



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

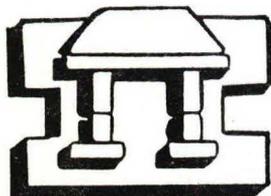
CAMPUS IZTACALA

ANALISIS DE EXPEDIENTES CLINICOS DEL
MANICOMIO GENERAL "LA CASTAÑEDA" DE 1910
A 1920

PO 1503 / 97
Ej. 3

TESIS PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A :
PATRICIA RAQUEL CHAVEZ GARCIA

ASESORES: LIC. SERGIO LOPEZ RAMOS
LIC. JOSE VELASCO GARCIA
LIC. IRMA HERRERA OBREGON



IZTACALA

MEXICO, D. F.

JUNIO DE 1997



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

ÍNDICE

* Gracias	2
* Resumen	3
* Introducción	4
* Capítulo I. Hospital del Divino Salvador, Hospital de San Hipólito y Hospital para Epilépticos de Texcoco	10
* Capítulo II. Manicomio General de la Castañeda: interpretación de los hechos	33
* Conclusiones	120
* Referencias	135
* Anexo (tablas)	139

GRACIAS ...

A El, por quien estoy aquí.

A mis papás Paz y Pascual que fueron el medio por el que llegué y la razón por la que sigo aquí.

A Sergio López Ramos, porque si no se hubiera cruzado por mi vida, seguramente no estuviera escribiendo esto. Es más que un maestro.

A Luis, mi hermano por quien aprendí a manejar la computadora y sin él tampoco esto estuviera escrito.

Al primo Sergio, sin cuya ayuda tampoco habrían quedado las cosas como están.

RESUMEN

Durante muchos años, el cuidado de los enfermos mentales estuvo a cargo de religiosos y sus congregaciones. Con la expulsión de estos y la insuficiencia de sus instalaciones se vio la necesidad de crear una institución que diera cabida a todos aquellos enfermos y no enfermos que afeaban la ciudad. Con los festejos del primer centenario de la lucha de la independencia en septiembre de 1910 se abrió el MG con capacidad para .1000 enfermos la cual se excedió casi desde el principio; con las consecuencias que esto implica: descuido, atención deshumanizada y generalizada con evaluaciones , diagnósticos y tratamientos aplicados a diestra y siniestra sin una visión total de la problemática específica e individual de cada enfermo. La situación de lucha constante y desorganización política del país no tuvo gran influencia en la vida interna de MG, a no ser por las ocupaciones que hicieron las fuerzas contendientes de sus instalaciones. El punto importante es cómo el funcionamiento de un manicomio abierto hace casi 90 años ha perdurado a través del tiempo sin importar avances científicos o sociales. Es necesario entonces que los profesionales de la salud planteemos opciones para este tipo de trabajo.

INTRODUCCIÓN

Como profesionales de la psicología, tenemos una enorme responsabilidad no sólo con el trabajo cotidiano, sino con el crecimiento mismo de nuestra ciencia. Existen muchos campos en los que es necesaria una intervención dirigida a fortalecerlos y ampliarlos para así lograr un mayor alcance de nuestro trabajo.

Un área que se considera siempre ligada a la psicología es sin duda la de la salud mental. A través del tiempo hemos podido ver los diferentes acercamientos, formas de abordar, tratar y solucionar los problemas relacionados con ella. Su efectividad ya es otro asunto. Durante muchísimos años -desde el siglo XVI- fueron los establecimientos hospitalarios, como el san Hipólito o el Divino Salvador, los encargados de la atención a los llamados "enajenados" o "locos". Ya en nuestro siglo, fue obviamente el Manicomio General de la Castañeda, motivo del presente trabajo.

Todas estas instituciones, ahora ya extintas y reemplazadas por flamantes hospitales psiquiátricos, granjas o casas de retiro, representan hoy para nosotros una fuente invaluable de datos e información que nos permiten reconstruir para conocer y entender su funcionamiento. No nos referimos a libros ya escritos o reportes de las autoridades, sino a los archivos históricos que contienen expedientes clínicos y administrativos. Representan una especie de mina que no ha sido explotada completamente, muchas de las veces se consultan y manejan sólo con fines estadísticos haciendo a un lado la riqueza de su contenido.

La historia de las instituciones de salud mental en México ha sido abordada por diferentes profesionales, quizá por el morbo o curiosidad que provoca la bien conocida fama de abandono y horror de estos lugares: negocios de algunos para encerrar gente por motivos diferentes. De aquí surge la historia de temor a la locura que ha ido creciendo en la ignorancia de quienes no han tenido la información suficiente para ampliar su criterio sobre la importancia de la salud mental en nuestro tiempo.

Aquellos que han abordado la historia de estas instituciones son en su mayoría gente ajena a la psicología que obviamente no le interesa construir alternativas para el trabajo mental dentro de la sociedad. Y como -por lo menos hasta ahora- no se contempla formalmente su manejo en el plan de estudios de la UNAM en Iztacala, es tarea del egresado construir alternativas desde otros campos del conocimiento para posibilitar la reflexión y búsqueda de opciones rumbo a ampliar nuestro criterio para la concepción del paciente y el lugar en que viva.

Por eso, al "hacer historia" a través de la revisión de expedientes clínicos queremos evitar tomar posturas salvadoras, samaritanas, compasivas, sin darnos baños de pureza ni tampoco despertando iras incontrolables deseosas de tomar venganza, sino ampliar -o adquirir- un criterio profesional que nos posibilite el planear un trabajo más unificado desechando pasiones, en beneficio común.

"La Castañeda" fue una de las instituciones más importantes en su época, manejaba a un gran número de pacientes con enfermedades mentales que en teoría se relacionan primordialmente con los psicólogos. Al revisar la primer década de su funcionamiento suponíamos que con personal, instalaciones y

dinámicas de salud nuevas el rendimiento sería óptimo. Y quien mejor que los propios asilados para "hablarnos" del funcionamiento de esta institución.

En este orden de ideas, surge entonces una pregunta fundamental: ¿cuales eran las formas de abordar, diagnosticar y dar tratamientos a los pacientes del Manicomio General (MG) durante los años de 1910 a 1920? A través de este planteamiento, surgen otros más como el cuestionamiento de la funcionalidad de esta institución y de ciertas prácticas profesionales llevadas a cabo dentro de ella; o la relación de la inestabilidad política del país con los enfermos. Todos estos planteamientos se derivaron en dos capítulos que describen la situación de los enfermos mentales antes de 1910, el cómo y porqué de la construcción del manicomio de "La Castañeda", el personal empleado, las principales causas de remisión, en qué se basaban los diagnósticos, de qué clase eran los tratamientos, la distribución y organización de los enfermos, el papel que la familia desempeñaba en la vida del interno y las principales causas de defunción.

En el primer capítulo: "Hospital del Divino Salvador, Hospital de San Hipólito y Hospital para epilépticos de Texcoco"; se hace un recorrido por la historia de estas tres instituciones, antecesoras de Manicomio General en cuanto al tratamiento a los "enajenados", origen de cada una de ellas, políticas de salud imperantes, concepción y clasificación de locura, principales tratamientos, formas de abordar a los enfermos y su distribución de acuerdo a la arquitectura del lugar. Un poco más adelante, dentro del mismo capítulo, revisamos las causas de cierre de los hospitales de acuerdo a la idea de mejorar la calidad de atención y situación no solo de los enfermos mentales, sino del país en general.

Todo por supuesto de acuerdo a los planes y expectativas de los máximos poderes políticos de la época.

Para el segundo capítulo, "Manicomio General de la Castañeda: interpretación de los hechos" revisamos cerca de 500 expedientes clínicos del archivo del MG, además de los libros de registro y admisión. Cualquiera que haya hecho una investigación en archivos, sabe lo que esto significa: búsqueda, consulta, lectura, fichas, clasificación y análisis cuando menos. A través de este trabajo obtuvimos los datos necesarios para desarrollar, de acuerdo a lo vivido por los asilados, apartados específicos. En *personal* abordamos quiénes eran los que trabajaban dentro de la institución: capacitación, profesionales, experiencia, número. En *causas de admisión y remisión* hacemos un análisis de los requisitos reales para una admisión, quiénes debían dar la orden y principales enfermedades que provocaban el aislamiento de una persona. Parte muy importante de este capítulo y del trabajo en general son los apartados de *diagnósticos y tratamientos*, porque es a través de los expedientes vemos cómo era evaluado y diagnosticado un paciente, quién lo hacía y en base a qué, la relación entre esta etiquetación y el tratamiento administrado, medicamentos, sustancias, fórmulas y compuestos además de terapéuticas "novedosas" y otras que se venían arrastrando desde el siglo pasado. Todas estas terapéuticas eran administradas en *pabellones*, motivo de otro apartado; espacios donde eran recluidos -y más tarde amontonados- los enfermos de acuerdo primero a su sexo y después a sus características: tranquilos, peligrosos, epilépticos, etcétera. Cada uno funcionaba como un estado independiente, con su frontera infranqueable, donde las entradas y/o salidas solo podían ser autorizadas por el máximo jefe: el director. La mayoría de las historias no incluyeron finales felices, porque muchas

veces los enfermos se encontraban en un estado de total abandono, lo que les producía un daño no solo físico sin también a nivel mental. Esto lo tratamos en el apartado de *familia*. Las altas no eran una práctica muy común, por lo que hubo un sinnúmero de muertes, tema de la última parte del segundo capítulo: defunción. Incluimos todo aquello que se sucedía alrededor de un deceso: enfermedades tanto mentales como físicas, circunstancias especiales, necropsias, certificados de defunción, manejo de los cadáveres, inhumaciones, donaciones a las escuelas de medicina, etcétera. Toda esta información la incluimos dentro del contexto social y político de la época que aunque muy conflictivo e inestable para el país en general, no tuvo gran trascendencia para los enfermos recluidos dentro de la institución. Pero al final es precisamente este contexto el que nos permite entender, interpretar y analizar la información de una manera diferente.

Concluimos este trabajo con una visión diferente no de la psicología o de la salud mental, sino del trabajo que aquí y ahora debe realizarse en este campo utilizando al máximo los recursos y opciones que tenemos como psicólogos desde el nivel académico. Como profesionistas en constante superación, tenemos que buscar formas diferentes para mejorar nuestro trabajo y ofrecer a aquél que tenemos enfrente una alternativa real, analizada, coherente y lógica, que vaya más allá de la modificación de conductas inadecuadas.

Las conclusiones que se derivaron de este trabajo están muy relacionadas no solo con un grupo de personas que vivieron en una época pasada, sino con la situación actual del enfermo mental en México. Son muchos los años que han pasado, son muchas las técnicas que se han manejado, pero la realidad en cuanto a tratamientos y resultados no puede ignorarse: la separación cuerpo-

psique del individuo. Las implicaciones de este problema no son de forma sino de fondo y van más allá de la percepción que podemos nosotros mostrar en este trabajo de tesis. Es por eso ésta -entre otras muchas cosas- una propuesta de trabajo con una visión integral de la historia psicológica de un individuo, de una institución, de un país.

I. HOSPITAL DEL DIVINO SALVADOR HOSPITAL DE SAN HIPOLITO Y HOSPITAL PARA EPILÉPTICOS DE TEXCOCO

Antes de abordar la situación de cada uno de estos hospitales, creo conveniente hacer un breve esbozo del porqué de su creación, para así entender cuál fue el proceso que se siguió hasta su fusión años después en la Castañeda.

Al hablar del Divino Salvador y del San Hipólito que son los más antiguos, nos remontamos a la época de la conquista, donde México era llamado Nueva España (1521-1821). Con los españoles llegó a nuestro país la imposición de su idioma, su organización social y económica, sus instituciones políticas, su cultura, su arte, su manera de vestir, y por supuesto su religión. Esta transformación ideológica y mental producida violentamente en el pensamiento de los mexicanos tiene su base fundamental en el cristianismo, impuesto de manera inobjetable y presente con completa firmeza, "fe" y unidad de criterio aún en la menor acción. La llamada "conquista espiritual es parte del proceso de dominación colonial del siglo XVI, pero mucho más radical y violenta que la conquista militar. Dejó huella en la vida indígena: como organizadores de las nuevas formas de vida comunitaria, misioneros y sacerdotes se convirtieron en el centro de vida del pueblo "conquistado", en ordenadores y regidores de

actividades colectivas y de nuevas formas de cohesión social.¹ Es por eso que cualquier actividad relacionada con la atención a dementes tiene como fondo emotivo y de ejecución la práctica de los sentimientos cristianos de piedad, caridad, abnegación y amor al prójimo. En esos años no se conoce la psiquiatría y mucho menos la psicología, la medicina suele desentenderse de este tipo de enfermos; por lo que son abandonados o en el mejor de los casos encuentran asilo y protección en personas o instituciones cristianas "observantes de la ley de Dios".² Esta gente no es resultado de un corazón puro lleno de amor y comprensión, sino de una historia de horror y abuso de los conquistadores y religiosos misioneros. Después de considerar a los indígenas como seres irracionales, bárbaros, siervos por naturaleza y casi bestias, llega el resurgimiento de la idea de Séneca, que el alma de todos los hombres era libre, aunque su cuerpo permaneciera esclavo. De aquí surgirá más adelante el pensamiento de los que trabajan en defensa del pueblo indígena.³ Esta conversión, como veremos más adelante se dio también en Bernardino Alvarez como en muchos españoles, arrepentidos de la actitud humillante y maltrato al pueblo indígena. Ese espíritu de redención y ayuda al insuficiente mental o perturbado estaba presente, creemos, en todas las mentes españolas.

Es por esto que todo el trabajo relacionado con la atención a enfermos mentales se centró en la compasión y caridad de ciertas personas y/o instituciones monásticas. Ejemplo de esto es la fundación del Hospital de San Hipólito por Bernardino Alvarez y del Hospital del Divino Salvador iniciado por el carpintero José Sáyago.

1 Moreno Toscano, Alejandra. "La era virreinal". En: Cosío Villegas, Daniel., et.al., *Historia mínima de México*. P. 62,63,66.

2 Somolino D'Ardois, Germán. *Historia de la psiquiatría en México*. P.40

3 Moreno Toscano, Alejandra. "El siglo de la conquista". En: *Historia general de México*. Tomo I. P. 327

Bernardino Alvarez (1514-1584) es un típico ejemplo de esa casta de españoles que vino a poblar América; nació en Utrera, España, hijo de dos cristianos viejos y de noble linaje: Luis Alvarez y Ana de Herrera. Aventurero y osado, Bernardino decidió alistarse como soldado, siendo más heroico y teniendo más éxito con mujeres y juegos de cartas que en la lucha con los chichimecas allá en Zacatecas. De regreso a la ciudad de México se dedicó al juego, a las riñas y en general, como afirma su biógrafo Díaz Arce⁴ a todos los vicios de "mozos y holgazanes". Reunió un grupo de 12 compañeros que se dedicaron al juego fraudulento engañando incautos que muchas veces reclamaban, terminando el juego en riñas y homicidios. En favor de Bernardino Alvarez podemos decir que la situación de la época favorecía este tipo de situaciones pues no existía aún un orden social y tanto la economía como la política estaban apenas en proceso de construcción. El dominio español estaba en su apogeo y más aún si recordamos que Bernardino era parte de las fuerzas militares, lo que le permitía además una serie de privilegios o consideraciones especiales. Esto no duró para siempre, la situación llegó a oídos de la justicia y ante su intervención, el grupo fue condenado a servir en la flota que navegaba hacia Filipinas, Japón y China; con tan buena suerte que antes de ser enviados a puerto consiguieron escaparse, aunque algunos fueron reaprehendidos y ahorcados en la plaza pública. Ese no fue el caso de Bernardino, que con la ayuda de una mujer que le consiguió dinero, armas y un buen caballo llegó hasta el puerto de Acapulco donde hizo amistad con la tripulación de un barco que iba hacia Perú a donde se dirigió poniéndose a salvo.

⁴ Juan Díaz de Arce, cit pos., Somolino op. cit. P. 41

Años después dueño de una gran fortuna⁵, regresó a México a disfrutar de sus riquezas escribiéndole a su madre invitándola a reunirse con él. Para su sorpresa, ella lo rechazó pues ya había renunciado al mundo y a los bienes terrenales al decidir entrar a un convento, exhortándolo además a abandonar su estilo de vida y emplear su riqueza en el servicio a Dios. Aunque no sabemos con exactitud cuál fue el contenido de estas cartas, lo cierto es que le causaron un profundo impacto cambiando el rumbo de su vida. Después de una crisis moral de arrepentimiento y contrición, producto creemos de toda una vida de observar y ser parte de abusos injusticias y mal trato al pueblo indígena; entró como enfermero a un Hospital (se menciona el Hospital del Marqués o Limpia Concepción) en el que permaneció 10 años dedicado -según sus biógrafos- a los más bajos oficios y a ofrecer auxilio y caridad a los enfermos ahí Hospitalizados, añadiendo además enormes limosnas con las que se construyó una gran enfermería.⁶

No conforme con esto, Bernardino Alvarez puso especial atención en la situación de los ancianos, "locos" y convalecientes pobres que no tenían un lugar a donde ir y tenían que vivir de la asistencia pública. Las condiciones de vida de los dementes eran especialmente deprimentes: los tranquilos se exponían en la calle a las burlas y maltrato de la gente; y los peligrosos eran recluidos en cárceles sufriendo sin merecerlo el castigo de los criminales. Es así como decidió fundar una institución que amparara ancianos, convalecientes pobres y "locos" en un terreno junto a la ermita de San Hipólito; de ahí su advocación. Al principio llegaron ancianos, convalecientes, sacerdotes decrepitos y los llamados

5 Que en esos años no era difícil de lograr si recordamos lo sencillo que era obtener mano de obra o mejor dicho, esclavos indígenas que trabajaran en minas, plantaciones de azúcar, etc.

6 Díaz de Arce cit. pos., Muriel, Josefina. Hospitales de la Nueva España. Tomo I p. 202

"inocentes" o "atrasados mentales"; pero dada la necesidad del servicio Bernardino Alvarez recibió enfermos de todos los padecimientos (excepto leprosos y los conocidos como antoninos), maestros y estudiantes pobres en calidad de necesitados, a quienes alimentaba y daba trabajo. Gran parte de esta demanda era debido a lo que Alejandra Moreno Toscano llama "desgane vital", producto de la imposición de un nuevo sistema de creencias, costumbres y actividades en la que grupos específicos quedaron en una posición de desamparo, sin compensaciones sociales que justificaran su papel dentro de la sociedad; encontrando la huida y la embriaguez como una forma de eludirse.⁷ Es bien conocido que el mismo Bernardino Alvarez salía a las calles ofreciendo su ayuda a los pobres que por vergüenza no se atrevían a pedírsela.

Es obvio que la idea original de Bernardino Alvarez no era fundar una orden religiosa, pero la especie de hermandad que llevaba con la gente que le ayudaba fue la base de la formulación de reglas y posterior aprobación de su orden religiosa en 1700 por Inocencio XII bajo la regla de San Agustín. Sus principios eran los votos de castidad, pobreza, obediencia y hospitalidad, ejerciendo además la práctica del amor a Dios y al prójimo. Para cumplir estos principios era necesario poseer la virtud de la caridad, por lo que desde el noviciado de los llamados "hermanos de la caridad" eran entrenados en el servicio de los pobres.

