



Universidad Autónoma de México

Facultad de Filosofía y Letras

Colegio de Historia

El juicio familiar: calificación y asignación social de la locura (México, 1910-1930)

TESIS

que para obtener el título de

Licenciada en Historia

Presenta

Victoria Beltrán Vilchis

Asesor

Dr. Mauricio Sánchez Menchero

Enero, 2014



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecimientos

Este trabajo es producto del esfuerzo de muchas personas, debido a ellas la presente tesis no se quedó en el tintero. Gracias a mi familia, a mis padres por el amor, la confianza, la constancia y la paciencia, a mis hermanos, mis cómplices, por darme todos los días motivos para reír y seguir adelante, a Benjamín y a Sofía porque sus gritos y sonrisas están impregnados en cada página, en cada palabra. A los amigos, gracias a ustedes esto es lo que soy. A los que siempre quise agradecer, Karenina y Santiago. Gracias a todos ellos por sostenerme cuando me vengo abajo, los quiero con el alma.

Gracias también al Dr. Mauricio Sánchez Menchero, director de este trabajo, por darle sentido a todas las ideas desbordadas, por creer en mi trabajo, por frenarme para lograr ir más rápido, por su apoyo y por sus consejos, por el compromiso brindado a mí y a mis locos. A los sinodales que leyeron con cuidado y compromiso este trabajo mi más sincero agradecimiento, especialmente a la Dra. Claudia Canales y a la Dra. Teresa Ordorika, por la paciencia y los oportunos comentarios que hicieron una mejor versión de la presente investigación.

Al proyecto PAPIIT “Geografías Médicas. Discursos, prácticas y representaciones de la medicina en la Nueva España (siglos XVI-XVII)” por las enseñanzas y por la beca de servicio social que me otorgo. Gracias a la Asociación Palabra de Clío por la beca de titulación, la cual fue sin duda un estímulo para la escritura de este trabajo. A la Fototeca Nacional del INAH por facilitarme el uso de las imágenes incluidas.

ÍNDICE

Introducción.....	1
1. Contexto social: el final del Porfiriato.....	20
1.1 La modernización.....	23
1.1.1 Las familias y su economía.....	29
1.1.2 El Manicomio General: la locura como síntoma de modernización.....	35
2. Escuela de Medicina.....	47
2.1 El desarrollo de la psiquiatría.....	49
2.2 Los protagonistas de la ciencia.....	60
2.3 Relación entre la Escuela y “La Castañeda”.....	64
2.3.1 Los practicantes.....	66
2.3.2 El Personal.....	70
2.3.3 Los curiosos.....	73
2.4 Una alianza incómoda: Psiquiatría y Derecho.....	75
2.4.1 El vacío legal: los médicos amordazados.....	78
3. ¿Quién me metió en el manicomio?.....	93
3.1 Entre acusados y acusadores: el ambiente familiar.....	95
3.2 Los tres reconocimientos: familiar, médico y jurídico.....	103
3.3 La interdicción como protección familiar.....	112
4. De individuos modernos a degenerados.....	126
4.1 La familia y el brote de la locura.....	142
Conclusiones.....	154
Apéndice.....	162
Bibliografía.....	177

Introducción

En 1882 Friedrich Nietzsche publicó su libro *Die Fröhliche Wissenschaft* en el cual se preguntaba dónde estaban las historias de lo que verdaderamente daba color a la existencia humana: el amor, el odio, la envidia, la avaricia, etc. Se trataba de las emociones o sentimientos que realmente habían guiado el espíritu humano y que por tanto imprimían un ritmo al cauce de la historia¹.

Bajo este marco es que ubicamos nuestro trabajo porque al estudiar la locura nos enfocamos en ese padecimiento elementalmente humano que atraviesa transversalmente las capas sociales de arriba abajo sin importar género, edad, etnia, religión o profesión. Ante ello, nuestro trabajo intenta mostrar la vida de hombres y mujeres comunes que vivieron a comienzos del siglo XX en el México que abandonaba Porfirio Díaz y que estaba a punto de vivir el estallido de la Revolución Mexicana. Desde luego si hacemos referencia a esta historia de conflictos políticos o económicos desatados en el fin del Porfiriato es para tener un contexto que nos sirva para estudiar la vida de los enfermos mentales y sus familias en aquel mundo lejano. La locura es, pues, un marco que nos permite asomarnos a la realidad mexicana de 1910 para entender el proceder de la familia quien padeció la marginación de la sociedad y de su loco quien fue recluido en el Manicomio General y que, además, fue sometido a juicio para despojarlos de personalidad civil.

Nuestro objetivo es aportar un capítulo más a la historia de la locura, si, de la locura y no de la enfermedad mental, ya que debemos recordar que esta última es propiamente un

¹ Peter Burke, *¿Qué es la historia cultural?*, Barcelona, Paidós, 2006, p. 134.

término del campo médico, es decir, hace referencia a una entidad orgánica. Por ello creemos que el empleo del término locura es mucho más afortunado para nuestra investigación, ya que este aborda la dimensión simbólica de lo que la sociedad –agentes no especializados como la familia ó los jueces– creía en torno a la alienación mental². Queremos entender la locura como una instancia de representación de la enfermedad mental que estuvo atravesada no sólo por la mirada médica, sino por muchos otros sectores de la sociedad como la familia, los jueces, los peritos médicos y la Beneficencia Pública, para sacar así a las enfermedades mentales del discurso propiamente médico de aquella época e introducirla como parte de la realidad cotidiana bajo el concepto de locura³.

Por ello, hablar de las enfermedades mentales nos limitaría el campo de análisis debido a que nuestras fuentes primarias –casos clínicos y expedientes judiciales– nos permiten escuchar las diferentes voces que atravesaron la representación de la locura y que nos muestran “el conjunto de ideas y valores creadas por la sociedad para comprender aquellas actitudes asociadas a la locura.”⁴ Conviene traer a colación el ejemplo que Remo Bodei utilizó para explicar el estudio de algunos gestos humanos como la sonrisa. Señaló

² Aunque se trate de otra temporalidad y espacio como lo es el mundo de Lope de Vega en el Siglo de Oro español, queremos retomar y adaptar para nuestro trabajo el análisis semántico que realiza Belén Atienza únicamente para enfatizar cómo el “término locura es mucho más amplio y complejo que el de ‘enfermedad mental’”. Belén Atienza, *El loco en el espejo: locura y melancolía en la España de Lope de Vega*, Amsterdam, Ediciones Rodopi, 2009, p. 7.

³ La locura se identificaba regularmente por cambios conductuales como el exceso de bebida, de fiesta, la falta de respeto a los miembros familiares ó hasta a las autoridades públicas, etc. mientras que la enfermedad mental era identificada por una serie de síntomas como las alucinaciones, la megalomanía, la tristeza. Ver Andrés Ríos Molina, *La locura durante la revolución mexicana*, México, El Colegio de México, 2009, p. 36.

⁴ *Ibid.*

que si dijéramos que este gesto es meramente una contractura muscular estaríamos en lo cierto, pero sería una explicación inconclusa, ya que tendríamos que decir que esa mueca tiene un significado cultural que va más allá de la reacción física⁵.

Una vez explicitado por qué utilizaremos los términos “locura-loco”, podemos avanzar diciendo que nuestro estudio tiene también una reflexión dentro de la historiografía, pues busca avalar las nuevas líneas de investigación histórica tomando variables culturales para entender el mundo de nuestros antepasados, es decir, la locura vista desde los juicios de interdicción⁶ y a través de ellos rastrear los discursos, las prácticas y las representaciones en torno a la misma.

Muchos estudios que tienen como objeto de estudio la historia de la locura, la psiquiatría o el manicomio se han empeñado en descubrir si los enfermos que permanecieron en una institución psiquiátrica fueron calificados como dementes que padecieron realmente una enfermedad física o si sólo fueron castigados por estar en contra de su realidad. Para nosotros este objetivo no es importante, no queremos descubrir si Manuela C. o Joaquín R. estuvieron enfermos o no, si la familia fue su verdugo o apoyo. Por el contrario, pretendemos entender cómo y de qué manera enfrentaron su encuentro con la locura y cómo intentaron combatirla. En palabras de Michael Foucault se trata de que “dejemos a las arqueologías médicas el afán de determinar si estuvo enfermo o no, si fue alienado o

⁵ Justo Serna Alonso, *La historia cultural: autores, obras y lugares*, Madrid, Akal Ediciones, 2005, p. 6.

⁶ La palabra interdicción proviene del latín *interdictio* acción del verbo *interdicere* que significa prohibir ó privar de algo. En el ámbito jurídico se entiende por juicio de interdicción al proceso que se encarga de privar de los derechos civiles a los incapaces (menores de edad ó enfermos mentales).

criminal"⁷, para, en cambio, enfocarnos en reconstruir ese mundo sin intentar enderezar lo que estuvo torcido en su época.

La locura ha tenido diversas definiciones y tratamientos a lo largo del tiempo dependiendo de la sociedad que la cobija y que son consecuencia de diferentes representaciones. Por ello la locura requiere ser explicada en su contexto, es decir a la luz de su tiempo. Pero además esta observación puede realizarse desde diversos ángulos, en nuestro caso fue a través de un componente social como la familia, lo cual nos permitió tener un enfoque y nitidez particulares.

Como lo enuncia el título de este trabajo, la temporalidad escogida va de los años 1910 a 1930, la principal razón para hacer el corte temporal tiene que ver con la inauguración del Manicomio General y con el marco legal en el que se suscribieron los juicios de interdicción trabajados, es decir el código civil promulgado en el año de 1884, el cual tendría vigencia hasta el año de 1928, cuando los legisladores aprobaron el nuevo código que entraría en vigor en 1931.

Creo que es conveniente aclarar que la cronología del trabajo no será lineal ya que hemos querido organizar el trabajo de otro modo. Los capítulos fueron pensados como unidades de explicación de cada una de las tres instancias en las que nos detuvimos para realizar la investigación, así el primer capítulo esta dedicado a los antecedentes, el segundo a la institución médica, el tercero a la institución judicial y el último a la familia. **Cómo parte de**

⁷ Michel Foucault, *Historia de la locura en la época clásica*, México, Fondo de Cultura Económica, 1976, vol. I, p. 174.

nuestra propuesta arquitectónica quisimos incorporar al inicio de los tres primeros capítulos una pequeña síntesis de tres de nuestros casos, por lo cual el lector debe entender esos pequeños textos como un ejemplo de lo que nos encontramos en los archivos y que además responde a una inquietud personal de la autora. Uno de los primeros acercamientos que tuvimos con el tema de la locura no fue dentro de textos historiográficos sino a través de la literatura con obras como *Delirio* de Laura Restrepo, *La habitación roja* de Nicci French y *Nadie me verá llorar* de Cristina Rivera Garza. La inclusión de esos “cuentos” es una llamada de atención que la autora de este texto hace a los historiadores para invitarlos a construir de otra manera sus relatos.

Si seguimos la idea de Gramsci de que la cultura se encuentra en todas las manifestaciones de la vida individual y colectiva⁸, podríamos señalar que la atención a la locura es una expresión cultural que por lo mismo nos demanda estudiar este componente del sentido social. Pero para entender lo que son estas manifestaciones culturales, podemos señalar, de manera breve, que se trata de las respuestas de los seres humanos ante la naturaleza. En otras palabras, la cultura es la respuesta a las necesidades del hombre⁹ traducidas en discursos, prácticas y representaciones¹⁰.

Para nuestro caso pensamos que la metodología generada a partir de la historia cultural nos podía permitir analizar precisamente los “comportamientos colectivos, sensibilidades,

⁸ Gilberto Giménez Montiel, *Teoría y análisis de la cultura*, México, Consejo Nacional para la Cultura y las Artes, 2005, vol. I, p. 71.

⁹ Serna, *op. cit.*, p. 7.

¹⁰ Mauricio Sánchez Menchero, *El corazón de los libros. Alzate y Bartolache: lectores y escritores novohispanos (siglo XVI)*, México, Universidad Nacional Autónoma de México-Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades, 2012, pp. 46-47.

imaginaciones, gestos a partir de instancias, como las instituciones de sociabilidad...”¹¹. Es decir, la naturaleza encarnada en la enfermedad y la cultura personificada en la representación de la locura y las diversas atenciones a ésta, ya fuera la internación, la interdicción o ambas.

Hemos señalado en esta introducción que nos interesa estudiar cómo los grupos familiares se apropiaron de una representación de la locura hecha por otras instancias como la médica y la jurídica, representación que fue moldeada para poder ser utilizada según las necesidades, creencias o conocimientos familiares. Por ello nos interesa analizar los discursos y las prácticas referidas al tratamiento de la locura y que dan cuenta de estas representaciones.¹² Conviene recordar que los modos de enfrentar la locura iban mucho más allá de la práctica médica, la misma interdicción formó parte de la atención que se encontraba fuera del campo médico¹³.

Ahora bien, nuestro método de trabajo tuvo como protagonistas los tres grupos que tuvieron un papel fundamental en la construcción de la locura en el México de inicios del siglo pasado: la justicia, los médicos y la familia. Sin embargo, debemos aclarar que nuestra intención no ha sido llevar a cabo una historia de la medicina o de la psiquiatría, tampoco ha sido nuestro interés hacer una historia jurídica de los aspectos legales relativos al padecimiento mental. Antes bien, nuestro interés se ha enfocado en explicar el papel que la familia tuvo en esos dos mundos: el sistema judicial y el ámbito médico.

¹¹ Pierre Rioux, y Jean-François Sirinelli, *Para una Historia Cultural*, México, Taurus, 1999, p. 37.

¹² Giménez, *op. cit.*, pp. 80-84.

¹³ Ver Roger Chartier, *El mundo como representación: estudios sobre Historia Cultural*, Barcelona, Gedisa, 1992, p. 49.

Desde luego partimos de casos específicos para rastrear la idea de locura que se gestó a principios del siglo pasado, sobre todo con la construcción del Manicomio General de México, mejor conocido como “La Castañeda”.

Gracias a que nuestros locos fueron sometidos a juicios de interdicción es que ahora tenemos noticia de ellos. Sus trayectorias fueron extraordinarias porque se trataron – como la misma palabra refiere- de sucesos que no se veían ni ocurrían a diario. Aquí queremos subrayar que la historia cultural, en una parte, ha puesto en práctica la metonimia –la parte por el todo–, encargándose así de personajes específicos como el molinero Menocchio¹⁴, el fugado Martin Guerre¹⁵ o el espía Jacques-Pierre Brissot¹⁶. En nuestro caso se trataron de 9 historias a partir de las cuales buscamos encontrar un marco general que explicara la locura en México, tan solo una primera reflexión para completar este gran fresco desde diversos ángulos.

Las fuentes en las que nos basamos para la presente investigación fueron, en primera instancia los expedientes judiciales de los juicios de interdicción resguardados en el Archivo General de la Nación en el ramo del Tribunal Superior de Justicia del Distrito Federal, dichos expedientes necesitaron ser completados con la documentación conservada en el Fondo Manicomio General del Archivo Histórico de la Secretaría de Salud.

¹⁴ Carlo Guinzburg, *El queso y los gusanos: el cosmos según un molinero del siglo XVI*, México, Océano, 1998.

¹⁵ Natalie Zemon Davis, *El regreso de Martin Guerre*, Barcelona, Antoni Bosch, 1984.

¹⁶ Robert Darnton, “Un espía en Grub Street”, en R. Darnton, *Edición y subversión. Literatura clandestina en el Antiguo Régimen*, México, Fondo de Cultura Económica, 2003.

La selección de los expedientes judiciales se realizó en dos etapas: en la primera se buscó que los casos cumplieran con dos variables, que se encontraran dentro de la temporalidad elegida y que los promotores del juicio fueran familiares¹⁷; para ello la guía general del Archivo fue la principal herramienta. La segunda etapa consistió en una rápida revisión de los expedientes que se habían localizado, valorando así el contenido de los mismos y teniendo en cuenta que a partir de ellos íbamos a reconstruir el episodio familiar respecto al problema específico de la locura, por lo cual los expedientes de menos de 15 fojas o los que no tuvieran los documentos completos fueron descartados. Este proceso de selección arrojó finalmente 9 historias, las de Aurelio M., Joaquín R., Taube H., Ventura T., Manuela C., Carlos M., Luis L., Miguel G. y Pablo W., que sirvieron como base al presente trabajo.

Como resultado del citado proceso de selección se obtuvo una muestra de los juicios de interdicción que tuvo una principal característica: era una muestra heterogénea. En una primera instancia pensamos que esa diversidad en las fuentes sería un muro que nos impediría el análisis, sin embargo al leer los expedientes nos dimos cuenta que esa característica nos permitiría problematizar el papel de la familia: nuestros grupos familiares tenían diferentes orígenes, algunos eran de la ciudad de México, otros del interior de la República y uno más era extranjero; algunos estuvieron internados en clínicas privadas, otros en el Manicomio General y otros más permanecieron en sus casas, además encontramos tanto hombres como mujeres. Gracias a la muestra que surgió de la selección es que pudimos evitar generalizaciones en cuanto a nuestro objeto de estudio.

¹⁷ Este criterio de selección es uno de los más importantes, ya que como sabemos la investigación tiene como objeto rastrear y reflejar el papel que la familia jugó en la identificación, tratamiento y definición de la locura.

La información, proveniente tanto de una fuente de origen médico como de otra de naturaleza jurídica, nos permitió cruzar los datos para entretrejer de la mejor manera la representación sociocultural de la locura, además de que tanto uno como otro tipo de expedientes nos ayudaron a llenar vacíos relativos a las historias familiares¹⁸ vista desde el episodio familiar.

El papel que la familia jugó en el análisis fue fundamental, ya que su presencia en los documentos y, por tanto, en la definición y atención de la locura, se hizo más que evidente. El estudio de la importancia de la familia en la historia ha dado sus frutos desde la segunda mitad del siglo XX, ha sido trabajado desde diversos puntos como la estructuración de la vida social y económica. Sin embargo, los estudios históricos sobre el papel que ella ha jugado en ámbitos de la vida cultural y social – como el campo de la enfermedad– aun son escasos¹⁹.

Según Carmen Castañeda durante los años ochenta los historiadores comenzaron a interesarse por la historia interna de la familia mexicana, así se centraron en estudiar los valores, emociones y temas relacionados con la sexualidad.²⁰ En nuestro caso, como ya hemos señalado, si nos enfocamos hacia el grupo familiar fue para estudiar los discursos y las prácticas expuestos y desarrollados durante el proceso judicial y el análisis médico que

¹⁸ Mauricio Sánchez Mechero, “Herencias del porvenir. Genealogía social de la familia Campos-Aldana”, en *Estudios sobre las Culturas Contemporáneas*, vol. 1, núm. 1, Junio, 1995, p. 94.

¹⁹ Cristina Sacristán, “¿Quién me metió en el manicomio? El internamiento de enfermos mentales en México, siglos XIX y XX”, en *Relaciones*, vol. XIX, núm. 74, primavera, 1998, p. 209.

²⁰ Carmen Castañeda, “La investigación histórica sobre la familia”, en Catalina Denman, *Familia, salud y sociedad*, Guadalajara, Universidad de Guadalajara, 1993, p. 22.

los enfermos enfrentaron, para así dar razón de qué tanta injerencia tuvo este grupo no especializado en el tratamiento de la locura.

La familia nos ha servido, entonces, como una unidad explicativa de un fenómeno sociocultural como la locura: por medio de estas comunidades describimos el brote de la enfermedad y los procesos clínicos y jurídicos seguidos, ya que las familias fueron piezas claves para la recuperación o no de la cordura²¹. Es por ello que hemos insistido en que lo que intentamos reconstruir con las fuentes primarias no fue la historia de sujetos aislados sino de grupos familiares porque a través de estos entramados pudimos entender y explicar los procesos vividos alrededor de la demencia. En palabras de Daniel Bertaux “las historias de familias hacen mucho más que dejar ver lo que se esconde tras el origen social de un individuo. Nos ayudan a desplazar la mirada, a concentrar la atención no sólo en los individuos y sus trayectorias, sino en las relaciones entre padres e hijos”²²; o como en algunos de los casos aquí presentados, entre esposos o hermanos.

Ahora bien, para poder explicar cómo grupos no especialistas en el ámbito médico, como las familias aquí estudiadas, pudieron tener una injerencia directa en los procesos clínicos relativos a la locura, nos fue necesario entender que el mundo cultural está sometido a un campo de tensiones entre campos especializados y las apropiaciones de representaciones populares conservadas en la red de grupos sociales concretos²³. Es decir, la presión que

²¹ Eduardo Menéndez, “Familia, participación social y proceso salud/enfermedad/atención” en Denman, *op. cit.*, p. 133.

²² Daniel Bertaux, “El patrimonio y su linaje: transmisiones y movilidad social en cinco generaciones”, en *Estudios sobre las culturas contemporáneas*, vol. VI, núm. 18, 1994, p. 28.

²³ Giménez, *op. cit.*, p. 127.

generó la acción de una incipiente y todavía incierta disciplina psiquiátrica ante los grupos familiares nos permite entender la verdadera realidad cotidiana del México de inicios del siglo pasado. Por ello conviene incluir el concepto de psiquiatrización de la cultura acuñado por Ríos Molina, entendida como la creciente circulación de conceptos pertenecientes a esta psiquiatría, alimentando así la representación que la sociedad se hizo y se hace acerca de las enfermedades mentales, “imaginarios que no necesariamente se apegan a los referentes científicos sobre las psicopatías, pero que están enriquecidos y moldeados por el contexto cultural.”²⁴

A continuación hablaremos de los autores que han estudiado este tema, para poder dar una visión general del estado de la cuestión y así aquilatar la aportación u originalidad de esta investigación. Citamos en primer término a Cristina Sacristán quien se especializó en la reconstrucción histórica del Manicomio General, además de abrir brecha y aportar mucho al tema de la Psiquiatría y el Derecho en sus dos acepciones: el vacío legal en torno a una legislación para el internamiento de locos y la incapacitación civil para los mismos en el México del siglo XIX, cuyas investigaciones se han basado mayormente en fuentes judiciales, como es el caso de su tesis doctoral titulada *Locura y Justicia en México. La psiquiatría, la familia y el individuo frente a la modernidad liberal: el caso Raygosa, 1873-1877*, texto que reconstruye una casa de interdicción y que por su acercamiento a dicho tema fue luz en el camino de la interdicción tratado en este trabajo. En el caso de Andrés Ríos Molina, su enfoque vislumbra la importancia de la familia en la dinámica interna del

²⁴ Andrés Ríos Molina, “El niño y la niebla. La enfermedad mental según Rodolfo Usigli y Roberto Gavaldón”, en *Cuicuilco*, vol. 16, núm. 45, enero-abril, 2009, pp. 29-30.

Manicomio General como se expone en su obra *La locura durante la revolución Mexicana. Los primeros años del manicomio General La Castañeda, 1910-1920*. Cristina Rivera Garza a través de su mirada histórica y literaria supo estudiar expedientes clínicos de pacientes asilados para reconstruirlos de una forma por demás vital, sus trabajos fueron de suma importancia para la construcción arquitectónica del presente texto, así como por su reconstrucción del loco como un ser doliente²⁵.

Estos tres autores son los que por su acercamiento al tema tuvieron mayor importancia en la investigación de este trabajo, sin embargo hay una serie de trabajos historiográficos que han ayudado a comprender el panorama general de las relaciones entre medicina-familia-Estado como lo son los trabajos de Claudia Agostoni²⁶ para quien el tema de la psiquiatría es un episodio más de la historia de la medicina en México, Elisa Speckman²⁷ ha analizado el crimen y la justicia en México por lo que se ha visto involucrada en temas como la

²⁵ *La Castañeda: Narrativas dolientes desde el Manicomio General. México, 1910-1930*, México, Tusquets, 2010, 332pp. *Nadie me verá llorar*, México, Tusquets, 2008, 201pp.

²⁶ *Las estadísticas de salud en México. Ideas, actores e instituciones, 1810-2010*, en coautoría con Andrés Ríos, México, Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Históricas/Dirección General de Información en Salud, Secretaría de Salud, 2010. *Curar, sanar y educar. Salud, enfermedad y sociedad en México, siglos XIX-XX*, edición de Claudia Agostoni, México, Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Históricas/Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, Instituto de Ciencias Sociales y Humanidades, 2008. (Serie Historia Moderna y Contemporánea, 49). *De normas y transgresiones. Enfermedad y crimen en América Latina (1850-1950)*, edición de Claudia Agostoni y Elisa Speckman, México, Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Históricas, 2005.

²⁷ *Crimen y justicia en la historia de México. Nuevas miradas*, coordinación de Elisa Speckman y Salvador Cárdenas, México, Suprema Corte de Justicia, 2011. *Crimen y castigo. Legislación penal, interpretaciones de la criminalidad y administración de justicia (ciudad de México, 1872-1910)*, 1ª reimpresión, México, Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Históricas / El Colegio de México, 2007 (1ª ed. 2002). *¿Quién es criminal?: un recorrido por el delito, la ley, la justicia y el castigo en México: desde el virreinato hasta el siglo XX*, México, Castillo, 2006. (La otra escalera. La máquina del tiempo). *De normas y transgresiones. Enfermedad y crimen en América Latina (1850-1950)*, edición de Claudia Agostoni y Elisa Speckman, México, Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Históricas, 2005.

responsabilidad penal de los enfermos mentales, Juan Capetillo Hernández²⁸ se interesa por la historia de la locura en México y en el mundo, Antonio Padilla Arroyo²⁹ se ha acercado al tema de la enfermedad mental a través de la infancia anormal y su educación. Así como ellos, muchos otros han decidido dar cabida al tema de la locura como una variante más de la historia.

Por todo lo señalado pensamos que nuestra aportación será justamente estudiar los juicios de interdicción –que no han sido trabajados profundamente desde la historia en México– como un episodio en una historia familiar, que nos sirvan como ventana para poder entender la manera en que estas familias enfrentaron su encuentro con la locura, para así enriquecer los estudios que de este tema existen. Nuestro objetivo al trabajar los documentos de los procesos de incapacitación es demostrar que pueden ser utilizados como hasta ahora lo han sido los expedientes clínicos procedentes del Manicomio General, como fuentes polifónicas, es decir donde encontramos la voz del enfermo, del familiar, del médico, del tutor, del jurista, etc. En resumen, el tema de este trabajo será el papel de la familia en la construcción de la locura durante la segunda y tercera década del siglo XX, siendo los juicios de interdicción junto con los expedientes clínicos los cofres familiares que nos ayudarán a reconstruir los episodios familiares.

²⁸ *La emergencia del psicoanálisis en México*, México, Universidad Veracruzana, 2012. “Cuerpos sin historia. De la psiquiatría al psicoanálisis en México (1880-1920)”, en *Frenia*, vol. 8, núm. 1, 2008, pp. 207-220.

²⁹ “De excluidos e integrados: saberes e ideas en torno a la infancia anormal y la educación especial en México, 1920-1940”, en *Frenia*, vol. 9, núm. 1, 2009, pp. 97-134.

Cuando pensamos en la historia de la locura, inevitablemente evocamos al pensador francés Michael Foucault; sin embargo, en esta ocasión quisiéramos alejarnos de algunas de sus ideas. La teoría del poder psiquiátrico aplicada a otras realidades buscó su sustento en los textos de origen médico, en los cuales los científicos pudieron construir discursos teóricos para delimitar así su campo de especialidad. Sin embargo, en la práctica no siempre fue así.³⁰ En esta investigación intentamos mostrar cómo el llamado “poder psiquiátrico” no tuvo cabida en el caso mexicano por varias razones que se develarán a lo largo de este trabajo, pero que tienen que ver con la aplicación de modelos teóricos que nacieron para estudiar determinado tiempo y espacio y que, por tanto, al ser aplicados a otros no tienen la misma validez.

Con esto no pretendemos desacreditar las investigaciones de aquel historiador, quien sin duda abrió camino para que la discusión histórica apuntara no sólo a nuevas preguntas sino a nuevos modos de hacer historia, es más bien una exhortación a que futuras investigaciones estudien y apliquen con mucha cautela las teorías de análisis social que no pertenecen a la temporalidad ni al espacio que estudian.

No es ocioso mencionar que la gran aportación de dicha teoría foucaultiana fue “poner de relieve la importancia del contexto histórico en la formulación de los conceptos de

³⁰ Cristina Sacristán, “La locura se topa con el manicomio. Una historia por contar”, en *Cuicuilco*, vol. 16, núm. 45, enero-abril, 2009, p. 176.

enfermedad, pocos dudaron después que las definiciones de la locura y la cordura estén cultural e históricamente determinadas”.³¹

Hemos organizado nuestro estudio en cuatro capítulos. El primer capítulo tiene como objetivo dibujar el escenario en el cual pudieron actuar los protagonistas (familia, locos, jueces, médicos). El contexto del final del Porfiriato, las aportaciones y desventajas que ese período dejó al país –tanto en el ámbito político, económico, cultural y científico– son traídas a la luz para observar bajo qué ideales fue inaugurado el Manicomio General “La Castañeda”, así como dar un paseo por la génesis del manicomio mexicano.

En el segundo capítulo nos adentramos en el medio médico, especialmente al papel que la Escuela de Medicina desempeñó en la profesionalización de la psiquiatría, así como su relación con “La Castañeda” y el impacto que el manicomio tuvo en el gremio científico mexicano. En este sentido damos cuenta de la relación entre Psiquiatría y Derecho y de los vacíos e incursiones que afectaron la dinámica de la medicina mental en México.

En el tercer capítulo se bosquejó la parte referente a la familia y el uso que ésta le dio a la interdicción ó incapacitación civil. En primer lugar se reflexionó acerca del papel que desempeñaron los agentes externos a la hora de presentar a los presuntos enfermos en el manicomio. Enseguida se analizaron los brotes de la locura para así entender el papel que cada miembro familiar, médico y jurídico desempeñó en la detección y la decisión del tratamiento. También se abordó el tema de la educación como uno de los medios para

³¹ Mary Lindemann, *Medicina y sociedad en la Europa Moderna: 1500-1800*, Madrid, Siglo XXI, 2001, p. 27.

moldear el comportamiento social de los individuos, mismo que se vio afectado por la aparición de la locura. Finalmente, se llevaron a cabo una serie de aclaraciones respecto a un término como reconocimiento, analizando a su vez lo que significó la interdicción como proceso jurídico y como herramienta judicial que las familias usaron en su favor para darle solución a problemas de orden privado, es decir, del medio familiar.

El cuarto capítulo está dividido en dos partes: la primera de ellas se encarga de subrayar algunos puntos para entender cómo los individuos cruzaron la línea que divide a la normalidad de la anormalidad. La segunda parte se enfocó en hacer notar cómo se presentaba la enfermedad, es decir, qué estrategias fueron seguidas en el entorno familiar para internar a uno de sus miembros.

Luis L. ingresó al Manicomio General por primera vez el 19 de marzo de 1919, por recomendación del director de la Beneficencia Pública y del dueño de la Droguería Grisi. En ese primer ingreso fue diagnosticado con demencia, según la hoja del interrogatorio el objetivo de aquella internación era la necesidad de tratamiento, contrariamente, el loco permaneció desde su fecha de ingreso hasta el mes de octubre del mismo año sin recibir ningún tratamiento médico. Durante esa primera estancia fue pensionista de primera, lo cual no ayudó para que Luis L. se mostrara más colaborador con el personal, de hecho hay un carta enviada por la madre un mes después de que hubiera ingresado, en la que lo animaba a seguir con el tratamiento y a “platicar con él doctor”¹.

La apatía de Luis, no sólo era exclusiva hacia el médico que le atendía, sino a toda persona que intentara relacionarse con él. Los médicos y los trabajadores del manicomio decían: “con su familia se muestra apático, negándose a leer las cartas de la mamá, a escribirles y salir de visita [...] en el pabellón de observación se le ha visto siempre apartado, retraído, antisociable.”²

El primero de octubre del mismo año, la madre envió al director del manicomio una carta para pedir el alta de su hijo, a razón de que ni ella ni el resto de la familia habían visto mejoría a lo largo de los casi siete meses que Luis había permanecido en Mixcoac, por lo cual habían decidido seguir con el tratamiento en la comodidad de su casa, decisión que les costaría mucho. Sólo seis días después de haber sido dado de alta, es reingresado a la antigua hacienda de castaños, en esta ocasión también le acompaña una carta de recomendación expedida por el Doctor Juan Saldaña, en la que señala la prudencia de volver a internar a ese demente precoz debido a no estar curado aún.

¹ Archivo Histórico de la Secretaría de Salud (AHSS), Fondo Manicomio General (F-MG), Sección Expedientes Clínicos (S-EC), en adelante AHSS, F-MG, S-EC, CAJA 92, EXP. 23, f. 39.

² AHSS, F-MG, S-EC, CAJA 92, EXP. 23, f. 40.

El juicio de interdicción es promovido por la madre durante esa segunda estancia en el manicomio³. El 28 de octubre de 1920 doña María Luisa M. le presentó al juez los tres motivos por los que consideró necesario llevar a cabo dicho proceso judicial: primero señaló que su hijo estaba internado en el nosocomio de Mixcoac desde marzo de 1919, el segundo argumento fue que durante ese tiempo no había tenido ninguna mejora y por último, habiendo heredado algunos bienes materiales de su padre, doña María Luisa vio bien que se nombrara un representante legal que se encargara de dichos bienes.

Procediendo con el juicio, el juez señala que el reconocimiento médico deberá llevarse a cabo el día 4 de noviembre de 1920, pero la madre pide que la fecha sea cambiada por cuestiones personales a lo que el juez señala el 20 de noviembre como nueva fecha para el peritaje. Al parecer Doña María Luisa era una mujer muy ocupada porque ese día tampoco se llevó a cabo a solicitud de la misma. Finalmente el peritaje se realizó el 27 de noviembre del mencionado año.

El doctor Oscar León y Telésforo Salazar Rebolledo fueron los médicos asignados para realizar el examen médico en las instalaciones del Manicomio General, este reconocimiento nos da mucha más información acerca de la vida de Luis L. que cualquier examen realizado en “La Castañeda”, conozcamos pues a nuestro primer protagonista. diciembre 1920⁴: Luis Luna es un ingeniero soltero de 26 años. El problema de Luis había comenzado dos años atrás cuando por causa de una crisis de influenza española había comenzado a tener modificaciones en el carácter, entre los que estaban la apatía e indiferencia hacia la vida, aminorándose sus sentimientos y agotándose su sensibilidad moral. Pero fue la alteración entre estados de “oposición terca y una actitud pasiva en extremo” lo que verdaderamente orilló a la familia de nuestro protagonista a decidir llevarlo al Manicomio General.

³ Archivo General de la Nación (AGN), Fondo Tribunal Superior de Justicia del Distrito Federal (TSJDF), en adelante AGN, F-TSJDF, Caja 1628, Folio 292003, f. 8.

⁴ AGN, F-TSJDF, Caja 1628, Folio 292003, f. 13.

Durante el interrogatorio Luis se muestra necio y habla de cosas sin ninguna coherencia, por ejemplo, el enfermo aseguraba que si se le daba de alta iría a buscar a su padre, aunque este estuviera muerto, para encontrarle resucitado. Finalmente los doctores declaran que padecía Demencia Precoz Simple y que por lo tanto está incapacitado para el ejercicio de sus derechos civiles.

En abril de 1921, cuatro meses después de haber presentado la conclusión del reconocimiento, el juez nombra como tutor al señor Eduardo Naude, al cual se pide que realice la investigación acerca de la existencia de bienes propiedad del enjuiciado. El 21 de abril el mencionado tutor presenta los resultados de dicha tarea, concluyendo que Luis Luna poseía una propiedad de la cual recibía 63 pesos mensuales por concepto de renta de los nueve cuartos que conformaban dicha propiedad.

Como parte del proceso para legalizar la representación jurídica de Luis Luna por Eduardo Naude, se pide a este último un fiador que avale la calidad moral del tutor. Este proceso duró un año –mayo de 1921-mayo de 1922– durante dicho periodo ni la familia ni el enfermo actúan en el ruedo jurídico.

Durante los primeros días del mes de septiembre del año de 1922, la hermana del Luis exige el alta del mismo argumentando que tomará las responsabilidades que eso implicaba⁵. Tuvieron que pasar dos años para que la familia, apoyada en la Beneficencia Pública, internara por tercera ocasión a Luis, permaneciendo esta vez veinticinco años, hasta diciembre de 1949 cuando fallecería dentro de los muros de “La Castañeda”. De este último ingreso, aunque sea el más largo, tenemos información muy escasa pero seguramente este establecimiento se convirtió en su hogar.

⁵ AHSS, F-MG, S-EC, CAJA 92, EXP. 23, f. 7.

El mundo está cambiando vertiginosamente
del otro lado de las ventanas.
La velocidad marea, da náuseas y esperanzas
al mismo tiempo, vértigo. El siglo XX.

Cristina Rivera Garza. *Nadie me verá llorar*.

El estudio de cualquier acontecimiento histórico sería imposible si nos olvidáramos de enmarcarlo por el mundo que lo contiene y moldea. La definición de enfermedad está sujeta a la sociedad en la que está inmersa, como dice Marcel Sendrail “las enfermedades mentales están estrechamente vinculadas a los modos de vida, a la civilización y a la cultura.”⁶ En este capítulo se dibujará el paisaje sobre el cual actuaron las familias, los médicos, los juristas y los propios locos, con la finalidad de adentrar al lector en la sociedad mexicana capitalina de principios de siglo XX.

Por ello, es necesario que hablemos del gobierno de Porfirio Díaz, ya que fue durante este período cuando se replanteó y discutió la idea de un nuevo sistema de atención médica para las enfermedades mentales. Según Diego Pulido fueron dos acciones las que se llevaron a cabo para poder profesionalizar el campo médico: se crearon instituciones de educación y práctica de la medicina y se multiplicaron las asociaciones gremiales en donde se reunían [los médicos]⁷.

Como parte fundamental de la primera acción nos encontramos con el Instituto Médico Nacional, el cual fue inaugurado en 1888 con el objetivo de dar forma científica a la terapéutica nacional además de completar los datos de la geografía médica del suelo

⁶ Marcel Sendrail, *Historia cultural de la enfermedad*, Madrid, Espasa-Calpe, 1983, p. 423.

⁷ Diego Pulido Esteva, *Imágenes de la locura en el discurso de la modernidad. Salud mental y orden social a través de las visiones médica, criminológica, legal y literaria. (Ciudad de México, 1881-1910)*, Tesis de Licenciatura, México, El autor, 2004, p. 17.

nacional.⁸ Por un lado el IMN se encargaba de la investigación farmacológica, química y botánica para su empleo en la terapéutica médica, por otro los centros hospitalarios se encargaban de ponerla en práctica, así se creaba un medio médico científico completo, la investigación y su práctica.

Volvamos al contexto social, después de casi todo un siglo de luchas por el poder, de hambre, de violencia e inseguridad, los mexicanos encontraron en el régimen del General Díaz, un momento de aparente paz y reconstrucción. Sin embargo, el paso de los años puso al descubierto que el orden y el progreso que se habían alcanzado estaban fincados en una sociedad mexicana más polarizada. Por ello, si el Porfiriato alcanzó su cumbre con los festejos del Centenario de la Independencia, a partir de los cuales comenzó su derrumbe. Así, “México fue testigo del surgimiento de la Revolución que llevó al régimen del General Díaz, de alrededor de treinta años de antigüedad, a su fin.”⁹

Pero hay que tener en cuenta que la Revolución actuó de manera distinta y a su propio ritmo en las diversas regiones del país, “la lucha armada flageló más rápidamente en el campo que en las ciudades [...]”¹⁰. En la ciudad de México la Decena Trágica en 1913 y el período de 1915-1920 pusieron de relieve la verdadera inestabilidad política y la violencia cuando “amanecía villista, almorzaba constitucionalista y merendaba zapatista.”¹¹

⁸Nina Hinke, *El Instituto Médico Nacional*, México, Centro de Investigación y de Estudios Avanzados del Instituto Politécnico Nacional, UNAM, 2012, p. 50.

⁹ Cristina Rivera Garza, *La Castañeda: Narrativas dolientes desde el Manicomio General. México, 1910-1930*, México, Tusquets, 2010, p. 27.

¹⁰ Pablo Escalante Gonzalbo, *Historia mínima de la vida cotidiana en México*, México, El Colegio de México, 2010, p. 185.

