lo que ocasionó, por poner un ejemplo, que se concibiera, desde un enfoque social, a la salud física y mental como un bien nacional. Los médicos desempeñaron un papel central en la construcción de la noción de enfermedad mental, pues ellos eran los encargados de definir, desde un particular paradigma, quién estaba enfermo y cómo se le debía atender. Aunque algunos médicos estaban conscientes de los cambios que experimentaban los paradigmas, sus evaluaciones buscaban resolver una necesidad presente, motivo por el cual surgieron algunas posiciones que cuestionaban la autoridad del que escribía y reproducía el modelo de lo normal y lo políticamente correcto. Así surgieron posturas alternativas que reivindicaban aspectos culturales, como los saberes tradicionales, y la individualidad, tal como sucedió con el movimiento antipsiquiátrico en la década de 1970, y otras que

pugnaban por atender las necesidades sociales del interno, la familia o la policía (Tejeda, 1967; Dosil, 2019).

2.1. La concepción de la locura a finales del siglo XVIII

Sacristán (1994) ha buscado entender cómo se produjo el proceso de secularización de la locura, misma que, en la época virreinal, era atendida por algunas órdenes religiosas como la de los hipólitos,[51] los betlemitas y los juaninos. Entre éstas destacaba la primera que atendía a los locos bajo el precepto de que la religión constituía el mejor auxilio frente a la enfermedad, dado que algunas dolencias eran causadas por la falta de fe. Los hipólitos destinaron los hospitales de la Santísima Trinidad o San Pedro (1577), de San Roque (1594) y de Belén (1794) para la atención de los dementes. En estos hospitales se atendía por igual a hombres y mujeres, aunque en 1687 surgió en la ciudad de México un proyecto, impulsado por particulares, para crear un recinto específico para la atención de las mujeres dementes, el cual recibió el apoyo de la orden jesuita (Muriel, 1991; Sacristán, 1994). Es de destacar que la locura era interpretada de distinta manera por cada uno de los sectores sociales, de tal manera que se le podía entender como una transgresión religiosa, una pérdida de la razón o un desarreglo físico biológico propiciado, según la medicina hipocrática, por el desequilibrio de los humores que afectaba principalmente al cerebro, al bazo y al hígado, los cuales también sufrían cambios a causa del frío, el calor, la humedad o la sequedad. También se decía que los problemas estaban asociados con el género y con el estatus social. Esta problemática se agudizó en un contexto en el que se temía al protestantismo y a las ideas ilustradas. Así, al loco se le relacionaba con los excesos o la superstición. Como las enfermedades mentales se vinculaban con factores externos, no existía una especialización en su estudio pues se le consideraba un ser "inocente".[52]

Por lo anterior no debe sorprender que se les celebrara el 28 de diciembre, día en el que se les permitía salir de los hospitales para pedir limosna y que se autorizara el ingreso del público a los hospitales, práctica que el virrey Revillagigedo prohibió. Aunque los dementes podían ser bautizados, dado que era un sacramento que no demandaba mucha conciencia, no gozaban de otros derechos como el de testar, salvo cuando se consideraba que recuperaban la lucidez. Sin embargo, Sacristán (1994) advierte que ellos no tenían voz propia, pues sus testimonios estaban mediatizados por lo que decían los inquisidores, los médicos, los jueces y

[51] Sacristán (2005a) ha cuestionado aquellos estudios que presentan a Bernardino Álvarez, quien fundó la orden de los hipólitos, como uno de los iniciadores de la neuropsiquiatría en México, lo cual constituye, desde su perspectiva, un anacronismo. Por su parte, Josefina Muriel (1991) destaca que Álvarez concebía a los locos como "las piedras vivas que vagaban siendo motivo de burla" y cuya inocencia permitía cuestionar a los llamados "cuerdos".

[52] (Sacristán, 1994) En el siglo XIX, José María Marroquí manifestó que las limosnas recolectadas no justificaban las molestias causadas a los dementes durante los días de visita.

los escribanos, situación que ocasionaba que muchas de sus ideas fueran censuradas. A partir de la década de 1760 comenzaron a mostrarse cambios en la conducta relativa a la locura, pues el diagnóstico médico adquirió un mayor peso en su identificación y el encierro se consideró innecesario salvo en los casos que el protomedicato lo ordenara. Aunque la legislación de las Siete Partidas, la cual tuvo vigencia hasta 1857, eximia al loco de un castigo cuando cometía actos delictivos, pues se decía que carecía de voluntad y de conocimiento, lo cierto es que esta visión se manifestó sobre todo cuando se demostraba que sus acciones eran consecuencia de un "estado de lucidez", lo cual sería denominado en el romanticismo como "locura parcial". Ante la falta de compromiso o la incapacidad para crear una red de apoyo para la atención de la locura, los enfermos eran atendidos por religiosos y por instituciones laicas que asumían el compromiso.

No obstante, la secularización de la locura ocasionó que los hospitales se convirtieran en espacios privilegiados para la observación y experimentación, por lo que perdieron su carácter de "infortunados", o "seres espirituales", y se les comenzó a llamar enfermos por lo que sus acciones podían ser juzgadas en los tribunales de justicia. Uno de los problemas que tenían que enfrentar los hospitales era la falta de condiciones adecuadas, pues no contaban con ventilación adecuada, con abasto de agua o con espacios amplios. La mayor parte de las reestructuraciones que se hicieron durante la época virreinal, sólo consideraban aspectos estéticos y arquitectónicos. Ninguno de los hospitales novohispanos siguió el modelo del primer hospital especializado en la atención (no medica) de los locos: el de Valencia que fue fundado en 1409 y que se diferenciaba del resto de los hospitales europeos por contar con una red de hospitales. De hecho, los que ingresaban a los hospitales eran aquellos que carecían de recursos para curarse en su casa. Así, los hospitales se entendían como sitios de reclusión de la locura. Esta visión cambió en el transcurso del siglo XIX cuando los médicos, a fin de hacer frente a los "médicos ilícitos" y a la publicidad sobre medicamentos milagrosos y manuales de medicina doméstica, arguyeron que el hospital, entendido como el lugar donde se diagnosticaba y proporcionaba tratamiento, legitimaba la cientificidad del método y la moralidad del especialista (Muriel, 1991; Sacristán, 1994; Agostoni, 2000; Sacristán, 2005; Ayala, 2007; Hidalgo, 2016; López, 2018). Con la intención de explicar científicamente la causa de la locura y proponer un tratamiento, José Ignacio Bartolache publicó en 1772 su *Avisos acerca del mal histérico que llaman latido*, uno de los primeros estudios publicados en la Nueva España sobre esta temática (Bartolache, 1772).

2.2. La adopción de modelos extranjeros en el siglo XIX

A inicios del siglo XIX, algunos médicos, entre los que destacaba José Luis Montaña (1755-1820), tradujeron obras extranjeras que abordaban temas relacionados con

la mente como la del médico escoces John Brown que explicaba la debilidad mental en relación con la ausencia o la sobreexposición de estímulos. En 1833 se habló por primera vez del alienismo en un artículo publicado por Pablo Martínez del Río, el cual apareció en el periódico de la Academia Mexicana de Medicina. En este texto, el médico hablaba sobre la visita que realizó a un establecimiento privado para dementes en Europa que aplicaba los preceptos de Phillipe Pinel, razón por la que propuso que se renovara el método de atención a los locos.[53] Durante la primera mitad del siglo XIX, también aparecieron otras teorías enfocadas a la comprensión de la mente tales como la frenología y el mesmerismo. La primera planteaba que se podía conocer el carácter y los rasgos de la personalidad por medio de la forma del cráneo, la cabeza y las facciones; mientras que el mesmerismo afirmaba que se podía producir un trance hipnótico por medio de imanes (Hidalgo, 2016). Estas dos teorías recibieron severas críticas. El médico Rafael Lucio (1819-1886) cuestionó los principios en los que se sustentaba la frenología, después de conocer los escritos que José Ramón Pacheco (1805-1865) publicó en 1835 sobre esa materia. En tanto que los médicos Manuel Carpio y Luis Hidalgo realizaron críticas en contra del mesmerismo en la década de 1840. Las dos corrientes serían censuradas en 1846 por el Consejo Médico Superior que las consideró un atentado contra la religión por difundir el materialismo (Rivera, 2010; Maya, 2014; Hidalgo, 2016); sin embargo, ello no significó su desaparición como método de tratamiento de las enfermedades mentales.[54]

A la par de esas teorías que buscaban comprender la enfermedad mental, continuaron en funcionamiento los métodos hipocráticos que empleaban lavativas, sangrías y purgantes, pues se consideraba, tal y como lo apuntaba el médico Ignacio Erazo (1807-1870) que la enfermedad se originaba en el aparato digestivo y que se transmitía a través del tejido nervioso. Estos métodos comenzaron a perder vigencia después del cierre de la Real y Pontificia Universidad de México (Hidalgo, 2016). Antes de la secularización de los hospitales, el papel del médico era secundario pues se limitaba a la prescripción de medicamentos, razón por la que no debe extrañar que tuvieran frecuentes disputas con los religiosos que desobedecían sus órdenes. De hecho, los médicos los acusaban de ser los causantes de la sobrepoblación y de las malas condiciones que imperaban en los hospitales. En

[53] Rivera (2010) menciona que Pablo Martínez del Río enfatizaba que el tratamiento moral no buscaba erradicar las ideas delirantes, sino evitarlas. Por su parte, Ayala (2007) advierte que Brasil fue el primer país del continente americano en el que se conoció el alienismo.

[54] En la década de 1880, en periódicos como *El Observador Médico* y *La Gaceta Médica* aparecieron artículos que reproducían ideas de la frenología. Con respecto al mesmerismo o magnetismo, se tiene conocimiento que Miguel Alvarado lo utilizó en los tratamientos que aplicaba en el Hospital de Mujeres del Divino Salvador o la Canoa. En cuanto a la hipnosis, en las últimas dos décadas del siglo XIX se publicaron los artículos de Faustino Guajardo (1887), de Manuel Martínez Solórzano (1889) y de Guillermo Parra (1900) (Campos, 2007; Maya, 2014; Ríos, 2016; Hidalgo, 2016).

muchas ocasiones, los galenos realizaban su labor de manera filantrópica, debido a que las remuneraciones que recibían eran simbólicas. Su presencia en los nosocomios se explicaba por la posibilidad que tenían de enseñar y de experimentar con soluciones. Tras la secularización, el médico adquirió mayor relevancia pues se consideraba que atendía la enfermedad de "manera científica", razón por la que se pensaba que su presencia debía ser permanente (Sacristán, 1994; Sacristán, 2005; Hidalgo, 2016). La legislación anterior a 1857 eximía al loco de ser castigado por la comisión de un crimen, debido a que se consideraba que toda "conducta desviada" era una enfermedad. Sin embargo, en la legislación posterior se produjo una asociación de la locura con la animalidad, tal y como se podía observar en el Código Penal de 1871 que estipulaba que sería acreedor a una multa quien dejara a un loco furioso vagar "como animal feroz y maléfico causando muerte o heridas a animales ajenos" (Sacristán, 1994).

Con la introducción de la figura legal de la interdicción el Código Civil del Distrito Federal (1870) se incapacitó jurídicamente a los menores de edad y a las personas privadas de su inteligencia, entre los que se contaba a los ancianos decrépitos, los enajenados y los alcoholizados.[55] Con la publicación de algunos textos de medicina legal, como el de Luis Hidalgo y Carpio y el de Gustavo Ruíz, se buscó determinar el grado de voluntad y de conciencia que tenían los infractores de la ley, lo cual sirvió para definir la locura moral (Maya, 2015; Ríos, 2016; Maya y Zavala, 2019). Durante las décadas de 1880 y 1890 se incorporaron algunas ideologías europeas que buscaban entender y moldear el comportamiento de la sociedad mexicana, las cuales marcaron una difusa línea entre la psiquiatría y el derecho, de tal manera que se adoptaron terminologías médicas para avalar ciertos discursos, como sucedió con el libro *Fisiología del crimen* publicado por Rafael Zayas en 1885, el cual fue escrito por un abogado que se proponía encontrar el origen del pensamiento criminal. El estudio de los casos criminales no sólo buscaba convertirse en una forma de legitimación de las teorías alienistas, sino que también daba cuenta de las diferencias que existían en los imaginarios, las legislaciones y las teorías sobre la locura (Rivera, 2010; Muñoz, 2014; Maya, 2015). Con la creación del perito legista se evidenciaba la vinculación existente entre los médicos y los magistrados en la identificación de los anormales que se ocultaban en la sociedad, circunstancia que daba cuenta del reconocimiento que se le otorgaba a la psiquiatría en cuanto conocimiento científico. Para avalar la veracidad de los resultados, se recurrió a la utilización de métodos estadísticos.

[55] La interdicción apareció en Francia en 1838. Hidalgo (2016) menciona que en 1884 se publicó *Juicios de interdicción en casos especiales* de José Olvera. Esta figura jurídica se incluyó en la legislación veracruzana en 1888 (Ayala, 2007).

El “loco criminal”, entendido como un “débil mental”, era visto con recelo por su incapacidad para manejar derechos o deberes de la vida social, así como por la supuesta monstruosidad de sus acciones (Muñoz, 2014). Entre los médicos se produjeron desavenencias respecto al tratamiento del “loco criminal”. Mientras algunos publicaban artículos en la prensa sobre la necesidad de encerrarlos en los manicomios, otros discutían sobre los beneficios del internamiento por la disminución en la calidad de la atención, pues el hospital no se consideraba un sitio para su cuidado sino para su castigo. Otro aspecto discutido por los médicos y los abogados fue el relativo al grado de influencia que tenía la herencia en la “locura criminal”, asunto que sería estudiado, a través de estudios criminalísticos, por los médicos Martínez Baca y Manuel Vergara en la penitenciaría de Puebla (Rivera, 2010). En las obras *Apuntes para la estadística de la locura en México* (1887) de Mariano Rivadeneyra y la *Génesis del Crimen en México* (1901) de Julio Guerrero, se planteaban, desde una perspectiva sociológica, miradas diferenciadas respecto a la herencia y la locura. El primero consideraba que la locura no era provocada por la herencia sino por la educación, opinión que también había sido defendida por Morel, quien, además, proponía la necesidad de estudiar el cerebro sano. Por su parte, Guerrero pensaba que en las costumbres se podía observar “el fenómeno general de destrucción que afectaba al espíritu o el alma de una sociedad”. Aunque Rivadeneyra acusaba a la modernidad de ser la causante de la locura, Guerrero pensaba que ésta podía ser su remedio porque representaba a la civilización, pero reconocía que la sobrepoblación generaba trastornos nerviosos que se agravaban por el consumo de sustancias vigorizantes que buscaban eliminar la melancolía (Rivera, 2010).

Un segundo aspecto en el que se diferenciaban los estudios de estos dos autores era que Rivadeneyra estudiaba a los sujetos que residían en las instituciones de beneficencia, por lo que percibía al demente como una “víctima inocente”; mientras que Guerrero los analizaba en su actuar cotidiano por lo que los contemplaba como un peligro que debía ser vigilado y corregido. Otra propuesta de tratamiento de la enfermedad mental fue la que se denominó “locura moral”, misma que tenía dos vertientes: la primera desarrollada por José M. Álvarez que postulaba que la religión era una forma de tratamiento. Este médico sustentaba su planteamiento con las ideas de Morel, Gaslain, Marcel y Griesinger que entendían a la moral como un método rector del comportamiento y regulador de los afectos en la mayoría de los pacientes (Rivera, 2010). La segunda fue propuesta por el médico inglés James Prichard, quien, a diferencia de la monomanía francesa, no hacía alusión al delirio, sino que presentaba la locura moral como un exceso de emociones que producía la pérdida de control sobre sí mismo, razón por la que el castigo se justificaba cuando se reconocía la voluntad de la acción. En este sentido, las emociones no sólo eran determinantes en las acciones de los individuos, sino que

en ellas se podía encontrar el origen de la locura criminal, aunque se advertía que se debía tener en cuenta sus singularidades para juzgarlas desde el ámbito moral. Aunque en la prensa mexicana no se mencionó la presencia de casos de locura moral, el término si apareció en algunos expedientes del Hospital del Divino Salvador, sobre todo entre los años de 1888 y 1891, y en La Castañeda (Maya, 2015).

La mención de la locura moral daba cuenta del conocimiento que los médicos tenían de la bibliografía internacional (Sacristán, 1994; Sacristán, 2005). Maya (2015) y Capetillo (2008) mencionan que con la introducción de las ideas del degeneracionismo se evidenciaba una transición del modelo psicologicista, expresado en la locura moral, a un modelo biologicista que aunque no ofrecía ningún tipo de terapéutica, sí permitió modificar las técnicas demostrativas del discurso médico. Ríos (2013) considera que el degeneracionismo tuvo su mayor impacto en la primera década del siglo XX, debido a la inauguración del Hospital de la Castañeda. Así, la psiquiatría biológica desplazó a la teoría de Pinel que se basada en la persuasión. Otra teoría que buscaba explicar a la locura era aquella postulada por el médico J. B. Fonssagrives en 1873, quien mencionaba que la configuración de una sociedad estaba condicionada por los espacios, esto es, las ciudades, sin importar su nivel de riqueza o tamaño, debían adaptar su diseño a las problemáticas de cada comunidad, tarea en la que debían participar médicos, ingenieros e instituciones públicas.[56] Estos planteamientos serían retomados por Domingo Orvaños que en 1889 publicó su *Geografía médico climatológica de la República Mexicana*, que analizaba las consecuencias que las actividades económicas tenían sobre la salud de los habitantes de los distintos estados del país (Sánchez, 2010).

Bajo este planteamiento, no debía resultar extraño que en la ciudad de México, durante el Porfiriato, geográficamente se hacían evidentes las escalas sociales, de modo que la tecnología y la higiene se concentraba en el lado oeste, mientras que en el otro extremo se concentraban grupos de migrantes que se integraban a un ambiente donde predominaba la vagancia, la prostitución y la insalubridad, además de que sus costumbres rurales eran percibidas como una antítesis del progreso, por lo que no resultaba rara la asociación del consumo del pulque con el crimen. Sin embargo, las elites intelectuales manifestaron su preocupación por las "fronteras porosas" entre los dos sectores. Así, Gutiérrez Nájera describió con desagrado las actividades de unos sectores populares que debían ser castigados, en tanto que Federico Gamboa daba cuenta que las élites

[56] Sánchez (2010) menciona que las obras higienistas emprendidas a fines del siglo XIX en Inglaterra, Alemania y España, tuvieron que considerar a las clases menesterosas y los suburbios en los que habitaban, pues se temía que las epidemias pudieran propagarse en los barrios burgueses. Este aspecto también se puede considerar como parte de las "fronteras porosas" de las que habla Rivera (2010).

no eran ajenas a los espacios y prácticas del resto de la población (Rivera, 2010). En los debates sobre la locura también participaron varios escritores, quienes se atribuyeron facultades para definir la enfermedad mental. Influidos por el romanticismo, apelaron a la capacidad de develar los secretos del corazón humano, lo cual resulta paradójico si se tiene en cuenta que las estadísticas mostraban que era una de las profesiones en las que con frecuencia aparecían trastornos mentales, razón por la que no debía sorprender que un médico como Luis R. Ruiz, en su cátedra de higiene, afirmaba que los escritores tenían predisposición a la locura o que se publicaran algunos trabajos científicos en los que se hablaba que sus trastornos eran provocados por la extrema sensibilidad, la cual se consideraba una cualidad ambivalente entre lo femenino y lo masculino, pero que, por el contrario, los literatos apreciaban como una resistencia a la deshumanización.

Aunque también se exaltaba la melancolía, mismas que el romanticismo asociaba con la genialidad, se tenía temor de que los lectores asumieran comportamientos transgresivos por medio de las novelas. Maya y Zavala (2019) mencionan que Pedro Castera ejemplificaba las problemáticas mentales que padecían los escritores, pues este hombre fue encerrado en 1881 en el hospital de San Hipólito, a causa de una monomanía provocada por la sustitución de la plata por el níquel en la acuñación de monedas. Su caso abrió un debate en cuanto a la definición de la locura. Por un lado, se buscó mostrar las dificultades que enfrentaban los escritores atareados por su profesión y con escaso tiempo para desahogar su creatividad. Por el otro, se exaltó su obra que era fruto de su genio creador. Maya y Zavala (2019) advierten que no se debe descartar que el encierro de Castera haya sido consecuencia de las circunstancias políticas. Como en la monomanía se incluían las actividades criminales, no resultaba extraño que no se les atribuyera una responsabilidad jurídica a los dementes que se consideraban individuos “pasionales”. Si bien es cierto que la monomanía era menospreciada por los psiquiatras decimonónicos, con la introducción de la teoría degeneracionista se produjo un cambio que tendía a darle preponderancia a la explicación somática sobre la capacidad de raciocinio parcial (Maya, 2015). Estas ideas se plasmaron en algunas novelas como *Pacotillas* del médico Porfirio Parra (1854-1912), la cual se publicó en 1900, y que, de acuerdo con los postulados del positivismo, buscó difundir el miedo a la degeneración e invitaba a la profilaxis social.

Al estar adscrita a la corriente naturalista, esta novela utilizó tratados médicos para convencer a sus lectores acerca de las consecuencias de la modernidad, pero también se mostraba que la enfermedad mental no sólo era consecuencia de la predisposición sino también de ciertas causas determinantes. Una de las principales aportaciones de la novela de Parra fue su observación acerca de la excitabilidad de las celdillas nerviosas y la relación que tenían con las percepciones externas y el fatalismo biológico (Maya, 2014). Este tipo de novelas evidenciaban la

responsabilidad que asumía el escritor como agente de cambio en el aspecto moral, lo cual se ha definido como “tratamiento literario”. Este mismo papel sería asumido por los periodistas que hablaban de la locura de acuerdo a su peligrosidad, es decir, lo hacían desde un punto de vista legal (Maya y Zavala, 2019). Sin embargo, se debe tener en cuenta, como lo menciona Vicencio (2014), que este tipo de opiniones no tenían un amplio impacto social, pues sólo una mínima parte de la población sabía leer y por lo mismo, tenían acceso a la literatura o a los periódicos. En la década de 1880 se planteó la necesidad de reemplazar los viejos hospitales coloniales, pues se decía que la modernidad de una nación se medía en función de la extensión de sus obras. Así, en 1883 se comenzaron a recolectar fondos para tal fin. En 1884, el médico Román Ramírez publicó un informe titulado *El Manicomio*, en el que mostraba los diversos hospitales para dementes que se habían establecido en otros países. Sin embargo, José M. Álvarez, quien era médico en el Hospital de San Hipólito, advirtió que en México no se podía utilizar el modelo inglés denominado *non-restraint*, debido a la escasez de médicos.

La opinión de Álvarez evidenciaba una realidad en la que imperaban las carencias administrativas y un recelo hacia el enfermo mental. Este médico había sido el encargado de presentar el tratamiento moral ante las audiencias, en las que se empleaban métodos restrictivos como el aislamiento, la camisa de fuerza y la llamada “terapia dulce” que era un tratamiento basado en distracciones (Rivera, 2010). Es importante mencionar que la primera catedra de psiquiatría se impartió en 1888 por el médico Miguel Alvarado (1825-1890), quien era el director del hospital de mujeres dementes El Divino Salvador. La muerte de Alvarado, un año después, provocó que esta materia se considerara opcional, pero en 1897 se volvió obligatoria cuando se integró en el Plan de Estudios de la Escuela de Medicina, la cual fue impartida por José Peón Contreras (1843-1907), quien era médico en el hospital de San Hipólito (Ruiz y Morales 1995; Sacristán, 2005a; Hidalgo, 2016). Ríos (2016) menciona que los médicos mencionados, así como Juan Peón del Valle (1874-1910), quien era hijo del literato José Peón, se podían considerar como las figuras más importantes del alienismo mexicano del siglo XIX, pues dedicaron una buena parte de su actividad al estudio de las enfermedades mentales. De hecho, Juan Peón inauguró, en 1905, una sección de enfermedades mentales en la Academia Nacional de Medicina, además de que contaba con el reconocimiento del psiquiatra Emmanuel Regis, con quien realizó una estancia en Francia. A partir de 1885, la piscología también aparecería en el medio mexicano, pero se le vinculó con disciplinas como la filosofía, la pedagogía, el derecho, la criminalística y la medicina.

La primera catedra de psicología se impartió en 1893, aunque también se afirma que fue en 1896 (Ríos, 2016). Tanto en la Escuela Nacional Preparatoria como en algunos institutos literarios y escuelas normales, el discurso de la psicología presentaba a la modernidad, la intelectualidad, la metafísica y la moral

como guías para la vida. Es de advertir que a la psicología también se le otorgó una connotación negativa, pues se presentó en la prensa como un sinónimo de censura política y culpabilidad sobre todo en los casos de periodistas que fueron sujetos a procesos judiciales (Álvarez y Montenegro, 2011). Asimismo, la psicología tuvo una vinculación con aquellos trabajos que pretendían explicar la personalidad tales como el *Ensayo sobre la personalidad* de Ezequiel Chávez o la *Génesis del Crimen* de Julio Guerrero, ambos publicados en 1901. Con la intención de mostrar la modernidad del país, a través del intercambio internacional de conocimiento, se realizó una invitación a James M. Balwin, quien fundaría en 1916 un laboratorio de psicología experimental en la Escuela de Altos Estudios (Ríos, 2013; Maya, 2014). En la última década del siglo XIX, el médico José M. Bandera mostró su preocupación por la carencia de una ley que reglamentara la admisión y salida de los dementes en los establecimientos públicos o particulares, lo cual evidenciaba el temor que la sociedad mostraba hacia un ser "indefenso pero peligroso". Bandera criticaba a un sistema que aunque decía ser respetuoso de las garantías individuales, pero los vacíos legales favorecían los atropellos en contra de los dementes. El galeno reconoció que como no existía una "locura total", los procedimientos de internamiento debían variar en función de quién establecía la custodia o si se trataba de una alta voluntaria.

De hecho, el código penal avalaba que los "locos criminales" podían ser trasladados a los manicomios, sin importar el tipo de locura que manifestaran (Sacristán, 1998; Muñoz, 2014). A pesar del constante diálogo médico legal en torno a la enfermedad mental durante el siglo XIX, no sólo se careció de una bibliografía rectora para diagnosticar los casos, sino que se produjo una subordinación de los médicos a las autoridades políticas, subordinación que se mantuvo vigente hasta la década de 1930, lo cual provocó ciertas ambigüedades en la legislación que ocasionaron que los individuos pudieran pasar, con cierta facilidad, de la cárcel al hospital, pues no se pedían certificados médicos, ni se contaba con una orden judicial que validara el procedimiento, circunstancia que contribuyó a generar problemas de hacinamiento en los hospitales (Sacristán, 2001; Rivera, 2010; Maya, 2015). En otras ocasiones, se internaba a personas por cuestiones ajenas a la enfermedad mental, tal como ocurría con aquellos que se atrevían a cuestionar a la autoridad política o a ciertas personas que tenían una buena posición económica (Ríos, 2004). Lo anterior explicaba el por qué esos "locos" no podían ser liberados por las autoridades políticas. También se debe tomar en consideración que algunos de los pacientes de los hospitales ingresaban por cierto tipo de valoraciones socioculturales, tal como ocurrió cuando se desarrollaban las campañas profilácticas contra el alcoholismo, las cuales eran aprovechadas para encerrar a los borrachos que resultaban molestos. A diferencia de la prisión en la que podían

ser liberados tras unas horas, en los hospitales resultaba más complicado que se les diera de alta (Ríos, 2004; Muñoz, 2014).

Pese a la sobrepoblación que existía, la Beneficencia Pública se mostró renuente a abandonar el carácter asilar de las instituciones para dementes. En lo que respecta a la asistencia privada, los primeros manicomios particulares fueron el Sanatorio de Nuestra Señora de Guadalupe que se localizaba en Tlalpan y el del médico Rafael Lavista (1839-1900) que abrió sus puertas en 1896, y en el que atendía a pacientes de clase media y alta. Lavista, quien fue presidente de la Academia Mexicana de Medicina en cuatro ocasiones, había afirmado en 1895, durante el primer Concurso Científico Mexicano, que los médicos debían asumir un papel proteccionista ante las patologías sociales, por lo que era necesario establecer relaciones entre la fisiología y la jurisprudencia para descubrir las leyes que regían el organismo socia, y de esa manera evitar riesgos en su interior. Tras su muerte, el Sanatorio sería dirigido por el médico Eduardo Liceaga. En este lugar realizaron sus prácticas algunos de los médicos que trabajaron en el hospital de la Castañeda (Ríos, 2013, Ríos, 2016).

2.3. La modernización de la atención a la locura en el siglo XX

Rivera (2010) menciona que el proyecto planteado en 1883 de sustituir los edificios coloniales que albergaban los hospitales de dementes por un nuevo manicomio, tardó más de dos décadas en hacerse realidad debido, en parte, a las discusiones sobre el modelo psiquiátrico que resultara de mayor viabilidad para México. Por ejemplo, Plutarco Ornelas afirmó, en el marco de la XVII conferencia Nacional de Caridad y Correcciones de Kansas, que la caridad y la corrección debían ser los instrumentos empleados por las naciones para devolver a los pobres y a los dementes a la vida social (Rivera, 2010). Es de destacar que la clase de psiquiatría, en la Escuela de Medicina, había dejado de ser obligatoria desde 1905 (Hidalgo, 2016). Finalmente se fundó el Manicomio General de la Castañeda el 1 de septiembre de 1910 como parte de los festejos del Centenario del inicio de la Independencia. Este hospital ha sido considerado como la cuna de la psiquiatría mexicana (Ríos, 2016). La intención de este nosocomio era separar el mundo de la razón del de la locura, aunque se dispuso que estuviera comunicado con la ciudad a través de varias carreteras. La intención era evitar el contagio social y biológico, pues éstos interferían con el progreso. La construcción fue dirigida por el arquitecto Porfirio Díaz hijo, quien siguió algunos de los paradigmas de diseño y administración franceses. Aunque las fuentes internacionales recomendaban que las instituciones de dementes no debían tener más de 500 pacientes, el proyecto del Manicomio General ambicionaba convertirse en el mayor centro psiquiátrico del país con una capacidad para 1 000 internos, aspecto por el cual, a lo largo de su vida activa, se

vería rebasada su capacidad de atención, misma que, a su vez, mostraba diferencias pues recibían mejor trato los que podían pagar una pensión.

El dinero obtenido se utilizaba en la manutención de la institución. El estatus jurídico era otra categoría que distinguía a los pacientes, pues existían los presos, los libres, los pensionistas o asilados. Los espacios al interior del Manicomio General también tomaron en consideración el género, pues los pabellones para mujeres tenían mayores dimensiones por la cantidad de casos que se trataban (Rivera, 2010). Los primeros médicos adscritos a La Castañeda pertenecían a una elite gremial dirigida por Eduardo Liceaga (1839-1920), quien impulsó el modelo custodial en el nuevo manicomio. Médicos como José Meza Gutiérrez, Nicolás Ramírez Arellano, Alfonso Ruíz Erduzain y Luis A. García, entre otros, realizaron un ejercicio clínico psiquiátrico pero que tuvo escasa difusión impresa. Ríos (2013 y 2016) advierte que si bien no se les podía considerar un gremio de psiquiatras, lo cual ocurrió hasta la segunda década del siglo XX, tampoco se adscribían a una "pedagogía de patronazgo" como sucedía en Francia, misma que se caracterizaba por la afinidad a una escuela surgida en torno a un miembro de la psiquiatría nacional o por el financiamiento que proporcionaba. En los primeros años de existencia del Manicomio General, existió una inestabilidad en la administración que se reflejó en los constantes cambios de director, catorce en diez años, las frecuentes renuncias de los empleados pese a que cobraban un salario similar, o a veces superior, al del director, la incapacidad para cubrir los requerimientos de agua y de alimentos, o el asalto a la institución protagonizada por las tropas zapatistas en 1915. Estas problemáticas ocasionaron la suspensión de las historias clínicas de los pacientes desde 1914 y los que se realizaron después de 1916, omitían datos como la edad o el diagnóstico de los pacientes (Sacristán, 2010b; Ríos, 2013).

Un asunto que resulta de particular interés era el referente al juicio de interdicción. Aunque en el reglamento de 1913 se desglosaba el procedimiento de internamiento, un año después el Ejecutivo ordenó que fuera un procedimiento obligatorio como lo establecía el artículo 1390 del Código Civil. Aunque el director de la Beneficencia Pública sugirió eliminarlo, con el pretexto de que se podría ahorrar presupuesto, y así se dejaba la decisión del internamiento en manos de la institución, lo cierto es que la medida siguió vigente. Ello generó una reacción negativa de los médicos que la entendían como una forma de cuestionar las actividades del hospital, pese a que ellos habían tratado de evitar que se le considerara un asilo, posición que sustentaban en el hecho de que los pacientes podían irse o darse de alta de manera libre y agregaban que el juicio de interdicción era un procedimiento costoso (Ríos, 2004; Rivera, 2010). La forma en la que se percibía al establecimiento dependía de las circunstancias de ingreso de los pacientes: podía verse como una cárcel cuando lo proponía la autoridad política, como un centro de recuperación cuando lo hacía la familia o como un refugio cuando

lo pedían los enfermos. No obstante, se seguía un mismo proceso de ingreso para conformar su perfil, situación que resultaba traumática en virtud de que los pacientes eran desposeídos de sus objetos personales y se les proporcionaba un uniforme para ser retratados (Rivera, 2010). En los primeros años de existencia del manicomio, las historias clínicas eran interpretadas de acuerdo con la teoría degeneracionista. Aunque el tratamiento dependía del diagnóstico, lo cierto es que la irremediabilidad que se le atribuía a la locura ocasionaba que no se adquirieran suficientes medicamentos.

A La Castañeda se trasladaron pacientes de los hospitales de San Hipólito y de La Canoa. La información que se tenía de ellos había sido proporcionada por los enfermeros que los atendían y en algunas ocasiones, por la confianza que se gestó entre el personal del Manicomio y los pacientes, lo cual contribuyó a que éstos aceptaran las terapias. Un caso que ejemplificaba esta situación era el del médico Manuel Alfaro, quien era reconocido por escuchar y tratar amablemente a sus pacientes. Su actitud receptiva era acorde al tratamiento moral. En ciertas ocasiones, los pacientes trataban de expresarse a través de la escritura, pero ésta era menospreciada o manipulada por los psiquiatras que buscaban reafirmar sus diagnósticos. (Ríos, 2004). Así, la escritura se consideraba una manifestación de la propia enfermedad mental, pues evidenciaba la lesión orgánica que los aquejaba. Los galenos no ponían atención en unos escritos que se apropiaban del *tropos* médico para cuestionar sus métodos y en los que se explicaba lo que les pasaba o se buscaba justificar su anormalidad. Algunos escritos evidenciaban que habían sido juzgados desde un ámbito político, pero se les trataba de corregir desde el biológico. Ríos (2004) arguye que los médicos sólo se limitaron a analizar la ortografía, caligrafía y redacción de los textos. Otros textos exigían una mayor medicación, tal como sucedió en la década de 1920 cuando algunos enfermos ante el temor de tener sífilis, y por el estigma que ello significaba, pidieron dosis excesivas de arsenobiales o ellos mismos compraron el medicamento, situación que les ocasionó daño hepático, cutáneo y diarrea (Ríos, 2009).

Aunque la información que entraba o salía de la institución era censurada con frecuencia, algunos de los pacientes comprendían que a pesar de haber transgredido las normas civiles de cierta manera, no debían estar recluidos en el hospital por lo que interpretaban su encierro como una conspiración y a la terapia como su castigo (Ríos, 2004; Rivera, 2010). Ellos culpaban a la institución de ser la causante de su deterioro mental, idea que reafirmaban cuando se les medicaba. Esta percepción que subestimaba a los actores y a los objetos con los que se relacionaban, o sobre los que actuaban los “locos”, sería revalorada en la década de 1920 cuando se aceptó el psicoanálisis que, como el tratamiento moral del siglo XIX, reconocía la singularidad e individualidad del paciente para generar un acercamiento con el médico. Aunque esta corriente sería apoyada por el primer

director del Manicomio General, el doctor José Mesa Gutiérrez,[57] tendría su mayor desarrollo en la década de 1920 por varias circunstancias: el temprano conocimiento de la obra de Sigmund Freud, el restablecimiento de la historia clínica por el doctor Nicolás Martínez y la invitación a médicos extranjeros para que impartieran clases de psicología en la Escuela de Medicina, tal como fue el caso de Pierre Janet. En la primera generación de psiquiatras mexicanos aparecieron tesis de grado con esa temática, tales como la de Manuel Guevara Oropeza en 1923 y la de José Quevedo en 1929. La cátedra de psiquiatría se volvió a considerar obligatoria a partir de 1926[58] y se demandó que el resto de las especialidades fueran acreditadas por medio de un examen, lo que le daba reconocimiento, en el aspecto pedagógico, para la formación de los estudiantes de medicina (Capetillo, 2008; Ríos, 2016).

Debido a que los pacientes de La Castañeda podían acudir a las clases de psiquiatría como entrevistados o como oyentes, Ríos (2009) indica que este tipo de testimonios deben contextualizarse, pues llevaban implícitos símbolos culturales que reflejaban una realidad colectiva, tal como se podía observar en los casos de algunos mexicanos deportados de Estados Unidos en la década de 1940, quienes compartían una psicosis asociada con elementos religiosos por medio de los cuales los enfermos buscaban reestructurar su identidad (Ríos, 2011). Es de interés mencionar el énfasis que los pacientes ponían en el dolor como el origen de sus padecimientos, situación que marcaba cierta semejanza entre la época porfiriana y la posrevolucionaria. En la primera, la modernización era la causante de los males, mientras que en la segunda se identificaba que la guerra había provocado el sufrimiento de los pacientes, situación, ésta última, que contrastaba con el discurso victorioso que difundían los propagandistas de la Revolución (Rivera, 2010). A pesar de los adelantos en la atención a los pacientes, el Manicomio General sufría carencias que causaban la incomodidad de los internos, vulneraban la seguridad de la institución y dificultaban la enseñanza. Con la intención de emprender acciones para mejorar las condiciones del Hospital, el doctor Enrique Aragón entregó, en 1925, un informe en el que proponía que se contara con personal especializado, proyecto que se llevó a cabo entre 1929 y 1932, durante la dirección de Samuel Ramírez Moreno, cuando se creó el curso de enfermería psiquiátrica.[59] También se proveyó al hospital de materiales para la investigación, aunque esta tarea ya había

[57] Ríos (2016) considera a Mesa como parte de la primera generación de psiquiatras que impulsaron la higiene mental. Esta generación estudió en La Castañeda entre 1920 y 1930. Sin embargo, Capetillo (2008) lo considera parte de la tercera generación. Mesa contaba con 30 años cuando asumió la dirección en 1910. Es de destacar que en México, el psicoanálisis estaba enfocado en el diagnóstico de la psicosis, a diferencia de Francia donde se teorizaba a partir de la histeria.

[58] Ríos (2013) considera que desde 1910 se impartió clínica psiquiátrica de manera ininterrumpida.

[59] Sacristán (2008) menciona que desde 1921 se planteó la posibilidad de establecer un curso de enfermería psiquiátrica. Sin embargo, Rivera (2010) refiere que los cursos de enfermería y asistencia serían establecidos en 1944 por el director Edmundo Buentello.

comenzado en 1927 cuando en el museo de anatomopatología se repusieron las piezas que se estropearon durante la Revolución (Sacristán, 2010b; Ríos, 2016).

Varios médicos de la primera generación de psiquiatras mexicanos viajaron al extranjero, en algunos casos becados por el Manicomio General, para especializarse en esa disciplina y aprender modernos métodos terapéuticos, químicos, quirúrgicos y psicológicos, mismos que tendrían que ser aplicados en La Castañeda para demostrar el rigor científico con el que se manejaba ese lugar. Entre los psiquiatras que se especializaron en el extranjero estaban Mathilde Rodríguez Cabo (1902-1967) que estudió en Berlín y en la URSS, Leopoldo Salazar Viniegra (1898-1957) que estuvo en España, Alfonso Millán Maldonado (1906-1975) que estudió medicina legal en parís y Samuel Ramírez Moreno (1898-1951) cuyo dominio del inglés le permitió participar en congresos de psiquiatría e higiene mental en Estados Unidos. Tanto Ramírez Moreno como Manuel Guevara Oropeza (1899-1980) recibieron una temprana preparación en la clínica privada para enfermos mentales de Rafael Lavista. Otros miembros de la primera generación fueron Edmundo Buentello (1905-1979) y Raúl González Enríquez (1906-1952). El último sería fundador, junto con José Bustamante de Cuba y Carlos Seguían de Perú, de la Asociación Psiquiátrica de América Latina en 1952. Este grupo de psiquiatras impulsaron, en la década de 1930, el movimiento de la higiene mental. Algunos establecerían clínicas particulares[60] que, de acuerdo con Ríos (2016), se convirtieron en sitios de experimentación para las innovaciones terapéuticas y diagnósticas como la terapia convulsiva de electroshock, la inoculación de sustancias y el encefalograma, mismas que después serían introducidas al Manicomio General (Sacristán, 2008; Sacristán, 2010b).

Esta generación de psiquiatras llevaría a cabo importantes transformaciones en el Manicomio General, mismas que buscaban acallar los cuestionamientos de la prensa que mostraban el hospital como un lugar de hacinamiento, vejaciones y corrupción. También se cuestionó la efectividad del encierro como terapéutica, argumento que en su momento justificó la creación del Manicomio y que estaba validado por aspectos jurídicos y sociales. De hecho, Edmundo Buentello decía que el criminal, a quien consideraba un ser inmaduro socialmente, era el único que debía encerrarse porque era un método de defensa de la sociedad. El médico proponía la creación de un Instituto Psiquiátrico Forense para atender a los delincuentes que mostraran alguna enfermedad mental (Ríos, 2016). Sacristán (2005b) refiere que los médicos no sólo utilizaron la prensa para modificar la imagen negativa de la institución, sino que también buscaron atraer al público consumidor de ese servicio.

[60] Samuel Ramírez Moreno fundó dos clínicas: una en la colonia Juárez y otra en Coyoacán. En una de ellas contó con el apoyo de religiosas. También creó la *Revista Mexicana de Psiquiatría, Neurología y Medicina Legal* que se publicó entre 1934 y 1941. Por su parte, Alfonso Millán estableció, en 1937. el hospital Floresta en Tlalpan (Ríos, 2016).

Cuando en 1932 se realizó un cambió en la dirección de la Beneficencia Pública, y con la intención de mejorar una terapéutica que no lograba grandes resultados a causa de la sobrepoblación, se determinó separar a los pacientes crónicos de los agudos. Sin embargo, Sacristán (2010) considera que esta acción no tendría los resultados deseados por dos razones: su falta de cumplimiento que generó saturación en los pabellones y que no estaba diseñado para la curación de los enfermos. Pese a lo anterior, la propuesta daba cuenta que la psiquiatría mexicana buscaba tener una mayor autonomía. También se crearon nuevos pabellones para atender con mayor eficacia a quienes tuvieran más posibilidades de recuperarse o que no requirieran internamiento como los sifilíticos, los epilépticos, los toxicómanos, los niños, entre otros.

Los pacientes crónicos serían destinados a la terapia laboral para devolverles un sentido de utilidad, detener el deterioro de su condición de salud y evitar el ocio. Por su parte, el director Manuel Guevara Oropeza, quien ocupó ese cargo en dos ocasiones (1932-1934 y 1935-1944), lanzó una propuesta que buscaba acabar con el abuso del carácter asilar de la institución. Asimismo, trató de acallar los escándalos relacionados con los internamientos por secuestro, motivo por el que promovió los certificados de 72 horas que permitían comprobar si el paciente necesitaba internamiento, lo cual favoreció la aplicación de la consulta externa. El sucesor de Guevara, Alfonso Millán enfatizó, al tomar posesión del puesto en 1934, que el humanismo debía estar presente en la atención a los enfermos mentales (Sacristán, 2001a; Ríos, 2004; Sacristán, 2005b; Sacristán, 2010b; Ríos, 2016). El enfoque de la medicina social que presentaba a la salud como la piedra angular del Estado y que fue impulsado por el Cardenismo, tendría su máxima expresión, desde el punto de vista de la psiquiatría, según Ríos (2016), en la higiene mental que fue promovida por el doctor Samuel Ramírez Moreno cuando ocupaba el cargo de director del Manicomio General. El médico conoció este enfoque merced a que fue enviado a Washington a participar en el Congreso de Higiene Mental. Para difundir los conocimientos sobre la higiene mental, Ramírez impulsó un ciclo de conferencias que se impartieron en el palacio de Bellas Artes y que contó con el apoyo de la Secretaría de Educación Pública. Bajo el paradigma de la medicina social, se pedía que los médicos, sin importar su especialidad, salieran de sus consultorios para estudiar las formas de vida y las costumbres de los mexicanos.

Estas experiencias serían la base para elaborar propuestas de mejoras sanitarias, además de que el conocimiento del contexto evitaría prejuicios en los diagnósticos y con ello, se motivaría la toma de decisiones saludables. Como esta política de salud estaba enfocada en los sectores campesinos y obreros, no resulta extraño que se creara el servicio de higiene industrial, la oficina de higiene rural y la de medicina social en 1937. La medicina social se convirtió en una especialidad en el Instituto Politécnico Nacional. El régimen cardenista manifestó su interés en

ciertas conductas o enfermedades que, desde su visión, podían debilitar al Estado como lo eran el alcoholismo y la sífilis. En este sentido, la eugenesia desempeñó un papel trascendente en la consideración del alcoholismo como un agravante en los casos criminales, además de que se le asoció como una característica de los estratos sociales bajos. La atención prestada al alcoholismo, según Rivera (2010), se debía a su notable incremento entre 1910 y 1930, pues se pasó del 15% al 41%, misma situación se observó en el caso de las drogas, el cual fue considerado en el Código Sanitario de 1934 como un crimen contra la salud, pues el consumo mostró un notable aumento en los dos géneros: en el caso de los hombres en 1910 se estimaba un 3.79% y en la década de 1930 llegó a 16.54%, en tanto que en las mujeres, en el mismo período, de 0.47% llegó a 13. 34%. Aunque es importante mencionar que otras patologías tendieron a desaparecer como consecuencia de la actualización de los diagnósticos y la construcción de laboratorios para confirmarlos. Como la salud mental alcanzó la misma importancia que la física, se creó en 1938 la Secretaría de Asistencia Pública que se encargaría de su vigilancia.

Esta institución tendría el objetivo de reducir y evitar las debilidades sociales, por lo que se produjeron algunas transformaciones nominales como la sustitución de la palabra “vago” por la de “débil social”, quien, además, debía hacerse participe de los triunfos del Estado por medio del trabajo. También se introdujo una nueva concepción del consumo de drogas que se percibía como una enfermedad más que un crimen (Sacristán, 2010b; Ríos, 2013; Ríos, 2016). Como la higiene mental tenía la pretensión de mejorar la calidad de vida de los pacientes en el manicomio y prevenir la enfermedad mental, según lo manifestaba el fundador del movimiento Clifford Beers, resultaba necesario trabajar junto a los psiquiatras más que criticarlos, pues los desórdenes mentales podían convertirse en desórdenes sociales. Así, la higiene mental otorgó a los psiquiatras la responsabilidad de detectar y corregir las conductas anormales, por lo que se extendió su influencia al exterior del manicomio, pues se planteaba que la observación de los grupos vulnerables (desempleados, niños, militares, migrantes y pobres) no sólo permitiría descubrir a los futuros enfermos mentales y criminales, sino que también ayudaría a la formación de ciudadanos respetuosos de la ley y productivos. Para cumplir con ese objetivo, el psicoanálisis se convirtió en una herramienta teórica útil para develar la personalidad, comprender la raíz de la anormalidad, establecer estrategias preventivas y educativas que fueran eficaces y denunciar a una “sociedad enferma” que facilitaba esas condiciones.

Así, por ejemplo, Salazar Viniegra, desde la subjetividad del paciente, analizaba el robo como la necesidad de poseer algo que era de propiedad privada. Por su parte, Buentello tomaba el caso de los asesinos a sueldo para referir que eran resultado de la demanda de gente sin “escrúpulos”, quienes buscaban a personas cuya carencia de empatía les permitía matar. Los asesinos, según

Buentello, eran seres que crecieron sin felicidad en su vida, por lo que habían adquiridos una conducta agresiva tendiente a buscar placeres momentáneos. La higiene mental se caracterizó por su colaboración con las ciencias sociales y humanísticas, pues se buscaba comprender al ser humano de una manera total. A diferencia de la eugenesia que decía que las habilidades humanas eran determinadas por el factor genético, lo cual explicaba la buena aceptación que tuvo la teoría degeneracionista, misma que sería utilizada por los grupos posrevolucionarios para proponer, desde una visión nacionalista, la creación de una nueva identidad que combinaría lo mejor de cada grupo racial, la higiene mental tendría mayor interés en las repercusiones psíquicas causadas por los factores ambientales, lo que Ríos (2016) interpreta como una visión decadentista asociada a la industrialización. Ejemplo de lo anterior eran los trabajos de Luis Pizarro que afirmaba que la psicosis y la debilidad mental eran patologías asociadas a la civilización industrial. Como la raza no fue considerada un factor de propensión de la enfermedad mental por los eugenistas, se podía observar que en los expedientes de La Castañeda no se le incluyó, a diferencia del caso de Puebla, abordado en el cuarto capítulo, donde se le mencionaba en los expedientes del manicomio de varones de Santa Rosa antes de 1915.

Los eugenistas mexicanos buscaron establecer diversas medidas, entre las cuales se encontraba el control matrimonial, la campaña antialcohólica, el control de las enfermedades venéreas y de los toxicómanos, pero no recurrieron a acciones extremas como la esterilización de los enfermos mentales o de los criminales que se consideraban peligrosos para la sociedad. Sin embargo, la influencia de la eugenesia sería limitada, porque sus practicantes no lograron posicionarse en cargos de gobierno o educativos. Lo contrario sucedió con los miembros de la Liga de Higiene mental que tuvieron una mayor presencia política, aunque es de destacar el caso de Veracruz en donde se creó, en 1932, una sección de eugenesia e higiene mental en la Secretaria de Salubridad. De acuerdo con Ríos (2016), los higienistas mentales apelaron al psicoanálisis para explicar la influencia de la satisfacción sexual en los actos criminales y neuróticos. Este argumento contrasta con la afirmación de Sacristán (2005) de que la psiquiatría se consideraba, en la década de 1930, como una actividad literaria que era menospreciada por las ciencias biológicas. El psicoanálisis alcanzó tal nivel de aceptación que en 1934 en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, se impartieron seminarios sobre Freud, lo que, desde la perspectiva de Capetillo (2008), se podía entender como la transferencia de los poderes del médico al psicoanalista en la comprensión de la salud mental. Esta disciplina se fortaleció tras la llegada de la migración española, a partir de 1939, que introdujo teorías psiquiátricas y neurológicas, como las propuestas por la escuela de Santiago

Ramos y Cajal, quien había demostrado la independencia neuronal (Vicencio, 2017).

Así como los psiquiatras tuvieron participación en el diseño de políticas públicas, la higiene mental buscó vulgarizar su conocimiento con la intención de involucrar a padres de familia y educadores en la profilaxis mental. De hecho, se realizó una invitación radiofónica para acudir a la clínica de desadaptados dirigida por Edmundo Buentello. En 1936, y por iniciativa de Samuel Ramírez Moreno, se fundó el Instituto Nacional de Psicopedagogía, el cual, sin embargo, tuvo como su antecedente inmediato el Instituto Médico Pedagógico. Aunque el Instituto contaba con una revista, los aspectos relacionados con la higiene mental serían tratados en la revista *Archivos de Neurología* de la Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría, de la cual fueron directores Manuel Guevara Oropeza y Mario Fuentes. En 1937 se conformó la Liga Mexicana de Higiene Mental que estaba integrada por Alfonso Millán (como director), Raúl González Enríquez, Guillermo Dávila, Manuel Guevara Oropeza, Edmundo Buentello, Raúl Carranca y Trujillo y Matilde Rodríguez Cabo, la cual abordó, entre otros temas, la legislación de toxicomanías, la orientación profesional, los juicios de interdicción, y la introducción de la higiene mental en ámbitos como el trabajo, la escuela y la familia. La sede principal de la Liga se localizó en las oficinas del Departamento de Prevención Social de la Secretaria de Gobernación. (Ríos, 2010; Ríos, 2016). Tanto el Estado como los higienistas mentales prestaron atención a la familia por ser el lugar en el que se gestaba el ciudadano. De hecho, el médico Gregorio Oneto manifestó que la familia mexicana carecía del nivel educativo, moral e higiénico para la crianza de los niños (Ríos, 2016).

También advertía que se debía vigilar a los obreros, pues el fanatismo era el causante de las enfermedades nerviosas. Del mismo modo, externó una crítica contra el estridentismo porque mostraba patologías como la "paranoia"[61] que eran apreciadas e imitadas, pero que no podían ser castigadas a causa de la ambigüedad del Código Penal de 1871. Así, los infractores podían recurrir a montajes para evadir sus responsabilidades jurídicas (Ríos, 2009), Por otro lado, Alfonso Millán y Samuel Ramírez Moreno acusaban al cine de ser el causante de inmoralidad, pues se mostraba un desmedido amor al lujo, así como actitudes irresponsables, por lo que propusieron la creación de dependencias, como el Consejo de Supervisión Cinematográfica, que vigilaran sus contenidos además de que se debían incrementar los impuestos de esta actividad. Del mismo modo se advertía sobre el peligro que representaba el ruido en el trabajo, en la calle o en los cabarets, pues

[61] Ríos (2009) menciona que Gregorio Oneto identificó seis características en los paranoicos: multiplicidad de ideas delirantes, ausencia de alucinaciones, gran lucidez, sobresaliente actividad psíquica, evolución de las interpretaciones e incurabilidad sin demencia. Los paranoicos eran manipuladores talentosos y ególatras cuyas acciones eran fruto de la pasión más que de la "verdadera locura".

perjudicaba la audición, trastornaba la intelectualidad y la psicología, sobre todo en personas neuróticas e hiperemotivas. Las ideas de Ramírez relativas a los problemas que el ruido provocaba en la salud, serían retomadas en 1952 en el Reglamento Oficial contra el ruido para el Distrito Federal y territorios federales (Ríos, 2016). En algunos casos, los integrantes de la Liga de Higiene Mental buscaban resolver cierto tipo de situaciones particulares, tal como ocurrió con Leopoldo Salazar Viniegra que como no estaba de acuerdo con la aplicación de la terapia convulsiva, propuso la utilización de drogas, como la marihuana, que desde su perspectiva no era causante de la criminalidad y podía ser útil en la eutanasia, motivo por el que pidió que el Estado asumiera la provisión de drogas, pues con ello se le quitaría poder a los narcotraficantes.[62]

La idea de Salazar no sería bien recibida por las autoridades norteamericanas que solicitaron, en 1939, su destitución como director del Manicomio General, lo cual ocurrió un año después de que se inauguró el Instituto de Toxicómanos. En esta misma línea se inscribió Gregorio Oneto que estudió los efectos del cannabis en los presos de las islas Marías. Otro asunto que preocupó a los higienistas era el relativo a las consecuencias de la migración en los campesinos a Estados Unidos, asunto que sería abordado por Samuel Ramírez en una ponencia que presentó en 1946 en el congreso de la Asociación Americana de Psiquiatría. Tanto Samuel Ramírez como Edmundo Buentello y el psicólogo Santiago Ramírez buscaron analizar las causas de los trastornos mentales entre los migrantes mexicanos, así como las repercusiones económicas que provocaban sus deportaciones. Estas investigaciones no contaron con el apoyo de la fundación Rockefeller que en otros países (Colombia, Chile y Argentina) invirtió en materia de salud mental, pero para el caso mexicano se destinarían los fondos a otras áreas de la salud pública. No obstante, se planteó la posibilidad de crear un servicio de investigación neuropsiquiátrico para migrantes (Ríos, 2009: Ríos, 2011; Ríos, 2016). Otro tópico abordado por los psiquiatras fue el relativo a la necesidad de que la sexualidad trascendiera el ámbito de la procreación. Mathilde Rodríguez Cabo, quien se especializó en Alemania durante los años de la república de Weimar (1919-1933), periodo en el que se abrió la discusión sobre la despatologización de la homosexualidad, se promovieron reformas relativas a la construcción de un nuevo modelo de mujer que tuviera igualdad y autonomía en el acceso al trabajo y al estudio.

También se enfatizó la necesidad de enseñar educación sexual, se implementó el uso de anticonceptivos, se buscó despatologizar el aborto con la

[62] Ríos (2016) menciona que México no contaba con el permiso de la Liga de Naciones para producir sus drogas, por lo que se tenían que importar de países como el Reino Unido, Francia, Suiza y Holanda. Con el inicio de la segunda guerra mundial, la importación se detendría y por ello, se tuvo que derogar la segunda legislación sobre toxicomanías de 1940.

intención de prevenir la neurosis que, de acuerdo con Freud, podía generar el temor de engendrar y se trató de prevenir aquellas enfermedades a las que estaban expuestas las mujeres gestantes, y su descendencia, por causa de la desnutrición. Algunos miembros de la Liga de Higiene Mental como Raúl Carranca, Edmundo Buentello y Raúl González Enríquez hicieron la propuesta de que se permitiera las visitas conyugales a los presos de ambos sexos, a fin de evitar las agresiones, disminuir la homosexualidad y la ansiedad, y mejorar su conducta. De hecho, González Enríquez no consideraba que la homosexualidad constituyera un desorden moral, sino que era producto de un problema de la glándula pineal (Ríos, 2016). Durante la década de 1940, la higiene mental todavía mantenía una relación relativamente cercana con el gobierno y con la comunidad. Por iniciativa de los médicos Matilde Rodríguez Cabo, Rafael Santamarina, Francisco Núñez Chávez, Héctor Ortiz Quiroga y Raúl González Enríquez, y del psicólogo Roberto Ortiz Quiroga, se creó en 1940 la carrera de trabajo social en la Universidad Nacional Autónoma de México, misma que buscaba mostrar la relación entre el Estado y la familia a través de la articulación de los conocimientos de las ciencias sociales, penales y médicas. También hicieron su aparición algunos espacios para la investigación en neurociencias como el laboratorio de estudios médico-biológicos de la UNAM. En 1942 se fundó el Consejo Mexicano de Toxicomanías e Higiene Mental que se constituyó en un mecanismo de comunicación entre los médicos del Manicomio General y las autoridades sanitarias (Ríos, 2016; Vicencio, 2017).

Otro aspecto a destacar es la incorporación de diversas corrientes psicológicas en las discusiones de los médicos, tal como ocurrió con la teoría del complejo de inferioridad de Alfred Adler, la noción de conciencia de Pierre Janet, el método de asociación de Carl Jung y los planteamientos de Erich Fromm, mismos que también serían retomados por periodistas, juristas y filósofos.[63] Tras la entrada de México a la Segunda Guerra Mundial, los psiquiatras que trabajaban en La Castañeda, así como los de otras dependencias, se comprometieron a apoyar la causa bélica desde distintos frentes. Por ejemplo, Samuel Ramírez Moreno publicó diversos textos en los que enfatizaba la importancia de esa especialidad en el contexto bélico. Por su parte, Manuel Guevara Oropeza, quien era el director del Manicomio General, promovió varios cambios al interior de la institución: la terapia laboral se encargó de fabricar ropa para los soldados, se intensificó el cultivo de hortalizas para abastecer a las tropas, se puso a disposición el banco de sangre y algunos pabellones para convertirlos en cuartos de cirugía y se brindó terapia psicológica a familiares de soldados así como al personal sanitario que decía padecer “fatiga psíquica”. Un caso extremo fue el del médico Salazar Viniegra que realizó experimentos con drogas para, supuestamente, seleccionar y capacitar a los

[63] Entre los principales seguidores de Fromm se encontraban Alfonso Millán, Raúl González Enríquez y Guillermo Dávila, quienes en 1955 integrarían el primer grupo sistematizado de psicoanálisis. (Ríos, 2016)

miembros del ejército, pero que en realidad buscaba identificar a aquellos que mostraban actitudes fanáticas o antipatrióticas, lo cual ha sido calificado por Ríos (2016) como la patologización de la disidencia. También se aplicaron exámenes psicométricos a los soldados. Aunque este tipo de diagnóstico resultaba novedoso en el ejército, lo cierto es que se utilizaba en el Instituto Nacional de Psicopedagogía, dirigido por Francisco Elizarraras, para separar a los "niños problema" de los anormales.[64]

En estos años volvió a surgir el debate relativo a la efectividad terapéutica del Manicomio, pues además del problema de sobrepoblación se invertía en cosas innecesarias, motivo por el que se proponía la apertura de nuevas instituciones. Ante esta situación, la Secretaria de Salubridad y Asistencia formó una comisión, integrada por los arquitectos José Villagrán García y Enrique del Moral, que viajó a Estados Unidos y Canadá para conocer las mejores instituciones psiquiátricas. Ellos propusieron la creación de las granjas hospitales que permitirían tener una mejor atención de los pacientes agudos. Éstas se debían construir en los Estados que mostraran una mayor demanda del servicio. Una de las características de este modelo asistencial es que las familias debían tener mayor participación en la atención a los enfermos (Sacristán, 2001; Sacristán, 2005a; Ríos, 2016). La transición de la década de 1940 a la de 1950 estaría marcada por la aparición de un nuevo paradigma internacional en materia de psiquiatría: la salud mental. El psicoanálisis no sólo había logrado consolidarse, sino que buscaba el reconocimiento de las demás especialidades. Por ejemplo, en 1946 se trató de introducir la noción del paciente como unidad psicosomática en la Academia Nacional de Medicina. Tres años después, Alfonso Millán publicó un artículo en la *Revista Mexicana de Psicología y Salud Mental* sobre la importancia que adquiría, en todas las áreas de la medicina, analizar la dimensión psíquica del paciente a fin de brindar un diagnóstico certero, pues algunas dolencias físicas eran producidas por la neurosis, enfermedad que se debía entender como parte de la condición humana. Esta posición permitió que se realizara una despatologización de la neurosis (Ríos, 2016).

La noción de salud mental se mencionó por primera vez en 1948 durante el Tercer Congreso Internacional de Higiene Mental realizado en Londres, evento en

[64] Ríos (2016) menciona que el niño problema no se consideraba un enfermo mental. Esta diferenciación ocasionó que ya no se utilizaran los exámenes psicométricos y antropométricos para medir el grado de inteligencia. De hecho, el Instituto Nacional de Psicopedagogía empleó los exámenes de Binet y Simon, promovidos ampliamente por Rafael Santamarina (1884-1965, para clasificar a los estudiantes de acuerdo a su grado de rendimiento y con ello, mejorar la educación que ya no tomaría en cuenta la etiología, pero sí las variables sociales. Entre los higienistas que impulsaran este tipo de proyectos en la SEP se encontraban Lauro Ortega, Fernando Elizarraraz, Guillermo Lechuga, Francisco Rosales y Roberto Solís Quiroga. El último advertía sobre la responsabilidad que debía asumir la sociedad en la readaptación de los anormales, sobre todo los de la clase baja que eran "laboralmente funcionales".

el que el comité de expertos advirtió que como cada país mostraba particularidades en su atención a la población, se decidió publicar, en 1950, un Manual de Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades, Traumatismos y Causas de Defunción, el cual aplicaba una mirada antropológica para comprender, desde el punto de vista cultural, la salud con relación a diversos aspectos como la raza, la religión, la edad, los movimientos humanos y la industrialización. Ello se derivaba del reconocimiento de que existían países con un alto desarrollo económico, pero con una mala planificación sobre medidas preventivas en salud mental. En 1950 se produjeron algunas transformaciones importantes en la psiquiatría mexicana. El Manicomio General cambió su nombre a Instituto Nacional de Neuropsiquiatría, mismo que, de acuerdo con Rodríguez y Castañeda (2013), no alcanzó aceptación. La Liga Mexicana de Higiene Mental sería sustituida por la Liga Mexicana de Salud Mental, la cual se encargó de organizar el congreso internacional que se llevó a cabo en el país y que contó con el apoyo de la Organización de las Naciones Unidas, la Organización Mundial de la Salud y la UNESCO, sobre todo en aspectos relativos a la manera en que debía entenderse la salud mental y su tratamiento. En 1952, la UNAM creó una especialidad en psiquiatría, en la que se formaron estudiantes foráneos que a su vez, establecerían cursos de esa índole en sus propias universidades como fue el caso del psiquiatra Ponciano Tenorio (1912-1963) en Michoacán. Ese mismo año se fundó un Departamento de Neuropsiquiatría dirigido por Samuel Ramírez Moreno (Campos, 2007; Ríos, 2016; Vicencio, 2017).

La primera Sociedad psicoanalítica se formó en 1955 y contó con el respaldo de Erich Fromm. Ese mismo año se creó un departamento de psicología médica y salud mental en la Escuela de Medicina de la UNAM. La importancia que comenzaba a tener esta corriente psicológica se reflejó en el simposio denominado Estado Actual de la Terapia Psicoanalítica, el cual fue organizado por la Academia Nacional de Medicina en 1957. También se fundaron otras instituciones dedicadas a la investigación, tal como sucedió en 1958 con la Unidad de Investigaciones Cerebrales que dependía de la SSA. En lo que respecta a la higiene mental, su presencia se comenzó a circunscribir a algunas publicaciones situación que ocasionó que Edmundo Buentello reconociera que esta corriente se había convertido en una “instancia meramente nominal”, al tiempo que criticó a la SSA por su escasa inversión en psiquiatría bajo el argumento del bajo número de curaciones que lograba. De hecho, la *Revista de Higiene Mental* cuyo auge se produjo en la década de 1940, perdió presencia en el ámbito científico y se limitó a publicar artículos breves de divulgación en los que se daban consejos de superación personal. La revista desaparecería en 1954 (Capetillo, 2008; Ríos, 2016; Vicencio, 2017). La aparición de los psicofármacos no sólo brindó alternativas al modelo asilar, sino que dio cuenta que la investigación en salud mental enfatizó el modelo preventivo sustentado en el enfoque de las neurociencias. Uno de sus

representantes era Manuel Velasco, [65] neurólogo por la Universidad de Harvard, quien, de acuerdo con las recomendaciones del Comité de Ginebra, afirmaba que la labor del médico no se debía limitar a la atención del paciente con psicofármacos, sino que, junto con sus pares del área de humanidades con los que se integraba el cuerpo psicoterapéutico, debía brindar una atención tolerante y comprensiva (Rodríguez y Castañeda, 2013; Ríos, 2016; Vicencio, 2017).

Por lo anterior, no resulta extraño que el médico Héctor Cabildo advirtiera sobre la autoridad colectiva del médico para influir en el ser biopsicosocial. Con la aparición de los anexos de psiquiatría y neurología en los hospitales generales, tal como ocurrió en el Hospital Español, se buscó descentralizar la atención psiquiátrica y desestigmatizar la locura, pues se mostró que el encierro no era necesario ya que los enfermos mentales podían compartir espacio con los demás enfermos. También surgieron nuevas instituciones como la Dirección de Neurología, Psiquiatría e Higiene mental que se fundó en 1959. Ésta dependía de la SSA y su primer director fue Manuel Velasco. A año después cambió su nombre a Dirección General de Neurología, Salud Mental y Rehabilitación, por lo que asumió la administración, entre otras dependencias, del Manicomio General La Castañeda, los centros de rehabilitación para alcohólicos, sordomudos y ciegos, así como el Consejo Nacional de Problemas de Farmacodependencia. Finalmente, en 1965 se transformó en la Dirección de Salud Mental. Otra entidad que apareció en 1960 fue el Instituto Nacional de Neurología y Neurociencias (INNN), el cual, en 1964, se convirtió en Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía para trastornos del sistema nervioso, mismo que se situó en el terreno que pertenecía al hospital-granja Bernardino de Álvarez. El Instituto contaba con un área de psiquiatría infantil y un dispensario central de salud mental que buscaba prevenir, tratar y rehabilitar a los enfermos mentales. A raíz de los cambios administrativos, se mostró un mayor interés en el proyecto de las granjas-hospitales y se filmaron varios documentales en los que se elogiaba el nuevo sistema de puertas abiertas (Sacristán, 2003; Sacristán, 2005a; Sacristán, 2010a; Rodríguez y Castañeda, 2013; Vicencio, 2017).

Las granjas-hospitales fueron proyectos conjuntos de la SSA y los gobiernos estatales. Se destinaron a la atención de enfermos psicosomáticos, neuróticos y mentales que carecían de recursos económicos. Las granjas hospitales se consideraron parte de las acciones de salud mental que pretendían obtener reconocimiento para la psiquiatría, además de que se estableció su relación con las

[65] Manuel Velasco también realizó estudios en las universidades de Washington y Massachusetts. Tras su regreso a México, en 1943, Velasco se percató que no existían las condiciones necesarias para la aplicación de la neurología, aunque consideraba que era necesaria la creación de una institución neurológica de asistencia y enseñanza. Velasco realizó un viaje, al que lo acompañó Samuel Ramírez Moreno, por El Salvador, Nicaragua y Costa Rica. En este último realizaron una lobotomía. Otros psiquiatras que también se formaron en el extranjero fueron Guzmán West y Juan Cárdenas.

neurociencias. Es importante mencionar que con la creación de estas instituciones, se buscó poner un punto final al Manicomio General que se consideraba obsoleto, aunque también intervinieron intereses económicos y políticos en la decisión de cerrarlo en 1968. En el mismo terreno del hospital Bernardino Álvarez se instaló en 1955 la Escuela granja de recuperación para débiles mentales o escuela granja de Tlalpan que dependía de la SSA, misma que en 1961 cambió su nombre a Escuela para adolescentes débiles mentales con una capacidad para albergar a 100 alumnos cuyas edades oscilaban entre los 12 y los 20 años. Para ingresar al nosocomio, debían contar con un coeficiente intelectual de 60 a 80 puntos, lo que se consideraba debilidad media superficial que aseguraba cierta probabilidad de recuperación. Contaba con 11 profesores que aplicaban una ortopedia mental para capacitar a los jóvenes, según su capacidad de adaptación, en oficios como carpintería y talabartería, entre otros. En 1970, esta escuela sería fusionada con la Escuela para deficientes Mentales o Parque Lira, la cual fue creada en 1935 y formaba parte de la SEP, por lo que se produjo un cambio en el tipo de atención pues todos debían estar internados, lo cual no ocurría con la escuela del Parque Lira que era de sistema externo. Esta nueva institución fue denominada Unidad de Integración Humana y Social Profesor Caritino Maldonado[66] (Rodríguez y Castañeda, 2013; Ríos, 2016).

Después de que la SSA, a través de la Dirección de Salud Mental dirigida por Guillermo Calderón Narváez, se hizo cargo de la Beneficencia Pública con la intención de resolver los problemas económicos que tenía, se produjeron algunas reformas como la reubicación, en 1984, de la Unidad de Integración, pues los terrenos en los que se ubicaba el hospital Bernardino Álvarez mostraban irregularidades en cuanto a sus concesionarios y su administración.[67] La escuela quedó a cargo del Servicio de Educación Especial de la SEP y su lugar sería ocupado por el Departamento de Resonancia Magnética del INNN. En la década de 1970 comenzó a manifestarse interés por “las alternativas a la psiquiatría”, tal como ocurrió en el Seminario Alternativas Institucionales en la Sociedad Tecnológica realizado en el Centro Intercultural de Documentación de Cuernavaca (CIDOC), el cual fue fundado por Iván Ilich que propugnaba por la “expropiación de la salud”.

[66] Caritino Maldonado se dedicó a la atención de niños deficientes mentales en el instituto Médico Pedagógico Parque Lira. Después de que en 1943 la SEP determinó suspender la atención a ese sector, gestionó su reanudación al tiempo que, junto con Roberto Solís Quiroga, buscó establecer una legislación para débiles mentales y crear una Escuela Normal de Especialización.

[67] Rodríguez y Castañeda describen resultó un problema que por mucho tiempo a dicho instituto se le conociera como Escuela Granja Bernardino Álvarez y estuviera a un lado del Hospital Bernardino Álvarez que era parte del Instituto nacional de Neurología, lo que causaba confusiones en la dirección de salud mental de la cual dependían, además de en los almacenes generales. en la Proveeduría de víveres y departamento de adquisiciones. Agregan la primera directora de la escuela granja defendía esta debía pertenecer al hospital de neurología porque la debilidad mental primaria era un síndrome de esta índole que inclusive podía manifestarse en psicosis

Este movimiento, político y cultural, sustentaba sus ideas en la anti psiquiatría, propuesta surgida en Gran Bretaña que buscaba la supresión de cualquier forma de reclusión psiquiátrica, el rechazo al monopolio de los profesionales sobre la salud mental, la crítica a las nuevas tecnologías psiquiátricas como la sectorización o la atención a domicilio y un rechazó a la psiquiatrización de la vida, pues se cuestionaba la intromisión de la psiquiatría a una temprana edad, tal como ocurría con el aumento de diagnósticos de hiperactividad en niños. La emergencia de la antipsiquiatría fue consecuencia de una crítica a los sistemas autoritarios y con el sustento filosóficos de autores como Marx, Sartre y Foucault, se asoció a la locura con el misticismo y el arte además de que se entendió a la psiquiatría como una enfermedad del capitalismo y del socialismo burocrático (Rodríguez y Castañeda, 2013; Dosil, 2019).

De hecho, los antipsiquiatras estadounidenses abandonaron términos como paciente, diagnóstico o tratamiento, pues consideraban que el lenguaje victimizaba a los sujetos. En Italia, Bassaglia buscó que se prohibiera el internamiento de los pacientes y pidió el desmantelamiento de los manicomios. En el caso de México, la antipsiquiatría se sumaría a otras corrientes psicológicas que se adaptaban a cualquier contexto cultural y económico, como la teoría socio cultural del comportamiento, el conductismo o la psicología industrial, entre otras. Aunque una minoría se adhirió al movimiento alternativo de la psiquiatría, ello permitió que realizara una revalorización de la medicina tradicional que, a diferencia de la medicina europea, no excluía al enfermo mental de la comunidad ni lo encerraban, por lo que en las comunidades tradicionales eran escasos los hospitales psiquiátricos. Tanto en 1978 como en 1981, los antipsiquiatras, por medio de sus Encuentros de la Red Alternativas, cuestionaron el crecimiento de los nosocomios mentales y denunciaron que en los hospitales y granjas para enfermos mentales, aun se realizaban lobotomías, se empleaba el electroshock y el encierro involuntario, además de que los enfermos se encontraban abandonos. De estos encuentros se desprenderían proyectos de psiquiatría comunitaria como el realizado en la delegación Nezahualcóyotl, la Red de Apoyo a la crisis en Cuernavaca y el Centro de Psicoterapia Feminista (Dosil, 2019).

2.4. Los manicomios en la República: el caso de la ciudad de México

Para tratar a detalle cómo fue la atención a los enfermos mentales en México, a continuación se presenta la historia de los hospitales para dementes en la Ciudad de México: San Hipólito, El Divino Salvador, La Castañeda y el proyecto de las granjas hospital que sustituyeron al Manicomio General.

2.4.1. El hospital de San Hipólito

Como se mencionó antes, el hospital de San Hipólito fue el primero en América en recibir dementes. La orden de San Hipólito fue instituida por Bernardino de Álvarez (1514-1584), un aventurero oriundo de Sevilla que arribó a la Nueva España a la edad de 20 años y que participó en la guerra contra los indios nómadas en el norte del territorio. Tras verse implicado en un homicidio por el que fue condenado a trabajos forzados, logró escapar y se embarcó a Perú donde amasó una fortuna. 30 años después regresó a la Nueva España y con la intención de enmendarse, buscó servir como enfermero en el hospital del marqués del Valle o de la Limpia Concepción. Esta decisión respondía a la exhortación de su madre, quien se había convertido en beata, de que se desprendiera de los bienes terrenales para emplearlos al servicio de Dios y de la Corona. Después de observar que algunos enfermos eran expulsados sin haber recuperado la salud, lo cual incluía a los locos, a quienes definía como "piedras vivas" que eran incapaces de sostenerse a sí mismos y que eran blanco de burlas y maltratos, fundó un pequeño hospital para locos, convalecientes y ancianos en la calle de Zelada, proyecto que llevó a cabo gracias a la donación que recibió de Miguel Dueñas e Isabel Ojeda. Con el apoyo del arzobispo Alonso de Montufar, del Ayuntamiento y del virrey Martín Enríquez, en 1566 construyó un hospital en la ermita de San Hipólito que recibió a los asilados del hospital de la Concepción y del Amor de Dios, aunque se excluyó a los leprosos. Para consolidar a su congregación, fray Bernardino formuló una serie de reglas y solicitó la aprobación del Vaticano (Muriel, 1991; Sacristán, 1994; Sacristán, 2005; Sacristán, 2005a).

En el pontificado de Clemente IX se le reconoció como orden y se le otorgaron los mismos privilegios que a la orden de San Juan de Dios. Por mandato de Inocencio XII, en 1700 adoptaron la regla de san Agustín (Muriel, 1991; Sacristán, 1994; Sacristán, 2005a). Como fray Bernardino de Álvarez conocía de primera mano las inclemencias y peligros a las que se enfrentaban los viajeros en su camino a la capital del virreinato, estableció dos rutas de hospitales: una que recorría la ruta del Pacifico con dos hospitales (el de Santa Cruz en Oaxtepec y el de Santa María de la Consolación en Acapulco) y otra en el Atlántico que contaba con cuatro (el de San Roque en Puebla, el de Santa María de Belén en Perote, el de la Concepción en Jalapa y el de San Martín en Veracruz).[68] Los hipólitos salían en busca de los necesitados, a quienes podían conducir a la capital o los dejaban en los hospitales para que recobraran sus fuerzas. Estas instituciones recibían a distintos tipos de necesitados, tal como ocurría en los puertos donde predominaban soldados, comerciantes, marinos y mujeres desamparadas que sufrían de sífilis. En los hospitales de Puebla y México se comenzó a dar prioridad a los enfermos

[68] El hospital de Perote fue cedido a los hipólitos para complementar su red hospitalaria que iba del puerto de Veracruz a la ciudad de México. Con el paso de los años, se les concedieron otros hospitales como los de Oaxaca, Querétaro, Guatemala, Veracruz, la Ciudad de México y La Habana.

mentales. Aunque el fundador de la orden se negó a recibir dinero con la afirmación de que “Dios proveería”, con el paso del tiempo se empezaron a recibir pensiones, según las posibilidades económicas de los asilados de cada región y según su lugar de residencia, con la finalidad de solventar las carencias de los hospitales (Muriel, 1991). Los hipólitos se consideraban una orden aristócrata y gracias al trabajo de algunos de sus integrantes, obtuvo reconocimiento en cuanto a saberes médicos y farmacéuticos, sobre todo el padre Gregorio López que escribió un tratado de medicina en el que recopiló el conocimiento indígena de la región de Oaxtepec, lugar en el que se encontraba un hospital que se destinó para los enfermos incurables.

Este hospital se concluyó en 1603 y se caracterizó porque no había distinción entre las “razas”, existía un área para mujeres y contaba con salas de medicina y cirugía. Para ayudarlos en sus trabajos, en las sedes portuarias contaron con el trabajo de esclavos y forzados que fueron proporcionados por los ayuntamientos. La orden de los hipólitos fue suprimida en 1820 por las cortes españolas y sus hospitales quedaron en manos del Ayuntamiento, mismo que, desde 1813, solicitó que no se utilizaran grilletes y no se torturara a los dementes. Entre las décadas de 1840 y 1850, el hospital se utilizó como cuartel militar, escuela de medicina y fábrica de tabacos. Sin embargo, en 1862 retomó su función como manicomio cuando se trasladaran a sus instalaciones a los sacerdotes dementes que se hallaban en el hospital de la Santísima (Muriel, 1991; Ruíz y Morales, 1995; Sacristán, 2005a; Ríos, 2013).

2.4.2. El hospital del Divino Salvador

La historia de este hospital comenzó en 1687 cuando el carpintero José Sayago y su esposa acogieran a una familiar que padecía demencia. A partir de experiencia, comenzaron a acoger a mujeres aquejadas de locura que deambulaban por las calles de la ciudad de México. Con el apoyo del reverendo Juan Pérez, se estableció el Hospital Sayago que albergaba a 24 pacientes. Sin embargo, la alta demanda y con la intención de proteger a unas mujeres que por su condición eran vulnerables, el arzobispo Francisco de Aguilar y Seijas (1632-1698) patrocinó la construcción de un hospital bajo la custodia de la congregación del Divino Salvador, mismo que contó con el patrocinio de importantes personajes de la ciudad, incluidos algunos virreyes. La muerte del arzobispo ocasionó que el hospital sufriera carencias económicas que se reflejaron en la salida de muchas de sus pacientes. Durante el gobierno del virrey Conde de Moctezuma se tomó la decisión de trasladar el hospital a la calle de la Canoa, por lo que comenzó a conocerse como el Hospital de la Canoa. Tras la expulsión de los jesuitas, el hospital quedó a cargo del Real Patronato. En 1777 se realizaron algunas obras en los dos hospitales de dementes, entre las que destacaba la construcción de jaulas en San Hipólito, que fueron

patrocinadas por el Consulado de Comerciantes y por José González Calderón y Ambrosio Meave, lo cual daba cuenta del temor que se sentía por los dementes. También se buscó cambiar el diseño arquitectónico de los hospitales con la intención de influir en la recuperación de los enfermos, pero la población no sentía empatía por ellos y los molestaba sin importar que se encontraran dentro de las instalaciones, tal como ocurría cuando se bañaban las enfermas (Muriel, 1991; Sacristán, 2005a).

El apoyo a las mujeres dementes no se restringía sólo a ese hospital, sino que también lo ofrecía la Congregación de Nuestra Señora de los Dolores asentada en la Catedral Metropolitana. A partir de 1792, tanto en el hospital del Divino Salvador como en el de San Hipólito, se comenzó a cobrar una pensión a las pacientes indígenas en el Hospital Real de San José de los Naturales. Tras la proclamación de la independencia, se determinó que una parte de las ganancias de la lotería se destinaran al mantenimiento del Hospital del Divino Salvador. Entre 1845 y 1864 el Hospital contó con la colaboración de las Hermanas de la Caridad de San Vicente Paul, además de sirvientas asalariadas y un médico director cuya presencia permanente se había exigido desde 1860, Con las Leyes de Reforma, el hospital enfrentó una situación precaria. En 1868, el Hospital pasó a manos del Ayuntamiento, lo que ocasionó la salida de las Hermanas de la Caridad. En 1874, el director Francisco Montes de Oca estableció que para acceder a la dirección del nosocomio, se debía realizar un examen de oposición que permitiera demostrar sus conocimientos y con ello, evidenciar la "cientificidad" que privaba en el establecimiento. Sin embargo, la clasificación de los padecimientos mostraba cierta vaguedad, pues las enfermas podían ser "toleradas" o "dementes". A finales del siglo XIX se realizaron una serie de modificaciones arquitectónicas en el Hospital, a fin de adaptarlo a las condiciones higiénicas que proponía el alienismo, pues se pedía que las habitaciones fueran secas e impermeables, que existiera un patio o un sitio de descanso que fuera amplio y contara con mucha luz, que se utilizara pintura de aceite para las paredes con la intención de que se lavaran de forma frecuente y que se evitaran los tapices porque podían contener sales toxicas de plomo o arsénico que podían dañar la salud de las pacientes (Ruiz y Morales, 1995; Sacristán, 2005a; Ríos, 2010; Hidalgo, 2016).

Es de destacar que el Hospital de San Hipólito se destinó a los hombres, mientras que el del Divino Salvador atendía a las mujeres dementes. Para 1886, Miguel Alvarado informaba que en el primero había 197 pacientes, mientras que en el segundo existían 214 internas, lo cual, desde su perspectiva, evidenciaba un crecimiento de la locura que era consecuencia del "mal de la civilización". Ahora bien, la atención a los dementes en los hospitales del Divino Salvador y de San Hipólito, durante la época virreinal, tenía una función predominantemente vigilante y en menor medida, docente y de investigación, lo que influyó en la aplicación de

los tratamientos. En el siglo XVIII se introdujo la idea de que el trabajo era una "panacea regeneradora de las costumbres", por lo que éste se introdujo en los hospicios y en los hospitales, además de que se consideraba un "ejercicio de justicia" en cuanto evitaba la mendicidad y no se le quitaba el pan de la boca a los necesitados. El trabajo se aplicó en ambos nosocomios acorde a las particularidades de cada sexo. Las mujeres dementes realizaban trabajos de costura, lavandería y torcedura de cigarros. Esta última actividad les era redituable, pues les permitía comprar artículos de consumo o intercambiarlo por tabaco, mismo que no estaba prescrito pues los médicos lo recomendaban como un medio "pacificador" y "supresor" de la melancolía. De hecho, la torceduría de cigarros fue una actividad que desarrollaron las internas hasta fines del siglo XIX. El trabajo se tornó más riguroso cuando las hermanas de la Caridad se integraron a las actividades del hospital. De hecho, se pensaba que el trabajo sería un medio adecuado para que los pacientes llevaran una vida en comunidad. (Muriel, 1991; Sacristán, 1994; Ruíz y Morales, 1995).

La hidroterapia era uno de los tratamientos que se empleaban en los enfermos, la cual se consideraba una "panacea" en el alivio de las enfermedades mentales y nerviosas, debido a que la acción termo celular en el sistema periférico producía una vaso constricción o la vaso dilatación en los órganos, por lo que se modificaba el temperamento, los procesos fisiológicos y la composición de la sangre gracias a la influencia de factores como la temperatura, la persistencia del tratamiento, la idiosincrasia y la susceptibilidad.[69] En la primera mitad del siglo XIX, la hidroterapia se limitaba a la inmersión en agua fría del paciente, pero esta práctica se modificó en los siguientes años merced al conocimiento de las obras de Fleury, Claridge y Seoutetten, quienes explicaban las propiedades medicinales del agua (revulsivas, antiflagísticas, antitérmicas, sudoríficas, tónico-sedativas-antiespasmódicas y excitantes. De hecho, se decía que el agua fría podía excitar el cerebro, generar resistencia a la fatiga, aminorar emociones y estimular el apetito, la digestión y la virilidad. En el caso del agua caliente, se le podía utilizar como sedante antiespasmódico, pero si su temperatura era demasiado elevada podía causar excitación, dolor de cabeza o vértigo. Se recomendaba el uso de la hidroterapia en padecimientos como manías, parálisis, hipocondrías, epilepsias, melancolías, insomnio, entre otras. Era aconsejable su aplicación en niños problemáticos, hombres de negocios e intelectuales. Por su parte, Pinel en su *tratado medico filosófico de la enajenación del alma* sugería que debía limitarse el "baño sorpresa" a casos extremos, pues su aplicación excesiva podía generar depresión física y emotiva (Ramos, 2000).

[69] Algunos médicos griegos como Hipócrates, Celso y Areteo creían que la hidroterapia podía curar enfermedades como la melancolía, el frenesí y el sincope.

Existían varias formas de aplicar la hidroterapia: con paños fríos, con baños de asiento, con regadera, aunque la primera se colocó en el hospital de La Canoa 1871 y con baños de tina que podían durar entre una y 18 horas, aunque en este caso se procuraba que la temperatura del agua fuera superior o inferior a la del cuerpo. Durante los baños de inmersión, a los pacientes se les debía untar aceite o manteca en las manos y los pies para evitar maceraciones. Este tipo de baño se dividía en tres etapas: efusión, inmersión y presión. Se recomendaba que se hiciera en ayunas y al terminar, se frotaba el cuerpo o el paciente se ejercitaba para mantener el calor. Existían tinas con escotadura que buscaban evitar que se mezclara el agua del cuerpo con la que se vertía en la cabeza. Aunque los baños de San Hipólito se renovaron en 1864, lo cierto es que la hidroterapia se encontraba limitada por la escasez de recursos, motivo por el que se llegó a apelar motivos higiénicos para asegurar la provisión de recursos Muriel, 1991; Ruiz y Morales, 1995; Ramos, 2000). Bajo los parámetros del tratamiento moral, en ambos hospitales se incorporaron nuevos tratamientos para la curación de los dementes. Por ejemplo, cuando Miguel Alvarado fue director del Hospital del Divino Salvador, se llevó un registro de las enfermas para realizar un pronóstico y diseñar un tratamiento para su enfermedad. Acorde a la idea de abandonar las restricciones físicas y fomentar las distracciones, en San Hipólito se incluyeron actividades como el tejido, los juegos de pelota o de bolos, el dibujo, la lectura y escritura y la música. De hecho, la música se consideraba una doble terapia pues favorecía la tranquilidad de quien la tocaba y de quien la escuchaba.

También se permitió que los pacientes tomaran paseos, lo cual había sido propuesto por el medico Luis G. Muñoz y Revilla en su *Tratamiento a las frenopatías* (1875). Esta medida buscaba la desestigmatización del enfermo, razón por la cual podían recibir visitas dos veces por semana mientras no se afectara su estado de salud. Los enfermos sensibles y turbulentos eran los únicos que tenían prohibidas las visitas. Pese a las innovaciones, todavía se utilizaban las camisas de fuerza para evitar que los pacientes rompieran su ropa o lastimaran a alguien. Estas estrategias, salvo la de los instrumentos musicales, fueron puestas en práctica en el hospital de mujeres dementes, lugar en el que los domingos se llevaban a cabo conciertos musicales, funciones de teatro y actividades religiosas. Estas últimas se utilizaban con la intención de disciplinar y moralizar, sobre todo en los casos de enfermedad crónica (Ruiz y Morales, 1995). En lo que respecta a las aplicaciones tecnológicas, en el hospital del Divino Salvador se contaba con un aparato electromagnético para el tratamiento de las enfermas “furiosas”. Inspirado en los trabajos de Giné, Miguel Alvarado ordenó la construcción de dos habitaciones iluminadas con luces de colores opuestos (rojo y azul) para provocar cierto efecto conductual en las mujeres “agitadas” y “melancólicas”. En el hospital de San Hipólito se aplicaban corrientes de inducción para el tratamiento de los enfermos paralíticos, lo cual evidenciaba que

se tenía conocimiento de la teoría del médico francés Guillaume Duchenne de Boulegne, quien realizaba experimentos de estimulación eléctrica. Sin embargo, la utilización de este método tenía una finalidad disciplinar, pues los enfermos con trastornos alimenticios o de micción hacían lo que se les pedía por miedo a que se les aplicaran placas en la boca o en los pies, mismo temor que mostraban cuando se les aplicaban lavativas.

Es de llamar la atención que en el hospital de varones existían aparatos de gimnasia que fueron utilizados, en mayor medida, por las clases acomodadas que se reusaban a hacer terapia laboral, los cuales fueron retirados en 1880 a causa de su deterioro. Esta terapia se consideraba parte de los "cuidados higiénicos especiales" de las que hablaba el médico Alejandro López (Muriel, 1991; Ruiz y Morales, 1995; "Duchenne de Boulogne", 2021). La gimnasia como un medio de tratamiento de los enajenados también se aplicó en Buenos Aires, ciudad en la que el medico sueco Ernst Aberg (1823-1906) fundó en 1885 el Centro Médico de gimnasia mecánica que buscaba curar padecimientos como la histeria, la manía y el insomnio. Esta institución contaba con aparatos diseñados por Gustav Zang que se considera el padre de la fisioterapia (Vallejo, 2020). La escasez de médicos y practicantes se podía considerar como uno de los principales problemas que tenían los hospitales de dementes de la ciudad de México. Por ejemplo, el del Divino salvador sólo contaba con un médico. A ello había que sumar las condiciones insalubres en las que se encontraban los nosocomios. La prensa no sólo denunció esos problemas, sino que también reprobó los malos tratos que recibían los dementes, entre los que se encontraba la utilización de revulsivos y sangrías, además de la mala calidad de los alimentos que se les proporcionaban. De hecho, José María Andrade advertía de los trastornos digestivos que padecían los internos de San Hipólito posteriores a las fiestas o a los días de visita.