Su obra no se limitó a la fundación del Hospital de San Hipólito, fundó además los hospitales de Santa Cruz en Oaxtepec, de Nuestra Señora de la Consolación en Acapulco Gro., de san Martín en san Juan Ulúa, de san Juan de Montesclaros en Nueva Veracruz, de Limpia y Pura Concepción en Jalapa

⁷ Moreno Toscano. Historia general... op. cit. P. 351-352

Veracruz, de Nuestra señora de Belém en Veracruz y el de san Roque en Puebla entre otros.

Aunque fue hasta 1770 que el papa Inocencio XII dio la autorización como orden religiosa a los hermanos de la caridad, ellos vivían ya como tal; por lo que sufrían como propios todos los procesos, ajustes y desajustes de la comunidad religiosa de la época. En esos años (1566-1668) se estableció el tribunal del Santo Oficio o Santa Inquisición, aumentó el número de religiosos criollos y llegaron los primeros soldados de la contrarreforma: los jesuitas. Todo esto hizo que se diera por terminada la conquista espiritual de México, dejando la encomienda a las órdenes religiosas entrando a un período regido por el clero secular.⁸ Creemos además que la expansión y auge de la minería en diversas regiones del país promovieron de alguna forma la construcción de tantos hospitales.

Antes de proseguir con la descripción de lo que fue el Hospital de san Hipólito consideramos importante señalar el por qué del inicio de todas estas construcciones patrocinados en gran parte por Bernardino Alvarez. El es un buen representante de la psicología característica del pueblo español de ese tiempo: incrédulo, aventurero, ambicioso, aparentemente falto de fe pero con una profunda raíz mística que aflora después de una crisis de arrepentimiento y expiación. Si no hacemos hincapié en el antecedente de su vida mundana y andariega entre peleas y prostíbulos, no podríamos entender el por qué de su cambio a una vida de abnegación ni la fuerza y trascendencia de sus obras.⁹ No obstante su importancia, todo esto resulta ser solo un trasplante a estas tierras

8 Lira, Andrés y Muro, Luis. "El siglo de la integración". En: Historia general de México. Tomo I El colegio de México. P. 376

9 Sus obras son tan importantes porque en ellas se resume el trabajo psiquiátrico de esos años, tanto que aún hoy se le reconoce como fundador de la atención psiquiátrica en México. Además, el hospital de san Hipólito fue la primer institución de su tipo que se creó en América.

de una vieja tradición española, donde este tipo de atención tenía un profundo sentido amoroso eliminando golpes, represiones y lesiones físicas innecesarias creando además lugares donde los convalecientes convivieron juntos dependiendo de su estado psicológico y desarrollando sus capacidades en actividades productivas. Se rompió así con la concepción de locura y trato al enfermo mental que lo consideraba endemoniado, siendo solo las penas corporales capaces de liberarlo de esa posesión. El Hospital de san Hipólito es el resultado de una voluntad inquebrantable y una vida puesta completamente al servicio de su vocación: la ayuda al necesitado.

Sin embargo, Bernardino Alvarez no pudo hacerse cargo él solo de todo lo que era el hospital, aunque fue en esos edificios donde empleó toda su fortuna. Necesitaba ayuda para su mantenimiento pero rechazó la ayuda de grandes hombres ricos quienes ofrecían financiamiento a cambio del Patronato, pues decía que el hospital no quería más patronos que Jesucristo ni más fortuna que la de la Divina Providencia. Por eso la ayuda pública fue la que sacó adelante la institución: hombres generosos que heredaban al san Hipólito, derechos de entierros, ayuda del gremio de panaderos, la renta de unos lavaderos y el producto de rifas, además de algunas otras donaciones menores no previstas. Pero al mismo tiempo aumentaban las rentas y el número de pacientes que necesitaban de los servicios proporcionados por el hospital, por lo que no es difícil imaginar que a menudo se registraba en los libros de gastos un déficit. Por eso a principios del siglo XIX la situación económica del hospital era tan mala que los hermanos religiosos encargados tuvieron que pedir permiso al gobierno para cobrar una pensión o media pensión a los enfermos según su posición.

Esta situación no se originó de la noche a la mañana; desde lo que se consideró el golpe más serio que afectó a la iglesia, la "Real Cédula sobre enajenación de bienes raíces y cobro de capitales de capellanías y obras pías para la consolidación de vales reales", expedida el 26 de diciembre de 1804, comenzó una época mala para la iglesia católica, que minó la base económica que la sustentaba. Esta real cédula mandaba recoger como préstamo el capital que sacara de la venta de los bienes raíces de la iglesia así como su capital circulante que poseía o administraba.¹⁰ Se aplicó hasta el 14 de enero de 1809, produciendo muchas ganancias para las cajas reales y una profunda escisión en las relaciones entre iglesia y estado. La inquietud que produjo en la iglesia era principalmente en el sentido de esperar en un futuro no muy lejano la total expropiación de sus bienes. Los sucesos que caracterizaron la relación Iglesia-Estado durante la primera mitad del siglo XIX mostraron lo justificado de esa inquietud, que culminó con las Leyes de Reforma.

(Los servicios ofrecidos en un principio por el Hospital de san Hipólito iban dirigidos a los convalecientes, era un lugar de descanso donde permanecían los enfermos mientras recuperaban fuerzas par trabajar.) Era una especie de Hospital General, ya que se recibían enfermos de todos los males, pero con la particularidad de recibir además dementes y retrasados mentales. Lo novedoso no era solo esto, sino que (por primera vez en la historia de nuestro país y de toda América Latina estas personas eran alojadas en una institución siendo tratados con respeto de acuerdo a su calidad de personas. Hasta ese momento, el enfermo mental era considerado como una especie de animal feroz que debía mantenerse encadenado y dominado a través de diversas torturas -además de

¹⁰ Lira y Muro. "El siglo..." En: Historia ... op cit. p. 293

los golpes, como ya hemos mencionado-, perdido ya a todo contacto, simpatía y consideración de la sociedad.) El Hospital de san Hipólito fue el pionero en el trato y vida de comunidad (al paciente, donde se le permitía pasear por patios y huertas, comiendo y durmiendo en salas comunes. Los que se ponían violentos o agresivos eran recluidos en una especie de jaula con grilletes en los pies para que no se dañasen a sí mismos ni a los demás. La limpieza personal de los enfermos así como su alimentación era muy vigilada por los superiores de la congregación.) todo esto basado en la idea de atención y cariño originalmente practicada por Bernardino Alvarez. Fue él quien hizo que el pueblo pensara en ellos como los más desvalidos hijos de Dios, como un ejemplo que debía mover al resto de los hombres a ordenar su vida.

Sin embargo (esta especialización del san Hipólito en el trato a dementes no fue premeditada o planeada, sino producto de la necesidad. Hubo en la ciudad de México muchos hospitales: para convalecientes, para sacerdotes y un gran Hospital General¹¹, pero no existía ninguno dedicado totalmente al cuidado de este tipo de pacientes. Es por eso que los gobiernos de las provincias y hasta de otros países hicieron un arreglo con el hospital para que los "locos" fueran trasladados a sus instalaciones, pagando cada gobierno su traslado y manutención. Así adquirió el Hospital de san Hipólito un carácter nacional convirtiéndose exclusivamente en manicomio.)

Como complemento a la información general sobre la estructura de la institución, cabe señalar que tenía dos secciones más: una de ayuda a pobres sanos, quienes tenían alojamiento y comida pero no le era permitido el ocio, sobre todo los estudiantes, que contaban con aulas y maestros apropiados. La

11 Muriel, Josefina. Hospitales de la op. cit. p. 210

otra sección era un comedor público donde podían ir todos los que tuvieran hambre y no contaran con medios para satisfacerla.

Aunque Bernardino Alvarez fue fundador y durante mucho tiempo el alma de los trabajos realizados en san Hipólito, a su muerte sucedida el 12 de agosto de 1584, su obra no se derrumbó sino que continuó hasta convertirse en toda una institución cargo de los hermanos de la caridad; creándose nuevos hospitales, mejorándose los ya existentes y aceptando hacerse cargo de otros aunque no fueran fundaciones suyas.¹²

Con el paso del tiempo y como casi toda obra humana, la congregación decayó ya en el siglo XVIII, conocido como "siglo de las luces" o "ilustración": se les acusó de malversación de fondos, venta de medicamentos destinados a los pacientes del hospital, escándalos con mujeres, abandono del hábito religioso por ropas de civil, entregarse a juegos y borracheras, etc. Las quejas no siempre eran ciertas, pero a veces sí era necesaria la intervención de la justicia para castigar a los culpables y restablecer el orden. A favor de los hermanos de la caridad conviene recordar que en ese siglo se atravesaba por una falta de espíritu religioso no solo en las congregaciones hospitalarias sino el clero regular y hasta en la sociedad.

La fisonomía y costumbres de la ciudad cambia completamente, se llena de casa palaciegas, hay tránsito de coches y por primera vez iluminación nocturna. Los hábitos de la "gente bien" se afrancesan, por lo que se ponen de moda saraos, fiestas campestres, el cortejo, la marcialidad y las visitas a billares, fondas, casas de trucos o juegos, y cafés. El "siglo de las luces" fue famoso por los fandangos y regocijos públicos y las grandes pachangas privadas.¹³

¹² *Ibíd*em p. 238

¹³ González, Luis. "El periodo formativo" En: *Historia mínima...* op.cit. p. 77-80.

Alrededor de 1760 los jóvenes jesuitas de la Nueva España le perdieron cariño y respeto a la vieja España cobrándole interés y cariño a México, traduciéndose en un trato distinto y más humanizado al indígena y en un liberalismo intelectual; consistente en descifrar enigmas, diferenciar lo cierto de lo dudoso, despreciar prejuicios humanos y llegar a un conocimiento nuevo. Es por eso que en 1767 se decreta su expulsión de todos los dominios españoles, aunque habían ya sembrado la semilla de la rebelión y expresión de su inconformidad ante el dominio español. Desde 1793 se dan luchas armadas en diferentes regiones del país que van a crecer en 1810 y continuar hasta 11 años después. Por la situación de guerra en el país se descuidaron mucho algunas órdenes hospitalarias, por lo que finalmente surgió un decreto en las cortes españolas en octubre 1o. de 1820 donde se ordenó la supresión de todas las órdenes hospitalarias aplicándose a nuestro país desde el 15 de febrero de 1821. Se nombraron comisiones para tomar posesión de los hospitales que se encontraban en mal estado, pasando a depender del ayuntamiento. El Hospital de san Hipólito fue uno de ellos. Más adelante hablaremos de su unión con el Divino Salvador y el Hospital para epilépticos de Texcoco.

La historia del Hospital del Divino Salvador está íntimamente relacionada con los jesuitas, aunque tiene su origen en un carpintero humilde llamado José Sáyago. todo empezó de una manera muy sencilla y hasta casual. Vecino de la ciudad de México, cristiano y de "buen corazón", vivía con su esposa en una vida sencilla como la de las familias artesanas. Su casa no era lujosa ni nada parecido; pero en ella su taller era lo más importante. Aunque no era rico él decidió dar asilo en su hogar a una prima de su mujer que se encontraba "loca y desamparada", abandonada de su familia. Este hecho fue el inicio del

descubrimiento que hizo, muy parecido al de Bernardino Alvarez, sobre el drama y vida de humillaciones de estas personas, incapaces de defenderse y sin medios para mantenerse en una sociedad hostil. Aunque como ya hemos visto existía el hospital de san Hipólito, este no se daba abasto para satisfacer la demanda, por lo que las mujeres pobres eran no solo abandonadas a su suerte hambrientas, andrajosas y con la razón perdida; sino que además en ocasiones sufrían el abuso físico de ciertos hombres y el desprecio del resto de la población.¹⁴

(Habría que recordar que la situación de las mujeres "sanas" de la época (2a. mitad del siglo XVII) estaba llena de desventajas, su valor dependía de lo que pudieran ofrecer a la sociedad predominantemente masculina, ya fuera como hija, hermana, esposa o madre. En este sentido es lógico pensar que la situación de la mujer demente era aún más deprimente que la de los varones pues eran ya una especie de objetos inservibles y estorbosos que había que desechar porque nadie podía ni quería llevar esa pesada carga.

Observando esta situación José Sáyago, movido por la compasión abrió las puertas de su casa a todas las mujeres dementes de las que tenía conocimiento. A partir de 1687 compartió lo poco que tenía con esas mujeres, pero pronto no tuvo los medios económicos ni de espacio para sostener la obra que ya había iniciado. Pero no le faltaron simpatizantes como los jesuitas, que le ayudaron con limosnas; o el arzobispo de México, Francisco Aguiar y Seijas que se responsabilizó por completo de la obra hasta el momento de su muerte.) El observó que aunque la intención de la obra era excelente, el estado en que se vivía ahí era de completa miseria; por eso buscó enseguida un lugar más amplio donde Sáyago pudiera mudarse con las enfermas, pagando el arzobispo la renta

14 Somolino D'Ardois. Historia de la... op. cit. p. 67

y la alimentación. El inmueble al que se cambiaron tenía capacidad para 24 enfermas, que eran atendidas por la pareja Sáyago y otros sirvientes que gozaban de sueldo.¹⁵

(Al morir el arzobispo Aguiar y Seijas en 1698, el hospital quedó sin medios para sostenerse ocupándose de él la compañía de Jesús poniendo el sostenimiento del hospital en manos de una congregación llamada del Divino Salvador del mundo. Ahí se agrupaban las personas más conocidas por su "posición y piedad" que había en la ciudad de México: virreyes, condes y marqueses que supuestamente se dedicaban a "actos de piedad, fomentar la fe cristiana y obras de caridad". Antes de la aparición del Hospital, se dedicaban a proveer de una dote a doncellas huérfanas.)

Hay que recordar la situación privilegiada no solo de la iglesia sino de todos aquellos que se relacionaban con ella, ya que existían privilegios para aquellos que estaban encargados de "vigilar el cumplimiento de las obligaciones religiosas de la comunidad". Este tipo de puestos daban prestigio en el pueblo, prerrogativas económicas como exenciones de tributo y servicios, tanto que en ocasiones eran tanto o más codiciados que los puestos políticos dentro de la República. Por eso, no es raro que la comunidad se hiciera cargo de la obra¹⁶, pues en sí misma la iglesia era además de su riqueza, la institución con mayor influencia moral y política durante la colonia.

Fue la intervención del prefecto de esta congregación quien impidió que las mujeres dementes quedaran de nuevo sin amparo, haciéndose cargo ellos del sostenimiento completo del hospital. Al darse cuenta de las carencias del lugar no tardaron en hacerse cargo como obra de la congregación,

15 Muriel, Josefina. *Hospitales de la Nueva España Tomo II* p.110

16 Lira, Andrés y Muro, Luis. "El siglo de la integración". En: *Historia general...* op. cit. p. 441-443.

dedicándose a buscar otro lugar que contara con amplias instalaciones para ofrecer un mejor servicio a las enfermas. Después de una serie de trámites con el ayuntamiento de México sobre el costo y forma de pago del terreno, se inició la construcción del hospital con el apoyo de toda la sociedad que lo veía más como una urgencia que como una necesidad¹⁷. Dos años después estaba totalmente terminado y (desde finales de 1700 las enfermas fueron trasladadas, quedando al cuidado de la congregación. La vigilancia de la atención era en extremo rigurosa, tanto que llegó a considerarse al Divino Salvador como un modelo en cuanto a asistencia y atención. La congregación siempre procuró su mejoramiento y buen funcionamiento: en 1747 se hicieron mejoras y reparaciones, y en 1758 se ampliaron diversas áreas.¹⁸

La vida en el hospital fue mucho más digna que en otras instituciones del mismo tipo (manicomios) mientras la Congregación la tuvo a su cargo, pero no duró mucho pues los jesuitas fueron expulsados de los dominios españoles en 1767 por Carlos III marcando la decadencia de sus obras apostólicas. La congregación del Divino Salvador no se suprimía por el decreto de expulsión, pero como filiales a la Compañía de Jesús fueron desapareciendo. A consecuencia de esto, el hospital pasó a depender del Real Patronato, y su administración quedó a cargo del virrey. Los primeros años después de la expulsión de los jesuitas y cuando aún se conservaba en manos de la congregación se conservó el hospital en buen estado y dando un buen servicio. Los años siguientes fueron de total decadencia: los servicios se hicieron

17 Esto es el resultado de lo que anteriormente llamamos "conquista espiritual": el moldeamiento que la religión y los religiosos hicieron con los mexicanos de acuerdo a ideas religiosas y sociales de gran cohesión; el espíritu comunitario de las personas unido hacia un mismo fin que generalmente favorecía a la empresa.

18 Muriel, Josefina. El modelo arquitectónico de los Hospitales para dementes en la Nueva España p. 120-125

deficientes, la mugre, el descuido y el maltrato a las enfermas eran tales que el hospital se convirtió en una de tantas prisiones para dementes.) Esta situación de expulsión de los jesuitas y sus consecuencias las hemos expuesto ya, pero queremos agregar que todas esas transformaciones políticas, administrativas y económicas provocaron un desajuste social que al no encontrar vías políticas que le dieran oportuna y justa solución desataron otros procesos que hicieron más evidentes las contradicciones del sistema, por lo que derivaron en otra vía: la lucha armada iniciada años más tarde¹⁹.

(Afortunadamente a principios del siglo XIX, el virrey Félix de Berenguer y Marquina se interesó en reformarlo, nombrando como administrador a José Antonio Martínez de los Ríos, quien luchó por mejorar los servicios del hospital: limpieza, vestido para las enfermas, baños, comida y asistencia médica.) Observó además que era necesario modificar el inmueble para mejorar la vida de las enfermas; por lo que buscó a José Joaquín García de Torres, arquitecto académico de mérito de la Real Academia de San Carlos. El hizo dos proyectos, uno para ampliar el hospital y otro para modificar su estructura. En noviembre de 1809, un año después que Napoleón ocupara España y que los mexicanos aprovecharan esta crisis para exigir su "independencia", se informó al virrey que había sido terminada completamente la obra, tal y como lo planeó el arquitecto García de Torres: un edificio de un solo piso con cuatro patios rodeado de claustros, en medio de cada patio había fuentes y jardines que proporcionaban solaz a las enfermas.²⁰ De esta manera volvían a ser tratadas como personas, viviendo en un ambiente tranquilo donde había más probabilidades de mejoría,

19 Florescano, Enrique y Gil, Isabel. "La época de las reformas borbónicas y el crecimiento económico 1750-1808" En: Historia general... op. cit., p. 578-579

20 Ibidem.

realizando terapias ocupacionales, haciendo vida comunitaria e inclusive con la posibilidad de abandonar para siempre el hospital.