¹¹ *Ibid.* p.190.

La llegada al poder de una u otra facción, no sólo cambiaba el rumbo político del país sino también convulsionaba la vida cotidiana de la sociedad mexicana. Es el caso de Carranza que cuando llegó al poder buscó

sanear y moralizar la sociedad combatiendo el vicio: cerró cantinas, modificó reglamentos sobre la prostitución, prohibió la venta de licores, los juegos de azar y aun los placeres sencillos como bailes, en cambio patrocinó funciones de ópera y el público pudo escuchar al gran tenor Enrico Caruso.¹²

De forma muy general lo que nos interesa resaltar aquí es que la Revolución Mexicana fue un período de cambio cultural, político y socioeconómico que vino a transformar las ideas, valores y costumbres manifiestas en las instituciones y en la vida pública y privada de los sujetos.

Si tuviéramos que definir el gobierno de Díaz desde un punto de vista económico y social, podríamos mencionar como elementos principales la “expansión de exportaciones extranjeras al país, el efecto de los ferrocarriles (lo que consolidó a la ciudad de México como polo político y económico, razón por la cual aumentó la migración hacia ella)”¹³, hecho que se encargaría de mostrar la gran polarización en la que estaba sumergido el país. Por un lado estaba la ciudad como ese nuevo centro cosmopolita; y por otro, el medio rural en el que las condiciones de trabajo y vida eran deplorables; razón por la cual el estallido de la Revolución Mexicana se daría en el norte del país. La necesidad de incluir a México en la lista de las naciones desarrolladas, no sólo trajo una serie de mejoras para la

¹² *Ibid.* p. 194.

¹³ *Ciro Cardoso, México en el siglo XIX (1821-1910). Historia económica y de la estructura social, México, Nueva Imagen, 1990, pp. 268-269.*

nación sino que provocó el hastío de los ciudadanos por la constante presión que el gobierno se encargó de orquestar, principalmente sobre la clase trabajadora.

1.1 La modernización

Según Ricardo Pérez Montfort la modernización porfiriana consistió en “impulsar el crecimiento económico local o regional con miras a controlar cada vez más los mercados y las inversiones, tanto internas como externas, favoreciendo la producción masiva y la aplicación de tecnologías de vanguardia.”¹⁴

Dentro de este marco modernizador es que debemos ubicar el proceso de medicalización¹⁵, el cual se dio por la construcción del Manicomio General y no por la presencia de una psiquiatría fuerte, es decir, el nuevo recinto médico impactó en la sociedad capitalina dándoles a las familias una nueva posibilidad de enfrentarse a la locura por medio del uso del nuevo hospital moderno.

Con esto queremos enfatizar que la modernización no sólo significó un crecimiento económico o un avance tecnológico, sino que también trastocó todas las áreas de la vida nacional; es decir, se generó una modernización en donde cada aspecto de las áreas

¹⁴ Ricardo Pérez Montfort, *Cotidianidades, imaginarios y contextos. Ensayos de historia y cultura en México*, México, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores de Antropología Social, 2008, p. 49.

¹⁵ Aunque el uso de este término puede ser cuestionado debido a que la psiquiatría no era una especialidad médica consolidada en la temporalidad que trabajamos, creemos que la medicalización de la sociedad mexicana de principios de siglo no se logró específicamente por el uso del poder psiquiátrico sino que fue la inauguración del Manicomio General lo que catalizó dicho proceso. En el colectivo urbano se comenzó a gestar la idea de que la locura era una enfermedad mental que necesitaba atención hospitalaria representada por “La Castañeda”.

cultural, social, económica y política estuvo ligada con las demás¹⁶. Así, debemos pensar que la idea de orden y progreso fue un intento por hacer de México un país integralmente moderno y no sólo en ciertos aspectos como los bienes materiales. “La clase gobernante, especialmente Porfirio Díaz, no deseaba más que colocar a México, por fin, a la altura de las naciones civilizadas del orbe. Se reescribió su historia como la de una sociedad en constante marcha hacia el progreso”¹⁷. No es ocioso recordar que ese afán del general Díaz fue lo que tensionó las relaciones económicas y sociales del país, cosa que desembocó en el conflicto armado de 1910 y en su propia destitución como presidente de México.

Sin embargo, todo este proceso no fue originario de nuestro país sino que encontramos su comienzo en el llamado “milagro europeo”. El siglo XVIII fue el siglo de las revoluciones en Europa, las cuales significaron un fuerte viraje en la mentalidad de los occidentales, así como un cambio político, cultural y social propiciado por la Revolución Francesa de 1789, y uno económico gracias a la Revolución Industrial –primero suscitada en Inglaterra y después en Europa continental–. Así comenzó el ascenso occidental por encima de otras naciones como México, el cual siempre iban un paso atrás¹⁸.

Gracias a ello se plantearon ideas acerca de la superioridad europea, pensándola como el sitio que trazaba las pautas vanguardistas y progresistas que el resto del mundo intentaría copiar después. Grandes pensadores del siglo XIX como Weber, Marx y Engels aseguraban

¹⁶ Fausto Ramírez, *Modernización y modernismo en el arte mexicano*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Estéticas, 2008, p.120.

¹⁷ Escalante, *op. cit.*, p. 171.

¹⁸ Robert Marks, *Los orígenes del mundo moderno*, Barcelona, Crítica, 2007, pp. 16-18.

que el viejo continente era el responsable de llevar el progreso y el desarrollo a todo el mundo, de hecho los dos párrafos últimos en su *Manifiesto Comunista* de 1848 decían que Europa se forjaba un mundo a su imagen y semejanza¹⁹.

Lo interesante es ver que muchas naciones no europeas también consideraban esta idea y cuando pretendieron “modernizarse” decidieron dirigir su mirada a Europa, como lo fue el caso mexicano.

El desarrollo económico producto de la creciente industria y el comercio se convirtió en un imán de individuos que buscaron nuevas oportunidades de trabajo, así que muchos dejaron la tranquilidad del campo para sumergirse en el caos citadino. Comenzó a registrarse un aumento en la población capitalina, con ello la mancha urbana tuvo un importante crecimiento²⁰.

“A partir de la década de 1860, la ciudad de México comenzó a experimentar una irreversible transformación modernizadora. La nacionalización de los bienes del clero [...] la progresiva colonización urbanizadora más allá de los límites de la traza virreinal de la capital de país, etc.”²¹

La ciudad se transformó no sólo en dimensión sino también en el paisaje visual, la cantidad de edificios que se erigieron fue monumental: colonias habitacionales, fábricas y

¹⁹ *Ibid.*, p. 19.

²⁰ La migración extranjera también fue importante durante finales del siglo XIX y principios del XX, ya que la política mexicana de inversión abrió las puertas al capital extranjero. Llegaron a la capital muchos inversionistas europeos deseosos de triunfar con algún negocio, en esa ola migratoria encontramos a Pablo W., un comerciante alemán que encontraría en nuestro país la fortuna, el amor y desafortunadamente también la locura, su historia la develaremos en el cuarto capítulo.

²¹ Ramírez, *op. cit.*, p.122.

oficinas, escuelas, hospitales, centros de entretenimiento, “presentándose como la prueba de que la paz creada por Díaz había dado frutos visibles”²². Muchos edificios virreinales fueron derribados o modificados, aunque la traza colonial no cambio. El Secretario de Hacienda y Crédito Público²³, José Yves Limantour, fue uno de los hombres responsable de erigir la nueva ciudad, impulsó y participó en las obras para crear el nuevo sistema de desagüe de la ciudad de México, así como obras de alumbrado, urbanización y la creación de las vías para el ferrocarril²⁴. Todo eso culminaría y paradójicamente terminaría con los festejos del Centenario²⁵.

Junto con la nueva edificación y el nuevo estilo arquitectónico, la instalación de servicios como la energía eléctrica, el agua potable o el desagüe fue fundamental para redondear la idea de una ciudad moderna. Sin embargo, “hubo un contraste inaceptable entre el espacio público, las calles, y el espacio privado, el interior de las casas”,²⁶ incluso en las casas de clase media alta los servicios tardaron mucho tiempo en regularse.

Los nuevos servicios, incluidos los servicios de limpia y carros de basura, ofrecieron de manera general una vida más sana a algunos sectores privilegiados, pero debemos

²² Daniel Cosío Villegas, *Historia Moderna de México*, México, Hermes, 1973, vol. 4, p. 394.

²³ Durante el período de 1893-1911.

²⁴ Ver Alicia Salmerón, “Proyectos heredados y nuevos retos. El ministro José Yves Limantour (1893-1911)”, en Leonor Ludlow, *Los Secretarios de Hacienda y sus proyectos 1821-1933*, México, Instituto de Investigaciones Históricas, Universidad Nacional Autónoma de México, 2002, tomo II, pp. 175-209.

²⁵ La inauguración de “La Castañeda” fue el primer acto público de los festejos del Centenario. Aunque podríamos pensar que “La Castañeda” fue inaugurada en una época económica, cultural y social de crisis, debemos recordar que el proyecto del Manicomio General se gestó en 1865, es decir bajo otros ideales y bajo el esplendor económico.

²⁶ Escalante, *op. cit.*, pp. 148-149.

entender que estas funciones no sólo respondían a la condición de embellecer a la ciudad, sino también a sanearla, producto de las ideas higienistas del aquel momento²⁷.

Las ideas ilustradas en cuanto al cuidado de la salud pública empezaron a institucionalizarse y ponerse en práctica en México a mediados del siglo XVIII. Las Reformas Borbónicas²⁸ impulsaron el interés en los fenómenos de la naturaleza, en enfrentar epidemias, en curar a los enfermos, en establecer sistemas de limpieza en la ciudad.²⁹ Por ello, los cambios en la atención a dementes no comenzaron con la erección del Manicomio General sino con una serie de reformas que se realizaron en los propios hospitales coloniales, el “Divino Salvador” y el “San Hipólito”.

La necesidad de poner en práctica los postulados mencionados, nos habla de la otra cara del fin de siglo, esa que fue evidenciada por José Guadalupe Posada ó Julio Ruelas a través de la producción de dibujos sarcásticos en contra del presidente Díaz y su gabinete, subrayando la miseria que el gobierno estaba dejando en la ciudad³⁰ a las clases más desfavorecidas. *El Monitor Republicano* denominó a la ciudad de México como una

²⁷ *Ibid.*, p. 194.

²⁸ Durante el periodo colonial, los servicios hospitalarios se centraron en los conventos, ya que fueron las órdenes religiosas las que se encargaron de la atención sanitaria del país, consecuentemente, la impronta que aquel servicio tenía era la de la caridad cristiana. Las Reformas Borbónicas se opusieron a dicho servicio porque lo que pretendían era modificar la función de la utilidad de estos servicios con el fin de tener una mejor salud expresada en la felicidad pública. Santiago Castro-Gómez, “Biopolíticas imperiales, salud y enfermedad en el marco de las reformas borbónicas”, en *La Hybris del punto cero, ciencia, raza e ilustración en la Nueva Granada (1750-1816)*, Bogotá, Editorial Pontificia Universidad Javeriana, 2005, p. 145.

²⁹ Escalante, *op. cit.*, p. 167.

³⁰ “La modernidad también implicó e implica, justo es decirlo, la exclusión de aquellos sectores que no pretendían, ni aun hoy pretenden, incorporarse al ensueño que aspiraba y aspira vivir la actualidad. [...] Pocas cosas eran tan evidentes como la desigualdad y los profundos contrastes entre ricos y pobres que producen los proyectos de modernización en el mundo contemporáneo.” Pérez, *op. cit.*, pp. 50-51.

“cloaca con honores de ciudad”. Como vemos, este avance tecnológico, científico, económico, etc. trajo consigo una polarización de las familias, la pobreza se masificó, lo que se vio reflejado durante la fase en que todas las facciones revolucionarias se encontraban en la ciudad, “hombres y mujeres pobres llegaron al hospital psiquiátrico en busca de comida y refugio.”³¹

Por su parte, la secularización de la sociedad también puede decirse que fue producto de la modernización³². El tratamiento de las enfermedades mentales ya no fue proporcionado por las órdenes religiosas, ahora estaba el Manicomio General bajo la jurisdicción del Estado. Aunque no existió una ley sobre los internamientos de enfermos mentales en instituciones psiquiátricas y sobre los derechos y obligaciones que tenían los psiquiatras, hubo un intento de protección hacia los locos, el cual quedó plasmado en los Códigos Civil y de Procedimientos Civiles³³, que señalaban los pasos que debían seguir los individuos para poder realizar el procedimiento de interdicción³⁴, es decir, en estos textos se encauzaba la acción frente a uno de los muchos problemas que generaba la enfermedad mental, la incapacidad civil.

³¹ Rivera, *op. cit.*, 2010, p. 28.

³² Fue el caso de los cementerios civiles que se crearon para evitar, debido a la teoría de los miasmas, la tradición de enterrar a los fallecidos en los camposantos de iglesias. Escalante, *op. cit.*, p. 150.

³³ El primer Código Civil y el primero de Procedimientos Civiles son del año 1870, en nuestro caso trabajamos con la segunda versión de los anteriores que se inscriben en el año de 1884 y tienen vigencia hasta 1930.

³⁴ Cristina Sacristán, “Hacia una sociedad de individuos. Estado, familia y tutela de los incapaces según el Código Civil de 1870 para el Distrito Federal”, en Carlos Illades y Ariel Rodríguez, *Ciudad de México. instituciones, actores sociales y conflicto político, 1774-1931*, México, El Colegio de Michoacán/Universidad Autónoma Metropolitana, 1996, p. 73.

Pero, ¿quiénes eran los que disfrutaban los beneficios o resentían las dificultades de dicho progreso? Podríamos responder que la sociedad privilegiada porfiriana pudo construir sus beneficios a costa de los amplios sectores marginados. Sin embargo, hablar de ella de manera general sería arriesgarnos a que el lector la entendiera como una masa uniforme, cuando la realidad es completamente distinta. Para seguir delineando nuestro objeto de estudio y entender quiénes eran los protagonistas de nuestra historia, nos sumergiremos en la realidad familiar de aquel momento, para comenzar a colorear y matizar nuestro contexto social.

1.1.1 Las familias y su economía

El conflicto armado de la Revolución Mexicana puede ser considerado un punto de quiebre para el núcleo familiar, ya que imprimió una nueva dinámica a la vida cotidiana de los mexicanos. En el campo, muchas familias se vieron fragmentadas por la participación de padres, hermanos e hijos en los frentes de lucha, quedándose muchas mujeres al frente de la casa, otras decidían seguir al marido a los frentes de batalla con todo y los hijos, convirtiéndose en el apoyo moral de los ejércitos. Para los capitalinos la historia fue diferente; la mayoría siguió con su vida durante algunos años hasta que la violencia de la Revolución los alcanzó.

Estas dos caras de la sociedad mexicana durante el conflicto armado, no eran algo nuevo, desde el Porfiriato se veía una polarización social, que cuando inició la fase violenta de la Revolución se reflejó en que mientras unos estaban en batalla arriesgando la vida ó

padecían el hambre y la miseria que trae consigo la guerra, los otros estaban disfrutando de días de campo en Chapultepec o escuchando ópera en algún teatro de la ciudad³⁵.

Sin embargo, la continuidad no fue la característica más importante durante este período. En lo que respecta al tema de la familia hay que resaltar dos puntos importantes: el primero, hace referencia al cambio que se dio en la legislación³⁶, mientras que el segundo destaca la concepción moderna de la familia.

En el ejercicio del poder se buscaba, se tratara del gobierno de Díaz o de los revolucionarios, llevar a cabo un proceso de legitimación de instituciones y prácticas ya que de esta forma se podían establecer formas gubernamentales inamovibles e inviolables, aun cuando todas éstas fueran hijas de golpes de estado y revueltas. De ahí que nuestra lectura de las leyes mexicanas se dirija a rastrear dichas transformaciones legislativas que se estaban gestando en la sociedad y que, finalmente, la transformaron en muchos sentidos.

Un primer caso de estos cambios modernizadores en el seno de la sociedad fue la Ley de Relaciones Familiares de 1917. En este código se indicaba que la modificación del régimen de matrimonio civil era factible mediante el divorcio y “con la posibilidad de contraer nuevas nupcias”³⁷; es decir, la ley se convirtió en el aval de un proceso que permitía la transformación del núcleo familiar y que daba la posibilidad de la construcción de uno

³⁵ Escalante, *op. cit.*, p. 188.

³⁶ Desde el Código Civil de 1870 y posteriormente en el de 1884, el papel de la familia a través del consejo de familia fue omitido por la figura de un tutor y un curador. Sacristán, *op. cit.*, 1996, p. 73.

³⁷ *Ibid.*, p. 196.

nuevo, de esta manera la concepción de familia y de matrimonio adquirió nuevos derroteros.

La propia concepción del hombre mexicano fue recordado a la población por los gobiernos revolucionarios: el hombre moderno debía ser sano, moral, educado y trabajador, por tanto el no trabajar, ser inmoral y estar enfermo rompía con ese proyecto modernizar que siguió aun después de la caída del gobierno porfirista³⁸. Un ejemplo de esa concepción podemos verla en la mencionada Ley de Relaciones Familiares, en el capítulo IV que habla de los derechos y obligaciones que nacen del matrimonio, en los diez artículos que incluye se observa cómo tanto hombres y mujeres tienen que ser productivos y ver por el bien de la familia y por tanto de la sociedad.

Todo ello nos habla de una apertura a la transformación en el ideal familiar, si a ello sumamos la situación que vive el país podemos entender en qué panorama fue creado el Manicomio General y cómo se desarrollaron las historias familiares que más adelante nos envolverán, ya que si bien en la realidad se seguían privilegiando los roles tradicionales de la madre como ángel del hogar y del padre como sujeto proveedor –en otras palabras al modelo familiar tradicional–, las leyes apoyaban ciertos cambios, los que de cierta manera fueron delineando el nuevo proceder de las familias frente a la enfermedad mental, por ejemplo en los juicios de interdicción.

La necesidad de este apartado nace justamente de la característica convulsión de la época, del constante cambio social y económico, aunque las historias de nuestros

³⁸ *Ibid.*, p. 173.

enfermos se hilen por las continuidades, lo que nos ayuda a problematizarlas y a identificarlas con el contexto en el que están inmersas son las diferencias sociales, económicas, culturales, etc. Como dice Pilar Gonzalbo existe una “[...]la imposibilidad de escribir una sola historia, cuando salta a la vista la diversidad de los modelos familiares, no sólo en distintas épocas y países, sino dentro de una misma sociedad, en sus diferentes niveles socioeconómicos.”³⁹

Las familias que en esta investigación seleccionamos podemos situarlas en la clase media y clase media-alta, prueba de ello es que muchas pudieron costear atención psiquiátrica privada, asesoramiento de abogados, y el costo que tenía el juicio de interdicción. Si bien el juicio era gratuito (como cualquier otro trámite patrocinado por el Estado y que además es un derecho del ciudadano), la contratación de abogados y de médicos, los telegramas enviados al Manicomio General y un sinnúmero de trámites que era necesario realizar durante un período de tiempo muy largo (los juicios de los que tenemos noticia duraban por lo menos un año), nos hablan de un gasto familiar grande, razón por la cual sabemos que eran familias con una economía holgada. Recordemos además que uno de los motivos que llevaba a la promoción del juicio era la protección de los bienes familiares.

Dentro de nuestras familias, se encuentra la familia W., una familia alemana que residía en México desde 1896, para no dejar fuera del panorama a esta familia, nos detendremos para explicar cuáles fueron las condiciones particulares que permitieron que Pablo W. se estableciera en nuestro país.

³⁹ Pilar Gonzalbo, *Historia de la familia*, México, Instituto Mora, Universidad Autónoma Metropolitana, 1993, p. 13.

El Porfiriato fue un momento de apertura del país, cultural, económica, social, política, científica, etc. por ello la migración aumentó considerablemente durante esos años, sobre todo en los últimos años del gobierno de Díaz “se perciben indicios de una dinamización de la población mexicana, pues su tasa de crecimiento a principios de siglo [XX] es de alrededor de 1.5%, bastante superior al crecimiento de la población en épocas anteriores.”⁴⁰. Dice Cosío Villegas “en México se consideraba al extranjero más que al nacional, criticarlo podía malograr la inmigración; por eso, mientras trabajaran “honradamente y sin dedicarse a intrigas políticas o bursátiles”, no debía echárseles en cara ni la hospitalidad con la que se les recibía. Los extranjeros, en todo caso, llegaron a dominar en importantes sectores de la economía nacional, los alemanes el comercio exterior.”⁴¹

La oportunidad económica y profesional que ofrecía México fue la principal atracción para el mundo; “las ideas predominantes en la parte final del Porfiriato insistían en que México requería el llamado espíritu emprendedor de los europeos para desarrollarse mejor”⁴², así, el migrante por problemas económicos consideraba su traslado a la nación mexicana como una salida a las carencias vividas en su país de origen. Además, su presencia extranjera y formación académica en medio de una sociedad mestiza e indígena en su mayoría analfabeta podía conferirles ciertas ventajas. Como le ocurrió a Paul Kamàk, que

⁴⁰ Según los censos de la Dirección General de Estadística para 1895 la población del país era de 12 632 427, para 1900 de 13 607 259 y finalmente en 1910 de 15 160 369, de los cuales 750 753 estaban concentrados en el Distrito Federal. Gustavo Cabrera, *Obras demográficas selectas*, México, Colegio de México, 2007. p. 81.

⁴¹ Cosío, *op. cit.*, pp. 153-156.

⁴² Cabrera, *op. cit.*, pp. 78-79.

en México, “como no le hubiera ocurrido en Chicago, sus cabellos rubios y su título de ingeniero le facilitaron la entrada en casas aristocráticas y ciertos círculos de profesionistas en pleno ascenso.”⁴³

Como respuesta a estas nuevas poblaciones de migrantes⁴⁴ se comenzaron a generar discursos contra la presencia extranjera en nuestro país, alimentados muchas veces por la consigna de que ellos serían extranjeros siempre, bastaban como pruebas las fundaciones de clubes, escuelas y sociedades en donde el requisito principal era ser español, alemán, francés, etc. Lo que es más interesante en el caso de la familia W., no es sólo ver qué condiciones permitieron su llegada, sino qué circunstancias fueron las que influyeron en la detección y tratamiento de la enfermedad mental y si estos procesos fueron diferentes entre los nacionales y la familia de Pablo W., lo cual veremos en el tercer capítulo.

Ahora bien, en medio de la modernización social y familiar, “La Castañeda” puede ser vista como una institución que se hizo necesaria para atender los malestares sociales que se vivían a principios de siglo veinte. Una prueba de ello es que “aunque los planificadores porfirianos habían vislumbrado al hospital psiquiátrico como un establecimiento médico donde tanto los ricos como los desposeídos pudieran recibir atención, los pensionistas que pagaban constituyeron una rara minoría desde el principio.”⁴⁵ Además, la clasificación de los pabellones no sólo se basaba en lo científico sino también en las diferencias económicas y sociales que “reproducían las jerarquías sociales externas, trasladando el

⁴³ Cristina Rivera Garza, *Nadie me verá llorar*, México, Tusquets, 2008, p. 191.

⁴⁴ Para 1895 existían 48 000 extranjeros en suelo mexicano, para 1900 58 000 y para 1910 ya se contaban 116 527 migrantes, en sólo quince años la presencia extranjera se duplicó. Cabrera, *op. cit.*, p. 80.

⁴⁵ Rivera, *op. cit.*, 2010, p. 114.

mundo de afuera al de dentro.”⁴⁶ Por ello, contar con una institución como el Manicomio General, permitía ofrecer servicios en el sector salud al acoger en un mismo sitio tanto a los elementos non gratos socialmente como a los individuos verdaderamente enfermos para atenderlos sin que se le atropellase.

Por todo lo anterior, podemos ver cómo la sociedad porfiriana y sobre todo la capitalina, fijó un sistema de valores específico (respeto, solidaridad, recato, caridad, etc.), el común denominador de nuestros protagonistas fue el desafío a dicho sistema, ya que pusieron en duda los modelos de comportamiento, situándose fuera de la normal, en otras palabras, se convirtieron en anormales⁴⁷. En esta sociedad modernizada, en cambio constante, se pensó, se construyó y se inauguró el Manicomio General en el pueblo de Mixcoac para atacar uno de los estragos de la modernización, la enfermedad mental⁴⁸.

1.1.2 El Manicomio General: la locura como síntoma de modernización

La idea de civilización y modernización han permanecido juntas por mucho tiempo, es así como en una sociedad que se decía moderna, los sujetos que no habían logrado refinarse y controlar sus pasiones y que, por tanto, daban una imagen contraria a la que se había buscado durante mucho tiempo, comenzaron a ser relegados ahora bajo las concepciones de enfermedades mentales clasificadas a través de un proceso de medicalización. Así, al lado de los criminales, las prostitutas o los indígenas aparecían los enfermos mentales. Estos grupos marginales representaban no sólo a los parias que manchaban la ciudad, sino

⁴⁶ Cristina Sacristán, “Historiografía de la locura y de la psiquiatría en México. De la hagiografía a la historia posmoderna”, en *Frenia*, vol. V, núm, 1, 2005, p. 26.

⁴⁷ Ramírez, *op. cit.*, p. 120.

⁴⁸ Ríos Molina, *op. cit.*, pp. 98-99.

que también servían como muestra contrastante con los cambios morales y de comportamiento que había adoptado una buena parte de los ciudadanos; así, esos “otros” marginados eran indispensables para poder demostrar que el avance se había logrado.

Los discursos socio-morales “dominaron el tránsito de los siglos XIX y XX, acerca de la amenaza que perturbaba el orden y progreso”⁴⁹. “La consolidación del Estado moderno implicó la marginación y consecuente patologización de los sujetos considerados como amenazas para la estabilidad del muypreciado orden social en defensa de la moral burguesa.”⁵⁰ Así, comenzaron a regularse las prácticas de la prostitución, los policías a solicitud de la familia comenzaron a detener a los borrachos ó los disidentes de la capital para que tuvieran tiempo de meditar en Lecumberri ó a “La Castañeda” lo que hacían con su vida.

La idea de que los cambios tecnológicos, culturales, económicos o políticos traían consigo un aumento de los padecimientos mentales se gestó en Europa⁵¹. El médico y político alemán Rudolf Virchow desarrolló una teoría de las enfermedades epidémicas como manifestaciones de inadaptaciones sociales y culturales, al señalar que una revolución cultural choca contra un número de gente que no entra en los nuevos cambios de manera drástica sino gradualmente.

⁴⁹ *Ibid.*, p. 121.

⁵⁰ *Ibid.*, p. 26.

⁵¹ “El pretendido aumento de frecuencia de los casos de locura [durante la Revolución Industrial] se consideró otro aspecto de esa situación, y los médicos, filósofos, etc. especularon acerca de si el hombre podría adaptarse felizmente a las crecientes complejidades de la sociedad.” George Rosen, *Locura y Sociedad: sociología histórica de la enfermedad mental*, Madrid, Alianza, 1974, p. 215.

Esta teoría que está presente en muchos de los autores de principios de siglo XX⁵² nos ayuda a entender bajo qué pensamiento se ideó el nuevo hospital para “dementes” pero sobretodo, a ir entendiendo cuál era la concepción que se tenía de la locura. Aquí podemos seguir a Foucault “[...] la locura, según las ideas del siglo XVIII, es una enfermedad no de la naturaleza ni del hombre mismo, sino de la sociedad; emociones, incertidumbres, agitación, alimentación artificial”⁵³. Ante lo cual si recordamos que el México porfiriano aumentó considerablemente la velocidad con la que se desarrollaba la vida (aumento de ruido, de población, de tranvías, etc.,) podemos entender que este tipo de teorías encajaran perfectamente en el proyecto de un manicomio moderno que buscaba atender a los sujetos que se habían visto afectados por la situación moderna que se vivía, era también una manera de utilizar el manicomio como un signo más de la modernización en México, debido a que las grandes capitales del mundo (Londres, París, Roma, etc.) tenían el propio.

Dentro del campo de la psiquiatría de esa época, la teoría de la degeneración se adoptó para poder identificar y estudiar a los seres inferiores de la sociedad bajo la idea de un darwinismo social; es decir, a los que no habían podido o querido adaptarse a las nuevas condiciones que se les presentaban. Las características “de inferioridad que distinguen a

⁵² *Ibid.*, pp. 212-215.

⁵³ Michael Foucault, *Historia de la locura en la época clásica*, Tomo II, p. 203-204, citado en Antonio Castilla Cerezo, “Michel Foucault, la familia y el poder psiquiátrico. (Historia de una rectificación)”, en *Convivium*, núm. 22, 2009, p. 160.

los degenerados son la pereza, la desesperación, la superstición, el deseo de llamar la atención, las perversiones funcionales del sistema nervioso [...]”⁵⁴.

Todas ellas son características morales, pero hay que entender que de esa manera se identificaba la enfermedad mental, ya fuera por comportamientos o actitudes. Aunque más adelante nos adentraremos en dicho tema –capítulo 3–, adelantaremos que es por ello que uno de los primeros tratamientos a los que se recurrió en el Manicomio General fue el famoso Tratamiento Moral, que aunque ya tenía un siglo de haber estado en boga en Europa y se había dejado de lado por otros tratamientos, estuvo vigente durante los primeros años del manicomio⁵⁵.

Según esta terapéutica las “determinaciones sociales como el imparable progreso tecnológico, las grandes conmociones políticas o la miseria moral de las clases bajas en las grandes ciudades, detonaban o predisponían a los desarreglos mentales en aquellos sujetos prisioneros de sus pasiones”⁵⁶. En otras palabras, el llamado Tratamiento Moral identificaba como la causa principal de la enfermedad un desajuste moral propiciado por el constante cambio del entorno.

Así pues se creía que dicho desajuste era debido a la transformación que estaba sufriendo el contexto social. Sin embargo, estos cambios no eran sino pasos encaminados hacia la

⁵⁴ Ramírez, *op. cit.*, p. 126.

⁵⁵ Cristina Sacristán, “Para integrar a la nación. Terapéutica deportiva y artística en el Manicomio La Castañeda en un momento de reconstrucción nacional, 1920-1940”, en Claudia Agostoni, *Curar, sanar y educar*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Históricas, Universidad Autónoma de Puebla, Instituto de Ciencias Sociales y Humanidades “Alonso Vález Pliego”, 2008, p. 100.

⁵⁶ *Ibid.*

civilización, proceso por cual los seres humanos iban refinando su manera de vivir, desde las costumbres más básicas como la forma en que comían, la manera en que saludaban, hasta la evolución que debía tener su vida y cómo llevarla a cabo (estudiar, trabajar, casarse, ganar dinero, tener hijos, etc.), todo ello con una estrecha relación entre crecimiento económico y cultural.

La civilización moderna hacía que las causas o predisposiciones a la enfermedad se multiplicaran. Por ello se creía que la población de los países económicamente poco desarrollados tenían enfermedades mentales mucho menos frecuentes. Por ejemplo, la “frecuencia de los trastornos psiquiátricos entre pobladores de las tribus africanas es una décima parte de la que se registra en Europa occidental y Norteamérica.”⁵⁷

Entonces, la locura y el aumento de sus casos fue entendida como un desajuste que tenía su origen en la intolerancia y en la no aceptación del nuevo modelo de contexto acelerado, manifestado en “las exigencias escolares, profesionales y sociales que cada vez eran más duras”⁵⁸. El médico Carlos Herrera en su tesis para obtener el grado de médico cirujano señalaba que la locura se debía “a la poca resistencia de los espíritus cometidos a preocupaciones exageradas y su extensión se haría siguiendo las mismas vías y el mismo sentido que la civilización.”⁵⁹

Así, la nueva institución psiquiátrica se pensó como una solución al problema sanitario que trajo consigo la modernidad, aunque también para el régimen porfirista se convirtió

⁵⁷ Rosen, *op cit.*, p. 206.

⁵⁸ Sendrail, *op cit.*, p. 423.

⁵⁹ Carlos Herrera Garduño, *Cómo llegar a un diagnóstico en psiquiatría*, México, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, 1931, p. 38.

en una herramienta de control. Dentro del grupo de intelectuales del Porfiriato que participó en la creación de los proyectos arquitectónicos para embellecer la ciudad, la gran mayoría coincidió en que “la modernidad de la nación sería medida por la extensión de sus obras públicas y percibió la inversión del Estado en un hospital psiquiátrico como una señal clara de la creciente modernidad de México.”⁶⁰, en las grandes capitales como Londres o París, el Estado se encargó de promover la edificación de obras públicas como medio demostrativo de que tenía el poder.

De esta manera, la modernidad fue determinante en el aumento de la enfermedad mental y como producto de este origen se “estableció una estrategia para afrontar las dolencias”⁶¹. La erección del manicomio permitió una de las partes más importantes del tratamiento: el aislamiento. Sacar a los enfermos de la ciudad permitía limpiar las calles de alcohólicos, de prostitutas, etc. y por otro lado, permitía a los enfermos recuperarse en un espacio completamente diferente al de la ciudad, con amplios jardines, con una rutina más relajada, etc.

Desde el primer proyecto que se realizó para la creación del nuevo nosocomio se buscaron las pautas y reglas que había seguido Europa, donde durante el siglo XIX se llevó a cabo una revolución psiquiátrica, con la que se dejó atrás el modelo asilar que se había

⁶⁰ Rivera, *op. cit.*, 2010, pp. 38-39.

⁶¹ Lindemann, *op. cit.*, pp. 1-2.

utilizado desde el siglo XVII, el cual fundaba la acción del asilo en motivos y valores cristianos como la caridad y la misericordia⁶².

Así, “el nacimiento del manicomio en pleno Siglo de las Luces fue percibido como un símbolo de una civilización ilustrada y progresista que había dejado de ignorar a sus ciudadanos enfermos y que movida por un espíritu humanitario –*tan propio de la sociedad revolucionaria francesa*– y abiertamente reformista, les brindaba finalmente un trato digno y dirigido desde la ciencia.”⁶³

Pero el surgimiento del manicomio moderno tuvo su cuna de gestación en el naciente alienismo, el cual proponía una nueva concepción de la locura y por tanto de un nuevo tratamiento, el sitio como un lugar de curación tuvo una importancia suprema en dicho giro⁶⁴. Este establecimiento fue dirigido por médicos y no por órdenes religiosas, justificando así un avance en el área de la ciencia, por tanto fue concebido como un lugar terapéutico y de producción del saber.

El Manicomio General de México fue diseñado siguiendo los modelos franceses propuestos por Pinel y Esquirol, líderes de la escuela francesa de Psiquiatría⁶⁵,

⁶² Tanto se dejó de lado esa idea que se gestó otra en la que la atención psiquiátrica dependía del nivel socioeconómico, por ello hubo dos importantes clínicas para el tratamiento privado de la locura en México: La Quinta de Salud y el sanatorio Lasso de la Vega, en las cuales dos de nuestros personajes pasaron algunos días de su recuperación. Carlos Rodríguez Ajenjo, “Práctica institucional psiquiátrica en México”, en *Manicomios y Prisiones*, México, RED, 1983, p. 52.

⁶³ Cristina Sacristán, “La locura se topa con el manicomio: una historia por contar”, en *Cuicuilco*, vol. 16, núm. 45, enero-abril, 2009, p. 165.

⁶⁴ Los alienistas de Francia, Inglaterra, Alemania e Italia creían que el aislamiento curaba por sí mismo, ya que en la vida misma se encontraban las causas del brote de la enfermedad. *Ibid.*, pp. 168-169.

⁶⁵ Carlos Viesca y Ma. Blanca Ramos de Viesca, “El proyecto y la construcción del Manicomio General de la Castañeda”, en *Salud Mental*, vol. 21, núm. 3, junio, 1998, p. 22. El primero es conocido como el padre de la Psiquiatría moderna y el segundo fue quien logró obtener la famosa Ley de 1838.

específicamente del manicomio francés de Charenton (llamado el hospital de Esquirol en el siglo XIX)⁶⁶.

Díaz en su informe del 1° de septiembre de 1878 dijo que era necesario “modernizar las instituciones médicas... y giró órdenes para la realización del proyecto y la construcción del Manicomio General.⁶⁷” Sin embargo, para que se concretara dicha empresa tuvieron que pasar treinta años y cuatro propuestas de proyecto, así como un desfile de personalidades de la época.

La primera comisión de análisis fue formada en el año de 1881, liderada por el protagonista del Consejo de Salubridad, el Dr. Eduardo Liceaga, seguida por los doctores José Govantes y Miguel Alvarado, este último era uno de los psiquiatras más importantes de la época, siendo el director del Hospital de San Hipólito y ocupando el frente de la primera clase de la especialidad de psiquiatría impartida en la Escuela de Medicina en 1888.

Las reflexiones tratadas en los proyectos se centraron en la manera en que debía construirse el manicomio, que la arquitectura propuesta respondiera a las necesidades de extensión, tratamiento y alojamiento, y por otro lado, se discutió cual sería el lugar propicio para tan magna empresa. Las diversas respuestas que se le dieron a estas cuestiones son muestra de la europeización que se venía dando, por ejemplo: el número

⁶⁶ El modelo manicomial que permaneció durante el siglo XIX en el manicomio francés de Charenton implantado por la participación del psiquiatra francés Étienne Esquirol fue retomado como parte de la influencia de la escuela psiquiátrica francesa, sobretodo porque aquel personaje es un ícono de la misma junto con Pinel.

⁶⁷ *Ibid.*, p. 20.

de camas que debía tener el manicomio tenía completa relación con las cifras dadas por la bibliografía europea (escuela francesa), el pabellón de observación incluido en el edificio de Servicios Generales había sido una novedad en la Francia de mediados del S. XIX y la idea del pabellón de furiosos fue tomada de los Asilos de Sena. El primer proyecto propuesto por Román Ramírez en 1881 presumió de haber sostenido comunicación con los principales alienistas europeos⁶⁸.

⁶⁸ *Ibid.*

Ventura T. comenzó su estancia en instituciones psiquiátricas en marzo de 1929, cuando fue internado en el sanatorio privado “Lasso de la Vega”, fundado en 1918 por el doctor que le dio nombre a la institución. De este primer contacto con el psiquiátrico no tenemos noticia más que la fecha de su ingreso y su salida, está última registrada en octubre de 1932, sin embargo, sabemos que fue justamente la señora Guadalupe G. de Lasso de la Vega, la que se encargó de promover el juicio de interdicción del enfermo en junio de 1930, argumentando que el enfermo se encontraba en estado de abandono y que, por consiguiente, las cuotas no habían sido cubiertas.

A diferencia de los otros casos que revisamos este primer reconocimiento del que tenemos noticia es realizado por los peritos durante el proceso judicial. Los médicos Gregorio Oneto Baranque y Roberto Esquerro fueron los responsables de dicha tarea. Ellos nos describen a Ventura: tenía 47 años y había llevado una vida en calma pero cuatro años atrás había comenzado a abusar del alcohol por lo cual “hacía disparates y tenía errores de conducta”¹, los cuales derivaban en un nuevo carácter, diferenciado por delirios de grandeza, producto de la megalomanía que padecía.

Las observaciones de los médicos señalan que era un hombre alto y de aspecto distinguido, además “de peinarse de raya hacia el lado izquierdo”² le temblaba la lengua y las manos, en ocasiones alucinaba nerviosamente. Después de una serie de pruebas de laboratorio, incluida la reacción de Wasserman³, que resultó positiva, se decidió que le sería administrada una terapia de arsénico, mercurio y bismuto⁴ por ser diagnosticado con parálisis general progresiva⁵.

¹ AGN, F-TSJDF, Caja 2350, Folio 434575, f. 6v.

² AGN, F-TSJDF, Caja 2350, Folio 434575, f. 6v-7.

³ La reacción de Wasserman se practicaba para poder definir si el paciente tenía sífilis.

⁴ AGN, F-TSJDF, Caja 2350, Folio 434575, f. 8v.

⁵ Es una de las consecuencias físicas de la sífilis no tratada, se da entre 10 y 15 años después de la infección sifilítica, afectando el sistema nervioso central. Para aquella época no existía una cura para dicha enfermedad por lo que la PGP era una consecuencia cotidiana. Marco Tulio Medina, “Parálisis General Progresiva: Reporte de un caso clínico”, *Revista Médica Hondureña*, vol. 52, núm. 3, 1984, p. 175.