Ante tal situación, comenzaron a aparecer en los hospitales algunos suplementos alimenticios como "el vino del señor Hidalgo y Carpio", el sacarato de fleisher y otros productos ferruginosos solubles en polvo, jarabe o vino que prometían mejorar la nutrición y curar las enfermedades que eran causadas por la débil constitución y la miseria.[70] Por lo anterior, no resultaba extraño que el médico Manuel Alfaro se quejara ante la Beneficencia Pública de que en diversas ocasiones

[70] Vallejo (2020) describe que en Buenos Aires, a finales del siglo XIX, se produjo una separación entre el paciente y la medicina académica, derivada, de cierta manera, en la publicidad aparecida en la prensa que presentaba a las patologías nerviosas como una cuestión de refinamiento, lo cual preludiaba el discurso degeneracionista, por lo que se vendían remedios que curaban varias enfermedades y cuya eficacia era avalada por la supuesta autoridad de reconocidos médicos extranjeros. Así se buscaba llegar a un público diverso que podía adquirir medicamentos sin necesidad de recetas. Entre los productos promocionados se encontraba el aceite de hígado de bacalao de Berthe para curar la debilidad física y la clorosis; la píldora de damiana del Dr. Welton contra la impotencia, la debilidad del cerebro y del sistema nervioso, y los cigarrillos Espic para calmar el sistema nervioso, neuralgias, asma y tos.

mandaban presos a San Hipólito que supuestamente habían enloquecido, pero que en realidad deliraban debido a un ayuno prolongado (Ruiz y Morales, 1995; Muñoz, 2014). Era amplía la gama de remedios que se recetaban para el tratamiento de los dementes. Por ejemplo, para tratar la psicosis se recomendaba el uso de medicamentos hipostenizantes que se tomaban por cucharadas. Para las melancolías se podía emplear Laudano de Sydenbam cuyo componente principal era el opio, morfina o narceína que se combinaba con azahares, anestésicos de éter sulfúrico, cloroformo inhalable o de consumo oral, y tabaco. Para padecimientos como la sífilis, las apoplejías, las alucinaciones y la hiperemia o congestión del cerebro se recomendaba componentes yodurados combinados con mercurio, arsenicales en acido, la solución de Fowler[71] y el arseniato de sola. Era común la utilización de mercuriales para la curación de diversas enfermedades en forma de píldoras y jarabes con diuréticos. Para las alucinaciones se usaban alucinatorios como el beleño, el estramonio o el jarabe de coca.

También se administraban revulsivos cutáneos para desalojar la irrigación morbosa como vejigatorios, combustibles para la piel, sedales para producir supuraciones, pomadas de amonio, polvos de mostaza, purgantes en gotas o lavativas como los sulfatos de magnesia y amonio o la sal catártica que eran empleados en hipocondrías, manías intermitentes y congestiones de los centros nerviosos en combinación con aceites, aguas o jarabes. El uso de sangrías proliferó en la década de 1870 pese a que Pinel habría expresado su rechazo a este método. Igualmente se usaron hemágogos en manías y melancolías periódicas, apoplejías y temperamentos sanguíneos, sobre todo para mujeres con alteraciones menstruales, aunque también se aplicaron estos métodos en San Hipólito. Al café y al alcohol también se les atribuyó una función terapéutica. El alcohol, ordinario o en aguardiente de caña, se usaba en San Hipólito para el tratamiento de la melancolía, aunque sólo se debían suministrar dosis pequeñas, una o dos cucharadas, para evitar el insomnio (Ruíz y Morales, 1995).

2.4.3. El Manicomio General La Castañeda

Con la creación de la Beneficencia Publica en 1877 se produjo una subordinación del poder médico al político. Al tiempo que se promovió un desarrollo teórico en materia de profilaxis social que se reflejó, por ejemplo, en la definición de enajenación mental que formularon los médicos Luis Hidalgo y Carpio y Gustavo Ruíz en su libro sobre medicina legal. Asimismo, la materia de psiquiatría se retomó en el currículum de la Escuela de Medicina en 1897. A finales del siglo XX se sopesó la necesidad de construir un nuevo manicomio dado el gran número de dementes

[71] La solución de Fowler tenía 1% de arsénico de potasio. De acuerdo con el Manual de Materia Médica de Merck (1899) se utilizaba para padecimientos como la malaria, diabetes, bronquitis, neuralgias, gastralgias, desordenes uterinos y sífilis (Gasque, 2013).

que se encontraban en los hospitales de la ciudad de México. En un informe de 1878 se decía que había 140 pacientes en San Hipólito y 182 en el Divino Salvador. Aunque Sebastián Labastida, quien era el director del hospital de varones, propuso en 1879 que se sustituyera el hospital por el modelo de casas de locos, sería hasta 1883 cuando el Secretario de Fomento comisionó al doctor Román Ramírez para analizar los mejores modelos de instituciones psiquiátricas, además de que se comenzaron a recolectar fondos para tal obra. El informe de Ramírez simplemente se tituló *El manicomio*. En 1887 se compró el terreno de una hacienda pulquera llamada La Castañeda. Para la creación de este proyecto se nombraron dos comisiones. Una se instituyó en 1896 y estaba integrada por abogados, ingenieros, agentes de beneficencia y dos médicos que habían trabajado en manicomios. Entre sus miembros se encontraban Antonio Romero que había sido director de San Hipólito, Ignacio Valdo que había trabajado en el Hospital de la Canoa, los doctores Samuel Morales Pereyra y Vicente Morales, el ingeniero Luis de la Barra y Manuel Alfaro que fue el autor del reglamento de prostitución de 1867 (Ruiz y Morales, 1995, Ríos, 2004; Sacristán, 2005a; Ríos, 2010; Rivera, 2010; Álvarez y Montenegro, 2011; Maya y Zavala, 2019)

Una segunda comisión se estableció en 1905. Entre sus integrantes estaban los ingenieros Luis de la Barra y Salvador Echegaray. Cristina Rivera (2010) menciona que se formó un tercer comité que estuvo conformado por abogados, criminólogos y algunos miembros del consejo de edificios públicos. Entre ellos se encontraban Miguel Macedo, el psiquiatra Juan Peón del Valle y el ingeniero Alberto Robes. Esta comisión no realizó importantes modificaciones al proyecto de 1905. A diferencia de Román Ramírez, quien se había guiado de la bibliografía anglosajona como la de la Asociación de Superintendentes médicos de Institutos Estadounidenses que fue creada en 1844, la Comisión de 1905 prestaría mayor atención a los paradigmas franceses, sobre todo el informe del Barón de Berges Eugenne Haussman quien había llevado a cabo la reorganización de la ciudad durante el Segundo Imperio francés. Aunque se buscaba desechar los modelos de *non restraint* o las colonias de locos, lo cierto es que se temía que los enfermos mentales sufrieran burlas o ataques, lo cual impediría que se lograra reintegrarlos a la sociedad, además de que resultaba riesgoso experimentar con un sistema nuevo motivo por el que se enfatizó la necesidad de separar el mundo de la razón del de la locura, por lo que la nueva institución debía ubicarse fuera de la ciudad. El Centenario de la Independencia fue el momento propicio para que el gobierno porfirista presentara a México como una nación moderna, lo cual se podía constatar, entre otras cosas, por la magnitud de sus obras. (Ríos, 2004; Sacristán, 2010b; Rivera, 2010; Ríos, 2010; Vicencio, 2017).

Por lo anterior, se llevaron a cabo trabajos urbanísticos y de saneamiento que, además, pretendían incentivar sentimientos nacionalistas en todos los sectores

sociales, mismos a los que se les buscaba hacer partícipes de la modernización a través del higienismo, el cual era promovido en la escuela y pretendía sembrar la costumbre del cuidado de sí mismos. En contraste, la pobreza se asociaba con la insalubridad, la inmoralidad, la enfermedad y el atraso. Ingenieros, médicos y administradores políticos retomaron nociones sobre el espacio como la ventilación, la vegetación y el drenaje que iban más allá de los factores estéticos, pues se buscaba tener un control sobre los cambios de temperatura, así como un control del agua y del polvo. Desde esta perspectiva, el ingeniero alemán Reinhard Baumiester[72] sugirió que los espacios abiertos con vegetación podían contribuir a la salud espiritual, pues sosegaba los nervios que a causa del bullicio y el trabajo extenuante podían verse alterados. Los cambios en los paradigmas de atención a la locura favorecieron la construcción de un nuevo manicomio, lo cual resultaba prioritario si se tenía en cuenta que en un informe de 1905 se decía que el hospital de mujeres dementes se encontraba muy deteriorado y predominaba el hacinamiento. En 1908, e ingeniero Porfirio Díaz hijo, con el apoyo del psiquiatra José Mesa Gutiérrez, asumió la tarea de construir el nuevo nosocomio que sustituiría a los edificios coloniales que albergaban a los enajenados. El Manicomio General La Castañeda abrió sus puertas el 1 de septiembre de 1910 (Ruiz y Morales, 1995; Sánchez, 2010; Rivera, 2010; Ríos, 2013)

Aunque Sacristán (2005a) y Ríos (2004, 2010) mencionan que La Castañeda recibió 779 pacientes provenientes del hospital de Divino Salvador (420), de hospital de San Hipólito (331) y del hospital de epilépticos de Texcoco (28), Rivera (2010) proporciona otros datos pues menciona que fueron 848 los primeros asilados, de los que 430 eran hombres y 418 mujeres. La mayoría residía en la ciudad de México, pero el 64% había migrado de otras partes del país. Su edad oscilaba entre los 20 y 40 años. Ninguno tenía familia. La tercera parte de las mujeres participaban del mercado laboral, aunque algunas que se registraron como desempleadas en ocasiones ejercían la prostitución. El nuevo Manicomio estaba situado en el pueblo de Mixcoac, al que sólo podía llegarse por medio del tranvía. Tenía una extensión de 141 662 m2 y se diseñó para albergar a 1 200 pacientes, pese a que la capacidad recomendada para estas instituciones era de 500. El conjunto hospitalario se construyó de acuerdo a los planteamientos que Jean Etienne Esquirol propuso en su libro *Los establecimientos consagrados a los alienados en Francia y los medios para mejorarlos* (1819), por lo que se puso atención en la ventilación y la iluminación, además de que se incorporaron algunos aspectos del paisaje que sirviera no sólo como distracción a los enfermos, sino también para evitar la sensación del encierro, razón por la que las barreras que separaban a los hombres de las mujeres estaban cubiertas de follaje vegetal. También se pensó en reunir a

[72] Sánchez (2010) menciona que este autor introdujo el concepto de zonificación que buscaba dividir las áreas por actividades para evitar interferencias. Su intención era separar el espacio industrial del residencial.

los enfermos que tuvieran los mismos síntomas. El Manicomio estaba conformado por tres hileras de edificios. El central albergaba el área de servicios generales, mientras que los laterales correspondían a los pabellones de hombres y mujeres (Ramos, 2000; Sacristán, 2005a; Rivera, 2010; Ríos, 2013).

El Manicomio contaba con casetas de vigilancia en cada esquina, tres viviendas para los médicos, laboratorio, enfermería, botica, museo, área de teléfono y telégrafo, sala de electroterapia, comedor que podía servir para funciones de cine y salón de actos, talleres de laborterapia, sala de fototerapia, sala de hidroterapia, regaderas, piscina, baños de pies, sala de masaje, y una morgue. En algún momento se planteó que los baños se situaran cerca de la cocina, a fin de solucionar el problema de humedad y canalizar los olores. En los pabellones se evidenciaban las diferencias de clase, pues recibían un trato distinto los distinguidos y los pensionistas que pagaban 50, 100 o 300 pesos. Ellos estaban exentos de vestir el uniforme azul que usaban el resto de los pacientes. Los enfermos se clasificaban en varias categorías: los tranquilos que ocupaban en el pabellón más grande y que a su vez, se subclasificaban como sucios, ancianos, paralíticos y pacientes de bajos recursos. Otros grupos eran los de los semi agitados, los agitados, los enfermos, los epilépticos y los peligrosos que incluía a los violentos y los consignados por la policía. El pabellón de los peligrosos estaba diseñado para evitar fugas, lo cual contrastaba con el resto de los asilados que podían salir cuando la familia lo solicitaba o recuperaban la salud. También se incluyó un pabellón de psiquiatría infantil dividido en educables e ineducables. Estas clasificaciones siguieron vigentes hasta la década de 1930, años en los que perdieron vigencia los diagnósticos que hablaban de “degenerados”, “furiosos” e “idiotas”, así como la idea de la locura moral (Ríos, 2004; Sacristán, 2005a; Rivera, 2010; Ríos, 2013).

La categorización de los pacientes llevaba implícito un discurso sustentado en el positivismo y en el miedo al contagio, pues se decía que “no había una característica específica de la locura”. Estas ideas se manifestaron en el diseño del espacio acorde al género. En las ocho salas del pabellón de observación y en el pabellón de degenerados existían separaciones que buscaban evitar contagios. Como existían estudios estadísticos que afirmaban que las mujeres eran más propensas a la locura, se les otorgó un amplio espacio dentro de las instalaciones, aunque no se contempló un pabellón para enfermas criminales. Lo contrario sucedió en el pabellón de hombres que tenía un área destinada para los alcohólicos. Cristina Sacristán (2008) advierte que era falsa la idea de que la locura estaba más arraigada en las mujeres, pues en sus inicios el Manicomio General albergó a más hombres que mujeres en una proporción de 60 a 40%. Esta misma autora sostiene que la construcción del Manicomio, así como los proyectos que buscaron sustituirlo, requirió de una gran inversión económica que no supuso una reforma médica de fondo y aunque se presentaban como novedosos, lo cierto es que

internacionalmente ya habían sido superados. Desde sus inicios, el Manicomio General reflejó, en su parte administrativa, la hegemonía del Estado sobre la autoridad científica, pues éste designaba al personal con un sueldo que no superaba los 600 pesos anuales para médicos y administrativos, de 70 centavos para los asistentes que en su gran mayoría eran varones y más numerosos que las enfermeras, y de 1.50 pesos para enfermeros de primera y segunda categoría que carecían de certificación, [73] pero se les recomendaba que fueran benevolentes con los pacientes y sólo utilizaban métodos restrictivos cuando lo autorizaba el médico (Sacristán, 2010a; Sacristán, 2010b; Rivera, 2010).

Pese a las diferencias, el sistema era riguroso para todos los empleados. Se les exigía estar de planta sin poder abandonar su jornada hasta ser relevados y se les prohibía la comunicación ajena el aspecto laboral, solicitándoles "extrema decencia". Lo anterior quedaría plasmado en el primer reglamento de la Institución que fue elaborado en 1913 por el inspector del Sistema de Beneficencia Pública y por los directores del hospital. Se estableció que los internamientos debían ser ordenados por la Secretaria de Gobernación, por el Comité General del Sistema de Beneficencia Pública, por un gobernador, por el juez del Distrito Federal, los familiares o tutores, y cuando lo solicitaba el mismo paciente. Para ello se debía presentar un informe sobre el defecto conductual, lo que Rivera (2010) considera una definición social de la enfermedad, aunque se estipuló que la policía podía hacer el trámite legal después de ingresar al enfermo. Ante la dificultad de llevar a cabo los juicios de interdicción y a causa de la maleabilidad del reglamento de 1913 relativa al justificante de la supuesta peligrosidad, la psiquiatría se encontraba en un "desamparo jurídico" que no permitía a los médicos negar el asilo. Esta problemática se generaba cuando los enfermos no mostraban signos de mejoría. En este caso, el papel de la familia resultaba relevante pues tenía una mayor influencia sobre la salida del paciente, opinión que se sustentaba en los saberes y valores que tenían, aunque en muchas ocasiones se prefería que la institución se hiciera cargo de su cuidado por la legitimidad que gozaba la institución psiquiátrica. Ello no significaba que la familia descuidara su atención, sino que mantenían su comunicación por medio de telegramas y cartas en las que expresaban su confianza

[73] Martínez (2001) recupera el testimonio de la enfermera Margarita Torres Mora, quien trabajó en la Castañeda entre 1938 y 1967. Torres reconoció que no le pidieron una capacitación y se podía entrar a laborar por medio de una recomendación. Su única capacitación fueron unas pláticas que escuchó en el hospital Juárez. La entrevistada refirió que en la década de 1950 se produjo una diferenciación entre las enfermeras: las que tenían estudios podían usar cofia y capa, mientras las asistentes usaban una bata gris. Como las enfermeras estaban subordinadas a los médicos, no resulta extraño que tuvieran que pararse cuando alguno pasaba. El incumplimiento implicaba que se les dejara sin día de descanso. Esta situación cambió cuando se sindicalizaron, pues tuvieron derecho a vacaciones, permisos de maternidad y guardería, y seguro médico. Torres también mencionó que el pabellón de pensionados era atendido por personal especializado.

en que la ciencia lo curaría (Ríos, 2004; Sacristán, 2005a; Ríos, 2010; Rivera, 2010; Ríos, 2013; Remartínez, 2018).

Con la intención de facilitar la estancia de los pacientes, se permitían que una vez a la semana tuvieran visitas, por lo que se debía obtener un pase que era autorizado en las casetas de vigilancia y que eran supervisadas por los médicos residentes. Una actividad terapéutica que se aplicó en los primeros años fue la terapia laboral. A las mujeres se les encargó la confección de zarapes, mientras que los hombres elaboraban sombreros. Estas actividades causaron cierta molestia entre algunos de los pacientes, tal como lo refería en 1929 el doctor Valverde de León que decía que las quejas eran consecuencia de que no se remuneraba su trabajo. Las acciones armadas de la Revolución no generaron una mayor demanda de atención, lo que sí ocurrió en otros asilos, situación que se explica, de acuerdo con Ríos (2013), porque durante la guerra existía una disminución de las patologías nerviosas por la necesidad de supervivencia, aunque después se presentaban los traumas que muchas veces estaban asociados con el aumento en el consumo de sustancias toxicas. Ello explicaba que predominara el alcoholismo en la mayor parte de los diagnósticos en varones (29.5%), mientras que preponderó la demencia en las mujeres (17.2%). También se observó una reducción en la población del manicomio que sería equivalente al decrecimiento de los habitantes de la de la ciudad. La Castañeda sufriría dos asaltos por parte de las tropas zapatistas en el mes de febrero de 1915, lo que provocó daños materiales y que tres internos peligrosos y un profesor se unieran a los rebeldes (Rivera, 2010; Ríos, 2013).

Durante la década de 1920, el Manicomio General enfrentó varias problemáticas como la falta de servicio eléctrico, de medicamentos, de comida, de colchones, lo que generó el temor de que se favorecieran prácticas indecentes, y la disminución de personal. A lo anterior se agregarían algunos escándalos como la malversación de fondos y el mal uso de las instalaciones para fines ajenos a la ciencia durante el gobierno de Emilio Portes Gil. De hecho, se acusó a su hermano Francisco, quien fungía como Secretario de Beneficencia, de estar involucrado en la venta de ropa para los pacientes, de haber instalado un casino que distraía al personal de enfermería de sus funciones y de autorizar la entrada de personas ajenas a la institución. Pese a lo anterior, entre 1925 y 1927 se realizaron algunas reformas tendientes a buscar la profesionalización del personal, a endurecer las medidas de internamiento y se efectuaron algunas innovaciones terapéuticas como ocurrió en 1926 con la inauguración del departamento de electroterapia. Los laboratorios también adquirieron la prueba de Wassermman[74] para diagnosticar

[74] Ríos (2009) menciona que esta prueba se inventó en 1906 con base en una suero-reacción en la sangre que detectaba la *spyrochoeta pallidum*. En una estadística de 1915 se detectó que la sífilis era la principal causa de defunción entre los pacientes varones en la Castañeda. El médico Edmundo Escomel explicaba que también

sífilis, examen que entre 1915 y 1925 se aplicó masivamente en instituciones de salud y educativas, a fin de evitar que se generara un estigma a causa de los resultados positivos, los cuales muchas veces eran falsos, y que generaba nerviosismo entre los pacientes, lo cual ponía en riesgo su integridad de los pacientes. Ello se debía a que los enfermos con sífilis debían llevar un carnet de detección y se les prohibía casarse en los cinco años siguientes a su detección. El miedo que producía esta enfermedad, y la subsecuente parálisis general progresiva, ocasionó que algunos pacientes de la Castañeda se suicidaran o se endeudaran por la adquisición de dosis extras de salvarsán o mercuriales para su tratamiento, sin tener en consideración que su uso desmedido causaba daño hepático (Sacristán, 2005b; Rivera, 2010; Ríos, 2009; Ríos, 2010, Ríos, 2013).

Como consecuencia de un plan de colaboración entre el Manicomio General y la Escuela de Medicina, muchos estudiantes llegaban a prestar sus servicios al nosocomio, pero sin contar con una bibliografía rectora que les sirviera de apoyo. A diferencia de los primeros diez años del Manicomio en los que la inestabilidad administrativa se reflejó en el nombramiento de catorce directores, en las siguientes dos décadas se produjeron menos cambios en la dirección, misma que fue asumida por personas que tenían conocimientos psiquiátricos: Nicolás Martínez Arellano, Salazar Viniegra, Ramírez Moreno, Alfonso Millán y Guevara Oropeza. En ese periodo también se mantuvo constante el personal contratado y se llegó a contar con 105 médicos (Sacristán, 2010b). De acuerdo con Ríos (2010), la Institución manifestó un notable crecimiento demográfico entre 1920 y 1945. El autor identifica tres etapas: la primera se produjo entre los años de 1920 a 1929 cuando se notó un alza del 3.99%. Como en estos años, la Beneficencia Pública y la autoridad política eran las que solicitaban los internamientos, Ríos deduce que muchos de los ingresados eran indigentes que no respondían al estándar posrevolucionario del buen mexicano que se representaba en el sujeto productivo. De hecho, las solicitudes de la Beneficencia crecieron de manera constante a partir de 1926, debido a que el gobierno de la ciudad de México autorizó que se reuniera a las personas que vivían en la calle, a fin de trasladarlos en camiones a la Beneficencia Pública donde se determinaría cuál era el mejor sitio para su custodia: el manicomio, el asilo, el hospital o la casa de huérfanos. Los que ingresaban al Manicomio, sin una enfermedad mental real, se les diagnosticaba psicosis, lo cual correspondía al 44.5% de los casos, enfermedad que se describía como multi causal pues el paciente podía tener visiones, un comportamiento catatónico o escuchaba voces.

A estos pacientes se les recluía un corto tiempo. Ríos menciona que en estos años se produjo una sofisticación del lenguaje como sucedió, por ejemplo, en el

existían casos de heredosífilis, es decir, cuando un paciente tenía un resultado positivo, pero era asintomático. Estos casos requerían un tratamiento de tres años.

desplazamiento del diagnóstico de alcohólico por psicosis alcohólica. Una segunda etapa se desarrolló entre 1930 a 1939 en el que se notó una disminución en los ingresos (3.6%), aunque muchos de los que llegaban al Manicomio proveían de otras demarcaciones. La tercera se desenvolvió entre 1940 y 1945. Como en estos años aumentó el número de ingresos (4.5%) se alcanzó la cifra de 3 500 pacientes, situación que atrajo la atención de la prensa que comparó a la institución con una colonia penal e hizo público el cuestionamiento al encierro como terapéutica, paradigma sobre el cual se había sustentado el Manicomio La Castañeda (Rivera, 2010). Sin embargo, Ríos (2010) explica que el hacinamiento fue producto de ciertas variables culturales y sociales que influyeron en el crecimiento de la población, tales como la reducción en la mortalidad y la disminución del tiempo de internamiento, pues de seis años, que era lo regular en 1910, se redujo a dos años entre las décadas de 1920 y 1930 y en la de 1940 se estipuló que serían quince meses. Así, el Manicomio se convirtió en un sitio de paso para los enfermos, pues muchos salían por recuperación o no regresaban los que tenían permiso, por lo que dejó de ser considerado un lugar de encierro. Con el certificado de 72 horas y la consulta externa también se buscó evitar las denuncias sobre los internamientos por secuestro (Ríos, 2010; Sacristán, 2005b; Sacristán, 2008).

Asimismo, se realizó una reformulación de la terapia que implicó la separación de los pacientes agudos, quienes tenían mayores probabilidades de recuperación, de los crónicos, situación que favoreció la apertura de nuevos pabellones y que las terapias modernas, como el electroshock, se destinara a los agudos, mientras que el resto se canalizó a las terapias de rehabilitación como la artística y la deportiva. Todas estas medidas ocasionaron que la prensa modificara su percepción del Manicomio General, pues se manifestaba la esperanza de reintegrar a los enfermos mentales a la comunidad (Sacristán, 2001a; Sacristán, 2010b). Las migraciones internas tuvieron un impacto en la composición de la población del Manicomio, pues se calcula que, para la tercera década del siglo XX, el 68.7% de los pacientes eran migrantes radicados en la ciudad de México, cifra que disminuyó en la siguiente década en la que se estimaba que era de 46.5%. Es de destacar que en esa misma década, se reportaba que un 2% eran migrantes que habían sido deportados de Estados Unidos. Ríos (2010, 2011) refiere que desde 1910 muchos mexicanos viajaron a Estados Unidos con la intención de escapar de la guerra, pero también para encontrar trabajo en actividades como la agricultura, la industria y la minería. El traslado se facilitaba gracias al ferrocarril que desde la ciudad de México llegaba a Ciudad Juárez, Chihuahua. El autor advierte que los movimientos migratorios generan situaciones de estrés, marginalidad, explotación y soledad. El problema se agudizaba cuando se desconocía el idioma o no existían redes de apoyo que se hicieran cargo de las personas que tenían problemas de

movilidad. Las mujeres y los niños migrantes mostraban una mayor vulnerabilidad a causa de las desventajas salariales.

Las anteriores situaciones predisponían a los migrantes a presentar ciertos problemas que los llevaban a internarse en instituciones psiquiátricas. Ríos menciona que entre 1918 y 1944 ingresaron al Manicomio General 140 mexicanos deportados. Es de destacar que desde que inició el programa bracero (1917-1921), se había identificado el problema de los enfermos mentales que migraban como empleados agrícolas o de la industria ferroviaria. El gobierno mexicano buscó persuadir a los migrantes de regresar al país y les ofreció tierras o trabajo para aprovechar su experiencia, tal como ocurrió durante la presidencia de Álvaro Obregón (1920-1924), de Lázaro Cárdenas (1934-1940) y de Manuel Ávila Camacho (1940-1946). Esta problemática fue objeto de estudio de los psiquiatras desde la década de 1930. Así, por ejemplo, Leopoldo Salazar Viniegra, quien era psiquiatra y director del Manicomio La Castañeda, presentó en 1934 un estudio titulado “psicosis del repatriado” ante el Ateneo de Médicos de la institución. Este término sería cuestionado por algunos de sus colegas que lo consideraban innecesario cuando ya existía el de “psicosis situacional”, mismo que fue propuesto por el psiquiatra suizo Eugen Bleuler (1857-1940). Otras investigaciones sobre los problemas que generaba la migración se publicaron en Estados Unidos. Tal fue el caso de O. Odeggard que en 1932 publicó un artículo en el que decía que la esquizofrenia se manifestaba en los migrantes noruegos más que en los que permanecían en su lugar de origen. Esta opinión influyó para que los estadounidenses vieran con mayor recelo a los migrantes europeos que a los mexicanos, postura que se podía percibir en los reportes del Public Health Service. No obstante, estos estudios constituirían un punto de partida para cuestionar el determinismo biológico (Ríos, 2010; Ríos, 2011).

Ante la dificultad de realizar entrevistas a los migrantes por el desconocimiento del lenguaje, los médicos estadounidenses optaron por realizarles estudios bioquímicos de líquido cefalorraquídeo o radiografías para diagnosticarlos. Aunque se tenía cierta desconfianza de la medicina norteamericana, la Secretaria de Salubridad y Asistencia tenía que pagar el examen médico para verificar la locura del paciente y costear su traslado hacia el Manicomio General en Ciudad de México, salvo en algunos casos en donde instituciones privadas o extranjeras costearon la repatriación. Esta política se siguió hasta mediados de 1940 cuando se instituyeron hospitales psiquiátricos en Chihuahua y en Monterrey, lo cual permitió que se limitaran los traslados. Ante esta situación, el gobierno pidió a los repatriados enfermos que no volvieran a migrar, sobre todo por los actos discriminatorios que sufrían como el fichaje realizado por las autoridades migratorias hacía quienes se negaban a salir de forma voluntaria, así como la asociación de los mexicanos con el crimen a causa del gran número de desempleados. En la década de 1940 se

modificaría la situación de los braceros gracias al Tratado de Colaboración Bilateral firmado entre el gobierno de Roosevelt y el de Manuel Ávila Camacho, el cual les ofrecería transporte, salario justo y exclusión del servicio militar, aunque ello no significó el fin de la discriminación como ocurrió en Texas y Michigan (Ríos, 2010; Ríos, 2011). Las enfermedades mentales entre los migrantes se constituirían en un tema de interés para la Secretaría del Trabajo y Previsión Social, misma que en 1946 promocionó el estudio del psicólogo Santiago Ramírez titulado *Los Braceros*.

Otro psiquiatra que realizó estudios sobre los migrantes fue Edmundo Buentello, quien registró, entre 1930 y 1951, 204 casos de braceros con aparentes trastornos mentales, mismos que consignó en su libro *Higiene mental* (1956). Los dos trabajos se diferenciaban en su enfoque, pues el primero desestimó el contexto ambiental como desencadenante de la esquizofrenia, debido a que en su muestra los pacientes tenían antecedentes de enfermedades degenerativas, sífilis o alcoholismo. Por su parte, Buentello consideraba factores como el sentimiento de derrota, la inadaptación, la ambición y el hambre, podían predisponer a estos sujetos a "la fiebre de masa" y al "nerviosismo colectivo" que se caracterizaba por el planteamiento de proyectos desorbitados y el afán de aventura, idea que compartía Santiago Ramírez, lo cual fomentaba la irresponsabilidad. El cuadro se complicaba por la falta de experiencia de los migrantes en la agricultura, un complejo de inferioridad y el resentimiento, sobre todo entre los indígenas. En este mismo sentido se manifestaba el doctor Leopoldo Salazar Viniegra, quien consideraba que los sindicatos y las jornadas de ocho horas fomentaban la desadaptación al trabajo. No obstante, Buentello consideraba que era una ventaja "la abstracción casi autista de los migrantes en el extranjero", pues les servía como un mecanismo de defensa ante el dolor, además de que reducía el riesgo de psicosis situacional aunque éste incluía la renuncia al trabajo (Ríos, 2010; Ríos, 2011). Aunque algunos enfermos reconocieron que el origen de su padecimiento se encontraba en experiencias que les causaron una gran impresión como las epidemias o los accidentes, mismos que en ciertos casos influyeron para que abusaran del consumo de alcohol.

El tratamiento de estos pacientes consistió en la aplicación de la terapia de electrochoques, asimismo se les recomendó descanso y una dieta saludable. Ríos (2011) considera que la psicosis del repatriado no se podía entender como un síndrome de naturaleza bioquímica, sino que tenía una naturaleza social. Como la educación y la salud se convirtieron en prioridades para el gobierno de Lázaro Cárdenas, el Manicomio General fue beneficiado en su presupuesto y se invirtió el 44.9% de los 599 200 pesos que se le otorgaron en 1935. La política cardenista también permitió que los especialistas ocuparan puestos importantes en las instituciones estatales. En este proceso, que Cristina Sacristán (2010b) denomina "remedicalizar" el Manicomio para los pacientes agudos, los doctores Samuel Ramírez Moreno, Alfonso Millán y Mathilde Rodríguez Cabo colaboraron en la

reformulación y extensión de la terapia laboral y artística. Esta connotación lúdica y productiva tenía el objetivo de que el enfermo se reintegrara a la sociedad como un sujeto productivo, además de que se buscaba fomentar la salud, la disciplina y sembrar sentimientos de camaradería. Desde el siglo XIX, el ejercicio se consideró un instrumento para moralizar a la población en momentos de crisis política y social, ya sea a través de la orientación atlético-militar que presentaba la capacidad de un ejército para defender a la nación, o por medio de un enfoque higiénico-pedagógico que buscaba fomentar el desarrollo armónico en la infancia, por lo que se exigía que los profesores tuvieran conocimientos de nutrición, anatomía, gimnasia, fisiología y habilidad rítmica (Sacristán, 2001; Sacristán, 2008; Ríos, 2010; Rivera; 2010; Ríos, 2016).

El énfasis puesto en el ejercicio se explicaba por el hecho de que no sólo ayudaba a mantener la salud, sino que también potenciaba la inteligencia y desarrollaba virtudes como la independencia, la fuerza de carácter, la disciplina y el trabajo en equipo. Aunque en un principio el ejercicio se convirtió en una actividad popular entre las elites, después comenzó a ampliar su espectro al resto de la sociedad. Así, en 1882, durante el Congreso Higiénico Pedagógico, se planteó la introducción del paradigma de la actividad física y en 1894 se publicó el Tratado Elemental de Gimnastica Higiénica y Pedagógica de Alberto de Landa, el cual fue utilizado por el Consejo de Instrucción Pública. En 1905 se fundó la Asociación Mexicana de Educación Física, misma que en 1932 cambió su nombre a Confederación Deportiva Mexicana. Se buscaba que la actividad física ayudara a reducir el riesgo de que hubiera ciudadanos enfermizos y viciosos. La implementación del ejercicio entre los enfermos mentales no resultaría una tarea sencilla. El director Ramírez Moreno había mostrado la correspondencia que existía entre el estado somático y el psíquico, por lo que recomendó que los pacientes accedieran a aquellas actividades que le aficionaban, situación que permitiría acercarse a su mente al tiempo que mejoraba su capacidad motriz, psico-sensorial y de autocontrol. Sin embargo, los instructores y sus ayudantes tuvieron que armarse de una gran paciencia para enfrentar la renuencia de los enfermos hacia las actividades físicas. Su trabajo rendiría importantes frutos que fueran alabados por periódicos como *Excélsior*, pues en un artículo en el que hacía referencia al primer festival de fin de cursos, se daba crédito de las antes impensables habilidades que ahora demostraban los “artistas y deportistas” de La Castañeda (Sacristán, 2008)

Para la organización del festival, se contrataron a dos profesores de educación física y a una pianista, pues la música que acompañaba a la gimnasia rítmica ayudaba a coordinar y hacer más llamativa la clase. También se designó un director de actividades recreativas y se adecuaron algunos espacios para las clases, tal como ocurrió con el pabellón de psiquiatría infantil en el que se instalaron

columpios, toboganes y trapecios. Al personal de la institución se le permitió participar en esas actividades. Ramírez Moreno también promovió la terapia laboral, misma que alcanzó una cifra récord de participación, pues el 43% de la población se inscribió en ella. Algunos de ellos eran enfermos neurológicos sin trastornos mentales. Los pensionistas, que representaban el 20% de los asilados, estaban exentos de estas actividades. A diferencia de la terapia recreativa que se practicaba tres días a la semana por las tardes, la terapia laboral se realizaba diariamente en las mañanas con actividades como trabajo doméstico, cultivo o elaboración de artesanías. El valor económico que representó la terapia laboral para la institución contribuyó a que en 1942 el Consejo Nacional de Toxicomanías e Higiene Mental decidiera sacar a los toxicómanos del Manicomio General, a fin de crear el Hospital de Toxicómanos que contaba con su propio reglamento. Para poder ingresar se tenía que pagar una cuota, debido a que los pacientes eran renuentes a participar de la terapia laboral. En relación a la terapia artística, el doctor Alfonso Millán señalaba en los enfermos podrían experimentar una sensación de libertad (Sacristán, 2008; Ríos, 2016).

Por su parte, la doctora Mathilde Rodríguez Cabo advertía de los efectos positivos que tenía el canto en los enfermos infantiles, pues no sólo representaba un descanso intelectual entre clase y clase, sino que también impulsaba la disciplina. Esta actividad podía ser acompañada de marchas, cuentos dramatizados y juegos libres. Sacristán (2008) señala que las acciones implementadas en el pabellón infantil serían precursoras y se llevarían a la práctica en las escuelas donde se volverían obligatorias. Los actos musicales, sobre todo de contenido social o regional, serían presentados en conmemoraciones cívicas, lo que sirvió para que la terapia científica se convirtiera en un espectáculo propagandístico que contribuyó a desestigmatizar a los enfermos mentales, a quienes inclusive se consideró que podrían participar en eventos con los “equilibrados”. La vinculación entre el hospital y la sociedad no estaría exenta de preocupaciones para los médicos. Por ejemplo, en 1932 Alfonso Millán presentó, en el X Congreso Médico Nacional, una propuesta de ley que buscaba proteger la integridad de las familias que solicitaban el alta de sus enfermos peligrosos. Lo anterior se explicaba por el hecho de que en su búsqueda de estrategias para disminuir la saturación de asilados en el Manicomio General, las autoridades se habían comprometido con las familias a que podían internar a sus enfermos cuando mostraban una recaída. En 1933 se formó un Patronato que contaba con bolsa de trabajo para los ex asilados, quienes serían supervisados por los visitadores sociales para verificar que acudieran a su consulta externa (Sacristán, 2001; Sacristán, 2003).

Pese a estas medidas, en 1937 se informó que el número de pacientes abandonados representaban un 20% de los 2 890 asilados, a quienes la Secretaria de Asistencia Publica buscaba sacar de la Institución debido a que desde 1932 se

había suprimido su carácter asilar. En la década de 1940 se produjeron algunos cambios que, entre otras cosas, afectaron la accesibilidad de estos servicios a los sectores humildes. Por ejemplo, ante los limitados recursos que proporcionaba la Secretaria de Salubridad y Asistencia al Manicomio General y a sus dispensarios, se determinó que los muy demandados servicios de paludización, electroshock y electropirexia se pusieran a disposición de los pacientes que podían pagar una cuota y bajo su responsabilidad. Esta situación generó una crítica entre los médicos, quienes culparon a la publicidad de la difusión de estos tratamientos, tal como sucedió en el caso de la penicilina que se promovía para el tratamiento de la sífilis, además de que reflexionaban que la medida ocasionaría que el servicio sólo pudiera ofrecerse a los pacientes distinguidos. Para resolver esta desigualdad, se elaboraron una serie de lineamientos respecto a quienes podían ser candidatos para recibir esos tratamientos. Otra de las modificaciones se refería a la psicoterapia que se comenzó a considerar poco práctica por el enorme número de enfermos que había, razón por la que se decidió que su ejercicio se limitara a los consultorios privados (Sacristán, 2001a; Ríos, 2016). Como las familias del personal se habían instalado en los terrenos de la Castañeda, sin contar con el permiso de las autoridades, la SSA decidió fraccionar los terrenos y creó una colonia de empleados a la que se llamó “Colonia del sol”.

Martínez (2001) recuperó el testimonio de una ex enfermera del Manicomio La Castañeda, que trabajó en ese lugar entre 1938 y 1967, quien recordaba que muchos de los empleados vivían en Mixcoac y no en la colonia donde se les “regalaron” los terrenos. La posesión de estas propiedades generó un conflicto cuando se decidió, en el gobierno de Gustavo Díaz Ordaz, desmantelar el manicomio (Vicencio, 2017).

2.4.4. Las granjas hospital y el cierre de La Castañeda

Una de las medidas propuestas para concentrar los servicios médicos del Manicomio General fue la construcción de granjas hospital, idea que no resultaba innovadora pues ya se había planteado en el siglo XIX. Vicencio (2017) menciona que el proyecto de las granjas hospital se ejecutó de manera discontinua, debido a las carencias personales e institucionales que aseguraran su aplicación. Entre 1945 y 1968 se construyeron once que fueron mostrados, muchas veces por medio de la prensa, como un modelo novedoso que abandonaba el encierro para priorizar el modelo de puertas abiertas. Sin embargo, en las décadas de 1970 y 1980 comenzaron a presentarse una serie de escándalos relativos al maltrato de los pacientes, por lo que su popularidad decayó pese a que en 1981 se contabilizaban 30 granjas hospital. El modelo de las granjas hospital sería propuesto por el psiquiatra Manuel Guevara Oropeza, quien buscaba brindar atención a los enfermos incurables o de larga recuperación que vivían en el interior de la Republica. Los

pacientes recibirían la asistencia médica y social que les permitiera rehabilitarse y reintegrarse a la comunidad. Las granjas se debían establecer en los lugares que tuvieran mayor demanda del servicio psiquiátrico y se regirían bajo los fundamentos de la ergoterapia o terapia laboral, proyecto desarrollado por el psiquiatra alemán Hermann Simon, que además de contribuir al sostenimiento económico de la institución, ayudaría a la recuperación del paciente. También se planteó que las granjas hospital debían estar en un lugar que garantizara la tranquilidad del ambiente, lo que implicaba no sólo gozar de un clima agradable, sino que tuviera comunicación con la ciudad. Se esperaba que las escasas restricciones que se les impondrían a los pacientes, así como su colaboración con los psiquiatras, neurólogos y trabajadores sociales, ayudaría a su recuperación, o por lo menos evitaría que sus problemas se agudizaran. (Sacristán, 2001; Sacristán, 2010a; Sacristán, 2010b; Dosil, 2019).

Por lo anterior, el Director de la Secretaria de Asistencia Pública, institución que se creó en 1943 tras la fusión del Departamento de Salud Pública y el de Asistencia Pública, Gustavo Báez, por sugerencia del doctor Edmundo Buentello que era director del Manicomio general, ordenó que se buscaran cascos de ex haciendas para construir las granjas hospitales como parte del Plan Nacional de Hospitales (1944) que buscaba construir nosocomios modernos en todo el país. Este plan tuvo su origen en el Segundo Congreso de la Asociación Interamericana de Hospitales que se realizó en Lima, Perú, el cual advertía acerca de las obligaciones del Estado sobre la salud, pero también enfatizaba la importancia de realizar investigación. Sin embargo, la primera granja hospital, ubicada en San Pedro del Monte, Guanajuato, había adquirido su terreno en 1942 y abrió sus puertas en 1945. Ésta contaba con 16 pabellones en los que podían estar 25 pacientes. En una primera etapa acogió a 400 pacientes, entre los vecinos de la zona y los que fueron remitidos de La Castañeda. Como no se creó un área de peligrosos, éstos fueron trasladados a la capital. Los vecinos que fueron internados en este primer hospital granja tenían que pagar una cuota acorde a sus posibilidades económicas. Ellos recibían terapia de shock por insulina, cardizol, impaludización o por electricidad. Estos métodos favorecieran la imagen del establecimiento como un centro médico-científico. Estos tratamientos tuvieron mejores resultados en los pacientes que estuvieron en el Manicomio General, situación que generó un conflicto entre el director de la granja de San Pedro del Monte, el doctor Ángel Ortiz Escudero, y los directores del Manicomio La Castañeda (Sacristán, 2001; Sacristán, 2003; Sacristán, 2005a; Sacristán, 2010a; Sacristán, 2010b; Ríos, 2013; Rodríguez y Castañeda, 2013; Vicencio, 2017).

Como el primero solicitó, en 1947, como un requisito para el internamiento que los pacientes hicieran terapia laboral o tomaran un taller en la Castañeda, pues de otra forma se contradecía el propósito inicial de las granjas. El doctor Ortiz solicitó

que se acondicionara un espacio para la terapia laboral, lo cual podía pagarse con el subsidio federal que se les otorgaba. Los pacientes de esta granja hospital obtenían un salario de cinco centavos por su trabajo, lo que resultaba sumamente bajo si se comparaba con el que se les otorgaba a los de la Castañeda que, por ejemplo, en 1913 recibían un 1. 50 pesos diarios. Gracias a la terapia laboral, algunas familias solicitaron el alta de sus parientes para que los apoyaran en el mantenimiento de los hogares. Cuando asumió la presidencia Miguel Alemán Valdez (1946-1952), Gustavo Báez tuvo que renunciar a su cargo, lo cual retardó por diez años la construcción de las siguientes granjas hospital. Sería hasta el mandato de Adolfo López Mateos (1958-1964) cuando se establecieron dos, una en Jalisco y otra en Michoacán, como parte de las políticas de desarrollo social, entre las que se contaba la creación de Institutos de seguridad social como el Instituto para la Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). Estas granjas-hospital contarían con la aprobación del doctor Ortiz Escudero y se diferenciarían de la de San Pedro por la autonomía que mostraban respecto al Manicomio General. Las granjas eran dirigidas por una persona en la que recaía la responsabilidad administrativa y médica, aunque dependían de algún hospital general cercano y de la SSA (Sacristán, 2001; Sacristán, 2003; Sacristán, 2005a; Sacristán, 2010a; Sacristán, 2010b; Rodríguez y Castañeda, 2013; Vicencio, 2017).

De acuerdo con Manuel Guevara Oropeza, el retraso fue ocasionado por el escaso interés mostrado por las autoridades a su propuesta, la cual se comenzó a consolidar hasta la década de 1960. La construcción de las siguientes diez granjas hospital sería impulsada por el neurólogo Manuel Velasco Suarez, quien era director general de Neurología, Salud Mental y Rehabilitación, además de ser amigo del Secretario de Salubridad y Asistencia José Álvarez Amezquita. Con las granjas, Velasco buscaba desplazar al sistema carcelario del manicomio por la comunidad terapéutica de puertas abiertas. El apoyo de la familia era fundamental para garantizar la gradual reincorporación del enfermo a la sociedad. A partir de ese momento, las granjas solo recibirían a pacientes locales que, en algunos casos, eran remitidos de los anexos de hospitales generales. Algunos médicos como Gastón Castellanos, quien fue director de la granja-hospital Bernardino Álvarez, decían que la palabra rehabilitación, de la raíz *rehabilitare*-restaurar, desde la Segunda Guerra Mundial había alcanzado relevancia en el tratamiento de los enfermos aunque sólo se limitaba a la cuestión física, motivo por el cual consideraba que la definición del Consejo Nacional de Estados Unidos era más adecuada, pues se buscaba restaurar la invalidez para lograr “la más completa utilidad física, mental, social, vocacional y económica de la que ellos (los inválidos) son capaces”. En función de ello, los psiquiatras debían darles seguimiento a los pacientes que eran reintegrados a la comunidad, así como exigir una legislación que protegiera a los

enfermos mentales, pues consideraba que el Estado trataba de proteger a la sociedad del loco más que en rehabilitarlo.

Ante esta circunstancia, pedía que sus colegas abandonaran conceptos como peligrosidad, alienación e incurabilidad que propiciaban el aislamiento y propiciaban que la enfermedad se volviera crónica (Castellanos, 1961). Se debía tener en cuenta que el tratamiento psiquiátrico era independiente de la rehabilitación, pues ésta debía entenderse como la reintegración a la sociedad. Desde esta perspectiva, los psiquiatras debían preguntarse cuál era el potencial de rehabilitación de los pacientes crónicos. Para tener una respuesta, se debía comprender que una parte del tratamiento implicaba la aceptación de las drogas tranquilizadoras, mismas que facilitaban la convivencia entre los pacientes psicóticos y el personal. Castellanos advertía que en la granja hospital Bernardino Álvarez, el cual sólo atendía hombres y contaba con 80 camas, el apoyo psicoterapéutico ayudó a que la sujeción se redujera hasta en un 85%. Esta terapia también limitó el uso de la terapia de shock, por insulina, cardizol o electricidad, así como la psicocirugía. El eclecticismo de este sistema se manifestaba tanto en el momento de internamiento, el cual Castellanos buscaba que fuera voluntario, cuando los psicólogos examinaban las aptitudes, habilidades e intereses del paciente, a fin de asignarles la tarea más adecuada a su personalidad y cociente intelectual, pues el principio de la granja hospital era que todos los pacientes debían realizar una terapia para abatir la indiferencia y el autismo. Durante el tratamiento y el proceso de reincorporación a la sociedad, sea de manera total o parcial, los trabajadores sociales debían involucrar a la familia que tenían que estar conscientes de la situación.

Asimismo, los psicólogos y los psiquiatras debían trabajar juntos en la identificación de los diagnósticos. En tanto que el medico debía motivar al paciente a realizar una actividad. Como sucedía en el Manicomio General, la granja hospital contaría con un director en el área de ergoterapia y de terapia recreativa, además de que se construyó una alberca. (Castellanos, 1961; Tejeda, 1967; Rodríguez y Castañeda, 2013). Con el paso de los años, se integró más personal médico lo que permitió que un área se destinara a la hospitalización y se ampliara la consulta externa. Sin embargo, en 1972 dejó de funcionar como granja hospital. Como centros de enseñanza, las granjas-hospital buscaron capacitar a médicos de otros estados para que pudieran aplicar este paradigma en sus propias entidades. Tal fue el caso del psiquiatra Ponciano Tenorio que tras realizar una estancia de seis meses en el Manicomio General La Castañeda en 1947, regresó a Morelia, Michoacán y propuso que se incorporara la terapia de choque por cardizol, insulina o electro convulsión en la sala de enfermos mentales del Hospital Civil Miguel Silva, de la que asumiría la responsabilidad en 1948. Gracias a la constante comunicación que mantuvo con el doctor Samuel Ramírez Moreno, logró contar con la argumentación

necesaria para introducir la materia de psiquiatría en el programa de medicina de la Universidad Nicolaita. Tenorio aprovechó la gira proselitista de Adolfo Ruiz Cortines para plantear la necesidad de construir una institución exclusiva para los enfermos mentales, lo que derivó en la creación de la granja hospital doctor José Torres que podía atender a 80 pacientes, 50 hombres y 30 mujeres, que fueran mayores de doce años y con posibilidades de recuperación (Castellanos, 1961; Campos, 2007; Sacristán, 2010b; Vicencio, 2017).

Ellos tenían que pagar una cuota que se determinaba por sus ingresos económicos. Las últimas granjas hospital se construyeron durante el sexenio de Gustavo Díaz Ordaz (1964-1970). Aunque la construcción del Manicomio General respondió a intereses filantrópicos sustentados en un discurso médico, su desaparición respondió a intereses económicos que estaban vinculados con el crecimiento poblacional derivado de las constantes migraciones a la ciudad de México. Díaz Ordaz impulsó la venta de los terrenos que pertenecían al Manicomio General para la construcción del anillo periférico, así como la construcción de viviendas de interés social. Vicencio (2017) relaciona estas acciones con los vínculos familiares de la esposa de Díaz Ordaz, quien era pariente de uno de los fundadores de la empresa constructora ICA que se encargó de estas obras. De hecho, cuando la institución fue desmantelada, el edificio central sería trasladado piedra por piedra a Amecameca por Bernardo Quintana, hermano del dueño de AQ industrial, empresa que también participó en la demolición. Para el momento en que se dieran esas expropiaciones, los propietarios de lotes en la colonia del sol, que había sido creada para los empleados del Manicomio, ya no eran los familiares de sus primeros dueños. Antes de su clausura, el Manicomio General reportó en 1965 que había 2 800 pacientes, de los cuales 235 eran niños y entre 400 y 500 que podían salir, aunque se les debía tener bajo vigilancia. Algunos de esos enfermos tuvieron que ser enviados al hospital Bernardino Álvarez. Estas circunstancias reforzaron la idea de que era necesario construir nuevos hospitales psiquiátricos, a fin de reemplazar a una institución que se encontraba muy deteriorara y sobrepoblada además de que sus métodos se consideraban anacrónicos y poco humanísticos (Sacristán, 2001; Rodríguez y Castañeda, 2013; Vicencio, 2017)

La premura con que se emprendieran las acciones de la llamada “Operación Castañeda”, un año antes de que iniciara el sexenio de Díaz Ordaz, daba cuenta, según Vicencio (2017) que la decisión de desmantelar el Hospital había sido tomada con antelación. Rodríguez y Castañeda (2013) consideran que esta operación inició en el momento en que el Manicomio pasó a depender de la Dirección General de Neurología, Psiquiatría e Higiene Mental en 1960. De esta manera, y con un nuevo Secretario de Salubridad y Asistencia, el doctor Rafael Moreno Valle, quien sucedió a Álvarez Amézquita, se construyeron cinco hospitales campestres y dos hospitales para pacientes agudos, los cuales no se erigieron en los espacios de las haciendas

antiguas, sino que eran edificaciones modernas en su totalidad. Estos nuevos hospitales fueron el de la Salud en Tepexpan, el de Villahermosa en Tabasco, el de Cruz del Sur en Oaxaca, el de Cruz del Norte en Hermosillo, dos en el Estado de México y el Rafael Serrano en Puebla.[75] Estos nosocomios serían ensalzados en un documental titulado *Puertas cerradas* de Francisco del Villar, en el que se enfatizaba que ya no se utilizaban medidas coercitivas, físicas o humanas, ni castigos para los enfermos mentales, sino que a través de la terapia laboral y recreativa se le brindaba un "sentido de vida" al paciente tendiente a su rehabilitación. En este mismo orden de ideas, en 1967 el doctor Carlos Tejeda publicó un artículo en la Revista *Salud Pública de México* en el que enfatizaba el éxito alcanzado por esos hospitales granja, mismos que proporcionaban diversos beneficios a la comunidad pues no sólo ofrecía servicio psiquiátrico, sino que también se contaba con servicios médicos de especialidades como ginecología, lo cual resultaba indispensable en lugares alejados de las ciudades y que carecían de ese tipo de asistencia. (Tejeda, 1967; Sacristán, 2010a; Sacristán, 2010b)

Estos establecimientos también aseguraban la provisión de mano de obra de los pacientes en rehabilitación, quienes podían salir solos cuando se contaba con el permiso de la familia o acompañados por algún empleado. Los hospitales generaban empleo para los vecinos, ofrecían talleres sobre primeros auxilios e invitaba a que se participara en los eventos culturales y deportivos que organizaban, lo cual buscaba, entre otras cosas, contribuir a la desestigmatización de los enfermos mentales. Sin embargo, Tejeda (1967) reconocía que el sistema de granjas hospitales estaba diseñado para cumplir con una necesidad presente, pero que con el paso del tiempo serían obsoletos. Tras la construcción de los nuevos hospitales comenzó un proceso de traslado de los pacientes y el personal de La Castañeda. Finalmente, el Manicomio General cerró sus puertas el 27 de junio de 1968. Para ese momento, la mayoría de los internos habían sido mandados a diversos nosocomios. En la ceremonia de clausura estuvieron presente el Secretario de Salubridad y Asistencia Rafael Moreno Valle y Manuel Guevara Oropeza en su calidad de ex director del Manicomio. En el espacio que ocupaba el Manicomio se comenzaron a edificar los conjuntos habitacionales de Lomas de Plateros y Torres de Mixcoac. En una entrevista realizada a Manuel Guevara Oropeza, el médico reconoció que aunque el Manicomio era una institución importante, la prensa amarillista contribuyó a crear la imagen de que era un "un antro abominable". También mostró su sorpresa de que se hubiera tomado la decisión de demolerlo, aunque advertía que esa acción evidenciaba la corrupción que se escondía detrás

[75] Rodríguez y Castañeda (2013) mencionan que la Dirección de Salud Mental administraba los siguientes hospitales: psiquiátrico Infantil Dr. Juan Navarro en Huipulco, el campestre Dr. Adolfo Nieto en Tepexpan, el Campestre José Sayago en Tepexpan, el campestre Samuel Ramírez Moreno en la autopista México-Puebla y el campestre Dr. Fernando Ocaranza en Hidalgo.

de esa medida, pues los departamentos que se construyeron en esa zona sufrieron una serie de desperfectos al poco tiempo (Sacristán, 2010b; Vicencio, 2017).

En las décadas de 1970 y 1980, las granjas hospital se vieron envueltas en varios escándalos. Como en 1971 la Dirección de Salud Mental se encargó de la administración de todas las granjas hospital de la república, mismas que se situaban en el Estado de México, el Distrito Federal, Oaxaca, Puebla, Hidalgo, Sonora, Michoacán y Tabasco, y a causa de carencias en el transporte, muchos enfermos mentales fueron abandonados en esas instituciones, las cuales limitaron sus métodos terapéuticos a la laboral. Si a lo anterior se sumaba las dificultades para comprar fármacos y el desinterés en aplicar otras psicoterapias, provocó que los padecimientos de los asilados se volvieran crónicos. Ante tal situación, la prensa comenzó a denunciar las condiciones inhumanas en que vivían los pacientes y la manera en la que eran tratados. Estas denuncias también fueron externadas por los practicantes de medicina. De hecho, por ejemplo, en la granja hospital en donde se filmó el documental *Puertas cerradas* fue catalogado como incompetente. Lo mismo sucedió en la granja hospital de Guadalajara que carecía de personal, tenía malas condiciones en su infraestructura y el servicio de consulta externa era limitado. Otro tanto se podía decir de la de Michoacán que empezó sus funciones con tres enfermeras y un médico. La prensa acusó a esta granja de maltratar a sus pacientes, pues se decía que éstos se encontraban desnudos, sucios y desnutridos, además de que las instalaciones estaban plagadas de ratas y se carecía de personal especializado. Los internos afirmaban que existía un área de castigos, lo cual se había prometido eliminar cuando se propuso este modelo de atención. En un reportaje de 1977 se advertía que los enfermos eran encerrados en un gallinero o en celdas de aislamiento, conocidas como calabozos, para los agitados (Campos, 2007; Sacristán, 2010a; Sacristán, 2010b; Rodríguez y Castañeda, 2013)

La prensa también denunció que en las granjas hospitales donde se contaba con psicofármacos, éstos eran empleados como sustitutos de las camisas de fuerza, es decir, se buscaba un “atarantamiento colectivo”. A pesar de estos cuestionamientos, Dosil (2019) menciona que el número de granjas-hospital aumentó hasta llegar a 30 en toda la República. En este contexto, y como se mencionó antes, aparecieron otras instituciones alternativas a la psiquiatría que pretendían detener la construcción de hospitales psiquiátricos, así como reivindicar la medicina tradicional y colectivizar las problemáticas de la mente que debían desarrollarse por vías diferentes a las del Estado. Las temáticas desarrolladas a lo largo del texto permiten entender cuáles fueron los paradigmas y terapéuticas que se utilizaron en la atención a los enfermos mentales en la ciudad de México. En el siguiente capítulo se buscará mostrar cuáles fueron los espacios destinados al cuidado de la locura en el interior del país, los paradigmas y terapéuticas que se asumieron y las problemáticas económicas que tuvieron que resolver, mimas que

ocasionaron que en diversos momentos tuvieran que enviar a sus pacientes a la capital o al hospital más cercano. En este sentido, se hablará de los hospitales de Jalisco, Aguascalientes, Veracruz, Nuevo León, Michoacán y Yucatán, a fin de conocer de qué manera funcionaba y cuáles eran sus particularidades.

Capítulo III. La atención a los enfermos mentales en la República Mexicana.

Introducción

Este capítulo centrara su atención en los hospitales para dementes de los estados de Jalisco, Aguascalientes, Nuevo León, Michoacán, Veracruz y Yucatán. Se observará que diferentes órdenes hospitalarias atendieron en un primer momento a los “locos” durante la época virreinal y que, a partir de los cambios políticos que acontecieron tras la independencia, en algunos casos serían desplazadas por estrategias laicas o en otros, lo laico y lo religioso convivieron en aras de tratar con esa problemática. La atención a la demencia tendría un desarrollo singular que lograría uniformarse hasta la segunda mitad del siglo XX. Es importante tener en cuenta que la logística de cómo habría de ser comprendida y tratada la enfermedad mental, lo que justificó la creación de hospitales psiquiátricos y la dotación de tecnologías modernas, fue asumida como una gestión de las elites sociales, políticas y científicas.

3.1. Los hospitales para la atención de los enfermos mentales en México

Es importante mencionar que la Corona española estableció un estricto control sobre las órdenes hospitalarias. Por ejemplo, se prohibió que los recintos destinados para los hospitales se convirtieran en conventos, se limitó el número de religiosos y no podían disponer de sus rentas más que para el sustento y la vestimenta. Es importante mencionar que las demás órdenes religiosas podían atender hospitales, pero también cumplían con otras labores como la enseñanza o la evangelización. Como se mencionó en el capítulo anterior, los hospitales de los hipólitos se comenzaron a crear en el siglo XVI y contaba con cierta especialización que dependía del lugar donde se edificaron, las características económicas de la región y la pérdida gradual de su función de asilo para viajeros. Fue así que los hospitales de San Roque en Puebla y de San Hipólito en la ciudad de México se identificaron por la atención brindada a los enfermos mentales, quienes eran considerados “piedras vivas” expuestas a las burlas y vejaciones de la población, tal como lo manifestaba el fundador de la orden fray Bernardino Álvarez. Otra orden que también se ocupó de la atención de los dementes fue la de San Juan de Dios, la cual fue fundada en Granada en el siglo XVI por Joao de Deus (Joao Cidade Douarte (1495-1550), quien había padecido una conmoción que fue interpretada como locura y por la cual fue remitido a un hospital. Después de recuperarse, estableció la orden para atender diversos tipos de padecimientos, inclusive aquellos que no se atendían como la lepra. Los juaninos llegaron al continente americano en 1596 y a la Nueva España durante el virreinato del marqués de Montesclaros Juan de Mendoza y Luna (1603-1607).

Como la orden había alcanzado un gran reconocimiento, se pidió que su establecimiento en la región de Nueva Galicia (Jalisco, Aguascalientes, Zacatecas y Nayarit), en Yucatán, en Nicaragua, en Guatemala, en las islas de Barlovento y en Perú. La orden tuvo casas matrices en la ciudad de México, Lima y Panamá. Por sus labores en la atención de los enfermos, los juaninos obtuvieron concesiones reales que después serían otorgadas a otras órdenes religiosas. De hecho, en el siglo XX el papa León XIII nombró a San Juan de Dios como el patrono de todos los hospitales y enfermos del mundo. Otra orden que se encargó de darle atención a los dementes fue la de Nuestra Señora de Belén o betlemitas, la cual fue fundada en Guatemala en 1656 por el misionero español Pedro de San José de Betancur. Los hospitales instituidos por las órdenes hospitales atendían por igual a hombres y mujeres, aunque algunos sólo se dedicaban a un género como sucedió con el hospital del Divino Salvador de la ciudad de México que sólo se ocupaba de las mujeres dementes o el de San Roque en Puebla que en el siglo XIX se especializó en este género. En el siglo XIX se produjeron una serie de transformaciones que afectaron a las órdenes hospitalarias, tal como la supresión de la orden de san Hipólito en 1821 y la expulsión de los juaninos en 1858, circunstancias que ocasionaron que la administración de sus nosocomios quedara en manos de los ayuntamientos. Con la creación del Consejo Nacional de Beneficencia Pública, en 1861, tanto la asistencia como los hospitales pasaron a depender directamente del Estado, lo cual favoreció la contratación de médicos para los hospitales de dementes, sobre todo en la ciudad de México (Muriel, 1990; Muriel, 1991; Sacristán, 1994; Sacristán, 2005a; Colula-León, 2014; Topete y Castellanos, 2019).

En este contexto se produjo la aparición de los primeros hospitales privados, además de una campaña de desprestigio en contra de los nosocomios que recibían apoyo de las órdenes religiosas. En la época porfiriana se realizaría el mayor número de transformaciones en las instituciones médico-científicas, mismas que en los hospitales del interior del país variarían en función de su grado de desarrollo y de los tratamientos que se les daban a los enfermos mentales, en un momento en el que se pretendía mostrar a México ante el mundo como una nación moderna. De hecho, en 1879 el Consejo Superior de Salubridad buscó conjugar la atención médica y preventiva, a través de una serie de normas medico farmacéuticas que tuvieran alcance nacional, aspecto que también sería desarrollado en una serie de artículos publicados en la *Gaceta Medica de México* que no sólo buscaban incentivar una política preventiva, sino también entender la dinámica poblacional. Cuando Eduardo Liceaga asumió la dirección del Consejo en 1885, se propuso realizar un estudio sanitario del territorio nacional pero sólo lograría cumplir con esta tarea hasta 1910 con motivo de la celebración del Centenario de la independencia. Para tal efecto, mandó cuestionarios a cada una de las entidades federativas, pues era consciente de las singularidades de cada región y las estrategias particulares

que debían emplearse para “conservar la salud, prolongar la vida y mejorar la condición física de la especie humana”. Sin embargo, no todos los Estados respondieron a dicha convocatoria (Rodríguez y Rodríguez, 1998; Ríos, 2016).

Como hice referencia en el segundo capítulo, Sacristán (2010b) menciona que los proyectos para crear instituciones psiquiátricas en México, como el Manicomio General La Castañeda fundado en 1910, han implicado grandes inversiones económicas sin que existiera una reforma médica de fondo. Aunque esas obras se presentaban como novedades, en realidad muchos de sus planteamientos ya se encontraban superados. En algunos estados del país existían áreas de dementes que formaban parte de los hospitales civiles, las cuales surgieron para resolver necesidades inmediatas que resultaban perjudiciales para la economía y la estabilidad local. Muchos de esos hospitales se convirtieron en espacios de asistencia para aquellos enfermos que se encontraban lejos de la ciudad de México. La mayoría de los hospitales estatales recibieron apoyo del Estado, aunque en algunos casos contaron con aportaciones individuales. Un caso interesante es el de Jalisco en donde el financiamiento particular que recibían los hospitales ocasionó que se emitiera una ley de beneficencia privada. A causa de la distancia que existía con respecto a la capital del país, muchos de esos hospitales desarrollaron una psiquiatría regional que mantuvo su autonomía por lo menos hasta la segunda mitad del siglo XX, lo cual significaba el reconocimiento de la enfermedad mental como una problemática constante que demandaba atención a través de la creación de instituciones y de la capacitación de los médicos (Hidalgo, 2016; Monterrubio, 2017; Monterrubio y Barrios, 2019).

Algunos de los hospitales que se crearon con el objetivo específico de fungir como manicomio, y que tuvieron similitudes en cuanto a la justificación de su construcción y el estilo arquitectónico del Manicomio General la Castañeda de la ciudad de México, fueron el Leandro Ayala ubicado en Mérida, Yucatán y el Manicomio de Orizaba, Veracruz. Los dos hospitales formaron parte de un proyecto urbanístico que buscaba higienizar a la ciudad y que tomaba en cuenta a la geografía para tal efecto. Resulta pertinente mencionar que aunque se hablaba de las propiedades del aire, la vegetación y la humedad como formas que permitían sosegar los nervios, también se asumía una perspectiva moral que implica la crítica de las costumbres que se convertirían en objeto de estigmatización, motivo por el cual fue común que se crearan comités formados por ingenieros, profesores, médicos, comerciantes, entre otros, quienes contaban con la autoridad suficiente para influir sobre la población y que, además, podían tener injerencia en los manicomios a través del mayordomo o del mismo director del establecimiento. A diferencia de lo descrito en La Castañeda, la presencia de los políticos en la dirección de los manicomios de Veracruz y Yucatán fue menos evidente. En estos hospitales, los métodos para obtener recursos para su subsistencia conservaron

algunas de las estrategias del periodo virreinal, tales como las loterías, las donaciones de civiles o de los gremios, mismas que persistirían hasta bien entrado el siglo XX y que también fueron utilizadas para la construcción del Manicomio de Nuevo León, así como de su Facultad de Medicina. Este caso resulta llamativo porque la Beneficencia Pública se creó tardíamente. (Valdés, 1997; Sacristán, 2005a; Ayala, 2007; Sánchez, 2010; Rivera, 2010; García, 2013)

La construcción de los manicomios de Orizaba y Mérida retomaron el estilo pabellonal propuesto en Francia, el cual proponía la separación de los pacientes por géneros, la creación de un área de servicios generales y que se contara con una buena comunicación, así como una ventilación e iluminación adecuadas. Este modelo buscaba conciliar el paradigma miasmático y bacteriológico, pues a través del saneamiento del espacio se pretendía evitar las enfermedades.[76] También se utilizó la clasificación por diagnósticos similares propuesta por Jean Etienne Esquirol, a fin de ofrecer mayores posibilidades de recuperación. Como existía el temor de contagiarse de locura, bajo el supuesto de que no se podía identificar una característica específica de la enfermedad, la comunicación entre los pabellones se encontraba limitada. Algunos conocimientos empíricos contribuyeron a generar una mayor estigmatización de la locura, tal como sucedió en Yucatán en donde se decía que ésta era un síntoma de la Pelagra por lo que la población podía identificar, a simple vista, los signos de dicha patología y con ello, excluir a los que la padecían. Para el diseño de los manicomios estatales y la formación de los médicos que laboraban en ellos, se recurrió a las teorías que prevalecían en Estados Unidos, Italia y Alemania. Como se mencionó en el anterior capítulo, aunque la primera clase de psiquiatría en México se impartió en 1887 y la psicología formó parte del programa de la Escuela Nacional Preparatoria, lo cierto es que en algunos estados, como Michoacán, personajes ligados al clero retomaron la hipnosis y la filosofía para formular tesis científicas sobre la enfermedad mental, con lo cual trascendían su labor asistencial (Valdez, 1997; Ayala, 2007; Campos, 2007; González, 2009; Rivera, 2010; García, 2013; Ríos, 2013; Canto, 2017).

Al igual que ocurrió en la ciudad de México, en Aguascalientes la locura fue objeto de estudio de los abogados que la analizaron más allá del sentido pericial.

[76] González (2009) afirma que la ventilación constituía el elemento que permitía la confluencia del paradigma bacteriológico e higienista, mismo que fue fundamental para el diseño de los hospitales. Por ejemplo, el Casimir Tollet proponía la construcción de ventanas en las bóvedas para permitir la salida del aire caliente, así como la separación de los enfermos infecciosos y la incorporación de tecnologías de alcantarillado y luz eléctrica. Uno de los aspectos innovadores de los pabellones era flexibilidad para atender a los pacientes sin necesidad de internarlos. Ivette García (2013) considera que el diseño de pabellones surgió en el siglo XVIII en la Academie Royale des Sciences, pues se planteaba la construcción de áreas paralelas que permitieran la clasificación y autonomía de cada una, aunque debían existir espacio para pasillos de comunicación hacia las áreas comunes. Estos lugares debían construirse con materiales impermeables y contar con jardines entre cada sección.

Cuando los médicos ganaron importancia en los hospitales, tuvieron la posibilidad de teorizar al realizar sus propios experimentos, por lo que dejaron de reproducir los postulados extranjeros. Aunque el proyecto del Manicomio de La Castañeda recomendaba que el espacio para las mujeres fuera más amplio debido a su predisposición a la locura, lo cierto es que en los hospitales estatales no se cumplió con este requisito, pues las áreas que se les destinaron eran iguales o a veces hasta de menores proporciones que las de los varones. Lo que si fue una constante en todos los casos fue la atención diferenciada a los enfermos mentales, misma que estaba determinada por la clase social a la que pertenecía. Sobre los tratamientos usados en la atención a la locura, tanto en los hospitales públicos como en las instituciones particulares, se empleó la terapia laboral como un método para recuperar la salud y cuidar la economía de la institución, además de que se buscó limitar los métodos coercitivos, tal como sucedió en la casa de salud Josefina que era una institución particular ubicada en Tlaquepaque. La hidroterapia fue otro de los tratamientos utilizados en los hospitales, la cual utilizaría tecnologías diferenciadas por la región y el estatus del nosocomio. La prensa desempeñó un papel de primera importancia en la atención otorgada a los manicomios en cada entidad federativa, sea por difundir ciertas ideas en torno a la locura, por publicitar ciertos medicamentos para su tratamiento o por emitir críticas en contra de los gobiernos por las acciones emprendidas para la atención de los dementes (Valdez, 1997; Ayala, 2007; Campos, 2007; Isaís, 2008; Rivera, 2010; Álvarez y Montenegro, 2011; Hidalgo, 2016; Monterrubio, 2017).

Por ejemplo, la prensa veracruzana fue dada a presentar “remedios milagrosos” en sus páginas, además de que se publicaban anuncios de clínicas particulares. Uno de esos remedios lo era las grajeas del Dr. Hecquet que se recomendaban para el tratamiento de la cloroanemía histeria y espermatorrea, situación que, según Fajardo (2010) evidenciaba la autoridad que tenían ciertas compañías farmacéuticas extranjeras. Tanto en Veracruz como en Nuevo León se suscitaron polémicas periodísticas relativas a la necesidad de crear un manicomio y cuánto dinero se debía destinar para tal empresa, situación que generó críticas por parte de los partidos opositores o por aquellas instituciones que dependían del Estado como ocurrió con la Facultad de Medicina de Nuevo León. La cobertura periodística tendría efectos en los casos de impartición de justicia, tal como ocurrió con los juicios de interdicción que buscaban proteger a la familia del enfermo y asegurar el cabal cumplimiento del tutor. La prensa especializada sirvió como un instrumento de difusión de los avances de la psiquiatría a nivel local e internacional. Esta estrategia tenía el propósito de ayudar a que ya no se rechazara a los dementes, que se motivara a la población a hacer donaciones para el sostenimiento del manicomio y para moralizar a la sociedad sobre los riesgos que podían causar algunos excesos, aunque en este caso se guardaba silencio cuando ocurría en los

grupos de elites (Valdez, 1997; Ayala, 2007; Isaís, 2008; Canto, 2012; Hidalgo, 2016; Monterrubio y Barrios, 2019). A inicios del siglo XX no sólo se centralizó la salubridad pública, sino que también México se comprometería con algunas convenciones sanitarias internacionales como ocurrió con la de Dresde (1907) (Rodríguez y Rodríguez, 1998; Fajardo, 2010).

En lo que se refiere a las instituciones hospitalarias, en 1909 se informaba que existían 213 de las que 196 se encontraban en las capitales de los Estados y en lugares de importancia económica como puertos, centros ferroviarios y núcleos mineros. Se calculaba que había cerca de 2 000 médicos en todo el país, los cuales, en su mayoría, residían en las principales ciudades. Esta cifra evidenciaba las escasas posibilidades que las personas tenían para acceder a la atención médica, pues existía un galeno por cada 6 000 habitantes, misma situación que se observaba en los hospitales que no siempre contaban con las condiciones adecuadas. Tras el estallido de la revolución, las instituciones de salud tuvieron que dar prioridad al cuidado de los heridos en batalla. Ante la insuficiencia de hospitales, se adaptaron templos y casas que desaparecerían cuando finalizó la contienda, aunque otros persistieron como ocurrió con la Cruz Roja. Los sucesos armados generarían diversas problemáticas en algunos de los manicomios estatales. Por ejemplo, en Veracruz serían destituidos dos miembros del personal porque se decía que no compartían los ideales de la Revolución. El Hospital de Orizaba también sufriría notables carencias económicas. En el caso de Jalisco, el sanatorio de las hermanas josefinas sería expropiado en la década de 1930 con la intención de ocultar el pasado religioso de esa institución de salud, pero los antiguos trabajadores asumieron la tarea de abrir otros espacios de atención para los enfermos mentales. Al igual que ocurrió en La Castañeda, los casos de locura mostraron un repunte en Nuevo León y en Veracruz después de que concluyó el conflicto armado (Valdez, 1997; Rodríguez y Rodríguez, 2008; Ayala, 2007; Fajardo, 2010; Ríos, 2013; Ríos, 2016; Monterrubio y Barrios, 2019).

En la década de 1920, los hospitales, en general, no sólo tuvieron que afrontar una crisis de insumos, sino también el encarecimiento de los productos farmacéuticos que afectaron el mercado local. En el marco del nuevo estado posrevolucionario se renovaron las estrategias de salubridad, lo que implicó, entre otras cosas, que se les confiriera una mayor responsabilidad a los galenos, quienes tenían la obligación de acercarse a los sectores sociales que no habían tenido acceso a tratamientos médicos. Otro cambio de importancia fue que el Consejo de Salubridad quedó subordinado al Ejecutivo, además de que se creó un Departamento de Salud Pública. También se emprendieron campañas pedagógicas que buscaban contrarrestar los problemas que generaban la sífilis y el alcoholismo, las cuales serían retomadas por instancias creadas en los Estados por el Servicio de Sanidad, institución que en 1954 se convirtió en la Escuela de Salud Pública. La

extensión de las disposiciones de salud pública a las entidades adquiriría ciertas singularidades, sobre todo en aquellos casos en los que intervino la fundación Rockefeller que patrocinaba estudios tendientes a la erradicación de enfermedades infecciosas. Por ejemplo, en Yucatán el hospital O´Horan recibió la visita del descubridor de la espiroqueta que causaba la sífilis Hideyo Noguchi, quien fungía como representante de la Fundación y que acudió a visitar los laboratorios del nosocomio. Otras medidas de salud pública que se adoptaron en las entidades federativas fueron los certificados prenupciales. (Rodríguez y Rodríguez, 1998; Isaís, 2008; Fajardo, 2010; Rodríguez, 2014b)

Como se describió en el capítulo anterior, en las décadas de 1930 y 1940 se diseñaron varias estrategias para resolver el problema de sobrepoblación del manicomio de La Castañeda, tales como el certificado de 72 horas para acreditar el padecimiento, la implementación de la consulta externa, la reducción del tiempo de internamiento de seis años a uno y medio, con lo que el hospital se convirtió en un sitio de paso, y la separación de los pacientes crónicos de los agudos que en algunos casos fueron enviados a los hospitales estatales, mismos que, por cierto, hasta la segunda mitad del siglo XX comenzaron a implementar la consulta externa, sobre todo en aquellos centros construidos de acuerdo al nuevo paradigma de salud metal, entre las que se encontraban las granjas hospital que formaba parte de un proyecto diseñado por Gustavo Báez, quien era director de la Secretaria de Salubridad y Asistencia, para implementar un plan nacional de hospitales modernos y que alcanzaría su cénit en el gobierno de Adolfo López Mateos (1958-1964) gracias al impulso de la política de desarrollo social. En este período se establecerían las granjas hospital de Jalisco y Michoacán, de las que se hablara más adelante. Una situación que fue común en los manicomios estatales fue la carencia de personal especializado, aspecto del que tampoco fue ajena la ciudad de México pues en La Castañeda se comenzó a promover la profesionalización de los trabajadores en la década de 1920, pero se lograría el cometido hasta la década de 1940. Una de las principales demandas en las entidades fue la profesionalización de las enfermeras. En Michoacán, por ejemplo, Ponciano Tenorio promovió cursos de formación para este sector, pero se llegó a denunciar que en la granja hospital se empleaban campesinas como enfermeras, mismas que carecían de capacitación (Sacristán, 2001a; Campos, 2007; Sacristán, 2008; Sacristán, 2010b; Ríos, 2010; Ríos, 2013; Ríos, 2016; Vicencio, 2017)

En Jalisco, durante la década de 1970 los juaninos intentaron establecer cursos de enfermería psiquiátrica que no tuvieron éxito. Sin embargo, su nosocomio ya había establecido acuerdos de colaboración con el IMSS, el ISSTE y la Universidad de Guadalajara. Es de interés mencionar que en las instituciones privadas de Jalisco se incorporaron nuevas tecnologías para tratar los desórdenes nerviosos, lo cual sirvió como un incentivo para que se introdujeran en los

manicomios de carácter público. Esta situación también se observó en el Sanatorio de Guadalupe de la ciudad de Cholula, Puebla, asunto que retomaré en el siguiente capítulo. En los hospitales estatales fue paulatina la incorporación de trabajadores sociales y psicólogos, pero si se llevó a cabo la introducción de psicofármacos que sirvieron como un mecanismo para facilitar la comunicación entre los enfermos y el personal. La utilización de este tipo de medicamentos serviría para desplazar la terapia de choque que se aplicaba por igual en instituciones públicas y privadas. Este tipo de terapia sería criticada por algunos hospitales, tal como ocurrió con el de las Josefinas de Guadalajara, quienes lamentaban que la modernidad fomentara el consumo de narcóticos que generarían una dependencia, razón por la que proponían que se instituyera un adecuado régimen de vida para los enfermos, modelo que se podría replicar en todo el país. Los procedimientos de internamiento también mostraron variaciones que dependían tanto de la región como del estatus del establecimiento. Por ejemplo, en el hospital de las Josefinas se defendía el carácter voluntario de la solicitud, mientras que en los manicomios públicos se llevaba a cabo cuando se tenía el dictamen de un médico y la orden de una autoridad política (Ramos, 1998; Rodríguez y Rodríguez, 1998; Fajardo y López, 2009; González, 2009; Campos, 2007; Cocula-León, 2014; Monterrubio y Barrios, 2019).

En casos como el de Yucatán, la escasez de médicos en las zonas rurales ocasionó que la locura fuera determinada por los conocimientos empíricos de la comunidad. Aunque no todas las instituciones estatales cuentan con la documentación completa de los pacientes, en aquellas que si se conservan se puede conocer la subjetividad de los pacientes a través de la investigación que se realizó para conocer los antecedentes del trastorno. La correspondencia y los reglamentos de visita constituyen una evidencia de que los enfermos mentales no estaban completamente aislados del mundo exterior. De acuerdo a Ana Celia Rodríguez y Martha Eugenia Rodríguez (1998), en la década de 1970 se buscó aprovechar los recursos de los servicios de salud, y con ello evitar gastos inútiles, por lo que la atención se enfocó en enfermedades como la diabetes o la drogadicción. No obstante, se continuó con la construcción de pisos psiquiátricos en algunos hospitales del IMSS y de granjas hospitales, los que, para algunos críticos, no sólo empleaban métodos “arcaicos” sino que violaban los derechos humanos de los pacientes. A continuación se hace una descripción de las instituciones de atención a la enfermedad mental de Jalisco (el Hospital San Miguel de Belén, la Casa de Salud Josefina ahora Casa de Ancianos de las hermanas Josefinas, el Sanatorio San Juan de Dios y una granja hospital), Aguascalientes (el Hospital Civil), Nuevo León (el Hospital Eleuterio González), Veracruz (el manicomio de Orizaba ahora Hospital Manuel M. Concha), Michoacán (el Hospital Civil y la granja hospital Dr. José Torres) y Yucatán (el Hospital Leandro Ayala y el Instituto

Neuropsiquiátrico) (Valdez, 1997; Ramos, 1998; Ayala, 2007; Campos, 2007; González, 2009; González, 2009; Canto, 2012; Hidalgo, 2016; Monterrubio, 2017; Estrada, 2018; Monterrubio, 2019; Dosil, 2019).

Muchos de estos nosocomios cerraron sus puertas en los últimos años del siglo pasado, aunque otros han logrado sobrevivir hasta nuestros días pese a los avatares políticos y a los cambios en el paradigma de la atención que ocasionaron una modificación de sus propósitos originales, tal como ocurrió con la Casa de Salud Josefina que en 2013 se convirtió en una casa de descanso para "mujeres en senectud", pues resultaba complicada la reinserción a la sociedad por sus enfermedades mentales y edad avanzada.

3.2. La atención a la enfermedad mental en algunos Estados

A continuación, se presenta un panorama general de la atención de los enfermos mentales en Jalisco, Aguascalientes, Nuevo León, Veracruz y Yucatán para entender cuáles fueron las políticas que se aplicaron a nivel local, tanto en materia de legislación sobre la enfermedad mental como en la cuestión de su tratamiento y en la construcción de espacios adecuados para el internamiento de los pacientes.

3.2.1. Jalisco

En 1557 se estableció uno de los primeros hospitales de Guadalajara: el de San Juan de Dios que estaba ubicaba en un lugar conocido como villa de la Veracruz. La orden religiosa de ese nombre asumiría su administración dos siglos después. En 1597 se fundó el hospital de San Miguel que contó con los primeros registros de enfermos mentales, pero como carecía de un sitio donde recluirlos fueron trasladados a los hospitales de dementes de la ciudad de México. Esta situación cambió cuando los betlemitas y los juaninos se instalaron en Guadalajara, pues asumieron la tarea de cuidar a los locos. Así, en 1787 fray Antonio Alcalde emprendió la construcción del Hospital Real de San Miguel de Belén, tarea para la cual contó con el patrocinio de la Real Audiencia y de las autoridades clericales. Este hospital se inauguró en 1794 y sería encargado a los betlemitas. Contaba con seis salas, una de las cuales se destinó para el cuidado de los dementes, que formaban un panóptico en forma de estrella y en cuyo centro se colocó un altar para la realización de ceremonias litúrgicas. Debido al carácter agitado de los enajenados, se les tuvo que trasladar a un patio que estaba alejado del corredor, conocido como de San Rafael, con la intención de que no interrumpieran los ejercicios espirituales (Santoscoy, 1897; Isais, 2008; Cocula-León, 2014; Hidalgo, 2016; Castellanos y Topete, 2019). Luis Morán (2006) indica que ese patio se encontraba en la parte noreste del hospital por lo que estaba cerca del área destinada a las mujeres, aunque también menciona que en casi todas las salas del nosocomio había enfermos mentales. En 1823 se denunció que los enfermos

mentales del hospital de San Miguel de Belén se encontraban abandonados y desnudos, pero sobre todo “entregados a su propio furor” como consecuencia de que no se les permitía salir de sus jaulas.

En 1858 los juaninos fueron expulsados del país, motivo por el cual el manicomio pasó a depender del Estado. Éste sería ampliado en 1866 debido a la demanda de espacios. Se construyeron 15 celdillas para varones y 16 para mujeres, además de que se instalaron 50 camas en las dos áreas. En la zona destinada para mujeres se dispusieron cuatro salones y tres patios. A pesar de estas medidas que tendían a la modernización de la institución, en 1868 la administración del hospital solicitó al gobernador que se suspendieran las visitas y los paseos, pues se decía que “personas ajenas” a la institución ingresaban al área de dementes para divertirse. En el hospital se comenzaron a aplicar terapias alienistas, debido a la presencia de médicos jaliscienses que viajaron al extranjero a especializarse, como fue el caso de Pablo González y de Ramón Ochoa. Por lo anterior no resultaba extraño que en el registro de medicamentos y terapéuticas, sobre todo de las últimas tres décadas del siglo XIX, se utilizaran terminologías de la escuela de Phillipe Pinel e inclusive se contó con un catálogo de 72 diagnósticos que no sólo era más amplio que los que se empleaban en los hospitales de la ciudad de México, sino que incorporaron algunos que todavía se encontraban en discusión en Francia y que tuvieron vigencia hasta inicios del siglo XX. También se hacía referencias a sustancias para el tratamiento de los pacientes que incluía bromuros, valeriánicos, opiáceos, reconstituyentes, revulsivos, absorbentes, sedantes, antiespasmódicos, upépticos, astringentes, yoduros, antiflogísticos, eliminadores, bálsamos y cocimientos (Moran, 2006; Isais, 2008; Cocula-León, 2014; Hidalgo, 2016).

También se aplicaba la hidroterapia y se llevaba un registro de las causas que podían generar locura en los pacientes, lo cual constituía un antecedente de la historia clínica. En 1887 se llevó a cabo una reforma en la Escuela de Medicina que permitió que se estratificara el programa de estudios en clínicas de especialidades, lo que facilitó la introducción de la clase de “psiquiyátrica mental”. La estratificación de la carrera de medicina se basaba en el modelo pedagógico de Viena y tenía la intención de que los futuros médicos tuvieran conocimiento de las diferentes ramas de aplicación de sus saberes, en vez de centrarse en unas cuantas enfermedades. Sin embargo, el saber psiquiátrico sería retomado hasta 1925 cuando se restableció la Universidad de Guadalajara, aunque en ese primer momento no se contó con especialista para impartir la clase de enfermedades mentales. Aunque en 1890 el hospital fue dotado de equipos terapéuticos modernos, muchos de ellos comprados por medio de donaciones, el gobernador Ramos Corona planteó la necesidad de construir un nuevo Manicomio que cumpliera con los parámetros higiénicos, además de que ayudaría a ampliar la capacidad de atención de los enfermos mentales, pues ese mismo año se tuvo que abrir un departamento de enajenadas en el Hospital

Civil, al cual ingresaron cerca de 200 mujeres. Como el hospital de San Miguel de Belén se convirtió en un referente de aquellas conductas sociales reprobables, lo cual generó una disminución en el número de internamientos por lo que se tuvieron que aceptar a algunos vagabundos con trastornos mentales, lo cierto es que los enfermos violentos fueron trasladados a la capital del país a cambio del pago de una cuota (Monterrubio, 2017; Topete y Castellanos, 2019; Monterrubio y Barrios, 2019).

En la década de 1890 se crearon algunas instituciones privadas que buscaban atender a los enfermos mentales, tal como ocurrió con el Hospital del Refugio que se inauguró en 1893 en la población de Tlaquepaque por la Congregación de Hermanas Josefinas. El nosocomio estaba organizado en seis salas que contaban con 200 camas para recibir a mujeres dementes, ancianas, prostitutas, convalecientes e incurables. Es importante mencionar que el hospital de las Josefinas recibió un importante apoyo económico de la clase empresarial. De hecho, la señora Josefa Martínez Negrete, su hermana y otras mujeres pertenecientes a la familia Remus no sólo buscaron abrir ese tipo de beneficencia, sino que también financiaron su mantenimiento. Tanto Josefa como su esposo Justo Fernández del Valle serían los encargados de costear el traslado de la Congregación de Josefinas desde la ciudad de México, lugar en el que fundaron una casa de recogidas que funcionó entre 1875 y 1880, pese a la oposición que mostró el arzobispo Pedro Loza. Ellos se decidieron en apoyar a esta orden por la devoción que tenían por San José. Las Josefinas fueron una de las primeras congregaciones que trataron de implementar un plan de corrección para mujeres de "mala fama" y enfermas mentales, de quienes se decía que sus problemas estaban asociados con la sífilis, el cual se basaba en un sistema educativo que incluía los ejercicios espirituales de San Ignacio de Loyola. Se creía que el examen de conciencia podría ayudar a eliminar las "afecciones desordenadas". Para tal efecto, el fundador de la orden José María Vilaseca Aguilera escribió un manual de meditación. También utilizaron otras terapias como el trabajo, la lectura y se sugería el internamiento voluntario (Monterrubio, 2017).

El hospital de las Josefinas logró tal aceptación que en 1905 tuvieron que crear un anexo llamado Casa de Salud Josefina con una capacidad para 30 pacientes, el cual concentró su atención en las enfermas mentales y las prostitutas.[77] Una situación distinta se vivía en el hospital público de San Miguel de Belén que, según un informe de 1896, asilaba a 545 pacientes, de los que 143 fueron diagnosticados como dementes (85 hombres y 58 mujeres). La prensa denunciaba que el nosocomio tenía graves problemas que incluían la suciedad del

[77] Monterrubio y Barrios (2019) mencionan que las hermanas josefinas administraban diversas instituciones entre las que estaba el Sanatorio Lavista de la Ciudad de México.

edificio, la fuga de los enfermos, los accidentes, la sobremedicación, la desnutrición, los maltratos del personal y algunos suicidios. Este último aspecto era magnificado por los periodistas con la intención de escandalizar a la sociedad, situación que no sólo fue privativa de Guadalajara, sino que también se daba en la ciudad de México. Como el clero buscaba tener presencia en aquellos ámbitos en los que no existía respuesta de la autoridad civil y ante la injerencia de los empresarios en el diseño y resolución de las políticas sanitarias, lo cual incluía el temor al contagio de conductas inmorales, el gobierno del Estado decidió decretar una ley de beneficencia privada en 1899 por la que se regirían el hospital de las Josefinas y las subsecuentes fundaciones, como la de la orden de San Juan de Dios que estableció un hospital para la atención de enfermos mentales en el municipio de Zapopan. Los juaninos habían regresado de su exilio en España gracias a las gestiones del sacerdote italiano Benito Meni. También se estipuló que Casiano María Gasser fuera nombrado superior general de la orden (Moran, 2006; Isaís, 2008; Hidalgo, 2016; Monterrubio y Barrios, 2019; Castellanos y Topete, 2019).

Por solicitud de Felipe Osante, quien era oriundo de Guadalajara y cuyo hijo primogénito padecía un trastorno mental, esta orden inició la construcción de su hospital en 1901. Como en un inicio el hospital ocupaba el espacio de una casa, sólo podían atender de 15 a 20 enfermos. Sin embargo, después se adquirió por donación un terreno de catorce hectáreas que se utilizó para las terapias laborales y el diseño de jardines. Como en 1905 la construcción se concluyó, el doctor Luis Merino solicitó al gobernador Miguel Ahumada que se les otorgara permiso para promocionar sus servicios entre la comunidad. En un principio se decidió que la atención se concentrara en los pensionistas, situación que se modificaría cuando se lograran conseguir recursos para crear un departamento gratuito para enfermos pobres. En 1911, el sacerdote Benito Meni nombró director de la institución al doctor Adolfo Saucedo Barragán. Con esta disposición, el sacerdote buscaba que el tratamiento científico complementara el método humanitario que hasta entonces se había manejado el hospital. Como otras instituciones para enfermos mentales, el sanatorio estaba bajo la vigilancia del Consejo de Salubridad. A diferencia de otros sanatorios para dementes dirigidos por los hermanos de San Juan de Dios, como el de Cholula en Puebla o el de Michoacán en donde no sólo se tuvieron que detener las actividades de los hospitales, sino que algunos religiosos tuvieron que exiliarse del país, el de Zapopan continuó con las labores incluso durante el conflicto cristero (Colula-León, 2014; Monterrubio y Barrios, 2019; Castellanos y Topete, 2019).