Por la situación de luchas armadas en diversas áreas del país, es de destacar el trabajo que se realizó por terminar completamente el inmueble del Hospital, y por la atención que se les dio a las enfermas. Un año antes de que se terminara la obra, en 1808, se iniciaron los enfrentamientos entre criollos y españoles, pero el Hospital del Divino Salvador continuó funcionando durante los diferentes enfrentamientos y luchas armadas que caracterizaron la guerra de "independencia" de nuestro país. Con el restablecimiento de la Constitución de Cádiz²¹ en 1820 hubo organización de diferentes grupos sociales (clero, españoles mineros y criollos latifundistas) y convocación a elecciones. Siguieron entonces los enfrentamientos porque españoles o criollos no estaban de acuerdo con el incipiente gobierno, de manera que unos u otros reiniciaban cada vez la lucha armada. Sin embargo podemos considerar a México "independiente" desde el 21 de agosto de 1821 con la firma de Juan O'Donojú al acuerdo que consideraba una única religión, la unión de todos los grupos sociales e independencia de México con "monarquía constitucional".²² A partir de esto años y hasta 1824 no se sabe exactamente en manos de quién estuvo el hospital, pero al parecer sobrevivió bastante bien.

En 1824, siendo México "independiente" el gobierno lo declaró parte de la federación y dependiente del ayuntamiento y en 1845 el presidente interino José Joaquín de Herrera lo entregó al cuidado de las hermanas de la caridad,

21 Esta constitución hablaba de igualdad jurídica, apertura de caminos, extinción de castas, gobierno de y para mexicanos, escuelas, reestablecimiento de los jesuitas y libertad de prensa entre otras cosas.

22 González, Luis. "El período..." En: *Historia mínima...* op. cit., p. 89-95.

marcando con esto un mejoramiento en los servicios hospitalarios²³. Hacia 1864 se hicieron otra serie de cambios a la estructura del hospital, construyéndose un segundo piso. Con esta nueva reforma, el edificio tenía capacidad para 95 enfermas, contando con la colaboración de un capellán, un médico, un director sin sueldo, un administrador que cobraba el 5% de lo recaudaba, 6 hermanas de la caridad y 5 sirvientas. Las enfermas tomaban tres alimentos al día, a las que podían hacerlo, se les confiaba algún trabajo o labor especial, tenían ropa para vestirse y el hospital funcionaba con orden y limpieza. Tanto así que volvió a considerarse como modelo para el resto de los hospitales, con el único inconveniente de su insuficiencia para el número de mujeres que necesitaban ser tratadas.

Es de vital importancia para el Divino Salvador el hecho que las hermanas de la caridad se hallan hecho cargo de él; pues si hubiera continuado en manos del ayuntamiento su destino hubiera sido otro. De aquí su importancia y la línea que marcó en cuanto a ejemplo y mejoramiento en los servicios de los hospitales del país. En esos años (1850-1855) se inició la lucha entre liberales y conservadores que duraría hasta la caída del imperio de Maximiliano de Habsburgo (1867). Es por eso que el gobierno estaba muy ocupado en su lucha interna como para poner atención a la situación hospitalaria del país, no había un régimen, leyes, órdenes o distinción de algún tipo para los enfermos mentales.

Desde 1859 Juárez concreta las leyes de Reforma, donde decreta la nacionalización de los bienes eclesiásticos, el cierre de conventos, el matrimonio y registro civiles, la secularización de los cementerios y la supresión de muchas

²³ Aunque en 30 años de vida independiente México no había tenido paz, ni desarrollo económico, ni concordia social, ni estabilidad política. Era más bien un México andrajoso, sin cohesión nacional y sin paz.

fiestas religiosas²⁴. A los conservadores no les gustó la idea, por lo que pidieron ayuda al gobierno francés, quienes respondieron imponiendo el imperio de Maximiliano. Esta resolución les resultó contraproducente a los conservadores, pues el nuevo gobierno conservó la idea de las leyes de Reforma de Juárez. Con la intervención del ejército estadounidense, se acabó con el imperio francés el 15 de mayo de 1867, quedando una vez más al frente del país Benito Juárez y sus leyes de Reforma, muy claras y estrictas para el clero y órdenes religiosas. (Es así como con la caída del imperio de Maximiliano y bajo la república liberal, las hermanas de la caridad fueron expulsadas del hospital en 1868, quedando totalmente a cargo del ayuntamiento.

A partir de entonces se puso un mayor interés en la salud de las enfermas y sus tratamientos, corriendo todos a cargo de médicos. El tratamiento dependía de su estado mental, ya fueran toleradas o dementes. A las toleradas, que eran tranquilas, se les permitía vivir en comunidad, dedicándose además a alguna actividad que a ellas les agradara: coser, bordar, hilar algodón y hacer adornos con papel picado. Estas labores se vendían, lo que les permitía vestirse mejor y hasta fumar; el beneficio se extendía además a mantenerlas en un estado pacífico y hasta sacarlas de depresiones o "melancolías". A las dementes, que eran agresivas, se les tenía en jaulas, aunque no estaban amarradas ni tenían grilletes, se les daba de comer por una pequeña abertura de su jaula. El tratamiento común para este grupo eran los baños, con el inconveniente de que algunos vecinos se asomaban, y viéndolas desnudas les tiraban piedras. Las epilépticas tenían su espacio aparte en el segundo piso del hospital, aunque fueron sacadas definitivamente en 1872.) En ese año se dieron otros cambios y

24 González, Luis. "El período..." En: *Historia mínima...* op. cit., p. 115

reformas en cuanto al tratamiento, se compró un aparato electromagnético para que fuera aplicado a las "furiosas", se apropiaron nuevas ideas llegadas de Francia, se llevaba periódicamente a las "enfermas pacíficas" a pasear al campo, cuando se hizo un teatro dentro del hospital se representaban diversas obras y se daban funciones de títeres para las internas, y ya en 1874 se les llevó música todos los domingos. Otros tratamientos médicos comunes eran el uso de purgantes, antiespasmódicos, revulsivos, galvanismo y baños fríos o tibios, así como la aplicación del agua en otras formas y en diversas partes del cuerpo. Una "reforma científica" que se usó en el Divino Salvador fue el de los dos cuartos, uno azul y otro rojo, iluminados con cristales de estos colores y aplicando el "tratamiento de luz".²⁵

Toda esta serie de cambios científicos tienen mucho que ver con la situación del país. Después de las guerras de Reforma e Intervención, había en el país un deseo de paz, orden, tranquilidad y de que por fin se saliera de esa miseria en la que se había vivido ya durante más de medio siglo²⁶. Ya desde el principio del porfiriato (1877), Díaz le da fuerza al país a través del ferrocarril, el correo, el telégrafo y el teléfono. Se ensanchó la agricultura, minería, comercio e industria. En general, el país mejoró en su economía en un grado y extensión nunca antes vista. La fórmula era "poca política y mucha administración", que funcionó porque con ella se logró la paz (aunque forzada) y la mejoría económica²⁷, a costa de un gobierno extremadamente autoritario y unipersonal. Se daba mayor importancia a los descubrimientos y personajes extranjeros tratando de aplicarlos y forzarlos a la situación y población del país. Era un

25 Rivera Combas, Manuel. México pintoresco, artístico y monumental. Tomo II p. 16

26 Cosío Villegas, Daniel. "El tramo moderno" En: Historia Mínima... op. cit., p. 121-126

27 Ibid.

"México moderno" luchando por hacerse de un lugar en el mundo, tratando de imitar lo hecho por otros países

Ya para principios del siglo XX el número de enfermas fue aumentando, por lo que el edificio fue insuficiente. Con las nuevas ideas para el tratamiento de los enfermos mentales se proyectó para las internas del Divino Salvador y los internos del San Hipólito a los que más tarde se anexaron los pacientes del hospital para epilépticos de Texcoco un nuevo y flamante plan que se denominó Manicomio General "La Castañeda", que describiremos más adelante. Esta idea no era original del gobierno mexicano, ni planeado desde las necesidades básicas y reales de los pacientes, sino que la gente en el poder de tomar decisiones pensó que "La Castañeda" era lo mejor para los enfermos mentales, era además lo que más convenía a los planes de don Porfirio, que quería que el Manicomio General formara parte de sus aportaciones al país y que fuera inaugurado para las conmemoraciones del centenario de la independencia, en septiembre de 1810.

Del hospital para epilépticos de Texcoco no tenemos mucha información, sólo lo conocemos y sabemos de él por referencias. Suponemos que abrió sus puertas en el siglo XIX; en el año de 1872 y que cerró definitivamente en la misma época que el hospital de san Hipólito y el Divino Salvador, en 1910.

¿Cuál fue el criterio para cerrar cada uno de estos hospitales? La vigilancia de la cuestión económica fue muy importante, pues era el medio de control del gobierno para el hospital. La supervisión de oidores y obispos sobre el buen trato y atención a los enfermos no era suficiente²⁸, debía observarse además la parte

²⁸ Ya en el período porfirista y desde el regreso de los jesuitas en 1878 no se persiguió a curas católicos y se permitieron las manifestaciones del culto religioso, lo que propició el aumento de sacerdotes y obispos. El clero se dedicó entonces a sus actividades habituales.

económica porque de ella se derivaban los buenos o malos servicios y una buena marcha o la ruina económica. Las fallas y los déficits injustificados eran un índice de los malos servicios, por eso para cambiar de administradores, suprimir órdenes y cerrar hospitales se revisaban las cuentas de cada institución.

En una primera época, como vimos, son los particulares y el clero quienes crean los hospitales; los mismos particulares -como Bernardino Álvarez- o el pueblo quienes los sostienen; en este momento el control por parte del gobierno no es tan importante, sino la introducción de instituciones indispensables para una sociedad cristiana. Después, durante el siglo XVII el gobierno va haciéndose cargo del control de los hospitales; ante la amenaza de que los civiles, particulares o frailes se quedaran al frente de las instituciones. Ya en el siglo XVIII las órdenes hospitalarias y fundaciones particulares van en decaimiento, faltos del espíritu de amor y servicio olvidando a los enfermos, y más preocupados en sí mismos. Desde antes de iniciarse la independencia los hospitales estaban sumidos en la pobreza por mala administración y malversación de fondos. Con la guerra de independencia las cosas empeoran aún más: los diezmos no se cobran, los bienes rurales y las tierras casi no producen y las limosnas casi desaparecen. Hay muchos más cambios, la organización política, autoridad y poder político de la iglesia se transforman, de manera que aquellas instituciones hospitalarias como el Divino Salvador y San Hipólito no tienen ya cabida, pues estaban basados en un ideal cristiano de caridad y eran reconocidos como instituciones religiosas. La idea era hacer de los hospitales organizaciones laicas, que después de una nueva organización democrática y liberal hizo surgir una serie de nuevos intereses

por los enfermos mentales, no solo en la capital del país sino también en provincia.²⁹

Después de suprimir órdenes hospitalarias y quitar al clero y órdenes religiosas del control de los hospitales, el gobierno se hizo cargo de ellos, con el ya mencionado deterioro de las instalaciones y de nuevo maltrato a los enfermos. Ante esta situación, la idea general fue terminar con esto y restablecer los hospitales desaparecidos, mejorar los ya existentes y construir nuevos siguiendo las novedosas ideas de la época en cuanto a higiene, medicina y psiquiatría.

El hospital del Divino Salvador y de san Hipólito, antes de conjugarse en el Manicomio General tuvieron una verdadera reforma a sus servicios hospitalarios. El hospital del Divino Salvador -a cargo del Dr. Miguel Alvarado- estuvo atendido por médicos que hicieron más de lo hecho hasta entonces por aliviar a las enfermas, procurando que el lugar no fuera de solo confinamiento. Fue aquí donde se hicieron las primeras historias clínicas hacia una búsqueda de luz para la ciencia. El hospital de san Hipólito también tuvo cambios similares a cargo del Dr. Sebastián Labastida, director del hospital y algunos otros médicos, que aseguraban que ante los tratamientos aplicados por otras instituciones (consistentes en encierros en celdas con grilletes en manos y pies) y la nueva terapéutica administrada por el san Hipólito, la salud mejoraba notablemente, pasando de ser un "loco furioso" a una persona "pacífica y sociable".³⁰

Pero los médicos no creyeron que estos edificios reunieran las condiciones ideales para lograr un buen servicio a los dementes y lograr un mejoramiento de su salud. Esta idea de una necesidad ya a nivel nacional de una mejor asistencia y mayor atención al enfermo mental, transmitida a una esfera gubernamental

²⁹ Somolino D'Ardois, Germán. Historia de la psiquiatría en México. p.135

³⁰ Muriel. Hospitales... Tomo II op. cit. p. 349

resultó en la construcción del moderno y ejemplar Manicomio General de la Castañeda, en lo que era la antigua hacienda de la Castañeda, que compró a sus dueños la secretaría de gobernación. La construcción estuvo a cargo de Porfirio Díaz hijo siendo inaugurada en septiembre de 1910, con motivo de los festejos del primer centenario de la independencia.

Es en la Castañeda donde se resumen todos los años anteriores de esfuerzo y trabajo en el campo de la salud mental, de la misma manera que es el punto que marca la separación de un pasado de intentos y ensayos con un presente, que en esta lógica debería haber estado lleno de evolución y progreso.

Queremos señalar que la información del Hospital para Epilépticos de Texcoco incluida aquí es muy pobre porque en las bibliografías consultadas solo se hace mención de él, pero no encontramos información acerca de sus fundadores, el edificio hospitalario, servicios médicos, número de enfermos, economía hospitalaria, etc. Es necesario hacer otro tipo de investigación para obtener estos datos y ese no era el objetivo del presente capítulo.

2. MANICOMIO GENERAL: INTERPRETACIÓN DE LOS HECHOS.

La historia del manicomio de Mixcoac como institución puede ser abordada por profesionales de muy diversas áreas; antropólogos, historiadores, psiquiatras y hasta algún psicólogo interesado en el tema. El eje de este trabajo es hacer una historia más allá de lo institucional; historia no de expedientes, médicos o técnicas, sino aquella que hizo la gente desde dentro, la que trabajó vivió y sintió cada circunstancia como parte de lo cotidiano.

Hablar de 1910 nos recuerda enseguida aquello que aprendimos en la escuela como Revolución Mexicana. Muchas veces se habla de antes y después de este suceso como si fuera una especie de división, una ruptura total con el pasado, del que quedó un México que desde entonces hay que darle una aceitadita de vez en cuando y hasta cambiarle una refacción, pero nunca intentar siquiera cambios radicales que puedan poner en entre dicho las bases institucionales de nuestro sistema. Como si el porfirato representara todo lo malo y la revolución lo bueno.

Desde mucho antes de 1910, el país comenzó a colapsarse como resultado de 30 años de dictadura. Durante todos esos años Díaz utilizó a extranjeros y ricos hacendados para lograr mantenerse en el poder, manejando a la prensa, reprimiendo, encarcelando, persiguiendo y asesinando a los que criticaban a su gobierno. Se apropió de todos los elementos de poder que había en el país, ejercía una dictadura militar pero disponiendo de una camarilla financiera. En contraste con la gloria luminosa del dictador vino la degradación

del pueblo: esclavitud, peonaje y todas las miserias que acompañan a la pobreza, la abolición de la democracia y de la seguridad personal, del respeto a uno mismo y de la ambición digna y honrada, la desmoralización general. Díaz estimulaba el capital extranjero porque significaba el apoyo de los gobiernos norteamericanos: la seguridad de la inversión extranjera en su favor. Todas estas fueron condiciones que prepararon al pueblo mexicano para una lucha que tanto histórica como socialmente era ya necesaria.

El descontento era ya algo común desde antes de 1910 por lo que hubo levantamientos en ciertos lugares del interior del país. Se daban aún como sucesos aislados, pues era necesario lograr la unificación llegando a obreros, mecánicos, rancheros, hacendados, financieros, intelectuales, gente de negocios además de hombres con ambiciones políticas frustradas¹. Para muchos este personaje unificador fue Madero, que sin ser un súper hombre, logró lo que otros ni siquiera pensaron.

"La sucesión presidencial en 1910", marcó de alguna manera el primer grito de un secreto a voces, la necesidad de cambiar el poder político por medio de las elecciones constitucionales normales. Aunque si somos estrictos la obra era mediocre en lo literario, filosófico o real, provocó muchos movimientos. Tanto el resentimiento como la amargura necesitaban una dirección y a Madero, como conductor de estos sentimientos le correspondió asumir totalmente la dirección de los acontecimientos.

Mientras tanto, la psiquiatría se encontraba en su auge más espectacular, iniciado desde fines del siglo XIX, con artículos, trabajos, cátedras completas en la facultad de medicina, congresos internacionales, sanatorios dedicados al

¹ Cumberland, Charles. *Madero y la revolución mexicana*. Siglo XXI. México, 1981.

manejo de enfermos mentales (como la Quinta de salud de Tlalpan), etcétera. Lo contrario de la psicología, que aún estaba en pañales. En 1896 apenas se convierte en cátedra autónoma dentro de la clase de lógica moral a cargo de Ezequiel A. Chávez², iniciador de la psicología contemporánea en México. Es por eso que en 1910 no tiene aún un lugar propio dentro del modelo del Manicomio General (MG), pero sí era considerada como sinónimo de progreso, de adelanto científico y como una expectativa de la sociedad de inicios del siglo XX, donde "ahora sí", habría hombres preparados para una nación que quería formar parte de lo más selecto del saber europeo. Todas estas realidades vinieron a unirse en la necesidad nacional de una mejor asistencia y mayor atención al enfermo mental, que trasladada a ámbitos gubernamentales se tradujo en la fundación del entonces moderno y ejemplar Manicomio General, con la "muy noble" intención del Gobierno de favorecer a los menesterosos y regocijar a los humildes³

(Después de 344 años de existencia del san Hipólito y 210 del Divino Salvador abrió sus puertas el Manicomio General ante la necesidad de mejorar las condiciones de asistencia e higiene de los pacientes que permanecieron durante muchísimos años reclusos en casas insalubres e inadecuadas, desatendidos en general y en total olvido por el Estado y la sociedad⁴. La idea era un gran hospital para enajenados que llenara las necesidades de la época y

2 Patlán Martínez, Elia. "El estudio de la psicología durante el porfiriato" en: López Ramos, Sergio., coordinador. Historia de la psicología en México. Tomo I CEAPAC. México 1995.

3 Camargo E., Rosario. "La Castañeda, historia de un traslado". México desconocido. México. Jilguero. Número 116 Octubre 1986. p.p. 45-48.

4 Ruíz Moreno, Samuel. La asistencia psiquiátrica en México. Congreso internacional de psiquiatría. París, 1950. p.p. 26-27.

previera las del futuro. El lugar que se eligió fue una antigua hacienda denominada "la Castañeda", ubicada al suroeste de la que fuera municipalidad de Mixcoac, de donde viene el nombre con que comúnmente se reconoce: Manicomio de la Castañeda o Manicomio de Mixcoac.

La construcción estuvo de acuerdo al estilo afrancesado de la época, con pabellones aislados y no en monobloque, debido principalmente a que era un hospital campestre y propio para enfermos crónicos. Con el tiempo, se fue rompiendo la uniformidad de su estilo con nuevas construcciones creadas por la necesidad de espacio. El proyecto fue de Salvador Echegaray, encargándose de la construcción el teniente coronel e ingeniero Porfirio Díaz hijo.

Originalmente, en una superficie de 141 662 m² se construyeron un pabellón de servicios generales, 25 edificios, 13 de los cuales fueron destinados a enfermos y el resto a talleres, baños, etcétera; y donde se proyectaba albergar a todo tipo de enfermos: alcohólicos, tranquilos, peligrosos, epilépticos e imbeciles. Se gastó un total de \$1 783 357.13. Con el paso del tiempo se realizaron adaptaciones, ampliaciones y nuevos edificios debido al aumento creciente de los enfermos que aunque se pensó no pasarían de 800 ó 1000, llegó a albergar hasta 3500 asilados⁵.)