El juez nombra a los licenciados Gonzalo Alfaro y Antonio Escoto como curador y tutor, respectivamente⁶. Victorino Díaz –personaje desconocido en el relato– se aventuró hacia Sinaloa, lugar de nacimiento de Ventura, en busca de los bienes del incapacitado encontrando dos fincas, la primera con un valor de diecisiete mil pesos pero no tenía registro; la segunda, que si estaba registrada tenía un valor de quince mil pesos.

El tutor de Ventura T., Antonio Escoto, al observar que “se estaba rompiendo con la ley”⁷ decidió levantar la voz ante el juez y acusó a la señora Guadalupe G. Lasso de la Vega y al médico Gregorio Oneto de estar coludidos y tener negocios a través de los cuales amenazaban el bienestar de Ventura T⁸. El juez señaló que nombraría nuevos peritos para realizar otro reconocimiento, el cual se realizó en febrero de 1932 y arrojó una confirmación del diagnóstico de parálisis general progresiva (PGP) y además apuntó que el demente no se curaría.

En agosto de 1933 fue el propio tutor el que pidió se realizara un nuevo examen médico en el sanatorio “Lasso de la Vega”, debido a que la enfermedad que aquejaba a su protegido le impedía moverse libremente. Cuando acuden a la cita pactada para llevar a cabo el nuevo reconocimiento médico, se enteran que Ventura fue dado de alta en octubre de 1932. Es claro que por lo menos estuvo abandonado diez meses en el manicomio, lo que nos dice que para las autoridades del juicio su paradero era desconocido.

Se vuelve a tener noticia de nuestro megalómano el 16 de noviembre de 1934, un año y tres meses después del incidente en el sanatorio “Lasso de la Vega”, cuando el tutor anuncia que Ventura G. había fallecido unos cuantos días atrás en el Manicomio General, en el que había permanecido desde el mes de abril. Según su expediente clínico, Ventura llegó a “La Castañeda” en un estado deplorable, sin poder dar razón de sí, por lo que su expediente es muy pobre. Aunque podemos rescatar que el diagnóstico de PGP fue corroborado por esa instancia, además nos da cuenta del paradero del hermano –el que

⁶ AGN, F-TSJD, Caja 2350, Folio 434575, f. 9v.

⁷ Esa ruptura con la legalidad no se puede rastrear en el expediente judicial.

⁸ AGN, F-TSJD, Caja 2350, Folio 434575, f. 17.

sólo había sido mencionado en el expediente judicial–, según los telegramas mandados por la dirección del psiquiátrico para avisar de la gravedad en la que se hallaba su hermano, aquel se encontraba en Tula, Hidalgo.

Aunque la desafortunada historia de Ventura G. ha llegado a nosotros de manera fragmentada, es interesante rescatarla porque nos habla de la otra cara de la interdicción, esa que poco o nada tenía que ver con el poder familiar ejercido y mucho con la ausencia del mismo, que dejaba al enfermo desprotegido frente a una sociedad que buscaba su propio bien. Si bien, no sabremos si verdaderamente la señora Guadalupe Lasso se había confabulado con el médico Oneto para desfaltar a nuestro loco, sabemos que ella promovió la interdicción por falta de pago, es decir, porque estaba siendo perjudicada.

Los psiquiatras todavía son poetas, hombres subyugados por las profundidades ignotas del alma, quienes, en su tiempo libre, escriben tratados metafísicos y obras de teatro. En sus diagnósticos los adjetivos son tan importantes como los términos científicos. “Intensa” logorrea. “Extrañas” actitudes prolongadas. Alucinación “estrambótica”. “Numerosísimos” delirios.

Cristina Rivera Garza. *Nadie me verá llorar*.

El período decimonónico en nuestro país fue una época que se caracterizó por las reformas en diversas áreas como la científica –por ejemplo el traslado de la Escuela de Medicina al antiguo palacio de la Inquisición en 1854 que respondía a una idea de impulsar la ciencia nacional–, la económica –por medio de la inclusión de modelos comerciales americanos y europeos expresados por ejemplo en la construcción de las vías para el ferrocarril que permitiría revolucionar el comercio nacional–, la política –las diversas luchas entre conservadores y liberales hicieron que el país amaneciera con una política y se durmiera con otra–, las cuales comenzaron a llevarse a cabo desde la independencia de España, pero este proceso de transformación se agudizó en el último cuarto del siglo, debido a la entrada y permanencia de Díaz al poder. Para entender cuál fue la trayectoria por la que atravesó la psiquiatría en este contexto debemos colocarla en el panorama general de las ciencias en México, específicamente de la medicina⁹.

Desde los últimos veinte años del siglo XIX y los primeros diez del siglo XX, la medicina y todos sus protagonistas se dieron a la tarea de legitimar su acción frente a la sociedad, ya que la poca confianza que existía hacia estos profesionales y las costumbres de “medicina

⁹ Recordemos que no sólo la psiquiatría sino la propia medicina fueron rechazadas por mucho tiempo del campo científico, porque no tenían un método de análisis específico, por el contrario este se modificaba de acuerdo a las necesidades de cada enfermo. Por eso se dice que hay enfermos no enfermedades.

antigua” que el pueblo seguía practicando impedían a los médicos llegar a la sociedad e implantar las nuevas ideas higienistas y de salubridad que se planteaban en las esferas del poder.

En ese tenor podemos ver que el traslado de la Escuela de Medicina al antiguo Palacio de la Inquisición, en 1854, llevado a cabo por Don José Urbano Fonseca fue una prueba de que las reformas a la ciencia en México se comenzaron a materializar en las instituciones y agentes responsables del área sanitaria del país.

de manera pausada y de la mano del proceso de consolidación estatal, fue posible una amplia y detallada reglamentación del ámbito de la salud mediante la emisión de códigos sanitarios y de innumerables reglamentos referentes a la práctica médica y a la política sanitaria.¹⁰

Por eso, debemos entender a la Escuela de Medicina como la cuna de desarrollo de la psiquiatría, ya que fue el recinto en donde se discutió y se problematizó la falta de médicos y la abundancia de otras prácticas –como la consecuente asistencia con curanderos ó con “tratamientos religiosos” como la confesión o la asistencia a misa—¹¹ que interferían con la consolidación de una nación sana y moderna. No es de extrañar entonces que fue ahí donde se comenzaron a dar cátedras de psiquiatría, aun antes de que “La Castañeda” se inaugurara e impulsara el campo de acción de dicha especialidad presentando un mercado de trabajo para los alienistas¹².

¹⁰ Claudia Agostoni, *Curar, sanar y educar*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Históricas, Universidad Autónoma de Puebla, Instituto de Ciencias Sociales y Humanidades “Alonso Vélaz Pliego”, 2008, p. 6.

¹¹ Daniel Cosío Villegas, *Historia Moderna de México*, México, Hermes, 1973, vol. 4, p. 101.

¹² Cristina Sacristán, “La ‘Locópolis de Mixcoac’ en una encrucijada política. Reforma psiquiátrica y opinión pública, 1929-1933”, en Cristina Sacristán y Pablo Piccato, *Actores, espacios y debates en la historia de la*

Aquí parece pertinente preguntarnos ¿cuáles fueron los eventos que confluyeron para que la psiquiatría tuviera un desarrollo importante? Para poder dar una respuesta debemos adentrarnos en el mundo médico, político y social de los primeros veinte ó treinta años del siglo XX.

2.1 El desarrollo de la psiquiatría

Como ya vimos en el primer capítulo, la política implantada por el general Díaz y su gabinete propuso el progreso del país como una medida para consolidar una nueva nación, así que la limpieza de la ciudad y de la sociedad fue vista como un paso más para llegar a la civilización. Por eso mismo los profesionistas

de diversa índole enfocaron la mirada en los quehaceres populares para desentrañar aquellos asuntos que detenían el avance de México. Muchos de los estudios realizados por estos analistas y observadores pretendían servir para apoyar los intentos del régimen para establecer el control de sectores que se salían de las manos.¹³

Dichos esfuerzos se vieron reflejados en el proceso institucional que vivieron los centros de atención para los enfermos mentales en México. Así, los establecimientos coloniales pasaron de un dominio eclesiástico a una dirección médica; es decir, al dejar atrás la idea de internación y atención como producto de la caridad cristiana, se pasó a la internación bajo criterios médicos, presentando un certificado donde se avalaba la condición del

esfera pública en la ciudad de México, México, Instituto de Investigaciones Dr. José María Luis Mora, Instituto de Investigaciones Históricas, Universidad Nacional Autónoma de México, 2005, pp. 199-200.

¹³ Ricardo Pérez Montfort, *Cotidianidades, imaginarios y contextos. Ensayos de historia y cultura en México*, México, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores de Antropología Social, 2008, p. 52.

enfermo para llegar, finalmente, al establecimiento de un nuevo edificio que simbólicamente representaba una nueva época para la psiquiatría¹⁴.

Sin embargo, en el medio científico, incluso dentro del área médica y, aún más, en la sociedad en general, se puso en tela de juicio el papel de la psiquiatría por la imposibilidad que ésta tenía para definir la enfermedad mental, como sucedía con otras enfermedades en las que los síntomas eran los mismos y el cuadro progresivo podía ser definido con precisión, como por ejemplo un resfriado ó la malaria¹⁵. El eterno debate que rodeaba a dicha especialidad médica se centraba en la naturaleza de las causas de la locura: todos se preguntaban y reflexionaban acerca de posibles causas orgánicas y por otro lado de causas sociales. En este tenor, se fueron conformando las opiniones de los médicos: unos acercándose más a la visión somaticista y otros a la idea de causa social.

Las dos corrientes sobre la causalidad de la locura estaban plasmadas en un par de escuelas de conocimiento europeas muy importantes durante la segunda mitad del siglo XIX: la Escuela Psicológica Alemana y la Escuela Somática. Para la primera, las enfermedades mentales se debían a una “perversión de las tendencias morales del alma”. Mientras que la segunda se esforzaba en probar que la locura se debía a “lesiones físicas, sea cerebrales, sea viscerales.”¹⁶

¹⁴ Cristina Sacristán, “La contribución de la Castañeda a la profesionalización de la psiquiatría mexicana, 1910-1968”, en *Salud Mental*, vol. 33, No. 6, Nov.- Dic., 2010, p. 475.

¹⁵ Marcel Sendraïl, *Historia Cultural de la enfermedad*, Madrid, Espasa-Calpe, 1983, p. 422-423.

¹⁶ Carlos Herrera Garduño, *Cómo llegar a un diagnóstico en psiquiatría*, México, Facultad de Medicina: Universidad Nacional Autónoma de México, 1931, pp. 10-11.

Al adentrarnos en ambas visiones podemos entender el estado que guardaba una ciencia como la psiquiatría en ese momento –inicios del siglo XX–, además de poder revisar el proceso de profesionalización de dicha especialidad y su aceptación en el campo científico.

En México, la formación de la naciente psiquiatría mexicana –desde el Porfiriato y durante los primeros años del Manicomio General– estuvo completamente influenciada por diversos autores y corrientes europeas. De entre éstas podemos ver con más claridad que fue la teoría de la degeneración¹⁷ y el tratamiento moral los que más influyeron en la incipiente corriente del alienismo en México. La circulación del pensamiento europeo acerca del tratamiento de las enfermedades mentales influenció las concepciones que los médicos aplicaban en “La Castañeda”, por ello en México el encierro psiquiátrico se vio como un tratamiento más para la enfermedad.

El panorama se convirtió en un mosaico de explicaciones y por tanto de tratamientos para la enfermedad mental. Por un lado, el tratamiento moral fue privilegiado por aquellos médicos que creían en las ideas de Pinel, las cuales ubicaban el deterioro de los insanos en

¹⁷ La teoría de la degeneración fue concebida por el psiquiatra francés August Bénédict Morel. No era una propuesta de tratamiento para las enfermedades mentales más bien era un método que permitía prevenirlas, esta buscaba los estigmas físicos de la degeneración del hombre presentados en el cuerpo humano, degeneración provocada por factores externos como la intoxicación por drogas ó alcohol, el desarrollo de la vida en un sitio insalubre y las enfermedades hereditarias, convirtiendo así a la locura en una desgracia familiar. Durante la temporalidad que trabajamos la idea de degeneración siguió presente pero ahora matizada por el propio contexto mexicano, por ejemplo, en los exámenes médicos realizados a los locos aun en los años veinte se buscaban marcas físicas de la degeneración ya fuera en la oreja o en la propia forma del cráneo. Andrés Ríos Molina, *La locura durante la revolución mexicana*, México, El Colegio de México, 2009, p. 63-65. Para visión más amplia del degeneracionismo en México ver Beatriz Urías Horcasitas, “Degeneracionismo e higiene mental en el México posrevolucionario (1920-1940)”, *Frenia*, vol. IV, núm. 2, 2004, pp. 37-67.

el encierro prolongado y los tratamientos coercitivos¹⁸ y además las complementaban con la teoría de que la modernización provocaba un aumento en los padecimientos nerviosos. Por el otro, el favorecimiento que tuvo el degeneracionismo en nuestro país fue un ejemplo del grupo de médicos que creían que la locura tenía su origen en cuestiones biológicas, es decir, que era un verdadero desajuste del cuerpo humano y como resultado buscaban tratamientos que arreglaran ese falla ó en este caso que evitarán que el problema de la degeneración siguiera reproduciéndose.

Sin embargo, los médicos eran sólo sujetos que conformaban a la psiquiatría y si nosotros miramos los interrogatorios realizados en “La Castañeda” vemos como tanto una postura como otra se incluyen en la práctica clínica del establecimiento; el degeneracionismo –por ejemplo– se nota en las preguntas que rastreaban a los familiares que hubieran padecido alguna enfermedad mental ó en las revisiones del lóbulo de la oreja ó del cráneo, pero también se notan las averiguaciones que el médico hace para entender el episodio que desató la locura, es decir las causas sociales (aceleración de la vida, aumento del trabajo, problemas familiares, etc.)¹⁹.

De esta forma, los alienistas de la época no redujeron la locura a causas físicas, pues “su mirada ya no sólo se ciñó al nivel individual, sino que presencié un fenómeno más amplio,

¹⁸ Santiago Stucchi Portocarrero, *Breve historia de los tratamientos biológicos en la Psiquiatría*, Lima, Universidad peruana Cayetano Heredia, 2009, p. 25.

¹⁹ Ver ejemplo en AHSS, F-MG, S-EC, CAJA 65, EXP. 41, f. 23.

relacionado con cambios que impactaron, sobre todo, la forma de vida.”²⁰ El médico

Fernando Malanco señalaba que:

las enfermedades producidas por las pasiones son incomparablemente más frecuentes que las que vienen de los otros excitantes de la economía. La mayor parte de los tísicos surgen de la lujuria y de la crápula; la gota y las enteritis [...] Las enfermedades crónicas de los intestinos, del bazo, del páncreas, son a menudo hijas de la ambición.²¹

Es claro que para el Dr. Malanco –como para otros de sus coetáneos– las enfermedades podían tener una causa física que, muchas veces, se producía por un estímulo externo, como el enojo, la tristeza o la hipocondría²². La noción de la relación cuerpo humano y medio social, se ve reflejada en la siguiente idea: el organismo humano estaba conectado por el sistema nervioso, red que lo salvaguardaba y que al mismo tiempo lo exponía al exterior²³, en otras palabras, la misma estructura física del humano se encargaba de conectar su interior con el exterior y viceversa.

Al seguir y profundizar en la idea anterior podemos ver que la visión que se tenía de las enfermedades mentales avalaba que una de las causas se encontrara en “las dificultades derivadas de la inseguridad económica y la inestabilidad social”, hecho visible en un padecimiento orgánico.²⁴

²⁰ Pulido, *op. cit.*, p. 87.

²¹ Fernando Malanco, “Conexión entre lo físico y lo moral del hombre. Ventajas que de ella puede sacar la medicina.”, en *Gaceta Médica de México*, tomo 34, 1897, pp. 408-409.

²² Se trata de todo lo que hoy entenderíamos como somatización del exterior.

²³ Malanco, *op. cit.*, p. 406.

²⁴ Samuel Ramírez Moreno fue quien señaló la idea de la causalidad acerca de la locura a finales de los años veinte y principios de los treinta del siglo XX. Ver Cristina Sacristán, “Para integrar a la nación. Terapéutica deportiva y artística en el Manicomio La Castañeda en un momento de reconstrucción nacional, 1920-1940”, en Agostoni, *op. cit.*, 2008, pp. 99-123.

Todas estas representaciones se ven reflejadas en la práctica del llamado reconocimiento médico-psiquiátrico, el cual se llevaba a cabo en el proceso de internación en el Manicomio General o en el proceso de interdicción. Este constaba de diversos apartados que tenían como finalidad reconstruir la historia del paciente para poder indagar acerca de las causas y proceder a un tratamiento apto para la enfermedad. Éstos iban desde los antecedentes de enfermedad familiar, hábitos familiares y personales, ocupación, estado civil, anécdotas que mostraran el brote de la enfermedad y, en ocasiones, hasta pruebas de laboratorio. Así, pues

El reconocimiento de los efectos que la psique imprimía en la conducta, dotó a los médicos de un elemento mediante el cual se esclarecerían las relaciones familiares y el desarrollo individual. Aunque rayaban en la ambigüedad y prescindían de los rudimentos científicos que normaban su saber.²⁵

Es importante hacer notar cómo la naciente psiquiatría estaba tomando de lo que la rodeaba las herramientas necesarias para poder llevar a cabo su labor, en este caso apoyándose en el interrogatorio familiar para poder entender el mundo del doliente, es decir se estaba ayudando de la propia familia para desarrollar su labor.

Regresando a la causalidad de la locura, debemos decir que cuando la antigua discusión arribó a principios de siglo XX al medio médico mexicano estaba más digerida, sobre todo porque en Europa y los Estados Unidos se había demostrado que la cronicidad de ciertos padecimientos hacía obsoleto el “modelo manicomial”, debido a que el encierro

²⁵ Pulido, *op. cit.*, p. 99.

terapéutico no podía contra enfermos incurables, la idea de que la locura tenía su raíz en una lesión orgánica cobró fuerza²⁶.

En consecuencia, la naciente psiquiatría mexicana se empapó de todas esas experiencias para poder moldear su propia opinión del problema y poder expresarlo en su práctica manicomial, la cual se vio también rebasada por el hacinamiento, aunque en México no sólo fue por los pacientes incurables sino por una serie de individuos que eran abandonados o que permanecían en la institución aun cuando no padecían alienación mental, ante ello los psiquiatras pedían que ya no se aceptaran a más enfermos y que se diera de alta a los que pudieran vivir en sociedad²⁷.

La principal influencia psiquiátrica provino de Francia; sin embargo, en la biblioteca de la Escuela de Medicina "Nicolás León" existieron textos de muchos autores europeos que nos dan idea de lo que se leía acerca del tema en la antigua escuela, como es el caso de Emil Kraepelin, quien apoyaba la visión de la locura como enfermedad física y no moral.

Lo anterior se vio reflejado en las ideas médicas del período, entre las cuales se encontraba la del médico Ricardo Pérez quien afirmaba en su tesis que

el hombre es organismo puro; el alma, no en el sentido metafísico, sino en el de la realidad anímica, no cuenta. Todo el cuadro sintomático, está determinado por perturbaciones orgánicas comprobables o no comprobables por los medios actuales, siendo en este caso un trastorno funcional.²⁸

²⁶ Sacristán, *op. cit.*, 2008, p. 100.

²⁷ *Ibid.*, pp. 111-112.

²⁸ Ricardo Pérez Gallardo, *El complejo enfermedad*, México, A. Mijares y Hno., Impresores, 1935, p.12.

Conviene señalar que una de las principales razones por las cuales la enfermedad mental no pudo ser comprendida como una entidad totalmente física, se debió a que no fue posible encontrar las lesiones orgánicas antes citadas –como sí es posible encontrarlas para otras enfermedades como la fiebre amarilla, la malaria, la tuberculosis, etc. –.

Así, la enfermedad mental fue estudiada sobre todo desde dos modelos de explicación: uno que concebía sus causas en el organismo y otro que las situaba en el medio social. Los que atacaban a la psiquiatría de comienzos de siglo XX aprovechaban ese argumento para menospreciar esa especialidad médica y señalar que los tratamientos aplicados a una enfermedad invisible eran ridículos y obsoletos. Así, las miradas se dirigieron a las investigaciones acerca de las circunstancias ajenas al cuerpo humano, es decir, fijaron la mirada en el cuerpo social y buscaron en él las partes que estaban facturadas o enfermas, las cuales a su vez afectaban a los individuos que conformaban a dicha sociedad²⁹.

A continuación veremos cuáles fueron los pasos que dieron los especialistas en psiquiatría para ganar terreno en el campo de la medicina. Ya hemos mencionado algunos de los elementos que conformaron el panorama en donde se insertó el auge psiquiátrico. Además podemos ver que las políticas higienistas y modernizadoras del régimen de Díaz impulsaron una definición de la psiquiatría con bases científicas; es decir, ya no como un discurso y una práctica carentes de principios epistemológicos. Por ello podemos decir

²⁹ Fausto Ramírez, *Modernización y modernismo en el arte mexicano*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Estéticas, 2008, p. 121.

que en un primer momento fue el Estado quien promovió el papel benéfico y útil que podía tener la ciencia de las enfermedades mentales³⁰.

Posteriormente y haciendo eco de lo que se estaba generando en el gabinete de Díaz, la Escuela de Medicina comenzó a incluir con más fuerza a la psiquiatría en los planes de estudio. En 1887, por ejemplo, se crearon cuatro nuevos cursos de perfeccionamiento en medicina, entre los cuales se incluía el de psiquiatría³¹. Miguel Alvarado fue el médico encargado de impartir dicho curso, pero sólo tres años después éste se suspendió debido a la muerte de este psiquiatra mexicano, quien puede ser considerado como uno de los principales médicos que promovieron y estuvieron al frente de la lucha por la profesionalización de la ciencia.

Tuvieron que pasar siete años para que José Peón Contreras llegara en el año de 1897 al frente de la materia optativa titulada “Curso teórico-práctico de enfermedades mentales”, la cual se hizo obligatoria, cosa que provocó un aumento de público. En 1906 se instauró la especialidad de psiquiatría, lo cual permitió que la Academia Nacional de Medicina incluyera una sección para esta nueva especialidad, para 1907 la clase de psiquiatría volvió a ser optativa y su audiencia disminuyó notablemente. Por lo cual podemos decir que fue el segundo intento –el de José Peón– el que produjo la mayoría de los psiquiatras que participaron en la temprana práctica en “La Castañeda”.³²

³⁰ Ríos Molina, *op. cit.*, p. 15.

³¹ *Ibid.*, p. 68.

³² Sacristán, *op. cit.*, 2010, p. 476.

Sin embargo, no fue sino hasta 1910 cuando la especialidad fue impulsada realmente, ya que “la institucionalización requirió la creación de un ‘mercado’ potencial de clientes que demandara los servicios de esta especialidad médica”³³. De esta forma, el Manicomio General se convirtió en un catalizador para que la sociedad observara a la psiquiatría como una ayuda para curar a los parientes que afectaban la armonía familiar. A lo anterior se sumaba el que la internación y permanencia en este recinto no tenía ningún costo, puesto que el Estado asumía los costos del sustento y tratamiento de los internados.

La inauguración del Manicomio General fue un acto que simbólicamente representaba la entrada a una nueva oportunidad para la psiquiatría institucional, pues a partir de ese momento se desarrollarían la investigación y la práctica psiquiátricas.

Desde luego el manicomio fue pensado mucho antes de que la psiquiatría hubiera logrado profesionalizarse. Ya en 1878 en el gobierno de Díaz se señalaba la necesidad de crear una institución que atendiera el problema del alcoholismo y de las enfermedades mentales. Cuando en 1881 se creó la primera comisión de análisis para las propuestas de cómo debía construirse el manicomio, no había siquiera una cátedra obligatoria de psiquiatría en la Escuela de Medicina. Algo parecido sucedió en otros puntos del país, no fue la necesidad de practicar la clínica, es decir, no se trató de proyectos promovidos primordialmente por los psiquiatras, sino por el Estado o por la élite económica y política

³³ Sacristán, *op. cit.*, 2005, p. 199.

como sucedió en el estado de Veracruz cuando en 1897 se fundó el manicomio en la ciudad de Orizaba³⁴.

Debido a la falta de psiquiatras, los encargados de firmar los certificados que probaban la presencia de una enfermedad y la necesidad de internación no eran otros que médicos. Asimismo, los médicos cirujanos fueron los encargados de realizar los reconocimientos clínicos durante los juicios de interdicción. Así, pues, la demanda de esta práctica hospitalaria fue la que se convirtió en una verdadera promotora de la profesionalización puesto que hablaba de la necesidad de estos “doctores del alma” por parte de una población que requería de la labor del psiquiatra. Más adelante veremos de qué manera fue aceptada o rechazada por la sociedad esta nueva especialidad y qué tanto fue respaldada por el Estado mexicano.

La prensa jugó una doble función en cuanto a la introducción del hospital dentro de la vida cotidiana de los capitalinos: en ocasiones ejemplificaba los buenos resultados de la terapéutica practicada en el manicomio de Mixcoac, pero también ayudó a alimentar la leyenda negra que crecía en torno a la institución debido a las notas sobre secuestros, malos tratos e injusticias que sucedían detrás de las rejas afrancesadas de “La Castañeda”. Estas noticias periodísticas fueron utilizadas de diferente forma por los psiquiatras de acuerdo a la opinión en favor o en contra del tratamiento de los enfermos mentales. En ocasiones, los médicos consideraban que era positivo poner

³⁴ Cristina Sacristán, “Historiografía de la locura y de la psiquiatría en México. De la hagiografía a la historia posmoderna” en *Frenia*. Vol. V, Núm. 1, 2005. p. 26. Ríos, *op. cit.*, p. 16.

al descubierto las erróneas concepciones sobre el enajenado como un ser inútil para la sociedad, y sobre la psiquiatría como una ciencia poco eficaz en el combate de la enfermedad mental³⁵

Pero los psiquiatras también supieron aprovechar la publicidad de las historias que presentaban una mala imagen, ya que fue un medio para que las demandas que tiempo atrás esgrimían los médicos de “La Castañeda” llegaran a oídos de los poderes públicos para hacer un llamado de atención sobre las necesidades que tenía esta institución moderna³⁶.

Por todo lo anterior podemos decir que durante el período que nos interesa (1910-1930) la psiquiatría se encontraba en su primera etapa (1910-1925³⁷) caracterizada por un relajamiento de las prácticas asistenciales causada por la inestabilidad que vivía el país³⁸, pero debemos decir que los médicos que atendían en Mixcoac no se quedaron con los brazos cruzados. En la tercera parte de este capítulo veremos cuáles fueron las propuestas que presentaron los doctores para poder reforzar sus acción en el campo de la psiquiatría.

2.2 Los protagonistas de la ciencia

Una de las principales acciones que los psiquiatras se arrogaban para poder acentuar la necesidad de su profesión era el diagnóstico acerca de la enfermedad mental que padecían los locos, ya fuera locura moral, melancolía, psicosis, parálisis general progresiva. No obstante, más que diagnosticar, lo que hacía falta en primer término era detectar a la

³⁵ Sacristán, *op. cit.*, 2008, p. 102.

³⁶ *Ibid*, p. 227.

³⁷ Periodización realizada por Cristina Sacristán, “La contribución de la Castañeda a la profesionalización de la psiquiatría mexicana, 1910-1968”, en *Salud Mental*, vol. 33, núm. 6, Nov.- Dic., 2010.

³⁸ *Ibid*, p. 474.

locura misma; es decir, descubrir esa extraña entidad que se escurría entre los dedos a los hombres comunes, pero que ante los psiquiatras no tenía dónde esconderse.

Así, el papel del psiquiatra se volvió indispensable para develar si la locura había sido la razón del asesino, del ladrón, del secuestrador o de cualquier otro crimen cometido por el acusado. Esto fue lo que llevó a la psiquiatría a tener, antes que en otro ámbito, una fuerte presencia en la impartición de justicia puesto que se convirtió en una herramienta indispensable para saber si un criminal era culpable o no del delito que había cometido o distinguir a un hombre sano de uno alienado.

Ahora bien, hay que recordar que la medicina legal fue antecesora de la psiquiatría y los médicos legistas fueron los primeros en ejercer esta profesión, no en los hospitales sino en los juzgados y en las cárceles. Fueron estos especialistas los que

incursionaron en la creación de un criterio médico que justificara la incapacidad jurídica. [Su papel] fue tan relevante que el gobierno porfiriano reconoció oficialmente este cuerpo de profesionales al crear en 1886 el Consejo Médico Legal.³⁹

Posteriormente con la apertura del Manicomio General, la tarea dejó de ser tan escurridiza, ya que los médicos dejaron de discernir si un individuo estaba loco o era un criminal y se abocaron a definir cuál sería el mejor tratamiento para atender a los enfermos mentales. La clasificación y atención del problema de conductas antisociales se dividió entre la cárcel, pensada inevitablemente como un sitio de encierro para sujetos

³⁹ Ríos Molina, *op.cit.*, p. 69.

peligrosos, y el hospital psiquiátrico, concebido como un lugar especializado para aliviar el sufrimiento provocado por padecimientos mentales⁴⁰.

El problema del diagnóstico se volvió una exigencia ética hacia los especialistas, pues además del respeto que se les exigía frente a los dolientes, se les pedía que evitaran los “secuestros” de personas sanas y que no dieran tratamiento sin el consentimiento del paciente. Sin embargo, en el caso mexicano, el psiquiatra no era quien tenía la última palabra para poder llevar a cabo estas exigencias, pues muchos pacientes que llegaron a las puertas del Charenton mexicano eran llevados por la familia o la policía; es decir, algunos pacientes no fueron diagnosticados por los psiquiatras y, en ocasiones, su internación, aunque no era necesaria, se hizo efectiva por la simple solicitud familiar y la presencia de los certificados médicos realizados a los locos antes de llegar a las puertas del psiquiátrico de Mixcoac, ante lo cual los especialistas carecían de una ley que amparara su poder frente a intromisiones policiales, familiares o de la Beneficencia Pública.

En este punto es oportuno hablar de la idea que se tenía en Europa acerca de la labor social de los psiquiatras. A ellos se les concibió como trabajadores sociales en el sentido de que su labor era pensada exclusivamente como la de eliminadores de los elementos indeseables de la sociedad⁴¹. Sin embargo, en México esto no ocurrió debido a que existió un vacío legal que ató de manos a los psiquiatras y, por consecuencia, restringió su labor

⁴⁰ Franco Basaglia, “¿Psiquiatría o ideología de la locura?”, en *Razón, locura y sociedad*, México, Siglo XXI, 1988, p. 41.

⁴¹ Thomas Szasz, “El mito de la enfermedad mental”, en *Razón, locura y sociedad*, México, Siglo XXI, 1988, p. 97.

por medio de diversos agentes externos, ya que la ausencia de una ley para el internamiento de enfermos mentales evitó que los médicos pudieran tener un campo de acción amplio.

Y si para Foucault el papel del médico en los hospitales para dementes se equiparaba con el papel del padre o del juez⁴², para la nación mexicana se daba otra situación: cuando la familia llevaba a su enfermo a las puertas del establecimiento sanitario se los entregaba a los especialistas concediéndoles las responsabilidades de su cuidado. Sin embargo el médico no pudo ejercer explícitamente dicho poder porque estaba legalmente imposibilitado⁴³.

Uno de los fundamentos principales del conocimiento psiquiátrico en el México de principios de siglo fue la experiencia práctica en el manicomio y por tanto de la constante relación médico-familia-paciente. Para entender la citada relación, debemos ver a los enfermos como individuos activos, como sujetos que tomaban un papel específico en la relación, por ejemplo, en muchas ocasiones manipulaban sus propios comportamientos, con el fin de que la lectura que hiciera el psiquiatra fuera una lectura intervenida⁴⁴; por ello, cuando el médico intentaba buscar las continuidades en los comportamientos y síntomas de sus enfermos, terminaba en muchas ocasiones homogeneizando la diversidad

⁴² Antonio Castilla Cerezo, "Michael Foucault, la familia y el poder psiquiátrico. (Historia de una rectificación)", en *Convivium*, núm. 22, 2009, p. 163.

⁴³ La primera ley referente a la internación y tratamiento de los locos se promulgó hasta el año de 1995, durante la temporalidad que trabajamos lo único que regía la práctica psiquiátrica era el reglamento de "La Castañeda" y en cierta medida el Código Civil y el de Procedimientos Civiles. Ver apéndice 1 y 2.

⁴⁴ Castilla Cerezo, op. cit., p. 164.

de los mismos. Por ello decimos que tanto la familia, como el enfermo –en ocasiones la propia Beneficencia Pública y la policía– moldeaban la experiencia del psiquiatra.

Por todo lo anterior, podemos decir que los psiquiatras eran seres que, si bien estaban buscando profesionalizar su especialidad y habían sido beneficiados con la inauguración del manicomio, tenían un campo de acción limitado por las lagunas legales que daban paso a que diversos grupos interfirieran en su labor terapéutica. Esta situación creó un contexto en el que otros fenómenos causarían el hacinamiento y la decadencia del manicomio, como lo fue la falta de personal que atendiera a los internos. Además, en “La Castañeda” no se practicaban en su totalidad los conocimientos psiquiátricos, como lo demuestra el caso de Luis L. en donde éste llevaba meses internado pero sin recibir ningún tipo de tratamiento⁴⁵.

Ahora bien, es necesario adentrarnos en el manicomio de Mixcoac para poder entender cuál fue la relación que se tejió entre la Escuela de Medicina y el Manicomio General y para poder explicar por qué era considerado un sitio de producción del saber y un catalizador para la profesionalización y popularización de la psiquiatría.

2.3 Relación entre la Escuela y “La Castañeda”

La erección del Manicomio General fue una prueba de que la modernización en México se estaba materializando, causando toda una revolución en el ámbito de las ciencias y de la medicina. El paso hacia el siglo XX “fue un momento durante el cual el hospital se erigió y

⁴⁵ Ver AHSS, F-MG, (S-EC), Caja 92, exp. 23. La historia de Luis L. está al inicio del primer capítulo.

consolidó como el ámbito privilegiado de la práctica y de la enseñanza de la medicina”⁴⁶. Siguiendo esta última idea podemos pensar a “La Castañeda” como un catalizador de la práctica y de la profesionalización de la psiquiatría; es decir, aunque no hubiera una especialidad y un grupo de especialistas consolidado, su edificación –aunque imprudente, pues no existían los cimientos psiquiátricos básicos para que tuviera un buen desempeño– fue la punta de lanza para que la psiquiatría entrara en el campo profesional.

Ya que este acontecimiento estuvo orquestado principalmente por el Estado, no sucedió como en otros países en donde

[...] el Estado reconoció en el médico alienista una competencia especializada para el tratamiento de la enajenación mental, y se instituyó el asilo como un espacio cuya mayor propiedad terapéutica residía precisamente en el aislamiento del enfermo.⁴⁷

Pero dado que en México los alienistas no eran un grupo consolidado, que las clases de psiquiatría en la Escuela de Medicina apenas comenzaban a formularse y que aun cuando los médicos cirujanos interesados hacían sus prácticas en Mixcoac, tuvieron que pasar muchos años para que su práctica fuera considerada científica y, sobre todo, socialmente seria. La pobreza en la terapéutica aplicada, los atropellos y la sobrepoblación que ayudaron a alimentar la leyenda negra sobre el manicomio, mermaron el interés de algunos médicos que aunque trabajaron o desarrollaron sus prácticas profesionales en el manicomio no se sintieron atraídos por esa área. Hay que mencionar que las condiciones

⁴⁶ Agostoni, *op. cit.*, p. 7.

⁴⁷ Cristina Sacristán, “¿Quién me metió en el manicomio? El internamiento de enfermos mentales en México, siglos XIX y XX”, en *Relaciones*, vol. XIX, núm. 74, Primavera, 1998, p. 205.

insalubres del recinto no eran responsabilidad médica sino consecuencia del abandono estatal.

2.3.1 Los practicantes

Desde antes de 1910 existió un grupo de médicos en la Escuela de Medicina que se interesó por las enfermedades mentales y contribuyó a su profesionalización, como son los casos de Miguel Alvarado o José Peón Contreras. Sin embargo, en el grupo de estudiantes de medicina no ocurrió el mismo interés, aun contando con el nuevo escenario de práctica.

El primer contacto que estos jóvenes podían tener con el manicomio de Mixcoac era durante el periodo de prácticas que debían realizar cuando llegaban al tercer año de la Escuela de Medicina, si no es que eran asignados a otro nosocomio como el Hospital Juárez⁴⁸. Así, el grupo de estudiantes que hacía sus prácticas en “La Castañeda” podía llevarse una mala impresión debido a las malas condiciones de la institución y al hacinamiento de los pacientes. Todo lo cual podía provocar un poco o casi nulo interés en dicha especialidad. Es decir, esta mala situación del manicomio provocaba lo contrario a

La esperanza de las autoridades era que las abundantes responsabilidades y los numerosos pacientes no menguaran el interés de los médicos jóvenes, quienes, al saber que la Castañeda era la única institución que brindaba entrenamiento psiquiátrico práctico en México, solicitaran ser contratados en el Manicomio General.⁴⁹

⁴⁸ El Hospital Juárez se creó en 1847, durante la invasión norteamericana, como medio para poder atender a los caídos por dicho conflicto.

⁴⁹ Cristina Rivera Garza, *La Castañeda: Narrativas dolientes desde el Manicomio General. México, 1910-1930*, México, Tusquets, 2010, p. 77.

Según el libro de registro del personal hubo 115 practicantes que prestaron servicio al nosocomio entre 1910 y 1930. De éstos, la mayoría estuvo solamente uno o dos años (tiempo que duraban las prácticas) y muy pocos decidieron quedarse (ver Gráfica 2). Hay que subrayar que los practicantes del hospital debían ser estudiantes de la Universidad Nacional, es decir, en este punto se ve claro el vínculo entre enseñanza y práctica que se anudó entre la Escuela de Medicina y “La Castañeda”.

Es interesante ver que no hubo practicantes en el manicomio hasta 1914 –por lo menos no se encuentran en los registros–, lo cual nos deja ver que la relación entre la Escuela y el hospital para dementes de Mixcoac se tejió con el paso del tiempo, debido a que el interés por la psiquiatría nació de la relación entre esas dos instituciones, por lo que los frutos fueron cosechados con el tiempo, prueba de ello es que conforme pasaban los años más practicantes se quedaban como parte de los médicos de “La Castañeda”⁵⁰.

Durante la fase armada de la Revolución, es decir, en los primeros diez años de vida de la institución, la presencia de practicantes fue mucho mayor de lo que será en los años veinte. Esto puede ser explicado al observar cómo el manicomio se convirtió en un sitio de refugio y amparo para sobrellevar las vicisitudes que la violencia armada trajo al país, por lo cual la población de internos creció lo mismo que el número de practicantes (ver Gráfica 1).

⁵⁰ En 1907, cuando la clase de psiquiatría volvió a ser optativa, la audiencia disminuyó notablemente, con lo cual podemos darnos idea de cómo se encontraba esta rama de la medicina entre los estudiantes cuando el manicomio fue inaugurado.

A fin de cuentas, los practicantes de la Escuela de Medicina se convirtieron en un apoyo para las filas de los médicos que no se daban abasto en la atención a los miles⁵¹ de pacientes internos en dicha institución, lo cual se ve reflejado en el reglamento de practicantes.