La higiene mental fue conocida en Jalisco gracias a la influencia de Wenceslao Orozco y Sevilla, quien en 1930 escribió una de las primeras tesis de ese tema que se titulaba “La psicastenia en el climaterio masculino”. Orozco formó parte de la primera generación de médicos titulados en la Universidad de Guadalajara. Este médico tuvo una vida muy activa. Cuando era colegial se

desempeñó como secretario de la Confederación de Estudiantes de Jalisco. Después de graduarse, realizó prácticas en el Hospital Civil, participó con otros médicos, como Jesús Gutiérrez Casillas, en proyectos para la reglamentación del ejercicio médico en el Estado y en la fundación de la Alianza de Médicos Alópatas. También colaboró en la elaboración de diagnósticos de perfiles antisociales y de consumo de narcóticos para los tribunales judiciales. Por orden del gobernador, Orozco sería nombrado Encargado de Manicomios, puesto que ocupó hasta que se produjo el nombramiento del doctor Lucio Jiménez como encargado enfermero del manicomio en el Hospital Civil. También fue director de la Casa de Salud Josefina, cargo que decían había logrado por su parentesco con la rectora de esa institución. En 1932 se convirtió en el profesor titular de la materia de psiquiatría en la Facultad de Medicina. Al igual que Wenceslao Orozco, otros médicos, como Juan Pablo Guzmán, retomaron el psicoanálisis en sus diagnósticos, aunque se advertía que éstos no sólo se debían circunscribir a la parte psíquica. Por ejemplo, Orozco planteaba que no se tomaban en cuenta los síndromes epileptiformes o las toxicomanías, así como tampoco las dificultades económicas de los sectores marginados para acceder a tratamientos endócrinos. Entre los tratamientos que este médico recomendaba estaban la opoterapia hepática, la prehipofisiaria y la sexual (Monterrubio y Barrios, 2019).

Los estudios sobre la eugenesia, promovidos por médicos como Emile Brump y Henri Roger, también serían divulgados en la Facultad de Medicina a través de la *Revista Mensual de Ciencias Médicas* que no sólo hablaba de los estudios locales sobre esta materia, sino también de los avances a nivel internacional. Por ejemplo, uno de los temas tratados fue el relativo a la esterilización de los enfermos mentales y de los criminales, postura que fue criticada por algunos médicos, entre los que destacaba Alfonso Manuel Castañeda que consideraba que ese procedimiento tenía muchas desventajas, pues podía fomentar las relaciones ilícitas y las enfermedades venéreas, además de que resultaba innecesario en algunos casos. Por esta razón sugería que se fomentara la reproducción de ciertos individuos, cuyos descendientes debían ser educados de acuerdo a los principios de la higiene psiquiátrica, aunque reconocía que ello no aseguraba la normalidad. Como en 1933 se concluyeron las reformas realizada en el Manicomio del Hospital Civil, Wenceslao Orozco propuso que se emplearan nuevas tecnologías entre las que se encontraba la utilización del encefalograma. Orozco, junto con el médico Luis Aranda, serían comisionados por el gobierno estatal para asistir al Primer Congreso de Higiene Mental, mismo que se realizó en la ciudad de México en 1935. Pese a las críticas que se hacían del modelo custodial, en el hospital de San Miguel de Belén no se cambió ese sistema de atención a los enfermos, pese a la atención que los médicos jaliscienses otorgaron a los nuevos paradigmas psiquiátricos. Los sanatorios particulares también recurrieron al encierro, pero lo entendían como un medio

profiláctico que evitaría que se heredara la enfermedad mental (Monterrubio y Barrios, 2019).

Como los sanatorios tenían un menor tamaño, su administración resultaba más eficiente además de que gozaban de libertad en su práctica, lo cual explica porque los métodos empleados, en los que dependían de las Josefinas, eran distintos a los aplicados en el hospital de San Juan de Dios. Esta autonomía les permitiría experimentar con ciertas tecnologías e incorporar otras especialidades y tratamientos. Por ejemplo, el médico jalisciense Fernando de la Cueva mostraba su desacuerdo en la utilización de narcóticos, calmantes y enervantes para la medicación de los pacientes, pues decía que podían generar dependencia, además de que su consumo constituiría un efecto negativo de la vida moderna. Por esta razón, decidió instalar un gabinete inducto thermo, pues estaba convencido que las fiebres inducidas podían detener la parálisis general progresiva. Aunque también emergieron otras voces que reconocieron el carácter cerebral de las alteraciones. Como una consecuencia de la guerra cristera, en 1935 se llevó a cabo el desalojo de la Casa de Salud Josefina, lo que implicó no sólo la salida de las religiosas de esa orden sino también de Wenceslao Orozco que fungía como el director del nosocomio. Aunque se buscó borrar el pasado religioso del establecimiento, lo cierto es que conservó el mismo nombre para identificarlo. La salida de las josefinas y de Orozco no significó la finalización de su relación con los enfermos mentales, pues fundaron otras instituciones dedicadas a esta finalidad. Por ejemplo, Orozco estableció ese mismo año el sanatorio de San Camilo en un antiguo lazareto, al año siguiente un sanatorio para mujeres en Zapopan y en 1939 uno que incluía la atención para toxicómanos (Cocula-León, 2014; Ríos, 2016; Monterrubio y Barrios, 2019).

El puesto de Orozco fue ocupado por el médico Fernando de la Cueva, quien obtuvo permiso del Estado para publicitar la atención que se le daba a los pacientes psiquiátricos y con ello, “asegurar la tranquilidad colectiva”. Se ponía énfasis en que los enfermos se reintegrarían a la sociedad cuando estuvieran “restablecidos y fortificados”, para lo cual debían pasar por un régimen higiénico, pedagógico y alimenticio que estaba validado por las normas sanitarias. La nueva administración de la Casa de Salud Josefina utilizó un sistema similar al de puertas abiertas, pues se podía tener acceso a la consulta externa y la familia participaba en la recuperación del paciente, motivo por el cual podían consultar los expedientes que se actualizaban cada dos meses. Aunque las instituciones privadas, tanto civiles como religiosas, se tenían que ceñir a las disposiciones que establecieron los órganos de salud del Estado y debían contar con el permiso de la autoridad civil para trabajar, lo cierto es que estas medidas no se aplicaron en el caso de los hospitales manejados por las hermanas josefinas estas disposiciones no se cumplieron a cabalidad, pues al tener un tipo específico de pacientes, los

sacerdotes, podían continuar con sus actividades litúrgicas, lo cual permitió que estos sanatorios intercambiaran pacientes con otras instituciones como la clínica particular de Samuel Ramírez Moreno y el sanatorio Rafael Lavista. En el caso del sanatorio administrado por los juaninos, a fines de la década de 1940 sufrió una serie de transformaciones administrativas que fortalecieron su relación con el Estado. De hecho, en 1948 se reubicó el hospital de San Juan de Dios a un costado de la basílica de Zapopan. En 1951 se ofrecieron sus instalaciones para que los alumnos de medicina la Universidad Autónoma de Guadalajara (UAG) tomaran el curso de psiquiatría, materia que formaba parte de su plan de estudios. (Cocula-León, 2014; Monterrubio y Barrios, 2019)

En 1956, el hospital estableció un convenio de colaboración con el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) para recibir a varones con padecimientos mentales que estuvieran asegurados. Ese mismo año se realizó la fundación del hospital granja de recuperación para enfermos mentales, aunque éste comenzó a funcionar dos años después. En 1966, el hospital de San Juan de Dios comenzó a recibir a pacientes mujeres, motivo por el cual, y gracias a una indemnización que se le otorgó por motivo de una expropiación, se ampliaron sus instalaciones y se construyeron dos residencias para albergar a frailes y monjas. Gracias a un nuevo convenio de colaboración con la UAG, el Sanatorio inauguró una residencia medica en psiquiatría, proyecto que fue impulsado por el religioso Roberto Morales Vela, quien en un principio quería establecer una escuela de enfermería psiquiátrica, pero como no tuvo éxito su propuesta entonces decidió darle otra dirección. Para la realización de la nueva idea contó con el apoyo del director médico del hospital Mario Saucedo Galindo y del subdirector José Luis Ibarra Storm, quien después asumió la jefatura de enseñanza. Esta especialidad tenía como subsede el recién inaugurado hospital Doctor Ángel Leaño. Al hospital también se canalizaron pacientes del ISSTE. Ante tal situación, en 1976, una sección sería nombrada Centro Comunitario de Salud Mental en la que se atendían a 300 pacientes, entre crónicos y agudos, además de que se brindaba consulta externa. El hospital de San Juan de Dios de Jalisco permanece en funciones y forma parte de la Asociación de Hospitales Privados de Jalisco, A. C. (Ramos, 1998; Cocula-León, 2014; Castellanos y Topete, 2019)

En cuanto al hospital granja, mismo que, a partir de 1987, se le conoció como Hospital Psiquiátrico de Jalisco, sufrió una serie de modificaciones tendientes a modernizarlo, entre las que se encontraba el crecimiento de su personal motivado por el aumento de la población de internos, situación derivada del hecho de que la familia podía solicitar el ingreso del enfermo (Ramos, 1998; Llaven, 2013). Como se ha visto en este apartado, tanto el sector civil como el privado han tenido una importante participación en la asistencia de los enfermos mentales, aunque la relación no ha sido siempre del todo armónica como se observó cuando la Casa de

salud Josefina pasó a manos del Estado. No obstante, la presencia de las órdenes religiosas, tanto de las hermanas Josefinas como de los hermanos de San Juan de Dios, fue constante y en el transcurso del siglo XX abrieron sanatorios para atender a los enfermos mentales, los cuales contaron con el apoyo financiero de particulares. Es de destacar la participación de los médicos que se encargaron de incorporar los nuevos saberes y tecnologías en los hospitales, tantos públicos como privados, lo cual permitió que la atención a los enfermos mentales en Jalisco lograra ser exitoso (Cocula León, 2014; Monterrubio y Barrios, 2019; Castellanos y Topete, 2019).

3.2.2. Aguascalientes

En este apartado se retoman las ideas de Eric Hidalgo (2016), quien menciona que en 1684 la orden de San Juan de Dios fundó un “aliento” junto a la parroquia de San José, a fin de atender a los necesitados, entre los que se encontraban los dementes. Para tal tarea contaron con el apoyo del bachiller Diego de Quijas y Escalante, quien se desempeñaba como comisario de la Inquisición. En 1827 el establecimiento pasaría a manos de la orden de josefinos. En 1854 se determinó reubicarlo atrás de la parroquia y se realizaron una serie de remodelaciones gracias a las donaciones realizadas por Rosalía Monroy, entre las que se contaba la construcción de ocho bartolinas para el sometimiento de pacientes furiosos. Estas adecuaciones serían realizadas por el sacerdote José María Gordoa. Ante la necesidad de actualizar los métodos de atención a los pacientes, algunos médicos viajaron a la capital del país, o a regiones aledañas como Jalisco, para adquirir conocimientos sobre todo del alienismo. En ciertas ocasiones, los galenos tuvieron acceso a becas, aunque también tuvieron que apelar a las relaciones de amistad. Entre los médicos que salieron a formarse fuera de Aguascalientes se encontraban Gerónimo Rangel, Juan G. Alcázar y Jesús Díaz de León. Hidalgo (2016) advierte que los médicos no fueron los únicos que prestaron atención a la psicología, pues el libro *Elementos de “sicologia”* fue publicado por el abogado Teodosio Lares (1806-1870) en 1849. Como en otros estados de la República, la filantropía desempeñó un papel de suma importancia en el financiamiento de proyectos de beneficencia. Por ejemplo, en 1860 el doctor Gerónimo Rangel costeó los gastos del Hospital Civil para evitar su clausura, mismo que desde inicios de siglo hasta esos días había atendido por lo menos a 405 enfermos mentales.

Este nosocomio era administrado de manera conjunta por las autoridades civiles y religiosas, situación que se modificó en 1880 cuando se incorporó a la Beneficencia Pública y asumió su dirección el doctor Manuel Gómez Portugal. Con este cambio se comenzó a especificar qué clase de pacientes se iba a recibir en la Institución, lo cual no sólo favoreció el estudio de la enfermedad mental en el Estado, sino que también se buscó resolver la problemática que implicaba el

traslado de los dementes a otras entidades, pues muchos de ellos fueron enviados al hospital de Belén en Jalisco, lugar en el que tenían que pagar una cuota por ser foráneos. Hidalgo (2016) advierte que en algunas ocasiones los enfermos mentales que mostraban un comportamiento peligroso, eran enviados a hospicios y cárceles. Con la nueva administración se llevó un control más estricto de los pacientes, pues se comenzó a reportar el número de ingresos y de defunciones. Gracias al otorgamiento de una subvención, se logró acondicionar una sala de maternidad, cambiar el pavimento, se pintaron las paredes y se construyeron ocho bartolinas en el departamento de dementes. También se le dotó de materiales quirúrgicos y se crearon estrategias tendientes a mantener la higiene de las salas. Para el tratamiento de la enfermedad mental se adoptaron las terminologías provenientes de los diagnósticos franceses, aunque Hidalgo menciona que no se realizó una descripción precisa de los síntomas. Aunque a finales del siglo XIX se incrementó la demanda del servicio hospitalario, fue reducido el porcentaje de la población aguascalentense que buscó recuperar su salud en un nosocomio, pues de acuerdo con los datos recopilados por este autor sólo se atendía un promedio de 1 300 pacientes anuales, lo cual representaba el 1.2% de la población total del Estado.

Hidalgo infiere que el resto de la población recurrió a métodos alternativos de curación como los remedios de farmacia y la magia, aunque también pudieron tener atención de los médicos que mandaba el gobierno a los municipios o que se trasladaran a otros estados para curar sus malestares. En la década de 1880 se incrementó la migración del campo a la ciudad, debido al aumento de la oferta laboral como consecuencia de la construcción de fundidoras y la introducción del ferrocarril. En estos años, también se mostró un aumento en el número de internamiento de enfermos mentales, mismos que fueron realizados a solicitud de las familias. Es importante mencionar que no sólo hubo un crecimiento de la demanda del servicio psiquiátrico, sino que también se pugnó por el mejoramiento de las instituciones de salud, situación que derivó en la creación del Hospital Ferrocarrilero. En su estudio, Hidalgo encontró que las estadísticas de los diagnósticos mostraban vacíos de información, pues en ocasiones no se realizaba la diferenciación de los sexos, no se mencionaban las edades o si existieron reincidencias en los pacientes. Destaca el gran número de pacientes que fueron diagnosticados con sífilis, aspecto que podía explicarse por el hecho de que esa enfermedad producía una parálisis general progresiva. Este padecimiento alcanzó niveles altísimos. Por ejemplo, entre 1888 y 1891, de los 5 155 asilados en el Hospital Civil, 331 eran pacientes psiquiátricos y 1 347 enfermos de sífilis. Aunque el alcoholismo también contó con numerosos casos, éstos respondían a un aumento en las denuncias más que a nuevos pacientes. Entre 1887 y 1891 se registraron 87 casos, mientras que entre 1895 y 1897 se contaron 255 casos. Así, el alcoholismo

y la demencia se convirtieron en los diagnósticos más frecuentes, sólo superados por la sífilis.

Ante tal situación, se adoptaron nuevas y variadas nociones de enfermedades físicas que podían afectar al sistema nervioso, las cuales superaron el número de problemas conductuales como la anemia cerebral, el derrame cerebral, la embolia, la encefalitis o el reblandecimiento medular. En algunas ocasiones, ciertas patologías, como la epilepsia, fueron asociadas con la causa de defunción. Padecimientos como la sífilis, el alcoholismo o la histeria llevaban implícitos una carga moral. En el caso de la sífilis, se habían alzado voces, como la de Juan G. Alcázar que en 1861 enfatizó la necesidad de educar a la juventud y de establecer una regulación de la prostitución. No sólo existía miedo al contagio de enfermedades venéreas, sino que también se rechazaba la libertad sexual de las mujeres. A finales del siglo XIX se publicó el libro de Jesús Díaz de León titulado *El cerebro y sus funciones; principios de psicología basados en la anatomía de los centros nerviosos*, el cual se sumaría a la traducción que realizó Ezequiel Chávez de la obra *An outline of psychology* de Edward Branfort Titchecer. Estos autores, al igual que Teodoro Lares, formaban parte de una élite que participaba en congresos y tenían la posibilidad de adquirir libros extranjeros para su profesionalización. Ellos participaron en la creación de escuelas y en la elaboración de reformas para mejorar la educación. Hidalgo menciona que el libro de Lares, *Elementos de psicología*, tenía el objetivo de diferenciar la psicología de la filosofía, por lo que buscaba encontrar el origen del alma humana, de los fenómenos o ideas en que se manifestaba, mismas que se entrelazaban en lo que llamaba el “teatro de la conciencia”, y su destino. Para ello se debía contar con situaciones observables dentro de las operaciones mentales, lo que constituía la *psicología racional* o la *psicología experimental.*

Por medio de la psicología experimental, el ser humano usaba la inteligencia para conocer, ya sea por medio de los recuerdos, las reflexiones, los sentimientos (gozo o sufrimiento) y actuaba activa o pasivamente. En estos procesos se aplicaban varias facultades de la mente, lo que denominaba causas, en pos de algún interés. Sin embargo, y bajo una perspectiva religiosa, Teodosio Lares manifestaba que no había una raíz orgánica que permitiera demostrar la materialidad del alma, por lo que criticaba a algunos autores materialistas, como al frenólogo Joseph Gall, al mismo tiempo que explicaba que el alma no resultaba afectada por la senectud, sino que ello se debía a una gradual perdida de conexión entre el cuerpo y el espíritu. De hecho, su argumento validaba la idea de que había vida después de la muerte, pues afirmaba que las habilidades se adquirían para su aplicación futura. Hidalgo advierte que Lares redactó ese libro para que fuera utilizado en la asignatura de Ideología que se impartía en el Instituto Literario de Zacatecas, institución religiosa de la que llegó a ser su director, pues pensaba que

en este establecimiento se abordaba con exceso la metafísica, a la cual desdeñaba porque se tenían que aprender múltiples conceptos, lo cual ocasionaba que los estudiantes la consideraran tediosa. En el caso de Ezequiel Chávez, quien era hijo del exgobernador Ignacio Chávez, realizó la traducción de la obra de Edward Branfort Titchener, debido a que lo conoció en Nueva York en 1895. Titchener fue alumno de Wilhelm Wunt, a quien se considera el padre de la psicología científica positivista. Escribió *An outline of psychology* con la intención de que sirviera de texto para sus alumnos de la Universidad de Cornell. Cuando Chávez conoció la obra, consideró que resultaba conveniente para los estudiantes de la Escuela Nacional Preparatoria, pues de esa manera se podría sustituir la materia de ideología por la de psicología

En *An outline of psychology* se definía a la psicología como la ciencia de los procesos mentales y se consideraba que la psicogénesis, la psicología mental y la fisiología fungían como sus ciencias auxiliares, pues la primera ayudaba a diferenciar la mente de un niño de la de un adulto o de un animal, mientras que la psicología mental aclaraba cuál era la definición de mente sana. Titchener advertía que se podía llegar a la conciencia a través de la introspección, aunque podía variar sus resultados de acuerdo a los controles que se aplicaban, lo cual determinaba su carácter experimental. Si bien defendía la inmaterialidad de estos procesos, mencionaba que debía existir una relación con la patología para entender como la enfermedad afectaba a la mente. El libro *El cerebro y sus funciones: principios de psicología basados en la anatomía de los centros nerviosos* fue publicado en 1897 por el médico Jesús Díaz de León, quien realizó sus estudios profesionales en Guadalajara y que se caracterizó por publicar un periódico mensual en el que difundía aspectos culturales, científicos, tecnológicos y políticos. En su texto, Díaz de León utilizaba numerosos términos neurológicos para mostrar que la capacidad de supervivencia y adaptación al medio de los diferentes organismos vivos, dependía de la existencia de estructuras nerviosas y su complejidad. Sostenía que el cerebro era el órgano que unía a la materia con el cosmos. Mientras el espíritu percibía las impresiones, en la corteza y la sustancia gris se originaba el pensamiento y la personalidad, lo mismo que la locura. También reconocía que las células nerviosas eran las encargadas del movimiento sensorial e intelectual, idea que retomó del psiquiatra alemán Griesinger.

Díaz de León pugnaba por retomar la fisiología para comprender al cerebro, pero daba cuenta de que ello no bastaba para explicar cómo se formaban las ideas. El médico aguascalentense utilizó el estudio del químico-biólogo Pierre Jaques Antoine Bechamp sobre el microzyma[78] para sustentar la idea de que el psicólogo

[78] Bechamp sostenía que el organismo patógeno vivía dentro del cuerpo antes de causar el padecimiento, idea que contradecía el pensamiento de Louis Pasteur sobre el origen de la enfermedad.

debía ser un buen patólogo, ya que la inducción no resultaba suficiente para descifrar las leyes del comportamiento. Pese a su metodología, Díaz de León se inclinaba al espiritualismo y a la idea de la reencarnación. El mayor aporte del médico fue su aceptación de la teoría del sentido vital o interno, la cual había sido propuesta por Ramboson, en la que se reconocía dentro de la conciencia la unicidad del yo, situación que no se percibía en los enfermos mentales cuya mente se encontraba "dividida". Es importante mencionar que si bien a finales del siglo XIX en el Hospital Civil se adoptaron diagnósticos extranjeros para definir las alteraciones mentales, sería hasta la década de 1910 cuando se realizó una regulación de los diagnósticos de defunción. Para tal efecto, se utilizó la obra del médico francés Jaques Berriton, lo que favoreció que se homogeneizaran algunas patologías mentales a nivel federal. Asimismo, la experiencia de los médicos contribuyó a evitar que se sobredimensionaran algunas problemáticas y sobre todo, que se formulara una definición del término "mente sana". No obstante, la institución enfocó sus acciones a una labor custodial, situación que se modificó durante el gobierno de Carlos Sagredo que, ante la carencia de espacios para los enfermos, decidió, en 1903, trasladarlo a la calle de Salitre, lugar en el que se había iniciado la construcción de un hospicio para expósitos.

A partir de ese momento se le comenzó a llamar Hospital Miguel Hidalgo y contó con un reglamento propio que se publicó en el periódico oficial del estado, el cual determinó, entre otros puntos, que se formaría una Junta de Supervisores que en un primero momento estuvo integrada por el doctor Carlos M. López, el doctor Ignacio N. Marín, el ingeniero Tomas Medina Ugarte y el señor Felipe Ruiz Chávez. El nuevo nosocomio contaba con espacios para botica, laboratorio, baños de tina, lavadero, regadera, descanso para cadáveres, anfiteatro, sala para enfermos ebrios, sala para enfermos contagiosos, sala de operaciones, sala de espera, guardarropa, cocina, un dormitorio para enfermeras, una pieza para mozos, dos salones para el cuerpo de guardia, cuatro piezas para pacientes distinguidos, seis salones para enfermos y ocho bartolinas para dementes. También se le dotó con un arsenal de instrumentos de cirugía y poseería un aparato estadio de 16 discos, lo que ahora sería un equipo de rayos x. La Institución se jactaba de contar con las condiciones higiénicas óptimas para este tipo de establecimientos. Recibía de manera gratuita a enfermos indigentes y presos. También existía un área destinada a los militares, quienes, como los pensionistas, pagaban una cuota. Por la descripción que Juan de Dios Peza realizó del hospital y la escasez de bartolinas para los dementes, Hidalgo considera que probablemente el aislamiento de los enfermos mentales se efectuaba en situaciones de emergencia.

Para aliviar el problema del espacio, algunos terrenos ubicados en los alrededores del nosocomio se utilizaron para albergar enfermos. Pese a los cambios que se introdujeron, la indefinición que existía del término locura ocasionó que se

cometieran ciertas injusticias, tal como la ocurrida con una mujer sordomuda que fue encerrada con el argumento de que era enajenada, pero su verdadera situación se descubrió cuando se llevó a cabo el juicio de interdicción. Hidalgo menciona que este suceso se podría haber prevenido, si la enferma hubiera contado con los estímulos suficientes que le permitieran comunicarse. Como el estado de Aguascalientes se regía bajo los estatutos del Código Civil del Distrito Federal, se buscó proteger a los incapacitados mentales y a su patrimonio a través de la figura de la interdicción, misma que, según la ley francesa de 1838, establecía un régimen de curatela a través de un tutor y un curador, quienes no sólo debían velar por el bienestar moral del incapacitado, sino que también se encargaban del bienestar pecuniario de la familia. Su labor concluía cuando se debían vender las posesiones del paciente para solventar sus cuidados o cuando éste fallecía. Esta figura jurídica fue utilizada pese a las críticas expresadas por el doctor Jesús Díaz de León, quien manifestaba que no se podía considerar personas jurídicas a los enfermos mentales, debido a que carecían de una personalidad desarrollada o ésta se encontraba perturbada.

Como Aguascalientes era una ciudad pequeña, la curatela podía llevarse a cabo sin tener que internar al enfermo, salvo cuando lo determinara el juez asignado y los abogados. Las autoridades asumieron el compromiso de impartir justicia en los casos que se les presentaba, pues se buscó proteger a los familiares en primera línea del enfermo, es decir a sus esposas e hijos, así como también trataron de hacer accesible el costo de los trámites. Como cada documento debía llevar una estampilla que costaba 50 centavos, en ciertas ocasiones permitieron que se les entregaran estampillas que tenían un menor valor. De igual manera se buscó que los tutores tuvieran propiedades para que, en caso de abusar de su nombramiento, éstas fueran incautadas. Para otorgar una mayor certeza de los procedimientos legales de interdicción, en el *Boletín Judicial*, periódico editado por el licenciado Mariano Ramos, se realizó un seguimiento preciso de los casos. Con la intención de tener un mayor control de la enfermedad mental, en la primera mitad del siglo XX se llevaron a cabo censos de locos. Por ejemplo, en el censo realizado en 1901 se mencionaba que había 86 “idiotas”, 17 “cretinos” y 41 enajenados mentales. Aunque esta clasificación tomaba en cuenta los defectos físicos de los pacientes, se diferenciaba en cuanto se decía que los idiotas habían detenido su desarrollo intelectual, mientras que los enajenados estaban “ausentes psíquicamente” o no podían llevar a cabo una comunicación articulada.

Es de destacar que cuando los enfermos mentales mostraban un carácter tranquilo, la comunidad los apreciaba y cuidaba, pero sucedía lo contrario cuando se mostraban violentos pues se les encerraba, se les amarraba y en algunas ocasiones, fueron asesinados. Sin embargo, en las décadas de 1930 y 1940, según el testimonio del licenciado Gabriel Villalobos Ramírez, los locos formaban parte del

folclore de la ciudad. De hecho, muchos de ellos realizaban oficios en algunas plazas, los cuales desempeñaban hasta su muerte o cuando regresaban a su lugar de origen. Esta situación evidenciaba que los locos tolerados eran capaces de vivir dentro de la comunidad. Entre esos casos de dementes que trabajaban en las plazas existían algunos peculiares, tal como ocurrió con una familia (madre, hija y nieto) que tenían padecimientos mentales, aunque también se detectaron varios matrimonios entre parientes. Como se ha visto, en Aguascalientes sólo existió una institución, el Hospital Civil luego Hospital Hidalgo, encargada de la asistencia a los enfermos mentales, a diferencia de Jalisco en donde fue notoria la presencia de instituciones particulares. Eric Hidalgo plantea, después de estudiar algunas estadísticas, que existió un campo de la autoatención que no se ha explorado pese a que es reconocido. Aunque la locura no representó un motivo de recelo entre los aguascalentenses, las decisiones que se tomaron respecto a los enajenados se construyeron en torno a establecer una vigilancia cercana.

3.2.3. Nuevo León

Para presentar el caso de Nuevo León, se retoman los planteamientos de Miguel Valdez (1997) que menciona que el cuidado de los enfermos mentales en Nuevo León se llevó a cabio en el Hospital Civil, el cual se fundó en 1858 con la aprobación del Consejo de Salubridad, instancia de reciente creación (1851) que se conformó con la intención de vigilar que se cumplieran los parámetros de la medicina legal y el higienismo. El Consejo fue el encargado de diseñar el reglamento de la institución. La instauración del hospital fue promovida por el doctor Eleuterio González y el chantre José Antonio de la Garza Cantú, quienes habían dirigido el Hospital del Rosario en el que se recibían a enfermos, menesterosos y criminales. El nuevo nosocomio comenzó a laborar hasta 1860 y sin que hubiera terminado de edificarse. De hecho, el administrador Juan de Dios Treviño anunció, en 1863, que se construiría un cuarto para dementes furiosos. Un año después se registró el primer caso de locura furiosa entre los 110 pacientes del lugar. Por falta de presupuesto, el hospital no contaba con espacio para los enfermos criminales, ni con un área propia para establecer un manicomio. Ante esta situación, Eleuterio González sugirió que se construyeran algunos cuartos para los enajenados. Así, el hospital civil se dividió en un área para enfermos varones que contaba con dos salas y otra para mujeres. También se estableció una botica, dos cocinas, una ropería, una capilla que al mismo tiempo funcionaba como enfermería, una bodega subterránea, una sala de vivienda para el administrador, el practicante y el director, un cuarto para los criados y una sala donde se daban clases de anatomía y medicina operatoria. La forma en que se registraron los casos de locura fue variable, pues en algunas ocasiones se realizó por cuatrienios, otras de manera anual y en algunos momentos no se asentó la información.

Aunque el porcentaje de enfermos mentales, dentro del Hospital Civil, llegó a ser del 21%, lo cierto es que este número variaba en función de las circunstancias, tal como ocurrió entre los años de 1873 y 1874 cuando la manía fue la tercera causa de ingreso, sólo por debajo de las heridas y las fiebres. Una situación similar ocurrió en 1882 cuando la demencia se convirtió, junto con el alcoholismo y la sífilis, en los trastornos más recurrentes para solicitar el servicio hospitalario, aunque el número de asilados por cuestiones psiquiátricas apenas representaba el 10% en una población de 192 pacientes. Entre los estudios sobre la enfermedad mental se encontraba la disertación *¿Cuál es la naturaleza de la hipocondría?* publicada en 1877 por el doctor Epitacio Ancira, quien describió la enfermedad, desarrolló su etimología, aportó técnicas diagnósticas y sugirió un tratamiento basado en tres métodos: morales (ejercicio y distracciones), higiénicos (cambio de clima y de hábitos) y antiespasmódicos (uso de opio, belladona y valeriana, así como de la electricidad y la hidroterapia). En los siguientes años se manifestó un interés en las ciencias de la mente, razón por la que en 1879 se introdujo la materia de psicología en el plan de estudios del Colegio Civil, la cual, por cierto, se incluyó en el área de la filosofía. También se publicaron algunos estudios en el periódico *El Escolar Médico* como la tesis inaugural *Psicofísica, influencia de lo moral sobre lo orgánico y recíprocamente de lo orgánico sobre lo moral, en la especie humana* (1887) de Rafael Garza Cantú y *Algo sobre el hipnotismo* (1888) de José María Guerra.

Estas publicaciones daban cuenta que existió una apertura hacia nuevas técnicas terapéuticas, tal como ocurrió en el estudio de Guerra que en los experimentos que realizó con pacientes del Hospital Civil, anotaba la frecuencia con que aplicaba la terapia y su duración, de tal manera que trascendió la reproducción de las teorías de autores extranjeros como Cullere y Charcot. En 1888 se formuló un nuevo reglamento interno para el Hospital Civil, mismo que sería renombrado Hospital Eleuterio González, en el que se solicitaba la presencia de un “loquero” para cuidar a los enfermos mentales, a quienes se ubicaría en seis aposentos que no constituían propiamente un área de dementes, la cual se estableció en 1891 cuando se terminó el edificio. La sala para su atención sería denominada San Juan de Dios y se localizaba en la parte subterránea del edificio. Tanto hombres como mujeres contaban con su propia sala y eran atendidos por un enfermero especial que cobraba tres pesos. Los dementes utilizaban ropa estilo Kentucky y batas. También se determinó que debían comer tres veces al día. Su menú variaba dos veces por semana e incluía carne, atole, granos, café, pan y pasta. La cantidad de alimento que se les servía daba cuenta de la situación financiera del establecimiento. En esos años se diversificaron los diagnósticos mentales, por ejemplo se adoptó el término “neurosis”, pero todavía se utilizaban métodos de restricción física como los cinturones de sujeción, además de que se consideraba que el secuestro era un procedimiento valido para internar a los locos. Con la

intención de mantener estable su economía, el Hospital acordó que se cobraría una pensión a los pacientes foráneos, sin importar el padecimiento que tuvieran.

En los siguientes años continuaron las modificaciones en el nosocomio, las cuales beneficiarían a la sala de dementes. Así, en 1895 se terminó la construcción de 18 celdas nuevas: diez en el área de mujeres y ocho en la de hombres. Éstas contaban con una buena ventilación, estaban terraplenadas y tenían verjas de hierro. También se procedió a la remodelación de diez celdas que estaban repartidas en las dos áreas. Se acordó aumentar el salario del enfermero, de tres a cinco pesos, pero sólo se encargaría de la vigilancia del pabellón de varones. Un año después se instaló la luz eléctrica y se colocaron 19 focos en todo el hospital. Sin embargo, en 1920 se determinó retirar los que estaban en el área de dementes, pues se consideró que representaban un peligro y fueron sustituidos por lámparas de petróleo. Asimismo, se estipuló que los uniformes de los dementes fueran fabricados con lona. Uno de los cambios más significativos ocurrió en 1898 cuando se estableció que dos médicos atendieran la Sala de dementes, misma que, por otra parte, contaría con una zona para pensionistas. Los médicos asignados fueron Evaristo Sepúlveda y Arístides Mestre. El último era profesor de enfermedades mentales y era el encargado del área en el Hospital. Aunque había dos médicos, ya no se contó con el apoyo de un enfermero. Para fortalecer la enseñanza de la materia de enfermedades mentales, la biblioteca del hospital González contaba con diversos libros: *Magnetismo e hipnotismo* de Cullere; *Sugestión* y *De la sugestión y sonambulismo* de Liegeois; *El Suicidio y Las Alucinaciones* de Brierre de Boismont; *Los enajenados* y *Estudio Clínico de La locura* de Foville; *Enfermedades mentales* y *Manual práctico de medicina mental* de Regis; *Camisolas de fuerza* de Voissin y *Tratado de Patología mental* de Gilbert Ballet.

Estas obras introdujeron ideas novedosas en el tratamiento de la enfermedad mental. Por ejemplo, en la de Liegeois se consideraba que, a través del sueño, se podía alcanzar las evocaciones del inconsciente o la de Boismont que sostenía que las revoluciones provocaban un aumento de hospitalizaciones por enfermedades mentales. Los textos de estos autores permanecieron en la biblioteca del Hospital, pero las de los demás tuvieron que reponerse porque se extraviaron. Los casos observados en el nosocomio permitieron que algunos médicos los utilizaran como ejemplo, tal como ocurrió con el médico Arístides Mestre que expuso sobre los pacientes con trastornos mentales simultáneos en el club médico que se formó en la Facultad de Medicina. La actualización de los saberes y la alta demanda del servicio psiquiátrico, sobre todo de personas que venían de estados cercanos como

Coahuila, Tamaulipas, Durango, San Luis Potosí, Nuevo León y Zacatecas, [79] quienes solicitaban el ingreso de sus pacientes tanto al director del Hospital como al Secretario de Gobierno, ocasionaron que Arístides Mestre propusiera, en marzo de 1898, la creación de una nueva institución que sólo se dedicara a la atención psiquiátrica. La proposición de Mestre se sustentaba en el hecho de que entre 1883 y 1894 se observó un aumento en el número de pacientes psiquiátricos: mientras que en 1883 se trataron a 25 dementes y 18 alcohólicos, en 1894 se contabilizaron 128 alcohólicos y 101 enajenados. Para establecer el nuevo nosocomio, el médico sugería que se emplearan las pensiones de los pacientes y que se realizara una estadística de cuántos de ellos podían participar en la terapia laboral, la cual no sólo tenía efectos positivos en su recuperación, sino que también contribuiría al sostenimiento del hospital, aunque reconocía que un paciente no tendría el mismo desempeño que un obrero sano.

El modelo presentado era similar al de una colonia agrícola en donde se buscaba que los pacientes disfrutaran de los beneficios del aire libre, estuvieran alejados de la ciudad y de los contextos y personas que alteraban sus ideas, además de que su diseño rustico permitía su adaptación sin necesidad de hacer grandes gastos. De hecho, Mestre consideraba que el asilo de Clermont podía ser un ejemplo a seguir. Aunque el médico no sustentó sus ideas en ningún autor en particular, su argumentación recogía los principios del paradigma alienista, razón por la que definió a la locura como la carencia de “la salud de la inteligencia” y planteó una clasificación en la que se contaban pacientes crónicos y lo que tenían posibilidades de recuperación, a quienes se les debía brindar mayor atención para acelerar su mejoraría. El proyecto incluía la instalación de baños, un botiquín, un departamento médico y algunas celdas especiales. A pesar de que las autoridades mostraron interés en la propuesta, a tal grado que se comenzó a hacer cotizaciones del costo y a buscar mobiliario, lo cierto es que ésta no se llevaría a la práctica. Sin embargo, en 1899 se realizó una donación de dinero que permitió la construcción de dos departamentos (uno para dementes y otro para tuberculosos) y un anfiteatro. Los departamentos contaban con puerta y rejas de fierro, baño de presión y regaderas. En 1900 se efectuaron algunas remodelaciones como la colocación de planchas de fierro, cerraduras y cadenas. En un informe del doctor Manuel Lozano Mejía, quien fue director del nosocomio en 1909, se indicaba que entre 1904 y 1909 se hicieron diversos cambios como la contratación de un vigilante, el cambio del uniforme de los internos (camisa de color y sombrero de palma), la colocación de un foco que comunicaba el área de hombres dementes con el de la de mujeres, enrejado, pavimentación, pintura, la construcción de resumideros de agua y la

[79] Nuevo León era el estado que mandó un mayor número de pacientes a Aguascalientes, los cuales provenían de los municipios de Zuazua, Lampazos, Villa de Santiago, Apodaca, Cadereyta, Villaldama, Torreón, Ramos y Salinas Victoria.

incorporación de una nueva tecnología higiénica: los escusados automáticos de acero.

Como se redujo a tres el número de celdas para agitadas, el resto de las enfermas podían convivir en dos salas amplias y ventiladas. Una de las mejoras ocurrió en el ámbito de la alimentación de los pacientes, pues en 1907 el director Anastasio Carrillo advirtió que era escasa la comida que se les proporcionaba, a diferencia de la que consumían los empleados que no mostraba ninguna reducción. El médico identificó que el problema residía en el encarecimiento de los suministros, pues se pagaba un mayor precio, que variaba entre el 10 y el 15%, por los productos de mayor consumo como el maíz, el arroz, la manteca y el café. Tras resolverse este problema, se determinó que el menú estaría conformado de la siguiente manera: 50 gramos de carne, 250 gramos de leche con te, 240 gramos de pan y 200 gramos de sopa y una porción de tortillas, mismos que se dividían en las tres comidas. Carrillo mencionó que este menú era similar al que se proporcionaba en otros establecimientos nacionales y extranjeros. Como consecuencia de los eventos armados de la Revolución, entre 1916 y 1917 se reportaron deterioros e insuficiencias en el Hospital Civil, que en ese momento albergaba a 140 pacientes de los cuales diez eran presos, como el mal estado de las cañerías en el departamento de dementes y la destrucción que se percibía en las celdas de la sala San Juan de Dios. Esta situación comenzó a generar problemas con los vecinos del nosocomio. Ante el encarecimiento de los alimentos, se tuvo que suplir algunos productos con otros de tal manera que la carne se sustituyó del menú, pero se les proporcionó arroz, fríjol y fideos. Un asunto que llama la atención, sobre todo porque no era un producto utilizado en otros hospitales, era la cantidad de hielo que se adquiría, pues se compraban entre 50 y 70 kilógramos diarios.

Con la intención de resolver la grave situación que afrontaba el Hospital, en 1918 el gobernador Aniceto Zambrano prometió realizar las mejoras que fueran necesarias. Sería en 1919, durante el mandato de Nicéforo Zambrano, que se efectuaron las primeras obras, las cuales fueron posibles gracias al dinero recaudado en una corrida de toros (216 dólares y 21.87 pesos de oro nacional) y a una donación del Ayuntamiento, encabezado por el alcalde Jerónimo Siller, que entregó lo obtenido por concepto de multas (100 pesos). Con estos fondos se arregló el anfiteatro y se hicieron reparaciones en el área de los dementes pensionistas, pues se cambiaron las puertas y se agregaron cuatro cuartos que tenían vista al jardín lo cual resultaría benéfico pues aumentaron los ingresos monetarios del hospital. En 1922, el gobernador Ramiro Tamez, quien era médico, promovió la ampliación del nosocomio con la intención de que la población atendiera su salud en ese establecimiento. También consiguió que algunas damas de la alta sociedad donaran prendas para los dementes. En 1926 se determinó que los dementes ya no seguirían en el hospital González, situación derivada del proyecto

de ley que proponía la creación del Instituto de Ciencias Médicas de Nuevo León y en el que se estipuló que las escuelas de Medicina, de Farmacia, de Enfermería, de Parteras y el Hospital General se regirían bajo un mismo reglamento, aunque cada uno tendría su propia normativa interna. Ante este contexto, se determinó reubicar a los pacientes que tuvieran escasas posibilidades de curación y a los que se les había dado un tratamiento prolongado, mismos que quedarían bajo la custodia de la Junta de Beneficencia mientras se construía el Instituto que se ubicaría en el terreno que ocupaba el Hospital.

Aunque en el plan no se contemplaba la integración de una materia sobre patología mental en el programa de estudios, lo cierto es que entre 1924 y 1925 se trataron varias temáticas relacionadas con las enfermedades mentales dentro de la asignatura de medicina legal, tales como la responsabilidad legal de los enajenados; las influencias que los llevaban a cometer delitos; la herencia de la degeneración; las formas del delirio y las neurosis; y las enfermedades mentales causadas por “la debilidad de espíritu”. En 1928, el director del Hospital pidió a la Secretaria General de Gobierno que se introdujera la materia de patología mental en el programa de Medicina, debido al interés teórico y práctico que suscitaba este conocimiento en virtud de que los médicos debían proporcionar un dictamen a quienes iban a contraer nupcias. También apelaba a la necesidad de actualizar los materiales ante la emergencia de nuevos paradigmas como el de la higiene mental, lo cual podía ser aplicado en otras áreas como la pedagogía y la criminología. En ese momento, el Departamento de dementes era dirigido por el doctor Antonio Carrillo, quien estuvo en ese cargo entre 1921 y 1933, el cual era asistido por un médico practicante y una enfermera, escenario que resultaba desventajoso si se tenía en cuenta que debían atender a 46 enfermos mentales en los que había un marcado predominio de los varones. El resto de los médicos, enfermeras y profesores se ocupaban de asistir al resto de los pacientes, cuyo número oscilaba entre 100 y 110. Entre los enfermos mentales hombres predominaba la epilepsia y la manía, mientras que en las mujeres prevalecía la psicosis histérica y la demencia.

El director advertía que había descontento entre los familiares de los enajenados, pues deseaban trasladarlos a otras instituciones del centro del país en donde recibirían tratamiento de especialistas como los neurólogos, motivo por el que les recordó a los médicos que se debía tratar de manera humanitaria a los enfermos mentales. En los gobiernos de Aarón Sáenz (1929) y de Francisco Cárdenas (1932) se retomó el proyecto de construcción de una institución hospitalaria moderna, en la que se brindara servicio a nuevos pacientes y se mejorara la atención de los que estaban en el Hospital González. En su momento, Sáenz propuso que se trasladara a los dementes e infecciosos a otras instalaciones mientras se terminaba la obra. Como el ofrecimiento no se llevó a la práctica, el doctor Vela González, quien era el director del Hospital, reportó en 1930 que las

salas de los dementes se encontraban en pésimas condiciones, pues la suciedad imperaba a causa de la carencia de lavabos y de drenaje, además de que las paredes carecían de pintura, los pisos eran de cemento y los techos de lámina. Pese a la denuncia, el gobierno se limitó a sustituir las verjas de madera por materiales de fierro, a fin de otorgarles mayor seguridad a los 108 pacientes varones, 66 mujeres y 26 pensionistas que eran atendidos en el área de dementes. Es de llamar la atención que en el caso de Cárdenas no se contempló que el nuevo hospital contara con un espacio para los 163 enfermos mentales y 15 pensionistas que albergaba el nosocomio. En 1937, durante el gobierno de Anacleto Guerrero, se creó la Beneficencia Pública en Nuevo León en cuyo discurso se apelaba a las obligaciones que el Estado tenía para con el pueblo y los débiles sociales.

Se estipuló que la Junta de la Beneficencia Pública estuviera integrada por financieros, comerciantes e industriales que serían nombrados por el gobierno estatal, aunque después se tomó la decisión de incorporar al director del Hospital Civil. Ésta poseería un patrimonio propio, pero se autorizó que recibiera cuotas y donativos. También se le otorgó autonomía en la gestión del Hospital Civil y del Hospital Eleuterio González. En 1938, la mayor parte de los pacientes fueron trasladados al nuevo Hospital Civil, decisión que no incluyó a los enfermos mentales e infecciosos que permanecieron en el González, circunstancia por la cual Valdez considera que se produjo la psiquiatrización de ese nosocomio. En el informe del gobernador de 1939 se mencionaba que había 53 dementes (28 mujeres y 25 hombres) y catorce pensionistas (diez hombres y cuatro mujeres). En este documento se mencionaba que se había contemplado la posibilidad de vender dicho espacio para construir nuevos pabellones. De hecho, se decía que la mayor parte de los ingresos obtenidos por la venta del antiguo Hospital Civil y de la antigua Facultad de Medicina, los cuales se calculaban en 700 000 pesos, se utilizarían en la construcción de la nueva Facultad, mientras que el dinero restante (150 000) sería administrado por la Beneficencia Pública en beneficio de los pacientes dementes e infecciosos. A estas cantidades se debían sumar 225 000 pesos que el gobierno condonaba por adeudos, más otros 200 000 pesos que aportaría para tal efecto. Sin embargo, la iniciativa no se llevó a cabo lo cual generó suspicacia entre la comunidad de médicos, debido a que la Junta de Beneficencia sólo contaba con 14 810 pesos.

Ante esta situación, se presionó al gobierno para que cumpliera su promesa de aportar 166 684 pesos para la construcción de la Facultad de Medicina. También se pidió que se explicara cuáles eran las razones por las que se había generado un retraso en la toma de posesión del recinto. Hasta 1941 se lograron obtener 50 000 pesos que fueron utilizados en el proyecto de la nueva escuela. En 1939 se produjo un importante cambio en los tratamientos contra la enfermedad mental, mismos que fueron promovidos por el neurólogo español Wenceslao López Alvo que era el

nuevo jefe del servicio psiquiátrico, pues se introdujo la convulsoterapia por insulina y cardizol, sobre todo la última se utilizaba en los casos de esquizofrenia. Desde la perspectiva de López Alvo, muchos padecimientos carecían de tratamientos específicos, razón por la que se empleaban sustancias como bismuto, calcio, guayacol, hígado, aceite azufrado, luminal, fosfocolina y una sustancia llamada d´melcol. Con la intención de mejorar la atención en el hospital, la Junta de la Beneficencia Pública otorgó una beca al director del nosocomio para que se especializara en el Manicomio General de la Ciudad de México, situación por la que el doctor Simón Riojas quedó como encargado de la sala de dementes, misma que mostró una disminución en su población (48 pacientes) aunque aumentó el de infecciosos (21). En 1940, el doctor García Segura, que era director de la Facultad de Medicina, y el doctor Garza Ondarza informaron al doctor Jesús Leal Villareal, quien era el Secretario General de la Beneficencia Pública, que aceptaban asumir los gastos de acondicionamiento de la Dirección en el hospital González y que además pagarían el costo mensual del gas total (que iba de 90 a 180 pesos), aunque advertían que el mayor gasto provenía del Manicomio en cuyos dos salones había capacidad para 80 camas.

La administración del Hospital no estuvo exenta de las críticas, pues se advertía de la falta de limpieza en el edificio, aunque se reconoció que se había logrado tener un mejor control de las historias clínicas. Por tal motivo, surgieron propuestas para profesionalizar al personal subalterno como la del doctor Wenceslao López Albo, quien en ese momento era director de la Escuela de Enfermeras, de organizar un curso de enfermería psiquiátrica e higiene mental. Las temáticas de la psicología comenzaron a tener mayor presencia en el medio académico neoleonense, tal como ocurrió con el doctor Federico Pascual que expuso la ponencia “El estudio psicodiagnóstico de la personalidad” en la Tercera Jornada Universitaria. En 1946, la Junta de la Beneficencia volvió a proponer la construcción de un pabellón para dementes, el cual se consideraría un anexo del nuevo hospital y de la Facultad de Medicina. Ellos mencionaron que el pabellón se podía edificar con el dinero que se obtendría por la venta del Hospital González y de la antigua Facultad de Medicina, pues las dos propiedades habían aumentado su valor. Sin embargo, dos años después, los profesores y los estudiantes de medicina denunciaron, por medio de la prensa, que se les había quitado una parte de su antigua escuela, la cual había pasado a manos de la Beneficencia Pública, por lo que pedían la intervención del Congreso del Estado para que los fondos obtenidos por el remate de la propiedad se destinaran a la construcción de la nueva Facultad. Finalmente, el edificio fue comprado en 1948 por el Instituto Mexicano de Seguridad Social, quien pagó 850 000 pesos de los cuales se destinaron 150 000 para la atención de tuberculosos y dementes, 200 000 a la Beneficencia Pública y

el resto sería administrado por el Comité pro-escuela que, entre otras cosas, compró uniformes para los estudiantes.

Con la intención de que hubiera transparencia en el proceso de compra-venta de la propiedad, el doctor Roberto Treviño, quien era el director de la Facultad de Medicina, informó por medio de una carta a los estudiantes que la entrega del dinero estaba retrasada a causa de los trámites burocráticos, por lo que no se debía sospechar que el gobierno había tomado posesión de él, asimismo indicó que no se había entregado el edificio al IMSS debido a que no se había hecho el traslado de los dementes y tuberculosos, quienes, antes de que se realizara el remate, fueron enviados a la antigua Facultad. Si no se había logrado resolver esta situación, se debía al crecimiento experimentado en el número de pacientes que se atendían en el Hospital González, pues las altas por servicios neuropsiquiátricos habían aumentado en la década de 1940. Por ejemplo, entre septiembre de 1947 y junio de 1948 ascendió el número de dementes de 108 a 333. Es de destacar que entre 1949 y 1951 disminuyó el número de pacientes psiquiátricos originarios de Monterrey, pues los que provenían de otros Estados representaban entre el 16 y 17%. En 1949 comenzaron los trabajos de construcción del manicomio en los terrenos que fueron del Hospital Civil, el cual contaba con dos galeras para recibir a 370 enfermos mentales. Esta acción no sirvió para acallar las críticas, pues se volvió a insistir que los pacientes vivían en condiciones de suciedad y promiscuidad, además de que en su atención se utilizaban terapéuticas arcaicas. Ante tal situación, en 1951 se determinó que sólo se podría atender a 100 enfermos, pero sólo se dispondría de 60 camas para tal efecto. También se introdujo la terapia electro convulsiva, así como el uso de vitaminas, anticonvulsivantes y antiluéticos aunque estos últimos sólo se empleaban con los que padecían sífilis.

En septiembre de 1952, el Hospital Universitario, antes Hospital Civil, asumió la administración del manicomio estatal, lo cual resultaba relevante pues era la primera vez en que se daba un convenio de este tipo en el país. El Hospital se comprometió a ofrecer servicios quirúrgicos, radiológicos y odontológicos, así como la compra de ropa y medicamentos además de que aportaría una cantidad mensual para la manutención de los pacientes, misma que se determinó en 20 000 pesos a razón de cuatro pesos por enfermo, la que, en opinión de los médicos, resultaba insuficiente. Existían otras dos instituciones privadas que se dedicaban a la atención de los enfermos mentales: la Clínica para Enfermos Nerviosos y Mentales de Monterrey que contaba con 60 camas y atendía casos quirúrgicos y médicos, y el Sanatorio Neuropsiquiátrico que tenía capacidad para 45 camas y también ofrecía servicios quirúrgicos y médicos. La intención de construir un nuevo manicomio seguía vigente en el imaginario de las autoridades, pues en enero de 1953 se informó, en la revista *Tiempo Universitario*, que se había hecho entrega de los planos del establecimiento que se ubicaría en el poniente de la ciudad. De hecho,

en noviembre de ese mismo año la ciudad de Monterrey albergó la Asamblea Nacional de la Liga Mexicana de Salud Mental. En una de las mesas se discutieron los modelos de hospitales psiquiátricos que recomendaba la Organización Mundial de la Salud. Uno de ellos sugería que el nosocomio se diseñara en forma de pequeño pueblo y que los pacientes se organizaran en grupos de diez, lo cual facilitaría que se respetara su personalidad y que se le otorgara confianza, así como responsabilidad. Se les invitaría a formar clubes deportivos o de entretenimiento, además de que se les permitiría salir a trabajar o a pasear, aspectos que ayudarían a su reintegración a la comunidad.

En este proyecto era fundamental el trabajo femenino porque su afabilidad e inteligencia facilitarían la recepción de los enfermos, motivo por el que se enfatizaba la necesidad de especializar a las enfermeras, lo cual permitiría que tuvieran la capacidad de cuidar entre tres y seis pacientes. En diciembre de 1953 se creó, de manera provisional, la Fundación Medico Asistencial por iniciativa del gobernador José Vivanco, misma que asumió la administración del manicomio. La Fundación estaba conformada por neuropsiquiatras y neumólogos que, a manera de padrinazgo, se propusieron velar por la salud de los 146 dementes (86 hombres y 60 mujeres) y de los tuberculosos, además de que se les entregaría ropa y medicamentos. La prensa desempeñó un papel de primera importancia en la difusión de las acciones del gobierno tendientes a mejorar las condiciones de vida y de enseñanza en el manicomio de Monterrey. También asumió la tarea de difundir las “nuevas” terapéuticas que se empleaban, sobre todo después de que la Fundación denunció que los pacientes vivían hacinados en “sucias” bartolinas, mostraban signos de desnutrición, carecían de ropa y tenían problemas de parásitos. Ante esta situación, y por medio de las páginas del periódico *El Porvenir*, se implementó una campaña de desparasitación e invitaron a la población a donar ropa, materiales de construcción y aparatos eléctricos, a fin de que los dementes pudieran fabricar muebles para su comodidad, propuesta que formaba parte de los principios de la laborterapia. De hecho, trascendió la noticia de que un paciente, a quien se diagnosticó delirio, cumplía las funciones de portero del hospital, por lo que se sumó al personal del hospital que estaba conformado por dos médicos, tres enfermeras, algunas auxiliares y ocho celadores.

En 1959, Monterrey sería anfitrión del Congreso Internacional de Psiquiatría, en el cual se abordaron temas de psicoanálisis, psicoterapia, psiquiatría social, genética y eugenesia. Tanto en Nuevo León como en Jalisco y Aguascalientes se observa que compartían un avanzado desarrollo teórico en la comprensión y tratamiento de la enfermedad mental, el cual se ha desarrollado de manera independiente al círculo médico. Resulta llamativo que Monterrey fuera dos veces la sede de congresos nacionales e internacionales de carácter psiquiátrico. Es de destacar el hecho de que las labores de filantropía se concentraran en un grupo de

especialistas, quienes asumieron esa tarea ante las limitaciones del Estado para brindar una mejor calidad de vida a los enfermos mentales. A lo anterior se debe sumar la presión de la Universidad de Nuevo León por obtener espacios de enseñanza y con la que se lograra un acuerdo único en esta materia. Aunque en el momento de mayor auge de la higiene mental se solicitó enseñar psiquiatría en la carrera de medicina, los médicos neoleonenses tenían que trasladarse a la ciudad de México para especializarse en este conocimiento, pues hasta mediados del siglo XX se le reconoció como la meca de la enseñanza en psiquiatría.

3.2.4. Veracruz

En este apartado se retoma el texto de Hubonor Ayala (2007) que refiere que, desde finales del periodo virreinal, existieron Juntas de Caridad en el puerto de Veracruz, las que a lo largo del siglo XIX tendrían presencia en otras regiones del Estado. Las Juntas cumplían con la misión de solventar y administrar los hospitales e instituciones de beneficencia, tal como ocurrió con el oratorio de San Felipe Neri, situado al oriente de la ciudad, donde se recibía a hombres y a mujeres. Este lugar fue administrado durante un tiempo por los juaninos. Las instituciones de Beneficencia se ocupaban de la atención de los enfermos mentales debido a que representaban una preocupación para los “sanos”, quienes mostraban miedo a contagiarse. Aunque en 1859 se creó la Dirección General de Beneficencia, los ayuntamientos asumieron la vigilancia de los hospitales y hospicios. Tras la secularización de los bienes de la Iglesia, algunos sectores emitieron una severa crítica de la manera en la que las órdenes religiosas habían llevado a cabo la administración de los hospitales y se llegó a afirmar que los menesterosos habían estado en la completa orfandad. Con la promulgación de la Ley Orgánica de Administración Interior, se le otorgó mayores atribuciones al Jefe Político en la gestión de la Beneficencia. Gracias a las gestiones de los vocales de la Junta de Caridad y de algunos particulares, el ex oratorio San Felipe Neri fue utilizado, entre 1867 y 1873, como hospital, casa de corrección de mujeres, hospicio y asilo de dementes. Resulta de interés mencionar que en la década de 1870 se comenzó a realizar un registro de los pacientes dementes en los hospitales veracruzanos, aunque Ayala refiere que no se tiene certeza si la clasificación respondía a criterios científicos o morales, pero ante el alto número de casos de neurosis no se podía descartar que los diagnósticos se hayan realizado de manera arbitraria.

En el caso del ex sanatorio de San Felipe Neri, la locura se dividía en tres grupos: idiotismo, epilepsia y delirio. Como símbolo de la secularización de las instituciones, algunos de los hospitales virreinales cambiarían su nombre, tal como sucedió con el de Orizaba que se conoció como hospital Ignacio de la Llave. La atención a la locura se convirtió en una de las principales preocupaciones de los médicos veracruzanos, pues buscaban evitar que los dementes alteraran el orden

social o pusieran en peligro a su núcleo familiar. Sin embargo, no prestaron atención a sus condiciones de vida o que se les otorgara una atención de calidad. Esta postura se reforzaría, en las últimas décadas del siglo XIX, como consecuencia de ciertas ideas que enfatizaban que la pobreza era producto de la ociosidad y que algunas enfermedades eran causadas por "actitudes desenfrenadas". La introducción de la noción de salubridad no sólo permitió darle una mayor cientificidad al tratamiento de los enfermos, lo cual contribuyó a legitimar la autoridad de los médicos, sino que también permitió que las corporaciones religiosas volvieran a ser admitidas en el seno de los hospitales. A pesar de que la Beneficencia Pública contaba con un financiamiento de parte del Estado, mismo que llegó a alcanzar hasta el 24% del presupuesto, ésta mostró su incapacidad para atender ciertas necesidades, por lo que se crearon algunas instituciones de Beneficencia Privada que no sólo determinaban que tipo de asistencia realizarían, sino que también utilizaron estadísticas para llevar un registro de sus pacientes.

En la década de 1880, los enfermos mentales que estaban recluidos en el hospital Ignacio de la Llave comenzaron a ser considerados un problema, pues los demás asilados se quejaban de que eran escandalosos y la administración advertía del alto costo que representaba su vigilancia.[80] Por este motivo, la Secretaria de Gobierno ordenó que se pagara una pensión de doce pesos por cada enfermo, a fin de que fueran trasladados a los manicomios de la ciudad de México. Como esta disposición no se llevó a la práctica, la Junta de Caridad emitió en 1881 un reglamento que prohibía asilar a más dementes en los hospitales y sólo podrían permanecer los que habían llegado antes de esta disposición. Este reglamento también determinó que los menores de 16 años no fueran admitidos en el área de presos, pues debían ser internados en el hospicio para que recibieran capacitación para el trabajo, medida que buscaba disminuir el número de pobres que se encontraba en las calles. Como las autoridades veracruzanas comenzaron a exigir un certificado de mendicidad, Ayala considera que esta medida evidenciaba una dualidad en el significado de la Beneficencia, pues por un lado se castigaba la vagancia mientras que por el otro se mostraba compasión hacia el verdadero necesitado. Estas dos perspectivas ayudaron a delimitar el carácter médico de los nosocomios, pues se relegaron la asistencia y la corrección que hasta entonces habían asumido. A pesar de la nueva reglamentación, los jefes políticos mandaban a los enajenados al Hospital Ignacio de la Llave. El auge económico que Orizaba experimentó en áreas como la agricultura, el comercio, la industria y la cultura, propició el aumento de la migración con la consecuente alza del número de

[80] Ayala (2007) menciona que los factores morales o legales fueron considerados en la atención a las quejas que se realizaban contra los dementes. Por ejemplo, en 1882 se ignoraron las acusaciones efectuadas por las presas del ex oratorio de San Felipe Neri.

indigentes y de dementes que serían internados en el ex sanatorio de San Felipe Neri.

Muchos de ellos serían estigmatizados, pues se decía que su condición era causada por las costumbres de los obreros que consumían pulque en ambientes marginales. Ante la falta de un área para mujeres dementes, algunas de ellas tuvieron que regresar con sus familias, en tanto que las huérfanas fueron remitidas al hospital de San Roque en Puebla. Para resolver esta situación, en 1881 un grupo de señoras benefactoras solicitaron al gobierno del Estado que realizara una lotería con la intención de obtener fondos para la construcción de un manicomio, un orfanato y un hospicio para niños. Como su propuesta fue respaldada por las autoridades municipalidades y por el periódico *El Reproductor*, el gobernador Apolinar Castillo presentó un plan para la construcción de un manicomio que quedaría anexo al Hospital Civil, el cual se comenzaría a construir en dos años. Para cumplir con este objetivo, se pidió a los municipios que entregaran un porcentaje de sus ingresos anuales, además de que se pidió el apoyo de los empleados de gobierno y de los vecinos de clase acomodada. Estas acciones evidenciaban una confluencia de intereses tendientes a segregar a los dementes, al tiempo que se mostraba a Orizaba como una ciudad moderna, en la que existían proyectos como el de la instalación de una vía telegráfica que comunicaba a esa ciudad con las poblaciones de Huatusco y Coscomatepec, además de que se celebraban eventos como la Exposición Veracruzana de Ciencias, Artes, Industria y Agricultura. Se proyectó que el manicomio fuera construido en la huerta del ex oratorio de San Felipe Neri que, a pesar de estar en las afueras de la ciudad, se ubicaba cerca de otros hospitales.

La edificación del manicomio se detuvo como consecuencia de que en 1884 Apolinar Castillo no sólo fue destituido de su cargo, sino que se le quitó el fuero a causa de la denuncia penal que realizó Juan de la Luz Enríquez por actos cometidos por este personaje cuando era jefe político de Córdoba. Enríquez asumió la gubernatura en un primer momento de manera interina y en 1885 ocupó el puesto de manera constitucional. Entre sus primeras acciones se podía contar el traslado de la capital a Xalapa y la suspensión de la construcción del manicomio, pues decía que el número de enfermos mentales había disminuido. El argumento carecía de sustento, pues en Orizaba se concentraba la vigésima parte de los enfermos mentales de toda la región. Ante esta circunstancia, la elite local presionó al Ayuntamiento para que se concluyera el manicomio o bien, se le diera utilidad como asilo de mendigos. Sin embargo, el nuevo ingeniero que estaba a cargo del proyecto informó que faltaban 17 724 pesos para concluir la obra. Este retraso provocó un debate en la prensa respecto a lo que se debía hacer con el hospital para dementes. Las posturas de los periódicos reflejaban la afinidad o antipatía que tenían con el régimen en turno. Mientras *El Reproductor* reprobaba la actitud de un gobierno que

ponía obstáculos para la culminación de una obra humanitaria pese a que contaba con los recursos para hacerlo, el periódico xalapeño *Bandera Veracruzana* apoyó la decisión del gobernador de invertir en asuntos de mayor urgencia y retomar en el futuro el financiamiento de una obra de "suntuosa" importancia. Lo cierto es que una buena parte del presupuesto se destinó el embellecimiento de Xalapa, pues se construyeron cañerías, se colocó alumbrado público, así como bancas y buzones en los parques, y se importó hierro para la edificación del palacio municipal.

La prensa jugó un papel de primera importancia en la difusión de ideas sobre lo que era la locura y sobre los adelantos científicos que se proponían para el tratamiento de la enfermedad mental. Por ejemplo, en 1884 *El Reproductor* publicó un artículo sobre la metaloterapia el doctor Burq, la cual sustentaba que las personas eran sensibles a un determinado metal. Esta tesis se ha considerado un antecedente de la hipnosis por electroimanes, terapia que fue aprobada por la sociedad biológica francesa. En otros artículos se buscó explicar cierto tipo de diagnósticos como el *delirium tremens* o se trató de concientizar a la población acerca de las consecuencias que podía generar el que se ignoraran los primeros signos de demencia. También se recurrió a la literatura para hablar sobre la locura, tal como ocurrió en algunas fábulas moralizantes cuyos protagonistas estaban dementes. En otras ocasiones, se publicaron artículos que los presentaban como personajes típicos, pero también se editaron algunos que buscaban exponer las vejaciones de las que eran objeto para incentivar la compasión de los lectores hacia aquellos que habían perdido la cordura o se relataban los escándalos en los que incurrían para que las autoridades intervinieran. Sin embargo, muchos de estos escritos contribuyeron a recrudecer los problemas de racismo y de clasismo que se asociaban a la locura. De hecho, fue común que en las ciudades se remitieran a los dementes al manicomio, a diferencia del medio rural en donde la comunidad les brindaba auxilios.

Un aspecto a destacar en el ámbito legislativo fue que la Constitución Política del Estado, promulgada en 1888, señalaba que se suspenderían los derechos ciudadanos de los dementes, los viciosos y los sordomudos. Esta medida evidenciaba que el enfermo mental se consideraba un menor de edad, por lo que se le negaba la facultad de participar en actos civiles como el matrimonio, el cual podía disolverse por esa causa, la posibilidad de ser tutor y se limitaba su capacidad para testar o heredar, salvo en los casos en que el testamento hubiera sido realizado antes de enfermar o en momentos de lucidez. En este caso, se pedía que un juez y dos médicos dieran fe del hecho. La limitación de atribuciones de los dementes también se manifestó en el Código de Procedimientos Penales y en el Código Civil del Estado. Sin embargo, la ley no estipulaba si el Estado o la familia tenían la obligación de remitir a los dementes al manicomio o al hospital. Aunque también podía remitirse a la cárcel cuando cometían un delito y se comprobaba que habían

recuperado la cordura. Este vacío jurídico permaneció hasta las primeras décadas del siglo XX, a pesar de los cambios que se introdujeron en el Código Penal del Estado respecto a lo que se debía entender como enfermedad mental. La indefinición jurídica exponía a los dementes a ser abandonados por carecer de propiedades o a que sus intereses fueran lesionados cuando las poseían, pues por medio de los juicios de interdicción podían perder sus bienes. Pese a todo, en la legislación penal se dispuso que se sancionara con uno o dos años de cárcel a los que lesionaran a los que padecían de sus facultades mentales, castigo que podía aumentar a seis años si se demostraba que sufrían de "enajenación perpetua", asimismo se condenaría a los que buscaran provocar la locura a otra persona.

Pese a los inconvenientes financieros, se volvió a plantear el proyecto de construcción del manicomio, por lo que se designó al ingeniero Ignacio Pérez Guzmán para llevarla a cabo. El plano del manicomio fue publicado en 1890 en el periódico *El Reproductor*, a fin de que el público tuviera una idea de lo que se planeaba construir. Sin embargo, sería hasta 1895 cuando el gobernador Teodoro A. Dehesa retomó el proyecto y ordenó que se nombrara una comisión entre los miembros del ayuntamiento, quienes solicitaron al Ingeniero Pérez Guzmán que les entregara el plano original de la obra. Para comenzar con los trabajos, la Junta de Caridad de Orizaba entregó 9 803 pesos que resultaron insuficientes, por lo que se buscó rematar el proyecto entre los particulares que tenían intereses comerciales en Orizaba. Como el costo (30 000 pesos) rebasó las expectativas originales, el Gobierno tuvo que aportar 3 888 pesos y se autorizó el uso de la mano de obra de los presos, a fin de economizar en los gastos. El nuevo edificio, de estilo neoclásico, cumplía con los parámetros higiénicos desarrollados en Europa, específicamente en lo que se refería al estilo *tollet* que consistía en pabellones independientes, incombustibles e impermeables, separados por jardines, con capacidad para 30 personas por pabellón y edificados con ladrillo, mampostería, estuco, lambrines de mosaico y fierro, cielo raso y pavimento que resultaban fáciles de desinfectar y limpiar. Contaba con una Junta de Caridad cuyos vocales eran personajes prominentes que fueron elegidos por el Cabildo. Se determinó que el regidor de hospitales, el síndico y el alcalde se encargarían de inspeccionar el aseo, los medicamentos, los permisos y la responsabilidad del personal del manicomio.

En el nosocomio se recibiría de forma gratuita a enfermos de todo el Estado, siempre y cuando comprobaran su pobreza o a través de un sistema de pensiones. Como sólo contaba con un área para varones, las mujeres tuvieron que permanecer en los hospitales civiles. El edificio contaba con dormitorios comunes, garitas circulares en el centro del patio que se cubrían de caucho para los enfermos furiosos, así como celdas aisladas. En mayo de 1896, la Junta de Caridad solicitó al gobierno estatal que se mandara a un facultativo a la Ciudad de México, a fin de que estudiara los modelos de hospitales para dementes que existían en la capital y

sus reglamentos. La intención de la Junta era capacitarlo para que asumiera la dirección del manicomio y que, además, elaborara un reglamento para la institución. Par cumplir con esta tarea, se comisionó al doctor Ignacio Gómez Izquierdo, quien había colaborado en el diseño del primer Código Sanitario del Estado y era miembro de las Sociedades Científicas y Literarias de Xalapa, así como de la Academia Nacional de Medicina. Gómez Izquierdo ocupó el cargo de director del manicomio hasta su muerte acaecida en 1908. También se ordenó que los jefes políticos realizaran un conteo del número de dementes que estaban en sus demarcaciones, enlistaran sus características y justificaran la razón por la que necesitaban el internamiento. Es importante mencionar que decreto 62 del 15 de diciembre de 1896 autorizó al jefe político a internar a quienes perturbaran el orden, lo cual evidenciaba que desde un inicio los ingresos de los dementes obedecían a lo dictado por la autoridad política más que a la recomendación de los médicos, tal como sucedía con los alcohólicos a quienes se les encerraba por padecer una “perturbación pasajera”.

Se estableció que el Manicomio tendría un presupuesto fijo que sería aportado por el gobierno estatal y por el municipal que lo tomaría de su rubro de “sobrantes”. También tenían la posibilidad de recibir donaciones, pero no se consideró la terapia laboral como una forma de lograr autofinanciamiento. En enero de 1897 se reinauguró el Manicomio de Orizaba. La ceremonia estuvo presidida por Apolinar Castillo que asistió en representación del gobernador Dehesa. En ese momento sólo había doce asilados dementes. Para 1899, el Manicomio contaba con dos salas (una para varones y una para mujeres), cuartos de curaciones, cuartos individuales, cuartos de excitados (con cama, almohadas y muros acojinados), un cuarto de baño con excusados y un depósito. Sólo siete personas trabajaban en el nosocomio, debido a que algunos de los servicios eran compartidos con los hospitales civiles como la cocina, la botica, la lavandería y el puesto del administrador. En lo que se refiere a los diagnósticos, se producirían importantes cambios pues de los cuatro (demencia, epilepsia, *delirium* tremens y enajenación mental) que se emplearon entre 1883 y 1889, se pasó a nueve (a los antes mencionados se sumó histeria, epilepsia alcohólica, manía, lipemanía y monomanía) que tuvo vigencia entre 1890 y 1896. La actualización de la clasificación daba cuenta que los médicos conocían teorías como la nosología, la cual postulaba que la descripción de los signos que transgredían las normas de comportamiento, como los gritos, el desorden, la impulsividad o la agresividad, podían ayudar a determinar la gravedad del padecimiento. En 1898, el doctor A. Barido Winter inauguró el sanatorio de Jicaltepec que fue la primera clínica psiquiátrica privada de Veracruz, la cual contó con el apoyo de la exención de impuestos tanto estatales como municipales.

En este lugar, Winter introdujo el método hidroterapéutico de Kneipp que consistía en caminar sobre superficies frías y mojadas, así como el uso de compresas y de plantas medicinales. En la publicidad de la institución se anunciaba que ellos no narcotizaban a sus pacientes, sino que utilizaban un método que ayudaba al robustecimiento del organismo. Asimismo, invitaban a la población a llevar a sus enfermos, pues estaban especializados en el tratamiento de enfermedades de carácter nervioso como la histeria y la neurastenia. Ayala (2007) considera que este tipo de anuncios daba cuenta de que los establecimientos privados desarrollaron una especialización terapéutica que podía ser comercializable. En la prensa también se anunciaban "remedios milagrosos", como la solución de Laroyenne, que podían curar padecimientos como la histeria y la epilepsia. Los médicos criticaban este tipo de anuncios, pues afirmaban que recurrir a la "medicina tradicional" representaba un obstáculo en la salvaguarda de la salud y del orden, lo que no ocurría en las clínicas especializadas cuyos conocimientos estaban avalados por la ciencia. En 1900, la Junta de Caridad y el Gobierno estatal aprobaron el reglamento del manicomio, el cual estaba conformado por 12 capítulos en los que se mencionaba el objetivo y vigilancia del establecimiento, los requisitos de internamiento, las tareas del personal y las reglas en la convivencia intramuros. El documento no describía los tratamientos que se iban a utilizar, pero si daba cuenta de que el establecimiento buscaba trascender la función de asilo.

Pese a que se habían estipulado los requisitos del internamiento, lo cierto es que en la práctica no se cumplieron en su totalidad. Por ejemplo, se determinó que la solicitud de ingreso debía dirigirse a la Junta de Caridad de Orizaba y se debía acompañar con un certificado médico que acreditara el padecimiento, asimismo se debía integrar una narración de los antecedentes que pudieran haber desencadenado el trastorno, misma que debía estar avalada por el jefe político y la Junta de Caridad. Mientras se evaluaba el expediente, los enfermos mentales eran remitidos a otro hospital. Sin embargo, los expedientes daban cuenta que muchos datos fueron omitidos. En algunas ocasiones, el jefe político no cumplía con su obligación de informar a los familiares sobre la recuperación del paciente, lo cual ocasionaba que permanecieran en estado de abandono pese a que el trámite de salida de la institución era sencillo, pues ésta sólo se debía registrar en un libro. También ocurrieron casos en los que se dio de alta a unos pacientes, pero no se les avisó a sus parientes. Como en 1904 se construyó el pabellón de distinguidos, las elites lo aprovecharon para desprenderse de la responsabilidad de sus familiares dementes. Para ello, se debía pagar una cuota que podía ser de 10 a 30 pesos mensuales. Este espacio no estuvo exento de situaciones abusivas, pues en ciertas ocasiones se internaron a personas sanas. Los foráneos también debían pagar una pensión para ser atendidos, la cual se fijaba en función de su nivel económico y cuando se demostraba que eran pobres, el importe era asumido por el

Ayuntamiento. Los enfermos provenientes de otros lugares no siempre recibían un buen tratamiento en su traslado. En el caso de los peligrosos, éstos debían ser acompañados por guardias.

Cuando se tenía conocimiento de que un paciente era insolvente, se avisaba a la Junta de Caridad para que dictara lo conveniente. Si el enfermo era pensionista entonces pasaba a la categoría de "asilado de gracia". Esta misma política se seguía cuando se descubría que el interno no tenía ninguna enfermedad mental, motivo por el cual se buscaba el nombre de quien había emitido el diagnóstico, aunque se desconoce si los médicos recibieron alguna sanción. La Institución estaba organizada en dos núcleos: el administrativo y el médico. El primero estaba conformado por el inspector de establecimientos de beneficencia, quien representaba a la Junta de Caridad, un administrador, un comisario, un portero y un cocinero; mientras que el segundo era integrado por el director, un practicante, un enfermero mayor y los loqueros o enfermeros. El personal tenía que cumplir con ciertas responsabilidades que garantizaban su permanencia dentro de la Institución, así como su condición legal. Por ejemplo, el administrador podía ser despedido si los enfermos se fugaban, mientras que el portero debía vigilar que no entraran sustancias como alcohol o drogas que alteraran el orden. El reglamento prohibía el maltrato injustificado e invitaba a que los tratamientos se realizaran con el mayor cuidado, a fin de salvaguardar la integridad de los pacientes, por lo que se debían limitar las medidas coercitivas. El inventario del hospital daba cuenta que existía un sillón de fuerza que se empleaba en la barbería, así como camisas de fuerza y esposas de cuero. A finales de 1904, el médico Manuel Macías remitió un informe al gobernador en el que mencionaba que las condiciones del edificio no eran las más adecuadas, pues las escasas celdas eran húmedas, obscuras y mal ventiladas.

Tampoco había baños con agua corriente sino unas cuantas bañeras. Cuando llovía, los escasos excusados dejaban fangoso el piso de los pasillos. La falta de seguridad ocasionaba que las fugas fueran frecuentes. Como los pacientes no estaban separados de acuerdo a su padecimiento, se complicaba su curación además de que estaban en peligro de contagiarse con ciertas enfermedades infecciosas, como la tuberculosis. A lo anterior se debía sumar las deficiencias alimenticias que producían enfermedades como el escorbuto, problema que se presentó de manera frecuente desde la creación del hospital. La última observación sería cuestionada por las autoridades administrativas del hospital, pues decían que los dementes tenían una mejor alimentación que el resto de los enfermos de los hospitales civiles. Asimismo, se debía tener en cuenta que su población era numerosa y había pocas altas de pacientes, lo cual complicaba el panorama sobre todo cuando se encarecían las provisiones. Sin embargo, Macías respondió que los pensionistas y los empleados eran los únicos que disponían de una buena alimentación. En el informe también se mencionó que era insuficiente la atención

que daba el médico, pues éste se limitaba a visitar a los pacientes a las siete de la mañana. Cuando el Jefe Político y la Junta de Caridad tuvieron conocimiento de la situación que imperaba en el hospital, decidieron realizar una serie de acciones para mejorar la atención a los enfermos. De este modo, se aprobó la construcción de espacios para la ropería, el botiquín y la despensa, así como bardas para mejorar la seguridad. Se decidió contratar más personal, reducir el número de los enfermos aceptados y se aumentaría el presupuesto destinado al manicomio.

Aunque estas disposiciones no se llevarían a cabo por la falta de interés de la autoridad política, lo cierto es que el manicomio logró adquirir cierta autonomía del Hospital Civil cuando se construyó la cocina, misma que contaba con una cocinera, una galopina y dos molenderas, así como una batería propia. Tener una cocina representó un alivio para la economía del manicomio, pues se redujo el costo de la alimentación, antes se cobraba ocho pesos por cada uno de los enfermos, además de que el hospicio les proveía de muchos de los productos alimenticios. A causa de la sobrepoblación del manicomio, en 1907 se realizaron una serie de cambios en la administración de la institución de dementes, pues se contrataron a 23 colaboradores que tenían la tarea de cuidar a los 121 pacientes que estaban asilados. Así, al médico director, el administrador, el portero, la cocinera, la galopina, las dos molenderas atoleras, el cabo de loqueros y los dos loqueros, se sumaron un médico adjunto, un médico practicante, un cabo de loqueras, dos loqueras, un loquero para distinguidos, un tesorero, un boticario, un farmacéutico, una rectora, un ayudante de botica, un velador, dos lavanderas y un mozo de administración. Pese a los cambios en la estructura, se carecía de un especialista en psiquiatría que permitiera emitir certificados más detallados, pues sólo se contaban con los que formulaban los médicos externos para cumplir con los requisitos del internamiento y que se limitaban a describir los síntomas o a suponer diagnósticos. Contar con un psiquiatra no sólo tendría mayor autoridad por la diaria convivencia con los dementes, sino que también se realizaría la anamnesis o rastreo de general de la información del enfermo, una reflexión sobre los antecedentes familiares y un análisis de cómo se desencadenó la locura. Lo anterior les otorgaría una mayor legitimidad social a los médicos del Manicomio.

Otro aspecto que cobró una gran importancia para las autoridades administrativas fue el relativo a la ropa de los pacientes y los enseres de cama, situación que se explicaba por el clima de Orizaba en el que predominaban las lluvias y el frío. Los hombres usaban blusa de dril, camisa, pantalón de manta o dril y calzoncillo, mientras que las mujeres vestían enaguas, saco, camisones de percal y manta. Estos materiales fueron elegidos por su resistencia y su bajo costo. Como la ciudad era una importante productora de textiles, existía la facilidad de que fueran elaborados por alguna de las instituciones de beneficencia o que se compraran hechos a bajo costo. Ante la austeridad con la que se manejaba el nosocomio, a los

enfermeros se les asignó la tarea de evitar su mal uso o que se perdieran. La ausencia de zapatos en los inventarios daba cuenta de que probablemente los enfermos mentales no los empleaban. En cuanto al mobiliario y los utensilios, se buscó que fueran económicos y resistentes. Se estipuló que sólo se adquirirían nuevos muebles en función del crecimiento en el número de los asilados. El personal del manicomio tenía la obligación de cuidar del mobiliario y de evitar que los pacientes se lastimaran con los utensilios. Las actividades al interior del Manicomio se organizaban en función de las épocas del año: en verano se cerraban las instalaciones a las 7 de la noche y a las 9 se daba el toque de silencio, mientras que en invierno se concluía a las 6 y a las 8 sonaba el toque. Se organizaron dos días de visitas en función del género: el jueves se destinó a las mujeres y el domingo a los hombres. Los familiares sólo podían estar dos horas, de 3 a 5 de la tarde, con los pacientes.

Aparte de las visitas, todo hace suponer que en el Manicomio no se organizaron otras actividades de esparcimiento para los asilados. Es importante mencionar que el edificio contaba con iluminación eléctrica que era proporcionada a un bajo costo por una empresa dependiente del Ayuntamiento, aunque también se llegó a emplear carbón y leña. En 1908 se estableció una institución particular, la Casa Gregorio Mendizábal, que, de acuerdo a su publicidad, atendía trastornos mentales como la histeria, la neurastenia y “el mal de vito”. Para ello utilizaba aparatos de rayos x y electroterapia. También ofrecía servicios dentales y quirúrgicos. Aunque en un principio se determinó que el Manicomio tendría capacidad para atender a 60 pacientes, lo cierto es que para 1910 se cuidaban entre 128 y 135, circunstancia que ocasionó que se planteara la posibilidad de su ampliación, pero ésta no se llevó a cabo. Según los informes de 1909 a 1911, la mayor parte de los asilados eran de Orizaba (59%), después seguían los del puerto de Veracruz (18%), Córdoba ocupaba el tercer lugar (9.5%) y el resto provenían de las regiones centrales del Estado, pues eran las que tenían una mayor facilidad de gestionar la remisión de sus enfermos mentales. Ante la propuesta de la Junta de Caridad de limitar el ingreso de los pacientes orizabeños, las autoridades municipales les recordaron que ellos aportaban un porcentaje para el sostenimiento de la Institución. Entre 1910 y 1912, el Manicomio vivió una situación complicada a causa de que se descubrieron una serie de irregularidades administrativas, además de que la Beneficencia comenzó a politizarse como consecuencia de la inestable situación que se vivía tanto en el Estado como en el país.

Sin embargo, en 1912 se consiguió que parte de los recursos obtenidos por la lotería se destinaran al Hospital. Al año siguiente, se mantuvo ese presupuesto gracias a la presión de la Junta de Caridad que amenazó con renunciar si se reducían los fondos. Con la intención de mantener a flote la economía del nosocomio, se decidió que los enfermos incurables regresaran con sus familias

aunque podían reingresar en caso de que estuvieran en peligro. En 1914 se presentó un grave problema en el hospital, debido a que, a causa del bloqueo que vivía el puerto de Veracruz, disminuyó el dinero asignado para su mantenimiento, lo cual originó, entre otras cosas, que algunos enfermos mentales presentaran problemas intestinales que les ocasionarían la muerte, lo cual generó las quejas de sus familiares. Este hecho desnudó la situación que se vivía al interior del nosocomio, pues no sólo se descubrió que no existía un libro en el que se debían registrara las causas de las defunciones de los pacientes, sino que también se habían producido fraudes que fueron ocultados por los ex tesoreros que se negaron a entregar información sobre la contabilidad del lugar y se conoció que uno de los administradores había huido con el dinero de la nómina de los trabajadores, razón por la que se dictó una orden de aprehensión contra el culpable. Con el triunfo del constitucionalismo, el nuevo gobierno revolucionario buscó reestructurar la Beneficencia. Una de las primeras acciones que realizaron fue la destitución del director del manicomio Rafael Labardini (1908-1915), del médico adjunto y del administrador de hospitales civiles, pues se les acusó de ser porfiristas y huertistas.

A Labardini se le cesó pese a ser un personaje reconocido en el ámbito social veracruzano, pues se le reconocía como el inventor de un jarabe llamado grindelia, el cual se utilizaba en el tratamiento de enfermedades broncopulmonares. También fue el impulsor de la instalación de la Cruz Roja en varios municipios veracruzanos, dirigió varias instituciones como el hospital militar, el asilo de ancianos y algunas escuelas municipales, y fundó el Sanatorio Orizaba. En su lugar se nombró al médico Federico L. Hopper (1915-1921), quien estudió en la ciudad de México y era autor de algunas obras de psicología como *Psicología general, Naturaleza del alma y Lecciones de filosofía.* A este médico se le atribuía la invención de unas inyecciones que se empleaban en la curación del asma. Con la desaparición de la figura del jefe político, se favoreció el diálogo directo entre los solicitantes de internamiento y la Junta de Administración Civil. Pese a los cambios administrativos, no se produjo un mejoramiento en la calidad de vida de los enfermos mentales, sino que, por el contrario, su situación se deterioró, tal como sucedió en 1919 cuando se ordenó quitar la carne de la dieta con el argumento de la austeridad. De hecho, entre 1919 y 1921 se registraron numerosas muertes por enfermedades intestinales que fueron provocadas por la falta de higiene del establecimiento, además de que aumentaron las denuncias de maltrato. Sería hasta 1932 cuando se llevó a cabo una reforma importante, pues se ordenó la desaparición de las Juntas de Caridad. En 1943 comenzaron las tareas para ampliar el manicomio, el cual contaría con un mayor número de jardines, un área para sembrar hortalizas y podía recibir hasta 200 pacientes.

Este manicomio continúa en funcionamiento, aunque ahora se le conoce como Hospital de Salud Mental Manuel M. Concha. Recibe a pacientes de Puebla

y Oaxaca. Por su valor histórico no se ha modificado su estructura y es considerado un hospital escuela (Estrada, 2018). La investigación de Ayala sobre el Manicomio enfocó su atención al período del Porfiriato, aunque existen algunas referencias del período posrevolucionario. Como se ha visto, el manicomio se construyó con objetivos bien definidos, pues se buscaba su separación de los hospitales civiles públicos. Si bien sus funciones se limitaron a la asistencia y no a la recuperación de los pacientes, como consecuencia de sus limitaciones económicas y profesionales, algunos médicos realizaron diagnósticos y propusieron cierto tipo de tratamientos, a pesar de la intromisión de los jefes políticos. A pesar de que el Manicomio era una institución de carácter público, es de llamar la atención la participación que tuvieran las elites que impulsaron su construcción de diversas maneras, sea por la aportación de dinero o al emprender cierto tipo de acciones. Sin embargo, y tal como sucedió en Nuevo León, el Hospital de Orizaba provocó una controversia respecto a la pertinencia de construir un espacio para los enfermos mentales. A diferencia de Jalisco en donde existieron varias instituciones privadas, en Orizaba se mencionan dos sanatorios que proporcionaban terapia a los dementes. En la estructura arquitectónica del Manicomio se podía apreciar la asimilación de los paradigmas higiénicos internacionales, pero, como señala Ayala, se requiere investigar cuáles personajes introdujeron estas nociones de la modernidad.

3.2.5. Michoacán

Este apartado retoma las ideas de César Campos (2007) que refiere que el primer hospital que se estableció en Michoacán fue el Real de San José entre los años de 1580 y 1588. La obra fue impulsada por el cabildo eclesiástico y por fray Juan Medina de Alarcón. Este hospital se reubicó en dos ocasiones. La primera en 1660 cuando se adecuó el convento de San Agustín, gracias a la aprobación del fraile Diego de Aguilera que tenía conocimientos de medicina. La segunda ocurrió en 1704 cuando se trasladó a un palacete ubicado cerca de la catedral. Para esos años, los juaninos habían asumido su administración. En el ámbito local se mostró cierto interés en el tratamiento de las enfermedades mentales, tal como ocurrió con el médico Ignacio Fernández de Córdoba (1777-1816), quien estudió en Madrid y trabajaba ciertas fabulas, por ejemplo la *Receta para el histérico* como parte del tratamiento moral. Otro personaje que también se interesó en el asunto fue el sacerdote Joseph Pérez Calama que escribió un tratamiento para la hipocondría. Estos conocimientos, junto con la medicina nativa, generaron un “conocimiento sui generis” en el tratamiento de la salud. En 1830 se estableció una Escuela de Medicina en Morelia, la cual, según Campos, fue la primera que se fundó en México. Este nosocomio, que ya había cambiado su nombre a San Juan de Dios, comenzó a atender a enfermos mentales, aunque en los registros aparecieron hasta 1858, año en el que, por medio de un informe de inspección realizado por unos estudiantes, se mencionó que existían 56 pacientes separados de acuerdo a su

enfermedad, salvo los dementes que se ubicaban en un depósito de colchones y que eran sometidos por medio de cepos, torturas y fuego.

A finales de 1858, el establecimiento fue secularizado por lo que quedó a cargo de la Inspección General de Beneficencia Pública, quien ordenó su reubicación en un par de ocasiones en la década de 1860. Tras la restauración de la República, ocupó el convento de las Capuchinas lugar en el que los dementes fueron distribuidos en cuatro departamentos que se ubicaron en la planta baja del tercer patio. También se decía que existían celdas de aislamiento en uno de los patios interiores. En cuanto a los tratamientos, el doctor Crescencio García (1817-1894) publicó en 1859 el *Prontuario de materia médica*, en el que proponía el uso de la marihuana para tratar la epilepsia, el delirium tremens y la enajenación mental. En otro de sus trabajos, *Armonicoterapia o sea la curación de las enfermedades con la aplicación de la música*, sugirió que este método podría ayudar a la sanación del alma y del sistema nervioso. Y en *El tabaco* exponía sus beneficios para tratar enfermedades pulmonares, parasitosis y patologías cerebrales, además de destacar sus propiedades antiheméticas. En 1889, el médico y religioso Manuel Martínez Solorzano presentó una disertación titulada “El sueño nervioso provocado o hipnotismo experimental”, en la que retomó a autores como Charcot y Berheim para demostrar los beneficios de este tratamiento, además de que mencionó que en 1887 el doctor Mateo González utilizó esta técnica, en la Escuela de Medicina, para el tratamiento de la neurosis histérica. En 1901 se construyó un nuevo edificio, de estilo francés y diseño pabellonal, para la Escuela de Medicina y el Hospital Civil, los cuales, desde 1896, compartían espacios.