De hecho, la apertura del MG como parte de los festejos del primer centenario de la independencia, fue el último esfuerzo de Díaz por mostrar un México exitoso, vanguardista y moderno, con lo último en atención para el enfermo mental... aunque en realidad "la Castañeda" solo fue un súper basurero. No es difícil imaginar la escena de aquella mañana de septiembre, con una selecta concurrencia dispuesta a acompañar a Porfirio Díaz en el acto de

5 Ibid.

inauguración: el vicepresidente Ramón Corral, los demás miembros del gabinete, el gobernador del D.F. y el presidente del Consejo Superior de Salubridad. Eran 24 edificios y dos pabellones, sobresaliendo a la entrada los edificios de la dirección y servicios generales.

Fue poco después de su apertura que bajo la dirección de Madero que se inició la lucha armada, un movimiento político más que social o cultural. Fueron muchos los enfrentamientos durante esta década: Emiliano Zapata y su ejército ignoraron la orden de desarme decretada por Madero enfrentándose contra sus fuerzas; en el norte, Francisco Villa no tenía un programa, pero también le provocaba dolores de cabeza al gobierno.

El gobierno de Madero promovió muchos cambios, pero su pasividad e indecisión disgustaba a reaccionarios, imperialistas y trabajadores. Los norteamericanos comenzaban a explotar el petróleo mexicano y veían con hostilidad la política nacional del presidente⁶. Fue a partir de 1912 que procuró cambiar el rumbo de la economía del petróleo y se ocupó del desarrollo autónomo del país, por lo que el gobierno norteamericano actuó abiertamente en la conservación intacta de los intereses de sus empresarios. Por eso el embajador norteamericano Henry Lane Wilson apoyaba abiertamente las fuerzas antimaderistas, centrando sus esperanzas en Victoriano Huerta; quien dio un golpe de estado, asesinó a Madero y restableció la dictadura, lo que agudizó las contradicciones en México⁷.

La situación para 1913 parecía una repetición del levantamiento maderista de 1910-1913; con la diferencia de que los revolucionarios se proponían

⁶ Martínez, Armando (tr.) Ensayos de historia de México. Ediciones de cultura popular S.A. México, 1978.

⁷ García Cantú, Gastón. Las invasiones norteamericanas en México. SEP/ERA México, 1986.

acabar con Huerta o perecer en el intento, hastiados de la sangre que había derramado. Los hambrientos peleaban por comida, los desposeídos por tierra, los agraviados por la reparación de sus ofensas. Por eso ni Carranza ni Villa tuvieron problemas para reclutar gente, tenían a peones y campesinos de su parte. Carranza se levanta en armas como gobernador de Coahuila el 26 de marzo. Villa, que no escucharía ni a Carranza ni a ningún jefe político, tomó Ciudad Juárez el 1o. de diciembre de 1913⁸.

Una vez más los estadounidenses intervinieron en el país, ahora desembarcando fuerzas militares en el puerto de Veracruz en abril de 1914. Todos los dirigentes, revolucionarios o no condenaron la agresión, los yanquis no contaban con la furiosa defensa nacional. Esta acción contribuyó a la caída de Huerta, que renunció en julio de ese año. Se inició entonces una lucha interna entre las facciones revolucionarias por el apoyo popular. Zapata y Villa expulsaron a Carranza y a Obregón de la ciudad, ocupando ellos el Palacio Nacional. Carranza necesitaba apoyo, y se dedicó a buscarlo; en abril de 1915 ya aliado con los trabajadores y compitiendo con Villa y Zapata por el apoyo de los campesinos, reorganizó sus fuerzas y destrozó al ejército de Villa cerca de Celaya en abril de 1915. La fuerza de Villa se desvaneció y abandonó todo el norte a excepción de Chihuahua. Zapata y su ejército salieron de la ciudad en agosto de 1911 y aunque a Wilson no le agradaba, reconoció al gobierno de Carranza el 19 de octubre de 1915⁹.

8 Bazant, Jan. Breve historia de México, de Hidalgo a Cárdenas (1805-1940). La red de Jonás Premia, editora. México, 1982. 678 P.

9 Torre Villar de la, Ernesto., González Navarro, Moisés., Ross, Stanley. Historia documental de México II. UNAM Instituto de investigaciones históricas. Editorial MELO, dirección general de publicaciones. México, 1974. 678 P.

No había paz en el país, las guerrillas continuaron y ni Villa ni Zapata renunciaron a sus plazas fuertes. El 1o. de diciembre de 1916 se abrió el congreso constituyente, donde los diputados recién elegidos se reunieron para formular una nueva constitución que incorporara las aspiraciones de millones de campesinos y trabajadores que se habían sacrificado durante la revolución. Después de muchas discusiones y desacuerdos Carranza prestó protesta de ley en enero 31 de 1917, 5 días después se promulga la constitución, con muy poco que decir para los enfermos mentales. El 1o. de mayo entró a la ciudad de México tomando posesión como presidente constitucional para el período de 1916-1920. Obregón renunció a su puesto el mismo día, retirándose a su hacienda de Sonora. Pareció que no quería hacerse responsable de la futura política de Carranza y que en 1920 se postularía para la candidatura presidencial¹⁰.

El poder del presidente constitucional Carranza se derrumbó con mayor rapidez que el del propio Victoriano Huerta. Carranza fue destruido por sus contradicciones: se vio sobrepasado por la batalla para restaurar el orden constitucional que él mismo había iniciado; tuvo que luchar contra el mismo partido liberal constitucionalista creado para controlar el proceso político, no toleró la libertad de prensa; solo asumió la parte política de su proyecto para obstruir la parte social que nunca aceptó. En materia agraria su política estaba encaminada a estimular la explotación colectiva, tendía a la creación de una clase de pequeños propietarios, desconoció el derecho de huelga, sus fuerzas federales reprimían a los trabajadores. Carranza estaba aislado tanto en lo militar como en lo social¹¹.

¹⁰ Herring, Hubert. *Evolución histórica de América Latina*. Tomo I. Biblioteca universitaria/temas. EUDEBA. Editorial universitaria de Buenos Aires. Buenos Aires, 1972.

¹¹ Bolaños Martínez, Raúl. *Historia de México*. Ediciones pedagógicas, S.A. de C.V. México, 1985.

En los primeros meses de 1919 parecía reproducirse la misma situación de 1916: todas las ciudades del estado estaban ocupadas por las tropas zapatistas, sin embargo su política buscaba un acercamiento con el obregonismo, lo que provocó su asesinato. Fue mal recibido por la mayoría del ejército, que ya sentían agotada su paciencia. Obregón, que se había retirado regresó en 1920 a la lucha, esta vez en contra de Carranza resultando un héroe de las causas traicionadas de su ex aliado, quien no pudo encontrar tropas que quisieran tomar las armas con él. A finales de marzo unieron sus fuerzas Obregón y lo que quedaba del movimiento zapatista proclamando en abril 24 el plan de Agua Prieta contra Carranza, quien intentó el 7 de mayo escapar rumbo a Veracruz sin lograrlo, asesinado en San Antonio Tlaxcalaltongo la noche del 20 de mayo. Adolfo de la Huerta fue nombrado presidente interino, pactó con Villa la rendición y finalmente convocó a elecciones, entregando el poder a Obregón, que prestó juramento como presidente el 30 de noviembre. Tomó posesión al día siguiente, iniciando un periodo de paz muy ansiada, aunque igualmente relativa¹².

Toda esta realidad afectó poco o casi nada al MG, hubo sucesos que, como veremos más adelante causaron conmoción en algunos asilados; así como los levantamientos y ocupación del edificio por las fuerzas revolucionarios. De alguna forma, con el paso de estos primeros 10 años de su funcionamiento se nota el deterioro y descalificación de la institución. En sus primeros años, el MG era considerado un lugar lleno de encantos naturales, bañado de sol y cuajado de árboles, matizado de flores y regado por cristalinas aguas, con una limpieza

¹² Gilly, Adolfo. La revolución interrumpida. México, 1910-1920; una guerra campesina por la tierra y el poder. 5a edición. Ediciones "el caballito". México, 1975. 397 P.

absoluta a pesar de la extensión de la "benéfica casa", todo bien atendido y "haciendo justo honor a la Beneficencia Pública". Era más que un buen lugar perfectamente atendido, también era bonito y confortable... de acuerdo a la imagen que durante mucho tiempo se procuró mantener acerca de nuestro país. Años más tarde se hablaba de él todo lo contrario: insuficiente, con un personal escaso y no profesional, en condiciones totalmente insalubres, un trato inhumano para los asilados, donde más que asistir a los enfermos se les almacenaba aún cuando no hubiera cama ni alimentos y mucho menos medicina o una correcta atención psicológica¹³.

La pregunta que surge es ¿cuál fue la realidad vivida dentro del Manicomio General (MG)? Los únicos que podrían respondernos son los propios asilados, pues nadie supo tanto como ellos del buen, mal o regular funcionamiento de la institución. Es por eso que al acercarnos lo más posible a ellos a través de sus expedientes clínicos, analizaremos con profundidad las formas de abordarlos, darles atención y tratamiento. La revisión se hizo de los primeros años de funcionamiento de "la Castañeda", pensando que por su reciente inauguración, su articulación y trabajo sería inmejorable. Haciendo así la historia de un grupo de asilados que vivieron y padecieron dentro de esta institución de -al menos supuesta- salud mental durante la década correspondiente a 1910-1920, conoceremos el desarrollo de la sociedad mexicana comprendiendo la realidad de ese momento y sus necesidades específicas.

13 Velasco-Suárez, Manuel dr. "Asistencia adecuada y rehabilitación para enfermos nerviosos. (neurológicos y mentales)". Salud Pública. México. Epoca V. Vol. IV Número 3 Mayo-Junio, 1962.

Al abrir sus puertas, el MG recibió a todos los asilados del Divino Salvador y del san Hipólito; así como otros remitidos por particulares, hospitales o gobiernos de diferentes estados del interior de la república.

Durante esta década, se registraron más de 6 600 pacientes, aunque muchos fueron dados de alta a solicitud de sus familiares sin estar recuperados o murieron en poco tiempo. A los reincidentes se les registraba con su número de expediente original, aunque tuvieran todo un récord de ingresos, como el asilado número 884, que tuvo 21 ingresos en poco más de 5 años, pero con permanencias menores a un mes¹⁴. Hubo quien tuvo un solo ingreso desde la apertura del MG y nunca salió, pasando ahí toda su vida, olvidado de su familia¹⁵.

Hay tópicos específicos que abordamos para explicar e ilustrar con claridad cada una de las áreas que más nos interesan en cuanto al trato y terapéuticas empleadas con el paciente. La división la hicimos de la siguiente forma, tratando de abordar la vida completa del asilado: personal (aquel que tenía influencia o relación con el paciente), causas y remisión (quién y por qué se canalizaba al enfermo), diagnóstico (solo el hecho dentro de la institución), tratamientos (medicamentos y terapéuticas manejados por los médicos), pabellones (cuáles eran y qué enfermos recluían), familia (qué papel jugaban para los asilados) y defunción (causas más frecuentes de muerte). Vemos a través de estos apartados cómo evolucionan las técnicas, su justificación, su efectividad en lo cotidiano y su relación con la etapa por la que pasaba nuestro país.

14 Expediente 884, sección de hombres, año 1910. Fondo MG Sección EC AHSSA.

15 Expediente 938, sección mujeres, año 1910. Fondo MG, Sección EC, AHSSA. La asilada ingresó en 1910 y vivió 39 años 6 meses dentro de la institución.

PERSONAL

Antes de empezar a hablar de la gente que trabajaba en el MG, queremos señalar cuáles eran los requisitos establecidos para la admisión de un enfermo. Esto lo encontramos en una serie de cartas que el director intercambió en 1918 con un español, que pedía esta información porque deseaba internar a su esposa. Transcribimos todo lo que el director general respondió, aunque la redacción es nuestra. Los requisitos eran:

1. Certificado firmado por 2 médicos que acrediten la clase de enfermedad mental y la necesidad de ser internado. Legalizados y de no más de 15 días antes de la admisión.
2. Solicitud del pariente más cercano; ambos documentos debían ir acompañados con un timbre de 50 centavos.
3. Si se quería ser pensionista, las mensualidades eran: para 1a., \$150.00; 2a., \$50.00 y 3a., \$30.00. Había también no pensionistas, asilados y asistidos de gracia. El servicio médico era -al menos en teoría- el mismo, la diferencia estaba en la mejor alimentación y habitación de los pensionistas.
4. Deberían de llevar a su ingreso 1/2 docena de piezas de ropa interior, 3 vestidos de exterior, 2 toallas de baño y un cepillo de dientes.
5. El pago debería hacerse por adelantado en la administración de bienes y gastos generales de la Beneficencia Pública¹⁶.

Desde 1910, resultó obvio que eran los médicos quienes tenían el mayor peso dentro del personal que trabajaba en el manicomio, tanto por su reconocimiento social como por su responsabilidad. Desde que ingresaba un

¹⁶ Expediente 5552 sección mujeres, año 1918. Fondo MG, Sección EC, AHSSA. Correspondencia incluida en el expediente.

asilado eran los médicos los que se hacían cargo de la situación. Muchas veces eran ellos los que redactaban el reporte médico indispensable para la admisión de un enfermo, aunque no se hiciera este certificado, los doctores debían hacer una revisión y evaluación para realizar así el diagnóstico. Una vez determinado el diagnóstico, el enfermo era enviado al pabellón más adecuado a su padecimiento mental. Después -al menos en teoría- se iniciaban los tratamientos que también estaban a cargo de los médicos; si había alguna enfermedad física, eran enviados a enfermería donde había más doctores. Finalmente, al morir el paciente, eran ellos los que debían determinar las causas de la defunción, o si no eran muy claras, ordenar la necropsia firmando el certificado de defunción correspondiente. El cadáver debía ser entregado a los familiares, encargados o responsables, pero en caso de que no fueran localizados o no contaran con los medios económicos para darles sepultura, el MG se encargaba de ello. Generalmente las inhumaciones se hacían en el panteón municipal de Tarango, incluyéndose la orden, el número de lote y de fosa en cada expediente.

El grupo de médicos era un grupo importante no solo por las razones que ya hemos mencionado, sino por lo numeroso de su población. Además de los médicos titulares o internos, que eran responsables de un pabellón; los había de guardia, practicantes y estudiantes, que muchas veces cumplían las mismas actividades de un médico encargado. Otras actividades médicas las encontramos registradas a partir de 1912: autorizar altas, permisos de salida o de permanencia temporal fuera de la institución, hacer informes periódicos sobre la salud de sus pacientes, dictaminar el estado de sus facultades mentales y participación en los juicios de interdicción. Aunque en su mayoría eran hombres, desde 1915 encontramos la presencia de mujeres médicos titulares.

Todos ellos estaban bajo la supervisión del director, que también era médico; de hecho, la dirección era un puesto que podía escalarse. Fueron varios los médicos que fueron ascendiendo hasta llegar a la dirección. El director recibía toda la correspondencia que tuviera que ver con los asilados, tanto de familiares (también de sociedades o asociaciones civiles), autoridades (Dirección General de la Beneficencia Pública) como de los mismos enfermos. A él se le pedían las altas o permisos temporales para salir, que no podían ser solicitadas por los enfermos, y aunque la familia lo pidiera no siempre salían, dependía del estado del paciente y si sufría o no excitaciones, pues si tenía una historia de agresión física no se autorizaba el alta, por considerar inconveniente que viviera en familia "dada su peligrosidad". En otros casos donde no había agresión, se llegaba a considerar al paciente "curado" y se recomendaba su salida o se autorizaba su alta, por encontrar al paciente "en condiciones de vivir con su familia". Cuando recibía carta de un familiar pedía informes periódicos sobre la salud de algún enfermo, solicitaba el informe al Dr. encargado del pabellón donde estuviera el paciente; el médico hacía el reporte (que generalmente era igual: "en el mismo estado"), lo enviaba al director, que lo transcribía textual para el familiar solicitante.

Había otro tipo de peticiones, acerca de procedimientos, pagos y atención dentro de la institución o informes detallados de las enfermedades padecidas por un asilado y circunstancias de su muerte. Muchos de estos informes eran solo un resumen del paso del paciente por el pabellón de enfermería y descripción del resultado de la necropsia. El "certificado de autopsia" del asilado 2800 es bastante descriptivo: "... laringe, traquea y esófago

lleno de materias alimenticias pastosas. Causa de la muerte: asfixia por obstrucción de las vías aéreas por sustancia alimenticia"¹⁷.

El director también se encargaba de enviar avisos sobre la gravedad, muerte y necesidades de los asilados, hacer averiguaciones sobre sus familiares y responder a las quejas sobre la atención de los enfermos, que empezaron a llegar desde 1915. La esposa del asilado 4064 se dirigió al director para llamar su atención sobre la "mala atención" que recibió su familiar en la institución. Como respuesta el director lo negó pidiendo que la señora informara exactamente qué era lo les hacía falta. No se registra respuesta en el expediente. En 1917, el esposo de la asilada 4188 en una carta del 4 de julio pregunta por qué a su esposa se le ha visto con el mismo vestido por mucho tiempo. El director mandó preguntar al encargado del pabellón y este a su vez a la enfermera encargada; de regreso, el informe de esta última se transmitió textual hasta llegar al esposo: "la asilada quiere estar con ese vestido".

Aunque no corresponde a esta parte, recordemos qué tan triste sería la situación del paciente en cuanto a su abandono familiar, que el propio director escribía varias veces a los parientes responsables solicitando ropa para sus enfermos, ya que no tenían una sola muda de ropa. Era necesario que la familia o encargados enviaran ropa para el uno personal de los pacientes, ya que manicomio no tenía este servicio. Según vimos en muchos casos, a veces el paciente contaba solo con la ropa que tenía puesta, por lo que al paso del tiempo era necesario vestirlo con lo que dejaban los otros pacientes¹⁸.

17 Expediente 2800 sección hombres, año 1913. Fondo MG, Sección EC, AHSSA. Reporte de la necropsia incluido en el expediente.

18 Esto era algo común, como podemos verlo en los expedientes 4175, 4188, sección mujeres y 4152, 4199, 4244, sección hombres, año 1916. Fondo MG, Sección EC, AHSSA.

Recordemos además que entre los requisitos para el ingreso estaba el llevar ciertas mudas de ropa interior y exterior, zapatos y otros utensilios de uso personal.

Si bien existían criterios específicos para diagnosticar ciertas enfermedades, abordarlas y tratarlas, en muchos de los casos esto dependía de la opinión particular de los médicos, que no siempre coincidían. Cuando un asilado ingresaba, debía llenarse su hoja de interrogatorio con la información que él mismo o la familia proporcionaban. En una de estas partes con el subtítulo de "síntomas" contenía todos los comportamientos, ideas y actitudes del asilado considerados como anormales. El médico o pasante que hacía el interrogatorio incluía su opinión sobre el padecimiento, de acuerdo a su observación y los datos recibidos. Si el encargado del caso no coincidía con esa primera opinión podía expresarla así, añadiendo su propio diagnóstico¹⁹.