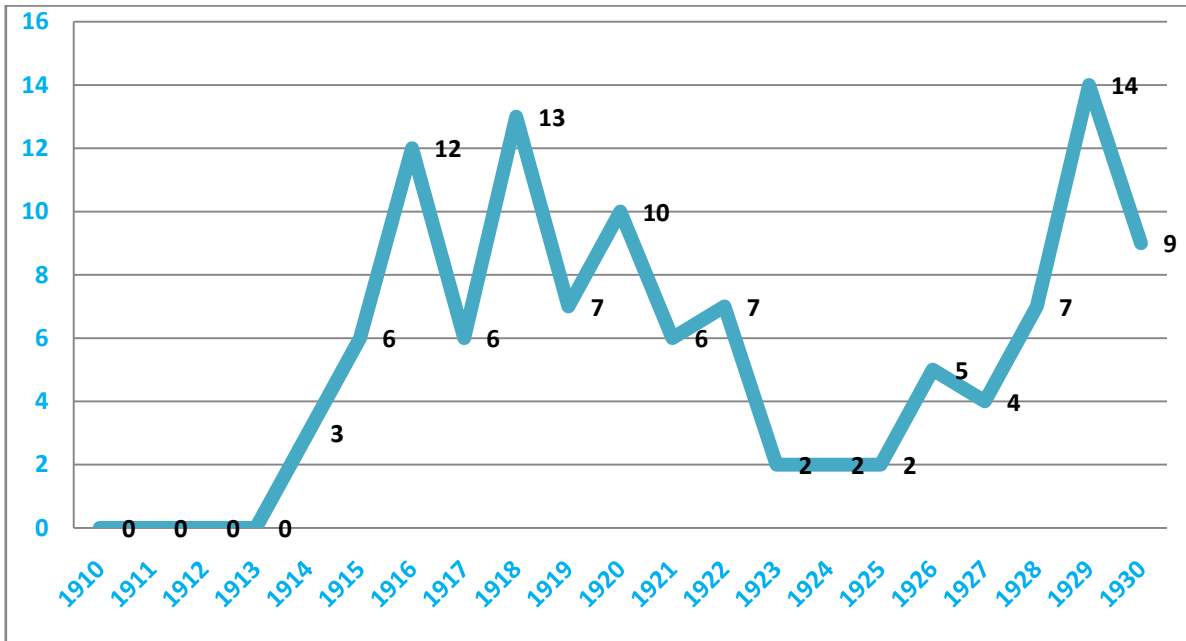
Por otro lado, es evidente que los practicantes se sumergieron en la dinámica del manicomio, en la práctica muchas veces tomaban el papel del médico debido a la ausencia o la no disponibilidad de éste (hacían guardias de 24 horas lo que les permitía dejar de ser observadores para convertirse en actores activos⁵²) y en el ámbito administrativo tenían la posibilidad de ascender de puesto como lo señala el artículo once antes citado⁵³. Estas responsabilidades eran un estímulo para que los jóvenes practicantes vieran a dicho recinto como un sitio donde ejercer su profesión.

⁵¹ Para el año de 1920 habían desfilado cerca de 5000 internos.

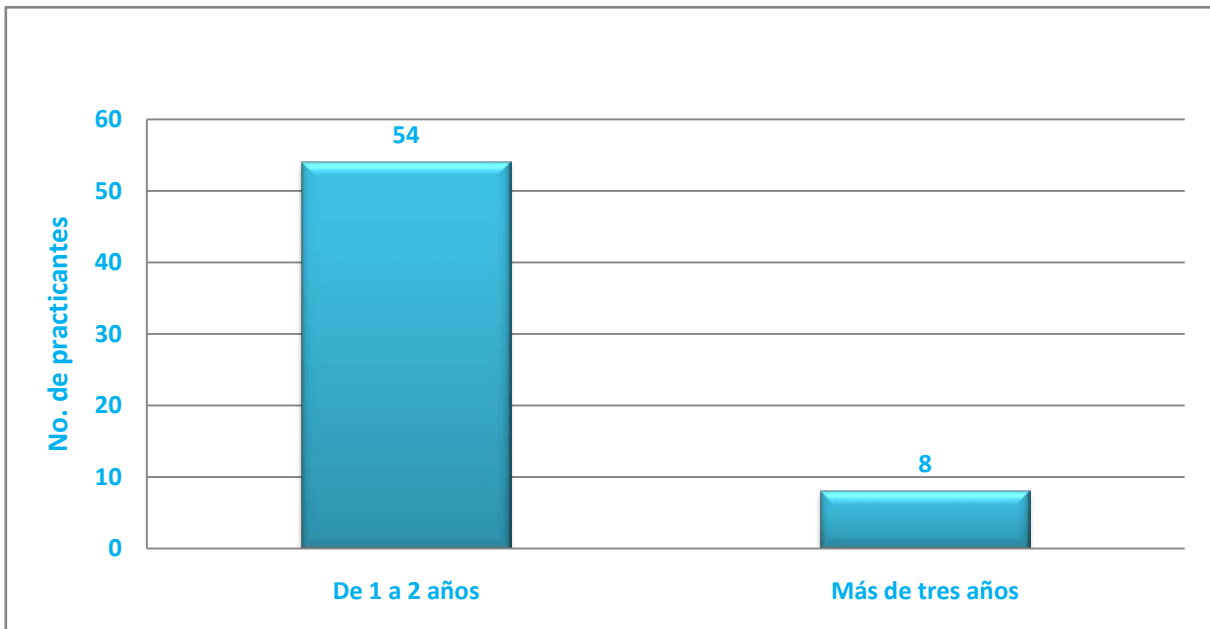
⁵² Ver apéndice 1.

⁵³ AHSS, F- MG, S-ADM, CAJA 30, EXP. 1, ff. 6-7.

Gráfica 1: Practicantes en "La Castañeda" 1910-1930⁵⁴



Gráfica 2: Permanencia de los practicantes de medicina en "La Castañeda" (1910-1930)



⁵⁴ Las gráficas 1 y 2 fueron realizadas con la información recabada en los libros de registro del personal del Manicomio General que reposan en el AHSS. Los años en que nos basamos para realizar la muestra son los mismos que guiaron a esta investigación.

2.3.2 El Personal

Debido a la poca atención que había recibido la psiquiatría a nivel universitario, los profesionales de la mente se formaban al mismo tiempo que practicaban en los pasillos de “La Castañeda”, ese sitio se había convertido en el principal escenario en donde la psiquiatría podría alcanzar la profesionalización, teniendo como resultado un aprendizaje dinámico. En buena medida hasta que los jóvenes practicantes o los médicos curiosos entraban en el universo que se había desarrollado en Mixcoac, es que decidían quedarse en esa dimensión en donde hacía mucha falta la acción científica.

Dicha unión institucional se veía reflejada en la teoría del conocimiento psiquiátrico que poco a poco fue redactándose en tesis para obtener el grado, así como en artículos para revistas científicas. La clínica que se desarrollaba en los pabellones se veía expresada en los textos de la Escuela de Medicina y ese discurso, que tenía su origen en las prácticas, se convertía en una realidad “usable” en las jornadas del manicomio, como se ve claro con las historias clínicas. Cabe mencionar aquí que las historias clínicas que revisamos son una pequeña muestra de que la práctica y la teoría no siempre coinciden. Como dice Rafael Huertas:

[...] las historias clínicas son documentos que, procediendo directamente de la práctica médica, preceden o son consecuencia directa de elaboraciones teóricas que es preciso identificar y ubicar en contextos científicos y sociales más amplios y que sugieren las características reales de una praxis clínica que no siempre coincidió con los comportamientos o los paradigmas imperantes.⁵⁵

⁵⁵ Rafael Huertas, “Las historias clínicas como fuente para la historia de la psiquiatría: posibles acercamientos metodológicos”, en *Frenia*, vol. 1, núm 2, 2001, p. 8.

Regresemos pues a nuestro tema, la contribución a la enseñanza de la psiquiatría del Manicomio General. La práctica de dicha especialidad médica no fue la única manera a través de la cual el hospital aportó a la popularización del alienismo, también lo hizo por medio de clases impartidas dentro de aquel recinto y “cuando los médicos con experiencia práctica en la atención a la enfermedad mental utilizaron su experiencia para diseñar clases de psiquiatría en la Escuela de Medicina, se selló el lazo entre la psiquiatría como disciplina científica y los hospitales estatales.”⁵⁶

Las clases impartidas en Mixcoac no iban dirigidas sólo a los médicos sino que se pensaban sobre todo para los enfermeros y posteriormente para el resto de los empleados, todo con la finalidad de mejorar la atención médica y así tener un mayor sustento científico.⁵⁷

El doctor Mario Fuentes siendo director del Establecimiento fue el que se encargó de impartir el curso titulado “Enfermería Psiquiátrica”⁵⁸, el cual contó con un programa de 56 lecciones, las cuales podemos clasificar en tres grupos: conocimientos teóricos y prácticos de Medicina General y Psiquiatría, conocimientos éticos de la práctica y por último, conocimientos administrativos.

Los primeros fueron los que más abundantes encontramos en el programa del curso y se conformaban por la enseñanza de nociones generales de anatomía, fisiología, patología y de las enfermedades mentales, así como algunos procedimientos médicos y la forma

⁵⁶ Rivera, *op. cit.*, 2010, p. 92.

⁵⁷ La etapa de mayor riqueza en enseñanza dentro del manicomio fue que Cristina Sacristán nombra “etapa de reformas” que va de 1925 a 1945.

⁵⁸ AHSS, F-MG, Sección Administrativa (S-ADM), CAJA 34, EXP. 1, ff. 21-25.

correcta de hacer la observación a los enfermos. Los que concernían a la ética de la práctica psiquiátrica tenían menor cabida en el curso, pero aleccionaban acerca de las responsabilidades y comportamientos que debían tener con los internos. Los últimos eran realmente pocos por lo que no tenían oportunidad de profundizarse, desde este punto de vista podemos observar que la no impartición de estos temas se debía en buena medida al desorden jurídico y, como consecuencia, administrativo que vivió el hospital desde sus inicios.

La finalidad de los cursos para enfermeros fue primordialmente preparar al personal que tenía un trato directo con los dolientes, pero también se pretendió cubrir la necesidad de creación de una Escuela Psiquiátrica para enfermeros⁵⁹, por lo que se buscaba la acreditación de la Escuela de Medicina para así poder hacer válidos los cursos impartidos en “La Castañeda”, es decir, se buscó que el establecimiento universitario dotara de científicidad y validez la enseñanza que se impartía en el nosocomio, esto nos indica que si bien el psiquiátrico contribuyó a la profesionalización y enseñanza de la psiquiatría era necesario el aval del ámbito médico representado en la Escuela de Medicina⁶⁰.

A diferencia del contenido de los cursos para enfermeros, lo que recibía el resto del personal se concentraba especialmente en las cuestiones morales y de comportamiento que habían de guardar los empleados para que el manicomio mejorara su servicio, entre

⁵⁹ La primera Escuela de Enfermería en México fue inaugurada en el año de 1907, el rápido estallido de la Revolución Mexicana y su prematura apertura fueron motivos para que dentro de sus muros la enfermería psiquiátrica no tuviera cabida, por ello dentro de “La Castañeda” se intentó subsanar esa laguna de conocimiento.

⁶⁰ AHSS, F-MG, S-ADM, CAJA 34, EXP. 1, f. 9.

los cuales estaban el papel social que debían tener los empleados de la Beneficencia Pública, la importancia de la disciplina, la responsabilidad moral hacía los locos, etc⁶¹. Por otro lado, los conocimientos teóricos fueron omitidos en su totalidad dejando sólo algunas nociones del tratamiento, como el cuidado que merecían algunos internos, la necesidad de recreación y el papel del deporte en la recuperación. Como en el caso de los enfermeros, los conocimientos administrativos fueron los menos.

La esencial diferencia en los programas se debió a que los enfermeros eran preparados para convertirse en verdaderos auxiliares del médico –debido a la alta demanda de profesionales de la salud y la poca oferta que existía–. Es muy importante señalar que los cursos ó conferencias que diversos médicos dictaban a los empleados del manicomio fueron una vía para ascender de puesto, por ejemplo los vigilantes podían presentar un examen de conocimientos y aplicar para convertirse en enfermeros de tercera y a partir de ahí seguir escalando en el organigrama interno⁶².

2.3.3 Los curiosos

La concepción del manicomio como un centro moderno de investigación y enseñanza psiquiátrica se manifestó en, al menos, tres prácticas: una primera tuvo que ver con la formación de médicos que regresaron a la Escuela de Medicina un poco de lo que ella les había dado, así planearon e impartieron cursos de psiquiatría en dicha escuela; una segunda sería dictar cursos para el personal que laboraba en el psiquiátrico, y, finalmente,

⁶¹ AHSS, F-MG, S-ADM, CAJA 34, EXP. 1, f. 1.

⁶² AHSS, F-MG, S-ADM, CAJA 34, EXP. 1, f. 5.

las visitas que hicieron estudiantes pertenecientes a diversas áreas de conocimiento. En este último rubro podemos citar el ejemplo de los alumnos de la Escuela Médico Militar, quienes asistían a realizar estudios a los sifilíticos del manicomio como parte de la clase llamada “venereosifiligrafía”⁶³. Este tipo de visitas nos muestran cómo la contribución del hospital no se limitó únicamente a la Escuela de Medicina de la Universidad Nacional (aunque con ésta fue con quien mantuvo una relación directa), sino que abrió brecha para que en otras instituciones de enseñanza la mirada se dirigiera a esta nueva ciencia.

Durante los años treinta la popularidad del manicomio mexicano en América fue importante, tanto que hubo estudiantes de enfermería del estado de Oklahoma que solicitaron visitar el manicomio⁶⁴, así como otro grupo de jóvenes provenientes de la Universidad de Columbia quienes solicitaron visitar los establecimientos de la Beneficencia Pública, especialmente el Manicomio⁶⁵.

El interés por este nuevo recinto médico no sólo se concentró en el ámbito de la medicina, sino que traspasó estas fronteras y llegó a otros como el de la arquitectura, ya que el gran proyecto de construcción realizado por aquella comisión encabezada por Porfirio Díaz Jr. llamó la atención de profesores de la Escuela Superior de Construcción, quienes llevaban a sus alumnos para que hicieran bocetos de los diversos edificios que comprendían al manicomio, además de analizar el estado arquitectónico en el que se encontraba⁶⁶. Lo

⁶³ AHSS, F-MG, S-ADM, CAJA 9, EXP. 4, f. 12.

⁶⁴ AHSS, F-MG, S-ADM, CAJA 9, EXP. 4, f. 25.

⁶⁵ AHSS, F-MG, S-ADM, CAJA 9, EXP. 4, f. 32.

⁶⁶ AHSS, F-MG, S-ADM, CAJA 9, EXP. 4, f. 17.

anterior nos demuestra la importancia académica y disciplinaria que concentró aquella ciudad construida fuera de la urbe.

Además el manicomio fue escenario de acción para las causas sociales, por ejemplo, las damas de la beneficencia israelí visitaban periódicamente a Taube H., quien era alemana y había sido remitida del Hospital General por padecer demencia orgánica⁶⁷. A continuación, veremos cuáles fueron los problemas sociales que impedían a los alienistas hacer uso total de su saber médico para la mejora de la institución.

2.4 Una alianza incómoda: Psiquiatría y Derecho

Durante el siglo XIX la psiquiatría tuvo un papel dentro de la práctica judicial, aún cuando fuera una incidencia muy tímida es de suma importancia recordarlo, ya que ese campo llamado Medicina Legal fue lo que en un principio abrió brecha a la participación que durante el siglo XX tendrían los médicos como peritos.

La Medicina Legal se podría resumir como el uso de los saberes médicos en el campo judicial con el fin brindar justicia a los ciudadanos. En nuestro caso queremos señalar que la psiquiatría entro en el ámbito del derecho como una herramienta para la impartición de justicia en casos en donde había que discernir la responsabilidad penal de algunos individuos que habían delinquido. Sin embargo, su participación durante el fin del siglo XIX se mantuvo al margen de la decisión de los jueces, es decir, el médico legista sólo era un testigo más de lo que el sistema judicial decidía.

⁶⁷ AHSS, F-MG, S-EC, CAJA 186, EXP. 23, f. 15.

Posteriormente, la psiquiatría incursionaría en el campo de la de justicia desde dos ámbitos, el derecho penal y el derecho civil. En ambos casos el psiquiatra se encargaba de definir si un individuo estaba loco o no, en el primero para poder definir si habría que librar o no al individuo de la responsabilidad penal de la que era acusado y en el segundo punto el diagnóstico positivo de locura tenía como principal consecuencia la pérdida de la capacidad civil como medio de protección a los bienes familiares.

En ambos casos el discurso que acompañó a la locura fue el de peligro social, ya fuera para la sociedad en general por tratarse de un ciudadano violento ó para su familia por ser un pariente que pusiera en riesgo los bienes materiales de ese grupo ó la educación de sus hijos⁶⁸. Por ahora debemos saber que la interdicción era vista entonces como una medida de protección familiar, sin embargo ese tema lo profundizaremos en el siguiente capítulo.

Hasta ahora hemos visto la alianza entre psiquiatría y derecho desde el punto de vista criminal, pero hubo otros dos aspectos en los que estas dos disciplinas combinaron su labor: el internamiento involuntario y la incapacitación civil.

El vacío que ocasionó la ausencia de una legislación sobre el punto de internamientos involuntarios ocasionó que cada manicomio estableciera sus propias reglas de internamiento, de manera que no fueran un requisito legal sino administrativo, situación que a su vez nos ayuda a entender porque se procedía primero con el internamiento y

⁶⁸ Cristina Sacristán, *Locura y Justicia en México. La psiquiatría, la familia y el individuo frente a la modernidad liberal: el caso Raygosa, 1873-1877*, Tarragona, Tesis de Antropología Social y Cultural Universitat Rovira i Virgili, 1999, pp. 65-61.

después con la interdicción, cuando justamente uno de los frutos de la misma era proporcionar atención médica al loco.

Para la interdicción sucedió algo muy particular, ya que si bien durante casi todo el siglo XX la psiquiatría sufrió por la falta de una ley para la resolución de todos los aspectos legales que rodeaban a la locura, la interdicción contó –por lo menos– con la guía que le otorgaba el Código Civil y de Procedimientos Civiles, paradójicamente la promoción de los juicios de interdicción fue mínima a comparación de los internamientos en el psiquiátrico de Mixcoac.

El primer Código Civil en donde se estipuló en qué consistía el recurso legal de la interdicción fue el promulgado en 1870, el marco legal que nos compete en esta investigación es el Código Civil de 1884, apenas la segunda versión del Código en el México independiente. El capítulo dos del título noveno de dicho código es el que se refiere al estado de interdicción, abarcando los artículos 420 a 427⁶⁹, mientras que el capítulo cinco, de los artículos 449 al 454⁷⁰, complementa el anterior hablando de la tutela legítima de los dementes, idiotas, imbeciles y sordomudos⁷¹.

Por ahora nos adentraremos en el tema del vacío legal que mermó la práctica psiquiátrica, ya que el tema de la interdicción lo trataremos a fondo en el siguiente capítulo para poder verlo a la luz de la dinámica familiar, la cual era quien hacía uso de ese recurso legal.

⁶⁹ *Código Civil del Distrito Federal y territorios de Tepic y Baja California*, México, Librería de la viuda de CH. Bouret, 1902. pp. 107-114.

⁷⁰ *Ibid.*, pp. 118-119.

⁷¹ Para ver todos los detalles de dicha legislación y la manera de su aplicación ver apéndice 2.

2.4.1 El vacío legal: los médicos amordazados

Así como la psiquiatría se encontraba condicionada, en primera instancia, por la dinámica que se generaba dentro del campo científico debido a que su práctica era productora de un nuevo conocimiento, la ciencia también estaba sujeta a la economía, la religión, la política o, incluso, a la ley, es decir, el contexto en el que actuaba. En este apartado nos concentraremos en mostrar cómo la psiquiatría fue contenida por los condicionamientos jurídicos que el inicio de siglo le presentó y por los cuales mermó su campo de acción.

El desarrollo de la psiquiatría en la Europa del siglo XIX unida al poder jurídico que se le confirió nos puede arrojar una imagen errónea del psiquiatra como un verdugo que tenía por meta encerrar y castigar a los transgresores de la vida social dentro del manicomio, un sitio donde el dolor, la violencia y la injusticia eran parte de la vida cotidiana. Sin embargo, tener en mente esta idea de la práctica psiquiátrica es hacer una generalización que más allá de permitirnos entender el hecho histórico que nos interesa, nos impide vislumbrar los contrastes ante los cuales los profesionales de la salud se enfrentaron en las diversas sociedades a lo largo de la historia.

Es cierto que “el poder de recluir a los hombres en un hospital psiquiátrico, si es necesario contra su voluntad y asignar a la clase médica el poder de formular y de poner en marcha las reglas para el control de su gobierno y tratamiento deriva del Estado y está garantizado por la ley”⁷², esta garantía permitió al psiquiatra tener una total libertad a la hora de

⁷² Morton Schatzman, “Locura y Moral”, en Laura Forti, *La otra locura: mapa ontológico de la psiquiatría alternativa*, Barcelona, Tusquets, 1976, p. 132.

escoger, internar, tratar y dar el alta a sus enfermos mentales, pero sabemos que aquella garantía no fue una realidad en México.

Durante el siglo XIX los hospitales para dementes –El Divino Salvador y San Hipólito, para mujeres y hombres respectivamente– eran dirigidos por órdenes religiosas, por ello la población de dichos asilos no sólo se conformaba de locos sino también de indigentes, desvalidos y enfermos de cualquier tipo, respondiendo así a los valores cristianos que definían la vida de dichos sitios. Aun con las diversas reformas que se lograron en la segunda mitad del siglo XIX “estos hospitales recogían a enfermos abandonados en las calles, aceptaban locos remitidos por las autoridades, pero también recibían peticiones de las familias para recluir a sus insensatos.”⁷³

En aquellos años los hospitales para dementes fueron concebidos como lugares de refugio y los religiosos que ahí laboraban no fueron acosados ni por la sociedad ni por el círculo científico como posteriormente lo serían los psiquiatras ante la variedad poblacional del recinto. Lo anterior se debió en gran parte a la diferencia que existió entre estos hospicios y el Manicomio General: éste último, al pregonar la cura de la enfermedad mental a través de los avances científicos hizo que la población exigiera mucho más a estos médicos, lo que se nota en los interrogatorios de ingreso cuando se les pregunta el motivo por el que internaban a los enfermos y los familiares responden que para su tratamiento y curación.

No obstante, la tradición de que el hospital era un sitio en donde no sólo los locos tenían cabida permaneció y se mantuvo en “La Castañeda”. La población del psiquiátrico de

⁷³ Sacristán, *op. cit.*, 1988, p. 204.

Mixcoac era definida por las instancias remitentes y no por los médicos. Así, las familias fueron uno de los principales grupos que condicionaron el papel del psiquiatra⁷⁴. De hecho una de las condiciones para el internamiento “especial”, es decir, sin los dos certificados que eran exigidos para el ingreso del enfermo, era la no compatibilidad con el medio familiar⁷⁵. Lo anterior nos da noticia de que probablemente la principal razón por la cual se internaba a una persona en Mixcoac era la ruptura con la familia⁷⁶, esta cedía hasta cierto punto las responsabilidades de su loco al Estado representado por los psiquiatras.

Aquí conviene revisar el reglamento interno del Manicomio General⁷⁷, el cual fue la única referencia de los psiquiatras para poder actuar, a falta de una legislación sobre el internamiento de locos. Un par de casos nos dan una idea de las condiciones que debían cumplirse para internar o dar de alta a un asilado. Por ejemplo, en el artículo segundo de dicho documento citaba seis posibles instancias remitentes de enfermos: la policía y las autoridades judiciales del Distrito Federal; el consejo de Defensa y Prevención Social; la Beneficencia Pública; el propio paciente, y los parientes del enfermo. Todas éstas debían presentar un certificado firmado por dos médicos o bien dos certificados firmados por un médico cada uno, de manera que dos profesionales avalaran la enfermedad mental.

⁷⁴ Ríos, *op. cit.*, p. 212.

⁷⁵ AHSS, F-MG, S-ADM, CAJA 5, EXP. 2, f. 3.

⁷⁶ Entre 1910 y 1920 el porcentaje de los pacientes recluidos por orden familiar fue del 26.15%, sólo por debajo del mayor que pertenecía a las autoridades del Gobierno de la ciudad que era de 30.15%. Hay que recordar que aunque la instancia remitente sea la policía, la Beneficencia Pública ó el propio Gobierno de la ciudad, muchas veces actuaban incitadas por la familia. Ríos, *op. cit.*, pp. 232-233.

⁷⁷ AHSS, F-MG, S-ADM, CAJA 4, EXP. 14. Para tener noticia de los requisitos de internamiento en dicho establecimiento ver apéndice 1.

Este documento debía expresar el diagnóstico o por lo menos las anormalidades conductuales que fuera posible identificar, así como la falta de adaptación al medio social y la necesidad de reclusión. En teoría, todos los admitidos debían estar sujetos a la observación del médico de guardia y, aunque esta se llevaba a cabo pocas veces, se respetaba la opinión del médico.

A su vez, el artículo 38 refiere que el alta podía ser otorgada por la recuperación médica o por solicitud familiar cuando ésta alegara que tomaría las responsabilidades que el tratamiento requiriera. Queda claro, entonces, cómo los parientes eran el agente principal activo a la hora del internamiento o de la salida de los pacientes.

El desorden regulatorio de la internación derivó en un impedimento de los médicos a la hora de decidir quién se quedaba y quien salía del establecimiento. Por esto mismo se desarrolló un rápido proceso de deterioro que a diez años de su apertura ya padecía “La Castañeda”. Además no hay que olvidar que la situación económica del país era muy mala debido a la Revolución Mexicana, lo que condujo a una crisis de la institución a partir de 1920 no sólo en cuanto a la terapéutica ofrecida, sino a la propia vida cotidiana por la falta de insumos para los cientos de internos y trabajadores.

Frente a dicha crisis algunos médicos –Manuel Guevara Oropeza⁷⁸, Alfonso Millán⁷⁹, Mario Fuentes⁸⁰, Leopoldo Salazar Viniegra⁸¹–, decidieron salvar el destino de aquel majestuoso

⁷⁸ 1899-1980: Fue un neuropsiquiatra y psicoanalista. Desde la preparatoria fue discípulo de dos grandes psiquiatras (uno de ellos fue Meza Gutiérrez, primer director de “La Castañeda”). El doctor Nicolás Martínez, siendo director del manicomio lo invitó a participar con él como médico interno. Guevara asumió la dirección de “La Castañeda” en los períodos de 1932-1934 y 1938-1944.

manicomio. Es entonces cuando comenzó una época de reformas en el interior del mismo, así como un constante llamado por parte de los médicos a las autoridades estatales en pro de una legislación para alienados⁸².

Fue hasta el año de 1937 que Mario Fuentes –director de la institución– se encargó de comunicar al personal del manicomio que por un periodo no se aceptarían más enfermos, advirtiéndole que

la reacción que estas medidas van a despertar en nuestro medio social, servirán para patentizar una situación real que lejos de ocultar hay que exhibir acelerando así a las más urgentes disposiciones que el problema amerita.⁸³

El hacinamiento y otras situaciones como los internamientos forzosos por parte de la familia, no fueron ocultadas al público, al contrario fueron armas para que los médicos pudieran evidenciar la necesidad de una ley que avalara su desempeño, protegiera a los individuos y ayudara a salir de la decadencia en la que se encontraba el manicomio. Hubo casos en los que la impotencia de los médicos se reflejaba en las altas solicitadas por los parientes, así como en la propia conformación de la población del manicomio: indigentes, criminales, pensionistas, etc., pero hay que recordar que en ocasiones los médicos también apoyaban las altas de muchos individuos que solo engrosaban las filas de asilados, los

⁷⁹ 1906-1975: Estudió medicina en la Universidad Nacional pero terminó en la Universidad de París, se especializó en psiquiatría. Se incorporó a “La Castañeda” en 1932 y para 1934 ya era el director del establecimiento.

⁸⁰ 1904-1985: Se tituló de la Escuela de Medicina en el año de 1929 y siendo muy joven se incorporó a las filas del Manicomio General. Este gran psiquiatra fue el último director de dicho establecimiento, de 1963 a 1968.

⁸¹ 1898-1957: Estudio en la Escuela Nacional de Medicina de la Universidad Nacional, en la Facultad de San Carlos en Madrid y en la Facultad de Medicina en París, se especializó en neuropsiquiatría, desde el año de 1925 fue médico en el Manicomio General.

⁸² Sacristán ha delimitado este periodo entre los años de 1925 a 1945, ver nota 31.

⁸³ AHSS, F-MG, S-ADM, CAJA 5, EXP. 2, f. 7.

cuales podían vivir fuera del manicomio, todo ello con el fin de aligerar la carga y evitar que la familia siguiera aprovechando el contexto que generaba el vacío legal.

Es importante señalar que la no existencia de una legislación hizo que los psiquiatras endurecieran los criterios administrativos para la internación. De esta forma, los mismos especialistas se adjudicaron por muchos años el papel que le correspondía a los encargados de aplicar los procedimientos judiciales emanados de lo que debería ser una ley para enfermos mentales⁸⁴, como por ejemplo la interdicción, ésta en particular fue muy poco practicada como lo analizaremos más adelante.

En México, la preservación de las garantías individuales provocó que el médico quedara atado de manos debido al vacío legal en torno al internamiento involuntario y el desarrollo de dichas estancias en el hospital⁸⁵. En otras palabras, si el médico hubiese rechazado alguna internación o peor aún la extracción de algún enfermo se hubiera convertido en un transgresor negligente incluso en un secuestrador. El desamparo del especialista era evidente.

El reglamento del manicomio no era respetado con seriedad, debido a que era considerado un boceto a través del cual el Estado debía llegar a construir una Ley Federal sobre

⁸⁴ La primera ley para la internación de enfermos mentales nació en el año de 1995. Ver Cristina Sacristán, "Entre curar y contener. La psiquiatría mexicana ante el desamparo jurídico, 1870-1944", en *Frenia*, vol. II, núm. 2, 2002.

⁸⁵ La Revolución francesa fue un parte aguas para la historia y en consecuencia para la nuestra, la transformación política pero sobretodo jurídica que esta heredo al mundo moderno –basados en los ideales que guiaron aquella lucha: libertad, igualdad y fraternidad– revolucionaron a la sociedad decimonónica, entre ellas encontramos el establecimiento de las garantías individuales y debido a estas "tanto los médicos como el Estado hubieran de buscar un mecanismo legal para el ingreso involuntario", como dice Sacristán en *óp. cit.*, 1998, p. 205.

enfermos mentales, cuando el ideal era que el reglamento se fundara en dicho ordenamiento legal.

[...] este vacío legislativo en torno a los internamientos involuntarios fortaleció el papel de la familia en el control de la locura y debilitó el de la medicina. De hecho, la tímida presencia del Estado en el ámbito de la legislación sobre enfermos mentales durante los siglos XIX y XX en México pudo verse reforzada por la poderosa y continua intervención que la familia y la red de parentesco tuvieron en México [...] ⁸⁶

Además, el papel del profesional no sólo se vio mermado por el vacío legal sino por la falta de medicamentos, comida, personal y los bienes más básicos como camas, cobijas, ropa, etc. Así, podemos dejar de lado la idea del poder psiquiátrico y estatal enunciada por Foucault ⁸⁷, la cual ha sido utilizada para el análisis de contextos que tienen particularidades que los hacen distantes del estudiado por dicho autor, cometiendo así un error histórico “al aplicar mecánica y acríticamente experiencias externas a la realidad de nuestros países” ⁸⁸.

Una de las principales diferencias con la Francia del siglo XIX estudiada por Foucault es el apoyo que el Estado otorgó a los alienistas con la Ley de 1838 que avalaba las decisiones médicas sobre las familiares, jurídicas y administrativas, permitiendo así el llamado “gran encierro”.

Tenemos claro hasta ahora que el médico tenía un papel muy pobre en el tratamiento de la locura dejando lugar a que la familia participara del proceso de internación y curación, por

⁸⁶ *Ibid*, p. 209.

⁸⁷ En México, el uso desmedido del hospital para dementes respondió más que a razones de control social por parte del Estado encarnado en los psiquiatras a razones de naturaleza familiar, esas decisiones que se tomaron al interior de la casa no correspondieron a los psiquiatras sino a los propios parientes. Ríos, *op. cit.*, p. 213.

⁸⁸ Carlos Rodríguez Ajenjo, “Práctica institucional psiquiátrica en México”, en *Manicomios y prisiones*, México, RED, 1983, p. 56.

ello queremos dar un vistazo a aquellas intromisiones que tuvo la familia en ese nuevo escenario de acción, el Manicomio General.

Si bien no es correcto hablar de un poder psiquiátrico, sí podemos señalar que la familia fue la que encabezó la acción frente a los otros poderes: médico, judicial y administrativo. Aunque la idea primaria del tratamiento en el nosocomio se basó en el aislamiento como medida terapéutica para sacar del medio familiar al enfermo y permitir que las causas sociales de la locura se quedaran detrás de las rejas del edificio, esto no significó que la familia dejara de ver a sus parientes.

Existían horarios y días de visita en el sanatorio, así como la posibilidad de sacar al enfermo por un tiempo de la institución a través de un permiso otorgado por la dirección de ese establecimiento. En este último caso ocurrían un par de irregularidades que afectaban directamente la recuperación del enfermo: las salidas ocasionales del establecimiento bajo la supervisión de un familiar tenían una fecha de reingreso para los pacientes, regularmente de un par de días, no obstante los familiares no la respetaban y esto ocasionaba que el momento del reingreso fuera catalizado por una nueva crisis nerviosa; la segunda, estaba referida a que los pacientes no eran entregados al médico responsable, sino a la persona que se encontrara en la oficina de admisión fuera un vigilante o un enfermero⁸⁹.

⁸⁹ AHSS, F-MG, S-ADM, CAJA 5, EXP. 2, f. 4.

La realidad de que la familia no respetaba las reglas –a pesar de conocerlas⁹⁰– por las que el establecimiento pretendía regirse no era la única violación que ella cometía contra el reglamento, su acción fue más allá al punto de modificar esas medidas administrativas asentadas en el código. Un ejemplo de lo anterior se puede observar en una modificación que se logró hacer al reglamento vigente de 1935 gracias a la presión de varias familias⁹¹. Así, si la única fecha de visita a los enfermos eran los domingos, los grupos familiares lograron, mediante solicitudes escritas y reunión de firmas, que los pensionistas⁹² pudieran ser visitados otro día, logrando que se incluyera en el código administrativo el día jueves en un horario de 3 a 5 de la tarde para dichas visitas⁹³.

Aunque debemos decir que esas modificaciones al reglamento interno fueron excepciones, porque los familiares y parte del personal del manicomio –vigilante y enfermeros–, no pretendían cambiar los artículos del reglamento simplemente hacían lo que querían, como por ejemplo, ir a visitar a sus enfermos en días y horas no señaladas.

Es verdad que el punto al que se le ha dado más importancia en las investigaciones –por ser el más perjudicial tanto para el psiquiatra como para el paciente– fue al de las altas por

⁹⁰ Aunque el reglamento no fue distribuido entre las familias que tenían algún pariente internado, sabemos que conocían ciertas reglas que se empeñaban en romper. Por ejemplo, sabían que para el ingreso debían presentar dos certificados médicos que avalaran la enfermedad, cosa que sólo se realizaba en el primer ingreso aun cuando la mayoría de los internos ingresaron al manicomio más de una vez.

⁹¹ Aunque este ejemplo se encuentra fuera de mi temporalidad de análisis creo que es conveniente mencionarlo como dato para entender hasta donde habían llegado las familias veinticinco años después de la inauguración del manicomio.

⁹² Los pensionistas pagaban una cuota mensual por tener contar con una serie de privilegios dentro del manicomio, los había de primera y segunda clase. Los primeros gozaban de una habitación privada, de una enfermera personal y de mejor alimentación, mientras que los segundos recibían mejores alimentos que el resto de los asilados pero permanecían en un Pabellón específico, aunque no tenían cuartos personales si tenían un mejor mobiliario.

⁹³ AHSS, F-MG, S-ADM, CAJA 6, EXP. 6, f. 6.

solicitud familiar. La facilidad con la que los parientes podían reclamar a sus enfermos requería solamente de que éstos aseguraran que tomarían las responsabilidades que el tratamiento implicaba⁹⁴, si a las intromisiones familiares sumamos las incitaciones de los médicos para que los familiares se llevaran a sus locos podemos entender la porosidad de los muros del manicomio.

Estos elementos nos permiten entender la constante lucha que se daba en un campo aún no definido. En el caso de los psiquiatras, éstos buscaron legitimar su profesión mediante su formación académica al mismo tiempo que trabajaban a favor de la institucionalización de su práctica médica a través de procedimientos jurídicos como la interdicción. Esta última no sólo servía de protección familiar, sino también como respaldo médico debido a que protegía al loco de las decisiones de carácter familiar que muchas veces perjudicaban en vez de ayudar, pero de ello hablaremos en el siguiente capítulo. Por ahora nos resta decir que la lucha que los psiquiatras mexicanos libraron para convertir a “La Castañeda” en un verdadero espacio terapéutico en donde el médico tuviera el poder para dirigirlo basándose en la ciencia y sobretodo en el bien de los pacientes fue contra los agentes externos a la misma, sobre todo a la familia y al poder público.

Al final de la década de 1920 llegó a la dirección del nosocomio una triada de especialistas que durante quince años se dedicaron a restablecer el orden y elevar los estandartes científicos que cobijaban a la institución: Samuel Ramírez Moreno⁹⁵, Alfonso Millán

⁹⁴ Ver AHSS, F-MG, S-EC, CAJA 11, EXP. 8.

⁹⁵ 1898-1951: Cursó la carrera de medicina en la Escuela Nacional de Medicina de la Universidad Nacional, realizando sus prácticas profesionales en el sanatorio “Rafael Lavista”, quedando enganchado por la

Maldonado y Manuel Guevara Oropeza⁹⁶. Estos médicos buscaron constantemente que una ley sobre alienados avalara su trabajo y permitiera su libre acción⁹⁷.

El famoso certificado de 72 horas instituido por Guevara Oropeza tras veinte días de haber ocupado la dirección del manicomio, fue una de las acciones que los psiquiatras tomaron para contrarrestar a los agentes externos y para llenar el vacío legal en torno a la práctica psiquiátrica, ellos lo concebían como un avance en la batalla a favor de la ciencia. El certificado consistía en esperar el número de horas mencionado para realizar una nueva observación del supuesto loco y justificar o no la prudencia de su estancia en el manicomio, lo cual pretendía desahogar los altos números de internos que provocaban el hacinamiento.

Desafortunadamente, el certificado tenía carácter administrativo por lo que los médicos siguieron buscando un aval estatal que regulara las reclusiones involuntarias. Recordemos que los profesionales ya habían contemplado el área jurídica como una vía adecuada para profesionalizar a la psiquiatría; es decir, a través de la medicina legal⁹⁸, por lo que esta vez buscaban repetir la estrategia.

La figura jurídica de la interdicción se convirtió entonces en un medio por el cual se podían regular los ingresos mientras se lograba establecer la ley pertinente. En primer lugar, los médicos promovieron el uso de la interdicción para los que ya estaban asilados, porque

especialidad y decidió quedarse entre sus filas como medico alienista. Ocupo la dirección del Manicomio General de 1929 a 1932.

⁹⁶ Para ver los datos de estos médicos ver nota 75 y 76 de este capítulo.

⁹⁷ Sacristán, *op. cit.*, 2010, p. 478.

⁹⁸ Ríos, *op. cit.*, p. 28.

este juicio solamente se le había practicado al 5% de los internos hasta 1935, lo cual era alarmante porque tenía al otro 95% de enfermos en una situación de desamparo legal.

En el siguiente capítulo nos adentraremos en el ambiente familiar de nuestros protagonistas para ver quién hizo uso de la interdicción respondiendo a diversas causas, para así poder entender los dramas familiares que inspiraron esta investigación.

Carlos M. fue un ingeniero civil de 36 años que ingresó por primera vez al Manicomio General el 8 de junio de 1916 remitido por la comisaría del Distrito Federal, la cual pidió atentamente al director del establecimiento que este individuo fuera internado por padecer Delirium Tremens, padecimiento que avalaron dos certificados médicos¹, uno firmado por el Médico García García y el segundo por el Médico Enrique del Pino.

En el interrogatorio de este primer ingreso, el padre señala que “en el mes de marzo falleció su mamá y desde entonces ha bebido diariamente diversas clases de alcohol en bastante cantidad, [y que] habiendo recibido un dinero hace 20 días, se comenzó a manifestar incoherencia en sus hechos y vino el temor de que lo robaran y para evitarlo enterró su dinero.”²

Veinte días después de su ingreso el director del establecimiento contestó por medio de una carta al padre del enfermo, el cual quería tener noticia del estado de salud de su hijo, a lo que el médico Mier responde que el diagnóstico de Carlos es Parálisis General Progresiva, la etiología era sífilis y el pronóstico era incurable, todo ello confirmado días después por Nicolás Martínez –médico que atendía al asilado–.