El Manicomio se ubicó en la parte posterior del recinto para evitar problemas con el resto de los pacientes. Se dispusieron dos áreas para hombres y mujeres. En cada una había 18 camas, aunque se destinó un área con diez camas para los “enfermos agitados”. Contaba con un área de duchas, un comedor que tenía una ventilación adecuada, una sala amplia para que convivieran los enfermos “tranquilos”, un cuarto para enfermeros, un patio para ejercicio de los “agitados” y una biblioteca cuyos libros provenían del colegio de San Nicolás más donaciones realizadas por el Estado y por algunos particulares. Entre los libros que se ocupaban de las enfermedades nerviosas estaban *Manual razonado de practica criminal y médico-legal forense mexicana* de Rafael Roa Bárcena; *Afecciones del alma, sistema nervioso, clínica médica y sugestión mental* de Bourru y Burrot; *Enfermedades del cerebro* y *frenología* de Cerise; *Electroterapia* de Cyon; *Epilepsia, toxicología* de James; *Genialidad* de Lombroso y *Legislación* de Petit, entre otros. Campos (2007) menciona que no existe información del Manicomio entre los años de 1901 y 1948. Sin embargo, el interés en la psiquiatría se plasmó, en 1917, en la carrera de medicina que incluyó esta materia de forma opcional, aunque diez años sería incluida en el programa de estudios en el área de clínica médica. El médico

potosino Ponciano Tenorio (1912-1963) tendría un papel fundamental en la consolidación de los estudios psiquiátricos. En 1943 se convirtió en profesor de la Facultad de Medicina en donde propuso la clase de Neurología. Por causa de unos conflictos estudiantiles, tuvo que enseñar en secundaria y preparatoria, niveles en los que impartía la asignatura de psicología, y en la Escuela de enfermería donde estaba a cargo de la materia de Higiene Mental y Psiquiatría.

En 1945, Tenorio asumió la Dirección del Departamento de Medicina Interna en el Hospital Civil de Morelia, el cual también era conocido como Hospital Dr. Miguel Silva. Dos años después realizó un curso de especialización en Neuropsiquiatría en el Manicomio General de La Castañeda, el cual tuvo una duración de seis meses. Durante su residencia se ganó el aprecio de los psiquiatras Edmundo Buentello y Leopoldo Salazar Viniegra, quienes lo invitaron a integrarse al cuerpo de médicos del Manicomio General, oferta que declinó pues en 1948 regresó a Morelia para asumir la dirección de la sala de enfermos mentales del Hospital Civil, al mismo tiempo que promovió que en la Escuela de Medicina se enseñara neurología y psiquiatría. Con la intención de orientar el plan de trabajo, mantuvo una estrecha comunicación con el psiquiatra Samuel Ramírez Moreno que trabajaba en La Castañeda. Así, en 1950 se comenzó a enseñar psiquiatría de manera continua en la Universidad. Tenorio también promovió la introducción de terapéuticas modernas como como el choque por cardiazol, por insulina y por electroconvulsión. Junto con otros de sus colegas, Tenorio estableció una clínica de especialidades que impartía consultas a nivel privado. Uno de los hechos más importantes para el desarrollo de la psiquiatría en Michoacán fue la construcción de un hospital psiquiátrico, situación derivada del hecho de que durante la segunda mitad del siglo XX se produjo un crecimiento demográfico en Morelia que impulsó la modernización de la ciudad, a través de la construcción de escuelas y el mejoramiento del espacio público de acuerdo a las normas sanitarias vigentes.

Ponciano Tenorio aprovechó la presencia de Adolfo Ruiz Cortines en Morelia, quien era candidato a la presidencia de la República, para exponerle las complicaciones que existían en los anexos neuropsiquiátricos de los hospitales generales, por lo que sugirió que el nuevo hospital que se construyera debía adoptar el modelo de las granjas hospital. Su propuesta fue respaldada por Ángel Ortiz Escudero, quien era el director de la granja hospital San Pedro del Monte en Guanajuato, por lo que se aprobó el proyecto y se comenzó su edificación en 1956 durante el gobierno de Dámaso Cárdenas del Rio (1950-1956), misma que se terminó en el periodo siguiente de David Franco Rodríguez (1956-1962). El costo de la obra ascendió a 60 000 pesos que fue cubierto en igual proporción por el Estado y la Federación. La granja hospital, nombrada Dr. José Torres, tuvo en Ponciano Tenorio a su primer director, quien ocupó el cargo entre 1958 y 1963. En sus inicios, el personal de la granja hospital se limitaba al director y tres enfermeras.

En un principio, la prensa mostró entusiasmo por la apertura del nosocomio, pero después se manifestó una postura crítica sobre todo con el asunto de la terapia ocupaciones, pues se llegó a afirmar que era una forma de lucrar o de explotar a los pacientes. Ante tal situación, Tenorio explicó que era un método moderno que se adecuaba a las necesidades de cada paciente, por lo que se tenía la certeza de que se podría lograr su recuperación. Sin embargo, el Manicomio no se salvó de recibir denuncias por supuestos maltratos a los dementes. Para cumplir con una función pedagógica, el nuevo hospital mantuvo una colaboración con la Facultad de Medicina y el Departamento de Neuropsiquiatría de la Universidad michoacana.

Con la publicación de su reglamento, el hospital sufrió varias modificaciones, pues se estipuló que sólo se recibiría a los enfermos susceptibles de recuperación, mientras que los crónicos serían transferidos a otras instituciones o tendrían que regresar con sus tutores. También se determinó que no se recibirían a presos, ni a menores de 12 años. Cuando se superara su capacidad, la Institución se reservaría el derecho de admitir a los pacientes. También se dispuso que los asilados pagaran una cuota de acuerdo a sus posibilidades, sin que se les considerara pensionistas. Pese a que el hospital no se consideraba parte del sistema de las granjas hospital, continuaba con su labor de hospitalizaciones y consulta externa. En 2007 contaba con una capacidad de 50 camas para hombres y 30 para mujeres. Para finalizar, vale la pena recordar que la atención a los enfermos mentales en los hospitales de Michoacán, al igual que otros de los mencionados antes, fue asumida por las órdenes religiosas que apelaban a la caridad, aspecto que se modificó en el transcurso del siglo XIX y principios del XX. El Hospital Civil adoptó el modelo de pabellones, pero no se buscó la separación de los pacientes acorde a los trastornos que padecían. Llama la atención que la profesionalización de la psiquiatría girara en torno a Ponciano Tenorio, quien además fue el promotor de la construcción de una granja hospital que mantenía una autonomía administrativa con respecto al Manicomio de La Castañeda, pues no recibía a pacientes crónicos sino que los transfería, por lo que no cumplía con la estipulación de convertirse en un lugar que ayudara al desahogo del hospital capitalino.

3.2.6. Yucatán

Rodríguez (2014a, 2014b y 2014c) menciona que desde el siglo XVI, la asistencia hospitalaria en el territorio de Mérida fue brindada por los franciscanos, motivo por el que los conventos, sobre todo los que eran sostenidos por la comunidad de indígenas, contaban con una enfermería. Un siglo después, los juaninos también asumieron las labores de atención médica. El clero colaboró con los hospitales hasta su secularización en la década de 1820. La atención a la locura asumió un matiz distinto en 1864, año en el que el doctor guatemalteco Agustín O´Horan asumió la dirección del hospital de San Juan de Dios. Su trabajo fue tan significativo

que a su muerte, ocurrida en 1884, el nosocomio sería nombrado en su honor. Ante la modernización que vivía la ciudad de Mérida, gracias al desarrollo de la industria henequenera, y ante la proximidad de los festejos del Centenario de la Independencia, se planteó la necesidad de reubicar el Hospital, pues el edificio que lo albergaba tenía espacios insuficientes e instalaciones inadecuadas. Al tiempo que se construía el nuevo hospital O'Horan, se construyó un asilo para cumplir con las disposiciones testamentarias del doctor Leandro León Ayala, quien, para tal propósito, donó 25 000 pesos. Sin embargo, como ya existía un hospital general, se decidió construir un sanatorio exclusivamente para enfermos mentales. Para recaudar recursos, se realizaron diversos eventos artísticos entre 1903 y 1904, además de que se lograron obtener donaciones de particulares y un subsidio de parte del gobierno estatal. La construcción del hospital para dementes refrenda la idea de Miguel Fajardo (2010) respecto a la especialización de los nosocomios a inicios del siglo XX. Tanto los hospitales, como la recién construida penitenciaria, serían ubicados al poniente de la ciudad, circunstancia que se explicaba por los cambios que se experimentaban al interior de la ciudad.

La burguesía buscó reafirmarse simbólicamente a través de la construcción de obras urbanísticas, en las que se retomaron los modelos extranjeros sobre todos franceses. La ciudad adquirió una funcionalidad específica, por lo que en el norte y el oriente se edificaron obras residenciales como el paseo Montejo. En relación a las instituciones de beneficencia, aunque se trató de hacer confluir la caridad y la ciencia, lo cierto es que existió se buscó apartar a los anormales. El diseño y administración de las instituciones de beneficencia sería dejada en manos de comités que estaban integrados por médicos, abogados, profesores y representantes de la élite (González, 2009; García, 2013). Tanto el Hospital O'Horan como el asilo Leandro Ayala tendrían un diseño de pabellones, mismo que fue propuesto por el doctor Saturnino Guzmán Cervera quien los había conocido en París. Los planos originales fueron elaborados por el ingeniero Salvador Echegaray, pero la construcción sería dirigida por el ingeniero Jesús Padilla, quien contó con la asesoría de los psiquiatras Eduardo Urzaiz Rodríguez, quien había realizado estudios de especialización en Nueva York, y Salvador Urcelay, quien después sería director del establecimiento. El manicomio constaba de un edificio central de estilo neoclásico con dos pisos en donde se situaron la cocina, la lavandería y los talleres. A cada uno de los costados se situaron el área de hombres y el de las mujeres, las cuales estaban separadas por una doble verja de hierro. El nosocomio tenía una capacidad de 290 camas que se distribuían en 20 salones que contaban con una ventilación e iluminación adecuada. En cada sección, se realizaba la separación de los pacientes en función de su comportamiento más que de su diagnóstico. Así, existía una zona para "tranquilos" que tenía cupo para 32 pacientes, una para

“agitados”, una para “furiosos” en la que había celdas individuales, una para “epilépticos” y una para “sucios”.

En cada pabellón había una cocina, una enfermería, una escuela, baños y un área de observación. En el caso del hospital “Leandro Ayala”, los pabellones no estaban comunicados, pero existía un pasillo, entre las áreas de los hombres y las mujeres, que permitía el desplazamiento del personal sin tener que interactuar con los pacientes. También contaba con una huerta y corrales para la terapia laboral de los pacientes, así como jardines para la distracción de los enfermos (González, 2009; García, 2013; Rodríguez, 2014a). En 1906 se aprovechó la visita del presidente Porfirio Díaz para inaugurar la penitenciaría, la cual ya estaba en funcionamiento desde 1895, el nuevo hospital O´Horan, el hospital Leandro León Ayala y el paseo Montejo. El hospital general contaba con innovaciones terapéuticas y espacios para el ejercicio médico, como el cuarto de cuarto de cirugía, los laboratorios de química y bacteriología, los aparatos radiológicos y los materiales de anestesia y esterilización. Es de mencionar que los laboratorios merecieron el reconocimiento del bacteriólogo Hydeyo Noguchi durante la visita que realizó en 1920 como representante del Instituto Rockefeller. El discurso inaugural del Manicomio estuvo a cargo del doctor Urzaiz, quien destacó que la “insania” mental provocaba diversas complicaciones en las sociedades que anhelaban el orden y el progreso. Pese a que ésta era difícil de ubicar entre las enfermedades, había logrado crear una clasificación que la incluía (García, 2013; Rodríguez, 2014a).Aunque en el Estado se vivía una situación de bonanza económica, la prensa denunció la situación de precariedad y explotación en la que vivía la mayor parte de la población, circunstancias que, según Canto (2012 y 2017), provocaban el deterioro de su salud física y mental, lo cual se reflejó en los numerosos casos de suicidio que se registraron a finales del siglo XIX, mismos que fueron provocados por aspectos sociales y fisiológicos.

Aunque se consideraba una situación irracional, se debía tener en cuenta que en la legislación yucateca no se castigaba al suicida, sino que se promovía una investigación para determinar la veracidad de las causas y con ello, tener certeza de que no se trataba de un homicidio o de una conducta inducida. En ciertos casos, el estigma social era el causante del suicidio, tal como ocurrió en los casos de enfermos de pelagra, una enfermedad causada por la desnutrición y que es endémica de climas templados y tropicales, cuyo parecido a la lepra ocasionaba que los contagiados fueran segregados y abandonados por considerarlos un riesgo para la comunidad, debido a que ésta se manifestaba en forma de lesiones cutáneas y anomalías intestinales, además de que se tenía miedo de contagiarse de la locura que aparecía en cualquier fase de la enfermedad, la cual implicaba estados mentales que iban desde la esquizofrenia hasta la histeria y la melancolía. El peritaje en los casos de suicidio estuvo determinado por la zona en la que ocurría. Por

ejemplo, en el medio rural, en la mayoría de las ocasiones, se prescindió del dictamen del médico en el diagnóstico de la locura. Sólo bastaba que se recabaran algunos testimonios que eran legitimados por las autoridades locales. Lo contrario sucedía en las ciudades en donde los archivos judiciales y la prensa fueron determinantes para el seguimiento de dichos eventos, aunque se presentaban diferencias en las maneras de presentar los hechos, pues se manifestaba cierta indulgencia cuando se hablaba de los sectores influyentes cuyos casos eran presentados de manera escueta y con tintes de romanticismo.

En contraste, en los sectores marginales se enfatizaba que los suicidios eran causados por el abuso en el consumo del alcohol, la ignorancia y el libertinaje, es decir, se reproducían los estigmas que estaban asociados a las clases bajas. En estos casos, los médicos legistas investigaban el suicidio no con la intención de comprenderlo sino para repudiar el acto, razón por la que no utilizaban los conocimientos de psiquiatría que existían en esta materia. Como la evaluación de este acto tenía un matiz moral, no debía sorprender que se le considerara un atentado contra Dios o un acto de cobardía. Esta faceta moral adquiría tintes más dramáticos cuando se trataba de las mujeres, pues se decía que sus acciones ponían en riesgo la estabilidad familiar. Es de destacar que los hombres suicidas fueron considerados neurasténicos, por lo que se pensaba que podían ser rehabilitados por medio del trabajo, situación que no era aplicable a las mujeres porque se creía que sus conductas eran premeditadas. El asilo Leandro León fue clausurado en la década de 1950 y su edificio sería utilizado para albergar el Instituto de Cultura de Yucatán y Centro Estatal de Bellas Artes. (Canto, 2012; Rodríguez, 2014a; Canto, 2017). En 1954 se creó el Instituto Neuropsiquiátrico que se ubicó en la zona poniente de Mérida, pues con ello se buscaba sustituir varios de los edificios del periodo porfirista. El nuevo hospital buscó ser el primero en su tipo en México, meta que se cumplió pues sería hasta la década de 1960 cuando en la ciudad de México se fundó el Instituto Nacional de Neurología y Neurociencias. La construcción del Instituto sería promovida por el gobernador José González Beytia, quien pidió al Ingeniero Mario Duarte Carillo y al médico Raúl Cárdenas Torre que diseñaran el proyecto.

Al Patronato que administraba el desaparecido asilo Leandro León se le encargaría la vigilancia de la construcción. El edificio del Instituto tenía un estilo art deco. Se construyó en un terreno donado por el gobierno con financiamiento privado. Contaba con tres departamentos para consulta externa, una sala de conferencias, dos salas con camas para pacientes, una unidad quirúrgica, dos cuartos privados, una cámara de Gesell[81] y un patio estilo claustro que facilitaba el

[81] Fernández (2020) menciona que la cámara de Gesell es un laboratorio inventado por el pediatra y psicólogo estadounidense Arnold Gesell, en el que es posible observar la conducta humana a través de dos espacios

control de las áreas. Con esta estructura se pretendía atender las necesidades neuropsiquiátricas de la población de Yucatán, por lo que se planteaba que se adaptaría el espacio de acuerdo a la demanda del servicio. Su primer director fue el médico Raúl Cárdenas Torre. La creación del Instituto alcanzó cierto reconocimiento internacional, lo cual se hizo patente en el discurso pronunciado por el neurocirujano cubano Ramírez Corría en la ceremonia de inauguración, quien destacó el valor progresista, cultural y caritativo de la obra. El personal médico del Instituto estaba formado por varios galenos que se especializaron en el extranjero (González, 2009; Rodríguez y Castañeda, 2013; Rodríguez, 2014a). Como el Instituto Neuropsiquiátrico fue un proyecto impulsado por particulares, no ofrecía sus servicios de manera gratuita. De hecho, contaba con "cuartos privados" que permitían ofrecer un mejor cuidado a aquellos enfermos que lo podían pagar. En cuanto a su diseño arquitectónico mostró notables diferencias respecto a las granjas hospital que se construyeron en diferentes lugares del país. El Instituto adoptó el paradigma de la salud mental, lo que abrió camino a otras especialidades, médicas y no médicas, para participar en la rehabilitación de los pacientes, pero no existe certeza de que se hubiera retomado la terapia laboral y recreativa en la atención a los pacientes, pese a que contaba con huertas y jardines para tal efecto.

La atención a la salud mental en Yucatán, durante la primera mitad del siglo XX, asimiló los modelos higiénicos extranjeros que proponían la construcción de pabellones para albergar a los enfermos, situación que se modificó en la segunda mitad cuando se sustituyeron los antiguos hospitales porfirianos para construir modernos nosocomios que incorporaron tecnologías y estrategias innovadoras como la cámara de Gesell. Los médicos tuvieron un papel relevante en la atención psiquiátrica, pues no sólo se pidió su asesoría para el diseño de las nuevas instituciones, sino que también podían diagnosticar la locura sobre todo en aquellos casos que tenían implicaciones judiciales (González, 2009; Canto, 2012; Rodríguez, 2014a; Canto, 2017). Sin embargo, en algunos casos la valoración social excluyó la opinión médica. Los autores revisados no mencionan cuál era el procedimiento de ingreso, si la atención en los hospitales era gratuita o si contaron con convenios de colaboración con las instituciones de seguridad social, tal como ocurrió en Jalisco con los manicomios privados (Cocula, 2014). Lo cierto es que, al igual que otros de los ejemplos presentados, la atención a los enfermos mentales estaba determinada por los pagos que se realizaban. Tras presentar este panorama general de algunos de los hospitales para dementes que se instalaron en el país, el siguiente capítulo centrará su atención en el Hospital de San Roque de la ciudad de Puebla para mostrar sus orígenes y su organización interna.

divididos por un espejo unidireccional de gran tamaño, de tal manera que de un lado se puede ver lo que sucede en el otro sin ser percibido.

Capítulo 4. Historia del Hospital de San Roque en Puebla. De su origen a mediados del siglo XX.

Introducción

En este capítulo se abordará la historia del hospital de San Roque desde sus orígenes en el siglo XVI hasta mediados del siglo XX. Tras el proceso de secularización ocurrido en el siglo XIX, este hospital que era atendido por religiosos pasaría a ser jurisdicción de la Beneficencia Pública, lo cual representó un cambio en el tipo de asistencia que se les daba a los enfermos. Este nosocomio, como dependencia estatal, sufrió tanto los avatares políticos como económicos, mismos que generaron cierta inestabilidad que se manifestaría en la administración como en la ministración de fondos para atender sus necesidades. En este sentido, en este capítulo se buscará entender cuál era el tipo de atención que se brindaba en el hospital, cuántas enfermas se atendían, qué relaciones se establecían con las familias de las enfermas, cuáles eran los paradigmas que se aplicaban en el cuidado de las enfermas. Este trabajo se divide en cuatro apartados: en el primero se presenta una breve historia del hospital durante la época virreinal. En el segundo centra su atención en el siglo XIX para entender la relación que el nosocomio estableció con la Beneficencia Pública. El tercero explora las actividades del hospital durante la revolución mexicana y las dificultades que enfrentó para poder sobrevivir. En el cuarto se exponen las transformaciones que se vivieron en el Hospital como fruto de los cambios en los paradigmas de atención a los enfermos mentales.

4.1. El Hospital de San Roque. De su origen y funcionamiento en el virreinato

La preocupación por el control sobre los menesterosos, locos y criminales ha estado presente en diversas épocas y culturas. En el siglo XVI, el filósofo humanista español Luis Vives consideraba que esos sectores representaban un factor de inestabilidad y eran causantes de enfermedades, aunque confiaba en que el trabajo, a modo de castigo, podría regenerar al individuo para su reincorporación a la sociedad. En lo que respecta al virreinato de la Nueva España, la atención a las clases menesterosas sería asumida por las órdenes religiosas que construyeron hospitales para tal fin, circunstancia que les permitió legitimar su presencia social sobre todo por la regulación de ciertas prácticas con base en preceptos morales. Tanto en la ciudad de México como en la de Puebla se discutió sobre la manera en que se debía llevar a cabo la atención a los necesitados. Para tal fin, se construyeron hospitales que contaban con fuentes o pozos, boticas, retretes y salas que en algunos casos podían albergar hasta 40 pacientes. En ellos se incluyó personal especializado integrado por médicos, sangradores y herbolarios. El financiamiento de estas obras dependía de los recursos que le proveía la Corona, así como de la realización de rifas, obras de teatros y loterías (Fajardo, 1999; Ramírez Velasco,

2017). En lo que respecta a los enfermos mentales, éstos fueron atendidos por órdenes religiosas como la de los betlemitas[82] y la de los Hipólitos.

Sin embargo, la historiografía sobre la locura ha centrado su atención en la última orden cuyo fundador, Bernardino de Álvarez (1514-1584), fue ensalzado en un panegírico que lo mostraba como un "pecador" y un "aventurero" que logró la redención, motivo por el que destinó la fortuna que obtuvo en el virreinato del Perú a la atención de los locos, a quienes veía como "piedras vivas incapaces de mantenerse por sí mismos" y que "vagaban por el mundo siendo objeto de burlas". La orden de San Hipólito se fundó en 1569. Ellos establecieron una red que hospitales en la ruta del puerto de Veracruz a la ciudad de México y del puerto de Acapulco a la ciudad de México (Sacristán, 2001 y 2005a; Hidalgo, 2016; López, 2018). En 1590 se estableció el hospital de San Roque en la ciudad de Puebla, que obtuvo su patronazgo en 1624. Durante el siglo XVII se especializó en la atención a los enfermos mentales, circunstancia derivada de dos factores: su cercanía con el hospital de San Pedro que se dedicó a atender todo tipo de enfermedades principalmente desde 1681, cuando se estableció un reglamento para regir las actividades de los hospitales, los hospicios y las casas de misericordia; y por la prohibición de ingreso a tierras novohispanas de los llamados *llovidos*, por lo que ya no fue necesario dar asilo a militares, comerciantes, aventureros y religiosos que venían de ultramar.

San Roque se había convertido en un punto de reposo de los viajantes que transitaban hacia la capital con la intención de recobrar la salud del cuerpo y cuando se requería, del alma a cambio de oraciones, limosnas y actos de contrición. Por ello no debe sorprender que también se le conociera como Hospital de San Hipólito de la Caridad (Leicht, 1934; Bojalil, 2009; López, 2018). Una de las principales dificultades que padeció el Hospital fue la provisión de agua, lo cual motivó diversos requerimientos ante las autoridades en los que se apelaba a que la falta de agua generaba problemas de salubridad dentro de la institución, pues no sólo se empleaba en la cocción de los alimentos sino también en los diversos tratamientos terapéuticos (Ramos, 2020).

4.2 La atención a la locura en la Puebla decimonónica

Con la introducción de las ideas ilustradas, se promulgaron algunas leyes en 1805 tendientes a mantener el orden social, pero que abrieron la puerta para que se discutiera cómo proceder en los casos donde la transgresión era ocasionada por la demencia. Tras la independencia del país, San Roque pasaría a manos del Estado en 1821. En 1861 sería secularizado y en 1869 se determinó separar a los pacientes mentales, pues solo había 50 celdillas para su atención motivo por el que los varones fueron trasladados al convento de Santa Rosa, mientras que San Roque se destinó para las mujeres (Leicht, 1934; Ramos, 2020). Es importante analizar las

[82] La orden Betlemita era de origen guatemalteco y se extendió por Cuba, Bolivia y Argentina.

circunstancias políticas de la entidad poblana en la segunda mitad del siglo XIX, las cuales influyeron en las transformaciones que sufriría la Beneficencia Pública y por consiguiente, las dependencias que estaban a su cargo como los hospitales de San Roque y de Santa Rosa. Después de la caída del Imperio de Maximiliano, la gubernatura del Estado fue ocupada por diversos personajes: Rafael J. García en tres ocasiones (2 a 25 de abril de 1867, 24 de septiembre a 26 de octubre de 1867 y 16 de febrero de 1868 a 4 de marzo de 1869), Juan N. Méndez en dos ocasiones (25 de abril a 24 de septiembre de 1867 y 1 de octubre de 1880 a 1884), José de la Luz Palafox (27 de octubre a 25 de noviembre de 1867), Juan Gómez (25 de noviembre de 1867 a 16 de febrero de 1868), Ignacio Romero Vargas en dos ocasiones (1 de marzo de 1869 a 6 de marzo de 1872 y julio de 1872 a noviembre de 1876).

Ignacio R. Alatorre (6 de marzo a julio de 1872), José María Couttolenc (19 de noviembre de 1876 a febrero de 1877), Carlos Pacheco (febrero a 3 de mayo de 1877), Juan Crisóstomo Bonilla en dos ocasiones (3 de mayo de 1877 a 1878 y 1879 a 30 de septiembre de 1880), León Guzmán (1878), José de Jesús López (1878-1879), Ignacio Enciso (1880 a 31 de enero de 1885), Rosendo Márquez (1 de febrero de 1885 a 5 de junio de 1892), Crispín Aguilar (1892), Manuel M. Arrioja (5 de junio de 1892 a 31 de enero de 1893) y Mucio P. Martínez (1 de febrero de 1893 a 4 de marzo de 1911). Estos gobernadores tuvieron que afrontar una situación económica y política complicada. La capital estaba devastada como consecuencia de los sitios que sufrió en dos ocasiones, el de 1863 y el de 1867, además de que persistían algunos grupos rebeldes en diversas partes del Estado y que las elites regionales buscaban preservar sus privilegios, por lo que las negociaciones entre el Centro y las regiones se tornaron complicadas. Pese a la penuria de las arcas estatales, los gobernadores buscaron realizar mejoras en diversos ramos, entre los cuales estaba la Beneficencia y Asistencia social. En las últimas dos décadas del siglo XIX, la ciudad de Puebla experimentó una serie de cambios gracias al crecimiento económico que se experimentaba y a la estabilidad política que se alcanzó. Destaca en especial el gobierno de Mucio P. Martínez que logró establecer una alianza con las elites económicas, políticas y religiosas de la ciudad, lo cual sirvió para que pudiera formar un gabinete homogéneo, [83] aunque en su mandato tuvo que afrontar varios escándalos por corrupción y abuso de autoridad.

Algunas obras fueron promovidas por particulares, tales como el establecimiento de la Casa de Maternidad (1885), el Asilo particular de Caridad para ancianos (1888) que fue atendido por la orden de las Siervas del Sagrado Corazón de Jesús Sacramentado y la Casa de Salud (1890) que fue patrocinada por la Sociedad Española de Beneficencia. El Estado, por su parte, instituyó un

[83] Lomelí (2011) menciona que no todos los gobernadores tuvieron esa cualidad de negociación, pues, por ejemplo, Rosendo Márquez conformó un gabinete totalmente liberal que lo llevó a tener conflictos con el grupo conservador y la Iglesia católica.

Orfanatorio, un Asilo de Pobres y se construyó una nueva penitenciaria en 1891 que contaba con un museo antropométrico y de criminalística (Lomelí, 2011).

4.3. Los hospitales de dementes a fines del siglo XIX

En los dos establecimientos de dementes se tuvieron que realizar diversas remodelaciones, debido a que los edificios se encontraban dañados, situación explicable por el hecho de que los escasos recursos se destinaban al sostenimiento y mejoramiento de las condiciones en que vivían los internos en un hospital sobrepoblado. Ante las denuncias referentes a las condiciones de insalubridad que imperaban en los alrededores de San Roque, provocadas por la presencia de aguas sulfurosas y los negocios de tenerías, se hicieron algunas propuestas para reubicar el hospital de mujeres dementes, tal como ocurrió en 1871 cuando se planteó trasladarlas a la hacienda de Tlaxcolpala. Esta medida no se llevó a cabo, debido a la precaria situación económica del Hospital que se vio afectado por la crisis generada por la introducción de la moneda de níquel en 1870. Por si fuera poco en marzo de 1872 la agitación política amenazaba con alterar el funcionamiento y la seguridad de las asiladas en San Roque, pues por desconocimiento de la jefatura política hubo un momento en que se pretendió convertirlo en un cuartel militar, lo que se evitó gracias a la intervención de la Junta Protectora (Bojalil, 2009; Vargas, 2013; López, 2018; Bojalil, 2018a; Ramos, 2020). Vargas y Aguirre (2015) mencionan que son escasos los registros sobre la administración del manicomio de febrero a noviembre de 1872, por lo que suponen que se debió alterar el funcionamiento del hospital. A lo anterior se debía agregar el déficit causado por las deudas acumuladas entre 1869 y 1873 que, según Bojalil, ascendían a 4 681 pesos, misma que logró disminuir a 1 028 pesos hasta 1902. Con la intención de mejorar las condiciones económicas de los hospitales de dementes, el gobierno estatal autorizó en 1873 que se otorgara un aumento de 200 pesos en su presupuesto, lo cual sólo representaba el 20% de lo que se había solicitado.

La complicada situación que se vivía en San Roque quedó de manifiesto en 1875 cuando las distinguidas y las no distinguidas tuvieron que compartir la planta alta del manicomio, debido a que la planta baja se encontraba bastante deteriorada. Es probable que, para generar recursos, se haya tomado la decisión de rentar algunos espacios del edificio. A pesar de los problemas económicos, entre 1875 y 1876, los administradores de San Roque recibieron el reconocimiento de la Comisión Visitadora como se podía observar en los libros de Ordenanza. De hecho, se realizó un reconocimiento al licenciado Luis G. de la Vega por el buen estado en que se encontraban los jardines y por el uso de la música como terapia, asimismo se le agradeció por su iniciativa de rechazar el pago que le correspondía como administrador y por su “honesta labor” en la vigilancia de los correctos procesos de internamiento. En ocasiones se apelaba a la locura para deshacerse de los individuos, circunstancia por la cual después de un tiempo de estar en observación y si no presentaba signos de locura, ponía un juez a disposición del interno para

que se determinara su estado.[84] No era tan frecuente que ocurrieran este tipo de congratulaciones o por lo menos, no se han localizado en los expedientes del Hospital. Por ejemplo, en el caso de la ciudad de México se cuenta con el testimonio de Juan de Dios Peza, quien reconoció públicamente al doctor Miguel Alvarado, quien era director del hospital del Divino Salvador, por abordar ese terreno "árido y aterrador" del que muchos huían. La única recomendación que realizó la Comisión Visitadora fue mejorar las condiciones de ventilación del recinto.

Como en 1881 se volvió a evaluar las condiciones en que se encontraba el edificio del Hospital, se pensó que ya no era viable continuar con la renta de los locales inferiores, aunque también se consideró la posibilidad de que se construyera un área de mujeres en el de Santa Rosa, idea que se descartó porque no se logró reubicar ese manicomio en un edificio distinto, sobre todo después de que se incendió la iglesia de Santa Rosa en 1885. Aunque en 1906 se retomó la propuesta, tampoco se llevó a cabo por falta de recursos (Bojalil, 2009; Vargas, 2013; Vargas y Aguirre, 2015; López, 2018; Bojalil, 2018a). En 1885 se realizaron algunas mejoras en los dos hospitales, tales como la construcción de cuartos de observación para observar con mayor precisión quiénes tenían problemas de locura. Esta modificación resultaba innovadora pues se buscaba dejar atrás el antiguo procedimiento de ingresar de forma directa a los pacientes, sin necesidad de un peritaje médico, situación que, en palabras de la Junta Directiva de Beneficencia, equivalía a "robar a los verdaderos necesitados". Esta práctica "anómala" era consecuencia de que el diagnóstico de locura no era necesariamente emitido por un médico, sino que bastaba con el permiso del administrador del hospital para aprobar su ingreso. A esta circunstancia se sumaba la subordinación del poder médico al poder jurídico, pues en éste recaían los trámites burocráticos para el procedimiento de ingreso.[85] Con la instalación del cuarto de observación, se procedió a contratar a un enfermero o enfermera para que lo vigilara.

En esta tarea también colaboraba un practicante, figura que se creó en 1883 con el objetivo de que rindiera un informe que les permitiera a sus subalternos saber cómo se debía aplicar los medicamentos peligrosos, cuáles eran los procedimientos en caso de accidentes y que recabara los datos del paciente para su inmediata atención, lo cual podía considerarse como un antecedente de la historia clínica. (Vargas, 2013; Vargas y Aguirre, 2015; Bojalil, 2018a) Como en los hospitales de dementes poblanos buscaban brindarles un trato digno a los enfermos mentales, la Junta Directiva realizó diversas exhortaciones para que los médicos cumplieran su

[84] Remartínez (2018) menciona que en los manicomios de la ciudad de México se estableció un período de observación de seis días, pues había pacientes que llegaban drogados, a veces por influencia de alguien más, y ese tiempo bastaba para que se pasara el efecto.

[85] Bojalil (2018a) comenta que algunos de los administradores que emitieron su veredicto, sin ser médicos, fueron el abogado Luis de la Vega y Alejandro Zertuche. Vargas y Aguirre (2015) consideran que la potestad que adoptaron los poderes políticos para remitir pacientes era consecuencia de que la demencia se concebía como una manifestación delincuencial.

labor con “entusiasmo”, que se limitara el encierro a los casos de “enfermos agitados” que debían llevar camisas de fuerza[86], se indicaba al personal que estaba prohibido el maltrato so pena de ser castigados por el enfermero mayor,[87] y se implementaron diversas actividades inspiradas en el tratamiento moral, a fin de mantener ocupada la mente del enfermo y de esa manera, distraerlo de “ideas malsanas”. Algunas de ellas fueron los conciertos, los paseos en áreas verdes, las funciones de teatros, las lecturas y la realización de trabajos acordes a su género (Vargas, 2013; Bojalil, 2013; Vargas y Aguirre, 2015; Rivera, 2015). En el reglamento de 1882 se permitió que las internas de San Roque salieran los domingos: a la una de la tarde asistían a misa, al igual que el resto del personal del nosocomio, y en la tarde podían pasear acompañadas por dos enfermeros y un portero. También se les permitía ayudar en la cocina, situación que no sería igual en Santa Rosa donde se prohibió esta actividad a los varones (Vargas, 2013; Vargas y Aguirre, 2015).

Este reglamento, que permaneció vigente hasta 1930, según Bojalil (2009), no fue el primero que se implementó. Se tiene conocimiento que, en la década de 1870, los médicos utilizaron un reglamento para el hospital de varones dementes y otro para el de mujeres. El reglamento de 1882 sufrió algunas reformas en 1885 y 1896, pues se buscaba definir qué clase de enfermos podían recibir las instituciones de Beneficencia (Vargas, 2013; López, 2018; Bojalil, 2018a). Aunque Puebla había logrado alcanzar cierta estabilidad económica y política en las últimas décadas del siglo XIX, los inicios del XX estuvieron marcados por una crisis agrícola que desestabilizó a los sectores agrarios, además de que se produjeron una serie de movilizaciones obreras que obligaron al vicepresidente Corral a sentarse a negociar con los inconformes (Lomelí, 2011). En este escenario se propuso, en 1904, la ampliación del manicomio de mujeres para lo cual se anexaría una casa adjunta. La Secretaría General del Departamento Ejecutivo ordenó su reparación y se estudió la posibilidad de hacerle adaptaciones, a fin de que tuviera comunicación con otras áreas. Entre los trabajos realizados se encontraba el enlozado de los corredores y la colocación de rejas en la parte superior del edificio. La obra estaba a cargo del ingeniero Herminio Solís. Aunque se comenzaron a efectuar las modificaciones. Por causas desconocidas se suspendió en julio de 1905 y se retomaron las actividades hasta abril de 1906. Esta interrupción sería benéfica, pues se proyectó incluir algunos principios higienistas como mejorar la ventilación e iluminación en áreas como los dormitorios, con la intención de mejorar la salud de las pacientes.

Aunque el proyecto no estaba concluido, algunos miembros de la Beneficencia promovieron, entre octubre y noviembre de 1906, la idea de fusionar

[86] De acuerdo con Cortés y Palacios (2012), en el Hospital general, a finales del siglo XVIII, se usaban cepos y prisiones para “pexlaticos”, frenéticos y pobres que deliraban por las enfermedades agudas que padecían, motivo por el que el comisario Ignacio Domenech mandó sustituirlos por tarimas con fajas o ligaduras con la intención de que resultaran más cómodas.

[87] En los expedientes se mencionaba de manera indistinta mayordomo o enfermero mayor.

los dos manicomios, pues se podía aprovechar el edificio que ocupaban los hombres. Este proyecto sería supervisado por el consejo médico legal. La propuesta fue rechazada por tres razones: primera, el espacio se reduciría porque había que contemplar espacios diferenciados para los dos sexos; segunda, se tendría que cambiar la clasificación de las mujeres (en observación, asilados de gracia, pensionistas y distinguidos); y tercera, se debían hacer adaptaciones complicadas para evitar que las dos secciones se comunicaran. Esta última observación era de suma importancia, pues tanto el administrador, el doctor Alberto Moreno, como el vocal del Consejo Médico Legal, el doctor Manuel Vergara, advertían que muchos enajenados carecían de pudor, por lo que se podrían provocar escenas vergonzosas.[88] Otros problemas que percibieron se encontraban en la disposición espacial del edificio, pues los pasillos comunicaban directamente a la calle; no se aseguraba la integridad de los enfermos porque muchas celdas conducían a un corredor volado; la distribución del edificio impedía la vigilancia por lo que sería necesario contratar más personal; no se tenía una buena iluminación ni ventilación y sobre todo, no existían recursos ni espacios para el nuevo personal que se integraría. [89] Es probable que la recesión económica que se vivía, tanto a nivel local como nacional, haya influido para abandonar la propuesta de ampliación del manicomio de San Roque.

De hecho, el Administrador advirtió en noviembre de 1907 que aunque los proyectos de 1904 y de 1906 planteaban la ampliación del hospital, en realidad se había reducido el espacio porque varios techos estaban a punto de caer, lo que ocasionaba que no se pudieran utilizar. La situación económica del país y las objeciones planteadas ocasionaron que el proyecto de fusión de los dos hospitales no se llevara a cabo. Aunque en 1908 se anunció la construcción de un manicomio general, el proyecto no se realizó probablemente a que en la Ciudad de México se edificaba el Manicomio General de La Castañeda. Pese a las quejas del Administrador, no se retomaron las labores de remodelación de San Roque,[90] debido, entre otros factores, a la carencia de recursos económicos. Ello se podía corroborar en la subvención de 300 pesos que los dos hospitales recibieron en enero de 1910 y que representaba un aumento menor si se toma en consideración que el de 1903 fue de 200 pesos,[91] subvención que, según Bojalil (2018a), se les comenzó a entregar desde finales del siglo XIX. En febrero de 1911 los administradores de los hospitales solicitaron un aumento a causa de la inflación que

[88] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 73, expediente 377, legajo 7, f. 1; expediente 381, f. 5 y expediente 383, legajo 3, f. 1.

[89] AGEP, fondo Hospital de dementes, caja 73, expediente 383, legajo 3, ff. 2-9. En el expediente no se muestra ningún plano.

[90] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 74, expediente 394, f. 1 y caja 73, expediente 386, legajo 13, f. 2.

[91] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 73, expediente 376, legajo 11, ff. 1- 2; caja 74, expediente 391, legajo 7, ff. 1-2 y expediente 393, legajo 19, ff. 1-2.

se vivía en el país,[92] pero el gobernador les respondió, dos meses después, que los establecimientos dependientes del Estado no podían gastar más del presupuesto establecido.[93] Sería hasta noviembre de 1911 cuando el Administrador le solicitó al Secretario General del Departamento Ejecutivo que se concluyeran los trabajos en el hospital de mujeres, pues la interrupción del proyecto ocasionó que el edificio quedara en un "estado ruinoso", ya que se habían quitado varias puertas y pisos que no se repusieron, además de otros problemas que representaban un riesgo para la salud de las pacientes.

El Secretarío recordaba que durante las obras de saneamiento de la ciudad, en el mes de noviembre de 1907, se destruyó una parte de la acequia que conducía agua al molino del Carmen, hecho que tuvo repercusiones directas para el Hospital pues de esa acequia se canalizaba el agua que se utilizaba en los excusados del hospital. Aunque el gobierno le ordenó a un individuo apellidado Nishan, quien al parecer fue el contratista que suplió al ingeniero Herminio Solís, que construyera nuevos albañales, éstos se rompieron en junio de 1908. El Administrador notificó al Gobierno sobre lo que había sucedido, pero éste le ordenó guardar silencio por lo que no pudo denunciar que el contratista en lugar de colocar la bóveda destruida de la acequia, procedió a colocar unas tablas que no resistieron el peso de los excusados y se rompieron. El Administrador insistió en la necesidad de reponer los baños, pues la "fetidez" que salía de ellos no sólo era insalubre, sino que representaban un "riesgo mayor" porque tenía conocimiento de que se habían presentado casos de tifo en la ciudad. Las anteriores afirmaciones no resultaban exageradas. Se tiene conocimiento que en 1904 se había manifestado un brote de tifo exantémico en la ciudad (Livier, 2013). Asimismo, el Administrador advertía que en el mismo hospital se habían presentado dos casos: en 1906 una paciente fue internada a causa de esa enfermedad y un año después, una enfermera llamada Crescencia Zárate también resultó contagiada. Estos hechos reflejaban la vulnerabilidad a la que estaban expuestas las pacientes, sobre todo porque no existían condiciones para el saneamiento del edificio, pues el Ayuntamiento, como responsable de administrar el suministro de agua, establecía un horario que impedía que se efectuaran las labores de lavado del edificio, de la ropa y el aseo de las enfermas.[94]

Es importante mencionar que San Roque, a diferencia de Santa Rosa, no contaba con un área destinada a los enfermos infecciosos, razón por la que la paciente enferma de tifo fue trasladada a uno de los espacios que se habían terminado en el edificio anexo, en tanto que la enfermera fue transferida al Hospital

[92] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 74, expediente 393, legajo 23, ff. 1- 2.
[93] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 74, expediente 393, legajo 15, ff. 1-2.
[94] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 73, expediente 386, legajo 13, ff. 1-2 y legajo 14, ff. 1-2; caja 74, expediente 394, ff. 1-4.

General y se procedió a desinfectar el cuarto que ocupaba.[95] El funcionario advirtió que en su momento se había denunciado que los trabajos en la acequia se habían realizado mal y que las autoridades no se podían deslindar del asunto, pues ellos fueron los que contrataron a la persona que los ejecutó. Sin embargo, reconoció que el mismo contratista había advertido que no se podía reparar la acequia y que se debían construir caños nuevos. Por las razones anteriores, el Administrador solicitó que el Gobierno pagara el costo de la reparación, pues la Beneficencia carecía de recursos para hacerlo ya que tenía que atender los gastos de los dos hospitales de dementes, así como los sueldos de sus empleados. Como la petición no tuvo respuesta, el funcionario volvió a insistir, aunque ahora con argumentos diferentes. Decía que en invierno ya no se caían lluvias, por lo que el caudal de la acequia disminuía y se acumulaba materia orgánica en descomposición que podía generar enfermedades. Pese a que no se había logrado solventar el problema de los baños, el Administrador informó que se habían hecho otras mejoras como instalar las puertas que faltaban además de que se procedió a pintar las paredes de blanco. También aprovechó para informar que en el hospital de Santa Rosa se habían tapado los albañales, por lo que pedía que se repararan.[96]

4.4. Los Manicomios durante la época revolucionaria.

Para 1910, la ciudad de Puebla mostró un importante crecimiento poblacional, pues contaba con 96 121 habitantes lo que la situaba como la tercera ciudad más poblada del país, sólo detrás de la Ciudad de México que tenía 471 066 moradores y de Guadalajara que albergaba 119 468 personas. Durante las fiestas del Centenario de la Independencia de México, celebradas en el mes de septiembre, se inauguraron diversas obras en la capital entre las que se incluía el Hospital General, la instalación de tuberías metálicas para la conducción de agua potable y la colocación de 1 644 lámparas de tungsteno, sólo por citar algunas. Algunas asociaciones, como la Sociedad Mutualista de Dependientes, la Juventud de Puebla y la Liga Antialcohólica, realizaron eventos alusivos a la festividad (Lomelí, 2011; Santibáñez, Méndez, 2023). Sin embargo, dos meses después la llamada “pax porfiriana” acabaría, pues en diversos puntos del país, incluida la misma capital poblana, se producirían alzamientos armados que concluirían con la caída del régimen del general Porfirio Díaz. En el caso particular de Puebla, el gobernador Mucio P. Martínez, a quien la sociedad poblana ya no toleraba por sus excesos y su enriquecimiento ilícito, renunció el 1 de marzo de 1911. Su lugar fue ocupado de forma provisional por Rafael Isunza, quien gobernó del 4 de marzo al 20 de septiembre de 1911. La situación en la entidad fue de una marcada inestabilidad política que se reflejó en los constantes cambios de gobierno. Por ejemplo, en diciembre de 1911 el maderista Nicolás Meléndez y el zapatista Jesús Morales,

[95] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 73, expediente 383, legajo 4, f. 4; expediente 386, legajo 13, ff. 1-2.

[96] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 74, expediente 394, ff. 1-2; caja 73, expediente 386, legajo 13, ff. 1-2 y legajo 14, ff. 1 y 2.

conocido como el tuerto, se proclamaron gobernadores de Puebla, lo que ocasionó que la capital fuera sitiada por los zapatistas entre marzo y diciembre de 1912.

Para resolver el asunto, el 1 de febrero de 1913 se nombró gobernador al maderista Juan Bautista Carrasco, quien duró cinco días en el cargo y sería sustituido por Francisco Barrientos, pero este nombramiento sería impugnado por Agustín del Pozo que en la población de Tétela se proclamó gobernador. Como resultado de estas indefiniciones políticas, la situación económica en el Estado se volvió inestable y muchas industrias cerraron sus puertas. La inestabilidad política y económica se manifestó en la administración pública y en los recursos que se destinaron a sus distintas dependencias. En el caso que nos interesa, el de los hospitales de dementes, en enero de 1913 se informó que se incrementaría a 500 pesos la subvención que cada uno recibía,[97] lo cual representaba casi el doble de la que se recibió en 1910. Sin embargo, en mayo les notificó que se habían dispuesto una serie de medidas tendientes a mantener la estabilidad económica de esas dependencias. Así, se ordenó la eliminación del puesto de cobranza cuyas labores tuvieron que ser asumidas por el escribiente, además de que se propuso que se adquiriera un botiquín con la intención de reducir la cuarta parte de los gastos que generaba la compra de los medicamentos, el cual fue adquirido hasta la primera quincena de julio.[98] El 21 de julio de 1913, el Secretario General del Departamento Ejecutivo informó al Administrador de los hospitales sobre un convenio signado entre el Gobernador y la Junta de Beneficencia que mencionaba que cuando se presentara un problema o se tuviera que realizar una reparación, se debía informar, en primer lugar, a los inspectores para que ellos, a su vez se lo comunicaran a la Junta. Con esta disposición, la Junta buscaba retomar el control de los hospitales, pues se decía que los anteriores administradores se tomaban la atribución de negociar de manera directa con el gobierno, lo que iba en detrimento de su autoridad.[99]

Cinco días después, el Secretario General le comunicó al Administrador que el gobernador Joaquín Maas había nombrado una comisión que se encargaría de inspeccionar esos establecimientos, misma que tendría que rendir un informe sobre las necesidades más “urgentes” de los nosocomios y con base en ello, se buscaría reorganizarlos y proponer nuevos reglamentos. La Comisión estaba integrada por el licenciado Luis García como presidente, el licenciado Luis G. Quintana como secretario, y el doctor Manuel Vergara y el licenciado Fernando Pavón como vocales.[100] No se tiene certeza si se realizó el informe, sobre todo por el corto período que el general Maas gobernó (del 2 de junio de 1913 al 15 de enero de 1914). Después de la caída de Francisco I. Madero y el ascenso de Victoriano

[97] AGEP, fondo Hospitales de dementes, Administración, caja 74, expediente 397, legajo 7, ff. 1-2.
[98] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 74, expediente 397, legajo 9, ff. 1-4; expediente 408, legajo 1, f. 4.
[99] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 74, expediente 397, legajo 11, ff. 1.
[100] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 74, expediente 397, legajo 23, ff. 1-2.

Huerta, la situación política en Puebla estuvo marcada por la inestabilidad. Entre febrero y diciembre de 1913 pasaron cuatro gobernadores: Juan Bautista Carrasco en dos ocasiones (1-2 de febrero y 10 de marzo a 2 de junio), Francisco Barrientos (2 de febrero a 10 de marzo de 1913) y el citado general Maas. Tras el fallecimiento de Maas, Juan A. Hernández asumiría la gubernatura del 22 de enero al 16 de julio de 1914. A Hernández le tocó enfrentar el asedio zapatista que sufrió la ciudad entre mayo y junio de 1914 (Lomelí, 2011). Con la intención de ganarse la simpatía de los empleados y funcionarios públicos, la Secretaría General de Gobierno los invitó, el 24 de junio de 1914, a celebrar el cumpleaños del Gobernador con una comida que se celebraría en el palacio del poder ejecutivo y se les comunicó que, de acuerdo con el protocolo, cada dependencia debería ofrecer sus congratulaciones.[101] Ésta fue una de las últimas acciones que realizó Hernández como gobernador.

Cuando se conoció la noticia de que el general Victoriano Huerta renunció a la presidencia de la República, lo cual ocurrió el 15 de julio, Hernández decidió escapar de la ciudad para no tener que enfrentarse a los revolucionarios triunfantes, pero se llevó consigo los caudales de la Tesorería lo cual provocó una crisis en la economía poblana. El 28 de julio se nombró como gobernador interino a Francisco Muñoz Ovando, situación que sería comunicada al Administrador de los Hospitales de dementes.[102] Lomelí (2011) menciona que a Muñoz Ovando se le ofreció ocupar el cargo, debido a que en ese momento era el presidente del Tribunal Superior de Justicia, además de que contaba con el apoyo del Congreso local que estaba dominado por huertistas y martinistas. Sin embargo, la situación se complicó porque Antonio Medina se proclamó gobernador en Teziutlán, además de que existían rumores de que se produciría otra incursión de los zapatistas. Para evitar la presencia de los zapatistas, el Ayuntamiento solicitó el apoyo de Venustiano Carranza, quien mandó un contingente, encabezado por el general Pablo González, que se apostó en la ciudad el 23 de agosto. La tendencia anticlerical del carrancista provocaría una confrontación con las autoridades religiosas, la cual no tuvo mayores consecuencias gracias a la intervención del gobernador Francisco Coss, quien asumió la gubernatura el 26 de agosto. Coss se destacó por haber propuesto una serie de medidas tendientes a mejorar la situación económica de los obreros, de los artesanos, de los peones y de las clases menesterosas, sectores sociales que habían sido muy afectados por el contexto bélico.

En este contexto, el gobernador solicitó a la recién creada Dirección General de Beneficencia, misma que sustituyó a la Junta de Beneficencia, que se hiciera efectiva la disposición que marcaba el artículo 80 del capítulo de los estatutos de la Beneficencia, motivo por el cual el Secretario comunicó al Administrador de los Hospitales de Dementes que se debía habilitar un espacio en uno de los

[101] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 74, expediente 401, legajo 6, ff. 1-2.
[102] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 74, expediente 401, legajo 11, ff. 1-2.

nosocomios, a fin de brindar consulta médica gratuita a los pobres.[103] La ruptura de Carranza con los otros jefes revolucionarios, durante la Convención de Aguascalientes, provocó inestabilidad en la entidad pues se disolvió el Ayuntamiento, se acosó a las instituciones católicas y se produjeron enfrentamientos con los militares huertistas sobrevivientes[104], con los jefes políticos que se reusaban a desaparecer y con los zapatistas que comenzaban a tener presencia militar en la entidad. Ante el avance de los zapatistas, Coss decidió renunciar el 15 de diciembre y el cargo quedaría en manos de Antonio Abonza que ejerció por unas cuantas horas. Los rebeldes tuvieron un buen recibimiento en la ciudad, pues había ofrecido una serie de garantías como la reapertura de los templos y la liberación de los presos políticos, entre quienes estaba el exgobernador Mucio P. Martínez. Abonza sería sustituido por Rafael Espinosa Coria, quien gobernó del 16 de diciembre al 5 de enero de 1915. Tras la salida de Espinosa, Agustín Millán ocupó el cargo hasta el mes de febrero. Como la inestabilidad política había afectado la vida institucional, la Comandancia militar de la Primera División de Oriente solicitó, el 9 de enero, que se le remitiría un informe acerca del estado en el que se encontraba el Manicomio de Mujeres, pues tenían conocimiento de que se encontraba en un "estado crítico".

Como el administrador Joaquín Carreño estaba ausente, el encargado de la oficina respondió, tres días después, que se contaba con pocas camas pero ello se explicaba por el hecho de que las enfermas dormían en petates, pues de esa manera se garantizaba que no se lastimaran a causa de una caída, ya que muchas de ellas sufrían ataques durante las noches. Esta disposición, por cierto, permaneció vigente hasta 1920. También se carecía de ropa de cama debido a que las pacientes la ensuciaban o en el peor de los casos, la rompían. Advertía que aunque se atravesaba un período de inflación, la disminución en el número de asiladas, que en ese momento era de 45, ocasionó que los gastos de manutención no sufrieran modificaciones. Si bien reconocía que el principal problema del hospital era de tipo económico, existía una situación que se necesitaba resolver de inmediato pues la rectora Dolores López vivía en el establecimiento con toda su familia, quienes no sólo consumían los alimentos que estaban destinados para la manutención de las asiladas, sino que incluso apartaban provisiones para ellos. El encargado sugería que la rectora fuera sustituida por una persona que no tuviera familia.[105]. Este caso daba cuenta de un conflicto de intereses entre la rectora y el administrador, pues no estaba prohibido que la familia de la rectora viviera en el nosocomio. De hecho, en el artículo 13 del reglamento del Hospital de Santa Rosa se estipulaba que el mayordomo podía vivir con su familia en ese lugar, aunque se

[103] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 74, expediente 401, legajo 15, f. 1 y legajo 14, f. 5. El 26 de octubre de 1914 se decretó la desaparición de la Junta de Beneficencia.

[104] Lomelí indica que entre esos militares estaba Juan Andreu Almazán, quien después sería candidato a la presidencia de la república en la década de 1940.

[105] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 74, expediente 408, legajo 1, ff. 1, 3-5 y caja 76, expediente 443, ff. 1, 16.

indicaba que no podía dar posada a nadie más.[106] Hay que tener presente esta circunstancia, pues en años posteriores se volvió a denunciar a las rectoras por llevar a vivir a sus familias al hospital, situación que generó cambios en reglamento interior del manicomio de mujeres en la década de 1930.

Así, en el artículo 6 se mencionaba que la aspirante a ser rectora debía ser mayor de edad, no estar casada, no tener hijos pequeños y que tuviera una "notoria ilustración", "prudencia", "energía", "finas maneras" y "trato afable.[107] El encargado también denunció que la rectora se tomaba atribuciones que no le correspondían, pues removía personal o nombraba nuevo con el argumento de que había sido nombrada por el gobernador, sin tener en consideración que esta facultad era exclusiva del Administrador. También mentía en los informes que remitía a la proveeduría de alimentos, pues decía que para surtir de tortillas al hospital tenía que pagarlo de su "propio bolsillo", pero él tenía testimonios de la tortillera en los que se refería que nadie le recibía las tortillas a la hora indicada. Otra anomalía que había encontrado es que faltaban trastos pese a que cada mes eran repuestos, motivo por el que solicitaba que se llevara un registro y que cuando se volvieran a necesitar, se pidieran por medio de un oficio. El encargado aducía que la rectora debía comportarse de la misma manera que el enfermero mayor, quien destacaba por ser obediente y por distribuir los recursos de manera correcta.[108] Aunque no se cuenta con información que muestre cuál fue la resolución a la que llegaron las autoridades, la evidencia indica que se cesó a la rectora y que fue reemplazada por Guadalupe Rojas. La designación se produjo en un momento en el que se había producido un nuevo cambio político. En febrero de 1915, el general Álvaro Obregón recuperó la ciudad, por lo que nombró a Francisco Coss como gobernador provisional. Coss sería reemplazado en mayo por Luis G. Cervantes que se desempeñaba como jefe de operaciones militares.

El nombramiento de Cervantes tenía la intención de buscar una conciliación con la elite poblana que había sido perjudicada por su filiación política y religiosa (Lomelí, 2011). Al parecer, las relaciones entre las rectoras y la Administración de la Dirección General de Beneficencia fueron bastante conflictivas, pues Guadalupe Rojas sólo estuvo dos meses en el cargo y sería sustituida por Virginia Fernández, quien cumplía con el perfil que solicitaban para este puesto ya que era soltera y tenía 30 años de edad. El 3 de abril de 1915, el administrador Alejandro Zertuche le mandó un requerimiento a la rectora, pues al parecer ella no cumplía con las tareas que le correspondían y no mantenía el orden en el interior del nosocomio. Zertuche le recordó que en los artículos 39 a 46 del Reglamento se mencionaba que, como rectora, no sólo debía ejercer una continua vigilancia sobre las asiladas para atender sus necesidades, sino que también lo debía hacer en las enfermeras para que cumplieran sus obligaciones, entre las que se encontraban la revisión cotidiana de

[106] AGEP, fondo Hospital de dementes, Reglamentos, caja 1, expediente 2, f. 2.
[107] AGEP, fondo Hospital de dementes, Reglamentos, caja 1, expediente 6, f. 8.
[108] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 74, expediente 408, legajo 1, ff. 4-5.

las pacientes para conocer su estado de salud; suministrarles sus medicinas y alimentos; supervisar que las empleadas estuvieran alertas cuando se efectuaban visitas a las pacientes; y por la noche, debían asegurarse que las enfermas estuvieran en sus habitaciones, tarea que ellas debían cumplir y que no podían comisionar a nadie más. Cuatro días después, Zertuche reportó a la Rectora ante la Dirección General de Beneficencia por dos razones: la primera es que no había respondido un oficio en el que se le preguntaba sobre la cantidad de ropa que había dejado Guadalupe Rojas y la segunda, que resultaba más grave, era que en la madrugada se había fugado la asilada Paulina o Tomasa Maraver. El problema se tornaba complicado porque la asilada utilizó el balcón de la habitación de la rectora para hacerlo.

Aunque Paulina logró su propósito, resultó lesionada porque se cayó. Pese a ello, se dirigió a un domicilio ubicado en la "calle del gallito", lugar en el que fue recogida después de que se obtuvieron los datos de sus familiares. El Administrador advertía que aunque estaba facultado para nombrar a otra rectora, prefería dejar testimonio de lo acontecido para que la Dirección tomara una determinación sobre todo porque la rectora no respondía ninguno de los documentos oficiales que se le mandaban. Pese a los airados reclamos de Zertuche, todo indica que Virginia no fue removida pues en julio todavía ejercía ese cargo.[109] Con la intención de llevar un control más estricto de los pacientes de los dos manicomios, el 16 de julio la Inspección General de Beneficencia solicitó al Administrador que le entregara un informe sobre el número de pacientes que había en cada nosocomio, sus datos personales que incluían origen, edad, estado civil y parientes inmediatos), sus diagnósticos, sus enfermedades orgánicas y el tiempo que habían estado internados, a fin de realizar una estadística. También se le pidió que cada semana entregara un reporte que incluyera los ingresos y egresos de los asilados, el nombre de la persona que asumió la responsabilidad sobre el paciente, su parentesco y los derechos civiles que ejercía sobre el enfermo. En el caso de las bajas, se debía especificar si fueron por recuperación o por defunción. A partir de agosto se le entregó un formato al Administrador para que integrara los datos, en el cual se agregó un apartado de señas particulares y en septiembre, se integró uno sobre la raza. Los datos mostraban que, entre julio y septiembre, el número de pacientes de San Roque había ascendido de 45 a 49 asiladas.[110]

Entre agosto y noviembre de 1915 se produjeron tres cambios en la rectoría. Josefa Ríos ocupó el puesto en agosto, Luz Velasco viuda de Romero lo haría en septiembre y a partir del 19 de noviembre, Guadalupe S. de Blázquez.[111] Las

[109] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 74, expediente.408, legajo 8, f. 1; legajo 13, f. 2 y legajo 15, f. 14; Asilados, caja 6, expediente 644, ff. 1-2.
[110] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 74, expediente 408, legajo 15, ff. 5, 9-10, 17, 19 y legajo 20, ff. 64-65.
[111] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 76, expediente 408, legajo 16, ff. 8-9; Asilados, caja 6, expediente 669, f. 1.

constantes mudanzas en la rectoría se explicaban por la presión que ejercían los administradores, mismo que, por cierto, también se reemplazaban constantemente. Un ejemplo de estos conflictos se muestra en la tensa relación que tuvieron la rectora Luz Velasco y el administrador Eduardo Solís. Éste la denunció ante la Dirección General, porque decía que hizo caso omiso de sus instrucciones relativas a la dieta que debía proporcionar a las enfermas, misma que buscaba afrontar la carestía de alimentos que se padecía en esos momentos. Según el funcionario, le recomendó a la rectora que sólo se les proporcionara una pieza de pan al día y que en las comidas se les dieran tortillas. Asimismo, informó que la rectora no respetaba los protocolos, pues no respondía los oficios que recibía y se limitaba a mandar recados verbales con alguna empleada. El funcionario esperaba que fuera cesada en sus funciones, por lo que mencionaba que lo que dispusiera la Dirección estaba "justificado".[112] Con la intención de que estas disputas cesaran, el gobierno determinó que mantendría una comunicación por separado con el Administrador para el caso del hospital de hombres dementes y con la rectora para el de mujeres. Con la intención de encontrar nuevas fuentes de ingresos, el administrador Joaquín Carreño anunció, en noviembre de 1915, la creación del Departamento de alcohólicos y morfinómanos en el hospital de Santa Rosa.

El funcionario decía que esta propuesta había surgido después de que identificaron que entre las personas de "clase media" se habían "generalizado estos hábitos", razón por la que se les ofrecería este servicio con las siguientes condiciones: se les ingresaría con el carácter de distinguidos, por lo que estarían aislados del resto de los enfermos, y debían pagar una cuota mensual de 30 pesos. Consideraba que esta aportación no resultaba onerosa y que se mantendría sin cambios por todo el año. El proyecto no se logró poner en práctica, debido a que, según palabras del Administrador, se carecía de los "recursos científicos" que resultaban necesarios para efectuar un "buen diagnóstico y tratamiento". Aunque también hay que tener en consideración que la situación económica de los hospitales de dementes era crítica. De hecho, el Administrador llegó a cuestionar la cantidad de pan que consumían los empleados e Informó a la Junta que existía un adeudo con la panadería que los surtían, por lo que había negociado con ésta que pagaría lo que se debía en abonos. La anterior aseveración evidenciaba que los hospitales ya no contaban con el apoyo de las otras dependencias de la Beneficencia Pública, pues se debe recordar que en años anteriores habían recibido el pan que se elaboraba en la Penitenciaria. Otro problema que agravaba su situación financiera era el hecho de que no habían recibido las rentas de las dos accesorias que alquilaban, así como los arriendos provenientes de otras propiedades que les pertenecían.[113] Lo anterior se explicaba por el hecho de que

[112] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 74, expediente 408, legajo 8, f. 2.

[113] AGEP, fondo Hospitales de dementes, Administración, caja 74, expediente 397, legajo 19, ff. 1-4 y expediente 408, legajo 1, f. 4 y legajo 20, f. 21. Pese a la grave situación económica, en febrero de 1914 se declaró que el Manicomio había saldado sus deudas.

en las escrituras se había integrado una cláusula que estipulaba que el pago de los alquileres debía hacerse en “plata fuerte de cuño corriente mexicano”, por lo que se excluía cualquier otro tipo de moneda aunque fuera de circulación forzosa.

Ante esta situación, en octubre de 1915 el administrador Eduardo Solís pidió al Inspector General que se permitiera cobrar las rentas en “cualquier moneda equivalente”, pues era urgente contar con ingresos que permitieran la manutención de los enfermos.[114] Los incidentes entre el personal del hospital y los administradores continuarían en 1916. Así, en enero de 1916 se suscitó un conflicto que involucró a la portera Guadalupe Axotla, la celadora Josefa Ríos y al administrador Eduardo Solís, quien había regresado a ese puesto. El problema inició el 2 de septiembre de 1915 cuando Josefa Ríos fue desplazada del cargo de rectora por orden del gobernador, cargo que, como se mencionó antes, ocupó Luz Velasco.[115] A Josefa se le permitió continuar en el nosocomio y se le nombró celadora. Sin embargo, y de acuerdo con el testimonio de Solís, Ríos extralimitaba sus funciones por lo que le dieron una llamada de atención Un segundo incidente ocurrió el 6 de enero de 1916 cuando el Administrador le ordenó por medio de un oficio que recibiera un cargamento de leña además de que le recordó que no estaba facultada para dar órdenes, por lo que le advertía que sería destituida si no cambiaba su comportamiento. Un día después, el funcionario volvió a hacerle un extrañamiento debido a que había recibido un recado escrito en un “papelito”, el cual, según Solís, no le daría contestación “por los términos tan groseros en que estaba concebido”, pues lo amenazaba con usar en su contra el oficio que le remitió un día antes, además de que le recordaba que su puesto se lo había otorgado el gobernador. Es probable que la confusión de Ríos haya sido causada por el hecho de que ganaba la misma cantidad que la rectora, es decir 50 pesos, por lo que debió asumir que tenían similares atribuciones.

A pesar de sus reticencias, el funcionario le respondió y le manifestó que contaba con la facultad de solicitar su destitución. También le expresó que sabía que por su “mal comportamiento” había sido separada del cargo de rectora y le advertía que no le mandara más “pedacitos de papel con recados tan poco atentos”, pues éstos se los mostraría a la Dirección General cuando solicitara su despido. El 9 se reportó otro conflicto causado por el asunto de la leña, pues la cocinera y una de las enfermeras fueron reprendidas por decir que no había nada, pese a que la celadora había reportado su existencia en un cuaderno que se le proporcionó para tal efecto, mismo que mandó a pedir de manera verbal. Lo cierto es que Ríos utilizó en varias ocasiones los recados verbales para hacer sus peticiones a Solís, quien, por ejemplo, el 28 de enero le contestó con fastidio que le mandara un frasco para que le proporcionara tinta. También aprovechó la oportunidad para manifestar un extrañamiento, pues decía que no entendía la razón por la que no alcanzaban las

[114] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 74, expediente 407, f. 15.
[115] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 74, expediente 408, legajo 16, ff. 8-9 y legajo 20, ff. 1, 3, 19, 33.

152 piezas de pan que se enviaban diariamente a San Roque, motivo por el cual no proporcionaría una mayor cantidad mientras no se le presentara un desglose de los panes que comía cada una de las asiladas en el hospital. El Administrador mencionaba que, de acuerdo con sus cuentas, debería haber un sobrante de pan, pues tres pensionistas comían seis piezas al día, las 32 asiladas de gracia comían tres, la celadora, las tres enfermeras, la cocinera y la portera comían seis piezas diarias, lo que daba como resultado que se consumían 132 piezas por lo que debía haber un sobrante de 20 piezas.[116]

Estas observaciones no recibieron una respuesta por parte de la Rectora, por lo que el 14 de enero reportó estas irregularidades a la Inspección General de Beneficencia y al día siguiente, mandó otro oficio en el que acusaba a la rectora y a la celadora de estar coludidas, pues la segunda lo culpaba de mandar carne echada a perder y que en ciertas ocasiones, sólo mandaba huesos y pellejos para la alimentación de las presas. Decía que estas acusaciones carecían de sustento, pues la Proveeduría era la encargada de remitir la carne que se consumía en los hospitales. Aunque reconocía que no siempre se disponía de carne fresca, si se les entregaban cantidades exactas que garantizaran que no habría sobrantes, además de que se mandaban papas y arroz cuando se carecía de ella. Ante tales hechos, resultaba sospechoso que la celadora alegara que la carne se descomponía con rapidez y también se tenía que tener en consideración que el establecimiento era visitado con frecuencia por médicos e inspectores, quienes se habrían dado cuenta de que los alimentos no eran frescos. Solís sospechaba que la celadora mezclaba carne “buena” y “mala” con el objetivo de contar con un “ingrato recurso para hostilizarlo”, por lo que le suplicaba al Gobernador que tuviera una opinión distinta de sus servicios y que mandara una visita de inspección al manicomio de mujeres para conocer la verdad. Otro personaje que también se había coludido con la celadora era el escribiente Martínez, quien se había convertido en su consejero. El principal problema que tenía el Hospital es que la celadora había asumido el cargo de rectora, sin que ello estuviera permitido, razón por la que se tomaba la atribución de separar a las empleadas de su puesto, lo que había generado inconformidad entre ellas porque no se les respetaban las actividades que realizaban.

Por otra parte, la celadora no respetaba los protocolos, no respondía los oficios y se limitaba a mandar recados en “pedacitos de papel”. Decía que Luz Velasco, quien fue rectora en septiembre, podía corroborar lo que decía, pues

[116] AGEP, fondo Hospital de dementes, Asilados, caja 7. expediente 680, ff. 1-4; Administración, caja 75, expediente 413, legajo 1, ff. 9, 12. El Administrador indicaba el 4 de febrero de 1916 que se había aumentado la dotación de pan a 155 piezas, es decir se les entregó tres piezas más, y en un tono más amable indicaba a la rectora que los víveres debían alcanzar para todo el mes, pues estaba imposibilitado para proporcionar una mayor cantidad, aunque procuraría ministrarle lo necesario para el siguiente periodo. También le informó que diariamente iba a recibir 12 litros de leche, una carga de leña y que la carne se la enviaría la Proveeduría.

durante su gestión no se habían suscitado problemas.[117] En un oficio carente de fecha, Josefa Ríos le respondió al administrador. Ella explicaba que había tratado de cumplir con su deber pero que el anterior administrador la trataba mal, pues no estaba de acuerdo con su nombramiento ya que pretendía colocar a una persona cercana, razón por la que le había declarado "una guerra atroz". Aducía que la culpable de todo lo que se había informado era la portera Guadalupe Axotla, quien la trataba de calumniar porque no había accedido a ayudarla a robar, tal como se lo pidió con descaro en una ocasión. Ríos decía lo siguiente de la portera:

> esta señora cuyo origen está en relación con su miseria y sus costumbres, no pierde momento alguno para ofenderme atacando hasta mi honra. Su osadía llega al colmo cuando dice que me conoce desde hace mucho tiempo, refiriendo cosas que solo tienen que ver con la vida íntima y no con el servicio del manicomio (…) no cesa de decir que me han de quitar de aquí, lo que quiere decir que si se me pide mi renuncia se cumplirá con el deseo de esta Sra. (…)
>
> ¿Será posible que sus dichos no las pruebas, hagan que Ud. señor administrador pida mi separación, cumpliendo así con la voluntad de una portera? Es un absurdo pretender quitar a Ud. que es el único superior, y si Ud. no ha puesto a esta mujer para que sirva de policía ¿Por qué se le tolera que tanto calumnie sin que presente alguna prueba? [118]

Para finalizar el documento, la celadora apelaba a la "piedad" del Administrador y con dramatismo mencionaba que se debía tener en cuenta que su salario era "escaso", que tenía un hijo a quien debía pagarle su educación y que no lo había llevado a vivir con ella, a fin de que no se dijera que extraía recursos de la institución y a causa de sus limitaciones económicas, por las noches realizaba trabajos de costura en una maquina "vieja". Por lo anterior, suplicaba al funcionario que la dejara en su puesto pues con ello podría alimentar a su hijo, además de que buscaba evitar que la portera dijera "disparates sobre su vida privada". Este oficio resultaba llamativo por varias razones: la dignidad con la que Ríos la escribió y la contradicción en que incurría pues en ocasiones anteriores había acusado el Administrador de ser "irrespetuoso", pero concluía su documento con una gran sumisión, pues se despidió de la siguiente manera:

> Es justicia la que pido y en caso de que no sea posible acceder a mi suplica, agradecería a Ud. me diera aviso de si debo renunciar a este empleo, para hacerlo inmediatamente no importa que la desgracia me persiga y trabaje mucho más, y en lo que se pueda, para mantener y educar a mi hijo.
>
> la celadora Josefa Ríos.[119]

Pese a esta conmovedora explicación, el gobernador Cesáreo Castro, quien sustituyó a Luis G. Cervantes en los primeros días de marzo, optó por separar a la celadora y a la portera de sus puestos. Se sugirió que la primera renunciara para

[117] AGEP, fondo Hospital de dementes, Asilados, caja 7, expediente 680, ff. 1-5; Administración, caja 75, expediente 413, legajo 1, ff. 4-5.
[118] AGEP, fondo Hospital de dementes, Asilados, caja 7, expediente 680, f. 6.
[119] AGEP, fondo Hospital de dementes, Asilados, caja 7, expediente 680, f. 6.

evitar “aclaraciones bochornosas”, mientras que la segunda sería separada como un “acto de justicia”. En este tenor, se le concedió a Ríos una licencia de 15 días sin goce de sueldo y se le indicó que debía separarse de su cargo el 10 de marzo. En el caso de la portera, el 16 fue despidida y reemplazada por María Alarcón que comenzó a trabajar tres días después.[120] El lugar de Ríos fue ocupado por María Escamilla, pero el puesto fue suprimido el 17 de abril por disposición de la Inspección General de Beneficencia. Esta determinación fue criticada por el Administrador, pues decía que durante el tiempo que Escamilla estuvo en el cargo mostró una gran actividad y se manejó con una “estricta honradez”. Quizá por ello es que permaneció en el hospital, pero en el puesto de enfermera para cubrir el número de las que se requerían. En septiembre, la Inspección volvió a reactivar el puesto de celadora, pero Escamilla no fue contemplada para ocuparlo sino que se nombró a Concepción Zamora.[121] En el caso de la portera María Alarcón, ella fue cesada el 10 julio y sustituida por Leandra Huerta. Para argumentar las razones del cese, la rectora Concepción Benítez viuda de Rojas escribió un oficio el 7 de julio que estaba dirigido al Administrador y al Inspector General, en el que mencionaba que Alarcón no tenía las aptitudes necesarias para el puesto, pues durante el período en el que trabajó ocurrieron dos fugas: una de Tomasa Maraver, quien ya se había escapado en una ocasión anterior, y otra de Sofía Méndez que logró frustrarse, aunque no se específica quién lo hizo.

Es importante mencionar que Concepción Benítez sustituyó a la anterior rectora Margarita H. viuda de Morales. Benítez recibió su nombramiento el 20 de junio. Pese a que tenía poco tiempo en el puesto, la rectora aprovechó la oportunidad para solicitar que se le diera una “exclusiva jurisdicción” sobre su “personal subalterno”, pues consideraba que su autoridad se veía mermada a causa de las disposiciones contradictorias del Administrador y del Inspector General, sobre todo porque en junio gestionó la salida de la portera, pero no había tenido ninguna respuesta. Con este documento, la rectora mostraba el conflicto que existía entre las autoridades por ejercer su dominio. El 11 de julio, el Administrador dirigió una comunicación al Inspector General en la que le pedía, entre otros asuntos, que los oficios de la Secretaria General se le mandaran en primera instancia a él, pues conocía diversas disposiciones porque la rectora se los había transcrito, situación que se explicaba, desde su perspectiva, porque la rectora había pedido que le llegaran a ella.[122] En su respuesta, el Inspector General con un tono despectivo le manifestó que ignorara los oficios que esa “empleada” le dirigía para remover empleados, cobrar pensiones o cualquier otro asunto de índole administrativa, pues esas tareas no eran de su “incumbencia” y que, además, le pediría a la Secretaria

[120] AGEP, fondo Hospital de dementes, Asilados, caja 7, expediente 680, ff. 6-8 y Caja 75, expediente 413, legajo 5, ff. 11-12.

[121] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 75, expediente 413, legajo 9, f. 6 y legajo 13, ff. 2-4.

[122] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 75, expediente 413, legajo 5, ff. 22-23; legajo 9, f. 11; Expediente 414, ff. 7, 10; expediente 415, ff. 7, 10.

General que las notificaciones de la Inspección General no fueran enviadas a los subalternos.[123] Esta decisión encontraría el respaldo del gobernador Cesáreo Castro, quien indicó el 3 de agosto que la Inspección General actuaría como intermediaria, mientras se organizaban los servicios de Beneficencia.[124]

A pesar de las instrucciones que se giraron, la rectora no las obedeció e informó el 9 de agosto que toda la "servidumbre" que entró a laborar el 4 de agosto había sido despedida, por lo que había recontratado a algunos de los antiguos empleados y nombró una nueva lavandera. Resulta extraño que el Inspector General no haya asumido ninguna postura sobre la actuación de la rectora, sobre todo porque la celadora Concepción Zamora le mandó una carta el 8 de agosto en la que le informaba que Benítez, con la ayuda de sus hijos, procedió a quitar todos los focos del establecimiento, lo que había ocasionado que el edificio permaneciera a oscuras. Lo peor es que uno de los hijos de Benítez había estado cerca de la puerta de su habitación. En una carta fechada el 10, Zamora acusaba a Benítez de ser la que daba o quitaba puestos. De hecho, la celadora recuperó su cargo después del cese de Benítez, aunque al poco tiempo volvió a ser destituida.[125] Ante el silencio del Inspector, el Administrador A. Bonilla le mandó una carta el 26 de agosto en la que le pedía que le mencionara a la rectora que el artículo 24 del reglamento la excluía de nombrar a la servidumbre, aunque si las disposiciones habían cambiado entonces solicitaba que se lo rectificaran. [126] No existe evidencia de que el Inspector haya cumplido con la petición del Administrador. Sin embargo, la presión de este funcionario continuó en los siguientes días, sobre todo después de que ocurrió otra fuga. De acuerdo con los reportes, el 31 de agosto se fugó la paciente Luisa Meléndez a las 7:30 de la mañana.

Tras lo ocurrido, Bonilla le recordó al Inspector que no era la primera fuga que ocurría, pues un mes antes se había fugado la paciente Tomasa Maraver. En esa ocasión, la rectora no actuó de inmediato pues reportó la fuga un día después, con la intención de ocultar que no se encontraba en el hospital como le correspondía. Aunque no la acusaba de ser la responsable directa de la huida, sugería que ella debía avisar a las autoridades respectivas cuando tuviera que salir del edificio, ya que le correspondía vigilar que la servidumbre cumpliera sus responsabilidades, tal como era el caso de la portera que debió estar atenta en todo momento y que, a causa de su descuido no sólo huyó la paciente sino que también perdió su empleo. Para evitar una nueva fuga, el Administrador ordenó que los canceles de ambos manicomios permanecieran cerrados, pero en el caso de San Roque no se había podido llevar a cabo esa disposición porque la rectora recibía

[123] AGEP, fondo Hospitales de dementes, Administración, caja 75, expediente 413, legajo 11, ff. 7-8.
[124] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 75, expediente 413, legajo 11, f. 9.
[125] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 75, expediente 413, legajo 11, ff. 10-12; expediente 415, ff. 26, 28, 33 y expediente 413, legajo 16, f. 3.
[126] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 75, expediente 413, legajo 11, ff. 10-12 y expediente 415, f. 33.

muchas visitas, lo que implicaba que la puerta siempre estuviera abierta. Por las anteriores razones, el funcionario sugirió que se contratara a otra persona para ocupar ese cargo.[127] Aunque no se cuenta con evidencia respecto al cese de la rectora y de la celadora, lo cierto es que para el 1 de octubre ya habían entrado en funciones Estela Rojas como celadora y Soledad Castro como rectora. Ésta última enfrentaría un problema delicado al poco tiempo de su nombramiento, pues el 16 de octubre se reportó la muerte de Mauricio Martínez en el interior del hospital, un hombre cuyo hospedaje había sido autorizado por la rectora, pero del que no tenía noticia la administración, lo cual suponía una infracción grave del reglamento de 1882 que señalaba que estaba prohibido dar posada a una persona que no fuera familia directa del mayordomo.

De hecho, en 1915 se suprimió el puesto de mozo para evitar la presencia de hombres en la institución y para suplir esa carencia, se aumentó el número de enfermeras.[128] Es probable que las infracciones hayan continuado, pues en el reglamento del manicomio de varones, reformado en 1914, se prohibió que los familiares de los empleados, o cualquier persona extraña al establecimiento, ingresaran sin permiso de la administración so pena de que se castigara al infractor por unos días.[129] No se encontraron registros de lo que pasó en este caso, pero puede entenderse que las normas aplicadas al personal pretendían hacer del establecimiento un espacio meramente femenino, a fin de que se garantizara la seguridad de las asiladas. A partir de lo expuesto, podría aventurarse la afirmación de que la subordinación del personal del manicomio de mujeres estaba condicionada tanto por la jerarquía del aparato de la Beneficencia Pública, dominada por funcionarios hombres, como por el género, pues las normativas afectaban la vida del personal como el hecho de que se pidiera que la rectora fuera soltera y sin hijos o que incidiera en su misma reputación por atreverse a cuestionar la normativa. Como se ha notado, las llamadas de atención se aplicaban al pie de la letra sin que se tomara en cuenta algún factor externo que explicara su actuar, tal como sucedía con Concepción Benítez a la que se le acusaba de estar mucho tiempo fuera de la Institución. Pese a lo anterior, algunas empleadas se atrevieron a refutar las órdenes y a demandar facultades que sólo podía ejercer el Administrador.

La falta de registros en el manicomio de varones no permite conocer qué incidentes ocurrieron ahí, si éstos provocaron algún tipo de escándalo, de qué manera se castigó a los implicados y si éstos recibieron el mismo tipo de críticas que las rectoras y las celadoras. De hecho, y tal como ocurría en San Roque, cualquier problemática era imputada al enfermero mayor, aunque los casos no tendrían una complejidad mayor, por lo que se resolvieron con rapidez. Por ejemplo,

[127] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 75, expediente 415, f. 35.
[128] AGEP, fondo Hospital de dementes, Asilados, caja 7, expediente 703, f. 20; Administración, Caja 74, expediente 408, legajo 1, f. 4 y caja 75, expediente 415, ff. 46, 48.
[129] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 76, expediente 453, f. 53.

en julio de 1916 el enfermero mayor dejó por descuido un cuchillo en el jardín, situación que fue descubierta por el padre de uno de los "pacientes más problemáticos" de la institución, quien tenía consideraciones especiales por ser pensionista, aunque se tenía la recomendación de mantenerlo en una constante vigilancia por ser agresivo con los demás y aun consigo mismo, aunque se debía evitar aplicarle algún tipo de medida coercitiva. Este asilado, de nombre Alfonso Álvarez, varias veces había logrado fugarse, además de que había dañado el mobiliario en el intento y su conducta era imitada por otros pacientes, quienes sacaban de la basura objetos para destruir y roer, pero Alfonso lo hacía para encontrar algo que le permitiera escapar. Por esta razón se solicitó el permiso del gobernador para colocarle la camisa de fuerza. Si bien era cierto que el asilado no descubrió el cuchillo que se había extraviado, ello no obsto para que no se reconviniera al mayordomo Fernando Arellano frente al personal y se le advirtió, sin suspenderlo, que sería despedido en caso de que se repitiera una situación de este tipo. El mayordomo decidió tomarse unos días de descanso y cinco meses después decidió renunciar, en tanto que el asilado fue entregado a su familia pocos días más tarde.[130]

4.4.1. La creación de la Proveeduría General

Entre 1915 y 1916 se realizaron una serie de modificaciones en la organización de la Beneficencia, a fin de resolver los problemas de control hacendario a causa de la inflación y la proliferación de los llamados "bilimbiques", es decir aquellos billetes que carecían de respaldo metálico, con que se pagaba a algunas empresas y que tendían a depreciarse a gran velocidad, lo cual generó diversos problemas entre los que se encontraba el desabasto de alimentos (Lomelí, 2011; López, 2018). Como lo menciona Jiménez (2014), cinco años de guerra habían generado una desestabilización económica que provocó diversas problemáticas, como la fuga de capitales, desempleo y la paralización de la actividad fabril y comercial. A lo anterior se sumaba la escasez de alimentos con la consiguiente alza de precios, fenómeno que se manifestó en diversas regiones del país sobre todo en aquellas en las que persistían las acciones armadas. En el caso de Puebla, el gobernador Agustín Millán tomó la decisión, el 23 de enero de 1915, de desaparecer la Dirección de Beneficencia, debido a que no cumplió con la encomienda de expedir una ley de beneficencia. Mientras se reorganizaba la dependencia, los asuntos que dependían de la Dirección serían resueltos por el Departamento de Justicia, misma que nombró un encargado de despacho mientras se resolvía la situación de la Beneficencia.[131] Uno de los primero productos que comenzó a escasear fue el carbón, tal como se podía notar en una petición que el Administrador de los Hospitales de dementes realizó al encargado de la oficina, en la que le explicaba que se había tenido que

[130] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 75, expediente 428, ff. 5-9, 17, 21, 22, 26, 29, 31, 33, 38, 41-42, 44-45; Expediente 431, f. 2 y expediente 436, ff. 6, 9, 16.
[131] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 74, expediente 408, legajo 3, ff. 1-2.

comprar carbón para los manicomios, debido a la carencia de ese producto en la negociación que se los surtía.[132]

Como los empleados de los dos manicomios estaban preocupados por la situación económica y el desabasto que se vivía en la ciudad, solicitaron el 24 de julio de 1915 que se les aumentara el sueldo en vista de la "insostenible situación" que padecían y que había ocasionado "la carestía de todo lo necesario para la vida". Ellos sostenían que su petición podía aprobarse, pues sabían que se había incrementado el sueldo de los empleados de otras dependencias. Aunque se pedía aumento en los dos hospitales, resultaba curioso que sólo aparecieran las firmas de los empleados de Santa Rosa. El Administrador mostró su conformidad con la petición, por lo que la turnó a la Secretaría General para que ésta determinara el porcentaje y a partir de cuándo se les entregaría. Sin embargo no se obtuvo respuesta, por lo que volvió a insistir, el 6 de septiembre, que los empleados de los hospitales requerían un aumento, pues sus "reducidos sueldos" ocasionaban que su vida se tornara "imposible", a diferencia de los trabajadores del gobierno federal a los que se les otorgó un aumento del 50% sobre su sueldo y en el caso de las demás instituciones de la Beneficencia, el incremento fue proporcional a su salario y se había aplicado desde junio. Ese mismo día, el Inspector General de Beneficencia Pública otorgó el aumento que se aplicaría desde el 1 de octubre, pero el Administrador preguntó en dos ocasiones, el 7 y 9 de septiembre, cuál sería el porcentaje que se les otorgaría, pues ellos carecían de un salario base.[133] A causa de la crisis económica que se vivía, el 30 de agosto de 1915 el Administrador de los hospitales de dementes solicitó a la Inspección General y al Oficial Mayor de Gobierno que se le entregara un bono suplementario para cubrir los gastos de manutención de los dos nosocomios, pero se le aclaró que el trámite debía hacerlo ante la Inspección, motivo por el que unos días después pidió que se le entregaran 500 pesos.

Unos días después, el Administrador le solicitó al Inspector que le informara quién era el encargado de repartir la carne en las casas dependientes de la Beneficencia, pues esperaba llegar a un acuerdo para que se le suministrara de manera constante ya que formaba parte de la alimentación básica de los pacientes. Ante la latente posibilidad del desabasto de alimentos, el Inspector General de Beneficencia convocó, el 18 de septiembre de 1915, a los administradores de los establecimientos que dependían de la Beneficencia, a fin de encontrar una solución

[132] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 74, expediente 408, legajo 1, f. 1 y legajo 20, f. 49.
[133] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 74, expediente 408, legajo 16, ff. 1-2, 9-10; legajo 20, ff. 2, 29, 34 y Legajo 31, f. 1; caja 75, expediente 413, legajo 5, ff. 5, 15. Este no sería el único momento en que el Administrador tuvo que intervenir en favor de los trabajadores de los dos manicomios, pues en diciembre de 1915 se quejaron de que no se les había pagado sus aguinaldos y en abril de 1916, no se les habían entregado sus sueldos, motivo por el que el Inspector General pidió que se nombrara a un representante que acudiera a recoger el dinero en las oficinas de la Beneficencia. Esta persona, a su vez, tendría que asumir la distribución del dinero. De acuerdo con la información, los empleados recibían sus sueldos los días 1, 11 y 21 de cada mes.

al tema de la provisión de víveres, reunión en la cual se propuso la creación de una Proveeduría General aunque no se mencionó cuándo entraría en funciones y de quién dependería.[134] El 10 de octubre, el Administrador de los hospitales de dementes le volvió a escribir al Inspector para informarle que, como escaseaban algunos de los artículos de primera necesidad y otros se encarecían, necesitaba un nuevo bono suplementario de 500 pesos, porque los fondos con los que contaba resultaban insuficientes para comprar alimentos, medicinas y realizar reparaciones en los edificios. De hecho, el Administrador sugirió que ese bono suplementario se entregara cada mes en tanto "pasaba la crisis". Dos días después, la Inspección le contestó que el bono sólo se podía conceder para resolver el asunto de la alimentación y que su propuesta de entregar un bono cada mes carecía de pertinencia. Con el dinero del bono, el funcionario decía que podría pagar la cuenta del pan, la carne, la panela y el fríjol que se consumieron en septiembre y para comprobar esos gastos, prometió anexar una copia del movimiento de caja.