En otras ocasiones la diferencia de opiniones iba más allá, hasta llegar a un asunto casi personal en el que el director funcionaba como mediador. La asilada 3464 llegó a la enfermería proveniente del pabellón de tranquilas A con un diagnóstico de "lesión ocular exterior", que fue duramente refutado por el médico de enfermería, aclarando que era un caso de "pan-oftalmia" y pérdida del ojo derecho; originada por "la falta de atención médica y a la enteritis no considerada en el pase". La dirección solicitó información la médico acusado porque "esto afecta al servicio médico a su cargo". Obviamente el encargado de tranquilas A se defiende dando una serie de complicadas explicaciones, y finaliza diciendo que la acusación debe dirigirse al médico de enfermería por haber

¹⁹ Expediente 3316 sección mujeres, año 1916. Fondo MG, Sección EC, AHSSA. Cuando esta asilada ingresó, se le reconoció una excitación maniaca de origen alcohólico, aunque más tarde el dr. González, encargado de su pabellón, afirmó que el alcoholismo era un dato falso.

dejado en estado de supuración crónica expuesta a la piohemia de la "desgraciada enferma confiada a su alta pericia".

Otra de las actividades del director, además de mediar entre dos médicos enojados era dar curso a las peticiones de certificados que avalaran ante las autoridades la incapacidad moral y civil de algún enfermo. Como el certificado que extendía el MG carecía de valor legal, el director sugería la promoción del juicio de interdicción, con el dictamen de doctores de la institución o por otros que la propia familia determinara. Lo más común era que la dirección citara a 3 doctores internos para reconocer al paciente y declararlo incapacitado para la vida civil.

Consideramos muy cuestionable la forma de evaluar a los enfermos, aún desde su ingreso, pues encontramos muchos casos en los que se cometieron errores graves. Por ejemplo, el 19 de julio de 1915 la asilada 3913 ingresó por padecer "enajenación mental", se le dio de alta dos meses después por "no presentar trastornos mentales". Fue hasta su reingreso, 1 año 5 meses después que se descubre que es una persona mentalmente sana, y que "se cree que se tomó por enajenada por su sordera al no responder las preguntas que se le hacían". Aunque no tuviera padecimientos mentales, por su larga estancia y relación con el resto de las enfermas ya presentaba alucinaciones visuales y auditivas, hablaba a solas, permanecía sentada todo el día, emitía frases incoherentes e inteligibles, etc.²⁰ ¿Qué tipo de evaluación se hacía que se confundía la sordera con una enajenación mental?

²⁰ Expediente 3913, sección mujeres, año 1915. Fondo MG, Sección EC, AHSSA. A pesar de que se la había dado de alta por no presentar trastornos, fue readmitida sin darle atención a su problema de audición, y si provocándole un deterioro a nivel mental.

La primer forma de reconocimiento de un enfermo era en gran parte verbal y otra pequeña parte resultado de una observación general. El problema era, como ya hemos visto, cuando el enfermo no respondía a las preguntas, pues entonces no podían evaluarse sus facultades mentales. A juzgar por lo que leímos en los expedientes se hacía otro tipo de exámenes, pero desgraciadamente no se aclara de qué tipo. En el expediente 4354, correspondiente a 1916 leímos: "por diversos exámenes practicados se ve que es epiléptico desde niño; no presenta el Gran Mal Epiléptico, tiene vértigo, es agresivo en intervalos..." Otro caso, ocurrido en 1919 nos muestra lo limitante de la evaluación del personal médico. Como la asilada 5757 no hablaba y solo se reportaba como antisociable, que gustaba de dar vueltas, que mezclaba sus alimentos y cruzaba las piernas; el Dr. Iturbide Alvarez consideró que su diagnóstico era imposible, por lo que no pudo establecerse un tratamiento.

No encontramos en los expedientes clínicos información de muchos otros miembros del personal, como cocineros, mozos de limpieza, secretarías, recepcionistas, responsables de los talleres, encargados de las "psicoterapias" y "terapias psicológicas" o hasta algún psiquiatra. Después del personal médico, encontramos información de los encargados de la oficina de admisión, enfermeros, vigilantes, profesores y del comisario del MG, al que debía notificársele de todo lo ocurrido, desde una defunción.

Los empleados de la oficina de admisión estaban a cargo de los ingresos, que los requisitos se cumplieran de forma adecuada, que los asilados entraran al pabellón correspondiente (principalmente pensionistas, observación o peligrosos). Las responsabilidades de los profesores se limitaban a la clase que tomara el enfermo, mientras que los vigilantes se encargaban no solo de levantar

cada día a los asilados y asearlos²¹, además de supervisarlos constantemente. En el expediente 4058 correspondiente a 1915 vemos cómo va iniciándose la corrupción, mal trato y mal funcionamiento del MG. Este asilado huyó con la complicidad del vigilante supernumerario encargado; el asilado regresó no sabemos cómo y el vigilante fue despedido. Ya para 1919 era obvio que no se tenía la vigilancia necesaria: la asilada 5664, por ejemplo, fue golpeada con una "bacinica" por otra enferma, causándole una herida en la cabeza de 3 cms. de longitud. O el asilado 6057, que mientras comía solo y sin vigilancia, se ahogó con un trozo de comida y murió, pues nadie lo auxilió "por estar en otras ocupaciones y no darse cuenta de la situación". Tampoco a los enfermos con tendencias suicidas podía dársele atención especial, no era posible mantenerlos aislados completamente, por la sobrepoblación, solo se recomendaba mantenerlos vigilados, aunque casi nunca se cumplía la recomendación.

Es patético cómo tanto vigilantes como enfermeros hacían uso y abuso de su puesto engañando, robando y maltratando a los enfermos. Una de sus actividades que irónicamente podemos llamar "extracurriculares" en 1918 era aprovechar la situación de los asilados. Solían pedirles dinero, de \$1.00 a \$27.00 o más sin volverse a ocupar de pagar sus deudas. Esta situación llegó a oídos del director, quien ordenó que las deudas fueran pagadas. Ya para 1920 encontramos datos de tráfico de marihuana dentro del MG, pues al asilado 6499, con antecedentes de alcoholismo y fumar marihuana; se le encontró fumando. No pasó a mayores la situación, no se hicieron averiguaciones ni se siguió una

21 Expediente 3562, sección mujeres, año 1914. Fondo MG, Sección EC, AHSSA. Esta asilada golpea a sus vigilantes porque la levantan de la cama y la asean.

investigación. Lo único que se hizo fue preguntarle al enfermo quién le proporcionaba la hierba; obviamente no dio ningún nombre.

Este mismo asilado junto con un vigilante, ingirieron todos el cloral (un hipnótico) dispuesto para los asilados por un día, se dice que por un descuido del vigilante y un deseo de "ponerme un pedo de narcótico" del enfermo. Se le llamó la atención también al enfermero y al médico encargado del pabellón por prescribir tan altas dosis de cloral diariamente. Al parecer, las llamadas de atención era una de las formas de castigo, tal vez lo más común. No podían darse el lujo de despedir a vigilantes, enfermeros y médicos dado lo escaso del personal. Creemos que en algunos casos lo mejor era despedirlos, pues su conducta llegaba a poner en peligro a los internos.

No habíamos encontrado hasta 1920 información que nos permitiera hablar del maltrato a los asilados; haciendo a un lado claro está, la mala alimentación y pésima calidad de vida. En mayo o junio (la información no es muy exacta) de 1920 la asilada 5239 presentó lesiones traumáticas en los brazos, "edemas y exsudados sanguinolentos" debido a que según manifestó la enfermera primera la asilada fue "ensabanada" por supuestas faltas que cometió, y que las lesiones se las produjo "por esfuerzos para quitarse la sábana". El médico encargado del pabellón de tranquilas A prohibió terminantemente que la enferma fuera castigada. Se dio parte a las autoridades civiles, por lo que se le siguió un proceso legal donde al menos en teoría "consignarían o separarían a los culpables". Aunque no está muy claro el proceso ni los resultados, la enfermera primera y otras empleadas del pabellón fueron "separadas". En este mismo año, encontramos un reporte de agresión al asilado 6435 por parte de uno de los vigilantes. El asilado se encontraba en "el despacho" (ignoramos qué despacho o

de quién) escribiendo, cuando el vigilante le habló a gritos, con empujones y altanerías para sacarlo, dándole además un puñetazo en la cara; lo que le provocó excoriaciones dermo-epidérmicas en el dorso de la nariz. Esta situación fue notificada por el enfermero encargado de pensionistas 2a., pero no encontramos ningún dato de que se hayan tomado medidas en contra del vigilante o que al menos se le haya llamado la atención.

CAUSAS DE ADMISIÓN Y REMISIÓN

Desde 1910 y hasta 1920 se mantuvieron constantes muchos de los requisitos para la admisión y la remisión. De hecho, los requisitos siempre fueron los mismos: el certificado avalado por 2 médicos y la solicitud de ingreso del familiar más cercano. En la realidad la disciplina fue relajándose, al punto que los certificados médicos ya no se presentaban y el ingreso podía ser solicitado por cualquiera al que le incomodara la presencia del enfermo. Hasta personas sin parentesco, y solo interesadas "en un sentido humanitario"²².

Las causas de la admisión, que era la enfermedad mental -diagnosticada o solo supuesta-, eran determinadas por quien solicitaba el ingreso del paciente. El certificado médico que lo avalaba debía ser de un médico general o de cualquier especialidad, lo importante es que ejerciera como médico titulado. En todos los expedientes que revisamos, en ninguno encontramos que un especialista en salud mental firmara un certificado.

Era común que las familias de los asilados solicitaran las altas de sus enfermos, ya fuera para acallar sus conciencias o en un intento por curarlos a través de sus atenciones y cariño. No importa cuál fuera la intención, el resultado

²² Expedientes 3891 sección mujeres y 3893 sección hombres, año 1916. Fondo MG, Sección EC, AHSSA.

era siempre el mismo: pasados solo algunos días, el enfermo estaba de regreso en la institución igual como se fue o hasta más excitado. Aunque la mayoría tuvo un solo ingreso pasando gran parte de su vida dentro del MG algunos asilados tuvieron una larga historia de altas y reingresos²³. Una cosa sí es clara, con cada ingreso se podía observar según sus síntomas, una marcada relación con un debilitamiento mental, hasta observarse "estigmas de degeneración".

En los primeros años, cuando un enfermo tenía varios ingresos, con cada uno de ellos debía presentarse un nuevo certificado médico, generalmente con un diagnóstico o causa de admisión nueva y diferente; pero ya para 1920 no encontramos datos de la causa de admisión de 4 asilados: 6147, 6223, 6392A y 6392B; y mucho menos un certificado médico. Claro que cuando los 2 médicos que debían avalar el ingreso opinaban diferente, se incluían ambas causas de admisión. Lo importante no era determinar la enfermedad o hacer un diagnóstico completo, sino expresar la necesidad de que fuera internado, de recibir atención para su padecimiento mental.*

El emitir un diagnóstico a través de este documento dependía en gran medida de la responsabilidad e interés individual del médico; aún cuando los certificados fueran expedidos por el mismo MG. Algunos médicos se esmeraban al hacer sus reconocimientos y dar sus opiniones, según nos demuestra el Dr. Vilchis en su certificado para el ingreso en 1920 del asilado 6404 que dice textualmente: "debe ser considerado como un demente, es decir, entre los débiles de espíritu y de entre estos pertenece a los idiotas". Más adelante veremos cómo fue confirmado este diagnóstico por el personal del manicomio.

23 Expedientes 5207 sección mujeres, año 1918 y 6205 sección mujeres, año 1920. Fondo MG, Sección EC, AHSSA. Estas asiladas tuvieron 6 y 9 ingresos respectivamente, con diferentes causas de admisión.

Otro ejemplo es el de la asilada 4188, cuyo certificado fue elaborado por un médico particular pagado por el cónyuge. Su diagnóstico hace referencia a la clasificación de enfermedades mentales de la época: "locura maniaco-depresiva de Kroepelin-A grupo de locuras intermitentes". Desgraciadamente, por la poca información que de acuerdo a la sintomatología hay en el expediente no podemos determinar si corresponde el padecimiento de la enferma a este diagnóstico.

Un avance que encontramos al paso de los años fue la explicación que se daba a algunos padecimientos. No era una visión diferente, sino un intento por buscar en la historia de los pacientes una causa del padecimiento presente en ese momento. Los factores desencadenantes eran muy variados: "mal congénito", "pasión amorosa no correspondida", "anemia y herencia", "robo del hijo 6 meses atrás", "herencia", "golpe que recibió siendo muy niño". No siempre era real la situación reportada por los asilados, dependía de la naturaleza del padecimientos, pues algunos tenían tendencia a los delirios y la fantasía.

En realidad, el certificado era solo un trámite burocrático, un papeleo que era necesario cumplir. Cuando los que solicitaban el ingreso eran particulares el certificado era debidamente entregado la mayoría de las veces; pero cuando era por orden de la DGBP, gobiernos, prefecturas o demarcaciones de policía, las cosas eran diferentes. Solo por citar ejemplos, en 1916 encontramos en 2 expedientes un pedazo de hoja, una tira de papel con el sello de la sección médica de la 6a demarcación de policía y 2 líneas que decían: "trastornado de sus facultades mentales" o "perturbaciones mentales"; rematando con la firma del médico encargado. En otras ocasiones la falta del certificado era

responsabilidad de la misma institución que sin más ni más lo reportaba como extraviado en la oficina de admisión.

La causa de admisión más común año con año durante la década que nos ocupa fue la enajenación mental y otras igual de imprecisas: perturbación mental, confusión mental, signos de trastornos mentales, sufre de sus facultades mentales, síntomas de demencia, al parecer perturbada de sus facultades mentales, perturbación cerebral de naturaleza psíquica, demente en estado incurable, padecimiento nervioso crónico, entre otras. La enajenación mental era un nombre genérico que incluía una serie de síntomas: incongruencia de ideas, logorrea, falta coordinación de ideas, delirio de persecución, falta de atención, incoherencia, tendencia a las ideas de persecución. Como no hacía referencia aun padecimiento en particular, algunos médicos completaban su informe aclarando la forma en que se presentaba la enajenación: "afectado de sus facultades mentales bajo la forma de acceso maniaco", "enfermo de sus facultades mentales bajo la forma de demencia precoz", "enajenación mental bajo la forma de monomanía religiosa", "enajenación mental bajo la forma de demencia etílica"²⁴.

La epilepsia fue la 2a causa más frecuente de admisión, pues se consideraba necesario internar al enfermo, imposibilitado para poder llevar una vida normal. Podía presentarse solo o trayendo consigo otros padecimientos como consecuencia: alcoholismo, enajenación mental, impulsividad, locura o demencia. Hay un caso de epilepsia complicado con alcoholismo y perturbaciones mentales, cuyo origen nos hace recordar la situación de guerra civil presente en nuestro país. Al ser admitido en 1914, leemos en una parte de su

²⁴ Ver tablas de causas y remisión.

interrogatorio bajo el título de *síntomas*: "relata su hijo que cuando la decena trágica... sufrió mucho por el tiroteo y aún más al ver el cadáver notándose después muy nervioso. Hace 5 meses que cayó en cama con calentura... a esta parte se ha degenerado notablemente, habiendo tenido dos momentos de gran violencia durante los cuales lanzaba exclamaciones e intentaba correr"²⁵.

Aquí se hace referencia a los acontecimientos del 8 al 18 de febrero de 1913, cuando dio comienzo la llamada *decena trágica*, que fue el nombre que se le dio al golpe de estado pactado en la embajada yanqui, apoyado por Wilson y con la participación de Huerta y Félix Díaz. Durante esos 10 días hubo un auténtico duelo de artillería entre rebeldes y leales, mientras que en las calles se levantaba el hedor de cadáveres de inocentes civiles muertos en las calles. Huerta solo defendía el Palacio Nacional para convertirse él en presidente, pero necesitaba primero la renuncia de Madero. Cuando el combate terminó el embajador norteamericano actuó como intermediario entre Huerta y Félix Díaz. El arreglo final fue que Huerta se convertiría en presidente provisional con su gabinete compuesto por partidarios de Díaz. Siendo todavía presidente, Madero fue arrestado el 18 de febrero de 1913; tres días después fue asesinado a balazos junto con su vicepresidente Pino Suárez "cuando trataban de escapar", el 22 de febrero de 1913.

Estos 10 días de tiroteo y muertos por la plaza de la ciudadela no podían pasar inadvertidos para la población, y mucho menos para este enfermo, dada su ocupación de fotógrafo. Es probable que *el cadáver* que vio y lo trastornó tanto haya sido el del propio Madero. Este es solo un ejemplo de la forma como

25 Expediente 3199 sección hombres, año 1914. Fondo MG, Sección EC, AHSSA.

la situación política y social de un país tiene mucho que ver con los procesos de salud-enfermedad de su población.

Las remisiones más frecuentes fueron por orden del gobierno del D.F., de las diferentes demarcaciones de policía o por solicitud de la familia de los enfermos. Las comisarías o demarcaciones de policía, aunque no sabemos su ubicación exacta, creemos que funcionaban como delegaciones, donde llegaba gente indigente que mendigaba en las calles o vivía en ellas, en un estado de aparente ruptura con la realidad, por lo que eran considerados enajenados mentales y enviados a la institución correspondiente. La Dirección General de Beneficencia Pública (DGBP) era la responsable económica del MG, ahí se pagaban las cuotas de los pensionistas y se distribuían los gastos para diferentes instituciones de asistencia pública. También autorizaba las exenciones de pago, ya fuera porque hubieran rendido algún servicio especial²⁶. Como coordinadora de diferentes hospitales ahí llegaban las solicitudes del Hospital General o el Consultorio Central, que en su calidad de instituciones de salud, se reconocían incapaces para tratar los casos de enajenación mental, por lo que regularmente remitían gente al MG. También los gobiernos de los estados del interior del país enviaban sus solicitudes de ingreso a la DGBP; y de ahí eran canalizados. Otras instituciones como la Secretaría de Guerra y Marina y los juzgados correccionales ordenaban el ingreso de algunos pacientes, para la "observación y dictamen correspondiente". Se pedía un informe completo sobre su estado de salud, dejando en libertad absoluta a los remitidos, que generalmente se quedaban internados "para continuar su tratamiento".

²⁶ Expediente 1546, año 1911. Fondo MG, Sección EC, AHSSA. Después de 1 año 9 meses este asilado pasó a indigentes, pero regresó a pensionistas de 2a., por "su carácter de licenciado", según orden de la Beneficencia Pública, aunque ya para 1918 regresó a indigentes.

La mayoría de los enfermos ingresaban en calidad de *libres* o *libres e indigentes*, pero algunos eran remitidos por las cárceles o demarcaciones de policía en calidad de *detenidos*, por algún delito que se les imputaba. Cuando esto ocurría eran enviados directamente al pabellón de peligrosos, sin una evaluación previa, solo por ingresar como reos. Cuando cumplían la sentencia del juzgado correccional, eran considerados como *libres sanados*, aunque en realidad no eran ni una ni otra cosa. Quedaba entonces a criterio del director del MG el que el paciente quedara en libertad, o continuara dentro de la institución para su tratamiento, ahora como *internado* o *asilado en calidad de libre*. Todos quedaban como indigentes, pero con la posibilidad de pasar a pensionistas, siempre y cuando hubiera quien pagara las cuotas respectivas.