En agosto de 1916 –dos meses después de su ingreso al manicomio– su hermano Alberto M. decide promover el juicio de interdicción, en dicha solicitud menciona que su padre internó oportunamente en el Manicomio General a su hermano por padecer Delirium Tremens pero que estando como pensionista de primera en dicho hospital fue diagnosticado con parálisis general progresiva. Por consecuencia, pide que se tenga “a la mano” el testamento de su madre, ya que con él se puede comprobar el parentesco entre el enfermo y él y así proceder con la promoción del juicio.

El 27 de noviembre del mismo año, una mujer llamada Isabel H. solicitó el alta de Carlos señalando que se permitiera su salida en el estado en el que se encontrara porque deseaba

¹ AHSS, F-MG, S-EC, CAJA 65, EXP. 41, f. 3.

² AHSS, F-MG, S-EC, CAJA 65, EXP. 41, f. 23.

seguir atendándolo en su casa,³ sin ninguna objeción Carlos es dado de alta el 1° de diciembre de 1916. Mientras Carlos abandonaba el manicomio, el juez asignaba como médicos peritos a Samuel Salazar y José de Jesús Sánchez, sin embargo el proceso se estacaría por un largo período como veremos más adelante.

El 07 de diciembre el padre se llevó una gran sorpresa cuando al llegar al manicomio y pedir ver a su hijo, los enfermeros le dijeron que había sido dado de alta a petición de su esposa, Isabel H. Ante este panorama el padre envió una carta⁴ al director como muestra de su enojo por haber permitido la salida de su hijo con una mujer que no era su esposa sino una mentirosa, por lo que exige que se busque a su enfermo y sea reingresado al hospital para seguir con el tratamiento, dejándole el trabajo a los psiquiatras como si ellos fueran policías.

Casi dos meses después el padre de Carlos pide informes acerca de la reinstalación de su hijo porque le han dicho que lo vieron paseando por el pueblo de Zacahuisco (Tlalpan) con ello se ve claro cómo el enfermo no contaba con una atención familiar adecuada, consecuentemente pudo salir de “La Castañeda” sin que se enteraran hasta dos meses después y el padre sólo trasladó su responsabilidad al personal del manicomio.

El 11 de julio de 1917 se registró el segundo ingreso de Carlos al hospital mental ubicado en Mixcoac, en el cual vuelve a estar involucrada la policía. El 24 de Octubre de 1917 se lleva a cabo el reconocimiento mental por parte de los médicos peritos. En el interrogatorio se menciona explícitamente que la causa de su locura fueron el alcohol y la sífilis y se confirma que padece PGP⁵. De este examen podemos rescatar que tuvo sífilis a los 25 años y que desde su juventud abusó de las bebidas alcohólicas y de los excesos genésicos⁶. A los 32 años comenzó a padecer irritación psíquica visible en constantes disgustos sin razón alguna, además quería reducir toda cuestión a problemas

³ AHSS, F-MG, S-EC, CAJA 65, EXP. 41, f. 7.

⁴ AHSS, F-MG, S-EC, CAJA 65, EXP. 41, f. 30.

⁵ Parálisis General Progresiva

⁶ AGN, F-TSJD, Caja 1329, Folio 232668, f. 13.

matemáticos, se creyó rico y decía que su familia le había robado por lo que les tenía mala voluntad.

Esta vez es un primo el que responde a las preguntas de los médicos, porque el sifilítico permanece callado, por lo que la voz que escuchamos en este interrogatorio es la de la familia, lo que da una mayor importancia a las declaraciones que en este se hicieron, por ejemplo, al declarar que por actitudes violentas que había tenido contra su familia había sido internado en el manicomio, no fue la enfermedad –habían convivido con sus excesos desde su juventud– sino la agresión a la familia lo que finalmente catalizó su entrada al manicomio.

Su hermano, Alberto Martínez, solicita que a la brevedad se asignen tutor y curador para que el juicio prosiga su curso como lo señala el Código de Procedimientos Civiles⁷, ya que aunque su hermano no posee bienes, es el heredero de su madre y posee algún dinero. Por ello vuelve a pedir que se tenga en cuenta el testamento y los \$1555.50 que le pertenecen.

A partir de este punto el proceso comienza a agilizarse por el hermano, llevándose a cabo un segundo reconocimiento –como lo marcaba el Código de Procedimientos Civiles– en marzo de 1918 dentro de “La Castañeda”, durante el cual se pudo comprobar la demencia avanzada en la que se encontraba Carlos a causa de la PGP, encontrándolo desnudo sólo cubierto con un cobertor y hablando incoherencias. Una vez más el expediente nos deja imaginándonos el final porque está incompleto, pero podemos ver como es la familia, en este caso el hermano, la que se encarga de cubrir sus propias necesidades. Es claro que Alberto Martínez –hermano del loco– tenía un interés especial en la herencia de su madre y este proceso de interdicción era sólo un paso más para gozar de los beneficios de esa sucesión.

⁷ AGN, F-TSJD, Caja 1329, Folio 232668, f. 16.

“[...] besa la mano y se inca, le gustan los chistes agudos, tienen una memoria prodigiosa y es muy platicador y el mismo habla de su enfermedad, dice que está preso en “LA QUINTA DE SALUD” Rafael Lavista.”⁸

Joaquín R., 1929

Recordemos que el manicomio fue una institución estatal de salud, muy a pesar del desamparo económico y legislativo en que el Estado lo dejó por mucho tiempo; en muchos ámbitos, el hospital era una extensión del mismo, a través del cual brindó el servicio de salubridad a la población. Por ello, los médicos no podían negar el servicio a ningún supuesto enfermo que se presentara a las puertas del establecimiento, ya que los psiquiatras representaban al Estado benefactor que cobijaba y atendía a sus hijos.

Ya mencionábamos en el capítulo anterior que, en la mayoría de los casos, la orden de remisión o internación no era expedida por razones médicas sino sociales, es decir, los dementes “no necesariamente fueron capturados por haber cometido excesos en la vía pública, más bien, las familias acudieron a las mencionadas instancias en busca de un médico que certificase la locura [de su enfermo].”⁹

En este sentido, el caso mexicano es particularmente interesante debido a que, mientras en otras latitudes habían sido los propios psiquiatras quienes retenían contra su voluntad a los internos¹⁰, en México ocurrió lo contrario, fueron los propios médicos los que

⁸ AGN, TSJDF, Caja 0872, Folio 154542, f. 9v.

⁹ Andrés Ríos Molina, *La locura durante la revolución mexicana*, México, El Colegio de México, 2009, p. 28. De los nueve casos que trabajamos para esta investigación, en siete la familia fue la promotora de la promoción del juicio de interdicción y de la internación.

buscaban defender a los dementes de ingresos involuntarios y transgresiones familiares, y así defender su profesión intentando hacer valer su criterio médico por encima de las decisiones sociales¹¹.

Podemos decir que si en otros contextos la campaña en contra del encierro en el manicomio se gestó en primera instancia en contra de los alienistas, por el poder que estos ejercían, pero en nuestro país fue el débil papel de los mismos a la hora de enfrentar los problemas económicos, administrativos y científicos que aunque no dependían de la práctica psiquiátrica fueron factores catalizadores del desmantelamiento de la institución en 1968, junto con otras razones como la aplicación de un modelo de atención más moderno.

Así, al dilucidar el papel protagónico de la familia, en la dinámica del Manicomio General, podremos adentrarnos en el análisis de su experiencia directa con la locura, señalando la importancia social y cultural que este grupo social tuvo en cuanto a la definición y tratamiento de la enfermedad mental en la nación mexicana de principios de siglo.

¹⁰ Para ilustrar ese periodo de la psiquiatría europea, podemos recordar un episodio ejemplar dentro del ámbito italiano. Al inicio de la segunda mitad del siglo XX Franco Basaglia realizó un experimento en el manicomio de Gorizia, basado en dirigir aquella institución de forma alternativa de manera que la permanencia en el mismo no significara la pérdida de la libertad. La película *C'era una volta la città dei matti...*, (Marco Turco, 2010, Italia) retrata dicho proceso y muestra la labor del psiquiatra italiano al comenzar a gestar el movimiento antipsiquiátrico.

¹¹ AHSS, F-MG, S-ADM, CAJA 4, EXP. 14, f. 5.

3.1 Entre acusados y acusadores: el ambiente familiar

Pilar Gonzalbo¹², ha señalado la importancia que tiene considerar la vida cotidiana en el ámbito privado-familiar-doméstico a la hora de realizar una investigación histórica. Lo contrario puede provocar un gran vacío que hace tambalear los cimientos de nuestro trabajo debido a la importancia que ésta tiene en la vida de cada individuo. Por ello, en nuestro estudio hemos analizado a la familia moderna mexicana no sólo por la importancia en la identificación, internación y atención de la locura, sino por ser un “punto de partida para el estudio de sociedades que no están ‘ni tan organizadas ni tan estructuradas’ como podríamos pensar”¹³, como la sociedad mexicana de principios de siglo, la cual había vivido una vorágine con el proceso de modernización económica promovido por el Porfiriato; además de que atravesaba el proceso revolucionario, el cual permitió una serie de reestructuraciones sociales y culturales para hacer frente a la violencia que se desató en aquellos años.

Por lo anterior, resulta necesario localizar y analizar en primer lugar los modelos morales que las familias transmitieron al interior de sus núcleos más íntimos como reductos de la sociedad misma. En segundo lugar importa explicar la manera en que las familias procedieron a actuar de acuerdo con esos modelos a la hora de enfrentar diferentes problemáticas a las que podían considerar como producto de la demencia de alguno de sus miembros. Por eso es importante observar cómo se desarrolló la familia en sus

¹² Pilar Gonzalbo, *Historia de la familia*, México, Instituto Mora, Universidad Autónoma Metropolitana, 1993, p. 10.

¹³ *Ibid*, p. 9.

diferentes lazos, internos y leer estas acciones bajo el prisma socioeconómico y cultural – género, generacional, étnico, religioso y profesional, ya que así lograremos dilucidar mejor el ambiente familiar.

Un primer ámbito de análisis está representado por la formación familiar puesto que es el punto de referencia para poder entender a los individuos que conforman a una sociedad. Desde luego “nadie puede hoy razonablemente dudar de que la educación familiar tenga una amplia repercusión sobre la socialización, el comportamiento y el desarrollo de los hijos”¹⁴. Esta formación estaba principalmente en manos de los padres quienes a través de la experiencia de vida y de los ejemplos (la educación es un proceso más complejo, no sólo engloba a estos dos ejemplos sino que es todo un proceso de aculturación que esta moldeado por su contexto) se encargaban, generación tras generación, de transmitir los modos de representarse y actuar en la vida.

Durante la niñez y la adolescencia la familia urbana generalmente se tornó en el primer grupo que se encargaba de educar a los sujetos que se convertirían en ciudadanos, puesto que las “normas sobre cómo debemos actuar se fijan y luego se apartan de nuestra vista para permanecer en gran parte sin cambios.”¹⁵ A partir de la dinámica familiar se dotaba a sus miembros de una visión del mundo a partir de la cual los individuos se encargan de vivir su realidad, sin embargo debemos recordar que la dinámica familiar no es la misma en todas las clases sociales, por ello en esta investigación hablamos de la clase media.

¹⁴ José Buendía, *Familia y psicología de la salud*, Madrid, Ediciones Pirámide, 1999, p. 237.

¹⁵ Karl Beutner, *Guía para la familia del enfermo mental*, México, Paidós, 1964, p. 43.

Dichas normas estaban conformadas en buena medida por los valores morales y religiosos de los que hace uso la familia.

Los valores morales son los que moldean la conducta de los miembros de la familia y sujetos sociales a lo largo de la vida, “estas asignaciones del rol social están fundamentadas en la herencia cultural, en la tradición que impone el deber ser a cada quien.”¹⁶ Por lo tanto, la familia en el Estado moderno¹⁷ fue una instancia que se encargó de construir a la sociedad misma, pues como dice el sociólogo Ross “los grupos primarios como la familia, la Iglesia o la comunidad local socializan y controlan el comportamiento individual.”¹⁸

En el inicio del siglo XX mexicano, la familia estuvo inmersa dentro de la modernización económica-industrial, el crecimiento de las ciudades, el impulso científico y cultural, etc., formulando estrategias de convivencia cotidianas. De acuerdo con algunos teóricos de la modernización, ésta provocó “la debilitación de los lazos familiares y formas tradicionales de vida, la adopción de nuevas actitudes y conductas”¹⁹, no obstante creemos que en el México porfirista fueron limitados estos cambios al interior de las familias y que se vivieron como meras adaptaciones ante la nueva dinámica social, económica, política y

¹⁶ Ríos, *op. cit.*, 2009, p. 145.

¹⁷ De acuerdo a Lawrence Stone, dentro de las características de la familia moderna inglesa se encontraban “la intensidad del lazo afectivo del núcleo central con el sacrificio de los vecinos y parientes... así como el deseo cada vez más intenso de una privacidad física”. Ambos elementos podían encontrarse adaptados en la realidad mexicana. Citado en Clara Elena Suárez, “Acercamiento a la familia novohispana”, en Margarita Guerra y Denisse Rouillon, en *Historias paralelas. Actas del primer encuentro de historia Perú-México*, Zamora, Pontificia Universidad Católica del Perú-El Colegio de Michoacán, 2005, p. 262.

¹⁸ Citado en Cristina Sacristán, “¿Quién me metió en el manicomio? El internamiento de enfermos mentales en México, siglos XIX y XX”, en *Relaciones*, vol. XIX, núm. 74, Primavera, 1998, p. 213.

¹⁹ Carlota Solé, *Modernización. Un análisis sociológico*, Barcelona, Península, 1976, p. 32.

cultural, prueba de ello es el papel protagónico que la familia tuvo en los aspectos relacionados a la locura, era ella quien decidía cuál sería la materia prima del psiquiatra, quién debía ser puesto en estado de interdicción, cuándo debía salir del psiquiátrico su familiar, etc.

Sin embargo, lo anterior no significó que estas adaptaciones hayan consistido en cambios hacia nuevas formas de educación, relajando así las estructuras familiares de poder. Por el contrario, pensamos que si bien hubo una adaptación en la idea de lazos parentales, la familia se encargó de protegerlos para poder preservar su existencia; por ejemplo, el uso de la internación de sus locos en “La Castañeda” es prueba de que la familia cedió a los psiquiatras y en cierta medida al Estado el poder de cuidar a uno de los suyos, aquéllos que junto con la nueva realidad se sumergieron en el modo de vida cosmopolita, llenando su vida de excesos²⁰ que provocaban transgresiones a los valores de la época – tranquilidad, respeto, recato, amor, etc. –, mismos que fueron prueba fehaciente de la presencia de la locura en el cuerpo. Esa transferencia de responsabilidad hacia los psiquiatras de Mixcoac puede ser vista más que como una disminución del poder familiar como una forma de preservación del mismo, es decir, la familia llevaba a su loco al manicomio para poder regular su papel, el cual estaba amenazado por la demencia de su

²⁰ La locura moral estaba caracterizada por ese descontrol, del mismo del que estuvo plagada la vida de Joaquín R. (AGN, F-TSJDF, Caja 0872, Folio 154542). El boom de la sífilis podríamos identificarlo como un aumento en las prácticas sexuales desordenadas, esta enfermedad de transmisión sexual provocó la locura de Carlos M. (AGN, F-TSJDF, Caja 1329, Folio 232668, AHSS, F-MG, S-EC, CAJA 65, EXP. 41), Ventura T. (AGN, F-TSJDF, Caja 2350, Folio 434575) y Aurelio M. (AGN, F-TSJDF, Caja 1551, Folio 277575) quienes la padecieron justamente entre 1905-1911.

familiar, por ello algunas familias utilizaron el Manicomio como un recurso para seguir manteniendo su injerencia en la vida de su pariente.

El poder familiar implica las responsabilidades de la protección de los individuos que conforman la familia y generalmente lo conserva el padre o la madre, ese poder se mantiene gracias a la convivencia; no sucede así con el psiquiatra, ya que su poder le viene de la transferencia de otro (la familia) para la vigilancia de los dolientes.²¹ El problema viene cuando la convivencia con la familia se rompe por la enfermedad, dice Walter Wyss “que hay un muro entre nosotros [la familia] y el enfermo cuya mímica está inmóvil y rígida”²², es decir, que ese muro –la enfermedad– rompe la comunicación entre cuerdos y locos e inmoviliza la expresión entre individuos²³, es ahí donde entraba el papel del psiquiatra y del manicomio.

Por todo lo anterior, decimos que los parientes eran los primeros que reconocían la enfermedad, asimismo eran quienes decidían el proceder que tendría el nuevo enfermo, ya que eran los primeros interesados –junto con el doliente– y los únicos legalmente capacitados para tomar dichas decisiones. “Algunos acudían al hospital psiquiátrico como último recurso, en busca de ser liberados de la carga que significaba cuidar a un loco, otros llevaban a sus parientes al manicomio con la esperanza de encontrar una cura”²⁴,

²¹ Antonio Castilla Cerezo, “Michael Foucault, la familia y el poder psiquiátrico. (Historia de una rectificación)”, en *Convivium*, núm. 22, 2009, p. 166.

²² Citado en Ricardo Pérez Gallardo, *El complejo enfermedad*, México, A. Mijares y Hno. Impresores, 1935, p. 25.

²³ No quiere decir que el loco se convierta en un actor inmóvil, sino que la relación entre los familiares se rompe porque ya no existe un consenso.

²⁴ Cristina Rivera Garza, *La Castañeda: Narrativas dolientes desde el Manicomio General. México, 1910-1930*, México, Tusquets, 2010, p. 116.

pero todos acudían al establecimiento sólo cuando su poder de acción había sido rebasado, por lo que aunque sus familiares estuvieran bajo el cuidado médico, ellos estaban constantemente tomando las riendas del tratamiento.

Hasta las sociedades del Antiguo Régimen la locura fue una responsabilidad totalmente doméstica: tanto la atención y custodia de los alienados, como de los actos que el insensato cometía²⁵. La custodia doméstica no significó que el trato que los dementes recibieran fuera bueno y que estuviera regido por la paciencia y el amor familiar; en ocasiones, los dolientes se encontraban en peores condiciones que en los asilos, ya fuera encerrados en el sótano de la casa o amarrados en sus habitaciones.

Con la creación del manicomio moderno la familia contó con una nueva forma para atender las necesidades de algún miembro al que se consideraba desequilibrado, ella era quien se encargaba de proteger a su pariente. Recordemos que era la familia y no el enfermo quien tomaba “las decisiones respecto de qué hacer con la enfermedad y con el enfermo, incluida la consulta de un servicio determinado”²⁶, fue la familia la estructura social que más influyó en la representación de la locura y en las prácticas que la rodean, después del ámbito científico debido al uso que ella hacía tanto de instancia médica como de la jurídica.

Las familias con las que nos encontramos en los expedientes fueron de clase media, con suficiente dinero y educación como para proceder legalmente contra uno de los suyos, ya

²⁵ Roy Porter, *Breve historia de la locura*, México, Fondo de Cultura Económica, 2002, p. 93.

²⁶ Eduardo Menéndez, “Familia, participación social y proceso salud/enfermedad/atención”, en Catalina Denman, *Familia, salud y sociedad*, Guadalajara, Universidad de Guadalajara, 1993, p. 135.

fuera por tener los conocimientos –el padre de Manuela C. era abogado, así como el hermano y tutor de Miguel G. también lo era– o por contar con abogados que les asesoraran durante el proceso –como el caso de la madre de Luis L. y de la familia de Carlos M.–, además de que entre los protagonistas tenemos a tres profesionistas, es decir, no sólo pudieron costear su educación sino que eran personas “letradas” –Luis L. y Carlos M. eran ingenieros y Joaquín R. era médico cirujano, sin mencionar que Pablo W. y Aurelio M. eran comerciantes–. El uso de los servicios de salud por parte de la práctica privada también nos habla de la posición económica de las familias – Ventura T. permaneció en la clínica Lasso de la Vega, Joaquín R. estuvo en la clínica del Dr. Rafael Lavista y Manuela C. también estuvo internada en una clínica privada en Tlalpan–, por otra parte, Luis L., Carlos M., Taube H. y Miguel G. fueron pensionistas del Manicomio General.

La atención que se decidía dar al enfermo dependía en gran medida del nivel económico familiar y por tanto sociocultural, como dice Rodríguez Ajenjo, existía una psiquiatría para los pobres casi siempre proporcionada por las instituciones estatales y otra de los ricos en la que se distinguía la práctica privada²⁷.

Por un lado, los juicios nos han mostrado a través del propio Código Civil de 1884 –marco legal que nos corresponde por temporalidad– que el discurso en torno a la locura estaba caracterizado por el tema del peligro, ya que un loco podía despilfarrar los bienes materiales de la familia, es decir la locura era vista como un atentado a uno de los más

²⁷ Carlos Rodríguez Ajenjo, “Práctica institucional psiquiátrica en México”, en *Manicomios y Prisiones*, México, RED, 1983, p. 52.

importantes principios de la sociedad burguesa, la propiedad privada. Por tanto la incapacidad civil era concebida como una medida de protección familiar y social.

El ingreso de un enfermo al manicomio casi siempre se daba porque éste rompía con la dinámica familiar –en virtud de que presentase síntomas de enfermedad– transgrediendo así los modelos que bajo los que ella estaba organizada, de hecho la reinstalación del loco al medio familiar era la prueba de fuego para comprobar la recuperación de las capacidades mentales, la cual en muchas ocasiones no resultaba favorable porque como decía Franco Basaglia “desde el momento en que mandamos a su casa al enfermo, éste resulta una preocupación que estimula a toda la familia a cambiar su punto de vista”²⁸. Por ello, solía existir un rechazo familiar hacia el recién salido de la institución psiquiátrica porque éste era visto como el factor desequilibrante del grupo. De ahí que hayan existido tantos reingresos en “La Castañeda”²⁹.

Esas acusaciones entre familiares acerca de que uno u otro padecían de sus facultades mentales, en parte fueron producto de un proceso de medicalización de algunos comportamientos sociales. Como dice Verena Radkau la medicalización “implica algo más que la expansión de las instituciones médicas o la profesionalización de los médicos. Se

²⁸ Franco Basaglia, “¿Psiquiatría ó ideología de la locura?”, en *Razón, locura y sociedad*, México, Siglo XXI, 1988, p. 46.

²⁹ Carlos M. ingreso en Junio de 1916 a “La Castañeda” por haber tenido actitudes violentas contra su familia, esa transgresión contra el ambiente familiar le costaron seis meses en Mixcoac. AGN, F-TSJD, Caja 1329, Folio 232668, f.14.

refiere en particular a la penetración de la mirada y el discurso médico en todos los niveles de la sociedad.”³⁰

En el siguiente apartado veremos cómo esa mirada médica fue apropiada por las familias, poniéndola en práctica al realizar sus propias identificaciones de la enfermedad, además de presentar otras formas de reconocer la locura: la médico-institucional y la médico-jurídica.

3.2 Los tres reconocimientos: familiar, médico y jurídico

Desde el siglo XIX, con el nacimiento del manicomio moderno, los tres grupos que hasta ahora hemos citado –familia, psiquiatras y Estado– se han disputado el poder del internamiento y, sobre todo, exaltando la dificultad para discernir la locura, el derecho de reconocer la enfermedad mental en individuos que no significaban un peligro para su red social inmediata ni para la sociedad en general.³¹

Así, cada uno de ellos se permitió realizar reconocimientos³² a los presuntos enfermos, los cuales estuvieron guiados por diversos motivos dependiendo de la naturaleza de los mismos, ya fueran practicados por médicos de hospital, por médicos peritos o por los propios familiares. Una condición mórbida sólo se convierte en una enfermedad cuando la

³⁰ Citado en Fausto Ramírez, *Modernización y modernismo en el arte mexicano*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Estéticas, 2008, p. 122.

³¹ Cristina Sacristán, “Historiografía de la locura y de la psiquiatría en México. De la hagiografía a la historia posmoderna”, en *Frenia*. vol. V, núm. 1, 2005, p. 28.

³² El reconocimiento era el peritaje médico que realizaban los médicos cirujanos de aquella época con la finalidad de reconocer la presencia de enfermedad mental en el procesado, el mismo Código de Procedimientos Civiles (1885) en su artículo 1391 se refiere a la realización del reconocimiento y no lo llama peritaje médico, por ello nosotros hemos utilizado este término para hacer alusión a la búsqueda de la enfermedad realizada no sólo por ese grupo sino por los tres que aquí hemos citado.

sociedad y la cultura la reconocen y definen como tal³³, es ahí donde vemos la importancia de los reconocimientos familiares, médicos y jurídicos, porque ellos nos permiten acercarnos a la representación que cada ámbito tuvo de la locura, para así entender el proceder de cada uno de estos actores a la hora de enfrentar la cotidianidad con un demente.

El prejuicio es una de las herramientas fundamentales para que un individuo ajeno al estudio científico de la locura pueda identificarla, debido que desde el seno familiar es una costumbre “llamar locos a quienes no están de acuerdo con nosotros, o a los que dicen y defienden cosas raras y oscuras.”³⁴ En consecuencia, el loco es considerado antes que nada por su familia como una persona rara que actúa de forma extraña y ajena a su comportamiento normal³⁵, es ese desatino del que los no especialistas se apropian para poder señalar la locura. Por ejemplo, la esposa de Pablo W. –protagonista de la investigación que realizamos y del que hablaremos en el cuarto capítulo– pide al juez la interdicción de su marido por que desde hace tiempo ella y otras personas amigas que están involucradas en negocios con su esposo comenzaron a notar “ciertas rarezas en su modo de ser”³⁶, ella no sabe si en realidad esa rareza es una enfermedad pero al resultarle extraño dicho comportamiento decide proceder en contra de ese episodio. A

³³ Ver Peter Conrad, *La medicalización de la sociedad*, Baltimore, Johns Hopkins University, 2007.

³⁴ George Rosen, *Locura y sociedad. Sociología histórica de la enfermedad mental*, Madrid, Alianza, 1974, p. 214.

³⁵ Ronald Laing, *Cordura, locura y familia: familias de esquizofrénicos*, México, Fondo de Cultura Económica, 1967, p. 11.

³⁶ AGN, F-TSJDF, Caja 1612, Folio 289252, f. 2.

consecuencia nosotros creemos que en la mayoría de los casos es ese juicio lo que comienzo con el ataque a la locura.

Así, los parientes gracias a la diaria convivencia, podían conocer muy bien la personalidad y la manera en que un miembro se comportaba cotidianamente, lo que los convertía en los primeros en notar alguna disposición o cambio de conducta del sujeto supuestamente a causa de un desajuste mental. Dice Eduardo Menéndez –refiriéndose a la familia de la segunda mitad del siglo XX– que “la familia-grupo doméstico es la unidad donde se da la mayor frecuencia y recurrencia de padecimientos y de enfermedades; es el lugar donde no sólo se inicia la carrera del enfermo, sino donde se da el mayor número de detecciones, diagnósticos, actividades de atención y tal vez de curación.”³⁷

Pero, al preguntarnos cuál era la autoridad médica que guiaba a la familia para poder diagnosticar de locura a uno de los suyos³⁸, podríamos contestar sin duda que ninguna. Sin embargo, hay que recordar lo que mencionamos en la introducción de la presente tesis, no es la enfermedad mental lo que reconocía la familia sino la locura, ese trastorno o mal comportamiento que salía de la norma. Por eso las sentencias o señalamientos por parte del grupo familiar tenían validez al ser presentados al médico que se encargaba de realizar el certificado que fungiría como solicitud de internación.

Es justo lo que ocurre con otras enfermedades, por ejemplo si una madre nota que su hijo no juega con la frecuencia con la que lo hacía, indudablemente se preguntará si su hijo

³⁷ Menéndez, *op. cit.*, p. 134.

³⁸ Mary Lindemann, *Medicina y sociedad en la Europa Moderna: 1500-1800*, Madrid, Siglo XXI, 2001, p. 28.

está bien y esa disminución en su ritmo de vida es sólo un signo de que está creciendo, sin embargo, si ese comportamiento persiste la madre podría pensar que está enfermo, por ello acude con el médico para que avale que ese cambio en el comportamiento como un síntoma de una enfermedad. Como dice Goffman

Aquéllos que se presentan para ser atendidos por un psiquiatra en general han llamado antes la atención de los profanos. Lo que los psiquiatras consideran como enfermedad mental ha sido antes considerado comúnmente por el público de profanos como comportamiento lesivo – comportamiento digno de escarnio y de otras sanciones sociales negativas.³⁹

Así, en la sociedad mexicana de inicios del siglo XX, mientras las familias fueron las encargadas de señalar a los locos, la psiquiatría utilizó sus conocimientos científicos para transformar aquellos comportamientos en síntomas. Por su parte, el Estado, representado por el juzgado al que las familias dirigían sus denuncias, era la instancia encargada de declarar en estado de interdicción a los parientes señalados como enfermos mentales.

Digamos entonces que los juicios que la familia realizaba, sumado a la medicalización que por la construcción del manicomio mexicano vivió la sociedad capitalina, se dieron a la tarea de especificar “a un psiquiatra cuales [eran] las personas que [debían] diagnosticar como enfermos mentales y cuales [debía] tratar.”⁴⁰ A consecuencia de este proceso de especialización disciplinaria, el reconocimiento médico llevaría a cabo una clasificación de los comportamientos convirtiéndolos en síntomas:

³⁹ Erving Goffman, “Síntomas psiquiátricos y orden público”, en Laura Forti, *La otra locura: mapa ontológico de la psiquiatría alternativa*. Barcelona, Tusquets, 1976, p. 265.

⁴⁰ Morton Schatzman, “Locura y moral”, en Laura Forti, *op. cit.*, p. 124.

el mal portado pasaba a ser un enfermo mental ante los ojos del psiquiatra, ese proceso de identificación de la enfermedad mental por el médico implicaba en la mayoría de las ocasiones la internación en el psiquiátrico.

El reconocimiento médico, realizado como parte del trámite para la internación en “La Castañeda”, consistía en un cuestionario que el médico en turno realizaba al interesado. Sin embargo, el cuestionario en muchas ocasiones no era respondido por el enfermo sino por el familiar que le acompañaba; sobre todo cuando las lagunas en la memoria familiar del paciente eran evidentes, ya que este cuestionario o interrogatorio –encabezado que aún conservan las hojas que reposan en los expedientes clínicos– buscaba reconstruir los antecedentes sociales, familiares y médicos del futuro asilado. Tenemos noticia de la gran y constante participación de la familia en los interrogatorios de ingreso porque en la misma hoja se indica quién era el que respondía al mismo.⁴¹

Así, pues, se puede observar que aunque era un interrogatorio cobijado por la ciencia, la familia tenía un papel activo en su llenado debido a la situación en que llegaban muchos enfermos –catatónicos, en estado fúrico, hablando incoherencias–, ante lo que los psiquiatras sólo les quedaba valerse, en la mayoría de los casos, del conocido “interrogatorio indirecto”. Desde luego, si los médicos reconocían los beneficios de estos cuestionarios, también invitaban a la reflexión sobre la información que obtenían porque reconocían las constantes invenciones o exageraciones familiares, como lo apuntaba Carlos Herrera en su tesis presentada en 1931 para obtener el título de médico cirujano:

⁴¹ Menéndez, *op. cit.*, p. 136.

Aquí, más que en ningún caso, es valioso el interrogatorio indirecto y sin embargo, no debemos confiar ciegamente en los datos proporcionados por la familia; lo que dicen está, generalmente, muy lejos de ser la exacta expresión de la verdad; tratan a menudo de equivocar al médico, proporcionando datos falsos.⁴²

Una de las partes más importantes del interrogatorio era el relato que narraba el suceso identificado como el brote de la enfermedad, el cual nos deja ver que la enfermedad tenía una raíz multicausal⁴³. Por ello, el cuestionario tenía como objetivo identificar todas las posibles causas que habían llevado al individuo a la locura, por un lado el interrogatorio estaba plagado de la teoría de la degeneración, de la idea de que la locura era una enfermedad orgánica, y también de la que señalaba a la locura como una enfermedad social y por otro, el familiar se encargaba de identificar los sucesos que habían desembocado en el episodio clave. La propia etiología de las enfermedades mentales nos deja comprender “que en la inmensa mayoría de los casos, la [enfermedad] se [producía] no por una causa única y específica, sino por una serie de circunstancias.”⁴⁴

El propio doctor Herrera apuntaba que algunas causas externas modifican “el carácter y los actos del individuo tanto o más que algunas formas clínicas de la locura.”⁴⁵ Aunque el trabajo de este cirujano fue sólo uno más entre muchos otros, debemos entender que estas ideas no surgieron de la nada, pues este joven médico estuvo influenciado por su

⁴² Carlos Herrera Garduño, *Como llegar a un diagnóstico en psiquiatría*, México, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, 1931, p. 63.

⁴³ *Ibid.*, p. 36-37.

⁴⁴ *Ibid.*

⁴⁵ *Ibid.*, p. 13.

formación, lo que nos deja ver que en el ámbito médico la circulación de ese conocimiento estaba vigente.

De ahí, podemos comprender que para los profesionales de la salud la conducta absurda de los dementes fuera también un signo de locura⁴⁶, la falta de sentido moral, por ejemplo, solo era una muestra de que algo orgánico andaba mal, digamos que los actos chocantes para la familia eran los signos visibles de la enfermedad . Los síntomas eran leídos por el psiquiatra como signos físicos palpables que le señalaban cual era la localización anatómica de la enfermedad⁴⁷. De ese modo, no es que el alienista inventara la locura, sino que había ocasiones en donde la actitud o el comportamiento indicaban al especialista la raíz del problema gracias a los conocimientos que poseía.

Podemos entender entonces cómo el reconocimiento o el diagnóstico médico practicado desde el manicomio era un proceso de transformación ontológica⁴⁸ del individuo: pasando de ser un mal portado a un loco y finalmente a un enfermo mental, todo ello partiendo de la transformación de comportamientos “raros” a síntomas que el psiquiatra se encargaba de clasificar.

⁴⁶ Joaquín R. se desgarraba la ropa y gritaba imitando sonidos de perro y otros animales. AGN, F-TSJD, Caja 0872, Folio 154542, f. 9v. Ventura T. aseguraba que no era senador, ni ministro, ni presidente municipal al responder las preguntas acerca de su edad, profesión, etc. AGN, F-TSJD, Caja 2350, Folio 434575, f. 7v. Luis L. decía que quería salir del manicomio para ir a buscar a su padre que había muerto tiempo atrás, para encontrarle resucitado AGN, F-TSJD, Caja 1628, Folio 292003, f.13. Carlos M. decía que era oficial de artillería AGN, F-TSJD, Caja 1329, Folio 232668, f.13.

⁴⁷ Rafael Huertas, “Las historias clínicas como fuente para la historia de la psiquiatría: posibles acercamientos metodológicos”, en *Frenia*, vol. 1 núm. 2, 2001, p. 17.

⁴⁸ Ríos Molina, *op. cit.*, 2009, p. 141.

Por otro lado, el reconocimiento ejecutado por médicos peritos para avalar la presencia de enfermedad mental y proceder a la incapacitación del sujeto era distinto por la naturaleza del procedimiento en el que se insertaba, es decir, el juicio de interdicción⁴⁹. Las leyes y los actos de naturaleza jurídica han estado relacionados con la locura desde tres puntos: “la comisión de un delito por parte del demente, el internamiento involuntario y la capacidad para realizar determinados actos de carácter civil.”⁵⁰ Es en este último punto en donde entra la interdicción como medio para incapacitar al loco e impedirle realizar actos civiles como testar, contraer matrimonio, vender bienes, etc.

El procedimiento médico jurídico era casi el mismo que el realizado por psiquiatras de “La Castañeda”, sólo que aquí no había un cuestionario de preguntas definido, cada comisión médica (integrada por lo menos por tres médicos debían realizar el reconocimiento) redactaría las preguntas con las cuales obtendría la suficiente información para contestar las cuatro preguntas que el juez buscaba examinar para saber si un individuo debía ser incapacitado: ¿el sujeto padece enajenación mental?, ¿cuál es su enfermedad?, ¿de qué forma afecta? y ¿se puede conducir sólo en la vida civil?.

Pero hay un punto que tenemos que subrayar para poder enfocar cuál fue la diferencia entre el reconocimiento médico-psiquiátrico y el médico-jurídico; el segundo no tenía un

⁴⁹ Aunque cualquier tipo de enfermedad mental avalaba la apelación a la declaración de estado de interdicción del enfermo, esto no ocurría en la realidad, la promoción del juicio de interdicción se basó en criterios familiares para decidir su promoción.

⁵⁰ Cristina Sacristán, “Hacia una sociedad de individuos. Estado, familia y tutela de los incapaces según el Código Civil de 1870 para el DF”, en Carlos Illades y Ariel Rodríguez, *Ciudad de México: instituciones, actores sociales y conflicto político, 1774-1931*, México, El Colegio de Michoacán, Universidad Autónoma Metropolitana, 1996, p. 57.

carácter definitivo, ya que al ser parte de un proceso judicial, el peritaje era llevado a cabo más de una vez como requisito del proceso –art. 1398 del Código de Procedimientos Civiles–⁵¹ y en otras porque el juez o los familiares decidían que era necesario, todo con la finalidad de reconocer la locura, de no equivocarse el juicio y tratar a un sano como enajenado o viceversa, lo que nos recuerda inevitablemente las ideas propias de la medicina legal –antecedente inmediato de la psiquiatría mexicana–, la cual insistía en discernir entre la simulación y disimulación de la locura⁵².

Aun cuando el sujeto era tratado como un incapaz después del primer reconocimiento, el procedimiento jurídico señalaba que no podía ser considerado definitivamente incapaz por la ley hasta después de dos o tres exámenes médicos, lo que no ocurría en el manicomio, ahí un interno, aun cuando tuviera reingresos no se comenzaba de cero, él ya era considerado un enfermo mental por haber estado en el manicomio con anterioridad. En cambio en el medio judicial se intentó con tanto esmero que el juicio no se equivocara que ya el Código de Procedimientos Civiles⁵³ de 1932 “exigió que los médicos encargados de los peritajes fueran perfectamente alienistas.”⁵⁴

Vemos como las tres prácticas de reconocimientos, más que tener diferencias en la manera de realizarlo –todos partían de la llamada de atención que la anormalidad en el comportamiento de los individuos tenía dentro de la familia–. En cambio, la verdadera

⁵¹ *Código de Procedimientos Civiles del Distrito Federal y territorio de la Baja California, México, Imprenta y Litografía de I. Paz, 1885, pp. 222-223.*

⁵² José Olvera, “Examen de los reos presuntos de locura”, en *Gaceta Médica de México*, tomo 24. núm. 3, 1884, p. 33.

⁵³ Texto que se tomaba como base para llevarse a cabo el juicio de interdicción.

⁵⁴ Cristina Sacristán, “Entre curar y contener: la psiquiatría mexicana ante el desamparo jurídico, 1870-1944”, en *Frenia*, vol. II, núm. 2, 2002, p. 66.

divergencia era el fin para el cual trabajaban; la familia para argumentar la necesidad de internación, el psiquiatra para justificar la estancia de un sujeto en el manicomio y el perito para proceder con la incapacitación.

3.3 La interdicción como protección familiar

A lo largo de los cincuenta y ocho años en los que “La Castañeda” mantuvo las puertas abiertas para brindar tratamiento a uno de los grupos más desvalidos de la sociedad, la familia se encargó de hacerse presente en la vida de aquella institución. De hecho algunos autores han señalado que uno de los principales fenómenos que se descubren con el estudio del Manicomio General es justamente la apropiación familiar de la institución psiquiátrica.⁵⁵ Por eso hemos querido enfocar nuestro análisis en a las fuentes judiciales como muestra del papel que la familia jugó desde esta otra trinchera, la institución jurídica.