El 18 de octubre, el Administrador reiteró su solicitud y para sustentarla, incluyó las facturas de los medicamentos que compró el mes anterior.[135] En distintas etapas de su historia, los manicomios recibieron subvenciones de diversa índole pero en este período se puso en evidencia que las donaciones en especie de algunos de sus benefactores no fueron simples obras de caridad aislada, sino que formaron parte de convenios que se convirtieron en demandas por parte de los hospitales de dementes, además de que se volvieron un problema cuando ya no se contó con el apoyo de esos proveedores. La dotación de la leche constituye un ejemplo de lo mencionado, pues el 2 de septiembre de 1915 el Administrador comunicó a la Inspección que a finales de agosto tuvo que comenzar a comprar leche, misma que sólo se les proporcionaba a los asilados pensionistas. Esta situación derivaba del hecho de que los propietarios de la hacienda del gallito habían dejado de donarla. El 7 de septiembre solicitó que el gobierno asumiera el costo de la adquisición de la leche, pues ésta costaba 35 centavos y se necesitaban seis litros diarios.[136] El problema se resolvió una semana después, pues desde el 13 de septiembre la hacienda de Santa Catarina comenzó a mandar 9 litros diarios.[137] Sin embargo, el 27 de marzo de 1916 el Administrador informó a la Inspección que no habían recibido la dotación de leche y aunque le preguntó a Juan Laue cuál era la razón por la que se había suspendido el servicio, no encontró ninguna respuesta. Sería hasta el 13 de abril cuando el Inspector asumió la resolución del problema,

[134] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 74, expediente 408, legajo 1, f. 1; legajo 15, ff. 21-22; legajo 19, ff. 1-8 y legajo 20, ff. 22, 49, 53.
[135] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 74, expediente 408, legajo 19, ff. 1-8 y legajo 20, f. 22.
[136] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 74, expediente 408, legajo 20, ff. 18, 28.
[137] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 74, expediente 408, legajo 20, f. 47.

para lo cual pidió un informe sobre la cantidad requerida de leche. El Administrador respondió que en los dos hospitales se requerían de 24 litros.[138]

Esta pregunta ya anticipaba que se iba a tener que buscar otro distribuidor que se quisiera comprometer a entregar esa cantidad. Como la situación económica no mostraba signos de mejoría, en los hospitales de dementes se tuvo que recurrir al despido de algunos empleados. Es probable que esta situación también haya ocurrido en otras dependencias de gobierno, pero no se cuenta con elementos que puedan sustentar esta afirmación. En el caso que nos atañe, el administrador Fernando Cuéllar informó el 22 de febrero de 1916 que se habían dado de baja a cinco empleados: un enfermero de Santa Rosa y la enfermera, la lavandera, la cocinera y la galopina de San Roque, sin que se especificaran las razones por las cuáles se tomó esa decisión, aunque el administrador indicaba que se buscaría suplir los puestos ocupados por las mujeres. En marzo fueron despedidas la portera y la cocinera de San Roque y dos enfermeros de Santa Rosa. También se había dado de baja de manera temporal a una enfermera que tenía tifo y que fue trasladada al hospital Maclovio Herrera.[139] Ante la crítica situación económica que se vivía, los empleados comenzaron a solicitar que se les autorizaran préstamos sobre sus salarios, lo cual motivó la intervención del Administrador que hizo una exhortación al contador para que se autorizara el adelanto de su sueldo a los empleados. Sin embargo, éste le respondió que los requirentes debían dirigirse a la Pagaduría General de Beneficencia, instancia que era la única autorizada para otorgarles créditos a los trabajadores. [140] Para tener un mejor control del consumo al interior de los hospitales, el Administrador solicitó que los responsables le remitieran un informe del número de asilados y de empleados. La rectora Margarita H. viuda de Morales informó que en San Roque se encontraban 29 asiladas, de las cuales sólo dos eran pensionistas, y ocho empleadas.[141]

Al parecer la rectora priorizaba la alimentación de las empleadas por sobre las asiladas, situación que fue denunciada ante el Administrador, quien, a su vez, inquirió a la rectora sobre este asunto sin tener respuesta. Ante el silencio de la funcionaria, indagó con los empleados que le manifestaron la posición de Margarita, misma que comunicó, el 13 de abril, a la Inspección General:

> por fuentes fidedignas ha llegado la noticia de que la señora rectora del departamento de mujeres en palabras textuales dice que "me despache con boca de cañón" limitando por lo tanto a las asiladas de dicho plantel. Me permito para sincerarme ante esa superioridad por

[138] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 75, expediente 413, legajo 1, ff. 19, 20, 24, 26.
[139] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja75, expediente 413, legajo 5, ff. 6-7, 11-14.
[140] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 75, expediente 413, legajo 5, ff. 8, 28, 30. Al parecer, los trámites no resultaban tan sencillos, pues en 1916 sólo quedaron testimonios de dos préstamos realizados a empleados del hospital de Santa Rosa: uno para el portero Emilio Merlín por 20 pesos y otro para el enfermero mayor Francisco Olasagasti por 10 pesos. Sin embargo, ello no significa que no se haya otorgado un mayor número, sólo que no quedaron registros de esta actividad.
[141] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 75, expediente 413, legajo 1, f. 18.

> lo que a esta última atañe en el cumplimiento de mi deber, a la vez para que por ser de justicia se tome la molestia de hacer un extrañamiento a dicha empleada.[142]

El Administrador aprovechó la oportunidad para solicitar que se aumentara la cantidad de alimentos que se remitían al manicomio de hombres, asunto de "imperiosa necesidad" pues hacía falta frijol y arroz. Decía que estos granos eran "fundamentales para la nutrición de los asilados de gracia que entonces eran mayoría". En junio de 1916, el asunto de la distribución de la leche no se centró en la cantidad sino en su calidad, pues en dos ocasiones, el 9 y el 23 de junio, el Administrador solicitó que se le hiciera un extrañamiento a Federico Fernández, quien era propietario de la huerta de Xonaca, pues decía que había notado, desde el 5 de junio, que se cortaba la leche cuando se hervía o que no se entregaba, razón por la cual no se le había entregado el vale correspondiente.[143] Es importante mencionar que la Proveeduría proporcionaba vales para las operaciones de compra que se realizaban con los particulares, los cuales después eran intercambiados por dinero en efectivo. Aunque en enero de 1916 la Inspección de Beneficencia había establecido negociaciones con la Liga o Comisión de Propietarios de Establos para firmar un convenio por medio del cual, se proveería de la leche a las instancias que dependían de la Beneficencia de manera gratuita o a bajo costo, éste no se concretaría sino hasta agosto. Con la intención de verificar la calidad del producto, solicitó que el Consejo de Salubridad efectuara los estudios correspondientes. Los primeros beneficiarios del convenio con la Liga fueron los dos hospitales de dementes.

A los pocos días de que se comenzó a recibir la leche, se notaron algunas anomalías por lo que el Inspector informó al presidente de la Liga, el 19 de agosto, que Isauro Uriarte sólo entregaba de 15 a 19 litros de los 24 que se habían estipulado en el acuerdo y pidió que se le informara a Uriarte que si no podía cumplir con lo prometido, transfiriera esa tarea a otra persona. La situación empeoró con el transcurso de los días, a tal grado que el 27 de agosto ya no se recibió ningún litro de leche, lo que ocasionó que el Inspector volviera a comunicarse con el presidente de la Liga y que le insistiera que esa desatención sólo perjudicaba a los asilados.[144] Estas serían las últimas negociaciones que realizó la Inspección General de Beneficencia, pues el 10 de agosto de 1916 se ordenó su desaparición y se nombraron nuevos vocales que integraron la Junta, a quienes se les mencionó que su labor era filantrópica y por lo tanto, no recibirían ningún tipo de remuneración.[145] López (2018) indica que la nueva institución retomó su antiguo nombre: Administración General de Beneficencia. No se tiene certeza respecto al resultado de las gestiones relativas al abasto de leche, pero en los siguientes meses no se

[142] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 75, expediente 413, legajo 1, f. 27.
[143] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 75, expediente 413, legajo 1, ff. 37, 41.
[144] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 75, expediente 417, ff. 1, 5; expediente 413, legajo 1, ff. 47, 51, 52 y expediente 415, f. 34.
[145] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 75, expediente 413, legajo 14, ff. 1-2.

volvieron a presentar quejas a este respecto. En agosto se volvieron a presentar ceses en los dos hospitales, tal como ocurrió con la rectora, la lavandera, dos enfermeras y la cocinera de San Roque, y dos enfermeros de Santa Rosa por "convenir al buen servicio de ese establecimiento".[146] Todos los trabajadores despedidos tenían entre 10 y 15 días de laborar en esos hospitales. Aunque se informó que uno de los enfermeros sería reemplazado, lo cierto es que el sustituto sólo duró 18 días en su cargo.[147]

Con la intención de tener un mejor control de los alimentos que se entregaban en cada nosocomio, el contador de la Administración solicitó a la Junta Directiva, el 23 de septiembre de 1916, que se le remitiera un informe detallado del personal que residía en los manicomios, cuántas personas vivían con ellos, los horarios en qué trabajaban y su sueldo. Estos datos le servirían para conocer las cantidades consumidas, así como constatar la eficacia de sus labores. Sin embargo, unos días después modificó los requerimientos en el informe, pues también pidió que se mencionara cuántos asilados tenían alimentación completa; quiénes estaban a dieta; cuál era el promedio de entradas y salidas de los pacientes; un recuento del estado de la ropa, enseres y utensilios para reponerlos, así como un cálculo de los comestibles que se necesitaban en un mes. En el informe entregado el 28 de septiembre, se mostró que la rectora de San Roque, Concepción B. viuda de Rojas, no acataba las disposiciones del reglamento, pues cinco de sus hijos vivían con ella en el hospital y aunque tenía a otros dos internados en el hospicio, éstos salían de ahí para ir a comer con ella por lo menos tres veces por semana. Esta situación contrastaba con la del portero del manicomio de Santa Rosa que solo vivía con una persona. A excepción de estos dos personajes, no existía registro de que otro empleado le proporcionara hospedaje a su familia. Asimismo, el informe daba cuenta de en San Roque había 20 mujeres y 22 hombres en Santa rosa. De estos 42 asilados, sólo tres llevaban una dieta diferente pues cada tres horas se les daba leche.[148] La leche no era el único producto que enfrentaba problemas de desabasto, pues a causa del contexto económico y político resultaba complicado surtirse de medicinas.

De esta situación daba cuenta el Administrador de los hospitales de dementes Eduardo del Valle, quien le informó al Administrador General de la Junta de Beneficencia, el 5 de diciembre de 1916, que aunque el médico asignado a los manicomios le solicitaba las sustancias más indispensables para curar, éstas no se le podían proporcionar porque la farmacia del Hospital General carecía de ellas. El Administrador General se limitó a responder, el 11 de diciembre de 1916, que el galeno buscara utilizar medicamentos que tuvieran similares efectos, pues en ese

[146] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 75, expediente 413, legajo 5, ff. 27, 29, 31 y expediente 415, ff. 25, 29.
[147] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 75, expediente 413, legajo 5, ff. 31-33 y expediente 415, f. 42.
[148] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 75, expediente 413, legajo 16, ff. 1-4.

momento no se contaba con recursos para comprarlos.[149] En mayo de 1917, el administrador Eduardo del Valle volvería a poner el dedo en la llaga, pues se quejó de la desorganización que privaba en la Proveeduría General, pues los trámites no sólo eran "tardados" sino que resultaba complicado obtener el visto bueno de los vales, los cuales resultaban indispensables para que se proporcionaran los alimentos. Como a Valle no le aprobaron la entrega de carne y pan para los manicomios, notificó a la Administración General que cuando no se le autorizaran los vales, tendría que comprar los víveres con un particular pues su prioridad era la alimentación de los enfermos. Como se mencionó antes, se procuraba adquirir las provisiones el mismo día. Con la intención de evitar que se produjeran incidentes como el anterior, el administrador general L. R. Galván ordenó que a partir del 27 de agosto se le debía mandar un listado de las mercancías que se consumían quincenalmente, a fin de que se les entregara el talonario correspondiente de acuerdo con un calendario que se especificaría.[150] Una semana después, Galván modificó sus indicaciones pues ordenó que todos los días se notificara al contador general sobre el número de asilados y empleados que había en cada establecimiento, así como cuántos de ellos consumirían carne, leche y pan al día siguiente y las cantidades de alimentos que se habían consumido el día anterior.

Si no se cumplía con ese requisito, no se les proporcionarían los víveres y se le informaría a la Dirección acerca de los trastornos que ocasionaban ese tipo de omisiones.[151] Es probable que esta disposición haya tenido su origen en una circunstancia que aconteció con el administrador del hospital de Santa Rosa, quien, al parecer, sacaba víveres del establecimiento, lo cual estaba prohibido por reglamento.[152] En octubre de 1917 se presentó una queja en contra del Consejo de Salubridad que había asumido la tarea de surtir de leche a los hospitales, debido a los problemas que enfrentaba la Proveeduría. De acuerdo con la información, el Consejo entregaba 18 litros diarios que no era de buena calidad, pues en noviembre se denunció que estaba alterada porque contenía una alta proporción de agua. Esta queja se repitió en enero de 1918, pero en esta ocasión el Secretario del Consejo de Salubridad reconoció que los 24 litros que mandaban a los nosocomios estaban adulterados, pero en su opinión podían servirse a los pacientes.[153] A causa de estos cuestionamientos, el gobierno decidió que la Beneficencia Pública volviera a asumir el aprovisionamiento de alimentos para los manicomios, situación que mejoró el abasto pues en ocasiones se llegaba a mandar más producto del que estaba

[149]AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 75, expediente 413, legajo 9, ff. 19-20 y expediente 415, f. 58.
[150] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 75, expediente 419, ff. 10, 17.
[151] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 75, expediente 419, f. 19.
[152] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 75, expediente 419, f. 18 y expediente 431, ff. 1, 3.
[153] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 75, expediente 419, f. 27; expediente 422, f. 21 y expediente 424, ff. 9-10.

estipulado.[154] A pesar de que el reglamento estipulaba que la comida estaba destinada a los pacientes y a los empleados, en agosto de 1918 se presentó un problema con Ricardo Goizueta, quien era el administrador de Santa Rosa, pues se le acusó de sacar comida del hospital para entregársela a "una señora". Unos meses después volvió a manifestarse la misma queja, pero en esta ocasión estaban involucrados otros empleados.

En enero de 1919, el Inspector General de Beneficencia recibió una queja en la que se mencionaba que en Santa Rosa era escasa la comida que recibían los enfermos y a los empleados. Ante esta denuncia, el funcionario decidió investigar y descubrió que un par de enfermeros sustraían la carne que debían repartir entre los pacientes. Aunque se les acusaba de haber malversado otras mercancías, lo cierto es que no se les logró probar nada y sólo se les despidió.[155] Pese a la gravedad del asunto, no se generaron escándalos o confrontaciones entre los administradores, sino que todo se buscó resolver de manera rápida y eficiente.

4.4.2. El pago de los pensionistas

La mala situación económica que se vivía el país provocó afectaciones en todos los ámbitos. La proliferación de dinero que carecía de un sustento metálico ocasionó una importante devaluación, situación que contribuyó al encarecimiento de los productos. De hecho, el asunto de los llamados bilimbiques ocasionó un problema entre los funcionarios de la Beneficencia, pues se había determinado que los administradores solicitaran al Jefe de Hacienda que realizara el canje de los billetes "invalidados" por aquellos de "circulación forzosa", a fin de que éste diera fe de su existencia e informara si eran nulos. Con ello se evitarían confusiones, como ocurrió en agosto y septiembre de 1915, cuando se destruyó el dinero que emitió el gobierno provisional en 1914, el cual todavía se consideraba válido.[156] Sin embargo, el dinero de nueva circulación no fue aceptado de manera inmediata, situación que provocó que el administrador Eduardo Solís le notificara, el 30 de septiembre de 1915, al Inspector General de Beneficencia que el contador de la Comisión de Importación de Víveres no aceptó los billetes conocidos como "bonos", cuyo valor era de un peso y que estaban vigentes, de acuerdo al decreto emitido por el Primer Jefe del Ejército Constitucionalista, hasta finales de septiembre. Así como tampoco admitió los "billetes constitucionalistas" por estar maltratados, pero ello no le quitaba su valor. Solís pidió que se autorizara que se le entregaran los artículos que requería a cambio de esos billetes o en su defecto, que se le avisara por medio de un oficio que no tenían validez para que pidiera billetes de otra clase al gobierno, o aquellos "que fueran del agrado de su señor contador".[157]

---

[154] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 76, expediente 449, f. 1.

[155] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 75, expediente 431, ff. 1, 3; expediente 436, ff. 29, 31.

[156] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 74, expediente 408, legajo 17, ff. 1-5.

[157] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 74, expediente 408, legajo 20, f. 68.

Las complicaciones económicas ocasionarían que las autoridades de la Beneficencia tomaran la decisión de modificar el pago que realizaban los pensionistas de los hospitales. Ante la falta de los ingresos que provenían de los arriendos de sus propiedades, el administrador Eduardo Solís propuso, en octubre de 1915, que se aumentara el pago que realizaban los pensionistas en un 25%, incremento que se justificaba por la situación económica que había generado el encarecimiento de los artículos de primera necesidad y de las medicinas. Reconocía que la elevación de las cuotas no bastaba para cubrir los costos de manutención, pero tenía confianza en que las familias de posición "menos que mediana" comprendieran la situación pues el pago pasaría de 16 pesos a 20, lo que resultaba accesible en virtud de los servicios que los hospitales de dementes brindaban.[158] Aunque en enero de 1916 se volvió a subir el pago de los pensionistas, se realizó una distinción entre las que pagaban media pensión y las que la cubrían completa. Las primeros sufragarían 16 pesos y las segundas, 32. Un tercer incremento se propuso en mayo. En ese momento se acordó que los de media pensión pagarían 30 pesos y 60 los de tiempo completo. Como se puede advertir, el incremento entre octubre de 1915 y mayo de 1916 fue de un 300%. Sin embrago, no se tiene certeza si se aplicó el aumento, pues a principios de julio se señaló que las cuotas regresarían a lo que se estipuló en el acuerdo del 15 de noviembre de 1898, pero ello no representó un ahorro pues los pagos oscilaban entre 30 y 40 pesos.[159] La reducción del cobro de las pensiones podría estar vinculada con la estabilización económica promovida por la Comisión Monetaria, misma que se instauró en abril de 1916, la cual promovió la desaparición de la moneda fiduciaria llamada de Veracruz o del ejército constitucionalista y su sustitución con dinero infalsificable (Decreto 78, 1916).

El gobernador Cesáreo Castro emitió una serie de circulares, el 7, el 13, el 19 y el 20 de junio, por medio de las cuales ordenó que todas las dependencias de la Beneficencia, remitieran los billetes de "antigua emisión" de 20, 50 y 100 pesos así como los del ejército constitucionalista, a la Inspección General de Beneficencia, a fin de que se reconcentraran en la Tesorería General. Eduardo del Valle, quien era el administrador del hospital de hombres dementes, dejó constancia de la manera en la que buscó cumplir con esa tarea, pues remitió en tres ocasiones, el 8, el 19 y el 21 de junio, billetes que eran de menor denominación que las especificadas en las circulares, timbres y cartones, así como unas pólizas con los cortes de caja que por error habían dejado sus antecesores. La Tesorería, por su parte, le extendía comprobantes que daban cuenta de lo recibido.[160] A pesar de que

[158] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 74, expediente 407, f. 15.

[159] AGEP, fondo Hospitales de dementes, Administración, caja 74, expediente 408, legajo 20, f. 20 y legajo 1, f. 4; caja 75, expediente 414, f. 1 y expediente 413, legajo 11, ff. 2 -4.

[160] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 75, expediente 415, f. 59; expediente 416, ff. 1-12. El 31 de diciembre de 1916, Eduardo del Valle reconoció que, a pesar de las previsiones del gobierno federal, todavía circulaban billetes infalsificables que causaban un gran problema. Por ello es que propuso que

en un primer momento se redujeron las cuotas, el 10 y el 12 de julio se expidieron circulares en las que no sólo se derogó la propuesta, sino que también se mencionó que los pensionistas tendrían que pagar las cantidades que se estipularon en 1913 y en caso de que fueran deudores, debían pagar los réditos en moneda de plata o en una moneda equivalente que, en este caso, eran los infalsificables. Tanto los familiares de los asilados como los censatarios mostraron su inconformidad ante estas medidas y se negaron a pagar los réditos tal y como lo proponía la autoridad. La autoridad volvió a emitir una circular el 3 de agosto en la que reiteraba el tipo de pago que debían asumir los pensionistas. De hecho, se hizo la aclaración que los pagos en moneda de plata o en papel de curso legal comenzarían en julio, mientras que los anteriores se cobrarían en papel infalsificable.

Ante tal situación, los familiares de los pacientes adoptaron diversas estrategias para mantenerlos en los nosocomios. Una de ellas fue el cambio del estatus del interno, pues se alegaba que no podían pagar "en plata o su equivalente en billetes del curso legal". Así sucedió con el pensionista Enrique Nava cuyo fiador Manuel Carbajal solicitó, el 30 de julio de 1916, que pasara a la categoría de asilado de gracia.[161] La negativa de los familiares para asumir las nuevas cuotas ocasionó que los manicomios sufrieran aprietos financieros, motivo por el que en septiembre se tuvo que solicitar una subvención de 200 pesos para el sustento de los manicomios.[162] Las autoridades de la Beneficencia no se quedaron con los brazos cruzados y por diversos medios, buscó presionar a las familias para que cubrieran los adeudos. Entre los más destacados era recordarles las consecuencias legales que generaba un adeudo, el traslado de los pacientes de una clase a otra, las negociaciones directas o la amenaza de sacarlos del Hospital. Ese fue el caso de José María Marín que ingresó al manicomio con un diagnóstico de epilepsia encefálica. Como había retrasos en el pago de su pensión, el administrador advirtió a sus familiares, en mayo de 1916, que el hospital no contaba con los recursos para tratar ese tipo de trastornos y que debían pasar a liquidar el mes que se adeudaba ya que

> esta administración se encuentra en circunstancias especiales que la obligan hacer los gastos de más precisa [sic] sin distraer en absoluto los fondos destinados para la manutención de los asilados de gracia pues los pensionistas, aunque en una mínima parte en algo siquiera ayudan con sus respectivos gastos.[163]

También mencionó que si no se realizaba el pago, su paciente sería dado de baja. Resulta complicado entender el comportamiento del Administrador, sobre todo si se tiene en cuenta que el paciente no tenía una deuda exorbitante. A pesar de que se

se pusiera en remate el dinero que estaba en cajas y sólo se remitiera al gobierno el dinero infalsificable que existía cuyo monto era de 62 pesos.

[161] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 75, expediente 415, f. 21.

[162] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 75, expediente 413, legajo 9, f. 15; legajo 14, f. 5; expediente 415, ff. 12, 37 y expediente 414, ff. 7-11, 16-18.

[163] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 75, expediente 414, f. 5.

debía un mes, se amenazó a los parientes con sacar al enfermo. La postura del funcionario daba cuenta de que se buscaba abandonar la idea de que el hospital eran un asilo en el que podía estar cualquier persona, sin importar el tipo de padecimiento que tenía, además de que se reconocían las limitaciones que se tenían en el tratamiento de ciertos padecimientos. Otro aspecto a tomar en consideración es que la epilepsia ya no se consideraba un rasgo de locura, razón por la que el Administrador insistía en que no se le podía atender en esa Institución. Como se puede apreciar, la complicada situación económica ocasionó que muchos pacientes salieran de los hospitales de dementes. De hecho, entre 1913 y 1916 se produjo una disminución en el número de asilados. Este dato se podía corroborar en un informe fechado el 15 de junio de 1916 que el administrador A. Bonilla entregó al Inspector General de Beneficencia, pues éste decía que antes de ese año existía un promedio mensual de 94 asilados en cada nosocomio, pero en ese momento apenas sumaban 56 por los dos. Entre julio y diciembre de 1916, la cantidad de asilados descendió mucho más. El administrador Eduardo del Valle indicaba que en noviembre sólo había 36 pacientes, de los cuales 19 eran hombres y 17 mujeres. En diciembre se conservó el número de asilados, pero cambió su composición pues eran 22 hombres y 14 mujeres.

En el caso específico de San Roque, se perdió más de la mitad de las asiladas pues en diciembre de 1915 se reportaron 34. En lo que respecta a Santa Rosa, la reducción fue de un 30% ya que en diciembre de 1915 había 35 asilados. También mostraba notables variaciones los movimientos que se habían dado en los hospitales a finales de 1916, tal como se puede apreciar en el siguiente cuadro:

Hospital	Ingresos	Egresos	Defunciones
Santa Rosa	19	20	12
San Roque	13	15	18

Elaboración propia con base en datos provenientes de AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 75, expediente 415, ff. 13, 53, 55-56.

Los anteriores datos daban cuenta que aunque se internaban más varones, éstos salían más rápido a causa del tipo de diagnóstico que recibían. Lo contrario sucedía con las mujeres que entraban en menor número, pero permanecían más tiempo encerradas. Llama la atención el número de fallecimientos que ocurrían en el interior del hospital, asunto del que no quedaron muchos registros por lo que resulta complicado rastrear las enfermedades que se padecían. Sin embargo, y como se mostrará en el siguiente apartado, predominaban las enfermedades gastrointestinales. A diferencia de la ciudad de México en donde se produjo una menor demanda de internamiento durante los años de la guerra, en el caso de Puebla la reclusión psiquiátrica siguió reconociéndose como una necesidad.

4.4.3. La presencia del tifo en los hospitales de dementes

No resulta exagerado afirmar que 1915 fue un año particularmente complicado para la ciudad de Puebla. No sólo por la inestabilidad política y económica, el desabasto de alimentos y la inflación en los precios, sino también por la epidemia de tifo que tuvo importantes repercusiones en la salud de la población (Cuenya, 2008). Molina (2015) menciona que la aparición de la epidemia de tifo en la ciudad de México estuvo antecedida por la escasez de alimentos y las malas condiciones higiénicas, esto es, la desnutrición y la insalubridad contribuyeron a la propagación de la enfermedad. Aunque desde 1911 se habían manifestado brotes de tifo, sería en la segunda mitad de 1915 cuando adquirió un carácter virulento. Tanto Cuenya (2008) como Molina (2015) han identificado que en octubre aumentaron los casos mortales en Puebla y la ciudad de México. En el caso de Puebla, se comenzaron a manifestar algunos casos desde inicios de 1915. Por esa razón, los administradores de los manicomios solicitaron, el 13 de febrero de ese año, a la Secretaría General del Departamento Ejecutivo que se instalara drenaje en ambos hospitales. La dependencia aprobó la petición y se designó al ingeniero Ramón Monroy para que se realizaran los trabajos.[164] Sin embargo, éstos no se llevaron a cabo por lo que, a finales de mayo, el Administrador informó al jefe de Inspección de Salubridad que en el manicomio de hombres se habían presentado varios casos de tifo, por lo que pedía que se desinfectaran las piezas que ocupaban los enfermos.[165] Ante el aumento de enfermos de tifo en la ciudad y para combatir la enfermedad, se creó la Secretaría Superior de Salubridad además de que se adoptó el Código Sanitario del Distrito Federal (Lomelí, 2011).

El Consejo ordenó, el 24 de septiembre de 1915, que mensualmente se le remitieran noticias de las enfermedades que aparecían en los hospitales de dementes y que se indicara, si era el caso, la causa de la defunción.[166] En la ciudad de Puebla, el tifo se manifestó entre octubre de 1918 y marzo de 1919 (Cuenya, 2008), período que corresponde a los casos que se registraron en el Hospital de San Roque. Éstos no fueron atendidos en ese nosocomio, sino que se trasladaban al hospital "Maclovio Herrera" que dependía del Hospital General del Estado.[167] Según Herrera (2020), en el General se había instalado un pabellón de tifosos e infecciosos, pero de acuerdo con el Reglamento de noviembre de 1915 y los expedientes del manicomio, el "Maclovio Herrera" era una instancia distinta.[168] Entre las instrucciones que recibieron los empleados del "Maclovio Herrera" destacaba la importancia que se le otorgó a la higiene. Por ejemplo, la ecónoma tenía el deber de cuidar que en el Departamento de lavado de ropa nunca quedaran prendas

[164] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 74, expediente 408, legajo 5, ff. 1-3.
[165] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 74, expediente 408, legajo 10, ff. 1-2.
[166] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 74, expediente 408, legajo 26, ff. 1-3.
[167] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 74, expediente 408, legajo 10, ff. 1-2, 4-5; legajo 27, f. 7; caja 75, expediente 413, legajo 11, f. 13. Al "Maclovio Herrera" no sólo se trasladaron los infectados de tifo, sino también los casos graves que se presentaban tal como ocurrió con María Antonia Vázquez, quien murió a causa de nefritis a un mes de haber sido internada en el manicomio.
[168] AGEP, fondo Hospital de dementes, Reglamentos, caja 1, expediente 4, ff. 1-2.

sucias. La boticaria debía prestar especial atención al aseo del botiquín y entregar al enfermero mayor los medicamentos que se requirieran. A diferencia de los otros hospitales, en el "Maclovio Herrera" la conserje era la responsable de llevar el registro de los ingresos, salidas y actividades que desempeñaban los trabajadores, mientras que el enfermero mayor debía vigilar a las enfermeras y afanadoras. Esta institución era administrada por una rectora. Para evitar que la enfermedad se propagara en San Roque, el Administrador pidió que se extremaran las medidas de higiene y que los casos que se presentaran, se atendieran de manera inmediata tal como ocurrió en el caso de la asilada Lidia Puente.

Después de que se confirmó que tenía tifo, su familia pidió llevársela a su casa para su atención. Aunque el Administrador estuvo de acuerdo con esta petición pues representaba un riesgo para las demás pacientes, el gobernador ordenó que fuera trasladada al hospital Maclovio Herrera, lugar en el que fue internada el 7 de octubre sin que se tenga registro de su recuperación. Otra de las que enfermó de tifo fue Victoria Axotla, hija de la portera Guadalupe Axotla, quien, a inicios de diciembre, fue trasladada al "Maclovio" en una parihuela cargada por cuatro personas, lo que daba cuenta de la gravedad de la paciente.[169] A pesar de las peticiones de desinfección del edificio, las autoridades hicieron caso omiso. De hecho, el 11 de diciembre el Administrador notició al Consejo que en noviembre solicitaron el procedimiento sin éxito, por lo que, de manera irónica, decía que ya que se había presentado un caso más, tenía la esperanza de que por fin se realizara la "primera sanitización". De acuerdo con los informes presentados por el Administrador a la Secretaría Superior de Salubridad, el número de enfermos de tifo en los hospitales de dementes fue reducido. En septiembre sólo se reportaron dos: uno en cada nosocomio. En octubre se informó de cuatro enfermas y en diciembre, sólo un caso en San Roque. Entre agosto y septiembre se reportaron 12 muertes, de las que cuatro correspondieron a tifo, cuatro con enteritis y cinco por "condiciones nerviosas", es decir, los fallecimientos por tifo sólo representaron la tercera parte de los decesos.[170] Hasta enero de 1916 se presentó otro caso de tifo en el manicomio de hombres y en febrero, uno en el de mujeres pero no era una asilada sino una enfermera cuya alcoba se mandó a desinfectar.[171]

De la Información remitida a la Secretaría Superior de Salubridad, destaca la frecuencia con la que aparecieron las enfermedades intestinales entre 1915 y 1916, pero los datos aportados tienen limitaciones porque sólo se reportaron los casos en

[169] AGEP, fondo Hospital de dementes, Asilados, caja 6, expediente 646, ff. 5-14 y expediente 673, ff. 1-3.

[170] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 74, expediente 408, legajo 27, ff. 1-6, 8-9; Asilados, caja 6, expediente 646, ff. 5-14 y expediente 673, ff. 1-13. De acuerdo con Cuenya (2008), en 1915 se registraron 999 muertes por tifo y 1079 en 1916. Los meses más letales fueron diciembre de 1915 y enero de 1916 con 256 muertes. Entre octubre de 1915 y abril de 1916 se contabilizaron 1 395 fallecimientos por tifo.

[171] AGEP, fondo hospital de dementes, Administración, caja 75, expediente 413, legajo 2, ff. 3-4, 7.

que se produjeron “desenlaces funestos”.[172] Este hecho se podría explicar por el tipo de formato que se tenía que entregar a la Secretaría. Es de llamar la atención que este tipo de “enfermedades orgánicas” no se pudieran mitigar, pues éstas, al igual que el tifo, se asocian con la insalubridad del agua y si a ello se suma la escasez de alimentos y las condiciones de higiene de los hospitales, se puede imaginar las consecuencias que tuvieron en las asiladas que enfermaron por estas causas. En el siguiente cuadro se condensan las enfermedades que se reportaron entre octubre de 1915 y septiembre de 1916.

Número de casos	Enfermedad	Fecha	Sexo	Resultado
3	Enteritis	Octubre de 1915	Las tres eran mujeres	Muerte en todos los casos
1	Enteritis	Noviembre de 1915	Mujer	Muerte en todos los casos
3	Enteritis	Diciembre de 1915	Las tres eran mujeres	Muerte en todos los casos
4 1	Enteritis Enterocolitis	Febrero de 1916	Un hombre y cuatro mujeres	Muerte en todos los casos
1	Enteritis	Marzo de 1916	Mujer	Muerte en todos los casos
1 1 2	Anemia cerebral Enteritis Inanición	Abril de 1916	tres hombres y una mujer	Muerte en todos los casos
2	Enteritis	Septiembre de 1916	Un hombre y una mujer	Muerte en todos los casos

Aunque existen lagunas de información, pues faltan enero, mayo, junio, julio y agosto de 1916, los datos de los que se disponen muestran el predominio de la enteritis como causa de muerte en los dos hospitales. La ausencia de información se explicaba por el hecho de que la mayor parte de los enfermos fueron trasladados a otros hospitales. De hecho, en 1918 los casos graves eran remitidos al Hospital Jesús Carranza, pues, según decían las autoridades de los manicomios, buscaban “evitar contagios” aunque en sus expedientes de salida no se especificaba el padecimiento que sufría. El que se mandara a los enfermos al Hospital General nos permite preguntarnos qué pasó con el hospital “Maclovio Herrera”, pues ya no se le menciona en los expedientes posteriores a 1917. Es importante considerar la manera en que se reorganizó el conjunto hospitalario poblano en los últimos años del gobierno carrancista, a fin de atender las emergencias médicas que ocurrieron, entre las que destacaba, la epidemia de influenza que se manifestó en 1918.[173]

[172] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 75, expediente 408, legajo 27, ff. 4, 8 y expediente 413, legajo 2, ff. 1-2 ,5-6, 8-11, 17-18.
[173] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 75, expediente 433, ff. 5-6.

4.5. Los manicomios durante el gobierno de Venustiano Carranza

Los gobernadores carrancistas, Luis G. Cervantes y Cesáreo Castro, lograron que existiera cierta estabilidad política en Puebla. Estos personajes, en distintos momentos, buscaron promover el civismo entre los funcionarios públicos. Así se podía observar en un oficio que se dirigió al Inspector General de la Beneficencia Pública, fechado el 14 de septiembre de 1915, en el que se le comunicaba que, por orden superior, el personal de esos establecimientos debería asistir a las Conferencias Cívicas que tenían el objetivo de mostrarles cuáles eran sus deberes ciudadanos. Se advertía que se exceptuaría al personal que por sus obligaciones no podían asistir. Aunque no se mencionaba las temáticas que se iban a tratar, no sería improbable pensar que, entre otros, se iba a abordar asuntos relativos a la conmemoración de la independencia.[174] Todo indica que las autoridades estatales buscaron el involucramiento de sus empleados en las actividades públicas, tal como ocurrió en enero de 1916 cuando se invitó a los trabajadores de las distintas dependencias a asistir a una serie de eventos cívicos. En esa ocasión, el Administrador de los hospitales de dementes mandó un oficio, el 12 de enero, al Pagador General para justificar la inasistencia del personal del hospital de Santa Rosa, debido a que los enfermos no podían quedarse solos ya que se corría el riesgo de que se lastimaran en alguno de sus "ataques de furor". La tarea de vigilancia corría a cargo de los enfermeros, el mayordomo y el portero. El médico tampoco podía estar presente, pues tenía que visitar ambos establecimientos. El escribiente, quien siempre asistía a esos eventos, se encontraba enfermo y en su caso particular, no podía dejar su oficina pues debía estar atento a las novedades, aprobar los ingresos y las salidas, y debía estar presente cuando se practicaban las visitas médicas.

A pesar de lo anterior, el Administrador confirmó que algunos de los trabajadores asistirían a los conciertos nocturnos que se llevaban a cabo los miércoles.[175] Resulta significativo que la respuesta del Administrador sólo se refiriera a los empleados varones, pese a que la invitación estaba dirigida al personal de ambos hospitales, por lo que valdría la pena preguntarse si las convocatorias contemplaban la concurrencia del personal femenino y cuáles eran los deberes cívicos que se les demandaba. El 12 y 17 de julio de 1916 se volvió a convocar a los empleados de los nosocomios para que adquirieran "instrucción militar", la cual se llevaría a cabo los jueves de 4 a 6 de la tarde y los domingos de 9 a 11 de la mañana. El Administrador autojustificó su ausencia, pues decía que sufría dolores a causa de una ulcera en el estómago, padecimiento que podía ser confirmado por el médico Rafael Serrano, motivo por el cual se le concedió licencia

[174] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 74, expediente 408, legajo 20, ff. 9, 50 y legajo 23, ff. 1-2.
[175] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 75, expediente 413, legajo 3, f. 1.

para no presentarse a esas actividades.[176] Este tipo de actividades se volverían obligatorias tras la promulgación de la Constitución de 1917, pues el artículo 31 fracción II estipulaba que eran obligaciones de los mexicanos recibir instrucción cívica y militar, a fin de que tuvieran conocimiento de sus derechos ciudadanos, del manejo de las armas y de la disciplina militar. Para ello debían asistir los días y horas señalados por el Ayuntamiento respectivo. Aunque la Constitución de 1917 fue promulgada el 5 de febrero, entraría en vigor hasta el 1 de mayo. Por este motivo, el 10 de mayo fue notificado el Administrador de los hospitales de dementes que todos los empleados y la servidumbre debían rendir protesta de ley y prometer que respetarían la constitución cuando asumieran su cargo, sin importar si lo habían obtenido por elección o por nombramiento superior.

El acto de toma de protesta de los empleados del Hospital de Santa Rosa fue individual y lo hicieron, primero, los que trabajan en la oficina, es decir el administrador y el escribiente, después el médico, los enfermeros, la cocinera, la galopina, la lavandera y el peluquero. En las actas de protesta de cada empleado se anotaba la fecha y la hora en que se realizó el acto. No se cuenta con evidencia respecto a la toma de protesta en el manicomio de San Roque.[177] En julio de 1917 se realizaron elecciones en Puebla para elegir al gobernador que sustituiría a Cesáreo Castro. Éstas fueran ganadas por el doctor Alfonso Cabrera, quien era hermano de Luis Cabrera que se desempeñaba como Secretario de Hacienda en el gabinete de Venustiano Carranza. Esta victoria no resultaba inesperada pues los representantes del carrancismo ejercían un estricto control sobre los procedimientos democráticos, tal como sucedió en diciembre de 1917 cuando las elecciones municipales de Cholula fueran anuladas, debido a que se acusaba que los ganadores habían sido colaboradores del gobierno huertista (Lomelí, 2011). Esta situación recuerda lo que sucedió con el personal del manicomio de Veracruz, el cual fue destituido por no compartir los “ideales de la revolución” Ayala (2007). Alfonso Cabrera tuvo que asumir el gobierno de un Estado en bancarrota y con una división política fracturada, pues los distritos habían desaparecido. Ante tal situación, el congreso decidió efectuar una reorganización en la administración pública y de las finanzas, tareas prioritarias ya que la sociedad poblana exigía que se creara una comisión que supervisara el abasto de la ciudad, además de que se buscaba la devolución de ejidos para recuperar la producción agrícola y de este modo, superar las hambrunas (Lomelí, 2011).

La reorganización de la vida pública también se manifestó en las instituciones dependientes de la Beneficencia, pues el 21 de agosto de 1917 el Administrador General de Beneficencia informó que había recibido una orden del gobernador para reorganizar esta rama, por lo que asumía la dirección sobre todas las operaciones

[176] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 75, expediente 413, legajo 12, ff. 1-6 y expediente 415, f. 16.
[177] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 75, expediente 421, ff. 1-16.

pero ordenó que la contabilidad fuera gestionada por cada establecimiento.[178] En la redefinición de los aspectos administrativos de la Beneficencia, se pidió un informe sobre el estado de la enseñanza en los hospitales, las condiciones en que se encontraban las áreas y cuáles se consideraban que eran las necesidades más urgentes.[179] La finalidad de este reporte se pondría de manifiesto cuatro meses después. En diciembre de 1917, el director del Colegio del Estado solicitó al Administrador de los manicomios y al médico Rafael Serrano que se le entregara una estadística de los pacientes, la cual debía incluir el promedio mensual de los que estaban bajo tratamiento médico y de cirugía.[180] A fin de cumplir con el objetivo de la enseñanza en los hospitales, en marzo de 1918 el Administrador de los manicomios autorizó que el doctor Alberto Segovia impartiera su materia de medicina legal y ontología médica en Santa Rosa. La materia sería cursada en específico por los estudiantes del Colegio del Estado.[181] Es importante mencionar que estas peticiones después se volverían ley, pues en el artículo 21 del Reglamento de 1922 se estipuló que tanto profesores como estudiantes de medicina y cirugía podían asistir a las visitas.[182]

Como la reorganización de los establecimientos dependientes del gobierno del Estado se convirtió en una prioridad, se le ordenó al Administrador del manicomio de hombres, el 4 de marzo, que tanto él como sus empleados se apegaran a lo que ordenaba la Administración General de Beneficencia, pues los funcionarios públicos tenían la facultad de visitar las instituciones, previa notificación, y dictar las órdenes que se consideraran más pertinentes.[183] Con la intención de mejorar los servicios que se ofrecían en los hospitales de dementes, el Administrador General de Beneficencia Pública solicitó, el 20 de julio, que se le entregara una lista de la ropa "indispensable" que requerían.[184] El 16 de agosto, el funcionario determinó que la vestimenta de los hombres sería elaborada por el Departamento de Mujeres del Hospicio, en tanto que la de las mujeres sería fabricada en el mismo hospital de San Roque. Por tal motivo, se mandó la tela a los dos establecimientos, pero unos días después se reportó que la máquina de coser de San Roque no servía.[185] Es probable que la ropa para San Roque ya no se haya confeccionado, pues no se mencionó que la máquina se repararía. Por esta razón, en noviembre se autorizó que la prefecta Tomasa Vázquez dispusiera de 251 pesos para comprar ropa para las asiladas, siempre y cuando aumentaran los ingresos por réditos de los lugares que rentaban.[186] La máquina de coser no era lo único que

[178] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 75, expediente 422, f. 9.
[179] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 75, expediente 422, f. 6.
[180] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 75, expediente 422, ff. 41-42.
[181] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 75, expediente 424, ff. 12, 17.
[182] AGEP, fondo Hospital de dementes, Reglamentos, caja 1, expediente 6, f. 5.
[183] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 75, expediente 424, f. 16.
[184] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 75, expediente 428, f. 28 y expediente 429, f. 9.
[185] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 75, expediente 430, ff. 17, 31; expediente 431, ff. 16, 21, 26.
[186] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 75, expediente 433, f. 8.

estaba descompuesto en San Roque. A fines de julio, la prefecta Tomasa Vázquez solicitó al Administrador General que se repararan unas puertas que habían sido dañadas por las asiladas, además de que informó que otras puertas y varias vigas estaban deterioradas a causa de la humedad.

Además, pidió que se arreglaran unos cerrojos y que se le proporcionara candado para aislar a las pacientes. Ante tal situación, el Inspector realizó dos visitas, el 16 y el 17 de agosto, en las que constató las malas condiciones en que se encontraba el edificio. En el informe que entregó a la Administración, el 19 de agosto, el funcionario declaró que existía un mayor número de habitaciones que de enfermas. Como varias de ellas tenían que permanecer encerradas todo el día por la "agitación" que mostraban, se generaba una "suciedad extraordinaria" que demandaba que los cuartos fueran aseados y ventilados durante varios días. Esas tareas se complicaban por la mala adecuación del edificio y las pésimas condiciones del drenaje, motivo por el que las pacientes eran trasladadas de unos cuartos a otros. El estado de deterioro en el que se encontraba el nosocomio había provocado afectaciones en una casa vecina, motivo por el cual los propietarios ya habían presentado una queja.[187] El Inspector también manifestó que el manicomio de varones se encontraba en iguales condiciones que San Roque y se tenían noticias de que 11 de agosto se desplomó un techo, del cual se solicitó su reparación urgente pero todavía no se había autorizado el presupuesto para su arreglo.[188] El Inspector aprovechó la oportunidad para desmentir la supuesta vulnerabilidad en la que se encontraba el manicomio de San Roque, pues decía que en una nota del periódico *Germinal* se denunciaba que unas internas se trataron de escapar el fin de semana, pero contaba con evidencia de que las enfermas, a la hora de la supuesta fuga, estaban "tranquilas" en sus habitaciones además de que el personal habría intervenido de inmediato para impedir su salida.[189]

Pese a los cambios que se buscaban implementar en los hospitales, en ciertos momentos se tuvo que recurrir a soluciones inmediatas ante la falta de personal. Así sucedió en el caso de Herminia Mass, una mujer que asumió el puesto provisional de portera en el Hospital de Santa Rosa, lo cual resulta interesante porque ese cargo lo habían ocupado hombres, debido a que demandaba realizar trabajos que implicaban cierta fortaleza además de que debían ayudar a controlar a los pacientes. Es probable que Herminia haya conseguido el trabajo, debido a que su madre María Bernal se desempeñaba como lavandera en el mismo lugar. Herminia permaneció en el empleo por un mes, pues en agosto se le entregó a unos parientes debido a que su madre había enfermado de cólico hepático, por lo que fue trasladada al Hospital General. Esta situación sugiere que Herminia era una

[187] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja75, expediente 430, ff, 1, 3, 16, 18, 22-23, 26, 28, 30.
[188] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 75, expediente 431, ff. 12, 17.
[189] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja75, expediente 430, ff. 23, 26.

mujer muy joven, por lo que requería de la tutela de alguien más.[190] Acorde a la política planteada por las autoridades de la Beneficencia, la prefecta Tomasa Vázquez realizó una reorganización de las gratificaciones entre el personal. También informó que ante la escasez de recursos que enfrentaba el hospital, contrató a una afanadora y a una costurera cuyos salarios eran pagados por ella misma, además de que compartía con las asiladas las provisiones que le regalaban sus parientes. Aunque estas actividades causaron el "beneplácito" de la Inspección General, lo cierto es que el panorama cambió cuando se cambió al Administrador general. Cuando Tomasa pidió autorización para recontratar a la afanadora y a la costurera, la lavandera se manifestó en contra y amenazó acusarla con el gobernador, pues argüía que le había quitado cinco centavos de su sueldo ya que sólo cobraba 15 centavos en vez de 20.

Aunque el Inspector respaldó a la prefecta, el gobernador decidió removerla de su puesto y se nombró como su reemplazo a Adela Garibay.[191] Al parecer la orden no se cumplió, pues la prefecta siguió en su puesto hasta mediados de 1919. El 13 de enero de 1919 se realizó una visita de inspección a los hospitales dependientes de la Beneficencia. El de mujeres obtuvo una calificación favorable en cuanto a su manejo y sobre todo, en la cuestión de la alimentación de las pacientes. Sólo había unos asuntos que se debían resolver como la presencia de un caño azolvado en uno de los patios y la carencia de un pasador en una de las puertas, por lo que la Administración mandó el 21 de enero un albañil para solucionar el problema.[192] Uno de los problemas que persistieron en San Roque fue la falta de personal, situación que ocasionó, por ejemplo, que a la enfermera Consuelo Bernal se le negara el permiso para salir unas horas del establecimiento, pues buscaba terminar su educación primaria.[193] Aunque la Carta Magna, en sus artículos 3 y 31, asentaba que los menores de 15 años debían recibir educación primaria gratuita en las escuelas oficiales, en el expediente no se indicaba si la enfermera podía ejercer ese derecho a causa de su edad. A pesar de las buenas calificaciones obtenidas, la situación entre el personal en ocasiones se tornaba conflictiva, tal como ocurrió con la prefecta Tomasa Vázquez que acusó a la celadora María Francisco de haber abandonado su empleo, pues según decía no estaba "dispuesta a acatar las disposiciones". Por esta razón, Vázquez pedía su destitución y el nombramiento de Leonor de Gante, una persona de toda su confianza y que conocía el puesto, pues lo había desempeñado en las ausencias de María Francisco.[194]

[190] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 75, expediente 428, f. 19 y expediente 431, f. 1; caja 76, expediente 445, ff. 16-17. También se presentaron casos de personas que ascendieron por su capacidad y buena conducta. Entre otros se puede mencionar el de una lavandera que sería nombrada cocinera en el Hospital de Santa Rosa.

[191] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 75, expediente 432, ff. 4, 8, 11, 20.

[192] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 75, expediente 435, ff. 10, 12, 17.

[193] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 75, expediente 435, ff. 6, 8, 14-15.

[194] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 75, expediente 435, f. 21.

4.6. Los manicomios durante los gobiernos de los sonorenses

Durante la segunda mitad de 1919, la situación política del país se tornaría turbulenta a causa de la sucesión presidencial que se avecinaba, pues diversos actores políticos cuestionaban al presidente Carranza, de quien se decía que quería dejar como sucesor al Ingeniero Ignacio Bonillas que se desempeñaba como embajador de México en Estados Unidos. Lo mismo sucedía en el gobierno de Puebla, pues aunque se había logrado pacificar la mayor parte de las regiones que apoyaban a Emiliano Zapata, el proteccionismo y el control sobre la libertad de expresión y la ideología universitaria pondrían la tolerancia de los poblanos al límite. El 23 de abril ocurrió la rebelión de Agua Prieta encabezada por Adolfo de la Huerta, Álvaro Obregón y Plutarco Elías Calles. Ante el avance de los rebeldes, Carranza decidió salir de la ciudad de México y dirigirse a Veracruz, pero en el camino encontraría la muerte. Tras la caída de Carranza, el 8 mayo se nombró gobernador provisional a Rafael R. Rojas, quien se caracterizó por la dureza de sus acciones ya que mandó disolver los ayuntamientos y reprimir las manifestaciones obreras y campesinas. Rojas abandonó el cargo el 16 de junio y sería sustituido por Luis Sánchez Pontón que gobernó hasta el 6 de abril de 1921. Su sucesor, el profesor Claudio N. Tirado, estuvo al frente del Estado entre abril y mayo de 1921. El cargo vacante sería ocupado por Roberto Labastida, quien permaneció sólo un mes, de mayo a junio. Durante su mandato se convocó a elecciones, de las que saldría vencedor José María Sánchez, quien tomó posesión el 18 de junio de 1921 y al que le tocaría enfrentar un periodo de crisis financiera que provocó diversas movilizaciones, entras las que se encontraba la de los médicos del Hospital Civil (Lomelí, 2011).

La Beneficencia Pública no permaneció ajena a las turbulencias políticas. De hecho, el Oficial Mayor de Gobierno pidió al Administrador General, el 15 de junio, la impresión de 1000 ejemplares de un decreto del gobernador provisional relativo a la situación política del país.[195] Sánchez sólo duró unos meses en el poder (18 de junio de 1921 a 18 de febrero de 1922) y sería reemplazado por Froylán Cruz Manjarrez que permaneció más de un año en el cargo (2 de marzo de 1922 a 7 de diciembre de 1923). Manjarrez ocupó la gubernatura por órdenes expresas del presidente Obregón, aunque encontró la oposición de José María Sánchez que emprendió diversas acciones para recuperar el poder, como sabotear a los candidatos de derecha y financiar grupos de choque. Sus actividades subversivas se inscribían en un clima agitado por la rebelión delahuertista, la sucesión presidencial y las diferencias que Manjarrez tenía con el comandante de operaciones militares Juan Andreu Almazán, a quien se consideraba partidario de De la Huerta. Pese a todo, Manjarrez buscó retomar algunos proyectos de obras públicas (Lomelí, 2011). La situación política de Puebla fue de una total inestabilidad, pues se produjeron numerosos cambios de los gobernadores. Tan

[195] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 76, expediente 447, f. 28.

sólo entre diciembre de 1923 y diciembre de 1924 se nombraron seis. Quizá por causa de la turbulenta situación política no se cuenta con información relativa a 1920. A diferencia de años anteriores en los que se pedía que los reportes de los hospitales de dementes se entregaran en enero, en 1921 se solicitaron hasta febrero aunque debían apegarse a los lineamientos que marcaba el artículo 56 del Código Sanitario, pues se pidió que se informara sobre los padecimientos transmisibles a través de informes estandarizados.[196]

En la documentación sólo se conservó el del manicomio de hombres que reportó que no se había producido ninguna novedad.[197] Resulta interesante mencionar que el funcionamiento de los hospitales de dementes sería puesto en entredicho por la prensa. El 3 marzo de 1921, el periódico *El Sol* publicó un artículo en el que se criticaba a la prefecta Concepción Zamora, por las deficiencias que existían en el Hospital de San Roque en cuanto a la asistencia y cuidado de las pacientes. La prefecta, quien en 1916 se desempeñó como celadora, mandó una carta a la Administración General en la que se quejó de lo injustificado de las acusaciones.[198] Dos días después, en el diario *La Crónica* se acusó al administrador de Santa Rosa de "matar de hambre a los enfermos". En su defensa, el encargado respondió que siempre cuidaba la calidad de los alimentos que se les proporcionaba a los asilados, así como que tuvieran buena salud. También puntualizó que también se preocupaba por la conservación del edificio.[199] Ante tales señalamientos, los dos funcionarios pidieron a la Administración General de la Beneficencia que se nombrara un inspector que procediera a visitar los establecimientos y con ello, desmintiera los ataques que se les prodigaron. De hecho, el administrador del manicomio de hombres consideró que las opiniones habían sido fruto de la "credulidad" del reportero. Por su parte, la Institución manifestó su respaldo a los dos encargados y corroboró que en los dos manicomios se ofrecían servicios adecuados. La situación al interior de los hospitales sufriría un importante deterioro en el transcurso del año, pues el 16 de enero de 1922 el Administrador General reprendió a la prefecta Josefina Hernández porque había recibido quejas relativas a que los empleados no sólo no cumplían con sus funciones, sino que no se encontraban en sus puestos.

Por tal motivo, solicitó que se le rindiera un informe sobre los días en que sus subordinados tomaban sus descansos, con base en qué reglamento se había determinado y que les informara que a partir de ese momento, el que no cumpliera con sus obligaciones sería despedido. El funcionario también le pidió a la prefecta que se convirtiera en un ejemplo para su personal. La contestación de la prefecta resulta relevante pues mostraba la relación que mantenía con una persona influyente, lo cual explicaba su proceder. Ella le manifestó al Administrador General

[196] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 76, expediente 447, ff. 1-2.
[197] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 76, expediente 453, ff. 1-4.
[198] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 76, expediente 446, f. 1.
[199]AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 76, expediente 438, ff. 1-2.

que sus ausencias eran ocasionadas por las atenciones que le daba a la esposa del gobernador Sánchez. Como se podrá suponer, el funcionario se limitó a aprobar el actuar de la prefecta. Asimismo, Hernández aclaró que la celadora y las dos enfermeras salían del hospital cuanto tenían que cobrar su sueldo, pero prometía que no volvería a autorizar ninguna salida a excepción de las que les correspondían por sus días de descanso. Sin embargo, el Administrador sugirió que sólo se dejara salir a una empleada por semana y que ella debía determinar cuándo tendría que hacerlo cada una. En cuanto al cobro del salario, no se podían justificar esas ausencias pues se debía esperar a que llegara el oficio de notificación o en todo caso, debían hablar por teléfono para preguntar.[200] El 17 de agosto de 1922, la Junta de Beneficencia remitió un proyecto de reformas al Reglamento para los hospitales de dementes, el cual fue elaborado por Francisco Lozano, Tirso Sánchez, Francisco Cabrera, el doctor Agustín Cruz, Carlos Mastreta y Pablo Pettersen. El proyecto fue ratificado por los doctores Feliciano Hernández y Carlos Cornish, quienes fungían como inspectores de los hospitales de dementes.

Algunos de estos personajes habían ocupado cargos en la Junta de Beneficencia, tal como era el caso de Carlos Cornish que no sólo fue miembro de la Junta en 1914, sino que también fue Inspector del Hospital de niños y en 1933, ocupó la vicepresidencia de la Junta. Pablo Pettersen, por su parte, desempeñaba el cargo de Inspector del Hospital General.[201] Debido a la caótica situación política que imperaba en el Estado, estas reformas no pasaron a las instancias correspondientes además de que el proyecto se tuvo que reformular en un par de ocasiones. El 24 de agosto, la Junta recibió un informe de parte del director del Hospital de Santa Rosa, en el que denunciaba que faltaban materiales "indispensables" para curación, pero el Administrador General desestimó el asunto pues alegaba que la petición no tenía sentido y que más bien, evidenciaba las "diferencias" que tenía con el director.[202] El 28 de diciembre de 1922, la Junta de Beneficencia solicitó a la Dirección General de Catastro que se realizara el avaluó de los edificios que albergaban los dos manicomios y el del ex hospital de San Pedro. Aunque no se justificaba la razón por la que se había solicitado el avalúo, lo cierto es que las autoridades estatales pensaban darles un uso distinto a los edificios de Santa Rosa y de San Pedro,[203] los cuales se encontraban en malas condiciones. De hecho, el primero sufría a causa de las inundaciones y varios de sus techos estaban a punto de colapsar.[204] 1923 resultó un año muy ajetreado para Puebla, pues el gobernador Froylán Manjarrez fue separado de su cargo por su supuesto intento de asesinato en contra del Comandante de Operaciones Militares, situación que provocó que se nombrara gobernador a Antonio I. Villareal, quien sólo

[200] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 76, expediente 448, ff. 7-9.
[201] AGEP, fondo Hospital de Dementes, Administración, caja 74, expediente 401, legajo 1, f. 1; caja 76, expediente 450, f. 26-29; Reglamentos, caja 1, expediente 6, ff. 1-9; Asilados, caja 10, expediente 984, f. 5.
[202] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 76, expediente 449, f. 13.
[203] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 76, expediente 450, f. 54.
[204] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 76, expediente 453, ff. 46-47, 56.

duró un día en el cargo (del 7 al 8 de diciembre) y fue sustituido por Francisco Espinosa que también estuvo un día en el puesto (9 a 10 de diciembre).

Finalmente se nombró gobernador a Vicente Lombardo Toledano, quien permaneció en el cargo hasta el 21 de marzo de 1924 cuando fue sustituido por Alberto Guerrero (Lomelí, 2011). El 26 de junio de 1924, el Administrador del hospital de Santa Rosa insistió en la necesidad que se tenía de contar con un reglamento, pues refería que a mediados de mes tuvo que gestionar el descuento de una parte del sueldo del mayordomo y del enfermero, pues estos dos personajes le habían solicitado un préstamo de dinero al asilado Juan Vázquez, pero no se lo habían pagado. El primero le debía 3.50 pesos y el segundo, 2 pesos. Las afirmaciones de Vázquez habían sido corroboradas por otros asilados y por un "testigo externo".[205] Para tratar de evitar que se repitieran este tipo de incidentes, el funcionario advertía que un nuevo reglamento ayudaría a "acabar con las costumbres inconvenientes", pues los empleados incurrían en constantes negligencias y abusos. Por tal motivo, proponía un proyecto de reglamento que diseñó específicamente para el hospital de hombres.[206] Entre los aspectos más destacados de la propuesta se encontraba la prohibición de vender, comprar o intercambiar objetos con los asilados; hacerles bromas o maltratarlos con las palabra y las obras, pues decía que esas acciones no sólo resultaban "infames" sino que podían generar sentimientos de odio tanto del agredido como de sus compañeros, lo cual podría ocasionar que se perdiera el respeto, un principio que era indispensable para mantener a los pacientes "sumisos". En caso de que ocurriera alguna infracción, el reglamento estipulaba que se aplicaría una amonestación, pero si se repetía entonces se suspendería al transgresor por unos días sin goce de sueldo.[207]

Como se puede notar, la autoridad del personal se concebía como un factor que podía influir en la conducta de los enfermos mentales y por ello resultaba necesario que no sufriera menoscabos a causa de las malas acciones de los empleados. En este sentido, se ponía énfasis en la interpretación que el asilado podía tener de las acciones del personal, pues la pérdida de la confianza podría resultar peligrosa sobre todo si se convertía en una idea compartida. Esta perspectiva nos recuerda la tesis del médico francés Philippe Pinel, quien afirmaba que el enfermo mental no era completamente ajeno a lo que sucedía a su alrededor o a sí mismo, lo que posibilitaba el diálogo con el médico (Stagnaro, 2015a). Otro asunto que se trataba en el reglamento era el protocolo que se debía seguir cuando algún empleado llegaba alcoholizado, situación que sin duda debió haber ocurrido en más de una ocasión y no se contaba con ninguna estipulación que permitiera el castigo del infractor. En este caso, se mencionaba que se debía negar la entrada del trabajador y avisar de inmediato a la Administración. Si éste se negaba a

[205] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 76, expediente 453, ff. 43-45.
[206] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 76, expediente 453, ff. 50-55.
[207] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 76, expediente 453, f. 51.

retirarse, se llamaría a la policía para que procediera en su contra. Las penas por esta falta eran las siguientes: si era la primera vez, el trabajador sería suspendido por cinco días, en la segunda aumentaría a diez y en la tercera, se le despediría. En casos graves, como el maltrato o desatenciones que comprometiera la vida del paciente, en un primer momento se suspendería al empleado por cinco días, pero si volvía a ocurrir se le cesaría y sería consignado a las autoridades.

No hay duda de que el reglamento buscaba evitar que se repitieran algunas acciones del pasado, pues, como se recordara, una situación de este tipo ocurrió en 1918 cuando el enfermero mayor olvidó un cuchillo en el patio. En esa ocasión no se sancionó al enfermero, más bien éste se retiró por unos días de manera voluntaria. El artículo 8 ordenaba que se realizara una estricta vigilancia de los pacientes a la hora del baño, por lo que dos empleados debían permanecer todo el tiempo que los bañistas estuvieran en el estanque, pues no se sabía en qué momento podían sufrir un ataque que ocasionara su muerte por ahogamiento. Si ello llegaba a suceder, los trabajadores podían ser juzgados por haber cometido un delito por omisión.[208] Desafortunadamente, esta situación ocurrió el 1 de noviembre de 1929 en el pabellón para hombres dementes del Hospital General. Debido a que comenzó a llover, el enfermero y el celador se llevaron a los pacientes a sus celdas, pero en un momento de descuido un epiléptico abrazó a uno de los enajenados y ambos cayeron a la fuente en la que perecieron ahogados. Tras el lamentable suceso, las autoridades hicieron la denuncia para deslindar responsabilidades y se ordenó que los empleados fueran reubicados. Por su parte, la Junta Directiva de Beneficencia ordenó que hubiera una mayor vigilancia cuando los enfermos se bañaban y se tomó la decisión de ocultar la fuente.[209] En el manicomio de mujeres también se realizaron cambios sobre todo en el plano administrativos. En septiembre de 1924 se tomó la decisión de incorporar un nuevo puesto: el de subrectora que sería ocupado por María Linae viuda de Muñoz.

Unos días después de asumir el puesto, la subrectora solicitó al Administrador General que se le entregara comida para sus seis hijos, pues cuando fue contratada se le prometió ese servicio, pero hasta ese momento sólo se les otorgaba a tres, además de que tampoco se le había pagado pese a que ya tenía más de una semana en el trabajo. También aprovechó la ocasión para criticar las "reducidas" porciones que se les servían a las asiladas y al personal. Al final, su petición de alimentos fue aprobada, aunque no se dijo nada respecto a las raciones de comida.[210] Sin embargo, el 18 de septiembre la rectora Rosaura de Villaverde mandó un oficio al Administrador en el que le hacía dos preguntas: la primera se refería a la posibilidad de contratar más personal para el hospital, pues se requería contar con otra enfermera, tres afanadoras y una galopina, mientras que la segunda trataba acerca de los alimentos que debían recibir las empleadas, pues no existía

[208] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 76, expediente 453, ff. 50-55.
[209] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 76, expediente 454, ff. 15-16.
[210] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 76, expediente 453, ff. 69-70.

una normativa al respecto. La última pregunta resultaba de particular importancia en virtud de que se le tenía que dar de comer a siete niños, pues la subrectora tenía tres, una de las enfermeras tenía el mismo número y uno de la celadora, lo cual representaba un aumento en la compra de víveres y su posterior consumo, ya que se tenía que alimentar a 65 personas. A lo anterior se sumaba el hecho de que algunas enfermas tenían una dieta especial, por lo que sólo consumían leche. Tras conocer esta situación, el Administrador General cambió de opinión y en un comunicado detalló que sólo las empleadas eran las únicas que podían recibir alimentos. En caso de que pidieran alimentos para sus familiares, ellas debían asumir su costo.

Respecto a la otra petición, el funcionario no manifestó ninguna opinión, por lo que se puede deducir que no había posibilidades de contratar más personal.[211] Durante el gobierno de Claudio N. Tirado (febrero de 1925 a noviembre de 1926), se suscitaron ciertos eventos en la administración del hospital de hombres dementes que determinaron su cierre y el posterior traslado de los enfermos a otra institución. Como la Junta Directiva de Beneficencia se enteró que el gobierno federal permitía la admisión gratuita de los enfermos mentales de Puebla al manicomio de La Castañeda, le mandó una carta al Subsecretario de Gobierno, a finales de octubre de 1925, en la que pidió que se tramitara la canalización de los asilados que estaban en los manicomios públicos de Puebla. En noviembre, el Oficial Mayor de Gobierno respondió que no se podía aprobar la petición, pues se había rebasado a capacidad del Manicomio General.[212] El 20 de abril de 1926, la Junta de Beneficencia ordenó a Tirso Vázquez, quien era el Administrador del hospital de hombres dementes, que presentara un informe acerca de las condiciones en que se encontraba el edificio del manicomio, pues se habían enterado que un techo se había desplomado. Para evitar una desgracia, debía trasladar a los enfermos a la parte del edificio que contara con mejores condiciones. Tres días después, Vázquez indicó que no existía un área en donde alojarlos, pues sólo había cuatro piezas disponibles, pero carecían de puertas y cerrojos. Juntar a los pacientes en un solo espacio representaba un gran peligro, pues se corría el riesgo de que ocurrieran riñas. También advirtió que el edificio se encontraba muy deteriorado y que algunas paredes y techos estaban a punto de caer.

Tras conocer el reporte, algunos miembros de la Junta decidieron realizar una visita al nosocomio para verificar su estado. El 29 de abril le comunicaron al Secretario de Gobierno que el edificio que albergaba el manicomio, representaba un peligro tanto para los asilados como para los empleados por lo que solicitaron que se enviara un ingeniero para realizar los arreglos. No se tiene certeza de cuál fue la respuesta del Secretario, pero se puede deducir ya que el 6 de mayo se

[211] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 76, expediente 453, ff. 73-74. La rectora también solicitó que se hiciera una reparación de las instalaciones eléctrica y que le enviaran dos camisas de fuerza que se requerían.
[212] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 76, expediente 454, ff. 1-3.

ordenó que se hicieran adaptaciones en el Hospital General para albergar a los enfermos, mientras se tomaba una decisión respecto al edificio que ocupaba.[213] Esta fue la última gestión que realizó Vázquez, pues fue destituido el 1 de mayo debido a que unos días antes había sido denunciado por unos empleados que lo acusaban de cometer diversos abusos en contra de ellos y de los pacientes. Los trabajadores mencionaban que a causa de esos abusos, varios de sus compañeros tuvieron que renunciar. Sin embargo, el principal problema residía en que el Administrador cargaba una navaja con la que no sólo amenazaba a los asilados, sino que uno ya había resultado herido. El puesto de Vázquez fue ocupado por Eduardo Reyes.[214] El 28 de junio de 1926, el Secretario de Gobernación informó a la Junta de Beneficencia que después de hacer una inspección en el edificio del manicomio, se encontró que el área de la cocina y un par de anexos no reunían las condiciones para ser utilizadas, por lo que se decidió que el manicomio de hombres no regresaría a Santa Rosa y se convertiría este lugar en un museo para exponer cerámica con la intención de favorecer "la cultura del Estado". Por tal motivo, se había designado a un ingeniero para que efectuara las adecuaciones necesarias.

La Junta alabó la decisión por considerar que cumplía "fines progresistas", pero solicitó que, el 22 de julio, que se elaborara un contrato de cesión con la intención de garantizar los intereses de la Beneficencia. Cinco días después, el Administrador General recomendó al Secretario de Gobernación que se buscara la conservación de los objetos de valor que existían en el edificio y en específico mencionaba los azulejos, mismos que, desde su perspectiva, podrían ser dañados o sustraídos durante el proceso de reconstrucción.[215] Esta sugerencia daba cuenta de la importancia que se le otorgaba a los bienes artísticos que existían en el inmueble, pues uno de los aspectos más destacados de Santa Rosa es la decoración de azulejos que existe en la cocina. En una de las entradas del edificio se colocó una placa de mármol en la que se agradecía el apoyo de Plutarco Elías Calles, pues durante su gestión como presidente de México se realizó la transmutación del manicomio en museo. En los primeros días de julio de 1926, el secretario informó que ya se estaban listos los pabellones que para los enfermos mentales se instalaron en el Hospital General, lo cierto es que el traslado de los enfermos se planeó para la segunda quincena de noviembre, según el reporte del 11 de noviembre del gobernador Claudio N. Tirado sobre los alcances obtenidos durante su mandato. En este mismo documento se mencionaba la realización de trabajos en el manicomio de mujeres, aunque en este sentido cabe preguntarse ¿por qué no se consideró trasladar a las mujeres dementes a otro lugar más adecuado? Entre las reparaciones efectuadas se encontraba el mejoramiento de instalación sanitaria, misma que se calificaba como "pésima"; la reparación y pintura

[213] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 76, expediente 455, ff. 4-5, 7-13 y expediente 456, f. 2.
[214] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 76, expediente 455, ff. 1-3, 6-8.
[215] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 76, expediente 455, ff. 14-15, 22-24.

de diversos techos, muros y celdas; la construcción del departamento de baños tibios y la compostura de las regaderas de agua fría.

Con la intención de surtir de ropa a las asiladas, el mandatario indicaba que ésta se elaboraba en el Hospicio e informó que los materiales de curación que se surtían en las instituciones de Beneficencia, provenían de Estados Unidos. Para finalizar, indicaba que gracias al financiamiento que otorgaba su administración, no tenía dudas de que la Beneficencia tendría un "periodo de prosperidad" el siguiente año, sobre todo después de que se saldaran los compromisos que tenía.[216] Las palabras de Tirado reflejaban que se había alcanzado cierta estabilidad económica, lo cual facilitaba la consecución de diversos proyectos. A pesar de su optimismo, el gobernador Claudio N. Tirado fue reemplazado una semana después, el 22 de noviembre, por Manuel P. Montes, quien permaneció en el puesto hasta el 1 de julio de 1927 y por órdenes del presidente Plutarco Elías Calles, fue sustituido por Donato Bravo que gobernó la entidad hasta el 31 de enero de 1929. Bravo se caracterizó por su estricta política militar que tenía el objetivo de acabar con el bandolerismo y con los levantamientos de apoyo a la rebelión cristera. Sin embargo, muchos de estos levantamientos defendían intereses agrarios más que religiosos, situación que se manifestaría en específico en la segunda etapa del movimiento cristero, ocurrida entre 1932 y 1941, cuando predominaron "oficialmente" las acciones de los civiles que se sentían traicionados por los acuerdos de 1929 conocidos como el *modus vivendi*. Los cristeros tuvieron cierta presencia en las faldas del volcán Popocatépetl, la Meseta Central, la Mixteca, la Sierra Norte y los límites con Tlaxcala (Sánchez, 2009; Lomelí, 2011) Sin embargo, Sánchez (2009) considera que la guerra de guerrillas no causó importantes afectaciones, por lo que las estrategias de represión militar no tuvieron mayor relevancia.

4.7. Nuevos paradigmas en la atención a la locura en la década de 1930

Tras la salida de Bravo, se nombró gobernador a Leónides Andreu Almazán, quien ocupó el cargo desde el 1 de febrero de 1929 al 6 de enero de 1932. El nombramiento de Almazán marcaba el inicio de una nueva era en la entidad, pues este personaje representaba al Partido Nacional Revolucionario (PNR), el cual aglutinaba a todas las fuerzas que se reconocían como revolucionarias, además de que fue el primero en concluir su período de gobierno, a diferencia de sus antecesores que padecieron los vaivenes de una década convulsa. El período de este mandatario se caracterizó por las importantes inversiones en la construcción de redes carreteras, la adopción de un estilo de vida basado en el modelo estadounidense y en el crecimiento poblacional con respecto a la década anterior.[217] Lo anterior reflejaba la transición del viejo régimen a la relativa estabilidad que se

[216] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 76, expediente 456, ff. 7-10. En el reporte se mencionaba que en el Hospital General se había concluido el pabellón de enfermas de mal venéreo y estaba en proceso de reparación el de infecciosos.

[217] Lomelí (2011) calcula que en 1930 había más de 1 150 000 habitantes en el estado de Puebla, lo que representaba que existía un aumento de 125 000 pobladores.

gestaba después del conflicto cristero (Sánchez, 2009; Lomelí, 2011). Tras un breve interinato de Juan Crisóstomo Bonilla López (6 de enero a 1 de febrero de 1933), sería electo José Mijares Palencia (1 de febrero de 1933 al 31 de enero de 1937 con un breve interludio Gustavo Ariza), quien se caracterizó por efectuar la concentración de las fuerzas castrense del Estado para combatir a los cristeros, quienes, en común acuerdo con caciques y presidentes municipales, se enfrentaban a la educación socialista. Quienes se rehusaban a acatar las políticas sociales, decidieron patrocinar a las guerrillas con armamento y dinero, a fin de eliminar ese tipo de educación lo que le costó la vida a varios profesores (Sánchez, 2009; Lomelí, 2011). La estabilidad política que se alcanzó en estos años tuvo repercusiones favorables para las instituciones de la Beneficencia.

En el caso del Manicomio de mujeres, aumentó el número de asiladas a 78 en 1927. Quizá por esta razón, el Director General del Departamento de Estadística solicitó que se le presentara un reporte estadístico de los meses de enero a junio de ese año.[218] El 29 de enero de 1929 se puso en evidencia un conflicto que ponía en riesgo al Hospital. En una carta que se envió al Administrador General y que fue firmada por la rectora Enedina Martínez, las celadoras, las enfermeras y la servidumbre, se le hacía un llamado para que se despidieran a la portera y al mozo porque mostraban un "comportamiento inconveniente", sin que especificaran a qué se referían. El 3 de febrero, el Administrador respondió a las firmantes que tenía noticias de que los "desórdenes" ocurridos involucraban a todo el personal, motivo por el cual realizaría los cambios que fueran necesarios. Un día después, el periódico *Omega*, que se editaba en la ciudad de México, informó acerca de los problemas que existían en el manicomio, situación que generó una nota de agradecimiento del funcionario, pues afirmaba que este tipo de denuncias ayudaban a que mejoraran las actividades de las instituciones públicas. Asimismo le notificó que no sólo se había cesado a la rectora y a todas las empleadas, sino que el caso fue consignado a las autoridades, pues se habían observado diversas irregularidades entre las que destacaba la sustracción de mercancías.[219] A pesar de que se discutió la posibilidad de aumentar las raciones de alimento para las enfermas en noviembre de 1931, la propuesta fue denegada a partir de las observaciones hechas por el Administrador General respecto a que la medida podía resultar perjudicial a su salud, dado que había observado en el Hospital General que la "glotonería" había causado algunas muertes.

Asimismo se dispuso que el domingo sería el único día en que las pacientes podían recibir la visita de sus familiares y se pidió que las familias no les llevaran "golosinas", debido a que les causaban "malas digestiones".[220] Como en 1930 el

[218] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 76, expediente 457, f. 12.
[219] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 76, expediente 457, ff. 16-21.
[220] AGEP. Hospital de dementes. Administración. Caja 76. Expediente 457. Fojas 44-45; Expediente 454. Fojas 13 y 14. Sobre el segundo expediente, se trata de la contestación de un informe acerca de la alimentación en el pabellón de varones, misma que se declaraba suficiente y de buena calidad.

Jefe de la Oficina Federal de Hacienda pidió informes acerca del estatus legal del Hospital de San Roque, el Defensor General de la Beneficencia Pública informó a la Administración General que iba a extender un informe *ad perpetuam* del edificio de San Roque y anexos del templo, a fin de obtener un título supletorio que permitiera cumplir con la Ley de Inmuebles y la fracción II del artículo 27 de la Constitución Política. En dicha fracción se decía que las asociaciones religiosas de cualquier tipo no podrían adquirir, poseer ni administrar bienes raíces, ni los capitales impuestos sobre ellos y de tenerlos, entrarían al dominio de la nación. En la fracción III que hablaba de las instituciones de Beneficencia Pública o Privada, se aclaraba que éstas no podrían estar bajo la vigilancia o administración de ninguna institución religiosa. El Defensor pidió que se comisionara a un ingeniero para que levantara el plano del edificio y de ese modo, cumplir con lo que marcaba la ley.[221] Las gestiones serían exitosas, pues la Jefatura de Oficinas Federales de Hacienda otorgó la propiedad en usufructo, de acuerdo con el dictamen que se sustentaba en el artículo 23 inciso VI del Reglamento de Hacienda. La disposición se haría oficial el 31 de julio de 1934 cuando se publicó en el Diario Oficial de la Federación.[222] Las autoridades del manicomio estuvieron bajo el escrutinio de la prensa en otras ocasiones, tal como ocurrió el 7 de enero de 1931 cuando la rectora Carmen Monterrubio informó al Contador General de la Beneficencia, que en el periódico *Consolidación*, publicado en la ciudad de Puebla, se le acusaba a ella y a las dos celadoras de haber asistido a un "*dancing* público".

Ante tal situación, se comprometía a investigar cuál era la motivación del autor de "aquel mal intencionado párrafo", pues las autoridades de la Beneficencia contaban con pruebas de su buena conducta.[223] Dos días después, la rectora volvió a ser víctima de hostilidades. Ella denunció, por vía telefónica, que unos "supuesto representantes" del periódico *La Flama* le solicitaron visitar el establecimiento, pero cuando les mencionó que debían pedir permiso a la Administración General, se retiraron molestos y lanzaron amenazas en contra del Manicomio.[224] Ante el constante aumento de la población de asiladas, volvió a aparecer la preocupación por la falta de espacios en el Manicomio, razón por la que la rectora Ángela G. viuda de Arévalo, quien por cierto permaneció más tiempo en el puesto que sus predecesoras, solicitó a la Administración General, el 1 junio de 1931, que se negara la admisión de dos enfermas que buscaban ingresar, pues sólo existían 54 cuartos y había 66 asiladas, de las que 51 eran furiosas y las demás padecían ataques epilépticos por lo que debían tener un cuarto exclusivo. El que se hubiera tenido que meter a dos o tres enfermas provocó que se produjeran pleitos entre ellas. La petición sería turnada el 24 de junio al gobernador, quien, el 6 de julio, ordenó al Inspector General de Policía que no se remitieran más enfermas para San Roque.

[221] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 76, expediente 458, ff. 1-2.
[222] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 76, expediente 461, ff. 80-82.
[223] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 76, expediente 457, f. 27.
[224] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 76, expediente 457, f. 28.

En julio de 1931 se volvería a establecer una colaboración entre el Manicomio y el Colegio del Estado, pues el primero se comprometió a donar los cadáveres de las internas que no habían sido reclamados por sus deudos para las clases de disección que se impartían en el segundo, mismas que se habían suspendido entre mayo y junio por la falta de cuerpos.

Este convenio sería tramitado por el Prefecto de la Escuela de Medicina y contó con la aprobación de la Secretaría General de Gobierno y de la Junta de Beneficencia.[225] Como el problema de sobrepoblación no se había resuelto, se solicitó el 4 de agosto de 1931 que el Juzgado de lo criminal permitiera la ocupación de una celda, misma que se cerró para investigar sobre las causas que provocaron un suicidio. Sin embargo, la petición fue denegada.[226] Como continuaban los conflictos entre las pacientes, en noviembre de 1931 se consideró la posibilidad de restringir las visitas porque "trastornaban el régimen de la Institución". De hecho, la rectora y el médico coincidían en que se cometían numerosos desacatos, entre los que sobresalían los problemas intestinales que sufrían las enfermas debido a que sus parientes les regalaban "muchas golosinas". Entre mayo y julio de 1932 se volvieron a mencionar los inconvenientes que generaba la falta de espacio en san Roque y la sobrepoblación, pues la rectora señaló que existían 51 celdas que debían albergar a 68 asiladas, lo que había generado que en algunas ocasiones se tuviera que meter a cuatro pacientes en cada cuarto. Aunque sabía que no podía negarse a recibir a más enajenadas, el gobernador debía tomar cartas en el asunto pues de manera persistente se le recordaba la problemática que se vivía en San Roque. A pesar de la insistencia de la rectora, no se tomó ninguna decisión sobre el hospital de mujeres dementes. A principios de octubre de 1932, la rectora informó al gobernador que se había producido una riña entre dos pacientes del Hospital, lo que provocó que resultaran "terriblemente lesionadas".

La funcionaría indicaba que el incidente ocurrió pese a las previsiones que se tomaron, pues las dos rijosas se consideraban de las enfermas "menos furiosas" y se realizaban constantes rondines por las habitaciones. La respuesta del gobernador no podía ser menos esperanzadora, pues recomendaba que se tuviera mayor cuidado.[227] Tendría que pasar un año para que el asunto de la sobrepoblación se pusiera en la mesa. En mayo de 1933, el Administrador General sugirió a la Secretaría de Gobierno que, para evitar la saturación del Hospital, las solicitudes de ingreso fueran presentadas, en primera instancia, a la Junta de Beneficencia para que ésta decidiera sobre la pertinencia del caso. La propuesta tardó varios meses en aprobarse, motivo por el que el 31 de agosto se le comunicó a la rectora la resolución, pero se advertía que en esa cláusula no se contemplaba a los aspirantes recomendados. Esta misma resolución se aplicaría para el ingreso

[225] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 76, expediente 457, ff. 35-37 y expediente 460, ff. 1-4.
[226] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 76, expediente 457, ff. 38-43.
[227] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 76, expediente 457, ff. 46-49.

en el Hospital General.[228] La modificación en el reglamento de ingreso no contribuyó a la resolución del problema, pues continuó en los siguientes años lo que no sólo demandó más tolerancias por parte del personal, sino que también se tuvieron que idear soluciones ingeniosas para que los conflictos no abundaran. Como el problema de la sobrepoblación no encontraba una solución, la rectora propuso, en septiembre de 1935, que se desalojara a los arrendatarios de las accesorias, pues de ese modo se podrían ocupar esos espacios para habitaciones, pues se tenían en ese momento 71 asiladas. Su argumento se sustentaba en el hecho de que las rentas eran exiguas, debido a que los inquilinos eran personas de bajos recursos y siempre se atrasaban en el pago de la renta.

Además de que no respetaban el compromiso que firmaron en marzo de 1933 que les prohibía ingresar al manicomio, pues lo hacían con el pretexto de que iban al excusado o de que tomarían agua de la fuente. Lo peor de todo es que en muchas ocasiones lo hacían en estado de ebriedad.[229] Como las instalaciones eléctricas habían causado muchos problemas en años anteriores, en mayo de 1935 el gerente J. W. Thompson de la Compañía de Tranvías, Luz y Fuerza le ofreció al Director General de Beneficencia que se colocarían cajas protectoras para los medidores y se cambiaría la instalación de la casa que ocupaba el manicomio de mujeres. El gerente ofrecía que el servicio sería gratuito y que repararían cualquier daño que sufrieran las paredes.[230] Para solucionar el problema de la provisión de leche, en octubre la Administración General remitió al Manicomio un bote de leche de 40 litros marca *edania*, a fin de que ya no se tuvieran problemas de abasto de ese producto y que tampoco se dudara de su calidad.[231] La rectora enfatizaba que en el mencionado compromiso se estipulaba que se rescindiría el contrato de los infractores. Como los razonamientos de la funcionaria eran contundentes, el 2 de octubre de 1935 se ordenó que el edificio se ocupara exclusivamente para el Manicomio y se les otorgaron 15 días a los vecinos para desalojar, a excepción de una mujer que vendía carbón a la que se le permitió salirse el último día del mes.[232] A pesar de la incapacidad del edificio para albergar un alto número de pacientes, las autoridades de la Junta de Beneficencia no tomaron la decisión de cambiar San Roque a un inmueble que ofreciera mejores condiciones.

Se podría suponer que la ampliación del espacio a costa de las accesorias constituyó un argumento de peso para no atender el problema. Sin embargo, resulta contradictorio pensar que Santa Rosa tenía mayores complicaciones que San Roque, pues en los dos se realizaban reparaciones de manera constante además

[228] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 76, expediente 461, ff. 7-9, 18.
[229] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 76, expediente 458, ff. 11, 16; expediente 459, ff. 21-22 y expediente 461, ff. 64-66.
[230] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 76, expediente 461, f. 45.
[231] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 76, expediente 461, ff. 67-68.
[232] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 76, expediente 458, ff. 11,16; expediente 459, ff. 21-22 y expediente 461, ff. 64-66.

de que el número de asiladas fue mayor en diversos momentos de la historia. A causa del problema de sobrepoblación, la Junta de Beneficencia estableció, en diciembre de 1935, que se crearía un calendario de descanso del personal, de tal manera que no se permitiría que dos empleados estuvieran fuera del nosocomio al mismo tiempo, pues siempre debía quedar un suplente para cubrir cualquier necesidad.[233] Otro asunto que la Junta de Beneficencia buscó resolver era el referente a la alimentación, pues, como se mencionó antes, las empleadas buscaban que la Institución le proporcionara la comida para sus hijos. Para evitar malos entendidos, en marzo de 1936 se le informó a la rectora que la Junta había determinado que

> en lo sucesivo los empleados de este establecimiento, que tengan hijos, no podrán permanecer con ellos. En tal virtud, pueden elegir las personas que prestan sus servicios en las dependencias de esta institución, el empleo o en su defecto que asilen a sus hijos[234]

Esta orden no sólo buscaba evitar que las finanzas de la Institución sufrieran un quebranto por la cantidad de personas a las que se debía alimentar, sino que también se asociaba la preocupación que algunos médicos, como Ignacio Rivero Caso, manifestaban respecto a la presencia de niños en un Manicomio a quienes "se les hacía un grave daño psíquico con llevarlos a presenciar, antes de tiempo, escenas de dolor".[235] Con la intención de verificar el estado del Hospital, en abril de 1936 se presentaron unos empleados de la Oficina Federal de Hacienda, quienes señalaron que aunque el edificio se encontraba en "malas condiciones", se realizaban diversas reparaciones para arreglarlo como tapar las cuarteaduras y cambiar los techos, los pisos, las puertas y los marcos. Por este motivo, los funcionarios felicitaron a la rectora por la labor que realizaba en aras del mantenimiento de un inmueble que cumplía con los requisitos de higiene y seguridad que se demandaba.[236] Llama la atención que en este informe no se aludiera a los problemas de sobrepoblación y a la falta de espacios para albergar a las asiladas, lo cual, sin duda, debió integrarse en un reporte que buscaba mostrar la factibilidad del edificio, sobre todo porque el número de las pacientes crecía año con año, a tal grado que en 1938 estaban recluidas 96 mujeres. A diferencia del Manicomio General de la Ciudad de México, en los de Puebla no se realizaba un expediente de los pacientes y sólo se registraba su nombre y fecha de entrada cuando ingresaban, circunstancia que sería denunciada el 17 de febrero de 1938 por el director, el doctor Rivero Caso, a la Junta de Beneficencia.

Ante esta situación, cabe preguntarse por qué existía este vacío cuando uno de los Hospitales había sido dirigido por una figura de la psiquiatría como lo era Rafael Serrano y sin olvidar, además, que otros médicos referían que existían expedientes de los pacientes. En este sentido, es válido preguntarse ¿Qué causó

[233] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 76, expediente 461, f. 55.
[234] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 76, expediente 461, f. 83.
[235] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 76, expediente 461, ff. 136.
[236] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 76, expediente 461, ff. 80-82.

el extravió? ¿En verdad no se sabía cuál era el pronóstico de las pacientes? y peor aún ¿no existían los expedientes? El director afirmaba que los expedientes debían estar compuestos por los siguientes documentos oficiales: el diagnóstico de entrada, el certificado médico, los diagnósticos de observación, las hojas clínicas en las que se describiera su tratamiento y una historia clínica familiar. Dicha información, a decir del denunciante, no sólo ayudaría a los médicos, sino que también contribuiría a "disciplinar" al personal para que se percibiera la individualidad de la enferma y no se le considerara "una más en el montón".[237] Asimismo advertía que algunas pacientes no habían cumplido con el requisito del certificado médico para ingresar a la institución, por lo que solicitaba a la Junta que se buscaran los de ocho pacientes que adolecían de ese documento: Maura Solís, Flora Brenis, Dolores Flores, Epigmenia Córdoba, María Pérez de Nava, Isaura Becerra, Soledad Corona y Narcisa Guerra. Para evitar complicaciones futuras, se dispuso que a partir de 1938 se integraran los expedientes de ingresos, de acuerdo con las carpetas que proporcionó el doctor Miguel Patiño, quien era el Inspector. El 3 de marzo de 1938, el Administrador General sólo logró proporcionar cuatro copias de los certificados e informó que faltaban cuatro, los de Maura, Flora, Epigmenia y Narcisa, aunque en el caso de la última se le debía pedir al Procurador General que fue el que promovió su ingreso al manicomio.[238]

A causa de los conflictos que se generaban en las visitas que se realizaban a las enfermas, el director propuso, el 1 de marzo, un proyecto de reglamento de visitas a la Junta de la Beneficencia. Rivera Caso explicaba que este instrumento resultaba necesario porque había observado que

> visitan a todos las enfermas sin distinción ninguna, y hay muchas a las que esta visita perjudica notablemente, porque las inquieta, las violenta y las deja sumamente excitadas, no compensa la satisfacción que tiene su familia en verlas con la violencia y excitación que les proporciona su visita. Cada enferma es visitada no solamente por sus parientes más próximos, sino por amigos, allegados, vecinos [yyy] que ni sacan ningún provecho de la visita y no hacen más que violentarlas, sea con su presencia, sea con los enredos y chismes que les van a contar. Y esto sin considerar a muchas personas que van a la visita como un motivo de diversión: en verdad como quien va a "una casa de ferias", Llevan a la visita a niños de todas edades, El domingo pasado se presentó una persona que llevaba cinco, Y esto es un grave inconveniente para las enfermas, por razones que yo no necesito detallar, y que no se escaparan al recto criterio de esa h junta, y sin contar con que a niños de segunda se les hace un grave daño psíquico, con llevarlos a presenciar, antes de tiempo, escenas de dolor.- llevan toda clase comida, y golosinas y las dan a las enfermas sin atender indicación ninguna, que no se les hace más que en bien de las mismas enfermas.Se han dado casos de que individuos en estado de ebriedad, intentan que se les permita entrar a la visita. Además todos los días y a todas horas están solicitando que se les conceda ver a las enfermas, como visita extraordinaria lo que no se compagina con el buen orden del establecimiento [239]

[237] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 76, expediente 461, f. 128.
[238] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 76, expediente 461, ff. 128-133 y expediente 459, f. 23.
[239] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja76, expediente 461, f. 136.

Con base en lo anterior, el médico solicitó que el día de visita se enviara un gendarme para que ayudara a la rectora y a las enfermeras, debido a que los familiares no tomaban en cuenta sus indicaciones. Esperaba que con la presencia policial se lograra hacer que se cumpliera el reglamento. El 3 de marzo, la Junta Directiva aprobó el reglamento que especificaba, entre otros puntos, que las visitas serían los domingos; los parientes podrían permanecer con las pacientes entre 3 y 5 horas; sólo podrían estar niños mayores de 12 años; los alimentos tendrían que ser inspeccionados por el personal; se prohibía el ingreso de objetos que les ocasionaran daño; y las visitas extemporáneas sólo serían autorizadas por el director siempre y cuando respondiera a cuestiones especiales. Este permiso no se otorgaría en los casos que la salud de la paciente estuviera en riesgo. Las faltas en contra de esta serían castigadas de dos maneras: con la exclusión de la visita o en casos graves, con la expulsión definitiva de los familiares. Hasta el 22 de marzo se le enviaron a la rectora dos copias del reglamento para que lo aplicara de manera inmediata.[240] De acuerdo con la información recabada, se puede notar que las reformas más significativas en el Manicomio de mujeres dementes y que buscaban proporcionar una estancia más agradable a las asiladas, ocurrieron en el periodo en que fue rectora Ángela G. viuda de Arévalo y era director el doctor Ignacio Rivero Caso.