A la Quinta de Salud de Tlalpan eran remitidos algunos enfermos cuyo padecimiento les permitiera trabajar y de alguna forma rehabilitarse. Si eran enfermos considerados como incurables o que no podían trabajar, sucedía lo contrario, y era la Quinta la que enviaba al MG a la gente que no podía sostener por su estado mental.

La comunidad española en nuestro país tenía en esos años un papel todavía importante y de peso, a juzgar por las asociaciones civiles que dirigía. Hubo ingresos a solicitud del centro asturiano y de la sociedad de beneficencia española; a todos los que remitían les pagaban su cuota como pensionistas, enviando periódicamente correspondencia al director, recomendando el cuidado, tratamiento, atención y vigilancia de sus enfermos.

Tíos políticos, esposos, padres, hermanos, primos, hijos, tíos, suegros, sobrinos y demás familiares solicitaron durante toda la década el ingreso de sus parientes enfermos, en un intento de curarlos y deshacerse de ellos, dejando la carga de

esta responsabilidad en manos de los otros llamados "profesionales". Como ya veremos más adelante en el apartado de *familia*, este era a veces el único indicio de interés o cuidado que tenían por el enfermo, una vez que decidían internarlo en el manicomio, no volvían a acordarse de él, ni siquiera por su muerte o para recoger el cadáver. Claro, a menos que hubiera alguna propiedad de por medio y se necesitara el socorrido juicio de interdicción.

✕ Es lógico que la mayoría de los ingresos hayan sido por orden del gobierno, pues el MG además de ser una institución dependiente de la DGBP, sus puertas se abrieron justificando un gobierno, respaldando la idea de un México afrancesado, abierto a sus acreedores extranjeros y dispuesta a limpiar sus calles de la mugre y pobreza de todo aquello que no resultara grato. Las demarcaciones de policía o comisarías se convirtieron en los filtros o embudos en donde se hacía una selección de los indeseables, por lo que personas sin hogar, indigentes y mendigos eran detenidos y muchos de ellos enviados al MG como enajenados mentales; cuando la realidad era que vivían alejados de la realidad por problemas físicos como sordera o simplemente por elección personal. ✕

El manicomio, con otras instituciones como escuelas, cárceles, hospitales, casas de salud mental o cualquiera del mismo estilo, eran piezas del rompecabezas del gobierno. La idea era segregar a cualquiera que alterara el orden público y social. Todas estas instituciones de reclusión de los individuos "desagradables" tuvieron -y tendrán- una estrecha relación con el poder estatal a través de clasificaciones, discursos, tratamientos, diagnósticos, etc. Obviamente con una herencia occidental, modelo iniciado con la política del porfiriato que, como resulta claro, no produjo ningún beneficio. ✕ Las reclusiones dependían de las observaciones u opiniones de unos cuantos, con diagnósticos tan imprecisos

que igual se remitía a enfermos mentales que adictos o criminales. Identificamos clasificaciones implícitas en las admisiones: a) las de la medicina psiquiátrica b) las que tienen su origen en un padecimiento fisiológico c) las provocadas por alguna adicción d) las debidas a ciertos acontecimientos específicos e) de acuerdo a las necesidades de terceros.

Llamamos medicina "psiquiátrica" a la que hacía uso de los términos genéricos incluidos en la enajenación mental: psicosis, demencia, histeria, manía, delirio, imbecilidad, idiotez, locura, etc. Las causas fisiológicas o hereditarias eran las que se originaban por antecedentes en su ascendencia de problemas neurológicos que provocaban alteraciones directas del juicio, como la epilepsia. Las adicciones (alcohol, tabaco, marihuana, éter, sexo) producían daños fisiológicos que traían consigo trastornos de las facultades mentales, que influían al enfermo para cometer actos indebidos. Había ciertas situaciones en la vida de los pacientes que desencadenaban desde un malestar hasta una somatización a nivel físico o mental. Podía ser el abandono del cónyuge, la pérdida de un bien económico, la muerte de seres queridos y hasta situaciones a nivel social que en la época que nos ocupa fue principalmente la revolución mexicana. Tal vez lo más común fueron los ingresos solicitados por familiares o personas interesadas en que el considerado como enfermo mental se remitiera a un lugar donde además de no ser visto también permaneciera recluido. La intención de este ingreso podía ser un sincero deseo de que el enfermo se atendiera y recuperara o simplemente deshacerse de él, descansar de la responsabilidad y poder hacer uso de sus propiedades materiales o contraer segundas nupcias.

DIAGNÓSTICO

La mayoría de las veces, la opinión del médico que remitía a un enfermo (causa de remisión) no coincidía con el diagnóstico que hacía el personal médico del MG; realizado generalmente después de un tiempo de observación en el pabellón del mismo nombre. No a todos los asilados se les mandaba a este pabellón y muy pocos eran mantenidos en observación y evaluados adecuadamente, ignoramos si debía formularse un diagnóstico de acuerdo a reglamento de la institución, pero fue en la minoría de los expedientes donde encontramos un diagnóstico resultado de una evaluación.

Era solo con la defunción y a veces cuando iban a ser dados de alta que se incluía el nombre de su enfermedad. Por ejemplo, en 1914 a los asilados 3115 y 3278 se les "dio" un diagnóstico solo cuando fueron dados de alta: "confusión mental" y "demencia precoz simple", respectivamente. A ambos se les consideró "estar en condiciones de vivir con su familia", y dado que sus parientes solicitaron su alta, salieron, pero no por mucho tiempo. Meses después reingresaron a la institución y ya no volvieron a salir, conservando el mismo diagnóstico.

Como en muy pocos casos los médicos hicieron una evaluación completa que llevara a un diagnóstico, los enfermos no tenían registrado en su expediente este dato; por lo que tuvimos que buscarlo de otras formas. En algunos casos lo tomamos de la solicitud de cambio de un pabellón a otro, que debía contenerlo como requisito para el traslado; de la causa del alta, como ya mencionamos; en algún otro caso de la corrección de un diagnóstico que se hizo después de la defunción del paciente y de los certificados que en ocasiones eran solicitados por los familiares.

Aunque no era lo mismo la causa por la que se remitía a un paciente que un diagnóstico del MG; algunas veces ambos coincidían, ya fuera completamente o al menos en parte. Eran las enfermedades cuyas características eran muy obvias las que hacían coincidir los diagnósticos, como la epilepsia. En 1910, 1911, 1912, 1913, 1916, 1917, 1918 y 1919 fue precisamente el diagnóstico de esta enfermedad el que hizo coincidir muchos casos. Hubo otros, como el de Parálisis General Progresiva o demencia que se conservaron aún después de la -al menos supuesta- evaluación. En estos casos resultaban tan claros los síntomas, como ataques de tipo epiléptico, lesiones físicas por golpes, antecedentes de sífilis mal atendidas que no era difícil determinar la enfermedad²⁷. Algo que sí podemos afirmar, es que cuando se hacía un diagnóstico, generalmente se mantenía igual hasta la muerte del enfermo.

Las irregularidades del diagnóstico se hicieron presentes casi desde el principio, pero queremos señalar 2 casos correspondientes a 1918 en que vemos cómo los diagnósticos se hacían solo con base en el criterio de una sola persona. A la asilada 5233 un practicante de servicio le diagnosticó "delirio religioso" y más adelante, en la enfermería "demencia precoz simple". Podría justificarse el cambio de porque se realizaron en pabellones diferentes por personas diferentes y uno al menos no era médico. Esto no pasó con el asilado 5415, al que después de una evaluación médica se le reconoció primero con "melancolía" y meses más tarde le encontraron síntomas de "Parálisis General Progresiva"; ¿sería que la melancolía derivó en una P.G.P.? Entendemos el cambio en casos como el del asilado 5551, cuyo primer diagnóstico fue "amencia alucinatoria", que cambió a "delirio de persecución con alucinaciones de la vista", sobre todo porque se

²⁷ Ver de manera comparativa las tablas de causas y remisión y diagnóstico de los años señalados.

aclara que el primer diagnóstico fue provisional hecho en el pabellón de observación.

↵ Otros eran casos totalmente desmembrados, donde nada tenía que ver el diagnóstico con la sintomatología. Durante 1919, el asilado 5819 pasó de una "manía crónica" a una "esquizofrenia hebefrénica", aunque nunca se registro un cambio de sus síntomas en los casi 30 años que pasó en la institución. Y la asilada 5879, que aún cuando no tenía antecedentes de epilepsia y jamás tuvo un ataque se le reconoció primero con "epilepsia (psicopatía)", después con "psicopatía epiléptica", y finalmente después de otro tipo de evaluación se le manejó como con "P.G.P.". Sin embargo, este tampoco se consideró definitivo, como veremos en el último apartado de *defunción*.

Los diagnósticos podían permanecer por años, como ya hemos mencionado, o cambiar sin previo aviso de unos días a otros. Esto dependía de la opinión del médico que estuviera a cargo en el pabellón donde se encontrara el asilado. En ocasiones no era muy diferente su opinión, pero en ciertos casos no encontramos la relación entre el primero y los subsecuentes²⁸. Igual era común que cambiara o se confirmara o hubieran 2 o más de manera simultánea. Durante 1916 encontramos hasta 4 diagnósticos diferentes para un mismo padecimiento, 2 los encontramos de los cambios de pabellón, otro de un alta y el último de la evaluación médica. Nos llama especialmente la atención que del reducido número de asilados que durante 1918 tienen esta información, a la mitad de ellos se les elaboró más de un diagnóstico, muchas veces diferente al anterior.

²⁸ Expedientes 1109, 1126, sección hombres y 1250 sección mujeres año 1911. Fondo MG, Sección EC, AHSSA.

Hay que entender también que el simple hecho de estar en convivencia cotidiana con el resto de los enfermos y en las condiciones en que estaban, ocasionaba un deterioro físico y mental, que muchas veces se reflejaba en el diagnóstico. La realidad era que éste no era muy confiable, pues fueron casi innumerables los casos en que aunque la sintomatología se mantuviera igual, el diagnóstico cambiaba. Durante 1918 a la asilada 5552 se le hizo una primera evaluación reconociéndole "delirio ruidoso y de persecución". Años más tarde se modificó por una "locura circular", aunque la situación del enfermo no cambió en esencia, excepto porque sus reflejos oculares y tendinosos disminuyeron, perdió completamente la dentadura y sufrió un adelgazamiento crónico (que a nosotros nos parece más bien una anemia por desnutrición). Se le reportó como "sigue igual" hasta 1929. Al asilado 5411 se le cambió 3 veces su diagnóstico. En 1918 se le encontró como "demente precoz", más adelante sin que se registraran cambios se consideró que "la confusión mental crónica es un diagnóstico más adecuado", por último y de acuerdo a su edad llegó a la "demencia senil". El tiempo tampoco parecía ser un factor importante en esta decisiones, los diagnósticos podían hacerse casi inmediatamente después del ingreso o dejar pasar hasta 10 años. Por ejemplo, a la asilada 6304 se le reconoció con 3 diferentes enfermedades sin que hubiera un cambio aparente en su estado psíquico. Se le diagnosticó por vez primera en 1920, después en 1930 y por último en 1933.

Claro que no hemos hablado del diagnóstico provisional, como se consideraba al que se hacía al ingresar en el pabellón de observación. Con la idea de que después de una evaluación completa se cambiara por el definitivo, canalizando al paciente al pabellón mas adecuado a su padecimiento. Cuando

la asilada 5629 ingresó en 1919, se le hizo un diagnóstico provisional de "manía aguda", que más adelante cambió a "demencia precoz hebefrénica". Al revisar las hojas de su historia clínica, vimos que su estado psíquico no varió, solo hubo un deterioro en su salud física. En un tercer diagnóstico conservó la hebefrenia, pero con otro tipo de enfermedad mental: "esquizofrenia forma hebefrénica".

Para la institución este dato era necesario, con él se manejaba a los enfermos de acuerdo a las categorías especificadas por el mismo personal. Se les agrupaba de acuerdo a pabellones en donde supuestamente recibían un trato especial o diferente dependiendo de su padecimiento o les permitía justificar el mismo. Era exigido hasta para pasar al pabellón de enfermería, donde eran enviados no por un padecimiento mental tal y como lo hemos estado manejando, sino por una enfermedad física que requería una atención especial. Decimos que debía ser una enfermedad de cuidados individuales porque en ningún expediente vimos que fueran enviados a dicho pabellón por un dolor de cabeza, una gripa, un dolor de muelas o un machucón. La incontinencia de orina, estomatitis, gangrena, reumatismo, fracturas, erisipela, enterocolitis, abscesos, angulosis, tifo, hemorroides internas y agotamiento grave eran padecimientos que sí requerían de ciertos especiales que solo existían en la enfermería.

A todo esto, ¿cómo se elaboraba un diagnóstico? Fue hasta el año de 1916 que encontramos datos que nos permitieran ver cómo lo elaboraban los médicos o en qué se basaban. Afortunadamente, el asilado 4440 nos dio la oportunidad al revisar su expediente y leer la elaboración de su diagnóstico, que por los elementos que proporciona lo transcribimos textual: "Diagnóstico: es totalmente ocioso discutir la picastenia contra la esquizofrenia, tenemos la falta

de autismo, si bien existe el estado demencial. Se podría pensar en una manía crónica en vista de la logorrea; la fuga de ideas, pero estos signos aparecen cuando se le interroga, teniendo aumento largo de reposo, por otra parte lo más característico de su estado mental son las ideas delirantes múltiples y variadas. En vista de lo anterior, me parece que el correcto de este enfermo es: delirio paranoide imaginativo (junio 8, 1931). Fue confirmado por otros médicos del MG.

La obtención de todos estos datos era en gran parte verbal y una pequeña como resultado de la observación general. El problema era cuando el enfermo no respondía a las preguntas, pues entonces no podían evaluarse sus facultades mentales. En cambio cuando si respondía, podía hacerse un completa evaluación (a nivel descriptivo), como la que se le hizo al asilado 4213 durante su ingreso en 1916. Transcribimos textual: "Conserva palabra y memoria, padece ataques epileptiformes desde hace dos meses, padece hemiplejía en el lado izquierdo. Desde que le dispararon en la región occipital de entrada y de salida en la región temporal, tuvo problemas de movimientos hasta que se paralizó todo su lado izquierdo. Hay además parálisis facial, ha tomado jarabes de potasio en altas dosis. Un mes antes de su ingreso comenzaron los ataques epileptiformes que han ido aumentando en frecuencia, hasta 3 veces en una noche. Empieza por temblor en el lado izquierdo, pierde el conocimiento y vienen las convulsiones tónicas y clónicas, después una fase comatosa. Arroja espuma por la boca y se muerde la lengua. A veces se cae de la cama, la parálisis de lado izquierdo continúa y comienza la anestesia en las extremidades de los miembros izquierdos. Sus facultades intelectuales están intactas." Aunque su lugar no era el MG pues no presentaba trastorno a nivel intelectual y podía ser tratado de otra forma, hay que recordar que los tratamientos para epilépticos eran

pocos y mal conocidos; por eso permaneció en la institución hasta el fin de sus días.

A juzgar por lo que leímos en otros expedientes se hacían otro tipo de exámenes a los epilépticos, pero desgraciadamente no se aclara de qué tipo. Al enfermo 4354 se le reconoció -en el mismo año- así: "por diversos exámenes practicados se ve que es epiléptico desde niño; no presenta el Gran Mal Epiléptico, tiene vértigo, es agresivo a intervalos.."

La gran mayoría de los asilados tenía antecedentes de su padecimiento, que eran retomados al establecer un diagnóstico. Por ejemplo, el asilado 6403, que ingresó en 1920, tuvo diferentes problemas por presentar enfermedades graves de transmisión sexual: blenorragias, chancros blandos, chancros duros y finalmente sífilis. A pesar de haber sido tratado con mercurio y salvarsán, la sífilis continuó avanzando pues después de su ingreso al manicomio continuó con los mismos síntomas; por lo que se mantuvo el mismo diagnóstico, de Parálisis General. El antecedente más frecuente en cuanto a la historia de síntomas físicos casi desde el principio fue el alcoholismo, sin importar sexo, edad y ocupación del asilado²⁹. El alcoholismo era una causa común de ingreso y una buena justificación para elaborar los diagnósticos; se consideraba la causa de enfermedades no solo relacionados directamente con él, sino de muchas otras, como la P.G.P., haciendo de lado enfermedades venéreas y problemas sifilíticos.

Hablando de padecimientos con un origen sifilítico, fue una práctica común a lo largo de la década que se hicieran estudios y análisis de laboratorio para detectar estos antecedentes. A raíz de resultar positivas las pruebas de

²⁹ Expedientes 2021, 2277, sección mujeres y 2057, 2160, sección hombres., año 1912. Fondo MG, Sección EC, AHSSA. Las edades de los asilados eran de 22, 21, 31 y 58 años; de ocupaciones igualmente diferentes: corista, frutera, abogado y arriero, respectivamente.

líquido céfalorraquídeo y la reacción de Wassermann ya se manejaba a un asilado con un diagnóstico oficial de Parálisis General Progresiva (P.G.P.). Estos eran los más precisos y con un índice de error muy bajo.

Las causas atribuidas a cada padecimiento eran muy variadas, además del gran culpable: el alcohol. Las impresiones morales, emociones fuertes, sustos, golpes, un ataque moral, pesares y preocupaciones, la locura de una hija, el abandono del marido, un disparo en la cabeza, sustos que sufrió la madre de los enfermos durante el embarazo o la muerte de un pariente cercano eran considerados desencadenantes de las enfermedades mentales. Estas "causas" no eran atribuidas por los doctores, sino por el propio paciente o la persona que lo acompañaba y respondía al interrogatorio. Es por eso que a una misma enfermedad, como la P.G.P. se le consideraban diferentes orígenes: alcoholismo, un susto o enfermedades venéreas. Es muy interesante también revisar que se consideraba como causas de la enfermedad a la "revolución" al menos en 3 casos durante 1917. Afectó a una de las enfermas provocándole un delirio de persecución relacionado con los zapatistas al grado de intentar suicidarse; a otra, que estaba embarazada, a raíz de un encuentro que tuvo con los zapatistas, le sobrevino un fuerte desequilibrio emocional.

Para ejemplificar el cómo se elaboraba un diagnóstico, queremos transcribir el caso del enfermo 4926 que ingresó en 1917 por un problema de hidrocefalia congénita complicada con ataques de tipo epiléptico. Con este tipo de pacientes se evaluaba su situación física: "presenta el aspecto de un hidrocéfalo con cicatrices en la frente y piel cabelluda debido a los ataques, temblores fibrilares fino en dedos y lengua, torpeza pupilar, reflejos branquiales débiles, partelanes muy exagerados". Su sintomatología conductual: "muy

irritable, constantemente disgustado, cree que le han quitado sus cosas, presenta alucinaciones de la vista y el oído, ignora en qué lugar se encuentra, su afectividad está muy disminuida, permanece a veces hablando mucho y luego se sume en un mutismo". Por último, se describían sus ataques: "empiezan con un grito y siguen las convulsiones tónicas y clónicas, arroja espuma por la boca, se muerde la lengua y presenta emisión involuntaria de orina".