El recorrido que hemos hecho en las páginas anteriores ha sido necesario porque si bien nuestra principal guía fueron los episodios que las nueve familias vivieron en torno a al problema específico de la locura, no podemos pensar que esas familias vivían aisladas. Por el contrario, la relación que estas familias tuvieron con el nosocomio de Mixcoac y por tanto, con la psiquiatría es innegable. En este apartado nos dedicaremos a complementar el paisaje internándonos al mundo de la interdicción para develar su labor en el campo jurídico y su relación con la institución familiar.

⁵⁵ Ver Andrés Ríos Molina, “El Manicomio General “La Castañeda” en México. Sitio de paso para una <http://nuevomundo.revues.org/index50242.html>

El estudio de los juicios de interdicción como medio para entender la representación y por tanto las prácticas que en torno a la locura se realizaban es muy escaso, principalmente a causa de que este procedimiento judicial no se realizaba frecuentemente, de hecho si comparamos las cifras de individuos internados en el Manicomio de México con el número de juicios promovidos encontramos una diferencia enorme (ver Gráfica 4).

Cristina Sacristán ha mencionado en sus trabajos que una de las razones por las que la interdicción no era practicada regularmente era que la finalidad primordial de ese procedimiento estaba en la preservación de los bienes materiales del demente⁵⁶, de ahí que se considerara un medio de atención sólo para familias con un patrimonio material importante.

A lo largo de esta investigación nos hemos dado cuenta que el dinero fue el principal móvil para promover la interdicción –tal vez esa sea la razón de que los acusados⁵⁷ fueran en su mayoría hombres, porque, como sabemos, eran ellos los que manejaban, principalmente, los bienes familiares (ver Gráfica 3) –. Sin embargo, la falta de promoción de estos juicios no se debió precisa y exclusivamente a la ausencia de bienes familiares, sino al vacío legal en torno a la locura, es decir a la no existencia de una ley que estipulará que la interdicción era un proceso obligatorio para los individuos que permanecían en un

⁵⁶ Sacristán, *op. cit.*, 1996, p. 57.

⁵⁷ Sabemos que el juicio de interdicción es propiamente un juicio civil y no penal, por lo que no existe parte acusada, sin embargo creemos que el uso del término acusado encaja perfectamente con la reconstrucción del uso que familia le dio a dicho procedimiento legal, ya que como hemos ido observando, la familia acusa a su enfermo de poner en peligro los bienes familiares, la educación de los hijos o la propia convivencia familiar.

hospital psiquiátrico (La Castañeda ó alguno de los psiquiátricos privados de la capital), dejando así su uso sólo para cuando la familia lo considerara pertinente y necesario⁵⁸.

A pesar de que la figura jurídica de la interdicción existió en México desde el siglo XIX – se introduce en su concepción moderna en el Código Civil de 1870–, no se practicó como medio para internar a los enfermos mentales, sino que se promovió cuando el loco ya se encontraba asilado, en otras palabras, durante el siglo XIX la interdicción se promovió sólo cuando la familia lo creía necesario, así el enfermo quedaba desprotegido y a merced de las decisiones familiares, tradición que permaneció hasta bien entrado el siglo XX y que se aprecia en los casos que en este trabajo citamos.

La legislación que señalaba los procesos jurídicos de interdicción fuera de enfermos mentales, infantes⁵⁹ o personas seniles, es decimonónica, hija del Nuevo Régimen y de la Revolución Francesa.⁶⁰ En Francia, la ley de 1838 permitió que el enfermo quedara protegido por la decisión médica dejando a la familia en minoría jurídica, otorgando al alienista el poder de decidir sobre el porvenir del enfermo⁶¹. En nuestro país ocurrió lo

⁵⁸ Podemos entender la legislación mexicana ó mejor dicho, la ausencia de una legislación mexicana en torno a los asuntos de legales que desencadenaba la locura, y específicamente en relación con la interdicción, como un aparato legal benévolo, ya que no retiraba de facto los derechos civiles de los individuos afectadas por la demencia.

⁵⁹ La interdicción para infantes tenía como fin designar a un tutor que viera por el bienestar del menor debido que sus padres o familiares no se habían hecho cargo de él.

⁶⁰ Hay que recordar que desde el Código de Napoleón de 1804 está presente la figura de interdicción que promueve la incapacitación del loco y el nombramiento de un tutor. Sacristán. *op. cit.*, 1998, p. 206.

⁶¹ Michael Foucault, *Enfermedad mental y personalidad*, México, Paidós, 1992, p. 23.

3. ¿Quién me metió en el manicomio?

115

contrario, debido a la ausencia de una ley como la francesa de 1838, la incapacitación jurídica fue casi nula⁶².

Gráfica 3: Juicios de Interdicción promovidos entre 1900-1930 (% por sexo)⁶³



Para entender la necesidad jurídica de la incapacitación hay que revisar cómo es que la locura era concebida en el discurso jurídico. Diego Pulido dice que era “un estado mental que alteraba la razón y la libertad, capacidades necesarias para ejercer los derechos civiles y bases para establecer contratos, la locura implicó el reconocimiento de la excepción en la legislación liberal”⁶⁴, de ahí que se buscara subsanar la ausencia del individuo por medio de la interdicción y la tutela.

⁶² Aunque existiera la figura jurídica de la interdicción, esto no quiere decir que se practicaría; lo que hacía falta era una ley que obligara a la población a pasar por el procedimiento de la interdicción para poder recluir a los enfermos en el manicomio.

⁶³ Para ver el número de juicios promovidos en dicha temporalidad ver la Gráfica 4.

⁶⁴ Diego Pulido Esteva, *Imágenes de la locura en el discurso de la modernidad*, Tesis de Licenciatura, México, El autor, 2004, p. 47.

La interdicción o juicio de incapacitación civil respondía a una necesidad jurídica, por medio de la cual se pretendía modelar el funcionamiento de la sociedad. De hecho, a través de este procedimiento se buscó responsabilizar a la sociedad de sus propios enfermos con la asignación de un tutor y a su vez delimitar el papel de la familia.

La protección de los enfermos y sus bienes tuvo una doble naturaleza. Si bien, como ya mencionábamos es una figura jurídica que nació en el tenor de la supremacía del individuo dado por la Revolución Francesa de fines del siglo XVIII, por la cual se evocaba el cuidado de los ciudadanos desvalidos, también tenía que ver con la idea de las naciones modernas, en las cuales se buscaba neutralizar a los peligros sociales, en este caso a los locos. De ahí que la interdicción significó un medio por el cual se protegía al demente de los abusos de la sociedad, pero a su vez, la sociedad se defendía del peligro que este podía representar.

En los códigos de la segunda mitad del siglo XIX, se ve claro cómo los poderes judicial y familiar se disputaron la tutela del incapacitado, como sucedió también con la familia y los psiquiatras cuando el manicomio moderno abrió sus puertas. Según el Código del Imperio Mexicano de 1866, se establecía una institución llamada consejo de familia, el cual conformaría y se haría cargo de la tutela y curación del enfermo, decisión que fue criticada debido a que si el enfermo estaba tutelado por familiares, éstos buscarían sus propios intereses dejando desamparado al enfermo. Por ello, en el Código Civil de 1870⁶⁵ se

⁶⁵ Como no existió una ley para alienados, la figura de interdicción se refugió tanto en el Código Civil como en el de Procedimientos Civiles, este último fue el que se encargó de marcar los lineamientos que el juicio debía cumplir.

3. *¿Quién me metió en el manicomio?*

117

decide que el nombramiento del tutor y curador será una decisión única del juez, además de que dichos cargos debían ser desempeñados por dos personas distintas teniendo ambos que responder al juez.

Hay que matizar la idea de que la familia perdió poder en el proceso de atención de la locura. Para ello debemos recordar que estamos leyendo el discurso que nos dictan los códigos, es decir, estamos viendo el pasado a través de documentos particulares. Por eso sería incorrecto pensar que lo que está redactado en estos ordenamientos legales, contenía en sus letras lo que sucedía en la realidad. Lo que si podemos intuir es que sí se buscó regular y limitar el papel de la familia debido a su papel tan importante.

Si bien es cierto que existió la idea de suplir el papel de la familia por el de un tutor y un médico que se encargaran de velar por el bienestar del loco, pero esto no quiere decir que los parientes hayan tenido que salir de escena para convertirse en simples espectadores de lo que sucedía, por lo menos eso no sucedió en México en el período que trabajamos.

Por el contrario, creemos que la internación o la incapacitación civil fue antes que nada una decisión familiar, en el sentido de que era la propia familia quien promovía una y otra. De hecho si los parientes no se encargaban de dichas solicitudes, su enfermo podía permanecer en casa o en el manicomio pero sin estar incapacitado.

Sigamos pues con la definición de lo que conllevaba la incapacidad civil. “Dentro del campo exclusivamente jurídico, la capacidad es la [habilidad] de que se requiere para

ejercer profesión, oficio o empleo, es decir, para poder obrar válidamente.”⁶⁶ A partir de esa definición podemos entender que la incapacidad será un estado en el que un individuo no puede obrar libremente, debido a que sus actos no serán válidos, “el loco no podía contraer matrimonio, administrar bienes, testar ni ejercer su patria potestad.”⁶⁷

Consecuentemente, debemos pensar que la locura era una condición que impedía a los enfermos gobernarse por sí mismos, y es justamente esa pérdida de autogobierno –la locura era vista como un paso atrás en el proceso civilizador del hombre– uno de los puntos que se intentaba contrarrestar con esta medida jurídica, por ello la necesidad imperiosa de nombrar a un tutor y curador.

La incapacidad civil puede ser considerada un trámite más en el camino para que un loco fuera considerado por su entorno y por él mismo un enfermo mental, para que finalmente él asumiera el rol que le había señalado su entorno.

El juicio de interdicción ha sido considerado como “una ficción jurídica que no hace sino esconder los conflictos familiares para la administración del patrimonio del demente”⁶⁸, digamos entonces que este proceso judicial, junto con el proceso de internación en “La Castañeda”, nos muestran el papel protagónico que la familia se arrogó para definir qué medidas de atención se le daría a la locura.

No hay que pretender que la asistencia a un enfermo mental comenzaba y terminaba con la búsqueda de atención médica, las opciones de acción frente a la locura también podían

⁶⁶ José Cabrera Forneiro, *Psiquiatría y derecho*, Madrid, Aran, 1990, p. 95.

⁶⁷ Pulido, *op. cit.*, p. 47.

⁶⁸ Sacristán, *op. cit.*, 1996, p.63.

ser judiciales, así como otras que se daban en el medio familiar (el trabajo, las actividades de ocio, el uso de la religión, la medicina tradicional, etc.) las cuales han sido poco estudiadas en el ámbito mexicano como métodos de atención a la locura.

Hemos revisado cual era el procedimiento que la familia llevaba a cabo para poder internar a su enfermo en el manicomio, ahora pasaremos al procedimiento jurídico que debía realizar para poder lograr que su demente fuera declarado incapaz. Según el médico legista José Olvera “[...] los que tienen afecciones o están obligados a velar por él, entablan un juicio de interdicción durante el cual se prueba la necesidad de nombrar representantes responsables del futuro bienestar del interdicto.”⁶⁹ Dicho juicio era el único mecanismo jurídico por medio del cual se podía declarar a un individuo enfermo mental y por tanto incapaz. Ésta era la única manera legal por medio de la cual se atendía la locura en el plano jurídico⁷⁰.

El juicio consistía en presentar la solicitud ante el juzgado pertinente⁷¹, comprobar la enfermedad mental a través del reconocimiento médico (peritaje médico), el cual se llevaría a cabo máximo 72 horas después de solicitar el juicio para, posteriormente pasar a la declaración de incapacidad y nombrar al tutor⁷² y curador quienes se harían cargo del interdicto y de sus bienes. De este modo, en el juicio debían estar presentes el acusado, el

⁶⁹ José Olvera, “Juicios de interdicción en casos especiales”, en *Gaceta Médica de México*, tomo 19, 1884a, p. 402.

⁷⁰ Sacristán, *op. cit.*, 1996, pp. 65-66.

⁷¹ Artículo 1390 del *Código de Procedimientos Civiles del Distrito Federal y territorio de la Baja California*, México, Imprenta y Litografía de I. Paz, 1885, pp. 220-221.

⁷² El papel del tutor ha sido discutido por representar una posible amenaza para el loco. En este punto nos ilumina el panorama un texto encontrado en el AHSS el cual dice que el tutor debe consultar a su pupilo para actos importantes en lo que respectaba a sus bienes, los cuales le correspondían al enfermo y no a él. AHSS, F-MG, S-ADM, CAJA 30, EXP. 3

pariente que solicitaba la interdicción, el juez junto con el representante del Ministerio Público, los médicos (peritos) y por último el tutor y curador⁷³.

Según el Código Civil la institución tutelar tuvo como objetivo principal el cuidado de la persona y de sus bienes. El tutor, por su parte, debía ser la persona jurídica a quien se le transfería la personalidad jurídica del incapacitado; esto es, que el mencionado tutor podía representarlo en el juicio, administrar sus bienes y, sobretodo, velar porque se le diera tratamiento. A su vez el curador se dedicaría a velar para que la tutela fuera bien desempeñada.⁷⁴

Es importante resaltar que en seis de los nueve casos estudiados los enfermos se encontraban internados en el Manicomio General cuando se llevó a cabo el juicio de interdicción y, aún así, se realizaron los peritajes médicos, cuando de cierta manera debería haberse considerado la opinión del médico expresada en los dos certificados presentados a la hora de realizar la admisión al establecimiento, lo cual no sucedió y llega hasta nosotros como una prueba de que la figura del psiquiatra era tomada en cuenta, tanto en el procedimiento de internación como en el proceso judicial de interdicción, pero hay que señalar que él no tenía la última palabra ni para decir que un individuo permaneciera ó fuera dado de alta del manicomio, así como tampoco decidía si el acusado de la interdicción era declarado incapaz o no. Digamos entonces que la psiquiatría siguió mantuvo un segundo lugar de acción en el campo proceso de incapacitación civil.

⁷³ Olvera, *op. cit.*, 1884a, p. 403.

⁷⁴ Sacristán, *op. cit.*, 1996, p.59.

Sabemos que existieron diagnósticos equívocos o que el peritaje era un paso más en el procedimiento del juicio y, tal vez, por alguna de esas razones se llevaba a cabo en los casos citados, pero en todos los juicios que revisamos el reconocimiento se realizó más de una vez (Tabla 1), algunas veces por solicitud familiar y en otras por el mismo juez ó el representante del Ministerio Público⁷⁵.

Esto nos muestra que no existía una verdadera relación entre el Estado representado en la parte jurídica y la psiquiatría presentada por “La Castañeda”: el primero no daba soporte a la segunda dejando de lado el papel del psiquiatra, cuando según los antecedentes y naturaleza de la figura jurídica de “interdicción” nos dice que debería darse de facto al ingresar a una institución psiquiátrica o por lo menos otorgarla con facilidad cuando se solicitara después de ingresar al paciente al manicomio.

Los médicos buscaron promocionar el juicio de interdicción entre las familias, sobre todo por una razón: para que los enfermos no fueran abusados por amigos y familiares en cuanto a sus bienes se refería⁷⁶, ya fuera por medio de firmas de contratos que desfalcaban a los locos o por medio de la misma internación involuntaria, lo cual no sólo significaba robar a un demente abusar de él⁷⁷. Cuando un excéntrico comenzaba a gastar sus bienes a su antojo, esa conducta era vista como signo de locura⁷⁸. Por ello, el juicio era una forma de “asegurar todos los bienes materiales y morales” de las familias.

⁷⁵ Ambos ejercían el derecho que les otorgaba el artículo 1398. *Código...*, *op. cit.*, pp. 222-223.

⁷⁶ Olvera, *op. cit.*, 1884, p. 402.

⁷⁷ *Ibid.* p. 402.

⁷⁸ *Ibid.* p. 406.

Y si en referencia a “La Castañeda” Ríos Molina considera que “las familias tenían una tendencia a utilizar la institución de acuerdo a sus necesidades-“⁷⁹, nosotros trasladaremos esta misma estrategia a la institución judicial: cuando el grupo familiar se veía amenazado por alguna pérdida fuera de bienes materiales ó de tranquilidad, hacía uso de estas instancias para poder reforzar los lazos de control que le eran propios. Teniendo en cuenta este papel activo y protagónico de los parientes podemos entender mejor el que jugaron los juristas y los psiquiatras.

El historiador André Bourgière señala que el Estado y la familia juegan una dinámica de retracción/expansión en cuanto al control de los individuos sociales, cuando uno está fuerte el otro se retrae y viceversa⁸⁰. Haciendo uso de esa idea es que queremos explicar que la familia no se retrajo completamente del panorama sino que hizo uso de las instancias estatales para su beneficio. A su vez el Estado no se expandió por sí sólo sino que tuvo participación gracias a la familia, a través de la promoción del juicio de interdicción.

Aún cuando el manicomio y el juicio de interdicción eran representaciones sociales del Estado, estos no tenían acción si la familia no se las otorgaba: se trataba de una relación de acción por parte de la familia y de reacción por parte de las dos instancias. En otras palabras, el ámbito privado no podía ser conocido por el público si los miembros del medio familiar no daban noticia de lo que pasaba al interior del hogar.

⁷⁹ Ríos, *op. cit.*, 2009, p. 147.

⁸⁰ Citado en Sacristán, *op. cit.*, 1998, p. 213.

Por lo anterior, aun cuando leamos los códigos y veamos en qué consistía la interdicción, debemos entender que eso no significó un golpe al poder familiar ni un retroceso en su participación en la definición y atención de la locura. Estos ordenamientos respondían a las ideas de la sociedad libre y moderna, plasmaban el deber ser pero la realidad impregnada en las historias familiares que estudiamos nos demuestra que “privaron los lazos de parentesco en detrimento del control social del Estado.”⁸¹

La participación familiar tuvo como consecuencia inmediata la no promoción de la interdicción como medio médico y moral en la atención del enfermo⁸², por eso los dementes que se encontraban en un hospital psiquiátrico no habían sido incapacitados antes de entrar a dicha institución ni en el momento de pertenecer a ella –como sucedió en la Francia decimonónica con la incapacitación de facto– (ver Gráfica 4).

Fueron también las propias leyes mexicanas las que no pusieron atención al problema, para ellas “incapacitación figuraba, y lo sigue estando, entre las instituciones de carácter patrimonial”⁸³, es decir, el medio jurídico nacional concebía el juicio de interdicción como una medida de prevención y protección familiar más que individual, por esta razón la familia era quien decidía si se llevaba a cabo o no⁸⁴.

⁸¹ Pulido, *op. cit.*, pp. 48-49.

⁸² Debemos mencionar que la no promoción se debió también a lo prolongado que era el proceso y por tanto a lo costoso que resultaba, por ello podemos decir que era para familias como las que describimos en el primer apartado de este capítulo. Según los casos que analizamos el tiempo que se llevaban iba de los 2 a los 4 años, sin mencionar la mayoría de los casos no tuvieron un final definitivo.

⁸³ Sacristán, *op. cit.*, 2002, p. 66.

⁸⁴ Sacristán, *op. cit.*, 1998, p. 217.

La mayor desventaja que se generó por estos descuidos fue convertir a los asilados en individuos privados de su libertad, en ciudadanos secuestrados, no bastaba con haber sido despojados de las garantías otorgadas por la nueva Constitución, de nada valía haber convertido a los dementes en ciudadanos –aun con sus deficiencias–, porque ese ciudadano sería un despojado, esa era una desventaja en la figura jurídica nombrada “interdicción”⁸⁵.

Además, provocaba que los psiquiatras fueran percibidos como captores y el manicomio como una prisión, digamos entonces que la poca práctica de la incapacitación por medio de un juicio de interdicción significó otra flecha que atravesó a la psiquiatría de principios de siglo.

Tabla 1. Número de reconocimientos que fueron practicados a los protagonistas

Nombre	No. de reconocimientos médicos por parte de una instancia judicial	No. de reconocimientos médicos por parte de una instancia médica ⁸⁶
Carlos M.	2	2
Luis L.	1	3
Ventura T.	2	1
Aurelio M.	2	0
Miguel M.	2	0
Manuela	1	1

⁸⁵ Foucault, *op. cit.*, p. 92.

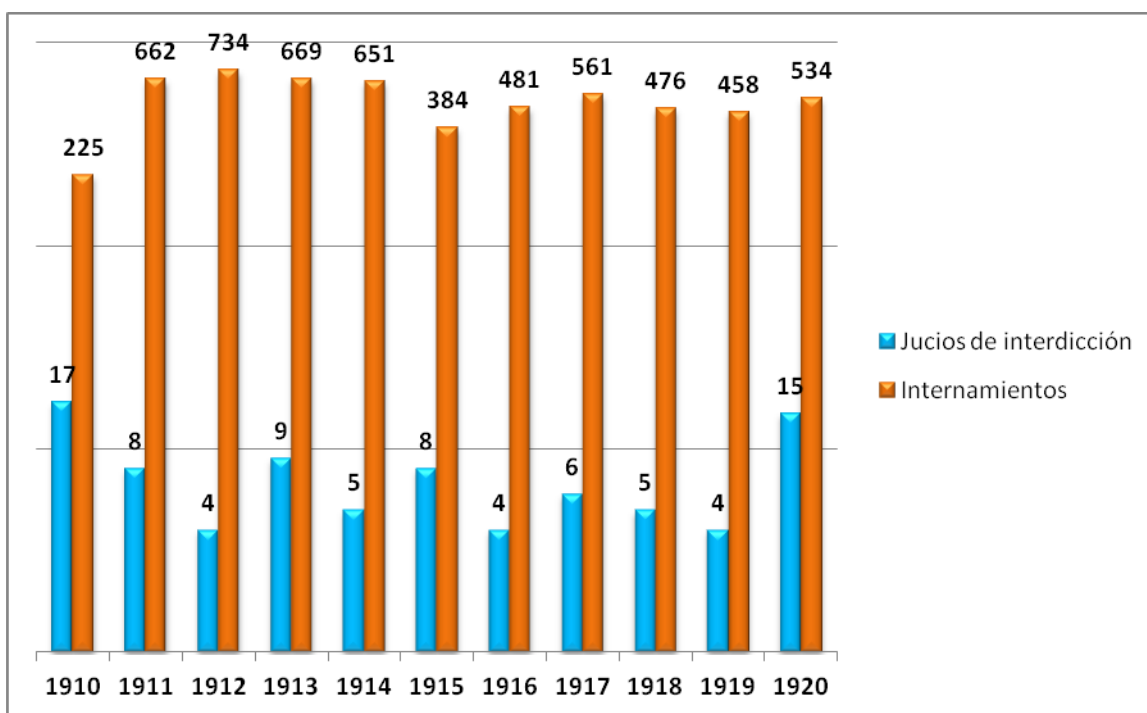
⁸⁶ Sólo hemos incluido los reconocimientos de los que tenemos noticia, aunque sabemos que varios de los sujetos estuvieron internados en diversas instituciones privadas o en los establecimientos coloniales para la atención a la demencia por lo que suponemos que fueron sometidos a más reconocimientos.

3. ¿Quién me metió en el manicomio?

125

Pablo W.	2	0
Taube H.	1	0
Joaquín R.	1	0

Gráfica 4: Comparación entre los juicios de Interdicción promovidos entre 1910-1920⁸⁷



⁸⁷ Según el rastreo que realizamos en el Archivo General de la Nación, se promovieron 197 juicios de interdicción entre el año de 1900 y 1930. Para los fines de lograr una comparación entre juicios promovidos e internamientos acotamos la temporalidad que trabajamos de 1910 a 1920, ya que los datos de los internamientos en el Manicomio General son de esos años y están tomados de Ríos Molina, *op. cit.*, 2009, p. 219.

“Una vez ante un médico famoso,
llegó un hombre de mirar sombrío:
Sufro -le dijo- un mal tan espantoso
como esta palidez del rostro mío.
Nada me causa encanto ni atractivo;
no me importan mi nombre ni mi suerte;
en un eterno *spleen* muriendo vivo,
y es mi única pasión la de la muerte.”

Juan de Dios Peza. *Reír llorando*.

En este capítulo llamaremos a escena a las familias que nos acompañaron en esta investigación y que, a través de su huella en el tiempo, nos guiaron marcándonos el camino por el cual seguir avanzando. Para poder comenzar a relatar los dramas familiares y su relación con el manicomio y los juzgados debemos realizar un par de aclaraciones.

Aunque podríamos describir el tipo de familias que descubrimos en los expedientes judiciales como familias de clase media-alta, debemos decir que la diversidad de reacciones que ellas presentaron al enfrentarse a la enfermedad mental es lo que nos brinda un verdadero dinamismo que indudablemente nos hace hablar en plural, como dice Pilar Gonzalbo: la diversidad de modelos familiares no sólo se rastrean a lo largo del tiempo y en diferentes espacios sino en una misma sociedad. Ahora bien, aunque Gonzalbo asegura que estos modelos se generan en diferentes niveles socioeconómicos¹, yo los amplío y puedo decir que en una misma clase económica encontramos diferencias que enriquecen el contexto. No obstante, la familia y su realidad no son entidades únicas sino que pertenecen a una sociedad, por lo que hay generalidades o puntos en común

¹ Pilar Gonzalbo, *Historia de la familia*, México, Instituto Mora, Universidad Autónoma Metropolitana, 1993, p. 13.

entre ellas que nos permiten analizarlas como parte de un todo². En este capítulo hablaremos del encuentro que Manuela C., Miguel G. y Pablo W. y sus familias tuvieron con la locura.

La historia de Manuela C. es particular debido a que ni el expediente judicial ni el clínico nos dan datos precisos acerca de su edad, su profesión o las fechas exactas de algunos hechos del proceso que relataremos, pero sin duda los documentos nos relatan una verdadera crisis familiar que desemboca en el profundo sufrimiento de una mujer que nos permite conocerla desde adentro: expresa sus miedos, angustias y pensamientos acerca de su enfermedad y de las circunstancias que la volvieron loca.

Manuela ingresó al Manicomio General el 12 de Marzo de 1915 por solicitud de su esposo como pensionista de primera, el señor Ramón R. El primer diagnóstico hecho a Manuela, elaborado a partir del interrogatorio respondido en su totalidad por su marido, señalaba que ella padecía delirio de persecución y psicosis maniaco depresiva³. En el documento se señalaba que Manuela había tenido ataques nerviosos desde hacía año y medio, casi al mismo tiempo en que ella había dejado de beber. En el certificado que le acompañaba se describieron los principales síntomas de su delirio, los cuales se resumen en la no aceptación de la muerte de su pequeña hija en 1914, ante lo cual la protagonista

² Daniel Bertaux, "El patrimonio y su linaje", en *Estudios sobre las culturas contemporáneas*, vol. VI, núm. 18, p. 30.

³ AHSS, F-MG, S-EC, CAJA 56, EXP. 57, f. 19.

aseguraba que se la habían robado y que temía la fueran a explotar por su belleza, lo cual quitaría no sólo la tranquilidad sino también dinero a su familia⁴.

Al analizar este caso podemos observar que el detonante de la locura de Manuela fue justamente la muerte de su hija, lo que en consecuencia pudo causar una ruptura matrimonial⁵; dentro del juicio de interdicción se menciona que existió una solicitud juicio de divorcio el 5 de marzo de 1915⁶, sólo siete días antes de que fuera internada en “La Castañeda”, todo lo cual provocó, según indicaba el padre de Manuela, una reconciliación entre los cónyuges.⁷

Ya internada, la primera señal de mejoría de Manuela se dio en julio de 1916, cuando el Dr. Juan Saldaña pidió que se diera de alta a la asilada porque no presentaba ningún síntoma desde hacía dos meses; es muy interesante que los médicos vislumbraran el retorno al seno familiar como un avance en la desaparición de la afección nerviosa⁸. Sin embargo, esta petición no se concretó porque Manuela permaneció en el Manicomio General por lo menos hasta abril de 1918.

El inicio de lo que sería la polémica más dolorosa para la familia de Manuela y para ella misma, lo rastreamos en diciembre de 1916, cuando el director de “La Castañeda”

⁴ AHSS, F-MG, S-EC, CAJA 56, EXP. 57, f. 63.

⁵ Manuela permaneció en la casa de su padre un tiempo a causa de perturbaciones mentales que sufrió desde julio de 1914 –posible fecha de la muerte de su pequeña hija–.

⁶ Una de las grandes novedades que trajo consigo la Ley de Relaciones Familiares de 1917 fue la posibilidad de disolver el matrimonio, incorporando 31 artículos sobre la disolución de la unión matrimonial (del artículo 76 al 106) Según los datos de este juicio podríamos preguntarnos si el divorcio fue una realidad desde antes de 1917.

⁷ AGN, F-TSJD, Caja 1393, Folio 245611, f. 2v.

⁸ AHSS, F-MG, S-EC, CAJA 56, EXP. 57, f. 42.

presentó un escrito en donde defendía a la institución que representaba del ataque que había tenido a causa de la “polémica periodística” en torno a la internación de la señora Manuela C. En este documento dice que “el manicomio es una institución sujeta a reglamento basado en principios médicos y médico-legales, por lo cual no puede servir para secuestro de personas sanas.”⁹

Todo lo anterior se generó a consecuencia de la discrepancia familiar que el Lic. Pedro C. – padre de la asilada– tuvo con su yerno por la cual promovería un juicio en su contra, acusándolo de haber violentado a su hija por medio de una reclusión forzosa en el manicomio, a partir de la promoción del juicio de interdicción contra Manuela¹⁰, y como parte de un plan para obtener beneficios económicos de su matrimonio todo lo cual desataría previsiblemente el disgusto del padre.

En el juicio criminal contra Ramón R., el director de “La Castañeda” no sólo defendió al hospital que dirigía de las acusaciones por secuestro que se suscitaron entre el público profano, sino que también respaldó al acusado diciendo que éste no había abandonado a su mujer, ya que había seguido sustentándola como pensionista en el manicomio con comida, vestido, habitación y asistencia, en caso de enfermedad. No obstante, en una de las apelaciones del proceso el Lic. Pedro C. señalaba que el objeto del mismo era averiguar si se había cometido delito contra su hija al internarla, acusando así a su yerno de lesiones y violencia de garantías individuales y la falsificación de la firma que acompañaba a uno de

⁹ AHSS, F-MG, S-EC, CAJA 56, EXP. 57, f. 44.

¹⁰ No tenemos la fecha sólo sabemos que debió ser en el año de 1916 y que fue promovido por el marido. AGN, F-TSJD, Caja 1393, Folio 245611, f. 24.

los certificados que Ramón R. había presentado el 12 de marzo de 1915 al ingresar a su esposa al manicomio.

El objetivo del padre no sólo era castigar a su yerno sino, sobre todo, librar a Manuela del encierro, sin embargo el proceso se prolongaría a lo largo de 1917, hasta que el Juez Cuarto de lo Civil decidió que no había delito que perseguir contra Ramón R. debido a que el acusado había presentado los certificados necesarios para ingresarla al manicomio, además de seguir velando por el bienestar de su esposa.

Más adelante, en mayo de 1918 Pedro C. le envió una emotiva carta a su hija en la que lamenta no poder ir a verla por motivos laborales, lo cual intenta subsanar con la visita de una doméstica familiar. Al final de la misiva simplemente le dice: “adorada hijita tu papá que tanto te ama, pide a Dios por ti y te manda su bendición.”¹¹ La relación parental nos muestra como el padre seguía teniendo una autoridad moral y afectiva muy grande para los individuos de aquella época, aun con que se estaba intentando cambiar el modelo familiar.

Dentro del juicio criminal se señaló que no se realizaría un nuevo reconocimiento médico a Manuela –el cual habían solicitado el padre, el yerno y la propia enferma–. Sin embargo, tenemos un interrogatorio en el expediente clínico donde ella relata cuál era su sentir frente a su encierro, su enfermedad, su matrimonio y su relación familiar. Ahí, Manuela confesaba cómo había sido llevada con engaños a Mixcoac y de cómo haber escrito en repetidas ocasiones a su esposo sin recibir su respuesta ponía de manifiesto el cambio de

¹¹ AHSS, F-MG, S-EC, CAJA 56, EXP. 57, f. 22. [11/05/1918]

actitud del mismo, lo que atribuía a la mudanza de domicilio: “desde que vino a México, con los amigos y los paseos”¹² le había perdido el cariño. A pesar de ello, Manuela sufría principalmente por no tenerlo a su lado, pues lo extrañaba mucho al igual que a sus hijas. Pero en último caso justificaba la ausencia de su marido pensando que alguien le había prohibido verla, aunque permanece sin decir quién.

En su discurso Manuela decía que no necesitaba que alguien la protegiera y que sólo quería estar de vuelta con su familia. Con este último comentario no sabemos si se refería al juicio que su padre promovía contra su marido. Lo cierto es que Manuela tenía conciencia de la diferencia que existía entre sus familiares, pues ella misma le dice al médico durante el interrogatorio: “mire usted señor, yo nunca le he dicho nada a mi padre de mi marido.”¹³ Por otra parte, antes de llegar a “La Castañeda” la paciente ya había estado internada en una clínica de Tlalpan¹⁴; es decir, su encuentro con el encierro psiquiátrico ya se había dado antes de llegar al manicomio de Mixcoac.

Por otra parte, como ya se ha mencionado, la familia podía disponer libremente de sus enfermos, aún cuando la indicación del médico aconsejara otra cosa distinta a la voluntad familiar. Un ejemplo de ello es la recomendación que hacía el médico Sunderland a la familia de Manuela donde señalaba que a la enferma le convenía “pasar a un medio familiar, siendo [é]ste de preferencia la casa paterna o de alguna hermana, porque

¹² AHSS, F-MG, S-EC, CAJA 56, EXP. 57, f. 29.

¹³ AHSS, F-MG, S-EC, CAJA 56, EXP. 57, f. 31.

¹⁴ Podría haber estado en La Quinta de Salud o en el sanatorio Lasso de la Vega.

medicamente no conviene que vaya a lado de su esposo”¹⁵. No obstante lo anterior el que respondió a dicha recomendación fue su esposo Ramón quien sólo indicaba que como Manuela ya tenía un tutor interino –producto del juicio de interdicción– y, por lo tanto, no sabía si podía disponer de ella.

No sabemos cómo termina la historia de Manuela, pero sin lugar a dudas ese episodio de la vida familiar de los Collantes es para nosotros una ventana desde la cual podemos mirar el pasado para tratar de comprender y explicar el malestar que la modernidad introdujo al seno familiar.

A lo largo de la historia, la sociedad ha sido la encargada de definir y delimitar a los individuos que la componen las reglas por medio de las cuales regirán su existencia. En gran medida, si un hombre pone en duda dichas normas sociales, los sujetos que sí las respetan podrían juzgarlos y decidir si son tratados como delincuentes, locos, enfermos, etc. Según Morton Schatzman “la sociedad occidental designa a los psiquiatras como expertos para examinar a los miembros que rompen las reglas”¹⁶. Entonces, podemos decir que un primer papel desarrollado por los psiquiatras consistió en transformar las conductas transgresoras en síntomas de enfermedades mentales, acción que puede considerarse uno de los inicios del proceso de medicalización por parte de la clínica psiquiátrica. Lo anterior en relación al contexto social que rodeó a la institucionalización del Manicomio General.

¹⁵ AHSS, F-MG, S-EC, CAJA 56, EXP. 57, f. 69. [04/1918].

¹⁶ Morton Schatzman, “Locura y moral”, en Laura Forti, *La otra locura: mapa ontológico de la psiquiatría alternativa*, Barcelona, Tusquets, 1976, p. 123.

Bajo la categoría de reglas de Szasz, se puede observar cómo nuestros protagonistas habrían roto las normas tanto las llamadas “reglas sociales, religiosas y morales” como las “interpersonales”. En el primer caso se trataría de rupturas por parte de los “perturbados” que provocan un rechazo y exclusión del grupo social por conductas socialmente calificadas como desequilibradas. Así, para el primer caso, como hemos visto en los capítulos anteriores, los excesos fueron percibidos como síntomas de locura moral, por ejemplo, el desenfreno en la bebida, el habla o práctica sexual. Para el segundo caso, las reglas interpersonales, eran considerados y observados en la persona enferma los desequilibrios y conflictos que establecía en todas sus relaciones con otros individuos de la sociedad –principalmente la familia–, convirtiéndolo en un sujeto imposibilitado para mantener relaciones interpersonales de cualquier tipo¹⁷.

Sin embargo, es necesario tener presente que las actitudes antisociales han recibido una atención y respuesta distintas de acuerdo al tiempo y espacio en que se presentan, en muchas ocasiones debido al establecimiento de distintos procesos de medicalización: “los comportamientos que el mundo occidental contemporáneo describe como dementes o locos no se consideraron siempre así, ni todas las culturas los juzgan hoy del mismo modo.”¹⁸ Como consecuencia, muchas enfermedades ahora nos resultan más

¹⁷ Thomas Szasz, *El mito de la enfermedad mental*, Madrid, Amorrortu Editores, 1976, pp. 175-185.

¹⁸ Mary Lindemann, *Medicina y sociedad en la Europa Moderna: 1500-1800*, Madrid, Siglo XXI, 2001, p. 26.

comprensibles si tenemos claro en qué sociedad y momento nacieron, tal y como la locura moral en el caso de Joaquín R¹⁹.

Por lo anterior, conviene recordar que el reglamento del Manicomio General pedía que por lo menos se indicaran los síntomas del trastorno más sobresalientes, sobre todo los conductuales así como su incapacidad para la convivencia social. Pero esta esquematización en el establecimiento de diagnósticos, por parte de ciertas corrientes de la psiquiatría, ha sido muy criticada pues, ciertamente, los comportamientos excéntricos o las incapacidades para establecer relaciones interpersonales no siempre significan una deficiencia en las facultades mentales. Entonces, podemos decir que más que ser considerados enfermos mentales, las familias los concebían individuos inmorales que ya no podían controlar²⁰. De esta forma, si revisamos las historias de Joaquín R. y Manuel, lo que salta a la vista es que más que denotar desequilibrios mentales severos estos locos muestran historias de transgresiones a las reglas sociales²¹. Manuel ingresó al Manicomio en agosto de 1911 remitido desde la Penitenciaría de la ciudad de México, siéndole diagnosticado el padecimiento de locura moral, sobre todo por su afición al whisky y al tequila. Lo llamativo de este caso es que los médicos hayan dado su diagnóstico a la

¹⁹ Joaquín R. era un médico cirujano que fue atacado por locura moral desde el año de 1909, año en que fue internado en el sanatorio del doctor Rafael Lavista. Su juicio de interdicción fue promovido por la hermana, Dolores R., en el año de 1919, ella señala que busca la interdicción para poder disolver una sociedad civil en la que ella y el loco participaban. En uno de los reconocimientos realizados durante el juicio se describen las principales conductas que llevaron a la familia a reconocer la anormalidad en Joaquín, así como las que diez años después de su enfrentamiento con la locura existían. Señalan que era muy estudioso pero que desgraciadamente era muy excéntrico e impulsivo, lo que en una ocasión lo llevó a irse a Europa sin avisar a su familia. Estando ya internado se pasaba el tiempo haciendo ruidos de animales y a rompiéndose las ropas, aunque también podemos decir que está consciente de su enfermedad y considera que esta preso en el psiquiátrico.

²⁰ Andrés Ríos Molina, *La locura durante la revolución mexicana*, México, El Colegio de México, 2009, p. 153.

²¹ *Ibid.*, p. 5.

familia de Manuel señalando que si bien había deliberado bien todos los actos de su vida, sin embargo estas decisiones habían estado regidas por una carencia de sentido moral y que, para remediar o corregir esa “anormalidad,” no había terapéutica puesto que se trataba de una enfermedad mental imposible de cura por tratarse, en el caso de Manuel, de un ser inmoral²².

En el caso mexicano, la medicalización de la locura no respondió a la ambición de las instancias psiquiátricas establecidas como legítimas con el propósito de controlar y aprehender al grueso de la población y convertirse en un brazo de control por parte del Estado. Por el contrario, fueron las familias quienes se apropiaron del manicomio creyendo que esta nuevo recurso les permitiría resolver problemas sociales y familiares como el alcoholismo, los excesos conductuales de sus locos o las transgresiones contra el pudor por parte de los sifilíticos²³ a través del encierro psiquiátrico. Por ello mismo resulta interesante preguntarnos si nuestros locos padecieron en realidad síntomas de enfermedad mental o sólo actuaban de acuerdo a una conducta extravagante.