La labor de este médico trascendió las paredes del Hospital, pues ante la carencia de medicamentos en el dispensario de la Universidad, se abocó a conseguir muestras de medicamentos entre sus conocidos y en su momento, presionó a la Administración General para que adquiriera 20 tubos de anestésico de la marca Bayer así como jeringas para su aplicación. Durante la revisión de los expedientes, tanto del área de asilados como de la Administración del Hospital de Dementes, me percaté que el hospital de San Roque modificó su nombre en dos ocasiones durante la primera mitad del siglo XX. Aunque no se localizaron los documentos oficiales de los nombramientos, se podía constatar este hecho en los sellos que aparecían en los oficios. Así, a partir de agosto de 1934 comenzó a ser llamado Manicomio de Mujeres Secundino Sosa, pero en 1938 cambió a Sanatorio Psiquiátrico de Mujeres de “San Roque”.[241] Considero que estas transformaciones reflejaban un cambio en la manera de entenderlo, pues se le buscó disociar de la idea de asilo además de que coincidió con la incorporación de nuevos tratamientos para los pacientes. Un asunto que resultó innovador para el Manicomio fue el interés que mostró Rivera Caso en la higiene bucal de las pacientes. A pesar de que se había buscado instruirlas en este hábito, el director mencionaba que muchas corrían el riesgo de contraer infecciones situación que se complicaba por el hecho de que en sus tratamientos requerían de mercurio y bismuto. Este asunto mostró las limitaciones que tenía la Institución, pues el 1 de marzo de 1938 el Director pidió a

[240] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja76, expediente 461, ff. 136-141.

[241] AGEP, fondo Hospital de dementes, Asilados, caja 9, expediente 865, f. 16; caja 11, expediente 1113, ff. 6-7 y expediente 1119, f. 18.

la Junta de Beneficencia que contaran con los servicios de un dentista por lo menos una vez a la semana, en el entendido de que con el tratamiento adecuado, el dentista se podría presentar en el nosocomio cada 15 días.

José Luis Bello, quien era el presidente de la Junta, respondió el 4 de abril que había hablado con el dentista Alfonso Tagle para pedirle su apoyo en esta tarea y le recordó que sus honorarios debían tener en cuenta el "carácter filantrópico" de su labor. Sin embargo, el doctor Rivero sugirió que se trasladaran las enfermas al consultorio gratuito de odontología de la Universidad de Puebla, el cual tenía la ventaja de que se encontraba cerca del manicomio por lo que, con las debidas precauciones, las enfermeras podrían llevarlas. La sugerencia del director no encontró una pronta respuesta y la situación se complicó cuando la Junta reconoció que ningún dentista había respondido de manera afirmativa a su convocatoria. Ante tal situación, Rivero Caso insistió de nuevo en su propuesta la cual fue aceptada el 19 de abril de 1938 por la esposa del gobernador Margarita B. de Ávila Camacho, quien había sido nombrada nueva presidenta de la Junta.[242] En los años siguientes, la disponibilidad del servicio de odontología se comenzó a complicar. Aunque en febrero de 1939 se concretó un acuerdo con la Oficina de Salubridad para que se recibieran los lunes y los sábados, en un horario de 10:00 a 11:00 de la mañana, a las enfermas que necesitaban extracciones dentarias, lo cierto es que en mayo el doctor Rivero se quejó ante la Administración General porque en repetidas ocasiones había mandado a las pacientes, pero se ponían múltiples pretextos para no proporcionarles la atención. Por este motivo, pidió que se mandara a las enfermas al dispensario de la Universidad que las podía atender diariamente y que estaba a cargo del doctor Roca.

No obstante, un año después Rivero refirió que el encargado del dispensario, quien algunas veces acudía también al manicomio a dar consulta, ya no respondía a sus llamadas, por lo que se tuvo que regresar a la atención que prestaba el Servicio Dental de la Oficina de Salubridad, misma que ofrecía su atención de lunes a sábado. Es importante mencionar que para marzo de 1939 se reportó que el número de asiladas había llegado a 119, por lo que se demandó que se aumentara el número de raciones que se servían.[243] Quizá por el alto número de pacientes que se debían atender, Salubridad dejó de prestarles sus servicios odontológicos, circunstancia por la que, en enero de 1941, el Director pidió que se volviera a tramitar que el consultorio de odontología de la universidad, a cargo del doctor Calderón y Caso, volviera a tratar a las pacientes.[244]

4.8. De manicomio a sanatorio psiquiátrico

[242] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 76, expediente 462, ff. 1-7 y expediente 461, ff. 144-145.
[243] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 76, expediente 461, ff. 155-156.
[244] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 76, expediente 461, ff. 152-154; expediente 462, ff. 8-11 y expediente 463, ff. 9-11.

A inicios de la década de 1940, gobernaba el estado el general Maximino Ávila Camacho (1937-1941), personaje cuyo mandato se caracterizó por la rigidez en sus decisiones y por toma del control en todos los ámbitos del quehacer político. Autores como Ruiz (2009) lo consideran el promotor de un "cacicazgo familiar", pues respaldó a sus hermanos Rafael y Gabriel para que ocuparan la presidencia municipal de Puebla, del Partido Nacional Revolucionario a nivel estatal y de la Inspección General de Policía. Aunque consiguió la gubernatura del Estado gracias al apoyo del presidente Lázaro Cárdenas (1934-1940),[245] no era afecto a sus políticas sociales, pero las utilizó para intimidar a los caciques que apoyaban a los cristeros. Su mandato se caracterizó por la conciliación con el clero católico y con los empresarios, pero también con la represión hacia organizaciones como la FROC y los movimientos agraristas, tal como sucedió durante las elecciones presidenciales en las que contendieron Juan Andreu Almazán y su hermano Manuel. En opinión de Lomelí (2011), el poder afianzado por Maximino Ávila Camacho fue lo que determinó el triunfo de su candidato, además de que, desde 1939, había establecido el "pacto de honor" por el que se constituyó un grupo político cerrado que buscaba para evitar la injerencia de personajes ajenos al Estado. Por otra parte, en la década de 1940 se produjeron mejoras en los servicios médicos y se introdujeron redes de agua potable y alcantarillado en diversas zonas de Puebla. Tanto a Maximino Ávila Camacho como a su sucesor Gonzalo Bautista (1941-1945) les tocaría un periodo de bonanza industrial y agrícola merced al desarrollo de la Segunda Guerra Mundial, aunque la inflación también limitó los alcances del crecimiento económico (Lomelí, 2011).

Con el fin de la guerra en Europa, se produjo una recesión económica que coincidió con la transición presidencial, situación que provocó que el presidente Miguel Alemán adoptara medidas proteccionistas e incentivos fiscales para solucionarla. En estos años comenzó la migración de la población del campo a las ciudades más importantes del país. La muerte de Maximino Ávila Camacho generó el temor de que se creara un vacío de poder en el gobierno de Carlos Betancourt (1945-1951), quien logró el cargo gracias al apoyo que recibió del cacicazgo familiar.[246] Sin embargo, la industria y la agricultura poblanas sufrieron un estancamiento del que tardaría varios años en recuperarse (Lomelí, 2011). En el caso del Hospital de San Roque, la interacción entre las pacientes y las empleadas podía llegar a ser muy conflictiva. De hecho, cuando se contrataba una nueva trabajadora se le exhortaba a que cumpliera su labor con "humanidad" y "responsabilidad". Sin embargo, no siempre se cumplía con estas expectativas. Así, el 27 de febrero de 1940 el Administrador General manifestó su disgusto a la rectora,

[245] Ruiz (2009) menciona que cuatro años antes, Maximino contendió por la gobernatura, pero no logró su objetivo por decisión del Plutarco Elías Calles, pese a que contaba con el apoyo de Pascual Ortiz Rubio. El control que consiguió sobre el movimiento obrero sería determinante para lograr el triunfo en la segunda contienda.

[246] El último gobernador de los Ávila Camacho, Rafael, ocupó el cargo entre 1951 y 1957. En esos años se produjeron diversas críticas en contra del cacicazgo (Ruíz, 2009; Lomelí, 2011).

pues se había enterado que algunas enfermeras trataban de forma “inhumana” a las enajenadas. Por este motivo, les debía advertir que estaba prohibido maltratar a las pacientes, pues en caso de comprobarse, se les despediría.[247] Resulta interesante mostrar las acciones que realizaron, tanto el director Rivero Caso como la rectora Ángela G. viuda de Arévalo, para agasajar a las pacientes. Por ejemplo, el primero organizó dos comidas, el 21 y 22 de marzo de 1940, para las asiladas, quienes además estrenaron unos vestidos que fueron elaborados con material que se había donado.[248]

El 31 de mayo se volvió a ofrecer una comida que fue organizada por la viuda de Landa.[249] También son dignas de mencionar las comidas que se organizaban en navidad, en las que las asiladas recibieron uniformes y aguinaldos que fueron costeados por el gobernador. [250] Por su parte, la rectora organizó una exposición anual de trabajos a al que asistían el Administrador General y los miembros de la Junta Directiva, quienes podían apreciar los trabajos que las pacientes elaboraban en sus momentos de “lucidez, cordura o buen juicio”. Esta exposición ya había sido organizada en dos ocasiones anteriores, enero de 1934 y abril de 1937, y después se volvió a proyectar del 20 al 27 de junio de 1941 y del 1 al 8 de julio de 1942. Como se puede apreciar, las dos últimas duraron una semana. Por este tipo de iniciativas, la rectora fue felicitada por los funcionarios pues mostraban los beneficios de la terapia laboral. La falta de espacios también afectó a los trabajadores del Hospital, situación que fue denunciada en abril de 1941 pues se decía que las empleadas se iban a dormir a sus casas porque carecían de un dormitorio para ellas. Ello ocasionaba que llegaran tarde al trabajo o que, en ocasiones, ni siquiera llegaran. Ante tal demanda, en julio de 1941 se puso en funcionamiento un dormitorio para las empleadas.[251] El 28 octubre de ese año, el director Rivero le escribió al Administrador General para pedirle que se le mandaran dos camisas de fuerza, aunque aclaraba que se necesitaban cinco, pues resultaba imposible controlar a las enfermas tal como ocurrió en el caso de la enferma Clementina Romero, una paciente que padecía graves “momentos de agitación”.

En uno de sus arranques, Romero arremetió contra la rectora, a la que le tiró la comida encima y la maltrató. El Director manifestó que era “una verdadera fortuna” que la rectora no hubiera sufrido lesiones de gravedad, por lo que resultaba imprescindible que tomaran decisiones para evitar que se pusiera en riesgo la integridad de las pacientes y del mismo personal.[252] Ante el ingreso de más pacientes, el Administrador General mandó un oficio a la Secretaría General, en

[247] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 76, expediente 463, f. 4.
[248] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 76, expediente 463, ff. 1-3, 5-6.
[249] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 76, expediente 461, ff. 23-24; 110-112 y expediente 463, ff. 7-8, 23, 38-39.
[250] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 76, expediente 463, ff. 32-33, 40-41, 48.
[251] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 76, expediente 463, ff. 19-20.
[252] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 76, expediente 463, f. 29.

diciembre de 1941, para solicitar que se dejaran de mandar enfermas, pues el manicomio tenía capacidad para albergar a 65 asiladas y en ese momento había 106.[253] Aunque se prometió que no habría más ingresos, lo cierto es que el problema no se resolvió y se tuvieron que poner a dos asiladas por celda. Ante la carencia de medicamentos, Rivera Caso mencionó que gestionaría con la casa Bayer que se le donaran algunos medicamentos de manera gratuita, pues aducía que tenía una buena relación con ésta.[254] Este caso muestra las relaciones de familiaridad que se daban entre ciertos médicos y las farmacéuticas extranjeras. Como uno de los objetivos de esta investigación era descubrir si las terapéuticas modernas que se aplicaban en el manicomio de la Castañeda, también llegaron a utilizarse en el Hospital de San Roque en Puebla, se mencionó antes que el doctor Ignacio Rivero Caso utilizó nociones de higiene mental que si bien no eran del todo concernientes a la psiquiatría, y por ello no podían ser atendidas en el manicomio, como sucedía el caso de los perversos constitucionales o inadaptados sociales. En la práctica, cobra importancia la incorporación de medicamentos sintéticos, como el sedalol, que el director recetaba en ciertas ocasiones y cuya dotación se gestionaba con la Dirección de Salubridad.[255]

A finales de enero de 1942, la rectora reportó que se habían producido dos peleas nocturnas con consecuencias graves, pues una enferma tenía el brazo roto y otra presentaba heridas en los ojos. A ello se debía sumar que había escaso personal de vigilancia ya que las empleadas tenían que irse a sus casas ante la falta de espacios. Ante este panorama, advertía que ni ella ni el personal de salud podían responsabilizarse de la seguridad de las asiladas.[256] El 28 de mayo de 1942, México se declaró en guerra en contra de los países del Eje (Alemania, Italia y Japón), lo cual significó que se realizaron diversas acciones tendientes a favorecer las actividades bélicas del país. En este sentido, resaltaba, por ejemplo, la formación de un Comité Pro Aliados de Puebla que el 14 de julio de 1943 hizo una donación al Manicomio de San Roque de productos como retacería de coti, pañuelos, arroz y galletas.[257] Para conocer las condiciones en que se encontraba el Manicomio, la Dirección de Bienes Nacionales realizó una visita en septiembre de 1943 que arrojó resultados positivos en lo relativo al aseo, pero también se advirtió que los techos sufrían perjuicios a causa de que el piso de ladrillo de las celdas guardaba humedad. También se recomendó que los techos y las paredes se blanquearan, además de que debían arreglarse las puertas y bastidores.[258] Con la intención de mostrar los resultados que se habían alcanzado en la atención a las enfermas, el doctor Rivera

[253] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 76, expediente 463, ff. 30-31.
[254] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 76, expediente 462, ff. 3, 5; expediente 461, f. 161 y expediente 463, ff. 9-11.
[255] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 76, expediente 459, ff, 21-23 y expediente 461, ff. 134-135; Asilados, caja 11, expediente 1102, ff. 1-23.
[256] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 76, expediente 463, ff. 34-35.
[257] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 76, expediente 463, ff. 44-45.
[258] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 76, expediente 463, ff. 59, 85-86.

Caso solicitó a Gonzalo Cenizo, en octubre de 1943, que le proporcionara la información que Ricardo Martínez Marañón requería, ya que iba a realizar una tesis sobre los hospitales de Beneficencia en la ciudad, asunto que consideraba "importante y atrayente para quienes trabajaban en la Beneficencia".[259]

La anterior petición constituía una transgresión del Reglamento, pues en el artículo 15 se especificaba que el Administrador no podía entregar ningún documento original del archivo del hospital, sino solo copias certificadas y por acuerdo de la Junta.[260] En el expediente no se mencionaba que los miembros de la Junta lo hubieran autorizado, pero no cabe duda que Martínez Marañón utilizó la información porque presentó una tesis titulada "El servicio hospitalario en Puebla (1531-1943)". Según Cruz (2010), Martínez Marañón fue el primer parasitólogo de la ciudad. Emigró a Francia cuando se enteró del movimiento antinazi encabezado por Charles de Gaulle y en la década de 1950, hizo una maestría en Salud Pública. Gracias a las acciones que se tomaban en el Hospital, en febrero de 1944 se reportó que existía una disminución en cuanto al número de pacientes con enfermedades infecciosas. Ese mes sólo se reportó la muerte de Cistobalina Solís a causa de tuberculosis pulmonar, motivo por el que solicitó a la Administración General que se mandara un albañil para que se pintara de blanco y se pudiera utilizar de nueva cuenta.[261] En agosto de 1944, el jefe de la Oficina Federal de Hacienda ordenó que se realizara una inspección del Manicomio, a fin de comprobar si cumplía con el propósito para el que había sido creado y de qué manera se llevaba su administración. Resulta curioso el sello que acompañaba al oficio, pues decía "Trabajando nos dignificaremos ante la patria".[262] Aunque no se cuenta con tantas evidencias, existen algunos datos que muestran cierto de tipo de abusos que cometían las empleadas en contra de las pacientes. Así sucedió en el caso de la afanadora Susana Flores que fue denunciada, en septiembre de 1944, en la Inspección de Policía por el delito de robo.

De acuerdo con el testimonio de Flores, la enferma Dolores Mendoza le regaló unos vestidos por lo que se los llevó a su casa, pero el problema residía en que había sacado toda la ropa de la que disponía aquella paciente y que, como indicaba el Administrador General Antonio Arellano, "no se debía tomar en consideración pues se trataba de una incapacitada". La rectora mandó al personal a la casa de Susana para recoger la vestimenta, incluido un vestido que llevaba puesto. El funcionario de Policía informó que "la Flores" sería encarcelada y lo ponía en conocimiento de la Administración del Manicomio.[263] En noviembre de 1944, un grupo de "vecinos del manicomio" se digirieron al Administrador General para tratar un asunto que requería "honorabilidad y estricta moralidad", pero ante la falta de

[259] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 76, expediente 463, f. 91.
[260] AGEP, fondo Hospital de dementes, Reglamentos, caja1, expediente 6, f. 4.
[261] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 76, expediente 463, ff. 75-76.
[262] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 76, expediente 463, ff. 57-58.
[263] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 76, expediente 463, f. 53.

una respuesta convincente, decidieron exponer el asunto ante el Departamento de Salubridad Pública en los siguientes términos:

> en vista de haberse mudado frente por frente del manicomio una mujer de mala nota y haciendo alarde de su mal vivir se cometen escándalos en la accesoria que ocupa y siendo dicha vecindad peligrosa para los que tenemos hijas jóvenes, y de ninguna moralidad supuesto que esta frente a una institución del gobierno donde hay solamente personal femenino, nos permitimos suplicar con toda atención a Ud. que de ser posible interponga su valiosa influencia para que dicha mujer sea retirada de este rumbo, toda vez que existen rumbos especiales para ellas que no están comprendidos entre la gente honrada[264]

Era evidente que la petición realizada al Administrador rebasaba sus atribuciones, pues lo que se le pedía era dominio de la policía. Es probable que la petición de los vecinos fuera producto de que el Manicomio era una dependencia del gobierno y que uno de sus deberes era velar por la protección de las asiladas y subalternas.[265] Sería hasta febrero de 1945 cuando bajaría el número de asiladas a 96, de las que 73 eran reconocidas como dementes y 23 como epilépticas. Doce de ellas no eran poblanas, pues de acuerdo con la información recopilada había tres de Tlaxcala, tres de Veracruz, dos del Distrito Federal, dos de Querétaro, una de Michoacán y una de Oaxaca. Analizar las diversas instituciones y demarcaciones de dónde fueron remitidas las enfermas mentales en la década de 1940, nos permite reflexionar sí existían nuevos Departamentos de Salud manejados por el Estado, sí se amplió la oferta de atención psiquiátrica, sí existieron vínculos entre la Beneficencia Pública y la Privada, y sí el Hospital de San Roque había ganado cierto tipo de reconocimiento para que fuera receptor de enfermas de otras latitudes del país.[266] La falta de personal ocasionó que en septiembre de 1945 se volviera a abordar el tema de los días de descanso de las empleadas y también se puntualizó que las labores debían ser repartidas en función de las aptitudes de cada enfermera.[267] La situación del Hospital no mejoró en los siguientes años, sino que, por el contrario, se observó un crecimiento en el número de las asiladas, lo cual provocaba problemas de espacio y que se sobrepasara la capacidad de vigilancia del personal, situación que facilitó los “accidentes nocturnos”.

En agosto de 1947, el doctor Rivera Caso reportó que en el Sanatorio había 101 pacientes, razón por la que solicitó la incorporación de una veladora a fin de no distraer a las enfermeras de sus obligaciones.[268] Tres años después, se informó que había 122 enfermas.[269] A pesar de su constante crecimiento poblacional, el Sanatorio Psiquiátrico de Mujeres de San Roque no se convirtió en un centro

[264] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 76, expediente 463, f. 87.
[265] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 76, expediente 463, ff. 87-88.
[266] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 76, expediente 463, ff. 55-56.
[267] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 76, expediente 463, ff. 46-47, 60.
[268] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 76, expediente 463, ff. 95-97. El doctor Rivera también solicitó que se mandara un plomero para arreglar el calentador y un depósito, además de que se necesitaba reparar dos cuartos que estaban “inservibles” y se debía revisar la azotea porque se inundaba.
[269] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 76, expediente 463, f. 111.

hospitalario y tampoco se planteó la posibilidad de dotarlo de un nuevo edificio. Un primer intento para resolver el problema de la sobrepoblación se llevaría a cabo en julio de 1967, cuando se inauguró el hospital psiquiátrico Rafael Serrano en la zona de la ex hacienda el Batán, el cual contaba con 500 camas para albergar a pacientes sub agudos de ambos sexos (Servicios, 1967; Rodríguez y Castañeda, 2013; Ramírez, 2022. Tras el cierre del Manicomio General de La Castañeda, ocurrido en 1969, San Roque recibió un numeroso grupo de pacientes provenientes de la Ciudad de México, por lo que extendió sus labores hasta el año de 1980. Unos años después, el edificio albergaría las oficinas del Instituto de Artesanías e industrias Populares del Estado de Puebla, así como un museo (Bojalil, 2009). Sin embargo, en 2011 el inmueble sería desalojado, lo que generó un conflicto con los artesanos (Hernández, 2013). Después de varios años de estar en el abandono, en 2019 San Roque estaría en el centro de la atención pública, debido a que la empresa Bara Operadora de Centros Culturales, la cual había adquirido el inmueble en comodato durante el gobierno de Rafael Moreno Valle, retiró diversas piezas de cantera del edificio, situación denunciada por un grupo de activistas y que provocaría que la empresa perdiera el comodato (Domínguez, 2019).

4.9. La asistencia privada

Uno de los sanatorios psiquiátricos privados más relevantes fue el de Nuestra Señora de Guadalupe, el cual se ubicaba en la población de Cholula. Este había sido fundado en 1910 a partir de la inconformidad que ciertos sectores sociales mostraban, respecto a la manera en que se llevaba a cabo la atención a los enfermos mentales en el hospital de San Roque. Se menciona que la señora Rita Canelo consideraba inadecuados los hospitales de la ciudad para atender a su hijo, pues en su opinión “malamente atendían a los locos”. Ante esta situación, y con el apoyo del sacerdote Francisco Calvo, quien poseía un terreno a un lado de la pirámide de esa población, emprendió el proyecto. La ceremonia de inauguración contó con la presencia de autoridades políticas y civiles, así como de algunos miembros del gremio médico como Rafael Serrano (1858-1927), quien pronunció un discurso en el que ensalzó el papel de las órdenes religiosas en la labor asistencial, pues decía que “las calamidades mentales” no sólo requerían de los avances científicos, sino que también podían beneficiarse de los auxilios divinos. Esta peroración, según las crónicas de la época, causó júbilo entre los presentes (Fajardo y López, 2009). El Sanatorio de Guadalupe, administrado por la orden de los juaninos, contaba con dos pabellones en los que había pequeños cuartos individuales con escaso mobiliario. El piso era de piedra o duela y para la iluminación utilizaban velas y quinqués. En un principio sólo admitieron hombres y sería hasta la década de 1980 cuando se recibió a mujeres. La atención a los enfermos no se sustentaba en conocimientos científicos, sino que se aplicaban preceptos espirituales. Es importante mencionar que los acontecimientos revolucionarios afectaron la vida del nosocomio.

Así, por ejemplo, en 1917 los juaninos tuvieron que regresar a España, por lo que se decidió que los pacientes retornaran a la casa de sus familiares. El recinto quedó a disposición de las autoridades cívico militares hasta 1919. La situación no mejoró en la siguiente década, pues la guerra cristera ocasionó que se pusiera especial atención a las actividades de los religiosos. Tras las visitas realizadas en 1933 por el secretario de gobernación Eduardo Vasconcelos y en 1934 del gobernador José Mijares Palencia, se decidió que se debía cambiar un modelo de atención que había provocado que los pacientes estuvieran abandonados y sin que sus familiares les prestaran la debida atención. Fajardo y López (2009) indican que la vida al interior del sanatorio de Guadalupe era rutinaria, pues se pasaba de los actos religiosos a los tratamientos y de la comida a la hora de la limpieza. La comida presentaba pocas variaciones y se utilizaba ocote y carbón para cocinarla. Un grave problema era la escasez de personal. Esta situación se buscó modificar en las décadas de 1940 y 1950 cuando inició un proceso de profesionalización y de modernización de los tratamientos, lo cual se explicaba por el aumento de una población que llegó a tener 117 internos. No sólo se buscó modificar el espacio hospitalario, sino que se contrató personal instruido en aspectos psiquiátricos, varios de los cuales se especializaron en la ciudad de México, y se introdujeron terapias y tecnologías nuevas como el electrochoque, la insulino-terapia, la impaludización, el uso de la penicilina, el narcoanálisis, las terapias laborales, artísticas y deportivas, y la consulta externa.

Por ser un hospital privado y dada la descripción de sus requisitos de admisión, no siempre se permitía el ingreso de cierto tipo de pacientes. Así ocurrió en noviembre de 1943 cuando el presidente del Consejo Municipal de Tehuacán solicitó el internamiento de Ana Sandoval, petición que realizaba en nombre de Margarita Sandoval que declaró ser de escasos recursos. Ante la negativa, se le informó que hiciera los trámites en el Sanatorio Público, pero al final, por razones que no se especificaban, la enferma no se presentó en San Roque, situación que sería reportada hasta 1945.[270] El sanatorio Guadalupe desempeñó un papel complementario en el modelo asistencial aplicado en el Hospital Rafael Serrano, pues funcionó como casa hogar para los pacientes dados de alta. En este lugar se ejerció un nuevo tipo de atención psiquiátrica, pues existían menores restricciones para los pacientes de manera que algunos enfermos podían salir a pasear durante el día. Esta institución ofreció diversos servicios a la población en general, pues se crearon comités de calidad, ética, epidemiología y apoyo al ciudadano, asimismo se brindaron cursos de psicoterapia individual y colectiva, programas de psico-yoga y cursos de pregrado y posgrado en los campos de medicina, enfermería, trabajo social y psicología. También se proporcionaron servicios de hospital de día, hospital de noche y hospital de fin de semana. De acuerdo con Fajardo y López (2009), como el sanatorio recibía tanto enfermos agudos como crónicos, amplió su capacidad a 200 camas pese a que se le consideraba un establecimiento

[270] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 76, expediente 463, f. 66.

psiquiátrico de tercer nivel. El nosocomio se sostenía de las aportaciones de los internos y de los servicios que prestaba al Instituto Mexicano del Seguro Social, al ISSSTEP y a la Beneficencia Española. Sin embargo, en 2013 tuvo que cerrar por falta de recursos (Llaven, 2013; Espinoza, 2014).

Otra institución que también atendió casos de enfermas mentales fue el del Hospital del Corazón de Jesús, el cual tuvo entre sus directores al doctor Rivera Caso y que rendía cuentas a la Administración General de Beneficencia, pese a que una buena parte de su financiamiento procedía de las limosnas. En este hospital se ofrecían consultas de psiquiatría, neurología, ginecología, pediatría, cirugías de ojos, nariz y garganta, servicio de curaciones, inyecciones, rayos X y existía un comedor para pobres y escolares. En enero de 1946, el nosocomio anunció que contaría con los servicios de cirujanos que se habían educado en Estados Unidos,[271] situación que daba cuenta del reconocimiento que se les otorgaba a los médicos que viajaban al extranjero para especializarse (Ríos, 2016). En algunos expedientes se muestra que el Hospital del Corazón de Jesús mandaba a algunas de sus pacientes al Sanatorio Psiquiátrico de Mujeres, tal como ocurrió con la epiléptica Magdalena Limón, quien en marzo de 1944 fue dada de alta como paciente de gracia en San Roque. Su traslado se explicaba por el hecho de que ella necesitaba someterse a un régimen especial de alimentación, pues había que buscar evitar que consumiera alcohol. De acuerdo con la información de su expediente, Limón ya había estado recluida tanto en San Roque como en el Hospital General, pero no se especificaban las razones de su salida. Todo indicaba que esa mujer se encontraba en desamparado, pues se mencionaba que estaba en "situación de calle".[272] También se daba el caso de que las asiladas de San Roque pasaran al Sanatorio. Así se podía observar en el caso de Pilar Riquelme, quien en diciembre de 1945, salió de San Roque para ingresar al otro nosocomio, pero tuvo que regresar al primero cuando comenzaron las labores de remodelación del Sanatorio. Lo interesante del asunto es que tuvo que pagar 75 pesos para que se le volviera a internar.[273]

En el transcurso de una larga historia iniciada en el siglo XVI y concluida en la década de 1980 del siglo XX, el Hospital de San Roque de Puebla tuvo numerosos cambios que se manifestaron tanto en el ámbito administrativo como en los paradigmas de atención a la enfermedad mental. En el siguiente capítulo se mostrará cómo era la estructura interna del nosocomio, los procedimientos por medio de los cuáles se aceptaba a las enfermas y las maneras por las que se les daba de baja, así como diversos aspectos que retrataban la cotidianidad de la institución.

[271] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 76, expediente 463, f. 80.
[272] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 76, expediente 463, ff. 49-50.
[273] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 76, expediente 463, ff. 103-104.

Capítulo 5. La administración en el hospital de San Roque

Introducción

En este capítulo se revisará el desarrollo de la psiquiatría en la ciudad de Puebla, lugar en el que se buscó conformar un gremio de médicos que buscaba atender las necesidades inmediatas de los poblanos. Algunos de estos galenos buscaron adaptar los paradigmas internacionales en materia de psiquiatría, tanto para la población de los manicomios como para la que vivía fuera de ellos. Se abordarán las estrategias implementadas por los médicos que acogieron el modelo higienista, pero también apelaron a sus creencias religiosa, sobre todo los que trabajaban en las instituciones privadas. Se revisarán las acciones emprendidas por la Beneficencia Pública, institución que sufrió los avatares de la situación política del país durante las décadas de 1910 y 1920, escenario que provocó una serie de cambios ocasionados por la carencia de recursos económicos y humanos. El Manicomio de mujeres de San Roque sufriría esos avatares en carne propia, pues se redujo su presupuesto y se realizaron cambios en su organigrama. Sin embargo, cuando la estabilidad política regresó al Estado, se logró adoptar costumbres y tratamientos modernos que permitieron brindar una mejor calidad de vida a las pacientes.

El texto se divide en cuatro apartados: en el primero se aborda la conformación del gremio médico en Puebla. En el segundo, se menciona el papel que desempeñó la Beneficencia Pública en la administración de los hospitales de dementes poblanos. En el tercero, se hace un recuento de los procedimientos de ingreso y egreso de los pacientes. En el cuarto, se hace un recuento de las empleadas que atendían el Hospital de San Roque, de la manera en la que se obtenían recursos para su sostenimiento y la vida cotidiana de las enfermas.

5.1. La conformación del gremio médico en Puebla

Si bien el propósito de este trabajo es conocer la historia del manicomio de mujeres de san Roque, se realizará una breve contextualización del desarrollo de la medicina en Puebla, a fin de entender las razones por las que el gremio médico y las autoridades políticas buscaron regionalizar el conocimiento. Durante la época virreinal, no existió un organismo de salud que regulara los procedimientos hospitalarios de manera uniforme. Cada nosocomio dependía de los recursos económicos que obtenían de benefactores o de los gobiernos locales, lo cual incidía en el desempeño y preparación del personal médico. Por ello no debe sorprender que en 1793 un comisionado del Cabildo, el cirujano José Ignacio Domenech, buscara separar la administración del hospital de San Pedro de la autoridad civil, pues pensaba que de esa forma se le podría dar una mejor organización e independencia (Palacios, 2010; Cortés y Palacios, 2012). La formación de médicos en Puebla surgiría a partir del decreto del Congreso del Estado del 6 de junio de 1831 que reglamentaba el ejercicio de las Ciencias Médicas. En éste sólo se reconocía a médicos y cirujanos, pues las parteras tenían su propia legislación

(1814). En años posteriores también se organizó el ejercicio de los flebotómanos (1838) y de los farmacéuticos (1842). En el mes de mayo de 1832 se creó la Dirección de Sanidad que se rigió por un reglamento que contenía 89 artículos. Esta dependencia funcionó hasta la época de la segunda intervención francesa y (Camacho, 2006; Cortés, 2010; Cortés y Palacios, 2012; Bojalil, 2018b).

Las clases en la Escuela de Medicina iniciaron en enero de 1834. Se estipuló que los aspirantes debían poseer el grado de bachiller en filosofía, gramática, química, metafísica o latinidad, así como conocimientos de francés[274], lo cual represento una limitante pues en Puebla no existían escuelas para aprender ese idioma. En el programa de estudios se tomaron en consideración los conocimientos sobre flora medicinal local, sobre todo en la materia llamada "Médica mexicana", así como la constitución de la población en cuanto a raza, geografía, costumbres y cambios culturales. En cuanto al papel del médico, se aconsejaba, desde la perspectiva del paradigma de los miasmas, que debían tener un carácter templado que serviría como escudo contra las enfermedades contagiosas. También se le atribuía una autoridad moral, religiosa, podía bautizar en casos graves, y ciertas responsabilidades que, de no asumir, podía llevarlo al exilio o a pagar multas (Cortés y Palacios, 2012). Cortés (2010) menciona que a las parteras se les pedía que tuvieran "buenas costumbres", mientras que los flebotomianos debían ser "personas honradas". Los mozos que trasladaban los cadáveres debían mantener la decencia, en especial cuando se trataba de los cuerpos de mujeres. A pesar del carácter científico que se quería aplicar en la medicina, ésta tuvo que afrontar ciertas críticas como que el sistema galénico, basado en la teoría más que en la observación, favorecía la aparición de charlatanes además de que tuvo que vencer el recelo que sentían las mujeres hacía los médicos, las cuales eran atendidas en uno de los pabellones del hospital de San Pedro tras la desaparición del hospital de mujeres de San Juan de Letrán en 1643.

En 1842, la Dirección de Sanidad vinculó el ejercicio de la medicina con el de la cirugía.[275] El principal problema que se enfrentó en la formación de los médicos fue la ausencia de un espacio propio y la carencia de recursos. De hecho, el Colegio estuvo hospedado en el colegio de San Ignacio y en 1880, se decidió trasladarlo al colegio de San Juan. Las prácticas médicas se realizaban en el Hospital de San Pedro. La educación médica también sufrió las consecuencias de los vaivenes políticos, tal como ocurrió en 1855 cuando el presidente Antonio López de Santa Anna decidió suspender la enseñanza de la medicina y la farmacia en varios

[274] El conocimiento del francés se consideraba indispensable para los médicos que se formaban en el Establecimiento de Ciencias Médicas de la ciudad de México, pues desde octubre de 1833 se estipuló que los planes de estudio se inspirarían en el modelo francés por sugerencia de la Dirección General de Instrucción Pública. En el caso del latín, desde el siglo XVIII las clases se impartían en ese idioma, salvo anatomía y astrología, pero en el XIX se pidió como un requisito para los aspirantes al grado de profesor en farmacia.

[275] Cortés y Palacios (2012) mencionan que se entendía la obstetricia, durante las últimas décadas del siglo XIX, como el seguimiento del embarazo y no sólo la atención del parto. Con la reforma de 1842, tanto los médicos como los cirujanos podían presentar un examen para obtener el otro título.

Estados, por considerar que era de “mala calidad”. Esta opinión se sustentaba, entre otras cosas, por la carencia de material quirúrgico para los alumnos. La situación de la Escuela de Medicina no mejoró en los siguientes años, a tal grado que durante el Imperio de Maximiliano se decidió cerrarla por los problemas que enfrentaba (Cortés, 2010; Cortés y Palacios, 2012; Bojalil, 2018b). La estabilidad de la enseñanza médica en Puebla se conseguiría en las últimas dos décadas del siglo XIX merced a la Ley de Instrucción Pública (diciembre de 1878), el Reglamento para el estudio de Ciencias Médicas (enero de 1879) y el Código Sanitario (1891). Para esos años imperaban el paradigma bacteriológico y el modelo higienista, además de que el programa se regía en función de lo que se realizaba en la capital del país. También se aportaron recursos para evitar la migración de candidatos y se mejoraron las condiciones de enseñanza, gracias al aumento de libros y revistas en la biblioteca. En 1886 se determinó que el Colegio de Medicina dependiera del Colegio del Estado, asimismo se promulgó una nueva legislación para el ejercicio médico (1886) y para la medicina legal (1890) (Cortés, 2010; Cortés y Palacios, 2012; Bojalil, 2018a; Bojalil, 2018b).

5.2. El conocimiento médico sobre la locura en Puebla

La organización del gremio médico a nivel local daría paso a la conformación de sociedades médico-farmacéuticas entre 1874 y 1879, como la de Miguel Jiménez, que tendrían diversos medios de difusión, entre ellos el periódico *El estudio* En el caso de la locura, ésta todavía se explicaba por otras ramas de la medicina como la patología, la etiología, la medicina legal y la toxicología. Aunque la palabra alienismo se oyó por primera vez en México en 1833, la primera clase de psiquiatría, palabra acuñada por el médico prusiano Christian Reil, sería impartida en 1887 en la ciudad de México (Rivera, 2010; Stagnaro, 2015a; Hidalgo, 2016; Bojalil, 2018b). En el caso de San Roque, existían dificultades para cumplir con los parámetros científicos que lo situaran como un centro de enseñanza y práctica médica, lo cual habría servido para que se le dejara de considerar un recinto caritativo sin función científica. La falta de especialización de su escaso personal y la carencia de un médico de planta, lo ponían en desventaja frente al hospital general de San Pedro que contaba con cuatro médicos, un flebotomiano, un farmacéutico, y un homeópata y topiquero que se dedicaba a aplicar unciones mercuriales a los sifilíticos (Cortés y Palacios, 2012: Vargas, 2013; Vargas y Aguirre, 2015; Bojalil, 2018b). Vargas y Aguirre (2015) sugieren que en ciertas ocasiones, el médico del hospital de San Pedro también atendió a los dos manicomios, sobre todo cuando no se había dado un nombramiento oficial para el medico de ambos manicomios. Era fundamental la presencia de un médico en los hospitales de caridad, pues con ello se acreditaba la cientificidad en los métodos de atención a los pacientes (Labarca, 2019).

A partir del informe de 1877 sobre las necesidades de la Beneficencia, se implementarían diversas medidas entre las que resalta la emisión del código sanitario de 1891 y un nuevo modelo instructivo sobre la ciencia médica, lo que permitió que los médicos Secundino Sosa y Samuel Morales realizaran una

evaluación, en 1888, de la salud y enfermedades de la sociedad poblana basado en las condiciones higiénicas, la estructura orgánica, la anatomía, la fisiología y el carácter. Estas condiciones permitirían establecer los estándares de normalidad. De acuerdo con Ramos (2021), el estudio definió que el carácter de los poblanos era bilioso, lo cual explicaba la frecuencia de las afecciones hepáticas. Es de advertir que en el caso de los manicomios, desde 1875 se formó una comisión visitadora que anualmente presentaba un informe sobre el sexo de los pacientes, el tipo de alimentación que recibían y las patologías que existían al interior de los manicomios. (Vargas, 2013; Vargas y Aguirre, 2015; Bojalil, 2018a; Bojalil, 2018b; Ramos, 2020; Ramos, 2021). La actualización del conocimiento científico estaba condicionada por los informes que se tenían de los adelantos de las ciencias médicas en el extranjero. De esa manera, el conocimiento de los estudiantes de medicina en Puebla se renovó gracias a la subscripción a la *Gaceta Médica de México*. Además de que se retomó el carácter positivista que ponía énfasis en los valores cuantitativos, tal como lo proponía la escuela clínica francesa, y se incorporaron conceptos concretos que hablaban de cambios morfológicos y funcionales, lo que permitió superar la mera recopilación de signos y síntomas (Bojalil, 2018b). Sin embargo, la interpretación adquirió un carácter personal y derivado de ideas que predominaban, como la de la ignorancia, la pereza, la higiene social y el alcoholismo.[276]

Aunque la Iglesia Católica mostró su recelo ante el modelo educativo del gobierno liberal por considerarlo promotor del libertinaje, algunas de sus ideas tuvieron cierta consonancia con las políticas higienistas como sucedió con la hipótesis psicomoral sobre las causas de la degeneración, razón por la que se exigió al gobierno que se tomaran medidas para proteger a la juventud. Por su parte, las instituciones de Beneficencia consideraron útiles los preceptos religiosos pues permitían implementar un modelo moral al interior de sus recintos. Se debe recordar que en la encíclica *Rerum Novarum*, León XIII proponía que se realizara una equitativa distribución de los recursos económicos a través del trabajo, pedía que se fortaleciera la familia, el comercio y la industria, y se consideraba el asistencialismo social como una fuerza motriz de la sociedad católica. De la misma manera, algunos médicos católicos como Secundino Sosa, quien era uno de los fundadores del Círculo Católico, en consonancia con la política liberal buscó espacios para educar y moralizar. Para tal efecto, utilizó algunos recursos como la prensa, aunque reconoció que la prevención del degeneracionismo procedía de la familia y su correcta vinculación con el mundo (López, 2018; Bojalil, 2018a; Bojalil, 2018c; Ramos, 2021). A fines del siglo XIX, la ciudad de Puebla mostraba una nueva fisonomía derivada de cambios como la limpieza del río de San Francisco, la introducción del alumbrado eléctrico y algunos proyectos que estaban enfocados al manejo de los desechos.

[276] Ramos (2021) comenta que en 1877 el gobierno otorgó un subsidio para que se eliminara la publicidad de la *Gaceta Médica*, con la intención de agilizar la difusión del conocimiento.

Ante el creciente flujo migratorio, se escribieron algunos trabajos, como los de Secundino Sosa, Samuel Morales y Manuel Mena, que denunciaban los problemas de higiene moral, social y dietética causados por las costumbres malsanas de las clases marginadas, tales como poner mayor atención al consumo de licor que a conseguir alimentos[277]. El alienismo sostenía que esos problemas detonaban enfermedades mentales, mientras que otras corrientes advertían que había una diminución de las fuerzas físicas. En esos trabajos se consideraban variables como el clima, el agua sulfurosa y la herencia, tal como lo hicieron Secundino Sosa y Samuel Morales, o la "impresión psicomoral de la fecundación" para explicar el alcoholismo como lo planteaba José de Jesús Ortega. Para eliminar la baja productividad ocasionada por el vicio y la holgazanería, se establecieron ciertas medidas de control y de educación que adquirieron una faceta más rígida cuando se celebraban eventos públicos y políticos. Así ocurrió en 1901 durante la visita de Porfirio Díaz a Puebla o durante la Conferencia Internacional Americana en la que se pidió que los hospitales de dementes se prepararan ante la posibilidad de que fueran visitados por médicos especialistas (Bojalil, 2018a; Bojalil, 2018b). Ramos (2021) explica que, desde una visión capitalista, se definió la tolerancia hacia ciertos comportamientos y diagnósticos, por lo que se consideró la locura como una enfermedad de la población adulta y joven que en teoría tenía una moral y personalidad formada, en tanto que la demencia senil se consideraba "normal". En este sentido, se le otorgaba a la Beneficencia Pública el derecho a determinar el lugar donde se ejecutaría la "normalización": el manicomio, el hospicio o el asilo de ancianos.[278]

Resulta significativo que en 1890 se presentara la primera tesis sobre psiquiatría en Puebla, pese a que la Academia de Medicina poblana carecía de una catedra exclusiva sobre esta materia. De hecho, Bojalil (2018b) ha identificado seis tesis, presentadas entre 1890 y 1910, que trataban sobre la locura, de las que sólo una tenía una visión psiquiátrica y el resto la abordaban desde la medicina legal, es decir, se le buscaba mostrar como un "peligro social". Ante esta situación, no resulta extraño que en la Escuela de Leyes del Colegio del Estado se incluyeran análisis de la enfermedad mental, pues se cuestionó si existía "inocencia parcial" en el estado de alienación, situación derivada del hecho de que el Código Penal de 1884 excluía de responsabilidad a una persona que hubiera cometido un delito cuando se encontraba en estado de embriaguez, sobre todo si se demostraba que no era una costumbre habitual, no había cometido una infracción por el mismo hecho o si la embriaguez era incompleta o "accidental". En el caso de la Escuela de Medicina, la materia de medicina legal desapareció en 1895. Por otro lado, Ramos (2017) explica que el escaso número de trabajos sobre la locura era consecuencia de que

[277] Bojalil (2018b) refiere específicamente el consumo del pulque como parte de la nutrición

[278] Ramos (2021) también comenta que, aunque llega a encontrar solicitudes de ingreso a San Roque para algunas niñas, no considera este espacio como un lugar destinado para ellas por su grupo de edad.

no se le consideraba un fenómeno social de gran escala, como lo eran las epidemias, aunque si se trataba de un tema de preocupación y prevención.

Los médicos poblanos en formación tuvieron acceso a los conocimientos sobre enfermedades meníngeas, afecciones en los nervios espinales y raquéales y neurosis, mismas que después serían estudiadas por la neurología cuyos postulados trascendían las teorías que consideraba a la herencia, los desequilibrios humorales, la nutrición y los parásitos como los causantes de esos malestares. Entre la bibliografía de la que podían disponer se encontraba el *Tratado sobre las degeneraciones físicas, intelectuales y morales de la especie humana* de Benedict Morel, *Las pasiones consideradas como causas, síntomas y medios de curar casos de locura* de Jean Etienne Esquirol, el *Manual de Anatomía General o descripción sucinta de los tejidos primitivos que componen los órganos del hombre* de Bayle Hollard, el *Compendio de Medicina Legal* de Luis Hidalgo y Carpio, y los estudios de Santiago Ramón y Cajal sobre la epilepsia, entre otros (Cortés, 2010; Vargas, 2013; Vargas y Aguirre, 2015; Bojalil, 2018b). Para obtener su título, los estudiantes de medicina del Colegio del Estado debían presentar tesis orales y practicas sobre sus experiencias laborales en el hospital de San Pedro. Sin embargo, en ellas se encontraban escasas referencias sobre casos clínicos locales y más bien, se aludía a los que se presentaban en la bibliografía extranjera. Esta situación provocó que las tesis incurrieran en anacronismos, sobre todo cuando se buscaba explicar lo que se sabía sobre la patología expuesta (Bojalil, 2018a y 2018b).

A pesar de que no existía un conocimiento profundo de psiquiatría, Secundino Sosa y el doctor Jesús González publicaron algunos artículos pioneros, en *El Universal* y en *La Gaceta Médica*, en 1891 y 1903 respectivamente, en los que daban cuenta de la necesidad de analizar la subjetividad de sus pacientes. De hecho, Sosa criticó a los que estudiaban la locura desde la perspectiva de la jurisprudencia o de la filosofía, pues argumentaba que la racionalidad era un aspecto complejo y se debía centrar en las singularidades (Vargas y Aguirre, 2015; Ramos, 2021). Entre los médicos poblanos que abordaron temas sobre locura se puede destacar a José de Jesús Ortega que estudió el efecto químico-fisiológico del alcoholismo, Isaac del Rio, Lorenzo Chávez que destacó por sus estudios sobre epilepsia y refracción ocular, motivo por el que propuso el tratamiento quirúrgico para su curación, Rafael Serrano que relacionó la locura con el nervio óptico y se desempeñó como administrador de San Roque en varias ocasiones: 1885, 1895 y de 1909 a 1915, Francisco Rodiles que realizó trabajos sobre la histeria, Miguel Cabrera que centró su atención en el alcoholismo, Secundino Sosa que investigó sobre la correlación entre psicopatía e infección, y sobre la conexión entre epilepsia, meningitis y lesión cerebral para lo cual tomó en consideración elementos de microbiología. Es importante mencionar que estos médicos no sólo tenían conocimiento del pensamiento alienista francés, pues los trabajos de Lorenzo Chávez y Rafael Serrano utilizaban textos de otros contextos europeos (Vargas, 2013; Vargas y Aguirre, 2015; Bojalil, 2018b).

Respecto a la nomenclatura específica de cada diagnóstico, ésta se estableció conforme a la práctica a diferencia de los países europeo, como Francia y Bélgica, en donde, desde finales del siglo XIX, se llevaron a cabo varios congresos para determinarla. Este sentido práctico, por una parte, permitió identificar cuadros clínicos y hacer pronósticos, pero, por otra, también representaba un atraso por la incapacidad de encontrar la etiología de la enfermedad a través de la anatomía. Como ya se ha comentado, se trató de uniformar la noción de enfermedades con el libro del doctor Bertillón desde 1893, el cual todavía se utilizaba en 1913 en los manicomios de Puebla.[279] A lo anterior se agregaba la dificultad para realizar la anamnesis del paciente, sea por la vergüenza o la ignorancia de la familia para contestar ciertos datos. Aunque también existía rechazo a las interpretaciones populares de la enfermedad, tal como ocurría con el doctor Secundino Sosa que menospreciaba las afirmaciones de los familiares que atribuían la locura de sus parientes a causas como el uso de plantas, como el toloache o pipiltzin, y a la brujería, pese a que se reconocía que esas plantas contenían compuestos peligrosos y cuya compra estaba autorizada solo a los farmacéuticos y boticarios, según la legislación poblana de 1897 sobre sustancias medicinales e industriales.[280] Aun así, en las evaluaciones prevalecía la idea de que sin lesión orgánica no podía haber trastorno mental, por lo que se utilizaban otras sintomatologías, como los temblores, la dilatación de la pupila o el olor "fétido" de la boca, para determinar los problemas (Huerta, 2007; Bojalil, 2018b; Ramos, 2021).

Resultaba complicada la introducción de un enfoque psiquiátrico, tal como se podía observar en el caso del médico y profesor de psiquiatría José Mesa Gutiérrez que laboraba en el Hospital de La Castañeda, quien se quejaba por la falta de un libro sobre psiquiatría para utilizar en sus clases y sobre todo, para atender los casos que se le presentaban en su consultorio (López, 2018). Durante la gestión del doctor Secundino Sosa como director en San Roque se decidió elaborar una clasificación que tomara en cuenta la sintomatología y la causa, con lo que se estableció un vínculo con aquellos aspectos morales que se centraban en el modelo femenino de la época, lo que Ramos (2021) define como el "genero de vida". Con base en ello, se definieron los tratamientos en los que se le otorgaba importancia a los procesos fisiológicos de la pubertad y la menopausia. Se explicaba que las mujeres eran más propensas a la locura moral por la falta de armonía en el desarrollo de sus facultades, lo cual no determinaba necesariamente que nacieran con ese síntoma. Sin embargo, se advertía que la locura congénita podía ser de tres tipos: idiocia, imbecilidad y cretinismo (Ramos, 2021). No obstante, Ramos (2017) comenta que la visión de la medicina se contraponía al imaginario popular y a la medicina empírica, pues ciertos dichos como "se volvió loco" o "no ha podido sanar"

[279] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 74, expediente 395, legajo 12, ff. 1-2.

[280] Ana María Huerta (2007) menciona que entre las plantas prohibidas para su comercio estaban la belladona, el beleño, el estramonio, las cabalongas, las cantáridas, los codos de fraile, los colorines, la cebolleja, la cicuta, el cintul, la yerba de la Puebla (Itzcuinpatli) y el zoapatli.

daban cuenta de que se entendía que la locura no podía ser natural. Con la idea de proseguir con la tarea de difusión del conocimiento médico, la Secretaría del Departamento Ejecutivo envió varios números del periódico *La Escuela de Medicina* al Administrador de los hospitales de dementes.[281]

Uno de los problemas más graves que enfrentaban los manicomios, y en específico el de varones, era el del número de alcohólicos que se encontraban asilados. De acuerdo con Vargas (2013), a finales de la década de 1870 la población de alcohólicos que estaban encerrados en el hospital de Santa Rosa resultaba alarmante, aunque también es importante aclarar que su estancia en el nosocomio era temporal. El problema del alcoholismo no disminuyó con los años, pese a las múltiples voces que se alzaron y que pedían, entre otras cosas, que se aumentara el costo de los productos. Por su parte, los médicos Sosa y Morales en 1888 propusieron que el consumo de alcohol se considerara un delito. Ninguna de estas propuestas fructificó por los intereses económicos que estaban en juego. Los miembros del Círculo Católico también mostraron su preocupación por el problema del alcoholismo, razón por la cual promovieron la idea de crear espacios de "juego sano" y cultura que atrayeran a los jóvenes, a través de la organización de juegos de mesa, bolos y billar. Estos espacios tenían la intención de sustituir el consumo del alcohol como actividad de socialización. Los del Círculo Católico criticaron a la autoridad por la ligereza con que controlaba los expendios, pues el alcohol podía adquirirse cualquier día y a cualquier hora, lo que redundaba en una "temprana introducción al vicio" (Bojalil, 2018c). A las voces críticas que buscaban la prohibición de la venta y consumo del alcohol, se opusieron las de aquellos que consideraban que este producto tenía cualidades medicinales. En 1896, el doctor Francisco Martínez Baca presentó un informe en el Congreso de Salubridad Pública realizado en Nueva York, en el que habló de las cualidades antiescorbúticas del pulque entre la población penitenciaria.

Un año después, Pedro e Ignacio Blázquez publicaron su *Tratado del maguey* en el que afirmaban que el pulque tenía propiedades desinflamatorias y ayudaba a tratar las enfermedades del hígado, el riñón, el estómago y en el posparto. A inicios del siglo XX, el doctor Riquelme, quien era descendiente de hacendados pulqueros, defendió el valor nutricional de esa bebida, pues afirmaba que tenía propiedades "dinamógenas" que proporcionaban el calor necesario a los músculos de los obreros. Vicente Cervantes, por su parte, decía que el pulque cumplía con una finalidad médica, a diferencia del aguardiente o chiringuito que era utilizado por los boticarios para estimular el efecto de la medicina, pero en realidad exponían a su paciente a diversos peligros (Huerta, 2009; Ramírez Velasco, 2017). El tratamiento de los alcohólicos en los hospitales de dementes no se limitó a la esfera estatal. En 1908, el médico Ernesto Espinosa inauguró el Instituto Keeley que, según rezaba su publicidad, se dedicaba al tratamiento de la neurastenia, así como a los

[281] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 73, expediente 383, legajo 9, ff. 1-9; expediente 386, legajo 4, ff. 1-7; expediente 388, legajo 2, ff. 1-4; caja 74, expediente 393, legajo 22, ff. 1-2.

problemas derivados del consumo de alcohol y de drogas (tabaco, cocaína, opio) (Bojalil, 2018). Las campañas contra el alcoholismo continuaron en la década de 1910. No sólo para acabar con los monopolios porfiristas sobre el pulque y el aguardiente, sino también con la intención de evitar la degeneración de la población. Así, en 1913 los funcionarios de la Beneficencia Pública propusieron la creación de un área de alcohólicos y morfinómanos en el manicomio de varones, la cual, desde su perspectiva, ayudaría a solventar la precaria economía de los hospitales de dementes.[282]

Al mismo tiempo, las autoridades políticas prohibieron la venta del pulque en diversas poblaciones de Puebla y Tlaxcala. En la ciudad de México sólo se optó por subir los precios y regular los horarios de cierre de las pulquerías (Ramírez Velasco, 2017). Tras el fin del movimiento armado, los gobiernos posrevolucionarios promovieron diversas campañas antialcohólicas tendientes al "mejoramiento de la raza".

5.3 La Beneficencia Pública y la salubridad en Puebla

En sus orígenes, la medicina en Puebla tuvo un carácter caritativo que se buscó transformar en 1841 cuando se creó el Consejo Central de Salubridad, el cual debía cumplir funciones estadísticas y de vigilancia de los médicos y boticarios, entre otras cosas. También se planteó la necesidad de que los hospitales no estuvieran en lugares céntricos para evitar que se convirtieran en focos de infección, pero esta propuesta no se llevó a la práctica porque ni el hospital de San Pedro ni el de San Roque fueron trasladados a otro lugar, y más bien se les hicieron adaptaciones para mantenerlos en funcionamiento acorde a las nuevas teorías, al presupuesto y a la demanda del servicio. Tras la secularización, los hospitales pasaron a depender de la Dirección de Beneficencia, lo que significó que se pasó de una visión caritativa a una de tipo filantrópica. Durante la intervención francesa, se determinó que se nombraría un director general de hospitales que estaba subordinado a la comandancia y un subdirector encargado de la parte facultativa, el cual sería nombrado por el jefe de la sección sanitaria del ejército. Tras la instauración del Imperio de Maximiliano, se elaboró un reglamento para la Dirección de Beneficencia[283] y a la policía se le encargó la tarea de vigilar la salubridad en general (Palacios, 2010; Cortés y Palacios, 2012). Tras la restauración de la República, Palacios (2010) menciona que, para el sostenimiento de la atención y la investigación médica, la Beneficencia Pública obtenía recursos del Estado, a través de la defensa de bienes intestados o legados, y de la organización de loterías. Los cambios burocráticos generados en este "aparato científico-asistencial", así como las medidas sanitarias, contribuirían a redefinir el papel de los hospitales poblanos.

[282] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 74, expedientes 397 y 408.

[283] Palacios (2010) menciona que la Dirección recibía indistintamente el nombre de Junta Inspectora, Junta Directiva de Beneficencia o Junta de Beneficencia, pese a que existía un reglamento desde 1861.

Antes de la creación de la Dirección de Sanidad, existía una Junta que elaboraba reglamentos y proponía medidas en pro de la salud de la población. Ésta era nombrada por el gobernador y estaba integraba por dos farmacéuticos, dos médicos y un cirujano, quienes permanecían en el cargo por dos años. Su jurisdicción era limitada y estaba determinada por las decisiones del Estado que buscaba socorrer a la pobreza, la cual se concebía como una virtud.[284] En la década de 1870 se crearía el Consejo de Salubridad y la Dirección de la Junta de Beneficencia o Junta Inspectora de Beneficencia, misma que en 1878 cambió su nombre a Dirección de Beneficencia. Entre 1880 y 1881 se publicaron sus estatutos y reglamento, además de que se determinó que dependería de la Secretaria de Fomento. En 1896 la Dirección se convirtió en Departamento de Justicia, Beneficencia e Higiene del Superior Gobierno del Estado, que dependería de la Secretaria General del Departamento Ejecutivo (antes Fomento).[285] En materia de atención a la salud, se instaló un rastro moderno en Xonaca en 1905. También se construyeron hospitales en poblaciones como Chalchicomula (1891), Tecamachalco (1906), Teziutlán (1910). En 1907 se planteó la posibilidad de construir un nuevo hospital general que abarcaría un área de 50 000 metros cuadrados, a fin de atender a 400 enfermos en once departamentos.

La edificación sería supervisada por un Consejo Médico Legal que propuso que el diseño fuera más higienistas. Sin embargo, la obra se interrumpió por causa del movimiento armado, razón por la que la atención médica se centró en el hospital de San Pedro, sobre todo durante la epidemia de tifo de 1915. [286] Finalmente, el hospital abrió sus puertas en 1917 con el nombre de “Jesús Carranza”.[287] Ese mismo año el Consejo Superior de Salubridad se convirtió en Departamento de Salubridad (Palacios, 2010; Lomelí, 2011; Cortés y Palacios, 2012; M. L. Herrera, 2020).

5.3.1. Los funcionarios de la Beneficencia Pública

[284] Cortés y Palacios (2012) señalan que el modelo de asistencia francés se caracterizaba por el control del Estado en las instituciones, sin importar que estuvieran dirigidas por religiosos. Lo contrario sucedía con los ingleses que impulsaban la presencia de los particulares, excepto en cuestiones de salud pública donde había una mayor intervención del Estado.

[285] Palacios (2010) destaca que la permanencia de disposiciones coloniales, pese a las transformaciones en el aparato asistencial, así como la promulgación de códigos sanitarios evidenciaba una demanda de autonomía respecto a las reformas centralizadoras, aunque en épocas de crisis, como las de epidemias, se tuvieron que coordinar.

[286] M. L. Herrera (2020) menciona que la construcción del hospital general estuvo dirigida por el ingeniero José C. Mondragón y se invirtieron 810 000 pesos. El terreno en el que se construyó formaba parte del rancho Noriatengo. Contaba con varios pabellones: Administración y consulta, medicina y cirugía, hombres distinguidos, bacteriología y clínica, maternidad, desinfección y lavado, farmacia, cocina y lencería, baños generales y gimnasio, mujeres distinguidas, eminentemente contagiosos, anfiteatro y depósito de cadáveres

[287] En 1932, el Hospital sería renombrado Francisco Marín, quien fue el primer director del ex Hospital de San Pedro y del que se conoce un informe histórico-evolutivo del nosocomio a su cargo que fue publicado en 1881 (Cortés y Palacios, 2012).

Los establecimientos de Beneficencia Pública contaban con un director y un tesorero que eran nombrados por el gobernador. Ellos debían rendir informes a la Junta de Beneficencia cuyos miembros ocupaban el cargo de manera honorífica y sin recibir alguna remuneración, procedimiento que se mantuvo hasta la década de 1930. Aunque en un principio estaba conformada por médicos y personal del Ayuntamiento, en las primeras décadas del XX también se integraron comerciantes, obreros y miembros de sociedades filantrópicas. En 1874 se estableció que la Junta estuviera conformada por cuatro personas, uno de los cuales era el defensor general de fondos, y era presidida por el gobernador. En 1881 aumentó a ocho con la intención de formar inspecciones para cada dependencia (hospitales, hospicio y orfanato) y también se integraron el vicepresidente, el regidor y el inspector de hacienda. Según el artículo 16 del estatuto, los inspectores podían exigir informes a los administradores sobre movimientos de asilados, recursos, reglamentos, medidas higiénicas, recetas y fórmulas despachadas. También debían vigilar el traslado de los cadáveres de los hospitales y que no salieran los sujetos que estaban bajo algún procedimiento judicial, sin previa autorización del poder judicial. Como los cuerpos debían permanecer 24 horas en el hospital, el portero tenía que dar fe de la muerte y se entregaba un reporte donde se estipulaba que sí el fallecido fue atendido física o moralmente. En el caso de los pacientes de los manicomios, el cadáver se depositaba en un área especial y se procuraba que los demás asilados no se dieran cuenta.

Cada seis meses, se entregaba un reporte al gobernador con el propósito de mejorar la atención de los asilados y sacar el mayor provecho de los fondos asignados a la institución. Estos reportes también se realizaban de manera anual y en ellos se mencionaba el número de enfermos, los gastos y los objetos que se encontraban en los establecimientos (Palacios, 2010; Vargas y Aguirre, 2015). López (2018) sostiene que existían notables diferencias entre Europa y México en cuanto al conocimiento científico y la perspectiva filantrópica. Pone como ejemplo el hospital Conjo de Santiago de Compostela en el que la Junta de Beneficencia tenía una mayor interacción de los pacientes, a diferencia del manicomio de mujeres de San Roque. En el primero se priorizaba la atención a los pacientes antes que el costo económico requerido para su asistencia, pero como se mostrara más adelante la Junta interactuaba con los pacientes por medio de los inspectores que fueron testigos directos de la cotidianidad, los tratamientos y sus innovaciones (como la terapia ocupacional), sus incidentes (fugas) y los eventos que se realizaban para proporcionarles alegría y confort (festividades y donaciones). En los estatutos de la Junta Directiva de Beneficencia Pública de 1881 se contempló la cuestión de los sueldos del personal que trabajaba en los establecimientos dependientes de la Beneficencia. Los primeros en ser regulados fueron el hospital de dementes y el hospicio, pues en ellos se había observado muchos problemas con el personal.

Vargas (2013) menciona el caso del médico José María Ceballos, quien en 1869 renunció a su cargo por dos razones: la distancia existente entre los dos

manicomios de varones y que recibía el mismo sueldo por ambas visitas, aunque en su queja se abstenía de mencionar que su salario era similar al del administrador. Algo parecido ocurrió en 1876 con el médico Manuel Nava, quien fue reprendido por la Junta Inspectora a causa de sus ausencias. En su defensa. Nava justificó sus ausencias por su reumatismo y porque no se requería su presencia todo el tiempo, debido a que había dejado indicaciones relativas a los enfermos y que los fallecimientos reportados correspondían a personas desahuciadas. Aunque su testimonio daba cuenta que había violado el artículo 20 del reglamento de 1869, que trata sobre las visitas diarias y extraordinarias en casos graves, resulta interesante que se quejara de la falta de pagos de sus servicios. Sin embargo, el médico no reconocía que no debía residir en el hospital como sí lo hacían la rectora y el mayordomo, quienes además cobraban menos que aquél.[288] Vargas no menciona cuánto se le pagaba al médico, aunque refiere que el sueldo de la rectora era más pequeño que el de otros funcionarios. Una situación distinta se vivía en el hospital general de San Pedro en donde los médicos, entre 1832 y 1880, percibían un salario que fluctuaba entre 400 y 600 pesos anuales (Palacios, 2010; Cortés, 2010). En el reglamento se estipuló, en los artículos 63 y 64, que el administrador y los tesoreros debían caucionar, es decir pagar una determinada cantidad para reparar algún perjuicio, el doble de su sueldo anual cuando asumían el cargo.[289]

Aunque son escasos los registros de los salarios que se pagaban en el hospital de San Roque durante las primeras décadas del siglo XX, resulta de interés señalar que los que se preservaron corresponden a los años de los gobiernos de Venustiano Carranza y Álvaro Obregón. En algunos casos se refieren a empleados que se van a contratar o al que van a dar de baja. Estos documentos permiten observar la crisis económica que atravesó el país en esos años y también los esfuerzos que se realizaron para reestablecer la situación política del Estado.[290] El primer reporte de sueldos para el personal de los manicomios corresponde a los meses de julio y agosto de 1915.

Cuadro 1

Cargo	Salario en pesos
Administrador de Santa Rosa	100
Médico	75
Administrador de San Roque	70
Rectora	35
Enfermero mayor	35
Portero de Santa Rosa	15

[288] Cortés y Palacios (2012) mencionan que en el hospital de San Pedro se instalaron viviendas para el personal desde el siglo XVII.

[289] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 75, expediente 413, legajo 14, f. 6.

[290] Cortés y Palacios (2012) también mencionan que en momentos de carestía en el hospital de San Pedro renuncio parte importante del personal pues además de la reducción de los sueldos en momentos de epidemias estaban expuestos al contagio y a falta de recursos las estancias se prolongaban.

Enfermeros y enfermeras	10
Cocineras	10
Escribiente de defensor	10
Portera de Santa Rosa	8
Ayudantes	8
Lavanderas	8
Peluquero[291]	6
Flebotomiano	6

Elaboración propia con datos provenientes de AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 74, expediente 408, legajo 15, foja 13 y legajo 16, foja 8.

En el reporte de septiembre de 1916 se observa un aumento en los sueldos para el primer semestre del año:

Cuadro 2

Cargo	Salario en pesos
Administrador de Santa Rosa	360
Médico	195
Escribiente	150
Rectora	120
Enfermero mayor	75
Celadora	50
Portero	45
Enfermeros (3) y enfermeras (2) [292]	37.50
Cocineras	30
Lavandera	22.50
Portera	22.50
Peluquero	19.50

Elaboración propia con datos provenientes de AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 75, expediente 413, legajo13, f. 1 y expediente 16, f. 3.

La información muestra las diferencias en el salario de los porteros, el de hombres ganaba más que la de las mujeres, así como la aparición del cargo de celadora. En el mismo informe se indicaban los salarios mensuales.

Cuadro 3

Cargo	Salario en pesos
Administrador	60
Médico	32.50
Escribiente	24
Rectora	20
Enfermero mayor	12.50
Celadora	8.25
Portero	7.50
Enfermeros (3) y enfermeras (2)	6.25

[291] Vargas (2013) menciona que el barbero no era un empleado de planta, sino que cada 15 días acudía a los manicomios.

[292] En marzo de 1915 se liquidó a un enfermero que cobraba 20 pesos.

Cocineras	5
Lavandera	3.75
Portera	5.75
Peluquero	2.25

Elaboración propia con datos provenientes de AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 75, expediente 413, legajo13, f. 4.

La información de agosto de 1917 muestra una reducción en los sueldos diarios, pero también la integración de nuevos puestos.

Cuadro 4

Cargo	Salario en pesos
Administrador	2.40
Médico	1.30
Escribiente y cobrador	1
Enfermero mayor	0.50
Portero	0.30
Enfermeros	0.25
Cocinera	0.20
Galopina	0.15
Lavandera	0.15
Peluquero	0.13

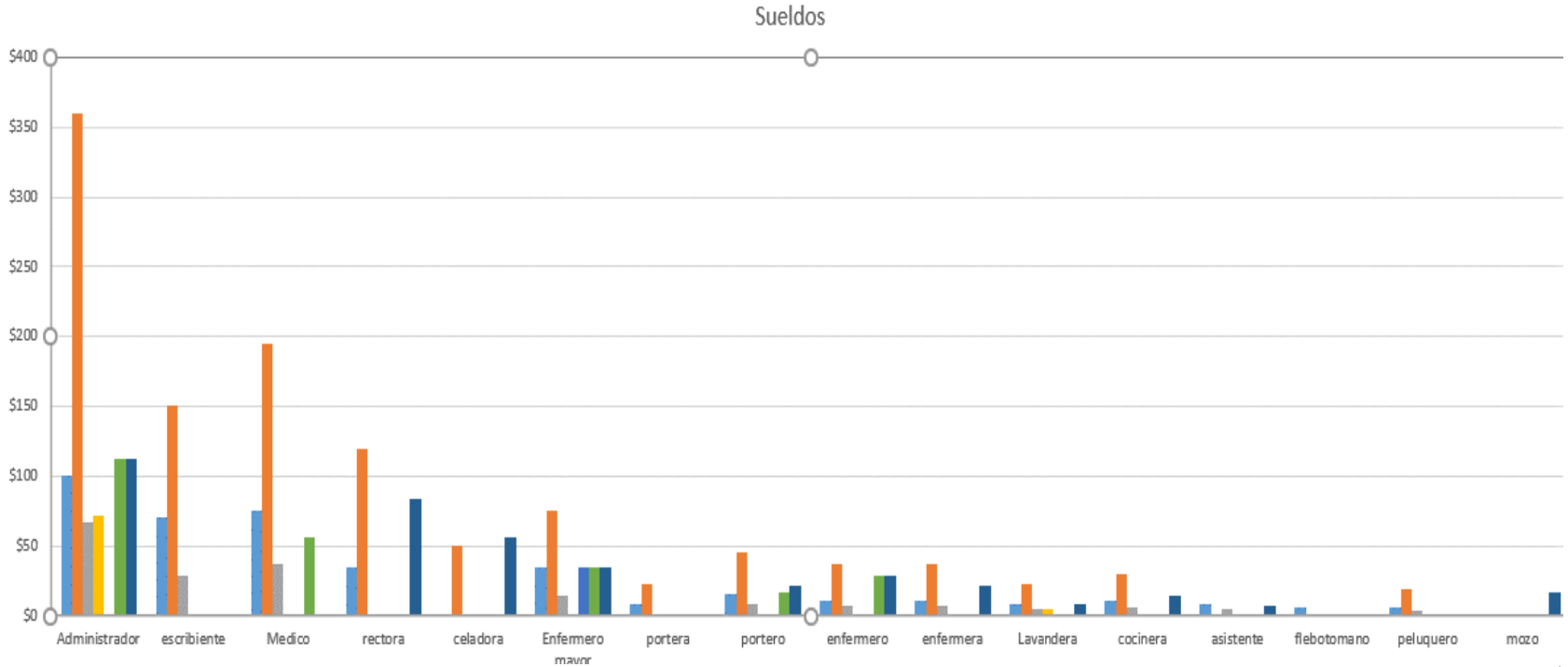
Elaboración propia con datos provenientes de AGEP, fondo Hospital de dementes, administración, caja 75, expediente 422, f. 8.

Aunque no se cuenta con información detallada de los años posteriores, algunos informes indicaban que, para julio de 1918, el Administrador percibía 72 pesos mensuales. En el caso de la lavandera, se autorizó que ganara 20 centavos aunque sólo recibía 15, lo cual provocó un conflicto entre ella y su superiora.[293] Para septiembre de 1922 el salario del jefe de enfermeros, antes enfermero mayor, subió a 1.25 pesos. En 1924 aumentaron los salarios diarios del Administrador (4 pesos), el médico (2 pesos), el mayordomo (1.25 pesos), los enfermeros (1 peso), el portero (75 centavos), el mozo (60 centavos), la cocinera (50 centavos), la lavandera (30 centavos) y la galopina (30 centavos). En el caso del manicomio de mujeres, la rectora cobraba 3 pesos diarios, la celadora 2 pesos, la portera 1 peso, las enfermeras 75 centavos, el mozo 60 centavos, la cocinera 50 centavos y la lavandera 30 centavos.[294] En la gráfica de la siguiente página se puede observar la evolución de los salarios de los empleados de los hospitales dedicados a la atención de los enfermos mentales. Es de destacar el incremento del sueldo de ciertos

[293] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja75, expediente 428, f. 2 y expediente 432, f. 4.

[294] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 76, expediente 448, f. 8; expediente 450, f. 35 y expediente 453, ff. 10-11, 20, 62, 64, 73. En 1924 la rectora se llamaba Hermila A. vda. de Ortega. Entre 1920 y 1924 se ha identificado el caso de dos mujeres que primero se reconocían como enfermeras, pero que después se convirtieron en celadoras. Esta situación muestra que ante las carencias de personal, el administrador usaba a las empleadas en diferentes puestos.

funcionarios (administrador, médico, escribiente, rectora y enfermero mayor) respecto al del resto de los demás trabajadores. El elevado salario del Administrador se explicaba en razón de que en algunos momentos se encargó de la dirección de los dos hospitales. También se observa una notable diferencia en los sueldos que recibían los empleados, pues los de Santa Rosa eran superiores a los de San Roque.



	Administrador	escribiente	Medico	rectora	celadora	Enfermero mayor	portera	portero	enfermero	enfermera	Lavandera	cocinera	asistente	flebotomano	peluquero	mozo
1915	$100	$70	$75	$35		$35	$8	$15	$10	$10	$8	$10	$8	$6	$6	
1916	$360	$150	$195	$120	$50	$75	$22.50	$45	$37.50	$37.50	$22.50	$30			$19.50	
1917	$67	$28	$36.40			$14		$8.40	$7	$7	$4.20	$5.60	$4.20		$3.64	
1918	$72										$4.20					
1922						$35										
1924 febrero y mayo	$112		$56			$35		$16.80	$28							
1924 agosto	$112			$84	$56	$35		$21	$28	$21	$8.40	$14	$7			$16.80

De acuerdo con los datos recabados, entre 1915 y 1916 se incrementaron los sueldos alrededor de un 27.7%, aunque en otros casos el aumento fue mayor como ocurrió con la rectora (29.1%), el peluquero (30.7%), el portero y las cocineras (33.3%), la portera y lavandera (35.5%), el médico (38.4%) y el escribiente y el enfermero (46.6%). Al año siguiente se observó una disminución general de un 18.6%, quizá provocaba por la complicada situación política y económica que se vivía en el Estado. Entre 1922 y 1924 existió un importante aumento en los salarios. A los enfermeros se les incrementó en un 25%; a las cocineras, portero y enfermero mayor en un 40%; a la asistente en un 60%; al Administrador en un 64% y a la lavandera en un 100%. Es preciosa aclarar que los valores son aproximados, pues existen muchos vacíos de información. Entre 1933 y 1938 se percibió un pequeño aumento en algunos sueldos, pero no se especificaba el número de empleados. En el informe se decía que el peluquero cobraría un mayor sueldo, debido a que atendía en los dos hospitales:

Cuadro 7

Manicomio de hombres		Manicomio de mujeres	
Puesto	Salario diario	Puesto	Salario diario
Administrador	5 pesos	Prefecta o rectora	3 pesos
Médico para ambos manicomios	5 pesos	Celadora	1.25 pesos
Enfermero mayor o mayordomo	1.25 pesos	Enfermeras	1 peso
Enfermeros	1 peso	Portero	60 centavos
Portero	60 centavos	Lavandera	60 centavos
Cocinera	30 centavos	Costurera	60 centavos
Galopina	30 centavos	Mozo	60 centavos
Lavandera	30 centavos	Cocinera	50 centavos

Elaboración propia con datos provenientes de AGEP, fondo Hospital de dementes, Reglamentos, caja 1, expediente 6, f. 8.

5.4 Los procedimientos de ingreso de las pacientes

De acuerdo con Foucault, desde el siglo XVIII se consideró que el encierro cumplía una función terapéutica pues el aislamiento podía ayudar a eliminar las posibles causas de la enfermedad, entre las que se contaba la influencia de la familia y las sustancias toxicas (Foucault, 2003; Giraldo, 2006; Caponi, 2009; Foucault, 2014). Sin embargo, la reclusión, en la práctica, enfrentó diversos problemas que iban desde aquellos casos en los que no se sabía si se debía aceptar a un cierto tipo de persona, tal como lo ejemplifica Vargas (2013) con el caso de una mujer sordomuda a la que se le negó la admisión a San Roque en 1883, hasta las disputas entre el poder médico y el político como ocurrió en la ciudad de México, pues la introducción de cambios en la política de Beneficencia ocasionó que a partir de 1885 se incrementaran los ingresos a los manicomios, lo que provocó el descontento de los galenos que tenían que recibir a personas que en realidad se encontraban sanas, circunstancia que resultaba complicaba porque desde 1879 se decía que el hospital

de mujeres dementes se encontraba sobresaturado (Vargas y Aguirre, 2015; Bojalil, 2018a). Es por ello que para diferenciar a los enfermos mentales de los individuos viciosos y libertinos, se comenzó a utilizar la obra *Filosofía del crimen* de Rafael Zayas (López, 2018). En cuanto al procedimiento para ingresar a una persona en los hospitales de dementes, fuera de carácter público o privado, se ponía a consideración de cada nosocomio, aunque ello no garantizaba los derechos individuales del paciente.

Ante esta situación, José María Bandera realizó una propuesta de ley en julio de 1895 tendiente a formalizar el procedimiento de admisión y salida (Sacristán, 1998; Sacristán, 2001). Para internar a algún paciente, la familia, o algún vecino, debía mostrar un certificado médico que acreditara el padecimiento o en su defecto, presentar al enfermo a las puertas del hospital para que se le pusiera en observación acompañado de una orden del gobierno (Bojalil, 2013). En los casos de emergencia que ameritaban un ingreso inmediato al Manicomio, como ocurrió en los hospitales de El Divino Salvador de la ciudad de México y el de Aguascalientes (Hidalgo, 2016; Remartinez, 2018), se requería hacer un gasto extra por la compra de un timbre, cuyo costo era de 50 centavos, para remitir la documentación.[295] Respecto al perfil de las enfermas que fueron internadas en San Roque, se debe mencionar que aunque en 1868 la Junta Provisora solicitó que se llevara un registro de los datos personales de las aspirantes, misma que debía incluir información relativa a quien solicitó el ingreso, los trámites burocráticos realizados ante el Administrador y el Secretario de Fomento, el dictamen que estipulaba la causa de la locura y su tiempo de padecimiento, el cual podía entregarse hasta tres meses después del internamiento y que era enviado al jefe político para su conocimiento.[296] Sin embargo, un análisis realizado en 98 expedientes evidencia que existían escasas referencias a la edad y estado civil de las asiladas. Sólo en cuatro se explicaba su procedencia, aunque sólo se especificaba si eran de la ciudad o de otro lugar.

También se estipulaba la autoridad política que había dado el aval para su internamiento o sí habían sido presentadas por los vecinos o los familiares. Dos de los documentos eran actas de inhumación.[297] Vargas (2013) y Vargas y Aguirre (2015) indican que el enfermero mayor era el encargado de registrar los datos indicados por la Junta, así como el diagnóstico, pronóstico e indicaciones del médico. Para tal efecto se utilizaba un libro que se actualizaba constantemente, pues el médico y el administrador debían corroborar la lista de pacientes durante

[295] Remartinez (2018) menciona que en 1910 un médico particular ganaba entre 50 centavos y 8 pesos por consulta. Como un trabajador percibía aproximadamente 30 pesos mensuales, asistir a una consulta representaba un lujo

[296] AGEP, fondo Hospital de dementes, caja 1, cuaderno de la Junta Provisora del Hospital de Dementes. (Ramírez Velasco, 2017).

[297] AGEP, fondo Hospital de dementes, caja 2, folder 6, expedientes 159, 174-175, 177, 185, 205, 211, 214, 231 y 255; Ramírez Velasco, 2017.

los días primero del mes para el manicomio de Santa Rosa y el día 15 para el de San Roque. Lo anterior no siempre se cumplía, tal como sucedía con San Roque en donde, como se mencionó antes, se denunció en 1938 que existía un problema de invisibilizacion de las pacientes, asunto que se retomara más adelante. Algunos expedientes clínicos del siglo XIX incluían el número de celdilla y de cama, aunque ésta podía reasignarse a causa de las necesidades de ocupación o cuando había sobrepoblación, pues las asiladas podían compartir cama e incluso llegaban a dormir en el piso. De hecho, Ramos (2020) comenta que el aumento en el número de celdas correspondía a los momentos de mayor aglomeración. Vargas (2013) y Bojalil (2018a) advierten que en los expedientes de fines del XIX se comenzó a utilizar el término "observación", antes de emitir un diagnóstico.

A este respecto, Vargas (2013) identificó a las figuras de autoridad que otorgaban el aval para aprobar los internamientos: entre 1868 y 1875 la realizaba el boticario cuya opinión respondía a las necesidades particulares de la familia; entre 1875 y 1885 el médico sería el responsable, y de 1885 en adelante se acentuó la autoridad político-legal, aunque sus opiniones estaban sustentadas en la autoridad médica, motivo por el que el paciente dejó de ser considerado un asilado, es decir, el que ingresaba por solicitud, y se definió la locura como un estado transitorio. Sin embargo, la ausencia de una nomenclatura específica para los diagnósticos, por lo menos hasta 1893 cuando se distribuyó en varios Estados la clasificación de defunciones de Bertillón,[298] también ocasionó que se produjeran dictámenes arbitrarios que contribuyeron a los encierros involuntarios. López (2018) asevera que el estigma de la locura que atribuía ciertas enfermedades a las mujeres fue determinante en las solicitudes de ingreso. De hecho, las mujeres y los menores de edad estaban incapacitados de manera civil, tal como se observaba en el artículo 443 del Código Penal del Estado de Puebla de 1901 que señalaba que "el marido es el tutor legítimo y forzoso de su mujer". Este artículo se incluyó en el apartado titulado "De la tutela legitima de los dementes, idiotas, imbéciles y sordomudos". Bajo el supuesto del amor y la protección que regían las acciones de la familia, ésta se consideraba apta para promover la incapacidad de la enferma, según lo estipulado en los códigos civiles de 1870 y de 1884. El último tiene la particularidad de que permitía que las mujeres fueran tutoras de sus hijos e incluso, de sus maridos (Remartinez, 2018; Bojalil, 2018d).

En este mismo orden de ideas, resulta pertinente hablar del juicio de interdicción, una figura legal creada a partir del Código de Napoleón Bonaparte en 1804 para defender a los mayores de edad que estaban incapacitados para ejercer sus derechos civiles. Se buscaba proteger sus bienes materiales y determinar su grado de enajenación. En caso de que se careciera de bienes, el juicio se podía anular. En la segunda mitad del siglo XIX se estipuló que el médico de los manicomios o el ministerio publico podían promover el juicio, de acuerdo con el

[298] Bojalil (2018d) señala que Bertillón clasificaba las enfermedades mentales en: las del sistema nervioso y las de los sentidos.

artículo 457 del Código Civil, tanto en su versión de 1879 y 1884, pero en caso de que las personas autorizadas por la ley no lo hicieran o estuvieran incapacitadas para asumir la tutela, se podía asignar a otro tutor. Además de costosos, los juicios de interdicción podían durar mucho tiempo por lo que no siempre se podía internar al sujeto, salvo en caso de que lo determinara el juez o de que se utilizara el secuestro con ayuda de la policía, práctica que empleaban algunas familias (Sacristán, 1998; Vargas y Aguirre, 2015; Bojalil, 2018d; Ramos, 2020). El seguimiento que la prensa oficial otorgó a los juicios de interdicción, tanto en Puebla como en otros Estados, favoreció la idea de que éstos buscaban la aplicación de la justicia. Los juicios comenzaron a publicarse desde 1887, después de la creación de la Secretaría de Fomento e Instrucción Pública, en la sección judicial del Periódico Oficial de Puebla.

En las notas se mencionaba quién lo había promovido, qué médicos hicieron el reconocimiento en el Ministerio Público, si había participado un segundo médico, qué diagnóstico se emitió, cuándo se realizaron las reuniones, sí había ingresado al hospital de dementes, si se había solicitado la declaración del personal del hospital (médico y administrativo) o de un testigo, cuáles eran los síntomas y a qué resultados se había llegado. Cuando se producían dos diagnósticos distintos, sea por el perito o por el médico del manicomio, o si el enfermo reingresaba con un diagnóstico distinto al que se le realizó en un primer momento, se presuponía la idea de la peligrosidad del paciente, lo cual suponía la subordinación del poder medico al judicial pues el magistrado tenía la facultad de interrogar al enfermo, a fin de reunir al tutor y al curador interino para acordar el veredicto. De hecho, se podían presentar pruebas materiales o peritos que avalaran la decisión (Hidalgo, 2016; Bojalil, 2018d; Ramos, 2020). Tanto Bojalil (2018d) como Ramos (2020) y Sacristán (1998, 2001) han analizado los juicios de interdicción que se publicaron en la prensa, lo cual ha permitido acceder a información que no se encuentra en los expedientes de asilados, pese a que, con la adopción del positivismo, se incorporaran herramientas como la estadística para el estudio de las enfermedades mentales. Para el caso de Puebla, Bojalil (2018d) refiere que los juicios de interdicción, sobre todo en los años del Porfiriato, no eran considerados por el Ministerio Público posiblemente porque tenía que atender otras demandas que se consideraban de mayor urgencia.

Sin embargo, resulta interesante el número de juicios anteriores a 1903, lo cual podría suponer que se trataba de una formalidad en el procedimiento de ingreso al manicomio, aunque la autora aclara que muchos se promovieron años después de que el paciente entró al hospital e incluso, hubo algunos que se promovieron entre los asilados sin familia.[299] La mayoría de los juicios de interdicción analizados por Bojalil correspondían a varones, pero en ellos no se

[299] En el caso del manicomio de la Castañeda, el juicio de interdicción fue aplicado a todos los pacientes tal como lo estipulaba el artículo 1390 del Código Civil, pero en la década de 1910 sería relegado por su alto costo y por considerar que esa medida era intrusiva para la autonomía de la institución (Sacristán, 1998; Ríos, 2004, Rivera, 2010).

mencionaba el estatus económico de la familia o la clase que tenía en el manicomio. En otros momentos, el ingreso se autorizaba en función de la peligrosidad del enfermo o del estigma que lo acompañaba, política que se aplicó en San Roque hasta mediados del siglo XX. Como lo han señalado Elisa Speckman (2003) y Miguel Isaís (2008), durante el Porfiriato se creó un estereotipo de las mujeres delincuentes sustentado en la raza y la fisonomía, de tal manera que éstas eran descritas como personas mestizas y de clase baja. A ello también se agregó factores morales pues se decía que transgredían los estándares de la decencia.[300] Esta visión de las mujeres se sustentaba en las ideas de Cesare Lombroso, quien afirmaba que su debilidad física y su "menor inteligencia" ocasionaba que sus acciones tendieran a lo patológico, a diferencia de los varones cuyas acciones, como la agresividad, se consideraban normales. De hecho, el médico Secundino Sosa afirmaba que como las mujeres no tenían un carácter definido, estaban predispuestas a la locura pues no nacían con ella.

Entre las enfermedades mentales propias de las mujeres estaban la idiocia, la imbecilidad y el cretinismo, aunque advertía que éstas podían ser consecuencia de la sífilis y el alcoholismo (Ramos, 2021). En los registros de las asiladas de San Roque se encuentran pocos casos de mujeres que hubieran cometido algún delito, razón por la que en este lugar no se estableció un Departamento para el reconocimiento judicial como el que se creó en manicomio de Santa Rosa en 1917. Las mujeres tampoco contaban con un departamento de electroterapia, situación que nos permite preguntarnos por qué un recurso terapéutico de esta clase no se utilizó en la atención de las mujeres.[301] Aunque a las mujeres se les consideraba peligrosas de acuerdo con el canon cultural, no se les concedía la misma categoría que a los varones lo cual atenuaba la gravedad de su acción y se reducía su impacto al círculo social inmediato, es decir, su familia. Su incapacidad para expresarse ocasionaba que sus agresiones se catalogaran como un tipo de "enajenación". Así sucedió en el caso de Concepción Peralta. En enero de 1908, el administrador del manicomio recibió un oficio del Juzgado de Distrito en el que pedía que se le informara del número de veces que estuvo internada esa paciente. Esta solicitud se sustentaba en el requerimiento realizado por el licenciado Agustín Ramos, quien era abogado defensor de Ignacio Peralta y Aldeco, hermano de la asilada, que fue acusado por Concepción de haber cometido el delito de violación de correspondencia. De acuerdo con el reporte del administrador, ella permaneció internada durante seis meses entre 1905 y 1906, aunque en otro expediente sólo se mencionaba un mes, a causa de un delirio religioso. La asilada salió del hospital por las gestiones realizadas por su madre Micaela Aldeco. Se informaba que durante su estancia se había promovido un juicio de interdicción.[302]

[300] Speckman (2003) menciona que algunos delitos, como el aborto, podían ser perdonados o atenuados por la "defensa del honor", no así aquellos que estaban sujetos a las pasiones.
[301] AGEP, fondo Hospital de dementes, administración, caja 75, expediente 422, f. 6 y expediente 437, f. 8.
[302] AGEP, fondo Hospital de dementes, asilados, caja 4, expediente 440, ff. 1-9 y expediente 478, ff. 1-2.

Otro mecanismo por el que ingresaban las mujeres era el voluntario. Remartínez (2018) menciona que en 1876, en Francia se emitió una ley sobre ingreso voluntario pero éste no dependía directamente del enfermo. Entre los escasos registros que se tienen de este tipo de ingresos, se puede mencionar el de una sordomuda, la cual salió del hospital cuando lo consideró conveniente (Vargas, Aguirre, 2015). Otro ejemplo es el de Lucía Cascaño a la que su familia llevó a internar en enero de 1922. Ella llegó en estado inconsciente pero no se le permitió el ingreso, debido a que no contaba con todos los papeles razón por la que la subieron a un automóvil y prometieron regresar en otro momento. Sin embargo, la mujer despertó y comenzó a forcejear con ellos, al tiempo que gritaba que la dejaran ingresar pues tenía que "curar a las enfermas". Casi tres meses después, recobro la razón y fue dada de alta.[303] A pesar de los esfuerzos de las autoridades, los diagnósticos no seguían un mismo modelo razón por la que, en noviembre de 1912, la Jefatura Política de Puebla ordenó que se repartiera la clasificación de las enfermedades de Bertillón en los hospitales de dementes, con la intención de que se aplicara a partir del 1 de enero de 1913 y así, se uniformizaran los criterios de atención a los enfermos. Esta orden corrobora lo dicho por Bojalil (2018d) respecto a que la clasificación propuesta por el médico francés, no se aplicó con tanta frecuencia en Puebla.[304] El ingreso, o reingreso, de una paciente podía hacerse de manera inmediata cuando contaba con la recomendación de algún político o cuando el médico conocía a los familiares y los antecedentes de la enfermedad.