Aunque muy raro, en algunos expedientes se incluía el pronóstico, que la mayoría de las veces era de incurable. Por ejemplo, al enfermo 4317 que se le diagnosticó "confusión mental asténica", su pronóstico resultó desfavorable pues "su estado mental no ha mejorado y el físico ha desmejorado y no hay indicios de curación". Murió de enteritis poco tiempo después.

Hubo diagnósticos interesantes por sus características, durante 1912, la asilada 2172 ingresó con 3 meses de embarazo, con crisis de llanto y risa, rompía sus ropas, sufría de insomnio, confusión mental, en ocasiones furiosa, hablaba constantemente, muy inquieta, intentaba correr y se alimentaba muy mal. Se creyó que su mal se originó por una "conmoción moral intensa" 8 días antes de su ingreso, pero en el MG se consideró que "el origen de su padecimiento probablemente es tóxico, radicando la fuente productiva de toxinas en el útero, pues según su esposo se encuentra en el tercer mes de embarazo". De febrero a mayo de 1913 estuvo en la enfermería, y según el reporte regresó a su pabellón de origen "después del parto normal que tuvo en la enfermería". Aún después de dar a luz no se registró ningún cambio de estado. Murió poco más de un año después.

A juzgar por los diagnósticos, la enfermedad más frecuente en el MG a lo largo de la década que nos ocupa fue la demencia, durante 1910, 1911, 1912,

1914, 1916, 1918, 1919 y 1920 fue la más diagnosticada. En 1915 y 1917, además de la demencia también se reconocieron muchas enfermedades relacionadas con la sífilis. En 1913, el alcohol causó verdaderos estragos, provocando psicosis, amencia, crónico, demencia, excitación maniaca, entre otras.

Queremos señalar, ya que la demencia es la que tiene un mayor número de casos, que este padecimiento abarca estados caracterizados por "marcada afección de la vida afectiva y la voluntad, y por la evolución progresiva hacia la disgregación completa de la personalidad que cobrará un aspecto cada vez más deficitario"³⁰. De aquí se derivaban las diferentes formas clínicas: simple, hebefrénica, catatónica, paranoide, depresivas, periódicas, precoz, etcétera. La forma simple correspondía a un debilitamiento intelectual progresivo la paranoide a implicaba una actividad delirante y alucinatoria; y una combinación de depresión regresiva seguida de un período de confusión hasta llegar a una demencia final significaba un tipo hebefreno-catatónico.

Otras de las características de la demencia eran una perturbación de la memoria y del juicio con atrofia orgánica que era visible, aunque generalmente difusa. La especificación de cada síntoma se hacía de acuerdo a los síntomas, la de tipo hebefrénica como la de la enferma 4667, que se caracterizaba por una "ruina mental: pérdida de la atención y afectividad, estereotipias y delirio polimorfo". La presentada por el enfermo 4805, quien por cierto era muy joven (25 años) era de tipo precoz simple, clásica de la gente joven, entre 15 y 30 años. La demencia secundaria con síntomas de manía aguda como la de la asilada 4877 se caracterizaba por una excitación súbitamente desarrollada: "habla sola,

³⁰ Postel, Jaques y Quérel Claude (compiladores) Historia de la psiquiatría. FCE. Biblioteca de psicología profunda y psicoanálisis. México, 1987. P.791.

maldice, tiene alucinaciones de vista y oído, se muerde el cuerpo, se desprende la ropa..." Cuando el tipo de demencia era orgánica los síntomas descritos eran en su mayoría físicos, como podemos leer en el expediente 5115: "parálisis de miembros derechos y desviación de la cara al lados opuesto. Afasia incompleta, huellas de sílfides en la piel, hemipléjico por hemorragia espástica..."

Un último dato sobre la demencia es que muchos de los casos a los que se les diagnosticó esta enfermedad, fueron internados a solicitud de algún miembro cercano de su familia; lo que nos hace pensar en el estado emocional de la persona a partir de la vida familiar, ya que el origen de la gran mayoría de este tipo de padecimiento está en la vida afectiva, determinada en gran parte por este primer grupo social.

Es lógico pensar que en una institución de las dimensiones de MG hubiera mucha gente trabajando en las diferentes áreas, desde cuestiones de limpieza hasta lo administrativo o la misma dirección. Este es el personal que mantenía funcionando el manicomio, pero los que cargaban el peso de la institución eran sin duda los médicos. Su reconocimiento era a cualquier nivel, no era solo social o cultural. A su cargo estaban cualquier tipo de manejo, distribución, evaluación tratamiento, diagnóstico y hasta alimentación o visitas de absolutamente todos los asilados.

Esta situación no era gratuita, ni era que los médicos en una actitud malsana planearan adueñarse de todo el campo de trabajo en el área de salud mental. Simplemente era una de las profesiones más comunes; durante el porfiriato, las profesiones más comunes eran los maestros, abogados y médicos. Todos debían ser médicos titulados, quien ejercía sin título era multado por el gobierno. Hablamos de médicos generales, no psiquiatras. La psiquiatría ya muy

conocida en el extranjero y ampliamente practicada por Charcot o Freud, en nuestro país para 1910 apenas era una mala copia de éste y otros modelos. Si la psiquiatría estaba en pañales, la psicología como ciencia aún estaba en gestación. Ya Ezequiel A. Chávez Lavista había logrado incluirla como materia independiente en el curriculum de la preparatoria nacional; pero de ahí a que pudiera manejarse como ciencia aparte o que tuviera cabida en el campo de la salud mental, existe una gran distancia.

En ese entonces no había una psicología para trabajar con ella, lo que es peor, ni siquiera se consideraba al mexicano como objeto de estudio. La psicología llegó a México procedente de Europa, de acuerdo a personas, situaciones, modelos, estilos de vivir, morir y enfermarse alejados no solo geográficamente, sino social, política y psicológicamente. Una psicología o técnica de trabajo ajena a las necesidades de nuestro tiempo y nuestra cultura. Por eso entendemos que las formas de evaluación, diagnóstico, atención y tratamiento de los enfermos estuviera totalmente a cargo de los médicos, poseedores de todo el saber.

TRATAMIENTOS

Resulta muy importante establecer la relación de técnicas, tratamientos y medicamentos administrados, pero se nos presentaron 2 problemas: primero la poca información que encontramos respecto a las terapéuticas y después casi desde el principio, el problema que nos significó el tipo o estilo de la escritura original, que muchas veces nos dificultó entender el nombre de una fórmula o compuesto, que ahora ya no se manejan así, sino con nombres comerciales. Eran combinaciones de ciertas sustancias de uso común durante aquella época, hoy

ya en desuso. Lo único que se nos ocurrió fue procurar transcribir letra por letra, según lo entendimos, el nombre de cada solución. Aquellos que nos resultaron ya familiares por lo repetido de su aplicación, no nos ocasionaron problema.

De acuerdo a la información contenida en los expedientes, podemos afirmar que la menor parte de los asilados tenían un tratamiento, para su enfermedad ya fuera física o mental. A excepción de casos muy específicos, los tratamientos que leímos los encontramos bastante incompletos, no se reporta para qué se administraron ciertos medicamentos ni los resultados obtenidos. Los tratamientos eran puramente médicos, realizados principalmente en la enfermería por padecimientos específicos como diarrea o erisipela, por ejemplo. Las terapias para los problemas mentales suponemos que no eran desarrollados ahí, pero no encontramos la información que nos indicara dónde eran practicados; aunque lo más probable es que se realizaran en el pabellón de origen.

Los tratamientos más comunes eran por algún golpe, herida o enfermedad aguda como neumonía, neuralgias, heridas o indigestiones, abscesos y anemia; eran enviados al pabellón de enfermería, donde recibían el tratamiento -a juicio del médico encargado- más adecuado para su enfermedad. La realidad es que todos los tratamientos eran sintomáticos, de acuerdo a lo que le pasara al asilado en un momento dado: diarrea, fiebres, debilitamiento en general.

Por ejemplo, la enferma 6205, recibió lavados y antisépticos vaginales para contrarrestar un flujo vaginal que "la atacó" después de su último parto; problemas menores como una infección, eran atendidos con "penicilina 30.000 cada 3 hrs. y aceite de ricino por la mañana". Para un decaimiento o un agotamiento leve se prescribían inyecciones de m... (inteligible) de sodio con

tónicos generales y sulfato de magnesia. Otro tipo de problemas requerían una atención más delicada, como la extirpación quirúrgica de unas hemorroides o un cáncer en la matriz. A esta enferma se le ordenaron "lavados de solución de pemionzanato y aplicación de gasa fenicada, suero glucosado y aceite alcanforado para la disminución de la fetidez". Obviamente, el tratamiento no sirvió de nada pues la enferma murió al poco tiempo. En otros casos se empleaba toda la terapéutica posible, pero con resultados igual de mortales. Así resultó el manejo que se hizo de la enferma 2861, que presentó asfixia mecánica por obstrucción de la garganta. "Después de 2 ó 4 minutos se le extrajo el obstáculo al aire y se procedió a la respiración artificial y tracciones rítmicas de la lengua, se le pusieron inyecciones de emetina y aceite alcanforado. La atención médica se suspendió 2 hrs. después del principio de asfixia".

En general, podemos hablar de un "cuadro básico de análisis" y una "canasta básica de medicamentos". A lo largo de toda la década se aplicaron los mismos análisis: tuberculina al 2 X 10.00, reacción de Wassermann, bioquímica del líquido céfalorraquídeo³¹, la reacción de la tuberculina, químico de orina, de sangre y de materia fecal. Los análisis no eran tratamientos en sí, pero eran aplicados para observar la presencia de algún tipo de virus que estuviera atacando a los enfermos. Dependiendo del resultado de estos estudios era el tratamiento que se establecía. Cuando era negativo o no arrojaba un resultado significativo no pasaba a mayores, solo quedaba como un dato más dentro del

31 La tuberculina usada como prueba, consistía en la aplicación del bacilo tuberculoso al enfermo, que en los no tuberculosos no provoca reacción, pero en los infectados provoca fiebre, malestar, tos, expectoración. La reacción de Wassermann es una prueba de sangre para determinar la presencia del chancro de la sífilis; y el examen de líquido céfalorraquídeo es resultado de una punción lumbar que identifica la presencia del germen de meningitis, alguna epidemia o tuberculosis.

expediente; claro que hubo casos en los que aunque el resultado fuera positivo no se registró tratamiento alguno para los asilados³².

A través del expediente de la asilada 5281, que ingresó durante 1918, podemos observar en qué consistía un estudio completo de materia fecal.

Transcribimos textual: "análisis parasitológico en la materia fecal encontrándose:

parásitos macroscópicos - ninguno

huevos de parásitos macroscópicos - ninguno

parásitos microscópicos - ninguno

quistes amibianos - abundantes"

Sin embargo, no se le administró ningún tipo de tratamiento o desparasitación a esta enferma.

La lista de la "canasta básica de medicamentos" comienza por los tratamientos tónicos, generales y sintomáticos, los baños de agua a distintas temperaturas, los tónicos vitamínicos, todos los bromuros, cloral y cualquier derivado del opio; por otra parte estaban los lavados intestinales, laxantes, purgas y dietas lácteas. Ninguno de estos medicamentos tuvo un resultado favorable para los enfermos, de hecho, su uso no era para aliviar, sino para mantener o simplemente sedar.

El tratamiento era administrado con base solo en lo observado dentro de la institución, aquellos medicamentos que los enfermos habían recibido de su médico particular o de algún hospital ni siquiera se evaluaban sus resultados. Durante 1912 y 1920 ingresaron enfermos con tratamientos principalmente contra la sífilis: "el 606", "jarabe de Gibert", mercuriales y salvarsán; que al ingresar al MG

³² Expedientes 6223, 6321, sección mujeres; 6315, 6403, sección hombres. Año 1920, Fondo MG, Sección EC, AHSSA.

se suspendieron y desgraciadamente no fueron continuados. Hay un caso muy representativo de los tratamientos que se daban a los enfermos mentales, tanto fuera como dentro del MG; a la asilada 1736, desde antes de su ingreso en 1912, su médico le dio un tratamiento bastante completo. Como en la casa en que vivía había mucho ruido y disturbios, fue trasladada a otra donde pudiera descansar. Se reporta que ahí "le regresó la calma, el juicio y la lucidez, comió bien algunos días pero regresó el delirio, ahora con más furia". Los medicamentos que le administró fueron: inyecciones de glisero fosfato y vital de fierro, jarabe de felows, hipofosfitos, laxantes ligeros, lavados vaginales, purgantes salino, baños calientes, trional, extracto fluido de(inteligible), elixir polibromuro e ivon. Ya en el MG su estado fue empeorando, acentuándose sus síntomas; el tratamiento incluyó: "cucharada para la diarrea, inyección de tuberculina, ferro histoserum, cloruro de calcio, sulfato azul, extracto de hígado, yodorgan, aceite alcanforado y comprimidos". No se describió el desarrollo de la paciente, pero a juzgar por los reportes que se hacían de ella a la familia, no hubo mejoría, "continuando con las excitaciones frecuentes e insomnios, pero fuera de esas épocas está bien".

Dado que la población del MG era de lo más heterogénea, el personal debía estar preparado para manejar todo tipo de casos, aunque la mayoría de los tratamientos estuvieron relacionados con padecimientos específicos: sífilis, infecciones gastrointestinales, erisipelas y epilepsias. Las enfermedades infecciosas como la erisipela³³, eran tratadas en sus inicios en la enfermería con curaciones locales y pomadas externas. Las que eran más bien leves se atendían solo localmente con un "compuesto de vaselina, lanolina, ofide de curie, ioduro

³³ Queremos señalar que las erisipelas eran producidas por un estreptococo que cuando se hace virulento ataca a los que tienen bajo su sistema inmunológico. Su tratamiento incluye aislamiento, medidas máximas de higiene y antibióticos. En el MG no se cumplía ni una de las tres.

de sodio". Las de tipo supurativo se trataban además con "levadura de cerveza" por vía oral, antiinflamatorios, sulfatino, vitamina C y aceite alcanforado.

La epilepsia, padecimiento muy común y considerado enfermedad mental, se trataba con inyecciones de ergotina de Ivon, que se empleaba en inyecciones hipodérmicas y luminal, que es un hipnótico y antiepiléptico. Al parecer los resultados eran buenos pues producían una disminución en el número de ataques. Otro tratamiento fue el que se le dio a la asilada 2341 durante 1912 para una serie de ataques de tipo epiléptico: lavados intestinales, tónicos generales y desinfectantes. Dudamos que el origen de los ataques haya sido la epilepsia, pues después de este tratamiento se reportó la desaparición de los accesos. Era común que a consecuencia los epilépticos se lastimaran y hasta llegaran a sufrir alguna fractura, por lo que también se les atendía, colocándoles "aparatos inmovilizadores de yeso" y después como seguimiento "masajes" al miembro dañado.

Sin duda el tratamiento más administrado para una enfermedad mental fue el administrado para la sífilis, causante de la muy común Parálisis General Progresiva (P.G.P.). Haciendo a un lado los reportados como "tratamiento antisifilítico", "antisifilítico, mixto e intensivo", los medicamentos y sustancias más manejados fueron sin duda el salvarsán, neosalvarsán, mercuriales y compuestos arsenicales³⁴. Para 1916, se reconocía el mejor uso del suero mercurializado sobre el salvarsán en casos de sífilis cerebral. Las dosis se administraban por series; en el caso del enfermo 5932, el problema se reportó como "intenso", por lo que el

³⁴ El salvarsán era una marca registrada del arsfenamina, compuesto que se usó en el tratamiento de la sífilis y otras treponematosis. Los arsenicales eran compuestos que se usaron extensamente en la sífilis y otras enfermedades protozoarias. El mercurial además de sus propiedades alterantes y purgantes se empleó en la sífilis.

tratamiento fue más fuerte, durando casi un año. Mejoró físicamente, aunque sus facultades intelectuales continuaron debilitadas. Los resultados eran diferentes en cada caso, aunque debemos admitir que la mayoría fueron positivos en cuanto a la disminución de ciertas manifestaciones físicas como ulceraciones o manchas cutáneas. No pasó lo mismo con el estado mental, pues se reportan mejorías muy ambivalentes, como el caso del asilado 3012, que desde finales de 1913 "desapareció su estado maniaco, encontrándose solo demente", pero sin mostrar mejoría en cuanto a su PGP.

Ninguno de estos tratamientos fue tan frecuente como el que se prescribía para las enfermedades gastrointestinales: enteritis, gastroenteritis, colitis, gastroenterocolitis. Indispensables resultaron los "lavados con agua hervida, una cucharada de agua oxigenada y aceite alcanforado" o los "purgantes salinos (sulfato de sodio)"; bismutos, emetina, "dieta láctea, la antigua receta del cocimiento blanco; con laúdano de lydenham y jarabe de kramería", ampolletas de aceite alcanforado, subnitrito de bismuto, laúdano de syd, antisépticos intestinales, astringentes, opio, desinfectantes, tónicos generales, defusibles. A veces no se reportaba la enteritis como tal, pero los síntomas eran claros: por "evacuaciones mucosanguinolentas, fétidas, dolorosas, frecuentes y poco abundantes" se le dio al asilado 4358 "inyecciones de cloruro de emetina... una inyección endovenosa por la mañana y otra muscular por la tarde. Complán y suero hematónico alternado". Otro síntoma de este tipo de enfermedades eran los cólicos dolorosos, como los que sufría el asilado 4325, para lo que se le administraba morfina y se le hacían "curaciones húmedas calientes en el abdomen, bolsas de hielo, etc.". Este tratamiento resultó muy común, pues desde esos primeros años y hasta casi el final de la primer década de su funcionamiento

se siguió aplicando morfina para el dolor y hielo el abdomen como único remedio. Otro tratamiento, aplicado en la enfermería consistió en "vitamina C, extracto de hígado, enterovioformo, suero glucosado, dextrevit".

Lo que no acabamos de entender es por qué si un paciente presentaba un cuadro diarreico, con frecuencia ya hasta de manera cotidiana se le administraban laxantes. Así ocurrió con la asilada 6304, que desde su ingreso en 1920 y cada tercer día por semana de descanso se le daban 2 píldoras laxantes al acostarse, a pesar de presentar una enteritis crónica que a la larga fue la que provocó su muerte. Pocos días antes se reportó que "su estado físico no da ya esperanza de alivio". No se reportan exactamente los resultados de estas terapias, pero a juzgar por las causas de defunción no eran buenos, por lo que su eficacia no solo queda en duda, sino que desde el principio fue pésima.

Hubo muchos casos en los que se prescribieron medicamentos y tratamientos completos, pero sin especificar causas, diagnóstico, dosis o resultados. Sin embargo, de acuerdo a las sustancias podemos darnos cuenta de qué clase de terapéuticas se manejaban y el efecto que causaban en los pacientes. Uno de los primeros lo encontramos durante 1912; a la enferma 1988 se la alimentaba por sonda y se le administró tuberculina con reacción negativa; se le dieron tónicos y estimulantes "casi sin resultado", se le recomendó un régimen lácteo, agua con jugo de naranja o limón, antisépticos intestinales y opio. Más adelante se le completó su régimen, ahora lácteo-vegetariano y emulsión de aceite de hígado de bacalao.