Un ejemplo de lo anterior lo encontramos en la descripción que hiciera Jean-Albert Dadas en el siglo XIX acerca de una nueva enfermedad mental llamada “fuguismo”²⁴, cuya sintomatología consistía en que un sujeto, al pretender desaparecer de su entorno social, emprendía un viaje por el mundo y no regresaba a su lugar de origen hasta pasado un

²² AHSS, F-MG, S-EC, Caja 11, exp. 8.

²³ Eduardo Menéndez, *Cura y control: la apropiación de lo social por la práctica psiquiátrica*, México, Nueva Imagen, 1979, p. 60.

²⁴ Sobre el concepto de Dadas, en francés “Les aliénés voyageurs”, véase Peter Toohey, *Melancholy, Love, and Time : Boundaries of the Self in Ancient Literature*. The University of Michigan Press, 2007, p. 152.

largo período de tiempo²⁵. Pero, ¿esta conducta era verdaderamente un signo de enfermedad mental o era una reacción concienzuda frente al dinamismo presentado por el siglo XIX en Europa? En otras palabras, como en nuestro caso estudiado, ¿era Joaquín R. un demente por haberse ido a Europa sin avisar a su familia?²⁶

Por ello, la precaución historiográfica nos debe demandar, al momento de considerar y explicar categorías como enfermedad mental, locura o demencia, una contextualización de su propio espacio-tiempo²⁷. Y es que, a diferencia de otras enfermedades como el cólera o la malaria, que siempre tendrán una misma sintomatología y terapéutica, los procesos de medicalización esgrimidos en el pasado dentro del ámbito mental han generado conceptos que ahora resultan inusitados como, por ejemplo, el fuguismo. Ante este panorama podemos decir que la representación de la enfermedad mental ha sufrido una metamorfosis en sus discursos sintomatológicos y sus prácticas terapéuticas desde la antigua Grecia hasta nuestros días. De forma sintética puede decirse que primero estas alteraciones de conductas fueron consideradas desequilibrios en los humores, como una señal de presencia divina en los individuos que la padecían, después vistas como posesiones demoníacas para luego llegar a una concepción en donde el individuo era visto

²⁵ Javier Moscoso, "Realidad o elaboración de la enfermedad mental", en *Frenia*, vol.1, núm. 2, 2001, p. 135.

²⁶ AGN, F-TSJD, Caja 0872, Folio 154542, f. 9v.

²⁷ Es muy difícil para nosotros saber que libros leían los futuros psiquiatras o qué modelos de clasificación utilizaban, por eso la definición de la enfermedad o de la identidad biológica no es posible. Esa también ha sido una de las razones para que nosotros hablemos de la locura y no sólo de la enfermedad mental. Ríos, *op. cit.*, pp. 32-37.

Para entender de qué manera utilizamos el término locura ver Introducción.

y transformado en un enfermo. Así, de la posesión del alma se pasó a la enfermedad del cuerpo²⁸.

Nuestro trabajo no pretende engrosar las líneas de la historiografía denominada antipsiquiátrica. Por el contrario, lo que se intenta con esta investigación es comprender los matices que envolvieron la realidad de principios de siglo XX en la ciudad de México, tanto en el ámbito médico como en el sociocultural. Por tanto, es importante señalar, como dice G. Berrios respecto a la creación de enfermedades, que “el síntoma tiene componentes biológicos y, aun así, cambia en el tiempo. El hecho de que el síntoma del siglo XIX sea distinto al del XX no es, como se ha querido interpretar, una evidencia a favor de un modelo social de la enfermedad mental.”²⁹

Podemos decir que la locura es una construcción social, en el sentido de que una sociedad específica la reconoce como tal en un sujeto particular, frente a lo cual toma las medidas que cree necesarias, en este caso la internación psiquiátrica y la incapacitación civil, pero no por hacer uso de estas atenciones a la locura debemos pensar que siempre hubo un sustrato orgánico, en ocasiones no lo había³⁰. En ese sentido, tanto los familiares como los enfermos pueden ser analizados como constructores de la locura; ambas partes son elementos activos que nos brindan una rica información para el estudio del pasado. A

²⁸ Ver Fernando Benítez, *Los demonios en el convento. Sexo y religión en la Nueva España*, México, Era, 1985, p. 190.

²⁹ Citado en Rafael Huertas, “Las historias clínicas como fuente para la historia de la psiquiatría: posibles acercamientos metodológicos”, en *Frenia*, vol.1, núm. 2, 2001, p. 30.

³⁰ Durante la Guerra Civil Española y la dictadura de Francisco Franco la psiquiatría se encargó de señalar como enfermos mentales a los que individuos que se encontraban en contra de la implantación del nuevo régimen y posteriormente de la permanencia de la dictadura. Ver Enrique González Duro, “Guerra Civil: una psiquiatría para la represión.” Consultado en línea el 22 de Enero de 2014. A las 11:57p.m. http://www.aen.es/index.php?option=com_docman&task=doc_details&gid=3137&Itemid=50

continuación relataremos un episodio de la historia familiar de Miguel G. con el propósito de adentrarnos más a fondo en la temática de nuestra investigación.

En el año de 1907 Miguel G. fue internado en el Manicomio de San Pedro y San Pablo de la capital mexicana, mejor conocido como Hospital de hombres dementes “San Hipólito” que se ubicaba en el primer cuadro del centro de la ciudad de México, pero de su estancia en aquel sitio no tenemos noticias³¹. Sin embargo, hay una serie de reconocimientos médicos llevados a cabo durante su proceso jurídico que nos permiten inducir el estado en el que se encontraba este interno.

En abril de 1910, Dolores G. promovió el juicio de interdicción en contra de su hermano Miguel debido al juicio testamentario de su padre, en el cual se había reconocido al enfermo como parte de los herederos por lo que ella pidió se asignara un tutor que representara a su hermano en la sucesión que se avecinaba.

Ante ello y en seguimiento del artículo 1391 del Código de Procedimientos Civiles, el juez designó a los médicos Ignacio Rojas y A. Calderón como peritos para llevar a cabo el reconocimiento mental que tendría lugar el 12 de mayo del mismo año. Gracias a dicho peritaje médico sabemos que Miguel G. tenía 32 años y que desde su juventud presentó “hábitos de masturbación y rarezas de carácter, celos descontrolados por sus hermanas y cualquier persona del sexo femenino, así como un cariño desmedido por los

³¹ Sabemos que después estuvo internado en “La Castañeda”, pero hasta ahora nos fue imposible encontrar su expediente en el archivo.

animales”³² que se manifestaba de diversas formas como, por ejemplo, darles de comer de su propio plato. Ya en una edad más adulta se había inclinado excesivamente por las bebidas alcohólicas.

Con el interrogatorio notaron que la emotividad la tenía apagada, muestra de ello fue que se le informó de la muerte de su padre –noticia que ignoraba–, hecho que no le despertó ninguna reacción. La comunicación con el mundo exterior estaba muy afectada a causa de las ideas delirantes que le impedían tener un diálogo coherente para poder expresar lo que necesitaba o pensaba. La conclusión a la que llegaron los médicos fue que era un degenerado y demente que padecía confusión mental³³. Dos meses después se le asignaron como tutor y curador interinos a Manuel Andrade y Rafael de la Mora, respectivamente, quienes estarían a cargo de su compromiso durante un mes hasta el nombramiento del tutor definitivo.

El 18 de agosto de 1910 los médicos antes citados tuvieron que volver a “San Hipólito” para practicar el segundo reconocimiento al enfermo, en el cual éste último se mostraría mucho más cabal al responder las preguntas formuladas como de costumbre por el agente del Ministerio Público y los médicos cirujanos y, se ratificó el diagnóstico de confusión mental³⁴. Además, se asignó al hermano de Miguel, el abogado Antonio María G. como tutor definitivo para que el juicio testamentario pudiera continuar, quedando así el enfermo sujeto a interdicción por enajenación mental.

³² AGN, F-TSJD, Caja 1498, Folio 267479, f. 5.

³³ AGN, F-TSJD, Caja 1498, Folio 267479, f. 7.

³⁴ AGN, F-TSJD, Caja 1498, Folio 267479, f. 9v., 10, 10v., 11.

El 10 de diciembre de 1925 acaecería la muerte de Antonio María, hermano y tutor del incapaz, a los 60 años de edad³⁵. Ante ese panorama, Dolores G. pidió al juez que se nombrara a un nuevo tutor para su hermano en enero de 1926, pero esto no ocurriría sino hasta un año más tarde, precisamente el 8 de marzo de 1927, fecha en que el juez nombraría como nuevo tutor a Felipe G.³⁶, dejando al incapaz sin protección por más de un año.

En noviembre de ese año, volvemos a tener noticia de Miguel, porque en casi todo el proceso judicial permanece ausente. Una serie de documentos nos dicen que “desde hace muchos años está internado en el Manicomio General.”³⁷ Es importante subrayar que durante el procedimiento judicial el enfermo permanece ausente, digamos entonces que es un juicio incompleto, ya que los juicios siempre se llevan a cabo con dos partes, la acusadora y el acusado, pero en el caso particular de la interdicción, la parte acusada está ausente, es siempre un asunto entre el Estado a través de los jueces y la familia, el enfermo no tienen cabida³⁸.

³⁵ AGN, F-TSJD, Caja 1498, Folio 267479, f. 20.

³⁶ Suponemos que Felipe G. no es un familiar directo del enfermo, ya que en una parte de la solicitud de Dolores G. menciona que como no existen familiares que conforme la *Ley de Relaciones Familiares* del año 1917 puedan desempeñar el cargo de tutor definitivo, sugiere al juez a este personaje. Al respecto, esta *Ley*, en los arts. 337, 338, 339, 340, 341, 342, menciona diferentes situaciones para saber quién se debía asumir el papel de tutor. Por ejemplo, el marido podía ser tutor de la esposa y viceversa; los hijos mayores de edad de los padres y, en caso de que no hubiera alguno, se debía recurrir al abuelo paterno o en su ausencia al materno, a los hermanos –cuando fueran mayores de edad– del enfermo, a los tíos paternos o en su ausencia los tíos maternos.

³⁷ AGN, F-TSJD, Caja 1498, Folio 267479, f. 41. Queremos suponer que nuestro protagonista fue ingresado a “La Castañeda” con los otros 350 hombres que permanecían en el “San Hipólito” y que con la apertura del nuevo hospital fueron trasladados, pero fue imposible localizar su expediente.

³⁸ Para las principales características del juicio ver pp. 115-117 y apéndice 2.

El computo de bienes que Felipe G. presentó ante el juez a finales del año de 1927 mostró que los ingresos del enfermo ascendían a \$147.50 pesos mensuales, los cuales –según el tutor– apenas bastaban para la manutención del enfermo en “La Castañeda³⁹”, del cual suponemos era pensionista.

Un año más tarde, en noviembre de 1928, la familia G. solicitaría a través de la figura del tutor, que se permitiera hipotecar una casa ubicada en la Calzada Nonoalco de la que Miguel era copropietario; todo esto con el fin de utilizar el dinero para un negocio familiar. El tutor, el juez, el representante del Ministerio Público y el curador –Luis Hoth– estaban enterados de la petición y de los planes que tenía la familia; pero fue el último quien decidió que “un negocio mercantil lucrativo traerá mejoras a la economía del incapacitado por lo que está conforme con la solicitud del tutor.”⁴⁰

A lo largo de la historia de Miguel G. resulta claro que uno de los motores para proceder a la interdicción tuvo que ver con los asuntos de bienes familiares, es decir liberar el juicio testamentario por el que atravesaba la familia G. Sin embargo, es necesario señalar que si bien a lo largo de esta investigación hemos confirmado que los bienes materiales tuvieron un peso determinante en la decisión familiar de promover la interdicción, ello no significó que las familias obtuvieran beneficios inmediatos de este tipo de proceso. Por el contrario, como se trataba de juicios muy largos, muy pocos decidían llevarlos a cabo. Así, por ejemplo, la tardanza en el trámite jurídico en el caso de Miguel G. nos lleva a pensar

³⁹ Aunque desconocemos si Miguel G. fue pensionista de primera o segunda, sabemos que la cuota mensual de segunda clase era de \$50 pesos de oro nacional al año de 1927.

⁴⁰ AGN, F-TSJD, Caja 1498, Folio 267479, f. 58.

hasta qué punto el verdadero móvil del juicio de interdicción fue el aprovechamiento de los bienes materiales del incapacitado por parte de sus familiares.

4.1 La familia y el brote de la locura

Ahora bien, tanto la experiencia de Miguel G., como la de nuestros otros nueve enfermos, son mucho más comprensibles a la luz de su nexos familiar porque en todos los casos aparece ésta como *leitmotiv*. Pero, ¿hasta qué punto y cómo nos ayuda a comprender y explicar el inicio y desarrollo de la locura? Para poder responder hay que tener presente que en el espacio familiar es donde los papeles de cada miembro son asignados y calificados mediante adjetivos como malo, bueno, inmaduro, inmoral, responsable, etcétera.⁴¹ Ante esta situación buscamos, a la hora de leer tanto el material judicial como el médico –con el cual reconstruimos estos episodios– poner especial atención a la contrastante polifonía de voces entre para ver cómo percibían unos y otros la locura.

Desde la incipiente disciplina psiquiátrica, la historia familiar tuvo una importancia fundamental, no sólo para rastrear el posible origen de la locura del enfermo, sino porque la herencia era considerada “la causa de las causas”⁴². De hecho hubo creencias extendidas socialmente e incluso en el ámbito médico que dividían a la locura en dos tipos relacionadas al aspecto económico de las familias: el degeneracionismo se relacionaba con la desviación de las costumbres por vivir en un medio caracterizado por el vicio y la pobreza, por otro lado existían las afecciones nerviosas que afectaban a los individuos más

⁴¹ Morton Schatzman, *op. cit.*, p. 123.

⁴² Carlos Herrera Garduño, *Como llegar a un diagnóstico en psiquiatría*, México, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, 1931, p. 41.

refinados, se creía que las profesiones que demandaban más trabajo intelectual pagaban con enfermedades de los nervios⁴³.

Sin embargo, con nuestra investigación hemos podido demostrar que esta idea se quedaba sólo en el discurso-representación de la locura, ya que en la práctica psiquiátrica esta no era una idea que se aplicará a rajatabla. Sabemos que el proceso de interdicción era largo y por tanto costoso, si a ello sumamos que la mayoría de los dementes eran profesionistas y de “buena familia”, además de que algunos contaban con los servicios de un abogado particular, podemos concluir que eran familias con cierto status económico, social y cultural. No obstante, por lo menos la mitad de los enfermos fueron diagnosticados como degenerados⁴⁴.

Otro tipo de explicación psiquiátrica generada sobre el origen de la locura en aquella época, apuntaba hacia la parte emocional manifiesta en las angustias, los miedos, las alegrías y hasta las decepciones de los internos para poder explicar el estado en el que se encontraban. Para algunos era la ruptura con el cónyuge –como el caso de Manuela C. –, en otros la pérdida de algún familiar, la preocupación por los hijos, la práctica excesiva de bebida, fiesta y prostitución, entre otros factores, pero en todos podemos localizar una

⁴³ Demetrio Mejía. “Nota sobre dos casos de histeria en el hombre. Anestesia completa generalizada. Curación.” *Gaceta Médica de México*. Tomo 13, Núm. 25, 1878. p. 476.

⁴⁴ Ver nota 16 del tercer capítulo. Esta idea hace referencia a la caracterización de la enfermedad mental de manera clasista, con base en ella ha surgido una pregunta que podría ser la guía de futuras investigaciones: ¿existió realmente un discurso que clasificara a la locura de manera clasista?, y si existió ¿cómo se aplicaba en la práctica clínica?.

motivación específica⁴⁵ –en ocasiones la acumulación de algunas experiencias– que detonaron el estado de agitación.

Hemos mencionado que la familia es la primera en enfrentar la enfermedad manifiesta en actitudes que alteran el cotidiano vivir de la misma. Sin embargo, este primer cuadro conflictivo no conduce a la familiar a la decisión de internar o dar tratamiento médico al que manifiesta falta de cordura, debido a que no se contempla como una pérdida de control del problema, por el contrario aun creen poder enfrentar por sí mismos la situación⁴⁶.

En el primer tipo de reacción, se observa una justificación de las acciones del transgresor; en la segunda, la familia construye diferentes explicaciones del caso pero sin hablar de locura, por lo que el tratamiento o la ayuda proporcionada responden más a la idea de “un mal momento” que a una enfermedad.

Por ello, los familiares del afectado acudían primeramente a una institución como la iglesia, en donde se esperaba que el sacerdote ayudara a través de la confesión o, cuando ya habían sido internados en una clínica psiquiátrica. Además algunos miembros de la familia se convertían en una especie de psicólogos a través de animar a sus enfermos a tener una mejor actitud ante la vida, practicando así la labor de apoyo entre familiares, como lo hizo la madre de Luis L. en algunas cartas que le envió. Esta etapa que va desde el

⁴⁵ Karl Beutner, *Guía para la familia del enfermo mental*, México, Paidós, 1964, p. 110.

⁴⁶ Como lo mencionamos en el segundo apartado, la herencia era considerada la causa de causas, por lo tanto, si un individuo presentaba perturbaciones mentales no sólo éste se convertía en un loco sino toda la familia, porque según la teoría del degeneracionismo la enfermedad mental era un asunto hereditario. Ver p. 49.

primer comportamiento extraño hasta la aceptación de la enfermedad por los miembros del grupo, para así poder darle un tratamiento médico, ha sido nombrada por Erving Goffman como etapa pre-paciente⁴⁷, y, aunque nosotros conocemos a nuestros protagonistas gracias a que habían terminado con esa etapa y se habían convertido en pacientes, es importante señalar que el camino con la locura comenzaba antes de llegar al manicomio o al juzgado.

Por su parte, los psiquiatras concibieron el medio familiar como el lugar en donde nacía y detonaba la locura, ante lo cual el manicomio era el espacio que requería el enfermo para recuperar su cordura; es decir, en la medida en que el paciente podía alejarse de los problemas cotidianos de sus hogares, la recuperación era de esperarse. Y aunque en Europa había comenzado la campaña en contra de las instituciones mentales, en específico contra el encierro psiquiátrico, en México “La Castañeda” tenía el fiel propósito de atender a los pacientes con desequilibrios mentales.

Esta doble concepción que se tenía del manicomio nos da una idea de que las representaciones de una sociedad acerca de un objeto específico también son diferentes según desde dónde se observe, ya que mientras los psiquiatras mexicanos pregonaban que el Manicomio General era el sitio adecuado para la recuperación de los enfermos mentales por estar fuera de la ciudad⁴⁸, alejado del ajetreo ciudadano, tener áreas verdes,

⁴⁷ Citado en Ríos, *op. cit.*, p. 142.

⁴⁸ Rosen señala que cuando la locura aparece podemos decir que es la propia sociedad la que falla en la provisión de condiciones adecuadas para la salud mental. George Rosen, *Locura y Sociedad. Sociología histórica de la enfermedad mental*, Madrid, Alianza, 1974, pp. 203-209.

sitios de oportunidad para convertirlo en un basurero humano⁴⁹ y así poder limpiar la ciudad, en otras latitudes –como Estados Unidos y Europa– la idea del encierro terapéutico estaba siendo abandonado porque aquella sociedad ya había presenciado que la realidad del manicomio no era una medida apta para el tratamiento de la locura por todos los abusos que en aquellas instituciones se vivían.

Asimismo, las manifestaciones perturbadoras del orden por parte de un sujeto podían ayudar a considerarlo como un loco debido a que era “arrancado de sus condiciones normales de vida, [y] sujetado por una voluntad extraña y más fuerte que la suya”⁵⁰. Por eso mismo, si el enfermo se encontraba en su casa el entorno terminaba por cambiar: su habitación, por ejemplo, se convertía en un espacio en donde se debía guardar silencio absoluto; además se establecían una dieta alimenticia particular y una serie de cuidados especiales. Sin embargo, en ocasiones, cuando el enfermo mental no era tranquilo y hacía manifiesta su rebeldía contra esta nueva dinámica, en muchas ocasiones terminaba por hacer explícito su disgusto por permanecer en casa. Ante esta situación límite era cuando la familia comenzaba a perder el control frente a la locura. Y a partir de este punto “la reclusión en “La Castañeda” dependía de un suceso detonante, una acción que la familia [consideraba] verdaderamente excesiva e insoportable cual irrefutable muestra de locura.”⁵¹

⁴⁹ La idea de “basurero humano” es de Chávez García y fue retomada por Cristina Sacristán, idea que nos ayuda a identificar el uso que le dieron los agentes externos al manicomio. Cristina Sacristán, “Historiografía de la locura y de la psiquiatría en México. De la hagiografía a la historia posmoderna”, en *Frenia*, vol. V, núm. 1, 2005, p. 22.

⁵⁰ Ricardo Pérez Gallardo, *El complejo enfermedad*, México: A. Mijares y Hno., Impresores, 1935, p. 51.

⁵¹ Ríos, *op. cit.*, p. 143.

El caso de Pablo W., acometido por la angustia y la melancolía, nos demuestra que para la enfermedad no hay fronteras entre educación, nacionalidad o posición socioeconómica. De hecho, la enfermedad es una cuestión elementalmente humana que atraviesa todas las capas sociales pero cuyos síntomas son enfrentados, desde luego, con diferentes recursos.

Pablo Teodoro W. nació en Demin, Alemania en 1872, hijo de Enrique Gustavo W. y Augusta G., quienes residían en Prusia debido a que el padre era comerciante, profesión que años más tarde desempeñaría también nuestro protagonista. Pablo llegó a nuestro país en el año de 1896, con sólo 24 años de edad buscando una oportunidad económica en aquel México que se estaba modernizando. Así que al llegar a tierras americanas no sólo consiguió desarrollarse como comerciante sino que también encontró a la que sería su esposa, Ana María H. Ella era una joven de clase media mexicana cuyo padre era de origen suizo dedicado al comercio. La joven pareja se unió en matrimonio en junio de 1903 y pudo procrear a cuatro hijos: Paul, Wilhelm, Hermann y Hildegard –el mayor de 15 años y el menor de 3–. Profesionalmente Teodoro se había convertido en socio de la casa comercial “Korff Honsberg y Cía”, lo que proporcionó una casa en la quinta calle de Morelia en la colonia Roma, pero con el tiempo esta aparente vida familiar apacible y tranquila iba a desaparecer.

En septiembre de 1920, María H. se presenta al juzgado para pedir al juez que diera paso al proceso de interdicción porque su esposo se encontraba enfermo de los nervios. De hecho, la esposa menciona que hacía tiempo que algunos amigos de la familia que

estaban involucrados con Pablo en sus negocios habían notado “ciertas rarezas en su modo de ser”⁵². Pero cuando esos cambios en su carácter se acentuaron ella había acudido con diversos médicos para tratar de analizar a su marido, quienes habían llegado a la conclusión de que padecía perturbaciones mentales de tal magnitud que estaba imposibilitado para atender sus negocios, dirigir su hogar y llevar una convivencia social normal. Para empeorar la situación, se citaba cómo Pablo había intentado suicidarse al haber entrado en estados de profunda melancolía al imaginarse que había quedado arruinado y que no contaba con dinero para sostener a su familia; también tenía la idea de haber sido separado de la compañía en la que trabajaba y en donde tenía muchos intereses.

Frente a este panorama, su mujer solicitó al juez para que se procediera al juicio de interdicción y poder nombrar un tutor que se encargara de velar por los bienes no sólo de Pablo sino de toda su familia, sugiriendo que la tutela definitiva debería caer en su persona, ya que la *Ley de Relaciones Familiares* en su artículo 337 señalaba que la tutela legítima de los incapacitados podía recaer en los cónyuges.

Ante la solicitud de Ana María H., el juez asignó como médicos peritos a los doctores Alfaro, Aguilar y Pagenstecher. Así, el reconocimiento se llevó a cabo en la casa de Pablo en octubre de 1920, ante la presencia de su esposa, los médicos y un representante del Ministerio Público. Al momento del reconocimiento Pablo tenía 48 años y la descripción de su persona fue detallada: hombre trabajador que laboraba de forma inagotable; sujeto

⁵² AGN, F-TSJD, Caja 1612, Folio 289252, f. 2. [10/09/1920].

honrado y serio que no gustaba de la bebida y que durante 18 años había mantenido una vida matrimonial muy estable. Ante esta descripción que apuntaba a las características de una persona normal, iban a contrastar más palpablemente los comportamientos opuestos y notorios de forma inmediata: había pasado de tener un carácter amable, paciente, serio y prudente a uno violento y, en ocasiones, hasta agresivo.

Como antecedentes familiares, en el expediente de Pablo se anotaba que tenía una hermana que se encontraba internada en un manicomio de Alemania desde hacía tres años. Asimismo, los médicos señalaban que en lo que se refería a las facultades afectivas encontraban en el paciente “la más honda, la más clara y la más evidente”⁵³ de las perturbaciones mentales, encarnada en una obsesión de ruina económica que lo acosaba día y noche y que iba en aumento. Por ejemplo, Pablo decía que la casa comercial en la que trabajaba había quebrado⁵⁴ y que al asumir la culpa de la desgracia, quería mudar a su familia a un jacal para poder vender la casa y así pagar las infinitas deudas que decía tener. Aunado a lo anterior a Pablo le había dado por no comer para no quitarles la comida a sus hijos y se había dado a la tarea de buscar empleos humildes –aun cuando no había sido destituido del otro–. Por todo ello es que había intentado quitarse la vida en tres ocasiones: dos arrojándose por una ventana y la última parándose en las vías del tranvía en espera de ser arrollado; estos intentos de muerte habían sido causados, según

⁵³ AGN, F-TSJD, Caja 1612, Folio 289252, f. 8.

⁵⁴ Un año después, en noviembre de 1921, el tutor interino mencionaba ante el juez cómo se había generado un conflicto de intereses entre los socios de la casa comercial a la que pertenecía Pablo W.; es muy posible que estos conflictos existieran desde antes de que Pablo enfermará, de ahí que sirviera como un detonante de sus trastornos . AGN, F-TSJD, Caja 1612, Folio 289252, f. 20.

los médicos, por el insomnio que Pablo padecía y que lo había llevado a un estado de tensión nerviosa extrema⁵⁵.

Como parte del examen, también al paciente se le realizaron pruebas de laboratorio como las reacciones Wassermann y Jacobsthal⁵⁶, así como un análisis general de orina en el que buscaban residuos de morfina, cocaína o alcohol; todas éstas resultaron negativas. Aunque todo la historia nos dice que Pablo era un hombre moderno y de clase económica media y que, por tanto, se había enfermado de los nervios por la intensa carga de trabajo intelectual que le demandaba su profesión de comerciante⁵⁷, los médicos indicaban que éste presentaba los estigmas físicos propios de la degeneración⁵⁸: el pabellón de la oreja estaba plano y los detalles estaban borrados, es decir, nuestro protagonista alemán y de clase media-alta era en realidad un sujeto envilecido. Incluso el diagnóstico de este primer reconocimiento apuntaba hacia la presencia de melancolía ansiosa, enfermedad que era considerada crónica, por lo que el pronóstico no era muy esperanzador. Sin embargo, le dieron alientos al paciente y su familia por estar en el primer semestre de su padecimiento, cosa que le alentó para que finalmente lograra su curación.

Finalmente, Pablo W. abandonaría el país en ese mismo año de 1920, pero la autoridad judicial aparentemente no se enteraría de este caso hasta abril de 1923, cuando Guillermo Beick –tutor definitivo– se dirigió al juez exponiéndole que su protegido había sido llevado

⁵⁵ AGN, F-TSJDF, Caja 1612, Folio 289252, f. 9.

⁵⁶ Es una modificación de la técnica empleada por suero-reacción de Wassermann; ambas técnicas servían para diagnosticar sífilis.

⁵⁷ AGN, F-TSJDF, Caja 1612, Folio 289252, f. 11.

⁵⁸ Ver p. 48.

a Alemania para su tratamiento, siendo internado en el hospital Neubaleberg situado en la ciudad de Berlín⁵⁹, y que gracias a una medicación racional y adecuada había recuperado su capacidad⁶⁰. De esa manera se dirige al juez mexicano para que él solicite al juez alemán competente realizar el reconocimiento pertinente a Pablo W., y a su vez enviar el dictamen que de él resultara.

El reconocimiento realizado por las autoridades médicas alemanas es muy interesante porque a través de él podemos tener una idea del estado que guardaba la psiquiatría en aquel país y de cómo fue entendido el procedimiento de la interdicción. Por ejemplo, puede mencionarse que fueron tres los peritos que presenciaron el examen de Pablo: Paul Fraenkel, profesor y médico judicial de Berlín; Hans Thiele, médico de la prisión de Berlín, y Georg Strassmann. En este reconocimiento se citaba el testimonio directo de Pablo ya que él era quien debía contestar el interrogatorio.

Así, tenemos un discurso coherente por parte de Pablo al ir respondiendo a las preguntas sobre su estado civil, cantidad de hijos o fechas de llegada y salida de México. El paciente también estaba consciente de que el reconocimiento era parte de un proceso legal que estaba dirigido a cancelar el estado de interdicción en el que sabía que se encontraba. Sin embargo, aquí una vez más daba muestras de un desequilibrio cuando aseguraba que no había sido un proceso justo de interdicción ya que había sido promovido por sus socios, quienes al percatarse de su ausencia habían propuesto una especie de tutor. A fin de

⁵⁹ Que Pablo W. fuera llevado a su país de origen para ser tratado de su agitación mental nos habla de que la búsqueda de tratamientos respondió a las tradiciones familiares, es decir, si este personaje no hubiese sido de origen alemán no creemos que su familia hubiera decidido llevarlo a aquel país.

⁶⁰ AGN, F-TSJD, Caja 1612, Folio 289252, f. 26.

cuentas, Pablo aseguraba que las causas que habían provocado su locura habían sido únicamente las diferencias que había tenido con sus socios a principios del año de 1920⁶¹. Y aunado a lo anterior, también Pablo señalaba que otras circunstancias que habían provocado su melancolía habían sido “los largos años de guerra y la Revolución Mexicana”⁶², tal vez porque su negocio pudo verse afectado debido a la inestabilidad económica que se vivió a causa de la misma.

Creemos que la fecha en la que Pablo W. es dado de alta y vuelve a tener derechos civiles es en enero de 1925, convirtiéndolo en el único caso donde la información de la que dispusimos nos permitió reconstruir un proceso de interdicción completo, es decir, su capacidad para ejercer sus derechos civiles, le fue devuelta.

Las historias presentadas hasta ahora nos dibujan a una sociedad, que está intentando definirse como moderna, es decir, a través de la incapacitación civil y de la internación psiquiátrica, en donde los familiares –actores sociales– pretendieron atender a sus locos y a su vez, satisfacer sus propias necesidades fueran económicas y/o de convivencia diaria en el hogar. Se trataba de dejar atrás la idea de que la familia debía abandonar a sus enfermos y, por el contrario, promover el juicio de interdicción o solicitar la reclusión en el manicomio en donde los familiares debían desarrollar una nueva responsabilidad. De ahí la constante y notoria participación del ámbito familiar a través de las intromisiones en el manicomio y en la propia institución jurídica. A fin de cuentas la familia asumió un papel

⁶¹ AGN, F-TSJD, Caja 1612, Folio 289252, f. 36v.

⁶² *Ibid.* Es interesante que en los propios documentos de la época no haya huella de la guerra entre facciones, por lo menos de los nueve casos que trabajamos éste es el único que hace mención de la Revolución Mexicana y curiosamente es un extranjero.

activo y, en ámbitos supuestamente especializados, como el jurídico y el médico, pudo participar en las decisiones para atender a sus enfermos.

A lo largo de los diferentes capítulos de la presente tesis, hemos podido dar cuenta del papel que jugó la familia dentro del universo de la locura por medio del uso que ésta hizo del internamiento y la interdicción, siempre a su conveniencia y en muchas ocasiones como medio para resolver problemas familiares internos. Hubo familias que buscaban la protección del enfermo por medio de la interdicción y el tratamiento médico, otras veían en la incapacitación civil de su enfermo la posibilidad de administrar los bienes familiares, otras utilizaron el internamiento en el manicomio como una nueva forma de escarnio para las diferentes actitudes que desafiaban los valores morales de la época, otros veían el psiquiátrico como un sitio de depósito para abandonar a sus enfermos y finalmente hubo familias que recurrieron a la interdicción para evitar que los despilfarros de sus locos acabaran con la herencia familiar⁶³.

De esa manera la familia, la psiquiatría y el Estado formaron un triángulo de acción, sólo que no todos tenían el mismo nivel de acción, la familia era la encargada de solicitar los servicios de las otras dos instituciones, sin que ella no promoviera el juicio ó solicitara la interdicción, la psiquiatría y el Estado (representado en los juzgados y jueces) permanecían al margen.

⁶³ Ríos, *op. cit.*, p. 147.

Conclusiones

Después de haber leído tantas páginas de historias de vida, quisiéramos puntualizar algunas ideas que, si bien ya han quedado asentadas a lo largo de los capítulos, su importancia nos obliga a mostrarlas juntas porque se convirtieron en los frutos de este trabajo.

Podemos decir ahora, ya no desde una narración triunfalista de la ciencia, que el desarrollo del conocimiento en el campo de la salud no estuvo exento de fallas. Un claro ejemplo de ello fue la impericia mostrada por los auspiciadores de la construcción del Manicomio General durante el Porfiriato, hecho que demostró que no bastaba con la mera copia de un modelo europeo para dar asilo a los enfermos mentales: hacía falta también la conformación de un equipo de especialistas que diseñaran un plan de trabajo. De hecho la vida de esta institución, llena de errores, tampoco sirvió para consolidar la práctica psiquiátrica en los primeros años de su existencia, hecho que mermó el servicio terapéutico que aquella institución de salud brindó a la población mexicana durante cerca de 60 años. Prueba de ello fue que desde los primeros diez años de haber abierto sus puertas, los psiquiatras tuvieron que enfrentarse a los problemas administrativos que aquejaban a “La Castañeda”, reflejados en la falta de alimentos, medicinas, camas, ropa y demás insumos para el desarrollo de la vida diaria, debido en gran parte al deterioro de la institución psiquiátrica.

Como se ha señalado, a pesar que desde el año de 1887 la impartición de materias de psiquiatría fue una realidad en la Escuela de Medicina, ésta estuvo caracterizada tanto por una intermitente presencia en el plan de estudios como una baja recepción por parte de los estudiantes. Pero aun así se logró impulsar de forma indirecta el desarrollo de la especialidad psiquiátrica, pues no obstante que fueron pocos médicos y estudiantes los que se interesaron por la misma, a lo largo del tiempo esto daría pie a un primer paso en la profesionalización de la especialidad.

Sin embargo hay que insistir en que la “La Castañeda” no logró consolidar la especialidad psiquiátrica, pues la inexistencia de especialistas en el funcionamiento administrativo y terapéutico que exigía la institución, provocó que su servicio se viera peligrosamente mermado. Por eso, en gran parte, los psiquiatras o médicos cirujanos que se internaron en el mundo de la locura se vieron rebasados por otros agentes externos como la familia.

Digamos que en lo que se concentraron las diversas comisiones –encabezadas por el Dr. Eduardo Liceaga– encargadas de presentar un proyecto adecuado para la erección del manicomio fue en la parte arquitectónica y la eficacia que debería provenir de sus servicios. Pero no se trataba de una crujía, sino de un espacio médico de atención a los enfermos mentales. Así, estos especialistas, al parecer, no se preguntaron quiénes y cómo darían el servicio médico y, por lo tanto, no crearon las condiciones de funcionamiento ni los reglamentos pertinentes para que la práctica psiquiátrica tuviera una acción eficaz. En otras palabras, no existió una ley para el resguardo de los enfermos mentales ni un

reglamento para conducir el quehacer científico de unos psiquiatras que, por el mismo contexto vieron mermada su participación en el tratamiento a la locura.

El papel de los pocos psiquiatras quedó a la deriva y limitado frente al de otros agentes como la familia, la Beneficencia Pública y la policía; en la mayor parte de los casos los especialistas se quedaron como simples espectadores de lo que estos decidían acerca del destino de los internos. Por eso el análisis a lo largo del trabajo estuvo planeado en función de la actuación familiar expuesta a través de la institución psiquiátrica y desde el ámbito legal.

A través de los juicios de interdicción pudimos rastrear lo que nos demanda la Historia Cultural, los discursos, prácticas y representaciones que la sociedad mexicana de principios de siglo tuvo. Por un lado, los juicios nos mostraron a través del propio Código Civil de 1884 que el discurso en torno a la locura estaba caracterizado por el tema del peligro, por tanto, la incapacitación civil era una medida de protección familiar y social. La práctica del juicio nos permitió acercarnos al papel que la familia jugaba en dicho proceso judicial y que a pesar de que en el discurso legal ésta apareciera como disminuida por el papel del tutor y curador, nos dimos cuenta cómo la familia tuvo un papel fundamental en el manicomio y en el proceso del juicio: los familiares eran quienes apresuraban a psiquiatras, jueces y peritos. Por ello hemos insistido en que la idea del poder psiquiátrico que enunció Foucault no tiene cabida en el caso mexicano, al menos durante los primeros años del siglo XX. En todo caso, hemos ajustado ese modelo para poder analizar a las otras esferas de poder que tomaron la batuta en la detección, tratamiento y curación de la

locura. En pocas palabras, los juicios de interdicción sirvieron como una fuente para rastrear tanto el discurso-representación como la práctica que rodeaba a la locura.

Debemos señalar que en México la actuación de la familia moderna en la atención de la locura –fuera vista como posesión demoniaca, iluminación divina¹, desorden de conducta o enfermedad– fue fundamental para poder explicar las prácticas en torno a la mencionada. Pero si la locura ha sido por muchos años un asunto familiar, en nuestro estudio hemos podido destacar que aún cuando su tratamiento no se diera en el seno familiar la familia estuvo presente, prueba de ello fue la intromisión en la vida cotidiana del Manicomio General. En otros términos, la familia mexicana tuvo una actividad preponderante, aun cuando era una instancia no especializada, debido a que la psiquiatría apenas comenzaba a organizarse y por tanto no pudo llenar todos los vacíos de tratamiento a la locura en los cual la familia siempre estuvo presente, en otras palabras el papel de la familia en la atención a la locura está presente desde que ésta existe, la psiquiatría es la recién llegada.

Por estas razones, la práctica del juicio de interdicción tuvo como principal catalizador el bienestar de la familia, en ocasiones incluido el loco y en otras dejándolo al margen –se tratara de relaciones intrafamiliares cotidianas o de cuestiones de bienes materiales y económicos– y no la protección del enfermo, ya que quien tomaba la decisión de promoverlo era la familia y no el psiquiatra o el Estado y el principal discurso que la familia

¹ Ver Fernando Benítez, *Los demonios en el convento. Sexo y religión en la Nueva España*, México, Era, 1985, 277pp.

presentó a los jueces era el peligro que corría la estabilidad económica y familiar. Por eso las familias que lo promovieron tenían un nivel socioeconómico alto y, como consecuencia, el número de juicios promovidos fue casi nulo en comparación con el número de enfermos que se encontraban reclusos en el Manicomio General² –sin contar a los que permanecían en instituciones psiquiátricas privadas o los que estaban en casa–.

A través de ese papel protagónico interpretado por la familia y, como parte de ella el enfermo, podemos entender que la representación de la locura –en las episodios familiares que estudiamos– estuvo alimentada no sólo por los crecientes modelos psiquiátricos, sino por las creencias que se encontraban arraigadas socialmente y que calificaban la locura como expresión de anormalidad muchas veces conductual. Por ello, la familia era el primer grupo en reconocer la locura debido al cambio conductual del supuesto sujeto enfermo. Así, la internación y la interdicción fueron formas de atención al problema que presentaba la locura que se practicaron respondiendo a esa representación, es decir, la familia hizo uso de esas herramientas para poder resolver un problema que se había salido del control familiar y en ese sentido se generó una diversidad de apropiaciones que iban desde el encierro como forma de castigo, el abuso económico, el abandono, hasta el intento de curación, la protección de la familia, etc.