El ingreso era inapelable cuando la orden había sido autorizada por el Gobernador, el Presidente Municipal o el Regidor Comisionado de hospitales. En aquellos momentos en los que había sobrepoblación, no se aplicaban las recomendaciones pues lo que se buscaba era mantener la estabilidad económica de la Institución, razón por la que se generalizaba el cobro de las pensiones y de esa manera, se relegaban las solicitudes de las que no podían cubrirlas (Sacristán, 1998; Bojalil, 2013; Remartinez, 2018; Remartinez, 2021). Un ejemplo de ingreso de una paciente por recomendación de un médico es el de Consuelo Guevara, a quien se internó, en diciembre de 1922, por instancias del reconocido psiquiatra Rafael Serrano que, a su vez, conocía a Román Blanco que era esposo de Guevara. La petición se cumplió de manera inmediata, pues se recibió la orden del Secretario de Gobernación el mismo día que se hizo la solicitud.[305] Existen varios casos en los que se observa la intervención de diversos actores políticos en el ingreso de las enfermas. El caso de Irene Hernández resulta interesante, pues el 20 de julio de 1930 el mayor José Martínez Soto, quien era Juez Segundo de Distrito de Puebla, escribió al Director del manicomio para informarle que Irene estaba recluida en la cárcel municipal, al igual que otras dos personas, por el delito de falsificación de monedas, motivo por el que le pedía que enviara a dos peritos médicos para que la

[303] AGEP, fondo Hospital de dementes, Asilados, caja 8, expediente 739, ff. 1-14.
[304] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 74, expediente 395, legajo 12, ff. 1-2.
[305] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 76, expediente 450, ff. 66-67.

revisaran, pues no había sido posible tomarle una declaración porque contestaba a las preguntas de tal forma que parecía "encontrarse privada del uso de la razón".[306]

Ante esta situación, necesitaba que los peritos dictaminaran si se encontraba en "estado psíquico anormal y de orden patológico, que perturbe las facultades de la encausada o le impedían conocer la ilicitud de la que se le imputa. Dada la gravedad del caso, se autorizó el ingreso provisional de los peritos, aunque el administrador general de Beneficencia, el médico Fidel Guillen, aclaró que el procedimiento correcto debía tramitarse con el Superior Gobierno y se abrió un juicio de interdicción, casi un mes después. Sin embargo, tres días después la alcaldía de cárceles municipales le concedió la libertad y le recomendó que, cuando se restableciera, debía presentarse para su identificación, además de que se le informó al administrador general que su familia podía sacarla del hospital cuando lo considerara prudente, previos trámites de ley. Irene salió a finales de octubre, pero no cumplió con lo estipulado pues se presentó a declarar. El expediente no permite determinar si la enfermedad existió o si Irene estaba consciente de que apelar a la enfermedad mental podía ayudarla a salir de la cárcel, sobre todo si se toma en cuenta que los otros dos sujetos fueron procesados. Tampoco se puede determinar sí la familia prefirió dejarla en el hospital para castigarla, razón por la que no la sacaron después de que se le absolvió o si se utilizó el nosocomio como un medio para cuidar de ella.[307] Remartinez (2018) menciona que las familias que tenían pacientes internadas en los manicomios de la capital del país, se sentían incomodas ante el hecho de que fueran llamadas a declarar en los juzgados, por lo que preferían solicitar su baja de la institución.

Otro caso es el de Margarita Mandujan que fue internada urgentemente en marzo de 1931, por gestiones del presidente municipal de Esperanza, Puebla, debido a que su estado de enajenación mental la volvía peligrosa para sus hijos. Ella permaneció en el hospital hasta principios de agosto cuando falleció por causa del mal de briglet. Otro ejemplo es el de Pedro Alcántara que en 1935 buscó internar a su esposa, cuyo nombre no se menciona, por lo que solicitó el apoyo del diputado Cosme Aguilar, quien hizo esta solicitud al Director de la Beneficencia, pero éste le aclaró que para hacerlo se requería contar con un certificado médico y la orden del Departamento de Beneficencia y Provisión Social.[308] En algunas ocasiones, el internamiento era gestionado por las mismas autoridades del Hospital, tal como ocurrió el 3 de agosto de 1940 cuando el doctor Rivera Caso solicitó al Administrador General que se permitiera el ingreso de una mujer a la que se le llamaba "la Felipa". En su petición decía lo siguiente:

> hay en la ciudad de Cholula una muchacha vagabunda e imbécil, que llaman de apodo "La Felipa". Hace vida de perro callejero: vive en la calle, duerme en los quicios de las puertas o

[306] AGEP, fondo Hospital de dementes, Asilados, caja 9, expediente 913, f. 6.
[307] AGEP, fondo Hospital de dementes, Asilados, caja 9, expediente 913, ff. 1-11.
[308] AGEP, fondo Hospital de dementes, Asilados, caja 9, expediente 946, ff. 1-7; Administración, caja 76, expediente 461, ff. 57-58.

> en los portales; se mantiene de sobras y de los centavos que recibe de limosna. hace días la atropelló un camión y la trajeron al Hospital General. Ya se curó de sus lesiones y ha vuelto a su vida habitual.
>
> Como yo voy varias veces por semana a Cholula, para atender el Sanatorio Psiquiátrico; varios vecinos se me han acercado pidiéndome que la haga internar en el Manicomio de Mujeres, para darle amparo; y librarla de la vida de miseria que arrastra: les contesté que yo no podía acceder a lo que me pedían y les ofrecí tramitar a Ud. la petición, porque es quien puede remediar esa necesidad.
>
> Y hay otra razón secundaria para recoger a esa infeliz: siempre anda cerca de los turistas americanos, que visitan Cholula, causando lastimas y dejándose retratar como "detalle" en las vistas que toman. Ud. comprenderá que esas fotografías hablan muy poco en favor de nuestra cultura.
>
> Por todo lo anterior, vengo a exponer a Ud. esta verdadera necesidad, rogándole de mi parte que si es posible se sirva remediarla ordenando que sea recogida y asilada en este manicomio[309]

Cuatro días después se aprobó el ingreso de "la Felipa" y se determinó que quedaría a disposición del Procurador General para que realizara el juicio de interdicción correspondiente.[310] Este caso muestra la conmiseración que llegaban a merecer este tipo de pacientes vulneradas y los mecanismos que el Estado asumía para su protección. Es importante mencionar que en el proceso de internamiento podían participar diversas instancias de gobierno, tal como se puede observar en los siguientes casos. En noviembre de 1943, el médico forense de Tecamachalco ordenó el traslado de Hermelinda Flores. En diciembre de 1944, Facunda Cruz solicitó el apoyo de la presidencia municipal de Xiutetelco para ingresar al Hospital General, pues decía que era huérfana y estaba al cuidado de su tía, quien temía "ser víctima ella y su familia en momentos de que tiene alterada la enfermedad".[311] En febrero de 1945, Vicenta Ramos fue remitida a San Roque por recomendación del médico de Servicios Coordinados de Salubridad y Asistencia de San Martín Texmelucan, quien le diagnosticó "psicastenia".[312] En junio de 1945, el Servicio de Higiene Rural de Chietla extendió un certificado médico a María Elena Astudillo, en la que se avalaba que padecía una "enfermedad del sistema nervioso". En junio de 1948, Francisca Domínguez fue canalizada a San Roque por intermediación de los Servicios Coordinados de Puebla, pese a que ella era nativa de Tepexi. Todos estos casos resultan relevantes por la intervención de la autoridad política que avaló el ingreso de las pacientes, aunque no siempre se cumplió con el objetivo. Para solicitar el ingreso, los peticionarios se podían dirigir al director del Hospital General del Estado, al director del Sanatorio de San Roque o al director de la Beneficencia Pública. [313]

[309] AGEP, fondo Hospital de dementes, Asilados, caja 12, expediente 1161, f. 1.
[310] AGEP, fondo Hospital de dementes, Asilados, caja 12, expediente 1161, ff. 1-5.
[311] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 76, expediente 463, ff. 67, 72-74.
[312] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 76, expediente 463, ff. 67, 73-74.
[313] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 76, expediente 463, ff. 105-106, 108.

Durante el siglo XX se suscitaron diversos debates tendientes a asegurar la legalidad de los internamientos. Por ejemplo, en el X Congreso Médico Nacional, que se llevó a cabo en 1932, se presentó un anteproyecto de ley para solucionar los internamientos irregulares, pues para ese momento los juicios de interdicción no resultaban obligatorios. En 1946, la Junta Directiva de Beneficencia Pública de Puebla acordó que los casos de ingreso serían turnados al Apoderado Defensor adscrito a esa dependencia, con la intención de que declarara el estado de interdicción.[314] Los médicos también tuvieron que enfrentar dificultades con los tutores, situación por la que, en 1947, el médico Leopoldo Salazar Viniegra propuso en la Academia de Ciencias Penales que se promulgara una ley de alienados, a fin de justificar el encierro de los peligrosos y proteger a los médicos ante las potestades del responsable legal. Además, planteó que los títulos de tutor o curador fueran otorgados a un médico alienista. (Bojalil, 2018d; Remartinez, 2021). Sin embargo, sería hasta el 16 de noviembre de 1995 cuando se expidió la primera normativa federal sobre el ingreso involuntario a los hospitales de dementes (Sacristán, 1998).

5.5. Procedimientos de egreso

Bojalil (2018a) considera que, desde la nueva definición de la locura, el hospital desempeñaba un papel preponderante al representar una posibilidad de curación. Lo anterior se podía constatar en el caso de las remisiones de las asiladas a su familia, pues los médicos argumentaban que su permanencia en el recinto resulta nociva. Ramos (2020) coincide con esta observación, pues al estudiar los registros de los años de 1869 a 1894 identificó numerosas salidas, lo cual mostraba que el hospital no se entendía como un lugar de encierro. Es importante mencionar que los egresos tenían un componente genérico. Vargas y Aguirre (2015) indican que entre 1877 y 1878 salieron más hombres de Santa Rosa que mujeres de San Roque, lo que se podía explicar, según las autoras, porque eran alcohólicos. En la década de 1880 se advertía la misma tendencia, debido a que los varones después de pasar a observación eran entregados a sus familias. Para que un paciente saliera del manicomio en la ciudad de México, la familia debía solicitarlo al director, quien pedía que el médico del Departamento le informara del asunto y la posibilidad de que el o la paciente se reintegrara a su familia. En caso de que fuera un pensionista, debía tener cubiertos sus deudos. Toda esta información se entregaba a la Secretaria de Estado para su conocimiento (Remartinez,2018). En el caso de Puebla, las gestiones, tanto de ingreso como de egreso, correspondían al Administrador de Beneficencia Pública. La salida de un paciente se podía revertir cuando la reputación del médico o del legista se ponía en duda, en especial en aquellos casos en los que los enfermos se tornaban peligrosos.

Lo mismo sucedía con los delincuentes que apelaban a la enajenación como una forma de atenuar su acción, asunto que se convirtió en tema de debate y que

[314] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 76, expediente 463, f. 82.

se aclaró hasta el Código Civil de 1901. Sin embargo, cuando los delincuentes salían del hospital, sea el de dementes o el General, continuaban con su proceso judicial y se les vigilaba para evitar que escaparan de sus responsabilidades criminales (López, 2018; Bojalil, 2018d; Remartinez, 2018, Remartinez, 2021; Palacios, 2010). De hecho, el médico Secundino Sosa, a finales del siglo XIX, hablaba de tres tipos de responsabilidades: absoluta, atenuada e irresponsabilidad plena (Bojalil, 2018d). Sin embargo, se dieron algunos casos en los que los médicos retenían a los pacientes, aunque ya se les había declarado curadas, con la intención de que prestaran sus servicios en áreas como la cocina. Esta acción se justificaba con el argumento de que estaban en un periodo transitorio, motivo por el cual tenía que intervenir la familia para que se les permitiera su egreso (Remartinez,2018). Esta acción contradecía el proceso de reintegración de las pacientes al ámbito familiar y laboral, mismo que se describió en el capítulo II, que se hacía por etapas: discreta, apreciable y completa. Remartinez (2021) señala que los permisos sirvieron como una estrategia para comprobar si los pacientes podían reintegrarse al seno familiar. En el manicomio de la Castañeda, éstos se tramitaban en la oficina de admisión con al menos 72 horas de anticipación y podían tener una duración variable: de unas pocas horas o dos meses. Transcurrido este tiempo, junto con 10 días de tolerancia, la Institución se desvinculaba de cualquier responsabilidad. En este sentido también hay que tener en cuenta las fugas, en las que se otorgaban 90 días antes de proceder a la baja definitiva.

Bojalil (2018d) menciona que, de acuerdo con el artículo 64 del reglamento de hospitales de dementes de 1900, no se permitía la salida del paciente cuando un juicio de interdicción estaba vigente, aunque así lo hubiera determinado el médico, motivo por el que se requería que la decisión fuera avalada por las instancias de gobierno. En algunos casos de interdicción, los médicos y legistas otorgaron facilidades para que los enfermos salieran del hospital, sobre todo en aquellos casos en que el enfermo se declaraba desahuciado. Ejemplo de lo anterior es el caso de Josefina García que fue internada en junio de 1903. Ella apeló al juicio de interdicción, tras serle diagnosticada locura histérica, y salió del hospital en noviembre por recomendación del médico, quien se negó a declarar que estaba recuperada sino que se encontraba en proceso de convalecencia, por lo que sugería, como parte de su tratamiento, que saliera a pasear al campo. El galeno realizó esta aclaración para evitarse problemas, pues fue el administrador el que le comunicó al esposo de la paciente que podía llevársela.[315] Es importante mencionar que el estudio de los expedientes muestra que existían otras razones por las que las pacientes salían de San Roque, las cuales no necesariamente estaban vinculadas con su salud.

5.5.1 Conflictos entre los familiares y la Administración

[315] AGEP, fondo Hospital de dementes, asilados, caja 3, expediente 361, ff. 1-9.

La falta de acuerdos entre la administración y la familia ocasionó que en muchas ocasiones el hospital no cumpliera su función terapéutica, lo cual provocó la reincidencia de las pacientes. Pese a ello, el hospital se consideraba una solución después de haber recurrido a otras técnicas que no tuvieron éxito. También hay que tener en consideración que el cuidado del enfermo en casa implicaba mayores gastos económicos y en algunas ocasiones, miedo a sus reacciones. Este problema se agravaba cuando se carecía de una red de apoyo familiar, no residían en la ciudad o se carecía de los recursos necesarios para su manutención, situación que ocasionaba que los familiares los abandonaran y la administración tuviera que hacerse cargo de los gastos. En algunas ocasiones, ellas mismas buscaban su salida bajo el argumento de que ya se encontraban curadas. Tal como se puede ver en el caso de Felipa N., quien en 1885 fue recluida por causa de la monomanía, pero cuando se recuperó apeló a la normativa que prohibía que se retuviera a las personas que habían recobrado su salud, asunto que estaba estipulado en la Constitución de 1857 pues en el artículo 16 se mencionaba que nadie podía ser molestado en su persona o propiedades hasta que se contara con un documento oficial que fundamentara la causa de detención. Ese mismo año, otra mujer salió del nosocomio tras argumentar que en el artículo 64 del Reglamento del Hospital, se mencionaba que no se podía retener a nadie que hubiera recuperado su salud. Los dos casos evidenciaban que las enfermas contaban con el apoyo de personas que conocían la legislación vigente.[316]

Con la intención de prolongar la estancia de un enfermo y que con ello, la Beneficencia asumiera su cuidado, los familiares adoptaron el lenguaje médico, la manipulación y la omisión de datos en la entrevista, y en contadas ocasiones, recurrieron a la descripción de los síntomas (Remartinez, 2018). Así ocurrió en el caso de Manuel Paz y Puente, un comerciante diagnosticado, en 1915, como alcohólico y que estuvo internado durante un mes en el hospital de Santa Rosa. Se le dio de alta con la recomendación de que recibiera tratamiento externo. Este caso resulta extraordinario por el hecho de que había ingresado al hospital en diversas ocasiones, lo que motivó un extrañamiento del Inspector General de Beneficencia, quien pidió, en septiembre de 1915, al administrador del manicomio que le explicara las razones por las que este personaje entraba y salía del nosocomio. El administrador respondió que Paz no era un enajenado sino un alcohólico y que habían sido su padre y su esposa los que lo habían internado. De hecho, ellos pagaban una pensión de 40 pesos y presentaban certificados médicos en los que se indicaba que tenía demencia, pero los exámenes que le practicaban los peritos del Ministerio Público mostraban que estaban en pleno uso de sus facultades. El administrador indicaba que por ley a todos los enfermos se les abría un juicio de interdicción, pero como Paz era mayor de edad no se le podía retener sin su consentimiento.

[316] AGEP, fondo Hospital de Dementes, asilados, caja 2, expediente 164; Ramírez Velasco, 2017; Constitución, 1857.

Lo interesante del asunto es que este hombre residía en Tlaxcala, pues, de acuerdo con Ramos (2017), dada la rivalidad entre ambos estados y el costo que implicaba su traslado, a inicios del siglo XX difícilmente se remitieron dementes de Tlaxcala a los manicomios poblanos. Otro asunto a destacar es que Paz no fue internado en el Departamento para alcohólicos, sino que se le mandó con los enajenados. [317] En el caso de la niña Amalia Ruiz se muestra cómo se modificó la percepción de los síntomas, pues esta niña había sido internada en 1916 en San Roque sin que se mencionara la causa. Dos años después volvió a ingresar. Como el doctor Rafael Serrano le diagnosticó mutismo, procedió a darla de alta ya que no se había ningún síntoma que mostrara enajenación.[318] El incumplimiento de las normativas relativas a las solicitudes de ingreso constituyó otra causa de conflicto entre las familias y el nosocomio, pues se dieron casos en los que no se llevaba a las pacientes el día acordado, situación que generaba retrasos sobre todo cuando se tenían que gestionar juicios de interdicción. Por este motivo, en abril de 1918 el Secretario General de la Beneficencia solicitó al Administrador General que los encargados de los hospitales prestaran mayor atención al día exacto en el que ingresaban los pacientes. Sin embargo, el Administrador manifestó que en el caso de San Roque, la rectora contaba con un libro en el que estaban registrados los movimientos de la Institución.[319]

A algunas pacientes se les permitió salir para que continuaran su tratamiento en casa, aunque no se mencionaba sí éste sería supervisado por los médicos de los manicomios o por particulares. Aunque no se mencionaba de manera explícita, la salida de las pacientes implicaba que ya no se consideraban peligrosas, tal como se puede observar en el caso de María Luisa del Rio que salió del hospital tras permanecer dos semanas internada y sin que se tomara en consideración que tenía abierto un juicio de interdicción desde agosto de 1911. Para autorizar su salida, el secretario general del Departamento Ejecutivo preguntó al administrador de hospitales de dementes si ella no representaba un "peligro público". El administrador le contestó que a María Luisa se le diagnosticó "sífilis cerebral", enfermedad que no se estimaba peligrosa. Sin embargo, la paciente permaneció en el hospital hasta diciembre de ese mismo año, fecha en la que se ordenó su baja porque había recobrado la razón.[320] Otro caso es el de Guadalupe Martínez que estuvo internada al menos tres veces entre 1930 y 1941. La primera vez ingresó como pensionista el 26 de abril de 1930 cuando estaba embarazada. A finales de agosto nació su hija que fue ingresada por su padre al Hospicio como pensionista. Dos meses después, éste solicito al administrador de la Beneficencia Pública que se redujera la pensión de su esposa a la mitad, dado que tenía que pagar los gastos de sus dos familiares

[317] AGEP, fondo Hospital de dementes, Asilados, ordenatas y botica, caja 32, expediente 3000, f. 22; Administración, caja 74, expediente 408, legajo 20, ff. 12, 20 y 63

[318] AGEP, fondo Hospital de dementes, administración, caja 75, expediente 427, ff. 7-10; asilados, caja 7, expediente 681, ff. 1-10 y caja 9, expediente 946, ff. 1-7.

[319] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 75, expediente 426, f. 17 y expediente 432, f. 21.

[320] AGEP, fondo Hospital de dementes, Asilados, caja 5, expediente 571, ff. 1-8.

y sus ingresos se habían afectado por causas naturales, razón por la que se había atrasado en el pago de las pensiones.

Su petición fue aprobada pero se le comunicó que la Beneficencia también tenía carencias económicas. Al parecer la situación económica de la familia de Guadalupe no mejoró, pues el 17 de enero de 1931 el director Gonzalo Vargas autorizó su baja por petición de sus parientes para "seguirla medicinando en su domicilio".[321] Cuatro meses después volvió a ingresar probablemente a causa de la muerte de su esposo y de que su familia ya no se quiso hacer cargo de ella. Permaneció internada cuatro años hasta que solicitó su salida. Sin embargo, en febrero de 1937 uno de sus hijos solicitó que fuera ingresada. Estuvo tres años en el hospital antes de que saliera por petición de su familia. Un año después volvió a entrar y a salir, aunque en esta ocasión el administrador general de Beneficencia, Antonio Arellano, certificó su curación y se lo comunicó al Procurador General de justicia, debido a que estaba vigente un juicio de interdicción. Ante la injerencia de los parientes, en la ciudad de México el médico Leopoldo Salazar Viniegra propuso, en 1940, enviar circulares a las familias que incluyeran el reglamento de ingreso a los hospitales, a fin de que estuvieran enterados sobre la importancia de no interrumpir el tratamiento. Por su parte, el médico Francisco Núñez Chávez advirtió a los familiares que en caso de que se retirara a un enfermo sin permiso médico, éste recibiría la baja definitiva y tendrían que comprometerse a seguir el tratamiento con otro facultativo.

En la década de 1950 se realizó la propuesta de que cuando se solicitara el ingreso, los familiares debían firmar una cláusula en la que se comprometían a no solicitar la baja antes de un mes de tratamiento. Esta iniciativa derivaba de la falta de disposición para llevar a cabo las disposiciones terapéuticas (Remartinez, 2021).

5.5.2 Las fugas y salidas forzadas

No todos los casos de egreso seguían la normativa vigente. En los expedientes, tanto de San Roque como de Santa Rosa, se pueden encontrar referencias a fugas de internas e internos. Estas acciones se explicaban por las malas condiciones de los establecimientos, la falta de organización del personal y las rencillas que existían. Resulta relevante mencionar que existen más registros de fugas en el hospital de mujer que en el de hombres, situación que permite inferir que posiblemente existían una mayor vigilancia debido a que existía un menor número de pacientes. La información evidencia que la mayor parte de las fugas procedían de internos a los que se les seguían procesos penales. Un ejemplo de este tipo de situaciones ocurrió en febrero de 1907, pues se realizó una investigación dentro del manicomio de Santa Rosa, debido a que unos albañiles notaron la desaparición de unas reatas por lo que le avisaron al enfermero mayor. Éste informó al administrador, quien le restó importancia y ni siquiera lo informó al gobernador, más

[321] AGEP, fondo Hospital de dementes, Asilados, caja 9, expediente 907, ff. 1-24.

no sucedió lo mismo en la comandancia de policía que inició una investigación. Se acusó a un interno, al que se referían como Betán, de haberlas tomado para escalar un árbol y así acercarse a una cañería por la que podría escapar. Aunque se comisionó a un gendarme para que lo vigilara durante todo el día, lo cierto es que después se descubrió que el verdadero culpable era un enfermo llamado Juan, quien tenía la propensión de esconder objetos.

El Administrador escribió una carta para explicarle al Secretario General del Departamento Ejecutivo que la fuga era imposible, pues el árbol había sido podado además de que existía una distancia considerable entre las ramas del árbol y la tapia que daba a la calle, por lo que en caso de que lograra escalarlo, el interno podría sufrir un accidente y caer en el jardín. Agregaba que cuando el comandante de policía había acudido a hacer la inspección del caso, se le había demostrado que la celda que ocupaba el interno contaba con rejas de fierro, estaba cerrada con llave y daba al primer patio, por lo que se encontraba lejos del jardín. No obstante, el comandante sugirió que el gendarme de la noche no se separara de la puerta de Betán hasta que llegara su reemplazo, pues tenía informes de que el preso se colocaba cerca de la portería cuando se procedía a hacer el cambio de turno.[322] Era evidente que el interno esperaba un descuido de los vigilantes para salir del nosocomio. En el expediente no se especificaba la razón por la que se mantenía una constante vigilancia sobre ese interno, pero es probable que haya sido un personaje peligroso que estaba encerrado en el manicomio por algún delito. Con el pretexto de mostrar la belleza del jardín, en 1911 se determinó poner una reja para que los pacientes “tranquilos” pudieran disfrutarlo y para contener la “agitación” de ciertos enfermos.[323] El caso de Carmen Cornejo resulta dramático por las circunstancias en que se produjo su salida. Ella atentó contra su vida como una forma de protesta hacia su familia, pues no estaba de acuerdo en que la mantuvieran recluida. Ella fue ingresada en 1928 por su familia, pero desde el inicio manifestó su deseo de salir pues sólo “padecía ataques”, además de que acusó a su hermano de dejarla en el nosocomio para no ocuparse de ella.

La rectora advirtió que la paciente amenazaba con suicidarse y el 25 de agosto, reportó que Carmen se fracturó una pierna tras haberse lanzado al vacío. Si no se causó mayor daño, se debía a que la caída había sido de dos metros. Por esta razón es que se le había trasladado al Hospital General. En los primeros días de diciembre, ella sería entregada a su familia pero entre 1929 y 1937, año de su muerte, reingresó al Hospital en cuatro ocasiones. LO interesante del asunto es que en todas las ocasiones fue ingresada por diferentes personas, pero todos sus egresos fueron promovidos por sus parientes. [324]

[322] AGEP, fondo Hospital de dementes, administración, caja 73, expediente 386, legajo 15, expediente 7, ff. 1-2.

[323] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 73, expediente 383, legajo 4, ff. 3-4; caja 74, expediente 394, f. 1 y expediente 408, legajo 1, f. 4.

[324] AGEP, fondo Hospital de dementes, Asilados, caja 9, expediente 865, ff. 1-24.

5.5.3. El retraso en los pagos

Una de las principales causas que suscitaron la salida de pacientes fue el incumplimiento en el pago de las pensiones, lo cual le generó diversas problemáticas a la Beneficencia pues debía hacerse cargo de los pacientes. Como esta situación fue recurrente, en ciudad de México, por ejemplo, el Hospital del Divino Salvador determinó, en su reglamento de 1879, que en caso de un atraso de dos meses en el pago de la pensión, las enfermas se pasaban al área de indigentes lo que provocaba el disgusto de los tutores que se apresuraban a pagar, a fin de que sus parientes no sufrieran inconvenientes. Remartínez (2018) considera que este tipo de acciones mostraba que los servicios del hospital de dementes no se consideraban como una obligación del Estado, sino que los pensionistas lo concebían como un servicio que se podía pagar, a diferencia de las clases humildes que lo percibían como una dadiva. Ante los numerosos adeudos que se tenía con el Hospital, se creó la figura del prefecto de cobranza que debía rastrear y cobrar a la familia. Su labor era reconocida a través de una gratificación extra que se obtenía por la cantidad que lograba obtener del pago de las pensiones. En 1891, el prefecto sería sustituido por el abogado de la beneficencia. En Puebla también se creó una figura parecida, el cobrador, pero este cargo lo desempeñaba el personal que laboraba en el mismo manicomio, específicamente en el de varones.

Esta ambigüedad en la función del cobrador ocasionó malentendidos, tal como el ocurrido entre mayo y julio de 1913 cuando el portero Pascual Palacios, quien decía que era trabajador del manicomio de Santa Rosa desde noviembre de 1905, solicitó a la Junta de Beneficencia que se le aumentara su sueldo, pues además de las labores que realizaba en su cargo se habían agregado, desde 1906 y por indicaciones de Ignacio Moreno, otras como el acarreo y desembarque de bultos desde la estación del ferrocarril, el pago de sueldos y el cobro de las pólizas de fondos, sin que para ello se le hubiera otorgado un nombramiento oficial, además de que tampoco se le pagaba un bono extra. Aunque en un primer momento apeló a que su salario era corto y su familia numerosa, en junio su solicitud se convirtió en un enérgico reclamó pues decía que el premio por la cobraduría se le había dado a Ignacio Moreno, a quien acusó de carecer de un nombramiento oficial dentro del manicomio. Pascual afirmaba que esta situación era injusta y que su reclamo se sustentaba en que ese dinero no se había aplicado en beneficio del hospital. A principios de julio, el administrador I. Carreño comunicó el asunto a la Secretaria General del Departamento Ejecutivo y a la Secretaría de la Junta de Beneficencia, e integró un expediente que contenía la investigación realizada por el contador de la Beneficencia que confirmó que, entre 1906 y 1912, Moreno había firmado los papeles de cobranza. Sin embargo, el gobernador, a través del su Secretario

General, determinó que el portero debía reclamar directamente a quien había solicitado sus servicios.[325]

Como la situación económica de los hospitales de dementes se complicó a causa del movimiento revolucionario, en mayo de 1913 se nombró un nuevo administrador que, entre otras cosas, propuso que el escribiente también se dedicara a realizar la cobranza, así se podía generar un ahorro porque este empleado cobraría 70 pesos por el desempeño de los dos puestos, situación que contrastaba con la de su antecesor, el médico Leopoldo González, que proponía que un auxiliar realizara la cobranza y por cuyos servicios, se le pagaría 50 pesos. De acuerdo con el administrador, la fusión de los empleos no constituiría una violación de la legislación del trabajo, pues éstas se adaptarían a lo que dictaba el artículo 24. En febrero de 1915, el administrador de la Beneficencia planteó realizar una reforma sobre el premio de cobranza: si el defensor lo cobraba entonces podía cobrar el 10% de lo obtenido, pues se les aplicaría una multa de 5% a los censatarios morosos, pero si la tarea era ejecutada por el cobrador entonces podía reclamar el 5%.[326] En San Roque se observó la salida de pacientes por la falta de medios para pagar su estancia, aunque algunos de los egresos se justificaron con el argumento de que iban a atender a sus parientes enfermos. Una situación distinta ocurrió en ciudad de México en donde algunas internas, que tenían un alto estatus social, recibieron la categoría de "pensionistas de gracia", lo cual les permitió permanecer en el Hospital y que recibieran las mismas atenciones.

Esta política era promovida por el mismo hospital cuando sus parientes no podían cubrir los adeudos, además de que, merced a una modificación en el reglamento en 1913, se permitió que la familia negociara el pago de pensiones pues se decía que si el enfermo llevaba muchos años internado, se debía respetar la cuota que pagaba. También se tomaba en consideración cuando la familia demostraba que había sufrido "desgracias". De acuerdo con Remartínez (2018), estas acciones buscaban evitar las críticas de la prensa. Ante el aumento de los asilados de gracia en el hospital de San Roque y el incremento "excesivo" de los artículos de primera necesidad, el inspector general de Beneficencia Pública determinó, el 1 de mayo de 1916, que se duplicara la tarifa de las pensiones. Esta situación generó que tanto familiares como tutores buscaran negociar con la Beneficencia, a fin de evitar que sus pacientes salieran. Un ejemplo lo constituye el presbítero Juan N. Marín, quien pidió que no se incrementara la cuota que pagaba la paciente Guadalupe Figueroa. Aunque la petición fue concedida, en julio se emitió

[325] AGEP, fondo Hospital de dementes, administración, caja 74, expediente 397, legajo 1, ff. 1-2 y Legajo 25, ff. 1-6; caja 76, expediente 444, f. 3. El portero mencionaba que también le habían encargado que les pagara a unos pensionistas de las escuelas normales, aunque no se mencionaba qué labor desempeñaban en el manicomio o porque tenía esa comisión. No existen referencias sobre Ignacio Moreno, pero en 1920 una persona con este nombre ostentaba el cargo de inspector de la Beneficencia Pública.

[326] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 74, expediente 397, legajo 19, f. 1 y expediente 407, f. 2.

un dictamen, avalado por el facultativo en turno y el gobierno, en el que se ordenaba su salida por "haber recobrado el uso de la razón". Sin embargo, por "orden superior" se canceló esta orden y se permitió que Guadalupe continuara en la institución, aunque debía pagar 25 pesos mensuales en billetes infalsificables, cantidad que resultaba incluso menor de la que sufragaba antes.[327]

La incapacidad de las familias para cubrir las pensiones fue un problema constante a lo largo de la historia del Hospital de San Roque. Esta situación no sólo determinaba la permanencia de los pacientes en el hospital, sino también las categorías en las que se les incluía. En Puebla, la aplicación de la legislación fue más laxa, a diferencia de la ciudad de México en donde, según el reglamento de 1925, se determinó que si las familias no contestaban a los requerimientos, el paciente saldría a los 20 días sin que el hospital tuviera alguna responsabilidad. Esta medida no fue permanente sobre todo por la desaprobación que recibió de la Secretaría de Asistencia (Sacristán, 2010b; Remartinez, 2021) Todavía en la década de 1950, la Beneficencia de Puebla tuvo que recurrir a diversas estrategias para obligar a pagar a las familias que acumulaban grandes adeudos. Para ello se recurría al defensor de la Beneficencia, quien se encargaba de notificar a la familia deudora, tal como se puede observar en la siguiente carta fechada en 1952:

> srita. MATILDE MENESES
> "Farmacia Meneses".
> 5 norte#806
> Ciudad.
> Apreciable señorita:
> Tiene usted internada en el manicomio de mujeres Establecimiento propiedad de esta Institución, a la alienada su hermana la Srita. Isabel Meneses. Cuando verificó usted el acto de internarla se comprometió a pagarnos $25.00 mensuales por pensión de la enferma.
>
> Es el caso de que usted, aduciendo diferentes pretextos en varias ocasiones ha venido usted eludiendo el pago del compromiso que adquirió y hasta esta fecha la cantidad insoluta ya monta a la suma de $700.00.
>
> El gran atraso con que usted ha venido tratando esta cuenta nos da derecho a pensar que usted considera que el manicomio de mujeres va a seguir indebidamente sosteniendo a la enferma de que se trata, sin que usted pague el compromiso mensual que tiene contraído con dicho establecimiento.
>
> Si para el sábado día 5 de enero del presente año, no ha puesto usted enteramente al corriente este adeudo, la administración que suscribe por órdenes expresas y terminantes de la Directiva de esta institución, devolverá a usted a su enferma y le exigirá judicialmente en la forma más enérgica, el pago de la cantidad que usted adeuda".
>
> Quedamos de usted afectísimos y atentos y ss[328]

En las notificaciones de la Beneficencia Pública se incluía la amenaza de acudir con el fiador, quien estaba obligado a cumplir con los pagos atrasados según lo

[327] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 75, expediente 414, ff. 1-3 y Asilados, caja 7, expediente 697, ff. 1-3.
[328] AGEP, fondo Hospital de dementes, Asilados, caja 12, expediente 1134, f. 21.

determinaba el Código Civil. Este tipo de advertencias se realizaron hasta los primeros años de la década de 1940.[329] Cuando el pago no se realizaba, la paciente era trasladada con las asiladas de gracia. En ocasiones, las familias buscaban condonar una parte del adeudo y para obtener la gracia de la Beneficencia, se explicaban las circunstancias que les impedían ponerse al corriente. Ese fue el caso de Elvira Chabolla cuya familia debía 240 pesos correspondientes a las medias pensiones (20 pesos) de 1933. Para justificar el atraso, se mencionó que habían estado "en malas condiciones", razón por la que les condonó la mitad de su deuda. Al parecer los problemas económicos continuaron, pues Elvira fue dada de alta como asilada de gracia en agosto de 1934. [330]

5.5.4 Factores externos

Algunos de los egresos permiten mostrar la vinculación que el manicomio mantuvo con otras instituciones, además de que evidenciaron su incapacidad para hacerse cargo de los partos o de aquellos pacientes que habían sufrido a causa de enfermedades graves como el tifo. En los primeros casos, se trasladaba a las pacientes al Hospital General que estaba habilitado para realizar cirugías y en el segundo, al hospital de infecciosos Maclovio Hernández. Entre 1900 y 1945 se han localizado seis casos de asiladas que tuvieron hijos mientras permanecían recluidas en el hospital, así como dos casos de mujeres que llegaron con recién nacidos. Algunos de los hijos nacidos en el hospital fueron mandados al Hospicio, mientras que otros fueron acogidos por sus familiares, quienes estaban conscientes del embarazo de las asiladas. En algunos de los casos, como el de Guadalupe Martínez o el de María de la Luz Mayorga, quienes estuvieron internadas por un tiempo y dieron a luz cuando estaban con su familia, debido a que se les había aplicado la fracción XIX del artículo 13 del reglamento de 1906.[331] Lo contrario pasó con Matilde Cocula, quien fue trasladada al Hospital General "Francisco Marín" el 1 de noviembre de 1927, pues, de acuerdo con la rectora, en el manicomio no existían "los elementos necesarios" para atenderla y es que ella, la noche anterior, dio a luz a una niña que fue enviada al orfanato. Matilde era una asilada de gracia con una estadía de cinco meses en el manicomio, tiempo en el que, al parecer, nadie se percató de su condición. Ella murió el 20 de febrero de 1931 a causa del mal de briglet cuando tenía 30 años.[332]

En el reglamento de 1933, el artículo 24 estipulaba que cuando a algún paciente lo aquejaba alguna dolencia grave, el medico podía disponer su traslado al Hospital General, mientras que el articulo 36 disponía que la rectora debía avisar inmediatamente al Administrador General y a la Junta cuando ocurriera un

[329] AGEP, fondo Hospital de dementes, Asilados, caja 12, expediente 1154, f. 1.
[330] AGEP, fondo Hospital de dementes, Asilados, caja 9, expediente 923, ff. 1-19.
[331] AGEP, fondo Hospital de dementes, Asilados, expedientes 455, 493, 828, 866, 898, 907, 1098, 1158, ff. 1-10.
[332] AGEP, fondo Hospital de dementes, Asilados, caja 8, expediente 828, ff. 1-13.

nacimiento para que se dispusiera lo necesario.[333] Los cambios realizados en el reglamento ocasionaron que en los siguientes años se modificara la manera de tratar los partos. Ese fue el caso de Elvira Hernández, quien ingresó el 25 de junio de 1940 a San Roque con un embarazo avanzado, pero se le diagnosticó un "estado de agitación" que podía precipitar el parto. Por esta razón, el director solicitó que se presentara una partera del Hospital General para atenderla, pues alegaba que carecía de "la practica suficiente" y no se consideraba competente para "atender algún caso difícil que se pudiera presentar". A pesar de que el 26 de junio se realizó la petición, sería hasta el 9 de agosto cuando fue trasladada al Hospital General. Diez días después, Elvira se reincorporó al manicomio mientras que a su hija se la llevó su familia. En enero de 1941, Elvira fue dada de alta porque se decía que estaba curada. Resulta interesante mencionar que cuando Elvira ingresó al manicomio, su familia presentó un certificado médico emitido por la comisaria de Puebla, aunque ella era de Ixquilucan, en el que el facultativo dudaba acerca de su enajenación, pues en ese momento se encontraba "lucida" pero con "manifestaciones patológicas anteriores", razón por la que recomendó que estuviera en observación en el hospital de dementes, además de que se le abrió un juicio de interdicción que culminó tras su salida del nosocomio.[334]

En lo que se refiere a los casos de mujeres con hijos, se encontraba el caso de María Nava que fue ingresada el 17 de septiembre de 1928 junto a su hija que tenía dos meses. Ante la imposibilidad de cuidar de la niña, la rectora solicito su traslado al orfanato. La estancia de la paciente fue breve pues el 1 de octubre se reportó que había sido entregada a su familia.[335] En febrero de 1938 se internó a Narcisa Guerra que llevaba consigo a una niña de ocho años llamada Consuelo, la cual sufría ataques epilépticos por lo que fue canalizada, en febrero de 1938, al pabellón de niños "Gastón Melo" en el Hospital General. Esta decisión evidenciaba que se comenzaba a disociar a la epilepsia, entendida como una afección del sistema nervioso, de la demencia. En el expediente se decía que la madre había perdido la razón debido a "una afección moral". Narcisa salió cuatro meses después de su ingreso y aparentemente se entregó a su familia, aunque en octubre volvió a ser internada, pues se declaró que estaba en "situación de calle". En marzo de 1939, su familia solicitó su alta porque consideraban que había mejorado. Lo contrario sucedió con su hija que falleció nueve meses después de su internamiento. En los dos casos presentados, todo indica que las mujeres eran madres solteras porque no se mencionaba el nombre del padre o del esposo.[336] En ciertas ocasiones, las pacientes con hijos tuvieron el apoyo incondicional de sus familias de las autoridades, tal fue el caso de Luz Olavarrieta que estuvo internada durante un mes.

[333] AGEP, fondo Hospital de dementes, reglamentos, caja 1, expediente 6, ff. 5-6. El reglamento estaba firmado por Carlos Cornish y [F.] Hernández. Cornish fue Inspector de los hospitales de dementes entre 1914 y 1922 y vicepresidente de la Junta Directiva de Beneficencia en 1933.
[334] AGEP, fondo Hospital de dementes, Asilados, caja 12, expediente 1158, ff. 1-19.
[335] AGEP, fondo Hospital de dementes, Asilados, caja 9, expediente 866, ff. 1-8.
[336] AGEP, fondo Hospital de dementes, Asilados, caja 11, expediente 1098, ff. 1-21.

Durante su estancia, se permitió que un familiar se presentara diariamente para que alimentara a su pequeña hija. Las autoridades lo permitieron para que “a la niña no faltara su alimento”, pero se especificó que debía estar vigilada todo el tiempo. Cuando Luz ingresó, la familia alegó que carecía de recursos para curarla, pero en los meses subsiguientes se le registró como pensionista.[337]

5.5.5 Sobrepoblación

Es importante destacar que no todas las salidas estuvieron motivadas por la salud del paciente o la injerencia de los familiares, sino también para resolver problemas de sobrepoblación como sucedió en La Castañeda, hospital en el que, durante la década de 1930, se propusieron algunos proyectos que buscaba evaluar la pertinencia de mandar a los pacientes a sus casa, motivo por el que se planteó crear consultorios fuera del manicomio; realizar una nueva clasificación que diferenciara a los enfermos agudos de los crónicos; emitir certificados de 72 horas para acreditar el padecimiento; otorgar permisos temporales; emitir oficios de causa para la vigilancia social o el seguimiento terapéutico; y la creación de una bolsa de trabajo con la que se pudieran mantener. El problema de sobreocupación también se vivía en los manicomios de toda la República. En el caso de San Roque, la sobrepoblación ocasionó problemas económicos y conflictos entre el personal y las internas, situación que generó diversas peticiones de la administración del nosocomio al gobierno para que no les remitieran más pacientes, tanto por las condiciones en que se encontraba el edificio como por la falta de personal y recursos monetarios.

5.5.6 Diagnósticos equivocados

Existieron casos de ingresos de pacientes que no contaban con diagnósticos correctos. Un ejemplo es el de Virginia Carpintero. De acuerdo con su expediente, ella ingreso al manicomio de San Roque, entre mayo de 1938 y enero de 1939, cuando todavía era menor de edad. Después de examinarla, el director Ignacio Rivero Caso autorizó su salida pues decía que no se podía considerar enajenada, ya que era una “perversa constitucional”. Por esta razón, no necesitaba curación más bien se le debía proporcionar educación en una casa correccional. También consideraba que su presencia en la institución era “inútil”, incluso “molesta” para las demás enfermas a quienes maltrataba pues les destrozaba la ropa o se las levantaba, las golpeaba y les robaba su comida, además de que constantemente agredía a las empleadas. Es importante mencionar que su ingreso fue gestionado por su madre, aunque poco tiempo después pidió su salida por su “complicada situación económica”. Cuatro años después, el administrador Antonio Arellano informó que la joven se había presentado de manera voluntaria al hospital, pues argumentaba que se le ayudara porque “había notado algo anormal en su persona”. En esta ocasión, el diagnóstico del director Rivero fue que era una “inadaptada

[337] AGEP, fondo Hospital de dementes, Asilados, caja 6, expediente 670, ff. 1-14.

social", concepto con el que, por cierto, no estaba de acuerdo.[338] El medico explicaba que ella no tenía una enfermedad y que sus facultades intelectuales estaban "más o menos íntegras", pero a causa de sus "malas inclinaciones y pésima educación" cometía numerosas faltas en contra de sus compañeras y no cambiaba su comportamiento pese a los castigos que se le impusieron.

Ante tal circunstancia, afirmaba que "la única lucha que tienen estos individuos es reeducarlos y eso debe hacerse en un correccional y nunca en un manicomio". Como no se tenían noticias de su familia, y pese al desagrado del doctor Rivero Caso, se decidió ofrecerle empleo en el Hospital General, siempre y cuando ella aceptara. En 1943 también se registró el caso de Lourdes Peredo, una huérfana de 15 años que estuvo internada durante cinco meses. Tras realizar una evaluación de su comportamiento, se determinó que no estaba "enajenada" sino que sufría una "perversidad congénita". Al igual que a Virginia, se le incriminaba por causar desorden y molestia entre las demás pacientes, lo cual causó preocupación porque conmocionaba a las "agitadas". La persona que solicitó su ingreso al manicomio, de quien no se específica cuál era su relación, sería notificada que resultaba inútil mantenerla en el hospital, por lo que se promovió su traslado a la Escuela de Orientación de mujeres de la ciudad de México.[339] Estos dos casos tienen la singularidad de que mostraban lo que ocurría con los enfermos sin familia, pues no se mencionaba la presencia de algún pariente cuando las autoridades ordenaban su baja de la institución. Otro aspecto a destacar es que los diagnósticos de los pacientes demostraban que los médicos poblanos conocían las teorías de la higiene mental que fueron descritas en el capítulo II.

5.5.7. Por fallecimiento

En los registros del hospital de San Roque, se han podido identificar varios casos de defunciones de pacientes. El protocolo que se aplicaba era el siguiente: la rectora daba aviso a la Administración, al Registro Civil y si la ocasión lo requería, al Ministerio Público. En el caso de las asiladas de gracia, o de las que se desconocía el paradero de su familia, se les enterraban en la quinta clase del panteón municipal. Así sucedió con la hija de Guadalupe Carrera, quien fue internada en abril de 1907 cuando se le detectó "manía aguda". Por gestiones de su madre salió del hospital a los pocos meses, pero regresó al poco tiempo con un embarazo avanzado. Su hija nació en junio de 1908 pero murió a los pocos minutos. Como nadie se presentó a reclamar el cadáver, se determinó enterrarla en el panteón.[340] En este caso no se tiene certeza de cómo se procedió con los gastos del entierro, pues en la ciudad de México se obligaba a los familiares de las pensionistas a cubrir los costos del sepelio. En caso de que no se respondiera al telegrama que se mandaba a la dirección proporcionada por los parientes, se canalizaba el caso a la Dirección

[338] AGEP, fondo Hospital de dementes, Asilados, caja 11, expediente 1102, ff. 1-23.
[339] AGEP, fondo Hospital de dementes, Asilados, caja 11, expediente 1101, ff. 1-11.
[340] AGEP, fondo Hospital de dementes, Asilados, caja 4, expediente 473, ff. 1-5 y expediente 493, ff. 1-4.

General de Beneficencia para que realizara la búsqueda (Remartinez, 2018). El traslado de un cadáver, aunque fuera de un asilado de gracia, implicaba un costo relativamente alto. Por ejemplo, en septiembre de 1915 se calculaba que se erogaban 13 pesos, cantidad que incluía el precio de la caja mortuoria.[341] Ante la epidemia de tifo que se sufría en la ciudad y el temor de que los cuerpos entraran en estado de descomposición, la prefecta manifestó, el 18 de septiembre de 1918, su preocupación al administrador general por la ausencia del sepulturero pues tenía más de 24 horas que había muerto una asilada sin que nadie se ocupara de llevarla al panteón.[342]

5.6. La atención a las enfermas

En lo que respecta a la atención de las enfermas, en San Roque se realizó una separación por clases determinada por lo que cada una de ellas pagaba, situación que también se aplicó a las asiladas de origen foráneo, mismas que tuvieron acceso a los servicios del hospital desde 1873. La cuota determinaba la variedad de los servicios: las que pagaban 30 pesos contaban con servicio de lavandería, médico particular y comida, las que devengaban 20 pesos sólo tenían atención médica y comida, y las que no sufragaban nada, que constituía el grueso de las enfermas, dependían de lo que les proporcionara su familia.[343] Así, San Roque en 1896 se dividió en varias áreas: asiladas, pensionistas, que representaban la mayoría, pabellón de degeneradas, de tranquilas y enfermizas, y de epilépticas. El hospital también contaba con el servicio de cuarto de visitas, construido en 1894, al que podían ingresar los familiares de las pacientes, siempre y cuando portaran una credencial de autorización por parte de la Beneficencia Pública (Bojalil, 2013; Vargas, 2013; Vargas y Aguirre, 2015). Con relación a lo anterior, vale la pena mencionar la participación que tuvieron las familias durante la estancia de sus parientes en el manicomio, pues conocían el estado de sus enfermos a través de las visitas y por el envío de objetos como la ropa para las pensionistas, misma que, de acuerdo a la clase, era lavada por ellas. Las familias también podían permitir o impedir el ingreso de los pacientes, sin importar si existía una orden judicial, así como sacarlos del hospital cuando estaban enfermos de gravedad (Bojalil, 2018d).

De hecho, la opinión de la familia podía superponerse al dictamen médico cuando se buscaba sacar a un paciente del nosocomio. Resulta interesante mencionar que en el caso de la ciudad de México, Remartinez (2018; 2021) explica que antes de que procediera la reclusión, se analizaba si existían desavenencias familiares que lo motivaran. La vigilancia de los parientes influyó en la atención que los médicos proporcionaban a las asiladas, pues se buscaba que la observación del

[341] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 74, expediente 408, legajo 20, f. 20.

[342] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 75, expediente 432, f. 16.

[343] Remartinez (2018) dice que en 1885, el Hospital del Divino Salvador cobraba las siguientes cuotas: primera clase 20 pesos y segunda clase 12 pesos. En 1889, primera clase 30 pesos y segunda clase 20 pesos. Para 1903, los costos de la primera y segunda clase se mantuvieron, pero se integraron dos nuevas categorías: beneficiarios por orden superior que pagaban 15 pesos y 5 pesos para las enfermas de otros Estados.

paciente no fuera superficial y se le invisibilizara. Los parientes de pensionistas tenían preferencia cuando se trataba de denunciar maltratos, de solicitar permisos y de negociar el cobro de las pensiones. Con la intención de mantener la atención de los pacientes, las autoridades pedían que se les llevaran hilo y papel para que hicieran manualidades, así como objetos de aseo y dulces. Aunque Remartinez (2018) menciona que los familiares mandaban cartas a sus enfermos, no sucedió lo mismo en Puebla pues las que se preservaron estaban destinadas a los administrativos, lo que no significa que esta práctica no se hubiera llevado a cabo. Si bien es cierto que no se conservaron muchas de las misivas escritas por ellas, las que se preservaron nos permiten acercarnos a diversas situaciones que enfrentaban en el día a día, así como las condiciones en las que vivían en el interior del hospital.

A través de las misivas de María Cervantes, quien en 1929 residía en la ciudad de México, se puede identificar que estuvo asilada en San Roque y aunque se le permitió salir, conservó por un tiempo su habitación en la que tenía algunos muebles, entre ellos un espejo que había olvidado y que reclamaba, pues decía que su hermana fue a recoger sus cosas y encontró la puerta abierta, razón por la que solicitó su devolución a la administración. [344] Este caso resulta revelador porque muestra a una asilada foránea que tenía una buena posición social, asunto que Remartinez (2018) ha analizado para el manicomio de La Castañeda. Una situación distinta se observa en Tlaxcala, pues ante la ausencia de instituciones para ingresar a los dementes, la autoridad judicial y la familia eran los encargados de vigilar su inserción en la sociedad. En casos complicados, se les debía canalizar de forma temporal a otras dependencias, como el hospital local o la cárcel. Sin embargo, lo más recurrente fue que a los enfermos mentales se les pusiera en libertad, debido a que no había ninguna institución en la que pudieran permanecer (Ramos, 2017). En algunas ocasiones, las misivas de las enfermas tenían la intención de negociar con las autoridades para exigir cierto tipo de atenciones, sin que consideraran como podían afectar el funcionamiento del hospital. Este tipo de peticiones, aunque poco frecuentes, eran realizadas por las mismas pensionistas. Así ocurrió en el caso de Carmen Rico y Fernández que le escribió una carta al administrador de la Beneficencia Pública para expresarle lo siguiente:

> Muy señores míos
>
> Sirve la presente para suplicarle tenga a bien hacerme favor de permitirme salir los sábados en la tarde para regresar el lunes a primera hora pues por una enfermedad que padezco me han recetado los Dres. Garza Ríos, Castañeda, Fuentes y García Mendía nadar y ya tengo veinte días que no nado y me siento ya un poco molesta, en el caso de que no tenga Ud. la bondad de darme permiso para salir tendré que escribirle a mis padres, pues como antes le expongo a Ud., mi salud se encuentra ya afectada cosa que a ni a mí ni a mis padres les parece por lo cual negándome Ud. el permiso me será obligada a abandonar el establecimiento que es de mi gusto y de mi agrado para ir a otro donde quizá me este contenta como lo estoy acá. En caso que Ud. tenga a bien hacerme favor de concederme el

[344] AGEP, fondo Hospital de dementes, Asilados, caja 9, expediente 876, ff. 1-6.

> permiso que antes le expongo saldré bajo la responsabilidad de mi tía que es hermana de mi mama
>
> Dándole a Ud. repetidas gracias esperando tenga Ud. a bien hacerme favor de concederme lo que antes expongo quedo suya. atta. y ss.
>
> Carmen Rico de Moreno y Veytia[345]

Aunque en la posdata la firmante afirmaba que el director acataría las disposiciones que emitiera el administrador, lo cierto es que ambos funcionarios tuvieron que sopesar la situación para no generar conflictos con la familia de la paciente, motivo por el que el administrador Tirso W. Cházaro respondió la misiva de la siguiente manera:

> Sra. Carmen Rico de Moreno V
>
> enterado con satisfacción de su atenta carta del 21 de septiembre actual, en la que solicita Ud. permiso para salir los sábados con el propósito de nadar, quiero significarla que en vista de la prohibición que en tal sentido hace el reglamento de aquella institución, ya me dirijo a sus familiares para que la saquen del sanatorio de San Roque y la conduzcan a Acapulco donde podrá disfrutar de los baños de mar que seguramente le harán mucho provecho[346]

Es de llamar la atención que Carmen se presenté, tanto en su expediente como en la correspondencia, como una mujer casada, pues en otros oficios se le consideraba señorita y en su petición, no pedía que su esposo se hiciera cargo de ella sino que lo debía hacer su tía. En el certificado médico se decía que había sido internada por histeria y "delirio ambulatorio", síntomas que se acentuaban en "sus periodos catameniales". Antes de que la paciente mandara la misiva, el administrador había hablado con sus padres, a fin de que la sacaran del hospital pues aparentemente no padecía ninguna enfermedad. Después de que se le dio de baja, la rectora notificó que Carmen fue trasladada a la Inspección General de Policía en calidad de depósito, pues el "mal manejo" de su caso le había provocado "grandes trastornos".[347] Durante la administración del doctor Rivero Caso, se emprendieron varias acciones para mejorar la calidad de vida de las pacientes, tanto a nivel físico como en el sentido social. Por ejemplo, con motivo de la navidad se organizaba una comida, que podía realizarse el 24 o el 25 de diciembre, en la que las enfermas podían recibir regalos. Así, por ejemplo, en 1941 el gobernador les obsequió uniformes o en 1943, cuando el director les repartió aguinaldos gracias a los fondos ministrados por el gobierno.[348]

5.7. Los empleados del hospital de San Roque

Realizar una descripción de los empleados y las funciones que desempeñaban en el manicomio, sin considerar su grado de especialización, resulta importante para

[345] AGEP, fondo Hospital de dementes, Asilados, caja 11, expediente 1113, f. 6.
[346] AGEP, fondo Hospital de dementes, Asilados, caja 11, expediente 1113, f. 7.
[347] AGEP, fondo Hospital de dementes, Asilados, caja 11, expediente 1113, ff. 1-15.
[348] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 76, expediente 463, ff. 32-33, 40-41, 48.

conocer tres asuntos: la manera en la que el aparato administrativo de la Beneficencia Pública se adaptó a los recursos económicos disponibles; cómo se instituía una jerarquización tendiente a cubrir la mayor parte de las necesidades de una institución de su clase; y las conflictivas relaciones que existieron entre los funcionarios y sus subordinados, mismas que generaron ciertas problemáticas que influyeron sobre los asilados a quienes pretendían cuidar. En este apartado se describirán las obligaciones que tenía cada uno de los empleados; las actividades que debían realizar; su vestimenta y la alimentación que se les daba a los asilados. Lo anterior permitirá dar cuenta de la organización de una institución plenamente consolidada, aunque existieron ciertas circunstancias que permiten observar cómo se produjo la transición entre un régimen y otro. Aunque los cambios políticos, económicos, culturales y médicos del siglo XX ocasionaron que las tareas administrativas tuvieran complicaciones, lo cierto es que siempre se buscó privilegiar la protección de los dementes. Un personaje central en el Hospital de San Roque fue el enfermero mayor, quien desempeñaba sus labores conforme a las indicaciones que le proporcionaba el médico. Era el encargado de solicitar las preparaciones al boticario, además de que vigilaba la conducta de los empleados y de las visitas, a fin de evitar que los pacientes sufrieran maltratos. Este empleado vivía en el hospital con su familia (Vargas, 2013; Vargas y Aguirre, 2015).

En el hospital general de San Pedro también existía un enfermero mayor, puesto que, según Cortés y Palacios (2012), nunca fue ocupado por mujeres. A las órdenes del enfermero mayor se encontraban los demás enfermeros que tenían a su cargo la recuperación de los pacientes, pues ellos eran los que aplicaban y vigilaban el régimen de cuidado. Para la contratación de los enfermeros, se recomendaba que tuvieran una buena constitución física, a fin de que pudieran resistir las faenas, que fueran apacibles en su trato y que mostraran firmeza cuando fuera necesario. También se pedía que buscaran animar a los enfermos y evitar que sufrieran impresiones que, según las “res non naturales” de Galeno, pudieran perturbar sus funciones (Cortés y Palacios, 2012). Vargas y Aguirre (2015) mencionan que los enfermeros se distribuían en cada área del manicomio, como en santa Rosa donde el espacio físico incluía un huerto y un patio, y debían procurar cerrar el portón por la noche así como mantener inaccesible la azotea. De acuerdo con Vargas (2013), en el manicomio de San Roque había dos enfermeros. Si ellos tenían que salir, debían asegurar que un suplente los reemplazara, aunque debían regresar antes de la cena y tenían prohibido recibir visitas. Este requisito también se aplicaba a las cocineras y galopinas. El personal de San Roque se completaba con un portero, un jardinero y algunos mozos. Estos últimos recibieron algunas llamadas de atención por parte de las autoridades de la Beneficencia, pues establecieron relaciones íntimas con las galopinas situación que, según los directivos, no se podía tolerar porque “dañaba el decoro de la institución”.

Al jardinero también se le prohibió entablar amistad con los enfermos, aunque en este caso no se especificaba la razón. Es importante mencionar que, para

principios del siglo XX, el personal del Hospital no tenía ninguna especialización y podían cambiar de puesto conforme se presentaban las circunstancias. Así, por ejemplo, se ha identificado que las cocineras y las lavanderas cubrían los puestos de las enfermeras cuando estas renunciaban. Aunque Vargas y Aguirre (2015) mencionan que algunas enfermas podían trabajar en la cocina, lo cierto es que son escasos los registros que muestren que las pacientes cubrían alguna vacante y si lo hacían, como ocurrió en 1916 con Tomasa Maraver que estaba empleada en la lavandería, se debía a una razón específica: con su trabajo podía pagar el costo de sus alimentos.[349] En 1913, y a raíz de la crisis económica que pasaba el Hospital, se tuvo que eliminar el empleo de cobrador cuyas responsabilidades serían asumidas por el escribiente, asimismo se suprimió el puesto de jardinero porque no consideraba indispensable.[350] También había algunos puestos que se cubrían de manera esporádica, tal como ocurría con el del peluquero que se consideraba indispensable, pues se buscaba cuidar el cabello de las enfermas para que no pareciera que estaban desaseadas. Aunque el peluquero sólo era requerido en ciertas ocasiones, no siempre cumplía con sus obligaciones por lo que recibía llamada de atención por parte de la administración. [351]

No tenemos certeza de cuáles eran los horarios en los que laboraba el personal administrativo de San Roque durante el siglo XIX, pero si los conocemos para las primeras décadas del siglo XX. En un documento fechado en febrero de 1914 se decía que el hospital tenía dos horarios para atender los asuntos administrativos: en la mañana de 9 a 1 y en la tarde de 4 a 7. En la tarde sólo atendían un oficial de guardia y un escribiente. En caso de que se presentaran casos urgentes, ellos debían comunicarlo de manera inmediata al Secretario General o al Oficial Mayor. A partir del mes de diciembre de 1915 se incorporó un formato que tenía la intención de remitir las novedades ocurridas el día anterior “a primera hora de oficina”.[352] Esta disposición tenía el objetivo de llevar un registro más detallado de lo que ocurría en cada uno de los establecimientos dependientes de la Beneficencia. Como parte de la burocracia estatal, los empleados de los hospitales de dementes debían cumplir con las celebraciones cívicas. De hecho, Vargas (2013) menciona que en San Roque y en Santa Rosa se enarbolaba la bandera durante los días de fiesta nacional. En algunas ocasiones, como en mayo de 1892, el Secretario de Fomento pidió al Administrador de los hospitales de dementes que los empleados y funcionarios de los nosocomios asistieran al palacio de gobierno para la ceremonia del 5 de mayo.[353]

[349] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 75, expediente 413, legajo 5, ff. 16-17.
[350] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 74, expediente 397, legajo 19, f. 1.
[351] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 76, expediente 463, ff. 99-101.
[352] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 74, expediente 401, legajo 4, ff. 1-3 y expediente 408, legajo 29, ff. 1-2.
[353] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 73, expediente 351, f. 1.

Unos meses después, el Secretario extendió invitación para que los empleados y funcionarios se presentaran el 18 de julio al palacio de gobierno, pues se iba a realizar una ceremonia con motivo del aniversario luctuoso de Benito Juárez, mismo que, como se recordaba en la invitación, había sido instituido en 1887 como día de luto nacional por el presidente Porfirio Díaz, situación que resultaba irónica si se tiene en cuenta que Díaz y Juárez fueron enemigos políticos.[354] Ese mismo año, el Secretario exhortó al Administrador para que el 15 y 16 de septiembre se decoraran las fachadas de los dos establecimientos, pues decía que en años anteriores no lo habían realizado lo que resultaba "vergonzoso" sobre todo, si se tomaba en cuenta el "buen gusto y empeño" que algunos particulares, sobre todo de origen extranjero, ponían en la decoración de sus casas y negocios.[355] Quedaron pocos testimonios de los eventos a los que tuvieron que concurrir los empleados de los hospitales, sólo se cuenta con noticias de que fueron convocados el 18 de julio de 1903 a la ceremonia luctuosa en honor a Juárez que se realizaría en el Paseo Bravo. Asimismo, el 8 de abril de 1910 el secretario general del departamento ejecutivo, A.M. Fernández, envió una circular al Director de los Hospitales de Dementes para solicitarle que se cumpliera el deber cívico "de celebrar con el mayor entusiasmo las glorias de la patria" y que se diera "al mundo pruebas de su patriotismo y amor al orden y a las instituciones liberales". Insistía en que los poblanos se distinguían por su "amor patrio" y por sus méritos reconocidos internacionalmente. Sin embargo, no se especificaba si se buscaba promover actividades para la festividad del 5 de mayo.[356]

El personal del hospital no mostró grandes cambios durante las primeras décadas del siglo XX, pero para la década de 1950 se incorporó a las trabajadoras sociales, a quienes se les encomendó tener un mayor acercamiento con las pacientes y debían vigilar que se les tratara con "empatía", además de que se incorporó el tratamiento ambulatorio que tendría su mayor aplicación durante la década de 1960 (Ramírez, 2022).

5.8. Conflictos entre los empleados

La relación entre los administradores y los empleados no siempre resultaban armoniosas, aunque, a decir verdad, en el siglo XIX no se cuentan con registros de conflictos. Los que conocemos datan de la segunda década del siglo XX. Por ejemplo, en 1922 la prefecta Josefina Hernández recibió un extrañamiento por parte

[354] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 73, expediente 356, f. 1 y expediente 376, legajo 5, f. 1.

[355] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 73, expediente 368, f. 1.

[356] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 74, expediente 391, legajo 6, ff. 1-2. En la invitación se decía que Puebla "en épocas de lucha fue baluarte invicto de las más caras libertades, y para defenderlas no tuvieron limites jamás la inteligencia, la acción, las riquezas y la vida de sus hijos; en tiempo de paz, ha honrado el nombre poblano, siendo constantemente un pueblo laborioso, respetable y digno, conocido con ventaja en el extranjero en los diversos certámenes internacionales celebrados en las capitales más cultas".

del administrador general, pues el almacenista la reportó por no haber remitido un cobertor que se había catalogado como "inservible". Ella explicó que el administrador anterior le indicó que lo utilizara para hacer remiendos, además de que no valía la pena realizar un trámite que resultaba "engorroso". Por esta razón, decidió utilizar la lanilla del cobertor para limpiar el piso. La prefecta agregó que el almacenista se había equivocado, pues habían pasado varios meses desde que se reportó la última baja de ropa. Los argumentos no fueron lo suficientemente convincentes para convencer al funcionario, quien le ordenó que sin excusa se sujetara a lo dispuesto. La actitud del administrador no resultaba excepcional, pues las empleadas del manicomio de mujeres eran reprendidas con mayor firmeza que los del manicomio de hombres.[357]

5.9. Ingresos económicos adicionales

La información recabada en el período de estudio muestra que los manicomios tuvieron algunos ingresos extras que provenían de diferentes fuentes. Por ejemplo, en 1889 México participó en la Exposición Universal de París que se consideró un evento significativo por los diversos adelantos tecnológicos y científicos que se mostraron. Entre los productos que los expositores mexicanos presentaron, se encontraban los planos de las instalaciones y los modelos de servicios de higiene de los hospitales de San Roque y Santa Rosa, los cuales recibieron comentarios favorables (Vargas, 2013; Vargas y Aguirre, 2015). Unos años después, se volvieron a exponer los planos en la Exposición Universal de Chicago, celebrada en 1893, pero en esta ocasión se obtuvieron algunos recursos que fueron empleados para solventar las necesidades de los hospitales de dementes.[358] Por la circunstancia en que se produjeron, este tipo de ingresos fueron esporádicos y representaron un mínimo aporte a la economía de los hospitales. Aunque se tienen referencias de que se obtuvieron esos recursos, no quedó ningún registro de la manera en la que se empleó el dinero. Como el financiamiento que el Hospital recibía de la Beneficencia no resultaba suficiente, a finales del siglo XIX se tomó la decisión de alquilar las accesorias para solventar una parte de los gastos. Aunque no se cuenta con información de todos los años, se tiene conocimiento que en 1907 se rentaban en seis pesos de moneda de plata de cuño corriente. Para la ocupación de estos espacios, los inquilinos tenían que pagar adicionalmente 10 centavos mensuales, cantidad que se destinaba para el aseo del edificio y el alumbrado del zaguán.

En el contrato de renta también se estipulaba una serie de prohibiciones: no debían utilizar los excusados que se encontraban en el interior del hospital, no podían tomar agua de la fuente, debían mantener una conducta "intachable" y no podían tener animales. En caso de que alguno de los inquilinos padeciera una enfermedad transmisible, o si así lo determinaba la Beneficencia, se debía desinfectar la pieza cuyo costo era de dos pesos, procedimiento que incluía el

[357] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 76, expediente 448, ff. 10-13.
[358] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 73, expediente 373, legajo 11, f. 1.

lavado del pavimento, el blanqueado de las paredes, la pintura de las vigas y cielo rasos, la fumigación médica y el cambio del tapiz. Estas indicaciones no eran cumplidas al pie de la letra por los inquilinos, lo que ocasionó que en diversas ocasiones se vulnerara la seguridad y el orden del manicomio.[359] Resulta interesante mencionar que en 1917 se observó una rebaja en la renta de las accesorias, de seis pesos pasó a cuatro, pero también se indicaba que se arrendaban casas y locales en favor del hospital. Por las primeras se pagaba diez pesos y 16 por los segundos. Este dato es revelador pues evidenciaba que las autoridades buscaban acrecentar los ingresos del hospital, aunque no se especificaba cuántas casas y locales se alquilaban. El esfuerzo de la Beneficencia no logró los resultados esperados, debido a los problemas económicos generados por la circulación de dinero sin valor metálico y por la adopción de una nueva moneda, lo que ocasionó que los pagos no se pudieran realizar con puntualidad. Por esta razón, en los contratos se comenzó a estipular que si desocupaban las accesorias antes de tiempo, sólo pagarían la mitad de la renta.[360]

Las donaciones fueron otro mecanismo que los manicomios utilizaron para obtener recursos de diferente especie, así como algunos servicios. Las donaciones provenían de otras dependencias de la Beneficencia Pública, organizaciones privadas de Beneficencia, el gobierno local o de particulares. En cuanto a las donaciones de otras dependencias, el manicomio de mujeres recibió un buen número de muebles que ya no se utilizaban. Por ejemplo, el Hospital General donó, en enero de 1913, 24 catres y en octubre de 1915, ocho buros.[361] En 1918 se recibió una máquina de coser y en 1924, se les mandaron otras dos máquinas, una marca Singer y la otra New Home, que fueron donadas por el Administrador General de Beneficencia.[362] El donativo de las máquinas fue particularmente importante, debido a que los empleados de los manicomios pudieron resolver ciertas necesidades como la hechura de ropa o su compostura. De hecho, la máquina que se donó en 1918 se descompuso en unos cuantos meses, situación que originó que se detuviera la confección de ropa pese a que la administración había mandado tela de rayadillo para tal fin.[363] Las donaciones de particulares fueron las más numerosas y abarcaban diversos rubros: desde alimentos hasta electrodomésticos. Así, en 1904 el jefe político donó carne. En 1906 la Junta de Estudiantes entregó cobertores. Un grupo de ganaderos contribuyó con dinero, entre 1912 y 1913, para la reparación de los excusados y para que se comprara ropa para las internas. Este donativo daba cuenta que el hospital de san Roque carecía de fondos para concluir

[359] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 73, expediente 385, f. 1.
[360] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 73, expediente 385, f. 1 y caja 75, expediente 422, f. 11.
[361] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 74, expediente 397, legajo 22, ff. 1- 2 y expediente 408, legajo 28, ff. 1-2.
[362] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 76, expediente 453, ff. 86-88 y caja 75, expediente 430, f. 31.
[363] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 75, expediente 430, ff. 17, 31.

con las reparaciones del edificio, mismas que comenzaron en 1911 porque se pensaba que se encontraba en “condiciones inferiores” respecto a Santa Rosa.

En junio de 1913, el inspector de la Junta de Beneficencia donó dinero para la adquisición de ropa para las enfermas, lo que corroboraba la idea anterior de que San Roque mostraba limitaciones económicas. En algunas ocasiones, las donaciones de comida tenían finalidades lúdicas, tal como ocurrió en febrero de 1928 cuando Mercedes de Lara de Landa ofreció una barbacoa para las asiladas, aunque no se especificaba la razón del evento. Este tipo de convivencias, durante el período de Rivero Caso y de la rectora Ángela G, viuda de Arévalo, permitía que se mostraran las actividades que se realizaban en la terapia ocupacional.[364] La donación de alimentos provocó problemas entre los particulares y el gobierno, sobre todo en el caso de la leche y la carne que se obtenían por medio de negociaciones y que, en algunas ocasiones, dieron motivo a la especulación. Esta misma situación se observó en la donación de recursos monetarios, pues las mismas autoridades no sabían si el dinero se debía remitir al fondo dispuesto para las obras o si se debía mandar al fondo general. Así ocurrió con el dinero entregado por el licenciado Nicolás Núñez para realizar la ampliación de los baños de regaderas, pero como no resultó suficiente se tuvo que recurrir a los fondos destinados a las reparaciones en el edificio. En junio de 1935 sería regalada una radio por el inspector Joaquín M. Uriarte. Ese mismo año, la Cruz Roja Juvenil efectuó una donación pero no se especificaba de qué.[365] Tras la muerte de la pensionista petra Espíndola, su esposo entregó los objetos que ella ocupó durante su estancia en el Hospital, los que incluían una cama, dos colchones, dos almohadas, dos sarapes, una silla, un buró, una pequeña mesa y una petaca. [366]

En 1937, el inspector Uriarte y el médico Miguel Patiño entregaron una plancha así como otros enseres. Estos electrodomésticos no sólo facilitaron las labores de los empleados, sino que también sirvieron para el entretenimiento de empleados y enfermas.[367] Resulta interesante mencionar que los establecimientos de la Beneficencia buscaban apoyarse mutuamente. Así, por ejemplo, para cubrir ciertos servicios, los dos manicomios recurrían al apoyo de los alumnos de la Escuela de Artes y Oficios, quienes realizaban las reparaciones del edificio, el arreglo de los muebles y los trabajos tipográficos. De lo único que no se ocupaban era de la instalación eléctrica cuya revisión estaban en manos de la Compañía de Luz. En los talleres del Hospicio se efectuaba la reparación de los trastes de metal y también se solicitó, en 1924, la fabricación de camisas de fuerza hechas con lona.

[364] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 76, expediente 457, ff. 14-15.
[365] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 73, expediente 378, f. 1; caja 73, expediente 384, ff. 1-2; caja 74, expediente 397, legajo 24, ff. 1-6; caja 74, expediente 398, ff. 1-5; caja 76, expediente 461, f. 56.
[366] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 76, expediente 461, f. 71.
[367] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 76, expediente 461, ff. 53, 121-122.

[368] El taller de panadería de la Penitenciaria los proveía de pan sobre todo en época de escasez o de crisis económica.[369] Estos servicios no siempre fueron brindados por las mismas dependencias, sino que cambiaron a lo largo del tiempo lo que provocó que se abrieran investigaciones, pues los funcionarios sospechaban que no había un correcto manejo de los recursos. Así como los hospitales de dementes recibían la ayuda de otras dependencias, éstos tuvieron que auxiliar a las demás instituciones de otra forma. Así ocurrió en noviembre de 1914 cuando el gobierno estatal ordenó que le prestara 500 pesos al Hospital General, sin tomar en consideración la situación que vivía el manicomio de San Roque, pues desde enero de ese año se había declarado la existencia de un déficit generado por el hecho de que la Tesorería no había mandado los recursos necesarios. El escenario se complicó aún más en septiembre de 1915 cuando el gobierno le ordenó que le proporcionara 1 000 pesos al Hospicio. La deuda de San Roque sería finiquitada hasta septiembre de 1916.[370]

5.10. La vida cotidiana en el Hospital

En este apartado se pondrá especial atención en aspectos como el tipo de alimentación que recibían las enfermas, la ropa que debían usar tanto dentro como fuera del hospital y el tipo de atención que se les daba. Estos aspectos han sido poco tratados por los autores que se han ocupado en examinar el manicomio de San Roque y permiten evidenciar algunos ámbitos de la vida cotidiana al interior del Hospital.

5.10.1 La alimentación

De acuerdo con Vargas y Aguirre (2015), las actividades en el hospital comenzaban antes de las 6 de la mañana, hora en la que las pacientes ya debían estar vestidas para recibir al médico, quien llevaba un libro en el que anotaba la hora y la fecha de su visita.[371] Se tiene conocimiento que el escribiente también tenía su propio libro de registro. Después de que concluía la revisión médica, las pacientes eran conducidas al comedor para que desayunaran a las 7 de la mañana. A las 12 del día se les servía la comida y la cena variaba acorde a las estaciones: a las 7 de la noche en verano y a las 6 en invierno. La consistencia de la comida se diferenciaba en función del tipo de asilada: las distinguidas recibían el mismo tipo de alimento que se les servía al personal superior (la rectora y el mayordomo), mientras que las asiladas de gracia consumían lo que el resto del personal. El menú regularmente incluía atole y frijoles en la mañana; caldo, puchero o guisado, frijoles, pan o tortilla

[368] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 74, expediente 397, legajo 10, f. 1; Caja 75, expediente 434, f. 2; caja 76, expediente 453, f. 85.
[369] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 74, expediente 408, legajo 20, f. 21.
[370] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 74, expediente 404, ff. 1-2; expediente 408, legajo 1, f. 4; legajo 20, ff. 11, 54; legajo 24, ff. 1-2; caja 75, expediente 413, legajo 15, f. 1.
[371] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 74, expediente 408, legajo 20, f. 46 y legajo 22, ff. 1-3.

en la merienda; y arroz y frijoles con tortilla por la tarde. A las enfermas se les proporcionaban cuatro tortillas a la hora de la comida y dos en la cena. Vargas y Aguirre (2015) refieren que a las asiladas distinguidas se les daba chocolate. La cuestión de las raciones no sólo ocasionó conflictos entre el personal del hospital, sobre todo por cuestiones de género, sino que también mostró la jerarquización que existía entre las pacientes, pues las que podían pagar recibían una mejor alimentación. Por ejemplo, en 1916 se denunció que a las pensionistas, la celadora, las enfermeras y la portera se les daban dos piezas de pan por comida, mientras que las asiladas de gracia sólo recibían una.

Por causa de esta acusación, las últimas recibieron un aumento en sus raciones, pero también se informó que la rectora abusaba de su puesto pues recibía entre nueve y doce piezas de pan. La complicada situación económica que se vivía en el Estado ocasionó que se tuvieran dificultades para surtir de leche al hospital, razón por la que las pacientes recibían una ración del líquido en la mañana, pero en la tarde se les daba atole. La disparidad en la alimentación no era privativa de San Roque, pues en Santa Rosa los empleados hombres recibían tres piezas de pan mientras que se les ofrecía café a los pensionistas y directivos.[372] Las problemáticas económicas provocaron que se realizara un cambio en la dieta de las enfermas, pues se les comenzó a proporcionar carne con hueso sin importar si eran pensionistas o asiladas de gracia. Esta política se modificaría hasta 1938 cuando se determinó que a las pensionistas se les daría maciza, mientras que el resto, lo que incluía a los empleados, comerían carne con hueso.[373] Esta situación ocasionó confrontaciones de los trabajadores con las autoridades, pues se cuestionó la calidad de los alimentos que se les proporcionaba tanto a ellos como a las pacientes. También se tomaron otras previsiones como prohibir que el portero sacara la comida del hospital, a excepción de que ésta hubiera sido rechazada por las mismas enfermas, pero debía contar con la aprobación del mayordomo o de la rectora (Vargas, 2013).

Resulta de interés mencionar que la rectora de San Roque era la encargada de realizar la compra de una parte de la despensa para los dos hospitales de dementes, la cual se calculaba en función del número de asilados. Para tal efecto, la rectora disponía de 12 pesos semanales, según un informe fechado en mayo de 1913, para la compra de verdura y de tortillas, mientras que el resto de los alimentos se compraba en diferentes plazos: la carne diariamente y los abarrotes a inicios del mes. Tras efectuar las compras, la rectora mandaba a un mozo a Santa Rosa con la parte que le correspondía. El mismo mozo se encargaba de recoger la carne para San Roque, pues la casa de matanza la mandaba al hospital de hombres. A finales de mes, los distribuidores de carne, de pan, de la tocinería (manteca y jabón) y de

[372] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 75, expediente 413, legajo 1, ff. 9, 46, 48, 56.
[373] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 76, expediente 461, f. 146 y caja 75, expediente 435, f. 10.

abarrotes mandaban a la administración la factura por lo consumido en el mes.[374] Como no había certeza de que los alimentos que se compraban tenían las características ofrecidas, la rectora solicitó, en abril de 1915, que el administrador del fiel contraste le mandara unas pesas y medidas para corroborarlo.[375] En septiembre de 1915 se produjo un cambio pues se determinó entregar diez pesos a la rectora para comprar la verdura fresca, mientras que el administrador se encargaría de mandar el resto de las provisiones.[376] Esta dinámica se transformó con la creación del departamento de Proveeduría general, el cual se encargaría de asegurar la provisión de los alimentos para los hospitales, pero se generaron una serie de complicaciones que ocasionarían su desaparición.[377]

5.10.2. La vestimenta de los internos e internas

En cuanto a la vestimenta que utilizaban las enfermas dentro del hospital, se conocen algunos proyectos que buscaron uniformizar su ropa, proyectos que abarcaban tanto en el manicomio de hombres como en el de mujeres, pero la evidencia muestra que no se logró este objetivo, pues se recibían diferentes tipos de prendas que eran proporcionadas por la Administración de la Beneficencia, así como donaciones realizadas por el Monte de Piedad, algunos miembros de la Junta de Beneficencia o sus esposas. No obstante, en 1905 se estipuló que las mujeres podían vestir enaguas, camisas, camisones o batas. En el caso de los hombres, tenían que usar camisa, saco y pantalón de cordoncillo cuando se encontraban dentro del establecimiento, pero si salían entonces debían ponerse un flux gris de casimir con las iniciales del hospital y una cachucha. En 1916 se permitió que los enfermos contaran con una mayor variedad de prendas: las mujeres podían usar calzones, blusas, batas de color, enaguas y rebozos, en tanto que los hombres podían llevar zarapes, pantalones, camisas y sombreros. Dos años después, se estipuló que los hombres usaran pantalón de mezclilla, camisas, boinas o sombreros, mientras que las mujeres disponían de batas y ropa de manta y rayadillo. En 1934, y a raíz de la donación de tela de color azul marca mamerto realizada por la esposa del médico Gonzalo Vargas, se elaboraron 18 uniformes. Por lo barata que resultaba a tela, se tomó la determinación de confeccionar más uniformes, aunque algunos se hicieron de manta. En 1940 se dotó a las enfermas de vestidos color violeta, pero tres años después, y por razones que no se explicaban, se determinó que volvieran a usar ropa de manta y cambaya.[378]

---

[374] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 74, expediente 397, legajo 19, f. 2.
[375] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 74, expediente 408, legajo 9, ff. 1, 5.
[376] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 74, expediente 408, legajo 20, F. 4.
[377] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 74, expediente 408, legajo 15, ff. 21-22 y legajo 20, f. 53.
[378] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 73, expediente 383, legajo 4, ff. 3-4; caja 75, expediente 413, legajo 16, f. 6; expediente 424, f. 11; expediente 430, f. 17; Caja 76, expediente 446, ff. 1-2; expediente 459, ff. 10-12; expediente 463, ff. 1-3, 51.

Los constantes cambios en la vestimenta se explicaban por una razón: los asilados, por su condición, tendían a romper o ensuciar tanto su ropa como la de su cama, pese a la vigilancia que ejercían los mismos enfermeros, tal como se refleja en los informes emitidos por los administradores en octubre de 1906, noviembre de 1911 y enero de 1915. Resulta llamativo que en el informe de 1911 se mencionara que las pacientes femeninas eran más destructivas que los varones.[379] La mala condición de la ropa, fabricada con tela de baja calidad, y los errores burocráticos ocasionaron problemas para vestir de forma adecuada a los asilados, tal como ocurrió en mayo de 1924 cuando el administrador del hospital de varones solicitó, de manera urgente, que se le enviara ropa para sus pacientes, pues explicaba que por un error se inventarió ropa que estaba deteriorada, situación que ocasionaba que los asilados estuvieran desnudos durante los días de lavado. [380] Al parecer la petición del administrador no encontró respuesta, pues en diciembre de ese mismo año recibió un oficio del administrador general en el que se le informaba acerca de las quejas de los familiares de los internos, quienes alegaban que sus parientes tenían piojos porque no se les cambiaba la ropa interior cada semana y cuando se hacía, ésta ya se encontraba rota. Aunque era evidente que la principal causa del problema era la falta de ropa, el administrador general prefirió culpar a la lavandera a la que acusó de no cumplir con su labor, pues "sospechaba" que se presentaba de manera ocasional a su trabajo lo que ocasionaba que no tuviera la ropa a tiempo.

Este caso llama la atención por dos situaciones: la primera era que en los dos manicomios existía el puesto de lavandera, así que no se podía alegar que la de San Roque no cumplía con su labor pues en la lista de empleados de Santa Rosa se consignaba que el puesto estaba ocupado. Lo segundo es que evidenciaba la corrupción que existía en estas instituciones, pues no sólo se había comprado ropa sino que también se recibió una donación del Monte de Piedad, pero ésta no se les entregó a los asilados con el pretexto de que el material era propenso a la "infestación de insectos", por lo que se vendió sin que se conociera el destino del dinero obtenido.[381] Aunque el administrador general no desmintió la acusación de que los internos tenían piojos, no se debe pasar por alto que en los dos hospitales se limpiaban los catres con aguarrás cada 15 días, medida que buscaba impedir que se propagaran las chinches (Vargas y Aguirre, 2015). Otra medida de sanidad que se realizaba, sobre todo cuando se presentaban enfermedades infecciosas, era el blanqueamiento de las paredes para mantener el aseo e higiene del establecimiento.[382] Las acusaciones en contra de la limpieza de la ropa carecían de fundamento, pues en el artículo 17 del reglamento de 1882 se estipuló que ésta debía enviarse a San Roque para ser lavada y debía regresarse el domingo. La ropa que se encontraba rota era etiquetada para que no se volviera a utilizar. En 1904 se

[379] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 73, expediente 383, legajo 4, ff. 3-4; caja 74, expediente 394, f. 1; expediente 408, legajo 1, f. 4.
[380] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 76, expediente 453, ff. 23-30.
[381] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 76, expediente 453, ff. 91-92.
[382] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 73, expediente 383, legajo 4, f. 4.

dispuso que la ropa fuera hervida para matar cualquier insecto. Para que ello no implicara un gasto mayor, se sugería utilizar recursos inservibles como las vigas que se removían a causa de las reparaciones que se efectuaban en el edificio.[383]

5.10.3. La política de visitas a las enfermas

En septiembre de 1915, el inspector general de la Beneficencia ordenó, como "medida de orden y disciplina", que en lo sucesivo las visitas a los establecimientos de dementes fueran los días jueves y domingo, sin que especificara el horario, además de que prohibió que los visitantes ingresaran con alimentos más allá del primer patio, lugar en el que se colocaría una mesa.[384] También debía permanecer un empleado cerca de la reja para evitar que el resto de los pacientes molestaran a los que acudían a las visitas, además de que tendría que llamar a las que lo recibían.[385] Pese a la normativa, las familias no cumplían con las indicaciones, tal como se puede observar en una solicitud, fechada en mayo de 1916, que el administrador del hospital de dementes realizó a una hermana de un paciente del hospital de Santa Rosa, en la que le pedía que se respetaran los reglamentos, pues en varias ocasiones le habían llevado los alimentos fuera de los horarios de visita, lo que provocó que éste permaneciera en el patio cuando los demás se encontraban recluidos en su celda. Lo irregular del asunto era que el paciente recibía visitas tres veces al día, es decir, en cada ocasión que debía alimentarse.[386] Ante el constante incumplimiento de las disposiciones, en 1938 se formuló un reglamento que estableció que la visita a los pacientes se realizaría el día domingo en un horario de 3 a 5 de la tarde. Sólo podrían estar presentes dos personas mayores de 12 años y si se les llevaba alimentos, debían ser inspeccionados por el personal.

También se prohibió la introducción de objetos con los que las pacientes pudieran hacerse daño, así como ingresar en estado de ebriedad lo que podría ocasionar que fueran excluidos definitivamente de las visitas. [387] Al igual que en la capital del país, las visitas estaban sujetas a la recomendación de un médico. En el caso de las visitas extraordinarias, se debía proporcionar una justificación que fuera sólida.[388]

5.10.4 Los tratamientos a los pacientes

[383] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 73, expediente 378, f. 11; Reglamentos, caja 1, expediente 2, f. 2.
[384] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 74, expediente 408, legajo 20, ff. 4, 58.
[385] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja76, expediente 453, f. 53.
[386] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 75, expediente 413, legajo 1, f. 31.
[387] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja76, expediente 461, f. 140.
[388] Remartinez (2018) menciona que a finales del siglo XIX, en los manicomios de la ciudad de México se realizaron modificaciones en la cuestión de las visitas. Por ejemplo, en el Divino Salvador se determinó un día en específico para cada departamento. Los indigentes sólo tenían la posibilidad de recibir visitas un día a la semana durante una hora, aunque en el caso de los pensionistas sus parientes podían asistir cualquier día de la semana y permanecer dos horas.

En los expedientes de los manicomios de dementes de Puebla no se han localizado registros de sus tratamientos en el siglo XIX y la primera década del siglo XX. Es probable que no se hayan preservado o, como indican Vargas y Aguirre (2015), quizá éstos se aplicaron de manera generalizada, debido a la ausencia de un médico de planta, tal como ocurrió en el Hospital del Divino Salvador de la Ciudad de México. Sin embargo, es posible inferir que había ciertos tratamientos que se practicaban entre los enfermos de tiempo atrás. Uno de ellos eran los baños, mismos que se aplicaban tanto en los hospitales de dementes como en el General. Estos podían ser de cuatro tipos: fríos (de 10° a 20°), tibios (de 20° a 30°), calientes (de 30° a 40°) y pediluvios (baños de pies) que se tomaban en recipientes que llegaban hasta las corvas (coloquialmente conocido como sobaco de la pierna) (Cortés y Palacios, 2012). Los baños estaban contraindicados para las pacientes que menstruaban, las que tuvieran hemorragias, flujos hemorroidales, sudores, erupciones o si acababan de tomar sólidos. Con la introducción de regaderas en los hospitales, esta tarea se facilitó pero también generó otras problemáticas, tales como el retraso en los baños cuando éstos se descomponían o la necesidad de proveerse de mayor cantidad de leña para calentar el agua. De hecho, la prefecta, en mayo de 1919, solicitó la entrega urgente de leña para los baños tibios de las enfermas, los cuales se aplicaban tres veces por semana lo que daba cuenta de la importancia de este tratamiento más allá del aspecto higiénico.[389]

Otro de los tratamientos que se aplicaba era el electro terapéutico. Un gabinete para este tratamiento se encontraba en el hospital de hombres, pero al parecer no siempre funcionaba porque en 1917 se reportó que estaba descompuesto.[390] Este tipo de tratamientos no eran privativos de los hospitales dependientes del Estado, pues con la popularización de la electricidad en Puebla a inicios del siglo XX, algunos médicos, como Abelardo Rodríguez, prometían curaciones “radicales, seguras y raídas a diversos males” con “modernos aparatos eléctrico” (Pérez, 2021). Un documento valioso para acercarnos a los tratamientos en el manicomio de Santa Rosa es una Ordenata fechada en septiembre de 1915. Este manuscrito contiene 35 fojas en las que se describía el nombre del paciente, su edad, su estado civil, su raza, su oficio, su religión, su domicilio, el nombre del que ordenó el internamiento, las causas de la enfermedad, su diagnóstico, la fecha de su entrada y su salida, y la prescripción médica. Aunque en el documento sólo aparecen los registros de 22 pacientes, permite darnos una idea de los tratamientos que se les daban pues en el caso de los expedientes de las mujeres de San Roque, este tipo de información aparecía en las notificaciones de defunción, en algunos reportes estadísticos o en los informes que se enviaban a la inspección de higiene cuando se presentaban epidemias.[391] En la Ordenata se describían tres tipos de

[389] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 75, expediente 432, f. 14 y expediente 437, f. 10.
[390] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 75, expediente 422, f. 6.
[391] AGEP, fondo Hospital de dementes, Asilados, Ordenatas y Botica, caja 32, expediente 3000, ff. 1-35.

tratamientos: el externo, el interno y el de alimentos. Estos se aplicaban a través de papeles, gotas, píldoras, gránulos y cucharadas.[392]

En algunos casos se mencionaban los horarios en los que debían tomarse los medicamentos, en otros aparecían las indicaciones por días consecutivos hasta cumplir un mes, momento en el que se cambiaban las especificaciones, lo cual hace suponer que se trataban de períodos de prueba para comprobar si se lograba la mejoría del paciente. A excepción de algunos pacientes, la mayor parte de los que aparecían en el informe tenían más de un año de estar en el hospital.

En el siguiente cuadro se muestran algunos de los casos consignados en la Ordenata:

Cuadro 8

Nombre del paciente	Diagnóstico	Tratamiento	Periodicidad
Miguel Méndez	Melancolía	Una cucharada de poe de bromuro	Dos días
Carlos Lirigo	Melancolía depresiva	Una cucharada de poe de bromuro	No se consignó
Francisco Maldonado	Epilepsia	Una cucharada de sop bromurado	Diario
Marciano Vázquez	Epilepsia	Una cucharada de sop bromurado	Dos días
Víctor Carbajal	Epilepsia	Una cucharada de sop bromurado	Cada tres horas
José Casco	Epilepsia	Dos papeles Gotas	Se debían cambiar cada tres horas Una aplicación al día durante una semana
Hipólito Farman	Megalomanía	Un granulo Gotas	Cada hora por una semana 16 por la mañana y 10 en la tarde
Hilario Loyola	Manía crónica	Píldoras Gotas	Dos diarias 10 por la mañana

Elaboración propia con datos provenientes de AGEP, fondo Hospital de dementes, Asilados, Ordenatas y Botica, caja 32, expediente 3000, ff. 8-10, 17, 19, 21, 27, 33.

Resulta interesante realizar una comparación con los tratamientos que se empleaban en el Hospital de San Hipólito de la ciudad de México, aunque cabe aclarar que éstos se aplicaban en el siglo XIX.

[392] Al parecer, las dosis de los medicamentos variaban en cada uno de los hospitales. Por ejemplo, Cortés y Palacios (2012) indican que en el hospital de San Pedro se hablaba de medicamentos líquidos (julones, pociones, electuarios, jarabes y elixires); remedios internos y solidos (opiatas, bols, píldoras o polvos). Los tres últimos se tomaban en dosis, mientras que las opiatas se transformaban en bol a medida que se utilizaban. Se recomendaba que los bols se tomaran con los alimentos y que se dividieran de tal manera que el paciente pudiera tragarlo.

Cuadro 9

Trastorno	Medicamentos utilizados
Sífilis	Yodurado de mercurio, arseniato de sola
Melancolía	Opiáceos y cloroformo algunas veces combinado con diascordio. Bromuro de potasio, sales de quinina, hemagogos sobre la piel en aloes o capsulas, y café
Alcoholismo	Café y alcohol en cucharadas (1 o 2) para la melancolía
Psicosis	hipostenizantes en cucharadas, cloroformo y éter sulfúrico inhalable o para consumo oral
Alucinaciones	Beleño y Estramonio (alucinatorios), arseniato de sola
Hipocondría y manía	sal catártica, lavativas con sulfato de magnesia o amonio combinado con aceites, aguas o jarabes
Congestión cerebral o hiperemia y apoplejía	Arseniato de sola
Manía	Bromuro de potasio, sales de quinina, hemagogos en manías periódicas sobre la piel en aloes o capsulas
Histeria	Antiespasmódicos como: almizcle, castereum, ámbar gris, valeriana, asafétida, valerianato de amoniaco
Locuras incurables	Antiespasmódicos como: almizcle, castereum, ámbar gris, valeriana, asafétida, valerianato de amoniaco
Locura paralítica	Bromuro de potasio
Epilepsia	Bromuro de potasio
Sin especificación	Coca en cucharadas o copas, purgantes en gotas, solanáceas de belladona usadas en hojas en polvo de o.20 g a 1 gramo. Sulfato de quinina como tónico y sedante, tártaro eneticom tártaro doble antiamonico, potasa, oxido antiamonio, arseniato de sola, solución de fowler, ferruginosos solubles en polvo, jarabe o vino como el sacaráto Fisher, el cual se recomendaba como un suplemento alimenticio

Elaboración propia con datos provenientes de Ruiz y Morales (1995).

Como se puede apreciar, entre los productos que se utilizaban en los tratamientos, tanto en el Hospital de Puebla como en el de la Ciudad de México, se encontraba el bromuro de potasio que, según Vargas y Aguirre (2015) se utilizaba como sedante. Otras sustancias empleadas eran la atropina, la valeriana, el óxido, el lactato de zinc, el valerianato de quinina, la tintura de cantáridas y digital, el nitrato de plata, las perlas de cloroformo y la limadura de cobre. Los efectos que producían estos productos se encontraban descritos en *La Gaceta Médica*. Ortiz (2011) menciona que los opiáceos fueron usados para tratar neuralgias, insomnio y trastornos conductuales como la histeria, aunque también se empleaban para aliviar el reumatismo. Los opiáceos se conseguían en las boticas, así como las hojas y jarabes de marihuana, la coca y la amapola. Las autoridades médicas se

encargaban de vigilar la preparación y expendio de las sustancias opiáceas, a fin de determinar la pureza de sus ingredientes, su estado y el límite de venta. En caso de incumplimiento, el farmacéutico podía incurrir en delitos de orden civil y criminal. Por ejemplo, Ortiz (2011) indica que en el reglamento de boticas de 1878 se prohibía la venta al menudeo de sustancias que se consideraban peligrosas, pero esta restricción no se llevó a la práctica debido a que no existió un acuerdo respecto a las sanciones. Por su parte, Huerta (2007) advierte que en 1897 se promulgó el Reglamento para la inspección y venta de sustancias medicinales y de las apropiadas a la industria en la municipalidad de Puebla.

Para evitar la adulteración de las sustancias, Vicente Cervantes y Antonio de la Cal y Bracho promovieron la creación de una farmacopea mexicana, a fin de que los farmacéuticos adquirieran conocimientos relativos a las plantas que crecían en el país y sus propiedades medicinales (Huerta, 2009). Los anteriores listados daban cuenta de la coexistencia de los medicamentos elaborados por los boticarios con los que se denominaban químicos. En este punto, vale la pena reflexionar sobre la introducción de los “medicamentos químicos”, también llamados industriales, y los gremios científicos que se disputaron la autoridad para recetar los tratamientos. Aunque los “medicamentos químicos” importados desde Europa y Estados Unidos aparecieron en el medio mexicano desde la segunda mitad del siglo XIX, aun dominaban las “fórmulas magistrales” elaboradas por los farmacéuticos y boticarios (Godínez, 2012). Con la introducción de la homeopatía, los servicios de curación se ampliaron, pero esto trajo consigo que se produjera una disputa entre la medicina alópata y homeópata. Los homeópatas criticaban la agresividad de algunos métodos curativos, como las lavativas y vomitivos, cuya aplicación se hacía de manera generalizada en lugar de incentivar la observación para conocer sus efectos. Ellos sostenían que con tratamientos basados en sustancias diluidas, las cuales se personalizaban con base en el temperamento, el sexo y otras particularidades del doliente, se podrían obtener mejores resultados.

Por su parte, los alópatas desdeñaban los conocimientos homeopáticos, pues decían que a causa de su “monomanía” buscaban curar todas las enfermedades, pero con sus “doce limitados remedios” no se podía obtener la curación, además de que no resultaban efectivos para tratar enfermedades como la sífilis a la que aun consideraban un miasma. También se les acusaba de engañar a la gente, pues sólo difundían sus resultados exitosos con fines lucrativos. Entre los tópicos que discutieron alópatas y homeópatas se encontraba el de la locura. El doctor José Galindo acusó a los homeópatas por creer que la curación se podía lograr por medio de la “fuerza vital” del alma o del espíritu, la cual se podía obtener por medio de la espiritualidad, la filosofía y la sociabilidad, aunque sin dejar de lado el aspecto científico. Sin embargo, el médico creía que las alteraciones mentales no se podían curar “ni con todas las drogas del mundo, incluidas las homeopáticas”, pero sí podían atenderse mientras se buscaba restablecer la salud por medio del conocimiento anatómico sobre la lesión (Jiménez, 2018). Es de destacar que en el

caso de los hospitales poblanos, el de San Pedro contó con una sala dedicada a la homeopatía que no generó mayor interés entre la población, por lo que tuvo que cerrar (Cortés y Palacios, 2012). Quizá por esta razón es que en los manicomios no se incluyó este tipo de tratamiento.

A pesar de la presencia en el mercado de los llamados "medicamentos químicos", los médicos preferían utilizar las que elaboraban los boticarios, razón por la que no debe extrañar que el Inspector General de Beneficencia, en octubre de 1915, ordenara que las medicinas para los hospitales de dementes fueran suministradas por la Botica Teresiana, por lo que se deberían entregar las recetas de cada paciente. Este convenio permaneció vigente hasta 1920.[393] No hay indicios que permitan entender la razón por la que la Beneficencia optó por esta botica para el suministro de los medicamentos. Se sabe que la Teresiana se localizaba en el mercado de la Victoria y se caracterizó por la elaboración de "fórmulas magistrales", algunas de las cuales fueron registradas como marca propia.[394] Tras la conclusión del movimiento armado, los gobiernos en turno buscaron reactivar la economía a través de la implementación de políticas industriales. Ortiz (2011) menciona que durante la década de 1920, el gobierno mexicano comenzó a interesarse en los usos negativos de las drogas de uso medicinal, mismas que en el Código Sanitario de 1923 fueron denominadas heroicas, designación que cambió con los años, pues en 1926 se les llamó enervantes y en 1949, estupefacientes. Su utilización estaba reglamentada por las políticas que seguían otros países, pues había una notoria preocupación de que el comercio de estas sustancias fomentara el vicio, lo cual redundaría en la degeneración de la raza.[395] Por esta razón se implementaron diversas regulaciones que buscaban que las casas comerciales sólo surtieran a los facultativos autorizados.

A partir de 1929, los farmacéuticos estaban obligados a retener aquellas recetas en las que se incluía el uso de enervantes, las cuales debían tener un formato específico que entregaba el Departamento de Salubridad a los médicos, cirujanos, dentistas, parteras y veterinarios autorizados para prescribirlos. En ellos debía anotarse la dirección, nombre, fecha y dosis especifica del paciente. Posteriormente, el farmacéutico anotaba en un libro de narcóticos cuándo se entregó la sustancia, la cantidad que fue autorizada y le entregaba una copia de la

[393] AGEP, fondo Hospital de dementes, Asilados, Ordenatas y Botica, caja 32, expediente 3005, f. 1 y expediente 3006, f. 137.

[394] La Teresiana tuvo una larga trayectoria. González (2021) menciona que fue fundada en 1910 y cerró en 1995. Con la incorporación de la medicina de patente y el incremento de las franquicias farmacéuticas, la Teresiana dejó de elaborar remedios. Durante un tiempo, la botica surtía al IMSS de medicamentos por medio de vales. Daniel Herrera (2020) señala que otra de las boticas tradicionales de Puebla es la de San Miguelito que todavía sobrevive y cuya actividad es supervisada por COFEPRIS y la Secretaria de Salud.

[395] Desde finales del siglo XIX se gestó una política internacional de control de las drogas, Así, en 1902 se organizó la Conferencia Internacional para la Unificación de la fórmula de los medicamentos heroicos en Bruselas. Los farmacéuticos mexicanos conocieron los resultados a los que se llegaron en la Conferencia, pero sería hasta 1912 cuando se mandó una delegación a la Conferencia que se efectuó en La Haya (Ortiz, 2011).

receta al paciente. En la década de 1930 se produjo el auge de los tratamientos basados en los "medicamentos químicos", lo que tuvo como consecuencia la reducción del número de plantas medicinales que se utilizaban en la farmacopea mexicana y el desplazamiento del personal especializado que podía entregar estas sustancias. A lo anterior, se debía agregar que la medicina industrial se envasaba y tenía inscrita la dosis recomendada, lo que facilitaba su administración. Ante tal panorama, los boticarios y farmacéuticos apelaban a que ese tipo de medicina no cumplía lo que prometía, razón por la que era sustituida por otros productos similares que requerían ser revisados por expertos (Godínez, 2012). Esta petición carecía de sustento, pues, como indican Godínez y Aceves (2014), el Departamento de Salubridad Pública aprobó en 1919 el establecimiento de un despacho que se encargaría de la venta e importación de la medicina de patente.

Tras la publicación del Código Sanitario de 1927, se debía llevar un registro de los países, fabricantes, distribuidores, importadores y detallistas de los medicamentos, asimismo las empresas estaban obligadas a entregar muestras para su análisis. Ante la ausencia de una legislación para el desarrollo de la investigación, el país tuvo que depender de las corporaciones extranjeras. Con la intención de evitar la dependencia extranjera e incentivar la investigación científica en el país, el presidente Lázaro Cárdenas creó en 1935 el Consejo Nacional de Educación Superior y de la Investigación Científica, pero esta institución tendría una vida corta pues desapareció en 1938 (Riquelme, 2009; Godínez, 2012). Así, México se tuvo que limitar a la exportación de materias primas para la elaboración de estos productos. Sería hasta la década de 1940 cuando México logró incursionar en la fabricación de medicinas.[396] Entre los anuncios publicitarios de los medicamentos se pueden encontrar algunos que trataban trastornos nerviosos como el de Adalina, fabricado por la casa Bayer, que se recomendaba para problemas de nerviosismo e insomnio. En este caso, Ortiz (2011) refiere que se podía adquirir de manera libre pues no se mencionaba que se requiriera alguna receta médica, además de que tampoco se específica el fármaco que contenía. Otros productos que se empleaban para los mismos trastornos eran la nervina del Dr. Miles elaborado por U.S.A. Corporation y la bromolactina para estados neuróticos de los Laboratorios Manuell (Godínez, 2012).

Existen pocas referencias a los "medicamentos químicos" que se utilizaron para el tratamiento de las pacientes, circunstancia que se explica por el hecho de que no se conservaron las recetas médicas y tampoco se han localizado inventarios de las compras que realizaba el Hospital. No obstante, se han podido identificar algunos medicamentos a través de las solicitudes de los médicos que atendían el Hospital. En 1934, el médico Gonzalo Vargas solicitó a la Administración General que la farmacia del Hospital General le proporcionara *tartrate bórico potásico*,

[396] Godínez y Aceves (2014) consideran al Instituto Médico Nacional como el antecesor de la investigación en materia de farmacéutica, organismo que desapareció en 1915 por órdenes de Venustiano Carranza que no lo consideró relevante para la vida nacional.

medicamento que requerían con urgencia las enfermas que tenían epilepsia.[397] En febrero de 1938, cuando el hospital ya era conocido como Manicomio de Mujeres "Secundino Sosa", el medico director Rivero Caso solicitó al presidente de la Junta de Beneficencia que gestionara ante la Dirección de Salubridad, la entrega de tres camisas de fuerza, pues las que tenían eran "inservibles" y la adquisición de una caja de ampolletas de sedalol, pues sólo le entregaban dos por cada receta.[398] El director no especificaba la razón por la que se les proporcionaban pocos medicamentos, lo cual resulta extraño si se tiene en cuenta que en una ocasión presumió de tener buenas relaciones con los fabricantes, sobre todo con la casa Bayer de la que había obtenido una donación de anestésico para atender a las enfermas que tenían problemas bucales. La descripción de las disposiciones regulatorias para los medicamentos sintéticos y los compuestos orgánicos, daba cuenta de la forma en la que se le controlaba para evitar su mal manejo.

5.11 Servicios en los hospitales de dementes: luz eléctrica y teléfono

Una reforma en el cobro de los impuestos permitió aumentar los ingresos del erario y con ello, a partir de 1887, instalar alumbrado eléctrico en la ciudad de Puebla. Esta tarea sería encargada, en un primer momento, a la Compañía Americana de Alumbrado Público que tenía su asiento legal en la población de Santa Clara Ocoyucan. Cuando se concluyó el contrato, se signó uno nuevo con la empresa canadiense Puebla Light and Power que tenía su sede en Teziutlán. Sin embargo, en 1891 el fluido eléctrico sería distribuido por la Compañía Anónima de Alumbrado Eléctrico. El servicio de luz eléctrica se ofrecía en un horario de las 7 de la noche a las 12 o 1 de la mañana, es decir, duraba de 5 a 6 horas. El servicio tenía numerosas deficiencias, pues los usuarios se quejaban de que la luz se iba antes de tiempo y que las instalaciones no eran resistentes a las lluvias (Lomelí, 2011; López, 2018: Pérez, 2021). En el caso del hospital de San Roque, se tiene conocimiento que la Compañía Anónima de Alumbrado Eléctrico instaló la luz eléctrica en diciembre de 1895 como parte de un convenio, signado entre la empresa y el gobierno del Estado, para dotar de esta prestación a los establecimientos dependientes de la Beneficencia Pública. La Compañía se comprometió a realizar las instalaciones necesarias, así como a otorgar un descuento del 33% en el cobro del consumo mensual.[399] El que se contara con el servicio de luz eléctrica implicó realizar un cambio en la normativa de los hospitales de dementes, pues se determinó que los pacientes debían apagar la luz cuando se fueran a dormir (Vargas y Aguirre, 2015), además de que se reiteró que se debía cuidar que ellos no tuvieran acceso a cerillos, tal como lo marcaba el artículo 23 del reglamento de 1882.[400]

[397] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 76, expediente 461, f. 39.
[398] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 76, expediente 459, ff. 21-23 y expediente 461, ff. 134-135.
[399] AGEP, fondo Hospital de Dementes, Administración, caja 73, expediente 375, f. 3.
[400] AGEP, fondo Hospital de dementes, Reglamentos, caja 1, expediente 2, f. 2.

En 1900 se suscitó un conflicto entre la Compañía y el Hospital de San Roque por la cuestión del costo del servicio. El Secretario General del Departamento Ejecutivo comunicó al secretario de la Junta de Beneficencia que se habían mandado colocar varios focos de luz incandescente "para el mejor servicio y seguridad de estos hospitales", pero la empresa reclamaba el pago de la instalación pues decía que si bien una de las cláusulas del contrato mencionaba que los establecimientos de Beneficencia tendrían un descuento del 33%, éste no aplicaba en materia de instalaciones sino en el cobro del consumo mensual. Para aclarar la situación, se pidió la ayuda del Defensor de la Beneficencia, quien explicó que esa cláusula era ambigua y que la Institución no estaba de acuerdo en realizar un pago extraordinario. En respuesta, la compañía apeló a que las tarifas habían subido y que por el tamaño del edificio, el costo de instalación debería ser mayor. Aunque estaban conscientes de que era un hospital, también debían tener en cuenta que existían nuevas tarifas que favorecían su economía, pues en el anterior contrato se había estipulado que pagaran 2 pesos por lámpara de 16 bujías mientras que en el nuevo sólo devengarían 1.50 y con el descuento que se les otorgaba, el costo se reducía a un peso.[401] Los representantes de la Compañía no mentían, pues Pérez (2021) menciona que en las tarifas de 1891 se estipulaba que el costo de las lámparas de 32 bujías era de 4 pesos y 8 pesos para las de 65.

Aunque los representantes del Hospital no indicaban cuántos focos tenía el nosocomio, lo cierto es que el costo era alto y convertía este servicio en una cuestión elitista, sobre todo porque la Compañía sólo buscaba atender el área céntrica de la ciudad que contaba con el cableado que existía en el palacio municipal, y se cobraba una cuota extra cuando tenían que salir de esta zona, tal como ocurrió con San Roque que se ubicaba en las afueras (Pérez, 2021). Al parecer, la Compañía logró que se aceptara su propuesta pues ya no existió ningún pronunciamiento por parte de las autoridades de la Beneficencia, pero en 1904 se volvería a discutir el asunto del costo del servicio. Tras una serie de negociaciones, el Ayuntamiento y la empresa acordaron que el descuento del 33% se mantendría en los establecimientos que dependían del gobierno federal, pero sería del 50% para las del gobierno estatal, municipal y la Beneficencia Pública, costo que incluiría los gastos por la instalación.[402] En octubre de 1906 se volvió a presentar otro incidente entre la Compañía y el Hospital de San Roque. En esa ocasión, el Administrador de los Hospitales de dementes reportó a la Secretaría General del Departamento Ejecutivo de la Beneficencia que San Roque se había quedado sin servicio de luz. Explicaba que aunque se había solventado el consumo mensual y el costo de instalación de algunas lámparas nuevas, se había decidido no pagar por el reacomodo de dos lámparas pues se quería cobrar 5 pesos por cada una, lo cual resultaba "alevoso" porque éstas no eran nuevas.

[401] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 73, expediente 375, ff. 1-3.
[402] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 73, expediente 388, legajo 3, f. 1.

Como la Secretaría decidió liquidar el adeudo, el Administrador mostró su disgusto pues consideraba que la acción de la empresa no sólo era arbitraria, sino que además se efectuó en contra de un establecimiento que dependía directamente del Gobierno.[403] La postura del Administrador no carecía de fundamento, pues era cierto que la Compañía abusaba de su posición. Ésta había determinado que tanto las lámparas como los accesorios debían ser provistos e instalados por la misma empresa, además de que sus empleados eran los únicos autorizados para realizar los trabajos con el argumento de que se buscaba "evitar accidentes". Esta actitud se manifestaría de manera explícita en los siguientes años. Así se podía observar en un contrato que el doctor Alberto Moreno celebró en noviembre de 1910 con la empresa, a fin de que ésta colocara 19 lámparas de 16 bujías (56 watts) en los hospitales de dementes. En un sello al margen del contrato se mencionaba lo siguiente: "queda estrictamente vedado al consumidor tocar la instalación" y que cualquier asunto relacionado con el servicio, debía ser tratado de forma directa en el despacho de dicha compañía. Para ese momento, el proveedor había cambiado su nombre a Compañía de Tranvías, Luz y Fuerza de Puebla, la cual no sólo amplió el horario de prestación del servicio, de 5:30 de la tarde a 5:30 de la madrugada,[404] sino que también bajó sus costos, pues se cobraba 55 centavos por lámpara, así que en total se debería devengar 10. 45 pesos.[405]

La iluminación del puente de San Roque fue otro contrato en el que participó el Hospital homónimo. En un principio, el Ayuntamiento asumiría esa tarea pero a causa de los cambios políticos que se experimentaban en la entidad, la Compañía decidió firmarlo con el nosocomio. Éste se signó en 1912 con la intención de instalar cuatro lámparas de 16 bujías (40 watts) cuyo costo era de 50 centavos, es decir, se debía pagar 8 pesos por el servicio.[406] En este caso, llama la atención la disparidad en la potencia de las lámparas, pues en 1910 se decía que las 16 bujías consumían 56 watts mientras que en 1912 había bajado a 40. Aunque no se mencionaba cuáles eran las razones de la disparidad en el voltaje, lo cierto es que éste se manifestaba en el costo del servicio. Un aspecto a destacar es que la Compañía cedió parte de sus atribuciones a los particulares, tal como se puede apreciar en una queja remitida por el director del hospital de dementes varones al Administrador General de la Beneficencia, el 11 de julio de 1918, en la que se quejaba de que se habían apagado 10 focos en ese lugar, motivo por el cual se llamó a un mecánico de la Escuela de Artes y Oficios para que revisara la instalación. Tras realizar una visita al establecimiento, el administrador Ricardo Goizueta reportó que se necesitaba colocar un swicht y tapones para evitar fallas y sobre todo, la posibilidad de que se

[403] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 73, expediente 383, legajo 10, ff. 1-2.

[404] Sería hasta la década de 1920 cuando se consiguió que la luz eléctrica durara toda la noche y que el servicio se extendiera a otras ciudades de importancia. En esa década, la empresa cambió su nombre a Compañía Mexicana de Luz y Fuerza Motriz de Necaxa, la cual sería embargada en 1930 por el gobernador Leónides Andrew Almazán por la falta de pago en sus contribuciones (Lomelí, 2011, Pérez, 2021).

[405] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 74, expediente 393, legajo 18, f. 1.

[406] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 74, expediente 395, legajo 6, f. 1.

ocasionara un incendio.[407] La utilización de una palabra como “swicht” en el informe del administrador daba cuenta de la adopción de términos extranjeros provenientes de este tipo de tecnología (Pérez, 2021). Respecto al servicio telefónico, se tienen noticias de que este servicio se ofrecía en los hospitales de dementes antes de 1915, pues ese año se solicitó una reparación.[408] Este servicio, al igual que el de la luz, sólo podía ser revisado por profesionales. [409]

Para finalizar, es importante mencionar que para entender el hospital de San Roque es importante comprender cómo se conformó gremio médico poblano cuyo proceso de consolidación se interrumpió por causa de la inestabilidad política y económica. Como hospital especializado enfrentó diversas dificultades, entre las que sobresalía la carencia de un médico propio y especializado en materia de enfermedades mentales. Pese a ello, existieron algunas figuras destacadas que prestaron sus servicios en San Roque y se pudo constatar la aplicación de nuevas terapéuticas para el tratamiento de las enfermedades mentales, tales como la terapia laboral, la introducción de los psicofármacos y el paradigma de la higiene mental. Aunque el manicomio de San Roque mostró sobrepoblación en diversos momentos, las autoridades no cuestionaron la viabilidad del proyecto y éste permaneció en el edificio que ocupaba desde el siglo XVI, situación que sin duda requiere ser investigada a profundidad, a fin de entender cómo es que este hospital sobrevivió pese a no contar con las condiciones adecuadas de atención a las enfermas mentales.

[407] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 75, expediente 428, ff. 14, 18.

[408] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 74, expediente 420, legajo 21, f. 1.

[409] AGEP, fondo Hospital de dementes, Administración, caja 76, expediente 461, f. 93. Por ejemplo, en noviembre de 1936, el administrador general solicitó a la gerencia de la Compañía Telefónica Mexicana que mandaran a una persona para que se realizara el traslado de un aparato a una habitación distinta.

Conclusiones

La comprensión de las enfermedades mentales estuvo asociada al alma hasta la segunda década del siglo XIX, cuando la fisiología permitió el hallazgo de lesiones somáticas a través de los estudios post mortem. Un aspecto a destacar es que la definición de la locura no sólo dependía del conocimiento científico, sino también de las condiciones socioculturales. La locura, en diversos momentos, estuvo asociada a estigmas sociales, algunas veces sustentados en paradigmas científicos, lo cual explica que en países como Canadá y Argentina se vinculara la locura con la inmigración o que en México y en Colombia se le asociara con la raza. En el caso colombiano, no sólo se buscaba asociar la locura a un determinado sector social, sino que también sirvió para justificar la creación de instituciones psiquiátricas. En México, al igual que en otras latitudes, la raza estuvo asociada al movimiento eugenésico, por lo que se buscó tener un mayor control de los individuos para evitar la degeneración racial. La idea de que la locura era un padecimiento femenino tuvo una importante influencia en el mundo occidental. Aunque esta creencia sería cuestionada por el francés Charcot en el siglo XIX, lo cierto es que se mantuvo vigente por lo menos hasta las primeras décadas del siglo XX. Lo contrario sucedió con la niñez, quienes, durante el siglo XIX, fueron excluidos de los manicomios, pero esta perspectiva se transformó en la primera mitad del XX cuando aparecieron pabellones de infantes en las instituciones mentales o bien, se crearon escuelas especiales para deficientes mentales.

Algunas pseudociencias, surgidas a lo largo del siglo XIX, también buscaron explicar el origen de la locura, tal como ocurrió con la frenología que buscaba determinar el carácter y los rasgos de la personalidad a través del estudio de la forma del cráneo, la cabeza y las facciones; el mesmerismo o “magnetismo animal” que explicaba que existía un fluido invisible que permitía el funcionamiento del cuerpo humano y que los padecimientos eran causados por un desequilibrio en ese fluido; y la hipnosis que buscaba acceder a los traumas de los pacientes por medio de la inducción de un estado hipnótico. Los avances de la ciencia y los procesos de secularización del siglo XIX ocasionaron que el cuidado de los enfermos mentales pasara de las órdenes religiosas al Estado, lo que significó que se produjera una transición de un modelo basado en la caridad a uno de beneficencia, en el que el médico comenzó a tener relevancia pues era el encargado de determinar el ingreso de los pacientes, aunque, como se mostró en la investigación, el alta no siempre estuvo determinada por aspectos clínicos sino también por la presión familiar. Esta situación obligó al Estado a formular una legislación que buscaba cuidar al enfermo mental: el juicio de interdicción que constituía un mecanismo de defensa de los asilados, quienes estaban incapacitados para ejercer sus derechos civiles. Este tipo de acciones evidenciaba el papel que la autoridad civil asumía en la defensa del enfermo mental, pues no se le consideraba como un elemento ajeno a la sociedad, sino alguien que podría ser reintegrado a ella. Así, el hospital dejo de ser

considerado un lugar de aislamiento para convertirse en un sitio en el que se buscaría encontrar su curación.

Durante el siglo XIX, los hospitales de dementes, tanto San Roque como Santa Rosa, tuvieron que compartir el servicio médico, circunstancia que ocasionó diversas problemáticas, entre las que sobresalían las quejas por el bajo salario que percibían en función del número de pacientes, tanto hombres como mujeres, que debían atender. A lo anterior se debe sumar que estos médicos no estaban especializados en el cuidado de las enfermedades mentales. Esta situación se modificó en las últimas dos décadas del siglo XIX y sobre todo, en el XX cuando los médicos comenzaron a estudiar cuestiones psiquiátricas en la Escuela de Medicina, además de que muchos de ellos salieron al extranjero lo que permitió tener un conocimiento de la manera en la que se concebía la enfermedad mental y los tratamientos modernos que se empleaban para su curación. Ello permitió que en San Roque se introdujeran importantes cambios como la aplicación de la terapia laboral, la introducción de los psicofármacos y la incorporación de nuevos paradigmas como el de la higiene mental. Es importante mencionar que Puebla no fue el único lugar en el que se llevaban a cabo estas modificaciones, pues en otros de los manicomios del país también se introducían nuevas terapéuticas para el tratamiento de las enfermedades mentales. Si bien es cierto que estas acciones variaban en cada Estado, constituían una muestra de la manera en que se modernizaban los servicios a nivel local. Aunque los hospitales regionales no alcanzaron el tamaño del Manicomio de la Ciudad de México, el cual se construyó en un espacio de 141 662 m^2 y debía albergar 500 pacientes, lo cierto es que cumplieron con las funciones para las que fueron creados. Algunos de ellos tenían una historia larga, tal como sucedió con el de San Roque de Puebla.

En el siguiente cuadro, se pueden observar datos generales de los manicomios civiles que se refirieron en la investigación.

Hospital	Año de fundación	Capacidad para enfermos mentales
San Miguel de Belén (Jalisco)	Finales del s XIX 1890 1896	200 (100 camas por cada departamento) 200 mujeres. 16 celdillas para mujeres y 15 para hombres 143 pacientes (85 hombres, 58 mujeres)
Miguel Hidalgo (Aguascalientes)	1887-1891 1895-1897	331 pacientes de los que 87 eran alcohólicos 225 alcohólicos
Eleuterio González (Nuevo León)	1873 1883 1894	192 pacientes de los que 21 eran dementes 25 dementes y 18 alcohólicos 129 alcohólicos y 101 enajenados

	1914-1917 1928 1930 1932 1939 1951 1953	140 dementes 110 internos de los que 46 eran enfermos mentales (mayoría de hombres) 108 hombres y 66 mujeres dementes más 26 pensionistas. 163 enfermos mentales y 15 pensionistas 53 dementes (28 mujeres y 25 hombres), más 14 pensionistas (10 hombres y 4 mujeres) Se propone reducir la atención a 100 pacientes 146 pacientes: 86 hombres y 60 mujeres (Se habla de sobrecupo)
Manicomio de Orizaba (Veracruz)	1895 1907 1910 1940	60 lugares disponibles, pero sólo había 12 pacientes registrados 121 dementes 135 asilados Propuesta para ampliar su capacidad a 200 personas
Manicomio de San Juan de Dios (Michoacán)	1858 1901	56 pacientes 18 camas por área (mixto), más 10 para agitados
Leandro León Ayala (Yucatán)	1906	290 camas

Cuadro elaborado con información de Valdez, 1997; Moran, 2006; Ayala, 2007; Campos, 2007; Rodríguez, 2014a; Hidalgo, 2016; Monterrubio, 2017.

Como se puede apreciar en el cuadro, los hospitales no estaban diseñados para albergar poblaciones mayores a 200 pacientes, aunque existieron algunos momentos en los que su capacidad se rebasó, lo que generó problemas administrativos y de atención a los enfermos no sólo por la carencia de personal, sino también porque las condiciones de los hospitales no siempre resultaban óptimas, circunstancia que ocasionó que los asilados tuvieran que compartir espacios y se tuviera que redoblar la vigilancia para evitar conflictos entre ellos. Es de interés destacar que las instituciones privadas también tuvieron un papel de importancia en el cuidado de los enfermos mentales, situación que contribuyó a que, en cierta medida, se lograra paliar el problema de la sobrepoblación de los nosocomios dependientes de la Beneficencia. Sin embargo, la atención privada estaba limitada a los sectores que contaban con los recursos económicos para solventar el gasto, a diferencia de los hospitales públicos que debían mantener a un buen número de pacientes que no podían costar su estadía y los que podían hacerlo, en muchas ocasiones tenían dificultades para cubrir los pagos mensuales. En el siguiente cuadro se muestran las instituciones privadas que se crearon durante el período de estudio.

Institución	Año de fundación	Capacidad

Hospital del Refugio de las Josefina (Jalisco)	1893 1930	200 enfermos aunque no se especifica cuántos eran dementes 30 pacientes aunque también se atendían prostitutas en un anexo
San Juan de Dios (Jalisco)	1905	15 a 20 enfermos
Clínica para Enfermos Nerviosos y Mentales de Monterrey (Nuevo León)	Década de 1950	60 pacientes
Sanatorio Neuropsiquiátrico (Nuevo León)	Década de 1950	45 enfermos
Sanatorio de Nuestra Señora de Guadalupe (Cholula, Puebla)	Mediados del siglo XX	117 pacientes
Sanatorio de Nuestra Señora de Guadalupe y Sanatorio Rafael Lavista (México)	1896	Sin datos
Sanatorio de Jicaltepec (Veracruz)	1898	Sin datos

Cuadro elaborado con información de Valdez, 1997; Ayala, 2007; Fajardo y López, 2009; Ríos, 2016; Monterrubio, 2017; Castellanos y Topete, 2019.

A fin de atender el problema de la sobrepoblación que existía en los nosocomios públicos, las autoridades de salud propusieron el modelo de la granja-hospital en la década de 1940. Los más importantes se muestran el siguiente cuadro:

Granja-hospital	Año	Capacidad
San Pedro del Monte (Guanajuato)	1945	400 pacientes
Dr. José Torres (Michoacán)	1958	50 pacientes hombres y 30 mujeres
Bernardino Álvarez (Ciudad de México)	1961	80 pacientes hombres
Rafael Serrano (Puebla)	1967	500 pacientes
Centro comunitario de Salud (Jalisco)	1976	300 pacientes.

Cuadro elaborado con información de Castellanos, 1961; Servicios, 1967; Ramos, 1998; Sacristán, 2003; Campos, 2007.

De acuerdo con la información mostrada, la granja hospital de Puebla era una de las más grandes de las que se establecieron en el país y que daba cuenta de la importancia que la entidad concedía a la atención de los enfermos mentales. Pese a que se asociaba la locura con las mujeres, de los manicomios mexicanos mencionados en este trabajo, La Castañeda y el Hospital de San Roque fueron los únicos que dispusieron espacios específicos para la atención de las enfermas. En

el caso del último, las asiladas permanecieron en el nosocomio hasta la década de 1980, a diferencia de los hombres, quienes ocupaban el Hospital de Santa Rosa, que fueron trasladados al Hospital General en la década de 1920. El Hospital de San Roque resulta un ejemplo paradigmático en el país. Hay que recordar que fue fundado como Hospital en el siglo XVI y en el siglo XIX se destinó a la atención de los enfermos mentales. A pesar de las diversas problemáticas que tuvo que afrontar en el siglo XIX, entre ellas la secularización de sus servicios, la falta de un presupuesto estable y las malas condiciones en que se encontraba el edificio, logró sobrevivir hasta el siglo XX. Como institución perteneciente a la Beneficencia Pública, el hospital de mujeres dementes de San Roque, Manicomio de mujeres Secundino Sosa o Sanatorio psiquiátrico de mujeres, nombres que se le otorgaron durante el siglo XX, tuvo que afrontar las vicisitudes políticas ocasionadas por los constantes cambios de gobierno, así como sufrir por las penurias económicas que afectaban las arcas estatales. Lo anterior se reflejó en las constantes modificaciones de su estructura interna, pues algunos puestos desaparecieron, como el de cobranza, lo que provocó que algunos empleados tuvieran que asumir actividades que no les correspondían.

Las penurias económicas también se manifestaron en el ámbito de la alimentación, pues entre 1915 y 1940 existieron numerosas quejas de la rectora que advertía de la mala calidad de los productos que les surtían, tal como sucedió con la leche, de su insuficiencia, como ocurrió con el pan, y de su carencia, tal fue el caso de la carne. Aunque muchas de estas acusaciones se produjeron en momentos de crisis económica o política, mostraban las dificultades que afrontó un nosocomio que carecía de ingresos propios y que, además, tenía que mantener a un alto número de pacientes que no cubrían sus cuotas. La falta de pagos de las asiladas fue una constante a lo largo de la historia del Hospital, situación que ocasionó que las autoridades pusieran en práctica ciertas estrategias que garantizaran la estabilidad financiera de la institución, sobre todo en aquellos momentos en los que la cantidad de pacientes excedía la capacidad de atención. Es de llamar la atención que aunque San Roque atendía un mayor número de pacientes mentales que Santa Rosa, sería en la segunda donde se instalarían aparatos modernos como un gabinete de electroterapia. A pesar de lo anterior, en San Roque se ensayarían nuevas estrategias que buscaban mejorar la calidad de vida de las enfermas, tales como permitirles la realización de actividades fuera de las instalaciones del manicomio, la terapia laboral o que pudieran realizar actividades lúdicas. De hecho, en el hospital de mujeres sería el primer lugar en el que se incorporó la figura de la trabajadora social y con la intención de atender a un mayor número de enfermas, se propuso la creación del tratamiento ambulatorio que consistía en su salida de la institución, pero con la condición de que se tuviera un seguimiento médico.

Este método se consideraba factible porque se entendía que algunos padecimientos, como el alcoholismo, eran transitorios. A ello se debe sumar que las

pacientes de San Roque no estaban aisladas del mundo, pues recibían visitas, enviaban correspondencia, salían del hospital con sus familias y realizaban otras actividades fuera del hospital, lo cual se consideraba parte de su proceso de recuperación para su posterior reintegración a la sociedad. Ahora bien, para comprender el funcionamiento de San Roque, no basta sólo con estudiar a las pacientes, sino que se debe entender su organización interna. Tras la secularización y su incorporación a la Beneficencia Pública, el nosocomio sufrió una serie de cambios entre los que sobresale el nombramiento de una rectora. De hecho, a lo largo del siglo XIX el personal femenino aumentó en detrimento del personal masculino. Esta circunstancia ocasionó que los reglamentos tuvieran que adaptarse o buscaban corregir ciertas situaciones que se vivían en el interior del nosocomio, tal como sucedió con el nombramiento de las rectoras en 1914. De acuerdo con diversos informes, las rectoras solían vivir con sus hijos en el establecimiento y solían comer parte de las porciones que se destinaban a las pacientes. Aunque este asunto estaba contemplado en el reglamento, se comenzó a considerar un abuso en función de que algunas de las rectoras tenían varios hijos, motivo por el que se realizó una reforma que indicaba que estas funcionarias debían ser solteras o viudas. Un aspecto a destacar es que los reglamentos de San Roque resultaban restrictivos para sus empleadas, pues se buscó que fueran solteras y se les pedía dedicación de tiempo completo.

Hay que recordar que ante la escasez de personal y la imposibilidad de aumentarlo, se decidió que las empleadas permanecieran en sus puestos de trabajo y que sus días de descanso se limitaran al mínimo. Este tipo de disposiciones no aplicaban para el hospital de Santa Rosa, lo cual evidenciaba la diferencia que existía en el trato que la Beneficencia tenía con sus empleados, aunque ello no significa que los hombres hayan recibido mayores privilegios. La diferencia radicaba, en específico, en que las administrativas de San Roque estaban supeditadas a las decisiones masculinas, sea de la Dirección de la Beneficencia o del médico en turno, de tal manera que a pesar de que ellas conocían perfectamente los problemas que aquejaban a su institución, debían esperar las resoluciones de la Dirección o del médico para solventar las problemáticas que se presentaban. Esa inequidad también se manifestó en materia de salarios y del personal que laboraba en cada uno de los manicomios. Aunque se intentó realizar un ejercicio comparativo de las condiciones de cada uno de los hospitales de dementes, la carencia de información, sobre todo del de Santa Rosa, limitaron las posibilidades de ofrecer un estudio más profundo y que permitiera entender cómo era la dinámica administrativa en el hospital de hombres, cuál era el tipo de atención que se le proporcionaba a los enfermos mentales, cómo era su organización interna, qué tipo de diagnósticos se generaban, cuáles eran los métodos que se aplicaban en su curación, cuántos eran los enfermos que se atendían, qué tipo de alimentación se les ofrecía, cuáles eran

las problemáticas particulares que existían en ese lugar y cómo se desarrollaba la vida cotidiana en ese lugar.

Como la mayor parte de los estudios sobre el tratamiento de la locura en Puebla han centrado su atención en San Roque, es necesario tratar de emprender esta tarea para Santa Rosa a pesar de las limitantes mencionadas antes. Otro asunto que merece atención es el relativo a los estudios que los médicos realizaron sobre los problemas mentales, sobre todo después de que la psiquiatría se introdujo en el país. A través del recorrido que se realizó sobre algunos de los manicomios que se establecieron en México durante el siglo XIX, se observó que el manual diagnóstico de Bertillón fue un referente para tratar los trastornos de la mente, pese a que no estaba especializado en ese asunto. Esta situación se modificó en el siglo XX cuando se crearon cátedras de psiquiatría en las escuelas de medicina y sobre todo, cuando se permitió que los alumnos tuvieran acceso a los hospitales con fines educativos. En el caso de Puebla, la vinculación del manicomio de San Roque con la Universidad del Estado tendría resultados benéficos para ambas partes, pues los estudiantes contaban con casos de estudio de primera mano mientras que las enfermas recibieron atención médica y bucal. En el siguiente cuadro se presentan algunas de las aportaciones que se realizaron sobre el conocimiento de la mente en los estados de la República Mexicana:

Estado	Período	Aporte
Michoacán	Finales del siglo XVIII	El doctor Ignacio Fernández de Córdoba implementó el tratamiento moral El sacerdote Joseph Calama propuso un tratamiento para la hipocondría
	1859	El doctor Crescencio García sugirió que el uso de tabaco, marihuana y música podían ayudar a calmar a los dementes
Aguascalientes	1849	Teodosio Lares publicó *Elementos de psicología*
	1861	El doctor Juan G. Alcázar advertía sobre la necesidad de educar a la juventud y regular la prostitución
	1896	El doctor Jesús Díaz de León publicó el libro *El cerebro y sus funciones. Principios de psicología* basados en la anatomía de los centros nerviosos

	1897	Ezequiel Chávez realizó la traducción de diversas obras de psicología
Nuevo León	1877	Epitacio Ancira publicó *Disertación de la Hipocondría*
	1887	Rafael García Cantú publicó en el Periódico Escolar Médico diversos textos de psicofísica
	1888	José María Guerra publicó *Hipnotismo* con resultados sobre el Hospital Civil
	1953 1959	Monterrey fue sede de la Asamblea Nacional de la Liga Mexicana de Salud mental Monterrey fue anfitrión del Congreso Internacional de Psiquiatría
Veracruz	Siglo XIX	El doctor Federico I. Hooper publicó algunas obras de psicología en las que relacionaba el alma y la filosofía
Jalisco	1930	El doctor Wenceslao Orozco y Sevilla elaboró una tesis sobre higiene mental El doctor Juan Pablo Guzmán realizó la tesis Estudios de psicoanálisis En la *Revista Mensual de Ciencias Médicas* donde se abordaron temas relacionados con la eugenesia
Ciudad de México (nativos y foráneos)		Eduardo Liceaga propuso el modelo custodial para la atención de los enfermos mentales
	1885	Rafael Zayas escribió *Fisiología del crimen*
		Luis Hidalgo y Carpio y Gustavo Ruíz publicaron *Estudios sobre la voluntad en la infracción de la ley*
	1887	Mariano Rivadeneyra editó *Apuntes para la estadística de la locura en México*
	1901	Julio Guerrero publicó *La génesis del crimen en México*.

		Ezequiel Chávez editó *Ensayo sobre la personalidad*
Puebla	1886	Secundino Sosa publicó *Estudio sobre la responsabilidad de los dementes, psicopatía e infección, epilepsia, meningitis y lesión cerebral*
	1888	Secundino Sosa y Manuel Morales editan *Enfermedades de la sociedad poblana* José de Jesús Ortega publicó *El efecto químico fisiológico del alcoholismo* Lorenzo Chávez editó *Estudios sobre la epilepsia y refracción ocular* Rafael Serrano publicó *Fragmentos de psiquiatría óptica* Francisco Rodiles editó *Trabajos sobre la histeria* Miguel Cabrera publicó *Trabajos sobre el alcoholismo*

Analizar las anteriores obras permitiría abrir nuevas perspectivas en el campo de estudios de la locura, pues la mayor parte de los estudios se han centrado en el aspecto institucional y en los métodos empleados para su curación, pero no se ha prestado atención a lo que los médicos pensaban sobre la locura y los estudios que realizaron sobre esta temática. Para finalizar, otra temática que no se ha abordado es el referente a la historia del hospital de San Roque en el siglo XX, a fin de tratar de entender cuáles fueron las razones por las que los diversos gobiernos estatales no tomaron la decisión de reubicar el hospital de San Roque, pese a que se tenía conocimiento de que el lugar no era adecuado para proseguir con el cuidado de las enfermas, pues se tenían problemas estructurales en el edificio y se situaba a unas escasas cuadras del centro de la ciudad. También habría que indagar cuál fue la postura de la Dirección de Salud Mental cuando asumió la vigilancia de los establecimientos de dementes que existían antes de la década de 1950 y qué fue lo que motivó que sólo se trasladara a los hombres al recién fundado hospital Rafael Serrano. Las anteriores observaciones dan cuenta que existe mucha tela de donde cortar en la investigación sobre las instituciones de atención a los enfermos mentales en Puebla.

Referencias

Archivo General del Estado de Puebla (AGEP)

Artículos

Agostoni, C. (2000). Médicos científicos y médicos ilícitos en la ciudad de México durante el Porfiriato*. Secuencia* (19): 13-31. Disponible en: https://ru.historicas.unam.mx/handle/20.500.12525/1516

Allodi, F. (1976). La evolución del hospital psiquiátrico de Estados Unidos y Canadá. *Boletín de la oficina sanitaria Panamericana.* 81(2): 139-147. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/17544/v81n2p139.pdf?sequence=1

Álvarez, G. y Montenegro, M. (2011), La psicología como sinónimo de represión en el siglo XIX mexicano. *Enseñanza e investigación en psicología* 16*(*2): 395-401. Disponible en: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29222521013#:~:text=Entre%20los%20a%C3%B1os%201885%20y%201902%20el%20t%C3%A9rmino,mexicanos%20opositores%20de%20la%20dictadura%20de%20Porfirio%20D%C3%ADaz.

Servicios médicos en los Estados y Territorios. (1967). *Salud Pública de México* 9(6): 917-948. Disponible en: https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/3478

Berrios, G. (1993), Los psiquiatras británicos y su formación. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría* 13(2):32-36. Disponible en: https://vdocuments.mx/los-psiquiatras-britanicos-y-su-formacion-el-nacimiento-del-alienista-britanico.html?page=1

Bilbao, R. y Huertas, R. (2019). Cinco claves preliminares para el estudio del psicoanálisis (lacaniano) en la España del segundo franquismo y la transición. *Asclepio. Revista de historia de la medicina y de la ciencia 71*(2): 281-293. Disponible en: http://asclepio.revistas.csic.es/index.php/asclepio/article/view/921/1521

Bojalil, A. (2013). La vida cotidiana en los hospitales de dementes mexicanos: el caso de San Roque. *Historia 2.0. Conocimiento histórico en Clave digital* 3(5): 66-77. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4410167

Bojalil, A. (2018a). Administración pública e institución manicomial: la respuesta de los hospitales de dementes de la ciudad de Puebla a las políticas gubernamentales durante el Porfiriato. *Revista de Historia de las prisiones* (7):7-27. Disponible en: https://www.revistadeprisiones.com/wp-content/uploads/2018/11/1.-Bojalil.pdf

Bojalil, A. (2018b). La práctica psiquiátrica a través de las tesis de medicina en Puebla durante el Porfiriato. *Revista Mexicana de Historia de la Educación* 6(11):47-78. Disponible en https://doi.org/10.29351/rmhe.v0i11.133

Bojalil, A. (2018c). ”La libertad de crápula”. Liberales y católicos en contra del alcoholismo en Puebla durante el Porfiriato. Oficio. *Revista de Historia e interdisciplina* (7): 61-78. Disponible en: https://www.revistaoficio.ugto.mx/index.php/ROI/article/view/64/71

Bojalil, A. (2018d). Médicos contra jueces: la responsabilidad y la incapacidad de los individuos en los juicios de interdicción en la Puebla del Porfiriato. *Antrópica. Revista de Ciencias Sociales y Humanidades* 4(7):105-130. Disponible en: https://antropica.com.mx/ojs2/index.php/AntropicaRCSH/article/view/172

Bynum, W. (1974). Rationales for therapy in British psychiatry: 1780-1835. *Medical History* 18(4): 317-334. Disponible en: https://www.cambridge.org/core/journals/medical-history/article/rationales-for-therapy-in-british-psychiatry-17801835/E8BABC2FC28358DB245AB5395CC0BE20

Campos, C. (2007). Ponciano Tenorio Montes (1912-1963): Pionero de la psiquiatría en Michoacán y Fundador del Hospital Psiquiátrico de Morelia. *Tzintzun. Revista de Estudios históricos* (46):89-128. Disponible en: https://www.redalyc.org/pdf/898/89804603.pdf

Canto, L. (2012). La muerte voluntaria en Yucatán durante el Porfiriato. *Secuencia* (82):75-100. Disponible en https://doi.org/10.18234/secuencia.v0i82.1142

Canto, L (2017). Suicidas y pelagrosos. La muerte voluntaria en las haciendas de Yucatán durante el Porfiriato. *Letras históricas* (16):111-139. Disponible en: http://www.letrashistoricas.cucsh.udg.mx/index.php/LH/article/view/4844

Capetillo, J. (2008). Cuerpos sin historia, de la psiquiatría al psicoanálisis en México. 1880-1920. *Frenia* 8(1):207-220. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/28319512_Cuerpos_sin_historia_de_la_psiquiatria_al_psicoanalisis_en_Mexico_1880-1920

Caponi, S. (2009). Michel Foucault e a persistencia do poder psiquiátrico. *Ciéncia y Saúde Coletiva* 14(1): 95-103. Disponible en: https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000100015

Castellanos, G. (1961). Rehabilitación de los enfermos mentales crónicos en el hospital-granja Bernardino Álvarez. *Salud Pública de México* 3(6):917-922. Disponible en: https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/4248

Castellanos, H. y Topete, L. (2019). La presencia de la orden hospitalaria de San Juan de Dios en Zapopan: Más de un siglo de hospitalidad. *Salud Jalisco* (6):68-73. Disponible en: https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=92408

Cocula-León, H. (2014). Hospital psiquiátrico San juan de Dios. 100 años después. *Revista médica del Instituto Mexicano del Seguro Social* 54(3):346-351. Disponible en: https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=49707

Conti, N. (2015). Vincenzo Chiarugi: La pazzia y el Reglamento de Bonifacio en los orígenes de la psiquiatría moderna. *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y la Ciencia* 67(2): 105-116. Disponible en: http://dx.doi.org/10.3989/asclepio.2015.23

Correa, M. (2017). De la Casa de Orates al Open Door: el paisaje en el proyecto asilar chileno, 1852-1928. *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y la Ciencia* 69(2): 192-205. Disponible en: http://dx.doi.org/10.3989/asclepio.2017.15

Dosil, F. (2019). La locura como acción política. El Movimiento Antipsiquiátrico en México. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala* 22(1):628-645. Disponible en: https://revistas.unam.mx/index.php/repi/article/view/69164

Fajardo, G. (1999). El escenario hospitalario en Puebla durante el virreinato. *Gaceta Médica de México* 135(4): 427-431. Disponible en: http://www.anmm.org.mx/bgmm/1864_2007/1999-135-4-427-431.pdf

Fajardo, G. (2010). Tiempos y destiempos de los hospitales mexicanos hacia 1910. *Revista médica del Instituto Mexicano del Seguro Social* 48(3): 265-272. Disponible en: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457745508006

Fajardo, G. y López, E. (2009) Perfil histórico del Sanatorio Psiquiátrico Nuestra Señora de Guadalupe (1910-2009). Cholula, Puebla. *Revista Facultad de Medicina UNAM* 52(5): 237-238. Disponible en: https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2009/un095k.pdf

García, C. (2018). El manicomio provincial de Málaga. En el primer tercio del siglo XX. La utopía que (no) pudo ser. *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y la Ciencia* 70(2): 238-255. Disponible en: https://doi.org/10.3989/asclepio.2018.22

Gasque, L. (2013). Arsénico, el elemento inclasificable. *Educación química* 24(2): 495-500. Disponible en: https://doi.org/10.1016/S0187-893X(13)72519-9

Giraldo, R. (2006). Poder y resistencia en Michel Foucault. *Tabula Rasa* (4):103-122. Disponible en: http://scielo.org.co/pdf/tara/n4/n4a06.pdf

Godínez, R. (2012), Los primeros medicamentos químicos en México (1917-1940). *Boletín de la sociedad química de México* 6(1):8-14. Disponible en: http://bsqm.org.mx/pdf-boletines/V6/N1/02.-%20Godinez%20Medicamentos.pdf

Godínez, R. y Aceves, P. (2014). El surgimiento de la industria farmacéutica en México (1917-1940). *Revista mexicana de ciencias farmacéuticas* 45(2):55-

68. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-01952014000200007

Golcman, A. (2017a). Introducción: escenarios de las prácticas psiquiátricas en América Latina (siglos XIX y XX). *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y la Ciencia* 69(2):188-190. Disponible en: https://asclepio.revistas.csic.es/index.php/asclepio/article/view/744

Golcman, A. (2017b). Legitimar psiquiatras antes que curar pacientes. Las Terapias de Shock en Buenos Aires, Argentina (1930-1970). *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y la Ciencia* 69(1):176-190. Disponible en: https://asclepio.revistas.csic.es/index.php/asclepio/article/view/731

Golcman, A. y Ramos, M. (2017). La anatomopatología alemana en el centro de la psiquiatría argentina. Una aproximación a los estudios clínicos en el hospicio de las mercedes (1900-1910). *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y la Ciencia* 69(2):189-199. Disponible en: http://asclepio.revistas.csic.es/index.php/asclepio/article/view/745

Harper, M. (2014). ¿Una diáspora disfuncional? Causas de las enfermedades mentales entre los escoceses que emigraron a Canadá de 1807-1914. *Neurosciences and history* 2(1): 8-14. Disponible en: https://nah.sen.es/es/numeros/numeros-anteriores-v2/101-revistas/vol2/numero-1/164-una-dia-spora-disfuncional-causas-de-las-enfermedades-mentales-entre-los-escoceses-que-emigraron-a-canada-de-1867-a-1914

Herrera, D. (2020). Botica “San Miguelito ”. *Revista Cuetlaxcoapan. Enfoque al patrimonio histórico. Puebla ante la adversidad: actores e instituciones. S.XX y S.XXI* (23):65-69. Disponible en: https://www.academia.edu/49414213/Revista_Cuetlaxcoapan_Enfoque_al_Patrimonio_A%C3%B1o_6_N%C3%BAmero_23_Puebla_ante_la_adversidad_Actores_e_instituciones_S_XX_y_S_XXI_A%C3%B1o_6_N%C3%BAmero_22_GCHyPC_oto%C3%B1o_2020

Herrera, M.L. (2020). La construcción del primer hospital moderno en puebla en 1907. *Revista Cuetlaxcoapan. Enfoque al patrimonio histórico. Puebla ante la adversidad: actores e instituciones. S.XX y S.XXI* (23):18-23. Disponible en: https://www.academia.edu/49414213/Revista_Cuetlaxcoapan_Enfoque_al_Patrimonio_A%C3%B1o_6_N%C3%BAmero_23_Puebla_ante_la_adversidad_Actores_e_instituciones_S_XX_y_S_XXI_A%C3%B1o_6_N%C3%BAmero_22_GCHyPC_oto%C3%B1o_2020

Huertas, R. (1988). La comunidad de Gueel: una alternativa de asistencia. *RAEN* 8(25):257-266. Disponible en: https://digital.csic.es/bitstream/10261/304030/1/Comunidad_Gheel.pdf

Huertas, R. (1989). Edouard Tolouse y el servicio psiquiátrico de puertas cerradas. *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y la Ciencia* 41(1):261-278. Disponible en: https://digital.csic.es/handle/10261/27667

Huertas, R. (1990). Medicina mental y revolución burguesa. Sobre los orígenes de la asistencia psiquiátrica. *RAEN* 10(34):389-400. Disponible en: https://digital.csic.es/bitstream/10261/304064/1/Medicina_mental_revoluci%c3%b3n_burguesa.pdf

Huertas, R. (1991). Salud Pública y Salud Mental: El nacimiento de la política de sector en psiquiatría. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* 11(37):73-79. Disponible en: https://revistaaen.es/index.php/aen/article/view/15194

Huertas, R. (1998). Entre la doctrina y la clínica: la nosografía de J.D. Esquirol (1772-1840). *Cronos* 2(1): 47-66. Disponible en: https://digital.csic.es/handle/10261/100425

Huertas, R. (2001). Historia de la Psiquiatría. ¿Por qué?¿Para qué? Tradiciones historiográficas y Nuevas tendencias. *Frenia* I(I):9-36. Disponible en: https://digital.csic.es/bitstream/10261/17176/1/009-historia-de-la-psiquiatria-por-que-para-que.pdf

Huertas, R. (2015). De la filosofía de la locura a la higiene del alma. Joseph Daquin (1732-1815). *Asclepio, Revista de Historia de la Medicina y la Ciencia* 67(2):106-120. Disponible en: http://dx.doi.org/10.3989/asclepio.2015.24

Jiménez, R. (2014). 'Atender las necesidades del vecindario': las políticas de la Junta de Administración Civil de Jalapa para evitar la carestía y la especulación de alimentos, 1914-1917. *Secuencia* (89):87-117. Disponible en: https://secuencia.mora.edu.mx/Secuencia/article/download/1227/1173?inline=1

Jiménez, R. (2018). Una Polémica sobre la homeopatía entre los años 1873 y 1874: El Propagador Homeopático vs el Observador médico. *La homeopatía de México*, 87(715):17-27. Disponible en: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-995977

Labarca, M. (2019). Los espacios de la locura en la Toscana del siglo XVIII: Estrategias y negociaciones para enfrentar la enfermedad mental. *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y la Ciencia* 71(1): 250-264. Disponible en: https://doi.org/10.3989/asclepio.2019.02

Lambe, J. (2017). El niño problema como objeto institucional: la psiquiatría infantil en Cuba, 1926-1945. *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y la Ciencia* 69(2):194-105. Disponible en: http://dx.doi.org/10.3989/asclepio.2017.17

León, M. y Rojas, M. (2015). Construyendo al futuro ser social: intervenciones médicas y pedagógicas en la infancia anormal. Santiago de Chile, 1920-

1943*. Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y la Ciencia* 67(2): 114-126. Disponible en: http://dx.doi.org/10.3989/asclepio.2015.32

Martínez, M. (2001). La Castañeda desde adentro. Entrevista a Margarita Torres Mora, enfermera. *Secuencia* (51):147-175. Disponible en: https://doi.org/10.18234/secuencia.v0i51.753

Maya, J. (2014). Ficciones psicopatológicas: locura y medicina mental en la novela *Pacotillas* de Porfirio Parra, 1900. *Revista culturas psi* (2):73-86. Disponible en: https://www.academia.edu/15494322/Ficciones_psicopatol%C3%B3gicas_locura_y_medicina_mental_en_la_novela_Pacotillas_de_Porfirio_Parra_1900

Maya, J. (2015). Locura y criminalidad en el discurso médico porfiriano. El caso de Enrique Rode. 1888-1891.*Transhumante. Revista Americana de historia social* (5):128-148. Disponible en: https://www.redalyc.org/pdf/4556/455644905007.pdf

Maya, J. y Zavala, A. (2019). "El caso del escritor Pedro Castera: entre la esfera pública, el campo literario y la experiencia manicomial en el México de finales del siglo XIX". *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y la Ciencia* 71(2): 280-292. Disponible en: https://doi.org/10.3989/asclepio.2019.21

Molina, A. (2015). El tifo en la ciudad de México en tiempos de la revolución mexicana. 1913-1916. *Historia Mexicana* 64(3): 1163-1247. Disponible en: https://doi.org/10.24201/hm.v64i3.3001

Monterrubio, G. (2017). Unidas contra la desviación femenina: empresarias y religiosas en el hospital del refugio, San Pedro Tlaquepaque, 1893-1918. *Vuelo libre. Revista de historia* (6):55-73. Disponible en: https://www.academia.edu/42195569/Unidas_contra_la_desviaci%C3%B3n_femenina_Empresarias_y_religiosas_en_el_Hospital_del_Refugio_San_Pedro_Tlaquepaque_1893_1918

Monterrubio, G. y Barrios, M. (2019). Después de Wenceslao Orozco y Sevilla. La emergencia de una psiquiatría sanatorial en el contexto de la higiene mental y la eugenesia en Guadalajara, 1930-1939*. Saberes. Revista de historia de las Ciencias y las Humanidades* 2(6):77-103. Disponible en: https://www.academia.edu/42196737/Despu%C3%A9s_de_Wenceslao_Orozco_y_Sevilla_La_emergencia_de_una_psiquiatr%C3%ADa_sanatorial_en_el_contexto_de_la_higiene_mental_y_la_eugenesia_en_Guadalajara_1930_1939

Morán, l. (2006). Reseña de "El manicomio del Hospital Real de San Miguel de Belén Guadalajara " de Alejandro Ramos Escobedo. *Investigación en salud* 3*(*3):201-203. Disponible en: https://www.redalyc.org/pdf/142/14280310.pdf

Morrison, R. (2016). Los comienzos de la terapia ocupacional en Estados Unidos. Una perspectiva feminista de los estudios de la ciencia, tecnologías y género.

(Siglos XIX y XX). *Historia crítica (*62):97-117. Disponible en: http://dx.doi.org/10.7440/histcrit62.2016.05

Novella, E. (2013a). El discurso del yo: el espiritualismo psicológico en la cultura española de mediados del siglo XIX. *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y la Ciencia* 65(2): 16-27. Disponible en: http://dx.doi.org/10.3989/asclepio.2013.13

Novella, E. (2013b). Introducción: las ciencias de la mente y la historia de la subjetividad. *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y la Ciencia* 65(2): 12-15. Disponible en: http://dx.doi.org/10.3989/asclepio.2013.33

Ortiz, M. (2011). Vigilancia y control de fármacos de alto riesgo en México.1878-1976. *Boletín de la Sociedad Química de México* 5(2-3):21-27. Disponible en: http://bsqm.org.mx/pdf-boletines/V5/N1-3/05.-%20Ortiz-Reynoso.pdf

Pérez, J. (2021). La introducción de la iluminación eléctrica en los hogares de Puebla. Del Porfiriato a la Revolución. *Horizonte histórico* (23):3-24. Disponible en: https://doi.org/10.33064/hh.vi23.3526

Plumed, J. (2005). La clasificación de la locura en la psiquiatría española del siglo XIX. *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y la Ciencia* 57(2):223-254. Disponible en: https://doi.org/10.3989/asclepio.2005.v57.i2.65

Ramos, A. (1998). El manejo de pacientes crónicos en el hospital psiquiátrico de Jalisco. *Relaciones. Estudios de Historia y Sociedad* 19(74):171-199. Disponible en: https://locura.historicas.unam.mx/node/79

Ramos, G. (2017). El espejo de los locos y dementes. Reflejo de la modernidad, orden y progreso en Tlaxcala: 1904-1905. *Clionautas. Revista de Historia* (9): 1-14.

Ramos, G. (2020). Las enfermas mentales en el hospital de San Roque. Un problema del higienismo en Puebla durante 1869-1894. *MILEEES. Revista sobre metodología, instrumentación, lógica, estadística, evidencias y epistemología en salud* 1(6): 8-14. Disponible en: https://mileees.cucs.udg.mx/ojs/index.php/MILEEES/article/view/35

Ramos, M. (2000), La hidroterapia como tratamiento de las enfermedades mentales en México en el siglo XIX. *Salud mental* 23(5):41-46. Disponible en: https://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2000/sam005f.pdf

Remartinez, M. (2021). Egreso de los pacientes del Manicomio General de la Castañeda (1929-1958) ¿Un problema familiar? *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia* 73(1):348-365. Disponible en: https://doi.org/10.3989/asclepio.2021.14

Ríos, A. (2004). Locos letrados frente a la psiquiatría mexicana a inicios del siglo XX. *Frenia* 4(2): 17-35. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/28319345_Locos_letrados_frente_a_la_psiquiatria_mexicana_a_inicios_del_siglo_XX

Ríos, A. (2009). Un mesías, ladrón y paranoico en el manicomio. *Estudios de Historia Moderna y Contemporánea de México* (37):71-96 Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-26202009000100003

Ríos, A. (2010). Indigencia, migración y locura en el México Posrevolucionario. *Historia Mexicana* 59(4): 1295-1337. Disponible en: https://www.jstor.org/stable/27809517?refreqid=excelsior%3A4a0b7569f870b124fe0656b01a03b483

Ríos, A. (2011). La psicosis del repatriado. De los campos agrícolas en Estados Unidos al Manicomio La Castañeda en la Ciudad de México, 1920-1944. *Estudios Mexicanos* 27(2): 361-384. Disponible en: https://www.jstor.org/stable/10.1525/msem.2011.27.2.361?origin=JSTOR-pdf

Riquelme, G. (2009). El Consejo Nacional de la Educación Superior y la investigación científica: expresión de la política educativa cardenista. *Perfiles educativos* 31*(*124):42-56. Disponible en: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=13211178004#:~:text=En%20este%20art%C3%ADculo%20se%20describe%20el%20surgimiento%2C%20en,p%C3%BAblica%20del%20gobierno%20de%20L%C3%A1zaro%20C%C3%A1rdenas%20del%20R%C3%ADo.

Rodríguez, A. y Castañeda, G. (2013). El Hospital Granja y la Escuela Granja Bernardino Álvarez: antecedentes del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía. *Revista de Investigación clínica* 65(6):524-536. Disponible en: https://www.medigraphic.com/pdfs/revinvcli/nn-2013/nn136i.pdf

Rodríguez, A y Rodríguez, M. (1998). Historia de la salud pública en México, siglos XIX y XX*. Historia ciencias, saude-Manguinhos* 5(2):293-310. Disponible en: https://doi.org/10.1590/S0104-59701998000200002

Ruíz, I. y Morales, D. (1995). Los tratamientos psiquiátricos en México durante el siglo XIX. *Archivo Instituto Nacional de Neurología y Neurociencia* 10(2): 74-81. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Ignacio-Ruiz-Lopez/publication/262413391_Los_Tratamientos_Psiquiatricos_en_Mexico_Durante_el_Siglo_XIX/links/00b7d537a4324cdab6000000/Los-Tratamientos-Psiquiatricos-en-Mexico-Durante-el-Siglo-XIX.pdf

Ruiz, J. (2009). Poder local y clientelismo político en Puebla. El caso de la familia Ávila Camacho. *Relaciones. Estudios de Historia y Sociedad* 30*(*119):191-223. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-39292009000300008&script=sci_abstract

Sacristán. C. (1998). ¿Quién me metió en el manicomio? Internamiento de enfermos mentales en México, Siglo XIX y XX. *Relaciones. Estudios de Historia y Sociedad* 19(74):201-233. Disponible en: https://www.academia.edu/15495678/_Qui%C3%A9n_me_meti%C3%B3_en_el_manicomio_El_internamiento_de_enfermos_mentales_en_M%C3%A9

xico_siglos_XIX_y_XX#:~:text=El%20texto%20analiza%20los%20procesos%20de%20internamiento%20en,participaci%C3%B3n%20de%20las%20familias%20en%20el%20confinamiento%20manicomial.

Sacristán, C. (2001a). Una valoración sobre el fracaso del Manicomio de La Castañeda como institución terapéutica, 1910-1944. *Secuencia* (51):90-120. Disponible en: https://doi.org/10.18234/secuencia.v0i51.751

Sacristán, C. (2003). Reforma de la asistencia psiquiátrica en México. La granja de San Pedro del Monte: los primeros años de la institución modelo, 1945-1948. *Salud Mental* 26(3):57-61. Disponible en: https://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2003/sam033g.pdf

Sacristán, C. (2005a). Historiografía de la Locura y de la psiquiatría en México. De la Hagiografía a la Historia Posmoderna. *Frenia* 5(1):9-33. Disponible en: https://www.academia.edu/15495677/HISTORIOGRAF%C3%8DA_DE_LA_LOCURA_Y_DE_LA_PSIQUIATR%C3%8DA_EN_M%C3%89XICO_DE_LA_HAGIOGRAF%C3%8DA_A_LA_HISTORIA_POSMODERNA

Sacristán, C. (2010b). Ser o no ser modernos. La Salud mental en manos del Estado Mexicano, 1861-1968. *Espacio plural* 11(22):11-22. Disponible en: https://www.redalyc.org/pdf/4459/445944364003.pdf

Salazar, A. (2017). Alcoholismo y degeneración en el Manicomio Departamental de Antioquia, Colombia (1920-1930). *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y la Ciencia* 69(2): 191-205. Disponible en: https://doi.org/10.3989/asclepio.2017.14

Sánchez, G. (2010). Epidemias, obras de saneamiento y precursores del urbanismo. La ciudad de México rumbo al primer centenario. *Secuencia* (78):123-147. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-03482010000300004

Sánchez, J. (2009). La fuerza de lo religiosos y su expresión violenta. La rebelión cristera en el estado de Puebla, 1926-1940. *Ulúa* (14):121-165. Disponible en: https://doi.org/10.25009/urhsc.v0i14.1312

Sanfelippo, L. (2018). Vías cruzadas para la psicologización del trauma en los saberes médicos de los saberes médicos de fin del siglo XIX. *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y la Ciencia* 70(2):237-248. Disponible en: https://doi.org/10.3989/asclepio.2018.21

Santibáñez, B. y Méndez, J. (2023). Españoles y alemanes en los festejos del Centenario de la Independencia de México, en Puebla 1910. Naveg@mérica. *Revista electrónica editada por la Asociación Española de Americanistas* (31):1-28. Disponible en: https://doi.org/10.6018/nav.584561

Stagnaro, J. (2015a). Introducción: en torno al origen del primer alienismo, *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y la Ciencia* 67(2):104-106. Disponible en: http://dx.doi.org/10.3989/asclepio.2015.22

Stagnaro, J. (2015b). Los aportes de Johann Christian Reil al nacimiento de la psiquiatría. *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y la Ciencia* 67(2):108-122. Disponible en: http://dx.doi.org/10.3989/asclepio.2015.26

Suzuki, A. (1995), The politics and ideology of nonrestraint.The case of the Hanwell Asylum. *Medical History* 39(1):1-17. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1036935/

Tejeda, C. (1967). Los hospitales granja. *Salud pública de México* 9(4):587-590. Disponible en: https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/3421

Vallejo, M. (2011). Impacto de la medicina de la higiene en el alienismo francés de la primera mitad del siglo XIX. *Anuario de investigaciones* (18):225-236. Disponible en: https://www.redalyc.org/pdf/3691/369139947077.pdf

Vallejo, M. (2018). El Instituto Psicológico Argentino (1892). Teosofía, hipnosis y charlatanería en los orígenes de una iniciativa olvidada. *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y la Ciencia* 70(1): 217-230. Disponible en: https://doi.org/10.3989/asclepio.2018.10

Vallejo, M. (2020). Mercado y objetos de consumo para Las enfermedades nerviosas en Buenos Aires (1880-1900): tónicos, aceites, Remedios e Institutos médicos. *Temáticas campinas* 28(55):41-84. Disponible en: https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/168838/CONICET_Digital_Nro.7b6a77e8-7a67-4aeb-8cc2-175007480664_B.pdf?sequence=2&isAllowed=y

Venancio, A. y Saiol, J. (2017). El Hospicio Nacional de Alienados en la prensa de Río de Janeiro (1903-1911). *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y la Ciencia* 69(2): 190-202. Disponible en: http://dx.doi.org/10.3989/asclepio.2017.13

Vicencio, D. (2014). Locos criminales en los años del Porfiriato. Los discursos científicos frente a la realidad clínica. 1895-1910. Estudios de Historia Moderna y Contemporánea de México (47): 79-119. Disponible en https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-26202014000100003

Wadi, Y. (2008). Médicos e loucos no sul do Brasil: Um olhar sobre o Hospício São Pedro de Porto Alegre/rs, Seus internos e as práticas de tratamento da loucura (1884-1924). *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y la Ciencia* 60(2):43-74. Disponible en: https://doi.org/10.3989/asclepio.2008.v60.i2.257

Wadi, Y. (2017). “Estou no Hospício, deus”: problematizações sobre a loucura, o hospício e a psiquiatria no diário de Maura Lopes Cançado (Brasil, 1959-1960)”, *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y la Ciencia* 69(2):196-210. Disponible en: http://dx.doi.org/10.3989/asclepio.2017.19

Walter, L. y Arias, G. (2018) La frenología y sus implicancias: un poco de historia sobre un tema olvidado. *Revista chilena de neuropsiquiatría* 56(1):36-45. Disponible en: http://dx.doi.org/10.4067/s0717-92272018000100036

Libros

Ayala, H. (2007). *Salvaguardar el orden social. El manicomio del estado de Veracruz (1883-1920)*. México: El Colegio de Michoacán.

Cortés, J. (2010). *Historia de la medicina en Puebla. De la independencia a la Revolución.* México: Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.

Cortés, J. y Palacios, I. (2012). *Historia de la medicina en Puebla. Durante la intervención francesa.* México: Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. Gobierno del Estado de Puebla.

Cuenya, M. (2008). *Revolución y tifo en la ciudad de Puebla.1915-1916*. México: Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. Instituto de Ciencias Sociales y Humanidades. "Alfonso Vélez Pliego".

Foucault, M. (2003). *El poder psiquiátrico. Curso en el College de France (1973-1974).* México: Fondo de Cultura Económica.

Foucault, M. (2014). *Historia de la locura en la época clásica* (Tomo I). México: Fondo de Cultura Económica.

Huertas, R. (2012). *Historia Cultural de la Psiquiatría*. Madrid: Catarata.

Leicht, H. (1934). *Las Calles de Puebla*. México: Ediciones Puebla.

Lomelí, L. (2011). *Breve Historia de Puebla.* México: El Colegio de México. Fideicomiso historia de las Américas, Fondo de Cultura Económica.

Muriel, J. (1990). *Hospitales de la Nueva España* (Tomo I. Fundaciones del siglo XVI). México: Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Históricas, Cruz Roja Mexicana.

Muriel, J. (1991). *Hospitales de la Nueva España* (Tomo II, Fundaciones de los siglos XVII y XVIII). México: Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Históricas, Cruz Roja Mexicana.

Porter, R. (1989). *Historia social de la locura*. Barcelona: Crítica.

Ríos, A. (2013). *La locura durante la Revolución Mexicana. Los primeros años del manicomio General La Castañeda, 1910-1920*. México: El Colegio de México.

Ríos, A. (2016). *Cómo prevenir la locura. Psiquiatría e higiene mental en México, 1934-1950*. México: Siglo XXI.

Rivera, C. (2010). *La Castañeda. Narrativas dolientes desde el Manicomio General. México, 1910-1930.* México: Tusquets.

Sacristán, C. (1994). *Locura y disidencia en el México ilustrado. 1760-1810.* México: El Colegio de Michoacán

Santoscoy, A. (1897). *Historia del hospital Real de San Miguel de Belén. Época Colonial*. Jalisco, Imprenta del Diario de Jalisco-Prisciliano Sánchez. Disponible en: https://cd.dgb.uanl.mx/handle/201504211/14993

Capítulos de libro

Huerta, A. (2009). La materia médica de Vicente Cervantes y la Farmacia Poblana. En *El 250 aniversario del nacimiento de Vicente Cervantes (1758-1829) Relaciones científicas y culturales entre España y América durante la Ilustración* (125-130). Madrid: Real Academia Nacional de Farmacia. Disponible en: https://www.academia.edu/26746985/En_el_250_aniversario_del_nacimiento_de_Vicente_Cervantes_1758_1829_Relaciones_cient%C3%ADficas_y_culturales_entre_Espa%C3%B1a_y_Am%C3%A9rica_durante_la_Ilustraci%C3%B3n

Isaís, M. (2008). Solas y desdichadas. Locura y suicidio femenino ante las circunstancias médico-jurídicas del siglo XIX y principios del XX. En L. C. Vázquez y D. Flores (coords.). *Mujeres jalisciencies del siglo XIX. Cultura, religión Y vida privada* (391-419). México: Universidad de Guadalajara. Disponible en: https://www.academia.edu/492374/Solas_y_desdichadas_Locura_y_suicidio_femenino_ante_la_circunstancia_m%C3%A9dico_jur%C3%ADdica_de_fines_del_siglo_XIX_y_principios_del_XX

Monterrubio, G. (2019). Detrás del hábito: una aproximación a la vida religiosa hospitalaria. Fuentes históricas privadas y retos metodológicos. En L. Ruano, O. López y C. Gamiño (Coord.). *Metodología e investigación. De enfoques y construcciones empíricas* (421-435). México: Universidad de Guadalajara. Disponible en: https://www.academia.edu/42606346/Detr%C3%A1s_del_h%C3%A1bito_una_propuesta_de_aproximaci%C3%B3n_a_la_vida_religiosa_hospitalaria._Fuentes_hist%C3%B3ricas_privadas_y_retos_metodol%C3%B3gicos

Palacios, I. (2010). Higiene y Asistencia Pública. En J. Cortés (ed.). *Historia de la medicina en Puebla. De la independencia a la revolución* (145-188). México: Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.

Ramírez, E. (2022). El estudio de la enfermedad mental en Puebla. La profesionalización de la psiquiatría en los siglos XIX y XX. En. I. Gómez (coord.). *Memorias del II Encuentro Estatal de Jóvenes Investigadores*. (641-658). CONCYTEP. Secretaria de Educación. Gobierno de Puebla. Disponible en: https://concytep.gob.mx/publicaciones/libro-c-l-2022-09-51-memorias-del-ii-encuentro-estatal-de-jovenes-investigadores#4

Ramírez, R. (2017). Las disposiciones contra el pulque durante la Revolución Mexicana. El debate sobre su consumo en la ciudad de México (1912-1917) En G. Tirado (coord.). *Actores y escenarios de la Revolución mexicana* (155-172). México: Ayuntamiento de Puebla. Gerencia del Centro Histórico y Patrimonio Cultural.

Ramos, G. (2021). Aportes de la teoría sociológica Moderna en la Investigación histórica sobre la enfermedad mental. Un estudio de caso. En A. Salcedo y

J. García (coords.). *Socio medicina. Una visión necesaria para la salud Humana* (25-79). México: Amat Editorial.

Rodríguez, A. (2014a). Hospital para dementes Leandro León Ayala, Mérida, Yucatán. En M. González Servín (coord.). *Registro del sistema arquitectónico de pabellones en hospitales de América Latina*. Vol. 1 (185-187). México: Universidad Nacional Autónoma de México. Disponible en: https://www.academia.edu/31052900/El_Hospital_de_San_Juan_de_Dios_de_M%C3%A9rida_Yucat%C3%A1n_Historia_del_primer_edificio_asistencial_de_la_%C3%A9poca_colonial_en_la_ciudad

Rodríguez, A. (2014b). Breve reseña histórica del hospital O´Horan, Mérida, Yucatán. En M. González Servín (coord.). *Registro del sistema arquitectónico de pabellones en hospitales de América Latina*. Vol. 1 (190-196). México: Universidad Nacional Autónoma de México. Disponible en: https://www.academia.edu/31052900/El_Hospital_de_San_Juan_de_Dios_de_M%C3%A9rida_Yucat%C3%A1n_Historia_del_primer_edificio_asistencial_de_la_%C3%A9poca_colonial_en_la_ciudad

Rodríguez, A. (2014c) El hospital de San juan de Dios de Mérida, Yucatán. Historia del primer edificio asistencial de la época colonial en la ciudad. En M. González Servín (coord.). *Registro del sistema arquitectónico de pabellones en hospitales de América Latina*. Vol. 1 (207-233). México: Universidad Nacional Autónoma de México. Disponible en: https://www.academia.edu/31052900/El_Hospital_de_San_Juan_de_Dios_de_M%C3%A9rida_Yucat%C3%A1n_Historia_del_primer_edificio_asistencial_de_la_%C3%A9poca_colonial_en_la_ciudad

Sacristán, C. (2001b). La locura. En M. Rodríguez y X. Martínez (coords.). *Medicina Novohispana del siglo XVIII* (157-162). México: Universidad Nacional Autónoma de México.

Sacristán, C. (2005b) “La locopolis de Mixcoac” en una encrucijada política. Reforma psiquiátrica y opinión pública, 1929-1933. En C. Sacristán y P. Picatto (coords.). *Actores, espacios y debates en la historia de la esfera pública de la Ciudad de México* (199-232). México: Instituto de Investigaciones Dr. José María Luis Mora. Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones históricas.

Sacristán, C. (2008). Para integrar a la nación mexicana Terapéutica deportiva y artística en el Manicomio de La Castañeda en un momento de reconstrucción nacional, 1920-1940. En C. Agostoni (coord.). C*urar, sanar y educar. Enfermedad y sociedad en México, siglos XIX y XX* (pp.99-123). México: Universidad Nacional Autónoma de México. Instituto de Investigaciones Históricas. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. Instituto de Ciencias Sociales y Humanidades. Disponible en: https://www.academia.edu/15513825/Para_integrar_la_naci%C3%B3n_Terap%C3%A9utica_deportiva_y_art%C3%ADstica_en_el_Manicomio_La_Cas

ta%C3%B1eda_en_un_momento_de_reconstrucci%C3%B3n_nacional_1920_1940

Sacristán, C. (2010a). La política de salud mental del estado mexicano en los años 60. En A. Acatauassú (coord.). *III Encontro da Rede Iberoamericana em História da Psiquiatria: livro de resumos. Conferencia llevada a cabo en el Congreso Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz* (65-69). Río de Janeiro: Fiocruz/COC.

Speckman, E. (2003). Morir a manos de una mujer: homicidas e infanticidas en el Porfiriato. En F. Castro y M. Terrazas (coords.). *Disidencia y Disidentes en la Historia de México* (295-320). México: Universidad Nacional Autónoma de México. Disponible en: https://www.historicas.unam.mx/publicaciones/publicadigital/libros/407/disidencia_disidentes.html

Vargas, A. y Aguirre, M. (2015). La umbrosa historia de la "locura". Los hospitales de San Roque y Santa Rosa en Puebla.1875-1910. En M. C. Aguirre (ed.) *De la asistencia a la atención médica. Memoria de cuatro hospitales en Puebla* (69-108). México: Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. Instituto de Ciencias Sociales y Humanidades, Facultad de Medicina.

Vicencio, D. (2017). "Operación Castañeda". Una historia de los actores que participaron en el cierre del Manicomio General, 1940-1968. En A. Ríos (coord.) *La Psiquiatría más allá de sus fronteras. Instituciones y representaciones en el México contemporáneo* (pp.31-88). México: Universidad Nacional Autónoma de México. Instituto de Investigaciones Históricas. Disponible en: https://www.historicas.unam.mx/publicaciones/publicadigital/libros/psiquiatria/688_04_01_Operacion.pdf

Tesis

Bojalil, A. (2009). "Estar loca en la Puebla del siglo XIX: El hospital de San Roque" [Tesis de Maestría, México: Universidad de las Américas Puebla].

González E. (2009). "La arquitectura moderna de uso colectivo en Mérida, Yucatán." [Tesis de doctorado, México: Universidad Autónoma de Aguascalientes].

Hidalgo, E. (2016). "La locura en Aguas Calientes y sus cuatro estados de influencia durante el Porfiriato." [Tesis de doctorado, México: Universidad Autónoma de Aguascalientes]

López, R. (2018). "Entre lo jurídico y lo médico. Discusiones en torno a la enfermedad mental. Hospital de San Roque, Puebla, México. 1880-1911" [Tesis de maestría, México: Instituto de Ciencias Sociales y Humanidades. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.

Remartínez, M. (2018). "Las familias como usuarias del hospital de mujeres dementes en la ciudad de México, 1877-1910" [Tesis de doctorado, México: Instituto Mora].

Valdés, M. (1997). “Análisis de la atención a los enfermos mentales en Monterrey, durante el periodo 1864-1954”, [Tesis de Maestría, México: Universidad Autónoma de Nuevo León].

Vargas, A. (2013) *“*San Roque, Un cambio de Paradigma en la Historia de la Salud Mental. Puebla 1868-1910” [Tesis de Maestría, México, Instituto de Ciencias Sociales y Humanidades. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla].

Ponencias

García, I. (2-5 de octubre de 2013) *En Yucatán el progreso vino de Francia* [Ponencia]. XIV Jornadas Interescuelas. Departamentos de Historia. Departamento de Historia de la Facultad de Filosofía y Letras. Universidad Nacional de Cuyo. Cuyo, Argentina. https://cdsa.aacademica.org/000-010/198

Huerta Jaramillo, A. (19-22 de septiembre de 2007) *El despacho farmacéutico y su dosificación desde la ciudad de Puebla. Dos momentos; 1845 y 1897*. [Ponencia] 38th International Congress for the History of Pharmacy. Sevilla, España. https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/39654/117.pdf?sequence=1

Ramírez, E. (12 de septiembre de 2017) *La asistencia a las mujeres dementes en la ciudad de Puebla del siglo XIX. Maniacas e histéricas en el hospital de San Roque. Años 1885-1889*. [Ponencia]. XXVIII Encuentro Interno de Estudiantes de Historia. Medios Alternativos de Difusión y Aprendizaje, Por una historia interdisciplinar para Todos*.* Puebla, México.

Periódicos en línea

Camarillo, M. (26 de julio de 2022) Con 40 Mdp. iniciará segunda etapa de rehabilitación de “El Batán”. *Periódico Central. Puebla irreverente.* Disponible en: https://www.periodicocentral.mx/puebla/con-40-mdp-iniciara-segunda-etapa-de-rehabilitacion-en-el-batan/58754/

Cruz, A. (8 de junio de 2010) Recuerdo Valioso. *La Jornada de Oriente.* Disponible en: https://www.lajornadadeoriente.com.mx/2010/06/08/puebla/sal12.php

Domínguez, E. (18 de agosto de 2019) Denuncian saqueo de piezas históricas del Antiguo Hospital de San Roque. *El Sol de Puebla*. Disponible en: https://www.elsoldepuebla.com.mx/local/denuncian-saqueo-de-piezas-historicas-del-antiguo-hospital-de-san-roque-3199161.html

Estrada, A. (8 de diciembre 2018) Cumplen 122 años cuidando la mente*. El mundo de Orizaba.*

Camacho, M. (25 de mayo de 2006) 175 aniversario de la Facultad de Medicina*. Tiempo Universitario.* Disponible en: https://archivohistorico.buap.mx/sites/default/files/Tiempo%20Universitario/2006/06/index.html

González, R. (23 de octubre de 2021) La Teresiana y Farmacias Sánchez atendieron la salud de los poblanos. *Milenio.* Disponible en: https://www.milenio.com/politica/comunidad/teresiana-farmacias-sanchez-atendieron-salud-poblanos

Lanzagorta, J. (21 de enero de 2021) Reclusión psiquiátrica viola derechos de personas con discapacidad psicosocial. *Lado B*. Disponible en: https://www.ladobe.com.mx/2021/01/reclusion-psiquiatrica-viola-derechos-de-personas-con-discapacidad-psicosocial/

Llaven, Y. (1 de octubre de 2013) Tras un siglo de servicio, cierra el Psiquiátrico "Nuestra Señora de Guadalupe", en Cholula*. La Jornada de Oriente Puebla*. Disponible en: https://www.lajornadadeoriente.com.mx/puebla/tras-un-siglo-de-servicio-cierra-el-psiquiatrico-nuestra-senora-de-guadalupe-en-cholula/

Reyes, I. (9 de noviembre de 2021) Barbosa rehabilitará inmuebles abandonados de Puebla, entre ellos el Museo San Roque. *Diario cambio.* Disponible en: https://www.diariocambio.com.mx/2021/zoon-politikon/item/32536-gobierno-del-estado-rehabilitara-inmuebles-de-puebla-que-estaban-en-el-abandono?fbclid=IwAR33CQeF47YdDREErqcZD0vJunNFvjBoE6HKcR-hEdzPreS3R2HARNXuHuQ

Reyes, I. (19 de junio de 2023) Ex hospital de san roque reabre sus puertas como casa de las 32 regiones. *Ambas manos.* Disponible en: https://www.ambasmanos.mx/puebla/ex-hospital-de-san-roque-reabre-sus-puertas-como-casa-de-las-32-regiones/91199/

Rivera, B. (31 de enero de 2022) San Roque, el ex hospital de Puebla que ocultó injusticias, abandono y relaciones sexuales. *Central. Puebla Irreverente.* Disponible en: *https://www.periodicocentral.mx/rayas-s/conoce-puebla/san-roque-el-ex-hospital-de-puebla-que-oculto-injusticias-abandono-y-relaciones-sexuales/10259/?fbclid=IwAR2GqgbHfsJsjGoY6GmcrSqjXRepLWtMyzBVh6PbzkMF79WvXXK19eHgC7I_aem_ASMWfcbSSCAx3Qvzw1BOpVxugcJhutDyfuuIs5ZUNmD6iiEjp-vMYPg-NNLDFu0bTDel8_NacmrK30_N9z-nQ1_I#ixzz80Zg4rK3B*

Páginas web

Bartolache, JI. (s.f.). Avisos acerca del mal histérico que llaman latido. *Filosofía en Español*. Disponible en: http://www.filosofia.org/hem/177/1772mv06.htm

Espinosa, M. (6 de octubre de 2014). El Batán es el único hospital psiquiátrico que interna a pacientes con trastornos mentales en Puebla*. Poblanerias.com.* Disponible en: https://www.poblanerias.com/2014/10/el-batan-lleva-47-anos-brindando-servicio-hospitalario-para-enfermos-mentales/

Fernández, A. (12 de marzo de 2020). Cámara de Gesell: qué es y para qué se usa en Psicología. *Psicología.* Universidad Europea Miguel de Cervantes*.* Disponible en: https://grados.uemc.es/blog/que-es-camara-gesell

MTP Noticias. (12 de julio de 2022). Así luce hospital psiquiátrico “El Batán”, tras ser rehabilitado por gobierno de Barbosa. *MTP Noticias.* Disponible en: https://mtpnoticias.com/puebla/hospital-psiquiatrico-batan-rehabilitado-gobierno-barbosa/

S.a. (11 de enero de 2021). Guillaume Duchenne de Boulogne. En *Wikipedia*. Disponible en: https://es.wikipedia.org/wiki/Guillaume_Duchenne_de_Boulogne

Redes sociales

Canal 13 Puebla. [Canal 13 Puebla] (24 de enero de 2022). Encontraron restos humanos y con signos de violencia durante excavaciones en el Hospital San Roque. [Video] Facebook. https://www.facebook.com/Canal13Puebla/videos/309945921191801/

Televisa Puebla. [Televisa Puebla] (24 de enero de 2022). El antiguo hospital de San Roque en la ciudad de #Puebla oculta aterradores secretos que han empezado a ser revelados [Video] Facebook. https://www.facebook.com/watch/?v=261085036107510&rdid=GaItm61JqSdPKXkN

Tv azteca Puebla. [Tv azteca Puebla] (25 de enero de 2022). Restos humanos en el hospital de San Roque. [Video] Facebook. https://www.facebook.com/watch/?v=1457001124694695&rdid=5u1ouFvdyKshg5UO

Vídeo

Hernández, J. [Los Periodistas Jesús Manuel Hernández]. (19 de agosto de 2013) *Casa del Artesano Poblano, otra dependencia a privatizar en Puebla* [Archivo de Video] Youtube. https://www.youtube.com/watch?v=NWjW5mqgQhA

Documentos legales

Constitución de 1857 con sus adicciones y reformas hasta 1901. Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/biblioteca/bibdig/const_mex/const_1857.pdf

Constitución de 1917. Disponible en: http://www.ordenjuridico.gob.mx/Constitucion/1917.pdf

Decreto 78. (1916). Eliminación de la comisión de cambios y moneda de 1905 y modificaciones a la ley de sobre dicha comisión. 7 de septiembre de 1916. Disponible en: https://www.constitucion1917-2017.pjf.gob.mx/sites/default/files/venustianocarranza/archivos/3Enero-Dic1916RecopilaciondeLeyesyDecretos.pdf