La internación en “La Castañeda” fue vista, entonces, como la oportunidad de que el paciente se encontrara con un tratamiento médico, el cual muchas veces no significaba

² Ver Gráfica 4: Juicios de Interdicción promovidos entre 1900-1930. En diez años de vida “La Castañeda” había albergado cerca de 5000 internos, mientras que en el mismo espacio de tiempo se habían promovido ante los juzgados de la Ciudad de México 166 juicios de interdicción.

medicación, pues se confiaba en el efecto curativo de estar alejado de la ciudad y de la rutina diaria medio que ayudaría a recuperar la salud y poder lograr su reintegración social y familiar. Por su parte el juicio de interdicción fue visto como una manera de reencauzar la armonía familiar que debido a la enfermedad se había interrumpido, pero que también había necesidad de reestablecerla por cuestiones de índole material y económica. Como forma de volver a organizar el núcleo familiar, los parientes se arrogaron la responsabilidad de internar, de dar de alta a sus parientes y de promover o no el juicio en sus propios términos.

En definitiva, la locura significó para la mayoría de las familias un infortunio ya fuera porque los comportamientos del enfermo rompieran con la armonía familiar, impidieran el avance de un juicio testamentario, suspendieran una empresa familiar o pusieran en peligro los bienes familiares. Si tuviéramos que definir en una palabra la principal conclusión del papel que jugó la familia tanto en el caso de la internación como de la interdicción, sin duda sería: diversidad. Y es que el proceder de cada familia era particular e incierto, intentando en muchas ocasiones resolver problemas internos a través del uso del manicomio y de los juzgados.

La historia cultural nos sirvió como herramienta de construcción de historias familiares e individuales pero también nos ayudo a analizarlas rastreando los discursos, prácticas y representaciones en torno a la enfermedad. Además nos permitió situarnos en un punto de observación de la intimidad familiar para sujetar de mejor manera la particularidad de cada caso estudiado. Esta metodología nos invita a dirigir la mirada hacia los individuos

para que a través de ellos comprendamos los eventos –grandes ó cotidianos– en otras palabras, dejar a los objetos de estudio para enriquecernos con los sujetos de estudio. Esa forma de mirar nos recordó que detrás de esos nueve episodios familiares hubo personas reales que sufrieron la reclusión en un psiquiátrico, que tuvieron que lidiar con un pariente enfermo, que vivieron los conflictos familiares, que reaccionaron ante los abusos o ante el amor de los que les rodeaban. Todo ello para dejar de pensar en los individuos comunes y corrientes como seres invisibles o inmóviles y poder darles el lugar que merecen como individuos sociales activos que no se quedaron catatónicos ante las reacciones familiares, social o médicas, sino que hicieron suyo el manicomio o el juzgado y que a final de cuentas fueron los que constituyeron la sociedad mexicana de principios de siglo XX.

Las fuentes nos plantearon un problema específico: ¿cómo reconstruir una historia que en el mayor de los casos no cuenta con la documentación inicial o final? Situación que nos orilló a elegir los expedientes más plenos y en suficiente número para poder entender y explicar, de forma complementaria y comparada, el desarrollo de diferentes casos. Así, hay que reconocer que las fuentes documentales fueron suficientes y que a pesar de que no contemos, por ejemplo, con toda la vida de Luis L. transcrita en papel, los archivos nos regalan episodios del México de principios de siglo que tienen una riqueza inmensa. Con nuestro trabajo, entonces, hemos intentado llenar un vacío en la dinámica de un padecimiento como la locura en México, centrándonos en develar cuál fue el papel que la familia jugó en las diferentes instancias de atención a la enfermedad. Debemos señalar

que para dicha historia aún falta mucho camino qué recorrer. Faltan estudios que analicen a los actores desde una perspectiva étnica, por ejemplo, no hay una historia de la locura en México en donde los indígenas sean los protagonistas, aun cuando sabemos que las ideas científicas de la psiquiatría los descartan como posibles agentes de enfermedades mentales, nuestro trabajo sería dar un paso atrás e investigar si realmente no hubieron enfermos mentales en las comunidades rurales de nuestro país. Las hojas en las que se plasman estos y otras temas aun están en espera de que historiadores, sociólogos, filósofos y más humanistas se decidan a estudiarlos.

Por lo que me toca, yo seguiré invirtiendo horas de estudio en este tema pero ahora desde lo que sucede en el presente, lo cual sin duda alguna no podría entenderse sin conocer su pasado.

Apéndice 1: Reglamentos administrativos

“Reglamentación del servicio de practicantes del Manicomio General”.

AHSS, F-MG, S-ADM, CAJA 30, EXP. 1, ff. 6-7.

1° Todo practicante debe estar cursando regularmente por lo menos el 3er. año de Medicina en la Universidad Nacional.

2° Los practicantes de 6° deberán cumplir en los demás establecimientos en los que se desarrollan.

3° Deberán cumplir por lo menos con una hora de servicio de entre las 8 am. y las 2 pm.

4° La dirección designara las actividades que realizará.

5° Los practicantes harán guardia de 24 hrs. de las 10 am. a las 10 am. excepto los de laboratorio.

6° El día de la guardia se le dará cuarto y alimento al practicante.

7° El turno de las guardias entre los practicantes está a cargo del jefe de la Oficina de Admisión.

8° En la guardia el practicante deberá asistir al médico desde recibir enfermos hasta suplirlo en caso de ausencia.

9° El practicante deberá comportarse bajo las normas que el Médico que le guíe imponga.

10° Los practicantes firmaran su entrada y su salida para controlar su asistencia.

11° La dirección tomará en cuenta todo antecedente de aptitud del practicante para los ascensos.

12° La dirección puede poner sanciones por el mal desempeño de un practicante. Este reglamento es de 1937 seguramente ha tenido modificaciones pero nos da una buena

idea del labor de los practicantes y de que tanto papel tenían en la dinámica del manicomio.

“Requisitos para la admisión de los enfermos mentales en el Manicomio General. Capítulo V. del Reglamento Interno.”

AHSS, F-MG, S-ADM, CAJA 4, EXP. 14, ff. 1-2.

Art. 1º: Las personas que padezcan de cualquiera forma de enajenación mental, serán admitidas en el Manicomio únicamente en calidad de enfermos.

Art. 2º: Se admitirán enfermos:

- I. Por mandato de las autoridades. Son autoridades competentes para ordenar la admisión de los enfermos:
 - a) El departamento central del DF, por medio de las jefaturas de Policía, las Comisarías y los Delegados Municipales.
 - b) Los jueces del DF.
 - c) El Consejo de Defensa y Prevención Social.
 - d) La junta directiva de la Beneficencia Pública.

La orden de admisión deberá ser en cada caso por escrito.

- II. Por ocursio del paciente pudiendo hacer este el enfermo mismo cuando fundadamente solicite ser admitido, calzado con su firma y con la de dos testigos.
- III. Por solicitud de los parientes o de las personas a cuyo cargo esté el enfermo, o que tengan representación legal. Las solicitudes serán hechas por escrito y estarán firmadas por dos testigos. Además deberá presentarse algún documento que a juicio del presidente de la Beneficencia Pública o del Director del Manicomio, acredite el parentesco o el grado que se tenga del enfermo.

Art. 3º: En cada caso y cualquiera que sea el motivo de admisión, se presentará para obtenerla, un certificado médico en el que debe constar:

- a) El estado de enfermedad mental, expresando el diagnóstico, o cuanto menos los síntomas más salientes (principalmente las anormalidades de conducta y la falta de adaptación al medio social) que justifiquen el cargo de enfermedad mental.
- b) La necesidad de que sea internado el paciente en un Sanatorio para vesánicos.

Art. 4°: El certificado tendrá que ser original y no bastará presentar una copia de él, y además en todos los casos será firmado por dos médicos legalmente autorizados para ejercer su profesión, o bien se presentarán dos certificados firmados cada uno por un médico, escritos en máquina o a mano sin enmendaduras y en letra bien legible, y con los timbres reglamentarios.

- a) Cuando los enfermos sean remitidos por alguna dependencia oficial podrán solo presentar el certificado firmado por un solo médico, que tenga también carácter oficial.
- b) En los casos en que los enfermos sean enviados de fuera del DF, las firmas que lleven los certificados estarán legalizadas en la forma usual, con la firma del Presidente Municipal y del Gobernador del Estado.
- c) El certificado sólo será válido cuando tenga a lo más 15 días de expedido, antes del día de su presentación para los enfermos del DF y lugares cercanos, y de 30 para los de las demás partes.

Art. 5°: Los enfermos serán admitidos siempre condicionalmente, en el Pabellón de Observación, pero en el caso de que aún llenando los requisitos legales no ameriten a juicio del Médico de guardia su internación, no serán recibidos.”

Apéndice 2: Legislación en torno a la interdicción

Código Civil del Distrito Federal y territorios de Tepic y Baja California, México, Librería de la viuda de CH. Bouret, 1902. pp. 104- 114, 118-119.

Título Noveno: De la tutela

Capítulo I

Disposiciones generales

Art. 403; El objeto de la tutela es la guardia de la persona y bienes de los que no estando sujetos a la patria potestad, tienen incapacidad natural y legal, ó solo la segunda, para gobernarse por sí mismos. La tutela puede también tener por objeto la representación interina del incapaz en los casos especiales que señala la ley.

Art. 404: Tienen incapacidad natural y legal:

- I. Los menores de edad no emancipados.
- II. Los mayores de edad privados de inteligencia por locura, idiotismo ó imbecilidad, aun cuando tengan intervalos lúcidos.
- III. Los sordo-mudos que no saben leer ni escribir.

Art. 405: Tienen incapacidad legal para los negocios judiciales, los menores de edad emancipados.

Art. 406: La tutela se desempeña por el tutor, con intervención del curador, en los términos establecidos por la ley.

Art. 407: Ningún incapaz puede tener a un mismo tiempo más de un tutor definitivo y un curador.

Art. 408: Un tutor y un curador pueden desempeñar la tutela de varios incapaces.

Art. 409: Los cargos de tutor y curador de un incapaz no pueden ser desempeñados por una misma persona.

Art. 410: Tampoco pueden desempeñarse por personas que tengan entre sí parentesco en cualquier grado en línea recta ó dentro del cuarto en la colateral.

Art. 411: La tutela es un cargo personal, de que ninguno puede eximirse sino por causa legítima.

Art. 412: Cuando fallezca una persona que tenga bajo su potestad un menor ó incapacitado á quien deba nombrarse tutor, el ejecutor testamentario, y en caso de intestado los parientes y personas con quienes haya vivido el difunto, están obligados á dar parte del fallecimiento dentro de ocho días al juez del lugar, á fin de que se provea á la tutela, bajo pena de veinticinco a cien pesos de multa.

Art. 413: El cargo de tutor se defiere:

- I. En testamento.
- II. Por elección del mismo menor confirmada por el juez.
- III. Por nombramiento exclusivo del juez.
- IV. Por la ley.

Art. 414: Ninguna tutela puede deferirse sin que previamente se declare, en los términos que disponga el Código de Procedimientos, el estado de la persona que va a quedar sujeta a ella.

Art. 415: El menor de edad no emancipado, que fuere demente, idiota, imbécil ó sordomudo, estará sujeto á la tutela de menores, mientras no llegue a la mayor edad.

Art. 416: Si al cumplirse esta continuare el impedimento, el incapaz se sujetará a la nueva tutela, previo juicio de interdicción formal, en el que serán oídos el tutor y curador anteriores.

Art. 417: Los hijos menores de un incapacitado quedarán bajo la patria potestad del ascendiente que corresponda conforme a la ley, y no habiéndolo, se les proveerá de tutor legalmente.

Art. 418: La tutela del demente, idiota ó sordomudo, durará el tiempo que dure la interdicción, si fuere ejercida por el cónyuge, por los hijos ó por cualquiera otra persona, podrá cesar a los diez años, si el tutor renuncia; en cuyo caso se proveerá de uno nuevo conforme a la ley.

Art. 419: La interdicción no cesará sino por la muerte del incapacitado ó por sentencia definitiva, que se pronunciará en juicio seguido conforme a las mismas reglas establecidas para el de interdicción.

Capítulo II

Del estado de interdicción

Art. 420: Son nulos todos los actos de administración ejecutados y todos los contratos celebrados por los menores de edad y por los demás sujetos a interdicción antes del nombramiento del tutor, aunque sea interino, si la menor de edad ó la causa de la interdicción eran patentes y notorias, en la época en que se ejecutó el acto administrativo ó se celebró el contrato.

Art. 421: Son nulos igualmente los actos administrativos ejecutados y los contratos celebrados por los menores de edad no emancipados, después del nombramiento del tutor, si éste no la autoriza.

Art. 422: Lo son también los de los menores emancipados que sean contrarios á las restricciones legales.

Art. 423: Por último, son nulos todos los actos y contratos de los demás incapacitados, posteriores al nombramiento de tutor interino, sino son autorizados por éste ó por el tutor definitivo en su caso.

Art. 424: La nulidad á que se refieren los artículos anteriores, sólo puede ser alegada, sea como acción, sea como excepción, por el mismo incapacitado, ó en su nombre por sus legítimos representantes; pero no por las personas con quienes contrató, ni por los fiadores que se hayan dado al tiempo de otorgarse la obligación, ni por los mancomunados con ella.

Art. 425: La acción para pedir la nulidad, prescribe en los mismos términos en que prescriben las acciones personales ó reales, según la naturaleza del acto cuya nulidad se pretende.

Art. 426: Los menores de edad no pueden alegar la nulidad de que hablan los artículos 420 a 423, en las obligaciones que hubieren contraído sobre materias propias de la profesión ó arte en que sean peritos.

Art. 427: Tampoco pueden alegarla los menores, si han presentado certificados falsos del registro civil, para hacerse pasar por mayores, ó han manifestado dolorosamente que eran mayores.

Capítulo V

De la tutela legítima de los dementes, idiotas, imbeciles y sordo-mudos

Art. 449: El marido es tutor legítimo y forzoso de su mujer, y ésta lo es de su marido.

Art. 450: Los hijos varones de edad son tutores de su padre ó madre viudos.

Art. 451: Cuando haya dos ó más hijos, será preferido el que viva en compañía del padre ó de la madre; y siendo varios los que estén en el mismo caso, el juez elegirá al que le parezca más apto.

Art. 452: El padre, y por su muerte ó incapacidad la madre que se conserve viuda, son de derecho tutores de los hijos legítimos ó naturales reconocidos, solteros ó viudos, que no tengan hijos varones que puedan desempeñar la tutela.

Art. 453: A falta de tutor testamentario y de persona que, con arreglo a los artículos anteriores, deba desempeñar la tutela, serán llamados a ella el abuelo paterno; en falta de éste, el materno; en falta de ellos, los tíos paternos; y en la de éstos, los maternos. Respecto de los hermanos y de los tíos, se observará lo dispuesto en los arts. 446 y 447.

Art. 454: El tutor de un incapacitado que tenga hijos menores en su patria potestad, será también tutor de ellos si no hay otro ascendiente á quien la ley llame al ejercicio de aquel derecho.

Código de Procedimientos Civiles del Distrito Federal y territorio de la Baja California, México, Imprenta y Litografía de I. Paz, 1885, pp. 220-224.

Capítulo III

De la declaración de estado

Art. 1390: La interdicción del demente puede pedirse:

- I) Por el cónyuge
- II) Por los presuntos herederos legítimos
- III) Por el ejecutor testamentario
- IV) Por el MP que en todo caso será oído.

Art. 1391: Presentada la solicitud de interdicción, el juez proveerá auto mandado que antes de setenta y dos horas sea reconocido el presunto incapacitado por dos ó más médicos que nombrará, en su presencia, en la de la persona que hubiere pedido la interdicción y en la del Ministerio Público. El reconocimiento se hará con arreglo a lo dispuesto en el art. 1394.

Art. 1392: Si del dictamen pericial resultará comprobada la demencia, ó por lo menos haber duda fundada acerca de la incapacidad de la persona cuya interdicción se pide, el juez dictará las siguientes medidas:

- I. Nombrar un tutor y curador interinos; sujetándose a las mismas disposiciones legales que rigen el nombramiento de tutor y curador definitivos, pero sin que pueda ser nombrada la persona que haya promovido la interdicción
- II. Poner los bienes del presunto incapacitado bajo la administración del tutor interino, y los de la sociedad conyugal si fuere casado, bajo la administración del otro cónyuge.
- III. Proveer legalmente a la patria potestad ó tutela de las personas que tuviere bajo su guarda el presunto incapacitado.

Del auto en que se dicten estas providencias no se admite apelación sino en el efecto devolutivo.

Art. 1393: Dictadas las providencias que establece el artículo anterior y previo nuevo reconocimiento del presunto incapacitado, el juez citará una junta, en la cual, si estuvieren conformes el tutor y el Ministerio Público, dictará su resolución declarando ó no la interdicción, según el sentido en que hayan emitido su dictamen la mayoría de los peritos. Si hubiere oposición, se sustanciará el respectivo juicio ordinario entre el que pide la interdicción y el opositor ú opositores. En el juicio será oído el presunto demente, si lo pidiere, y durante él subsistirán las medidas decretadas conforme al artículo 1392.

Art. 1394: El estado de demencia puede probarse por testigos ó documentos pero en todo caso se requiere la certificación de tres médicos, por los menos, que nombrará el juez, sin perjuicio de la prueba pericial que las partes promuevan. El reconocimiento del incapaz se hará en la presencia del juez en la del representante del Ministerio Público y en la del tutor, si ya estuviere nombrado. El juez dirigirá al demente y á los médicos cuantas preguntas estime convenientes, haciéndolas constar literalmente, así como las respuestas, en un acta. El tutor puede nombrar a un médico para que tome parte en el reconocimiento y sea oído su dictamen.

Art. 1395: Mientras no se pronuncie sentencia irrevocable la tutela interina debe limitarse a los actos de mera protección a la persona y conservación de los bienes del incapacitado. Si ocurriere urgente necesidad de otros actos, el tutor interino podrá obrar como lo crea conveniente previa autorización judicial.

Art. 1396: Cuando cause ejecutoria la sentencia de interdicción y se haya discernido la nueva tutela, el tutor interino cesará en sus funciones y dará las cuentas al propietario con intervención del curador.

Art. 1397: Pronunciada la sentencia que cause ejecutoria el juez de primera instancia llamará al ejercicio de la tutela a las personas a quienes corresponda, conforme a la ley, o hará el nombramiento de tutor en los casos en que para ello este legalmente facultado. Cuando el cargo de tutor definitivo deba recaer en el tutor interino, bastará confirmar el nombramiento anterior, observándose lo mismo para el nombramiento de curador definitivo.

Art. 1398: El juez, durante el tiempo que dure la interdicción, pueden repetir el reconocimiento del demente, bien a petición de los que tienen derecho de pedir aquella, bien de oficio cuando lo crea conveniente; pero siempre con asistencia del que pidió la interdicción del tutor y del Ministerio Público.

Art. 1399: El juicio que tenga por objeto hacer cesar la interdicción se seguirá en todo como el juicio de interdicción.

Art. 1400: Todas las disposiciones establecidas para el juicio de interdicción de los dementes, regirán para los de los idiotas e imbéciles.

Art. 1402: El que dolorosamente promueva juicio de incapacidad, ya sea respecto de si mismo, ya sea respecto de otro, incurre en las penas que la ley impone por falsedad y la calumnia, y es además responsable de todos los daños y perjuicios que se sigan.

Art. 1411: De este cómputo se dará traslado al Ministerio Público, y en vista de su respuesta se determinará el otorgamiento de la garantía.

Ley sobre relaciones familiares, México, Periódico oficial del Estado de Jalisco de 14 de julio de 1917. 80pp. Consultado en línea 25 de Julio de 2013 a las 18:53 hrs. en https://www.google.com.mx/search?q=ley+de+relaciones+familiares+1917&oq=ley+de+relaciones+familiares+1917&aqs=chrome..69i57j0l3.4407j0j7&sourceid=chrome&espv=210&es_sm=93&ie=UTF-8

Capítulo XX

Disposiciones generales relativas a la tutela

Art. 298: El objeto de la tutela es la guarda de la persona y bienes de los que no estando sujetos a la patria potestad, tienen incapacidad natural y legal, a sólo la segunda, para gobernarse por sí mismos. La tutela, puede también tener por objeto la representación interina del incapaz en los casos especiales que señala la ley.

Art. 299: Tienen incapacidad natural y legal:

- I. Los menores de edad;
- II. Los mayores de edad privados de inteligencia por locura, idiotismo e imbecilidad, aún cuando tengan intervalos lúcidos;
- III. Los sordo-mudos que no saben leer ni escribir;
- IV. Los ebrios habituales.

Art. 300: Tienen incapacidad legal para la administración de sus bienes y para los negocios judiciales, los menores de edad emancipados.

Art. 301: La tutela se desempeña por el tutor con intervención del curador, en los términos establecidos por la ley.

Art. 302: Ningún incapaz puede tener a un mismo tiempo más de un tutor definitivo y un curador.

Art. 303: Un tutor y un curador pueden desempeñar la tutela de varios incapaces.

Art. 304: Los cargos de un tutor y curador de un incapaz, no pueden ser desempeñados por una misma persona. Tampoco pueden desempeñarse por personas que tengan entre sí parentesco en cualquier grado en la línea recta o dentro del cuarto en la colateral.

Art. 305: La tutela es un cargo personal, de que ninguno puede eximirse sino por causa legítima.

Art. 306: Cuando fallezca una persona que ejerza la patria potestad sobre un menor o incapacitado a quien deba nombrarse tutor, el executor testamentario y en caso de intestado los parientes y personas con quienes haya vivido el difunto, están obligados a da parte del fallecimiento dentro de ocho días al Juez del lugar, a fin de que se provea a la tutela, bajo pena de veinticinco a cien pesos de multa.

Art. 307: El cargo del tutor se defiere:

- I. En testamento;
- II. Por elección del mismo menor confirmada por el mismo Juez;
- III. Por nombramiento exclusivo del Juez;
- IV. Por la ley.

Art. 308: El cargo de curador se defiere por los tres primeros modos.

Art. 309: Ninguna tutela puede deferirse sin que previamente se declare, en los términos que disponga el Código de Procedimientos, el estado de la persona que va a quedar sujeta a ella.

Art. 310: El menor de edad que fuere demente, idiota, imbécil o sordo-mudo, estará sujeto a la tutela de menores, mientras no llegue a la mayor edad. Si al cumplirse ésta continuare el impedimento, el incapaz se sujetará a la nueva tutela, previo juicio de interdicción formal, en el que serán oídos el tutor y curador anteriores.

Art. 311: Los hijos menores de un incapacitado, quedarán bajo la patria potestad del ascendiente que corresponda conforme a la ley, y no habiéndolo, se les proveerá de tutor legalmente.

Art. 312: La tutela del demente, idiota, sordo-mudo o ebrio, durará el tiempo que dure la interdicción, si fuere ejercida por el cónyuge, por los hijos o por los ascendientes. Si fuere ejercida por cualquier otra persona, podrá cesar a los diez años, si el tutor la renuncia; en cuyo caso, se proveerá de nuevo conforme a la ley.

Art. 313: La interdicción no cesará por la muerte del incapacitado o por sentencia definitiva, que se pronunciará en juicio seguido conforme a las mismas reglas establecidas para el de interdicción.

Capítulo XXI

Del estado de interdicción

Art. 314: Son nulos todos los actos de administración, ejecutados y los contratos celebrados por los menores de edad, antes y después del nombramiento de tutor, si éste no los autoriza. En cuanto a los actos de administración ejecutados y los contratos celebrados por los demás sujetos a interdicción antes del nombramiento de tutor, serán nulos si la causa de la interdicción era patente y notoria en la época en que se ejecutó el acto administrativo o se celebró el contrato.

Art. 315: Son también nulos los actos de administración y los contratos celebrados por los menores emancipados, que sean contrarios a las restricciones legales.

Art. 316: Por último, son nulos todos los actos y contratos de los demás incapacitados, posteriores al nombramiento de tutor interino, si no son autorizados por éste o por el tutor definitivo en su caso.

Art. 317: La nulidad a que se refieren los artículos anteriores, sólo puede ser alegada, sea como acción, sea como excepción, por el mismo incapacitado, o en su nombre, por sus legítimos representantes; pero no por las personas con quienes contrató, ni por los fiadores que se hayan dado al tiempo de otorgarse la obligación, ni por los mancomunados con ella.

Art. 318: La acción para pedir la nulidad, prescribe en los mismos términos en que prescriben las acciones personales o reales, según la naturaleza del acto, cuya nulidad se pretende.

Art. 319: Los menores de edad no pueden alegar la nulidad de que hablan los artículos 312, 313 y 314, en las obligaciones que hubieren contraído sobre materias propias de la profesión o arte en que sean peritos.

Capítulo XXIV

De la tutela legítima de los dementes, idiotas, imbeciles, sordo-mudos y ebrios.

Art. 337: El marido es tutor legítimo y forzoso de su mujer, y ésta lo es de su marido.

Art. 338: Los hijos varones mayores de edad son tutores de su padre o madre viudos.

Art. 339: Cuando haya dos o más hijos, será preferido el que viva en compañía del padre o de la madre; y siendo varios los que estén en el mismo caso, el Juez elegirá al que le parezca más apto.

Art. 340: El padre y por su muerte o incapacidad, la madre que se conserve viuda, son de derecho tutores de sus hijos legítimos o naturales reconocidos, solteros o viudos, que no tengan hijos varones que puedan desempeñar la tutela.

Art. 341: A falta de tutor testamentario y de persona que, con arreglo a los artículos anteriores, deba desempeñar la tutela, serán llamados a ella el abuelo paterno; en falta de éste, el materno; en falta de éste, los hermanos del incapacitado; en falta de ellos, los tíos paternos; y en la de éstos, los maternos. Respecto de los hermanos y de los tíos, se observará lo dispuesto en los artículos 335 y 336.

Art. 342: El tutor de un incapacitado que tenga hijos menores en su patria potestad, será también tutor de ellos, si no hay otro ascendiente a quien la ley llame al ejercicio de aquél derecho.

Archivos

Archivo Histórico de la Secretaría de Salud (AHSS), Fondo Manicomio General (F-MG), Sección Expedientes Clínicos (S-EC), Sección Administrativa (S-ADM).

Archivo General de la Nación (AGN), Fondo Tribunal Superior de Justicia del Distrito Federal (TSJDF).

Hemerografía

Agostoni, Claudia, "Médicos científicos y médicos ilícitos en la ciudad de México durante el Porfiriato", en *Estudios de Historia Moderna y Contemporánea de México*, vol. 19, 1999, pp. 13-31.

Bertaux, Daniel, "El patrimonio y su linaje: transmisiones y movilidad social en cinco generaciones", en *Estudios sobre las culturas contemporáneas*, vol. VI, núm. 18, 1994, pp.27-56.

Castilla Cerezo, Antonio, "Michel Foucault, la familia y el poder psiquiátrico. (Historia de una rectificación)", en *Convivium*, núm. 22, 2009, pp. 151-157.

Huertas, Rafael, "Las historias clínicas como fuente para la historia de la psiquiatría: posibles acercamientos metodológicos", en *Frenia*, vol. 1, núm. 2, 2001, pp. 7-37.

Malanco, Fernando, "Conexión entre lo físico y lo moral del hombre. Ventajas que de ella puede sacar la medicina.", en *Gaceta Médica de México*, tomo 34, 1897, pp. 406-411.

Medina, Marco Tulio, "Parálisis General Progresiva: Reporte de un caso clínico", *Revista Médica Hondureña*, vol. 52, núm. 3, 1984, pp. 174-176.

Moscoso, Javier, "Realidad o elaboración de la enfermedad mental", en *Frenia*, vol.1, núm. 2, 2001, pp. 131- 144.

Olvera, José, "Examen de los reos presuntos de locura", en *Gaceta Médica de México*, tomo 24, núm. 3, 1884, pp. 33-44.

_____ "Juicios de interdicción en casos especiales", en *Gaceta Médica de México*, tomo 19, 1884a, pp. 401-410.

Ríos Molina, Andrés, "El niño y la niebla. La enfermedad mental según Rodolfo Usigli y Roberto Gavaldón", en *Cuicuilco*, vol. 16, núm. 45, enero-abril, 2009, pp. 27-50.

_____ “La locura en el México posrevolucionario. El Manicomio La Castañeda y la profesionalización de la psiquiatría, 1920-1944”, en *Históricas*, núm. 84, enero-abril, 2009a, pp. 28-35.

_____ “El Manicomio General “La Castañeda” en México. Sitio de paso para una multitud errante.”, en *Nuevo Mundo. Mundos Nuevos*. Consultado en línea [10/09/2013]: <http://nuevomundo.revues.org/index50242.html>

Sacristán, Cristina, “¿Quién me metió en el manicomio? El internamiento de enfermos mentales en México, siglos XIX y XX”, en *Relaciones*, vol. XIX, núm. 74, primavera, 1998, pp. 201-233.

_____ “Entre curar y contener: la psiquiatría mexicana ante el desamparo jurídico, 1870-1944”, en *Frenia*, vol. II, núm. 2, 2002, pp. 61-80.

_____ “Historiografía de la locura y de la psiquiatría en México. De la hagiografía a la historia posmoderna”, en *Frenia*, vol. V, núm. 1, 2005, pp. 7-31.

_____ “La locura se topa con el manicomio. Una historia por contar”, en *Cuicuilco*, vol. 16, núm. 45, enero-abril, 2009, pp. 163-189.

_____ “La contribución de la Castañeda a la profesionalización de la psiquiatría mexicana, 1910-1968”, en *Salud Mental*, vol. 33, núm. 6, noviembre-diciembre, 2010, pp. 473-480.

Sánchez Mechero, Mauricio, “Herencias del porvenir. Genealogía social de la familia Campos-Aldana”, en *Estudios sobre las Culturas Contemporáneas*, vol. 1, núm. 1, junio, 1995, pp. 93-120.

Viesca, Carlos y Ma. Blanca Ramos de Viesca, “El proyecto y la construcción del Manicomio General de la Castañeda”, en *Salud Mental*, vol. 21, núm. 3, junio, 1998, pp. 19-25.

Bibliografía

Agostoni, Claudia, *Curar, sanar y educar. Enfermedad y sociedad en México, siglos XIX y XX*, México, Instituto de Ciencias Sociales y Humanidades "Alfonso Vélaz Pliego" de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, Instituto de Investigaciones Históricas de la UNAM, 2008, 340pp.

Atienza, Belén, *El loco en el espejo: locura y melancolía en la España de Lope de Vega*, Amsterdam, Ediciones Rodopi, 2009, 270pp.

Basaglia, Franco, "¿Psiquiatría o ideología de la locura?", en *Razón, locura y sociedad*. México, Siglo XXI, 1988, pp. 35-55.

Benítez, Fernando, *Los demonios en el convento. Sexo y religión en la Nueva España*, México, Era, 1985, 277pp.

Beutner, Karl, *Guía para la familia del enfermo mental*, México, Paidós, 1964, 134pp.

Buendía, José, *Familia y psicología de la salud*, Madrid, Ediciones Pirámide, 1999, 301pp.

Burke, Peter, *¿Qué es la historia cultural?*, Barcelona, Paidós, 2006, 169pp.

Cabrera Forneiro, José, *Psiquiatría y derecho*, Madrid, Aran, 1990, 217pp.

Cabrera, Gustavo, *Obras demográficas selectas*, México, El Colegio de México, 2007, 784 pp.

Cardoso, Ciro, *México en el siglo XIX (1821-1910). Historia económica y de la estructura social*, México, Nueva Imagen, 1990, 55pp.

Castañeda, Carmen, "La investigación histórica sobre la familia", en Catalina Denman, *Familia, salud y sociedad*, Guadalajara, Universidad de Guadalajara, 1993, pp. 19-26.

Castro-Gómez, Santiago, "Biopolíticas imperiales, salud y enfermedad en el marco de las reformas borbónicas", en *La Hybris del punto cero, ciencia, raza e ilustración en la Nueva Granada (1750-1816)*, Bogotá, Editorial Pontificia Universidad Javeriana, 2005, pp. 140-183.

Código Civil del Distrito Federal y territorios de Tepic y Baja California, México, Librería de la viuda de CH. Bouret, 1902. 783pp.

Código de Procedimientos Civiles del Distrito Federal y territorio de la Baja California, México, Imprenta y Litografía de I. Paz, 1885, 319pp.

Cosío Villegas Daniel, *Historia Moderna de México*, México, Hermes, 1973, vol. 4.

Chartier, Roger, *El mundo como representación: estudios sobre Historia Cultural*, Barcelona, Gedisa, 1992, 276pp.

Darnotn, Robert, *Edición y subversión. Literatura clandestina en el Antiguo Régimen*, México, Fondo de Cultura Económica, 2003, 269pp.

Escalante Gonzalbo, Pablo, *Historia mínima de la vida cotidiana en México*, México, El Colegio de México, 2010, 293pp.

Forti, Laura, *La otra locura: mapa ontológico de la psiquiatría alternativa*, Barcelona, Tusquets, 1976, 381pp.

Foucault, Michel, *Historia de la locura en la época clásica*, traducido por Juan José Utrilla, México, Fondo de Cultura Económica, 1976, vol. I, 575pp.

_____ *Enfermedad mental y personalidad*, México, Paidós, 1992, 104pp.

_____ *El poder psiquiátrico*, México, Fondo de Cultura Económica, 2005, 448p.

Giménez Montiel, Gilberto, *Teoría y análisis de la cultura*, México, Consejo Nacional para la Cultura y las Artes, 2005, vol. I, 450pp.

Gonzalbo, Pilar, *Historia de la familia*, México, Instituto Mora, Universidad Autónoma Metropolitana, 1993, 263pp.

Guinzburg, Carlo, *El queso y los gusanos: el cosmos según un molinero del siglo XVI*, México, Océano, 1998, 256pp.

Herrera Garduño, Carlos, *Cómo llegar a un diagnóstico en psiquiatría*. México: Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, 1931, 73pp.

Hinke, Nina, *El Instituto Médico Nacional*, México, Centro de Investigación y de Estudios Avanzados del Instituto Politécnico Nacional, Universidad Nacional Autónoma de México, 2012, 225pp.

Laing, Ronald, *Cordura, locura y familia: familias de esquizofrénicos*, México, Fondo de Cultura Económica, 1967, 234pp.

Ley sobre relaciones familiares, México, Periódico oficial del Estado de Jalisco de 14 de julio de 1917. 80pp. Consultado en línea 25 de Julio de 2013 a las 18:53 hrs. en https://www.google.com.mx/search?q=ley+de+relaciones+familiares+1917&oq=ley+de+relaciones+familiares+1917&aqs=chrome..69i57j0l3.4407j0j7&sourceid=chrome&espv=210&es_sm=93&ie=UTF-8

Lindemann, Mary, *Medicina y sociedad en la Europa Moderna: 1500-1800*, Madrid, Siglo XXI, 2001, 301pp.

Marks, Robert, *Los orígenes del mundo moderno*, Barcelona, Crítica, 2007, 354pp.

Matrajt, Miguel, *Las enfermedades mentales en la República Mexicana*, México, Taller Abierto, 1987, 180pp.

Menéndez, Eduardo, *Cura y control: la apropiación de lo social por la práctica psiquiátrica*, México, Nueva Imagen, 1979, 216pp.

Menéndez, Eduardo, "Familia, participación social y proceso salud/enfermedad/atención" en Catalina Denman, *Familia, salud y sociedad*, Guadalajara, Universidad de Guadalajara, 1993, pp. 130-162.

Pérez Gallardo, Ricardo, *El complejo enfermedad*, México, A. Mijares y Hno., Impresores, 1935. 68pp.

Pérez Montfort, Ricardo, *Cotidianidades, imaginarios y contextos. Ensayos de historia y cultura en México*, México, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores de Antropología Social, 2008, 531pp.

Porter, Roy, *Breve historia de la locura*, México, Fondo de Cultura Económica, 2002, 226pp.

Pulido Esteva, Diego, *Imágenes de la locura en el discurso de la modernidad. Salud mental y orden social a través de las visiones médica, criminológica, legal y literaria. (Ciudad de México, 1881-1910)*, Tesis de Licenciatura, México, El autor, 2004, 232pp.

Ramírez Fausto, *Modernización y modernismo en el arte mexicano*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Estéticas, 2008, 477pp.

Ríos Molina, Andrés, *La locura durante la revolución mexicana*, México, El Colegio de México, 2009, 254pp.

Rioux, Pierre y Jean-François Sirinelli, *Para una Historia Cultural*, México, Taurus, 1999, 481pp.

Rivera Garza, Cristina, *La Castañeda: Narrativas dolientes desde el Manicomio General. México, 1910-1930*, México, Tusquets, 2010, 332pp.

_____ *Nadie me verá llorar*, México, Tusquets, 2008, 201pp.

Marcos, Sylvia (coord.), *Manicomios y prisiones*, México, RED, 1983, 277pp.

Rodríguez de Romo, Ana Cecilia, *Protagonistas de la medicina científica mexicana, 1800-2006*, México, Universidad Nacional Autónoma de México: Facultad de Medicina, Plaza y Valdés, 2008, 543pp.

Rosen, George, *Locura y Sociedad: sociología histórica de la enfermedad mental*, Madrid, Alianza, 1974, 387pp.

Sacristán, Cristina, "Hacia una sociedad de individuos. Estado, familia y tutela de los incapaces según el Código Civil de 1870 para el Distrito Federal", en Carlos Illades y Ariel Rodríguez, *Ciudad de México: instituciones, actores sociales y conflicto político, 1774-1931*, México, El Colegio de Michoacán, Universidad Autónoma Metropolitana, 1996, pp. 55-80.

_____ *Locura y Justicia en México. La psiquiatría, la familia y el individuo frente a la modernidad liberal: el caso Raygosa, 1873-1877*, Tarragona, Tesis de Antropología Social y Cultural Universitat Rovira i Virgili, 1999, 297pp.

_____ "La locópolis de Mixcoac' en una encrucijada política. Reforma psiquiátrica y opinión pública, 1929-1933", en Cristina Sacristán y Pablo Piccato, *Actores, espacios y debates en la historia de la esfera pública en la ciudad de México*, México, Instituto de Investigaciones Dr. José María Luis Mora, Instituto de Investigaciones Históricas, Universidad Autónoma de México, 2005, pp. 199-232.

_____ "Para integrar a la nación. Terapéutica deportiva y artística en el Manicomio La Castañeda en un momento de reconstrucción nacional, 1920-1940", en Claudia Agostoni, *Curar, Sanar y educar*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Históricas, Universidad Autónoma de Puebla, Instituto de Ciencias Sociales y Humanidades "Alonso Vález Pliego", 2008, pp. 99-123.

Salmerón, Alicia, "Proyectos y nuevos retos. El ministro José Yves Limantour (1893-1911)", Leonor Ludlow, *Los Secretarios de Hacienda y sus proyectos, 1821-1933*, México, Instituto de Investigaciones Históricas, Universidad Nacional Autónoma de México, 2002, tomo II, pp. 175-209.

Sánchez Menchero, Mauricio, *El corazón de los libros. Alzate y Bartolache: lectores y escritores novohispanos (siglo XVI)*, México, Universidad Nacional Autónoma de México-Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades, 2012, 185pp.

Sendrail, Marcel, *Historia Cultural de la enfermedad*, traducido por Clara Janés, Madrid, Espasa-Calpe, 1983, 437pp.

Serna Alonso, Justo, *La historia cultural: autores, obras y lugares*, Madrid, Akal Ediciones, 2005, 224pp.

Solé, Carlota, *Modernización. Un análisis sociológico*, Barcelona, Península, 1976, 251pp.

Somolinos D'Ardois, Germán, *Historia de la Psiquiatría en México*, México, Secretaría de Educación Pública, 1976, 149pp.

Stucchi Portocarrero, Santiago, *Breve historia de los tratamientos biológicos en la Psiquiatría*, Lima, Universidad peruana Cayetano Heredia, 2009, 92pp.

Suárez, Clara Elena, "Acercamiento a la familia novohispana", en Margarita Guerra y Denisse Rouillon, en *Historias paralelas. Actas del primer encuentro de historia Perú-México*, Zamora, Pontificia Universidad Católica del Perú-El Colegio de Michoacán, 2005, pp. 255-280.

Szasz, Thomas, *El mito de la enfermedad mental*, Buenos Aires, Amorrortu, 1973, 339pp.

Zemon Davis, Natalie, *El regreso de Martin Guerre*, Barcelona, Antoni Bosch, 1984, 156pp.