Encontramos 3 casos durante 1915. El enfermo 3787, no tuvo un diagnóstico dentro del MG, pero sí se le administraron 3 cucharadas de solución bromurada y un purgante salino cada 15 días; tomando en cuenta -según

creemos- la sintomatología que presentaba: tranquilo, siempre riéndose, presentando "ataques convulsivos súbitos y de gran intensidad". El asilado 3840 con un diagnóstico de psicosis maniaco depresiva fue atendido con "agria e... (inteligible), cloruro de cinc, gotas en los ojos, curaciones, pomada en la cara, alimentos: dieta". Falleció de septicemia, un tipo de infección en la piel. Por último, uno de los tratamientos más detallados fue el de la enferma 3910, que aunque se consideró como demente precoz con rasgos de imbecilidad, no llegó a hacerse un diagnóstico por el personal de la institución. Pero sí se le daban "2 cucharadas de bromuro al día, sal de pelletier, VII cápsulas de agua cloroformada y agua de menta, es... (inteligible), inyección de electraigol, cafeína, inyección de suero fisiológico, sulfato de esparteína. En ninguno de los 3 casos sabemos si mejoró el paciente, porque no está reportado.

Al ver el tratamiento que se le dio a la asilada 4712 desde 1917, pensamos que había ciertas *fórmulas de cajón*, que eran administradas a la mayoría de los enfermos solo para mantenerlos más o menos estables y no para procurarles mejoría. Para la "locura constitutiva" de esta paciente se le administró un purgante salino, lavados intestinales, tónicos generales, aceite alcanforado, cafeína, 2 ampolletas de suero antiestreptocócico de 20 c.c. y pomada a base de siliial (?) al 10 %. Se reportó en el mismo estado mental y "bien" de salud. Al asilado 4805, además de practicársele análisis, se le dio un tratamiento que en teoría estaba de acuerdo a su "demencia precoz simple": ración alimenticia normal, inyecciones de vitalígeno por serie, tratamiento tónico e higiénico, ampolleta de cloruro de emetina cada 3 días, una inyección diaria de suero glucosado de 10 c.c., 10 unidades de insulina 2 veces al día, 3 inyecciones de suero alcanforado de 820 gms. Más adelante su ración alimenticia se especificó:

"leche, huevos, sopas, verduras, pan". No obstante los esfuerzos, el enfermo siguió agotándose y murió de caquexia.

La mayoría de estos medicamentos solo eran tranquilizantes o depresores del sistema nervioso. Los bromuros, son depresores cardiacos y nerviosos; el de potasio era además antiepiléptico y anafrodisiaco; el de sodio sedante, hipnótico, antiepiléptico y antihistérico; el de amonio era usado como el de potasio, pero más estimulante. El cloral es un anodino, hipnótico y antiespasmódico que era empleado en el insomnio, manía delirium tremens, histerismo, tétanos, parto, convulsiones puerperales, corea, crup espasmódico, asma, etc. El agua clorada y de menta también son tranquilizantes, la última además es antiespasmódica; la cafeína es un estimulante cardiaco y nervioso, utilizado también en los casos de envenenamiento por opio. Aunque no se registran este tipo de problemas, el opio era muy manejado en cualquiera de sus más de 20 alcaloides; en polvo, extracto, tintura, jarabe y vinagre. Algunas de sus combinaciones manejadas en el manicomio eran el láudano de sydenham, y el sulfentanil. Se emplea como anodino y astringente de manera local; al interior como analgésico, narcótico, calmante y moderador de las secreciones, respiración y estados de irritación (sudorífico, antidiarreico y antitusígeno)³⁵.

Otros como el vitalígeno, calcio, vitaminas c y b, tónicos generales eran usados como reconstituyentes. Este último no era un jarabe, sino que el término incluía todo aquello que tonifica el organismo, como el ejercicio, baños fríos, como la loutroterapia que no es otra cosa que la balneoterapia, muy manejada en el MG. El comodín de los medicamentos era sin duda el alcanfor en sus

35 Navarro Beltrán, Estanislao dr. (coordinador). Diccionario terminológico de ciencias médicas. 13a. edición. Salvat Ediciones científicas y técnicas. España, 1993.

diferentes preparaciones oficiales: agua, alcohol, aceite y pomada. Se usaba como antiparasitario e insecticida, como revulsivo³⁶ cutáneo y en su uso interno por su acción excitante del sistema nervioso.

Dados los problemas en el área gastrointestinal, los medicamentos más manejados para estos problemas eran el sulfato de sodio (purgante), subnitrito de bismuto, emetina (disentería, amebas), bismuto (afecciones inflamatorias del estómago e intestinos era usado también como antibiótico), benzonaftol (antiséptico intestinal), metilarsinato de sodio (purgante, para la disentería), sulfato de magnesio (purgante o por intravenoso como sedante). Los enemas y purgantes eran una práctica común y continua; los primeros consistían en una inyección de líquido en el recto ya fuera solo agua o con algún tipo de medicamento. Los purgantes son fármacos administrados por vía oral que tienen una acción evacuante intestinal³⁷.

Todas estas sustancias que para nosotros resultan extrañas, para los médicos eran de uso cotidiano, tanto que muchas veces se manejaban como terapéuticas estandarizadas. Por ejemplo, se habla de tratamiento antisifilítico, sintomático, higiénico, reconstituyente, adecuado para la PGP, general, tónico tuberculoso, "recursos terapéuticos", "tratamiento que se tiene al alcance", etc. Estos términos llegaban a resultar muy confusos para aquellos que no estuvieran familiarizados con los procedimientos de los médicos del manicomio. Parecería que los tratamientos eran algo así como una moda, por épocas se administraba el mismo a la mayoría de los asilados.

36 Un revulsivo es una sustancia o agente que provoca inflamación superficial con el fin de sustituir con esta con otra más profunda y peligrosa.

37 Segatore, Luigi dr. y Poli, Gianangelo dr. Diccionario médico. 5a. edición. Dr. Rafael Ruiz Lara Traductor. Editorial Teide Barcelona. Barcelona, 1978.

Los tratamientos para mantener vivo y más o menos estable al asilado consistían básicamente en los conocidos enemas, medicamentos tonificantes, lavados, aplicaciones sépticas, balneoterapia, reclusión, calmantes, anticonvulsivos, complán, baño de aseo semanal, ración "normal" de alimentos, sueros vitaminados, extracto de hígado, vitamina b y c, calcio. Parte de estas terapéuticas fueron los calmantes, administrados a diestra y siniestra por todo la población interna de la institución. Sus presentaciones y nombres son muchísimos, pero su función es la misma: sedar, dormir, tranquilizar; eliminar al paciente de la vida cotidiana, recluyéndolo de su propia vida interior. Los más usados fueron: acónito, belladona, opio, cloral, agua de azahar, bromuro (de sodio, potasio y amonio), valeriana, estramonio, sulfato de magnesio por vía intravenosa, y algunas combinaciones de calcio, que eran usadas como sedante. Todos estas fórmulas eran administradas cotidianamente, en forma de cucharadas o preparaciones.

Ahora sabemos cual es la importancia de una buena alimentación, y aunque en aquellos años no se reconocía igual, se tenían ciertos cuidados acerca de la misma. Muchas veces se incluía como parte del tratamiento, sin especificar si se trata de una dieta especial o que se le mejore la calidad del alimento o que se coma con mayor frecuencia. En muchos casos solo se señalaba "ración alimenticia normal", "alimento", "régimen lácteo-vegetariano", sin especificar en qué consistía; ocasionalmente se sumaban ciertos alimentos, como carne molida, leche, huevos, sopas, verduras o pan. Fue famosa la comida de esta institución, precisamente por su mala calidad, tanto en las medidas higiénicas de su preparación como por su nivel nutritivo. Al menos en teoría, los

pensionistas tenían mejor comida, a juzgar por lo que el director reportó.

Transcribimos textual:

Pensionistas 2a.

Desayuno: Chocolate, leche y una pieza de pan.

Comida: 2 sopas, 1 bistec, 1 huevo, 2 guisados, frijoles y 1 pieza de pan.

Merienda: Chocolate, leche y 1 pieza de pan.

Cena: 1 bistec con ensalada, café con leche y 1 pieza de pan.

Pensionistas 3a.

Desayuno: Café con leche y 1 pieza de pan.

Comida: 2 sopas, guisados y 1 pieza de pan.

Merienda: Café con leche y 1 pieza de pan.

Cena: Igual a pensionistas 2a.³⁸

Otras terapias eran los "baños tibios antisépticos y antitérmicos", "baños tónicos y expectorantes", "balneoterapia", "baños", "bañoterapia" o "hidroterapia"; que implicaba el sumergir a los asilados en una especie de baño de tina con agua a diferentes temperaturas. Su nombre técnico era loutroterapia. Hubo otras terapias que realmente no entendimos en qué consistieron, como la "autohemoterapia" e intramuscular 2 veces por semana en serie de 20" que se recomendó a la asilada 5629. El ejercicio -no se especifica de qué tipo- y la supresión de situaciones y objetos contingentes a la enfermedad del asilado eran otras de las medidas adoptadas. Queremos suponer que en algunos casos el tratamiento era mucho más completo, aunque no tenemos los elementos para poder asegurarlo. Según está registrado en los expedientes ya se habla de

³⁸ Expediente 2136, sección mujeres año 1912. Fondo MG Sección EC AHSSA. Esta información la contiene una carta que el director escribió a la hermana de una asilada que preguntaba sobre la alimentación que tenían las enfermas de acuerdo a su categoría.

psicoterapia desde 1911. Se recomendó en 2 casos específicos, en los pacientes 1222 con un diagnóstico de paranoia y 1250 que se le reconoció con demencia precoz paranoide. Sin embargo, no encontramos algún indicio de que se hubiera llevado a cabo o que realmente existiera alguien responsable de este tipo de terapia. Ya al final de la década encontramos que al asilado 6583 también se le dio un tratamiento "psicoterápico" para atender su padecimiento mental, pero no encontramos más datos del tipo de atención o de su evolución.

Algunos de los tratamientos, aunque los menos, sí fueron específicamente para problemas mentales; con resultados temporalmente favorables. A la asilada 2172 se le recomendó para sus manías agudas por intoxicación gravídica, reposo, baños prolongados y fitostrina; reportándose una disminución en su excitación. Para la psicosis alcohólica aguda de otro asilados se administró setucimina en dosis creciente con buenos resultados: "han ido desapareciendo los síntomas de excitación etílica". Cuando llegó en 1916 el asilado 4117 se le administraron "inyecciones de ergotina de ivon" reportándose decesos en las convulsiones... aunque nunca se le diagnosticó como epiléptico. A la asilada 3645 se le administró bromuro de potasio "en los días en que se hace más notable su locuacidad"; pero no se registraron cambios en los casi 32 años que pasó en el MG. Los tratamientos contra la sífilis generalmente reportaban buenos resultados, aunque como los otros eran solo temporales, a la larga regresaban los síntomas y los tratamientos eran suspendidos. Además, las mejoras en el aspecto físico que eran las más frecuentes, no implicaban una mejoría en el mental, que muy al contrario iba debilitándose y deteriorándose día con día.

La gran mayoría no recibió nunca ningún tratamiento dentro de la institución, ya fuera porque la BP no podía costearlo y era necesario que los

familiares compraran la medicinas o que tratamientos como radiaciones que no podía administrarlos el MG fueran seguidos en el Hospital General. Hubo muchos otros casos que sin explicación alguna solo se reportaron así: "sin tratamiento". Igual hubo planes de tratamiento y estudios que nunca fueron realizados; a la asilada 5663 se le ordenó un estudio de líquido céfalorraquídeo que nunca se le practicó. Tampoco al enfermo 6041 se le completó su tratamiento, solo se quedó en planes la atención a la rigidez que padecía.

En teoría, la prescripción de medicamentos internos o externos, su administración, manejo y resultados así como la alimentación, otro tipo de terapéutica y observaciones periódicas debían ser registrados en una hoja de orden. A los asilados que se les llevaba este control generalmente no se les reportaban medicinas, la alimentación era la "ración normal" y cada 8 días el riguroso "baño de aseo". En ningún caso se reportaron cambios, en observaciones se anotaba "igual", "sin cambios" o "tranquila" (o)³⁹.

La mayoría de los resultados no fueron registrados, salvo los casos que ya mencionamos, pero a juzgar por las causas de defunción, nos damos cuenta que la mayoría de los tratamientos no eran muy eficaces, ya fuera por la disciplina con que eran administrados, por un diagnóstico mal realizado, por falta de recursos o por simple negligencia médica.

PABELLONES

Contrario a lo ocurrido en apartados anteriores, la información acerca de la distribución y organización de los enfermos la encontramos en la gran mayoría de los expedientes. Las divisiones de acuerdo a padecimientos, síntomas y sexo

39 Expediente 3464 sección mujeres, año 1914. Fondo MG Sección EC AHSSA.

resultaban indispensables, pues no podían estar juntos los enfermos agresivos con los tranquilos o los que requerían atención especial porque no podían valerse por sí mismos con aquellos a los que el trabajo físico les resultaba positivo. Tampoco hombres y mujeres podían estar juntos, además de las circunstancias obvias porque los síntomas de algunos asilados estaban relacionados con la presencia del sexo opuesto. Claro que la idea de esta división no fue original del MG, estaba basada en las clasificaciones médicas de la época.

Como ya mencionamos, el manicomio tenía 25 edificios, 13 destinados a los enfermos y 12 talleres, baños, anfiteatro, doctores, etc. Aunque eran estos pabellones al abrir sus puertas en 1910, poco a poco fueron modificándose según las necesidades de la población interna. Podemos hablar de muchísimos pabellones según los cambios de uno a otro que hicieron los asilados a lo largo de esta década: observación, pensionistas, tranquilos A y B, epilépticos, agitados o excitados, peligrosos, infecciosos, enfermería, cirugía, agotados, seniles o ancianos, trabajadores, oligofrénicos, neurosífilis, alcohólicos, etc.

Generalmente cualquiera que ingresara debía entrar primero a observación para que se le realizara una "completa" evaluación, se estableciera un diagnóstico y después fueran remitidos a los diferentes pabellones. También eran enviados a este pabellón cuando el diagnóstico no era muy claro, cuando se requería una evaluación para su reacomodo en otro pabellón o cuando existía la posibilidad de alta, enviándola al pabellón de "observación salida"; pero si no se autorizaba, solo se cambiaba al enfermo de pabellón. Las causas de admisión, características y "calidad" en que ingresaban los asilados determinaba el lugar a donde fueran canalizados. Por ejemplo, si se mencionaba en su hoja de interrogatorio que sufría ataques epilépticos, se le enviaba enseguida a

epilépticos. O si en sus antecedentes no se registraba algún dato que señalara un comportamiento agresivo, sino que eran más bien tranquilos pero sin alguna manifestación de la enfermedad permanecían en alguna de las secciones de tranquilos. La mayoría entraban como libres, pero cuando lo hacían en calidad de detenidos, remitidos de alguna demarcación de policía, ingresaban directamente al pabellón de peligrosos, aún cuando no tuvieran razón alguna para permanecer ahí. Este fue el caso del asilado 987, que ingresó en 1910 en calidad de detenido "por implorar la caridad pública", es decir que no era un ladrón o asesino, sino que fue remitido a la comisaría por mendigar en la calle; por lo que es obvio que no se hizo una evaluación de su caso sino hasta 3 años después cuando fue trasladado a epilépticos.

Resulta obvio que de acuerdo al padecimiento era el pabellón al que eran enviados los enfermos. A epilépticos llegaban los que presentaban ataques "de tipo epileptiforme", enfermería y cirugía eran pabellones donde se atendía a los asilados de heridas leves, enfermedades no infecciosas e intervenciones quirúrgicas. En infecciosos estaban los asilados cuya enfermedad tenía su origen en una infección y por lo tanto muy contagiosa, por lo que eran separados del resto de la población; algunas de las enfermedades que merecieron ser aisladas en este pabellón fueron la sarna y la erisipela. A peligrosos, excitados o agitados podemos considerarlo un *pabellón de paso*, pues ahí llegaban aquellos que presentaban alguna conducta agresiva para sí mismos, otros enfermos o para el personal de la institución; o bien mientras se definía su situación civil. Hay que recordar que los que ingresaban como detenidos pasaban directamente a peligrosos, sin mayor averiguación de su situación. Cuando recobraban la calma regresaban a su pabellón de origen. Alcohólicos era un *pabellón de*

regeneración; si el paciente no presentaba mejoría era regresado al de origen, aunque a veces este proceso de cura duraba años completos. Seniles o ancianos era un pabellón al que todo mundo llegaba al cumplir cierta edad, que aunque no se especifica, los enfermos eran enviados ahí después de los 55 años. Oligofrénicas, trabajadores, talleres y neurosífilis fueron talleres que se abrieron después de 1920. Al primero iban aquellas personas cuya perturbación era de tipo delirante con un origen tóxico-infeccioso. En trabajadores estaban los enfermos con un padecimiento les permitía realizar trabajos manuales, bajo la supervisión de un profesor⁴⁰. Neurosífilis fue un pabellón que tuvo que abrirse por necesidad pues conforme fue pasando el tiempo, se hicieron cada vez más comunes las enfermedades con un origen sífilítico.

Durante 1910, 1911, 1913, 1914, 1915, 1916 y 1917 el pabellón más concurrido fue tranquilos; y durante 1912, 1918, 1919 y 1920, observación. El que fueran de la sección A o B de tranquilos, según los casos que revisamos, dependía de que los asilados pudieran estar juntos sin sufrir excitaciones y con una vigilancia menos estricta según sus síntomas. Los que requerían más vigilancia como los aquejados de PGP, delirios de persecución con tendencia a la agresión o desequilibrios de tipo maníaco, estaban en la sección B. Los que tenían padecimientos como imbecilidad, melancolía, confusión mental, o algún tipo de crisis emocional[estaban en la sección A.

Los llamados pensionistas, que aportaban una cuota mensual por obtener un trato aparentemente mejor (en cuanto a alimentación, vigilancia y

40 Expediente 1104, sección mujeres año 1911. Fondo MG Sección EC AHSSA. Estuvo en "costura general", que era un taller donde las mujeres se dedicaban a tejer o coser bajo la supervisión de una profesora; que reportó a la enferma como "...trabajadora pero de carácter caprichoso, teje solo lo que le agrada, cuando se excita es difícil de calmar..."

habitaciones separadas de los enfermos "comunes"), podían pasar a la categoría común que era llamada "indigentes", cuando no hacían su pago respectivo. Cuando se cubría la cuota no importaba mucho el diagnóstico o la sintomatología, pues independientemente del tipo de trastorno entraban directamente como pensionistas. También en pensionistas había categorías: los de primera o distinguidos eran los que tenían su habitación y vigilante particular, los de segunda y tercera no eran "distinguidos" pero sí contaban con otro tipo de consideraciones, como un menú especial. Otros más solicitaban ser pensionistas "de gracia" que implicaba la permanencia como pensionista pero exentos de pago. Esto solía ser solicitado por la familia, pero la concesión duraba poco tiempo en el mejor de los casos 1 ó 2 años, y después pasaban a indigentes por orden de la Beneficencia Pública si no se cubría el pago respectivo. Observamos también el clásico yoyo (como lo llamamos nosotros) en que el asilado pasaba alternativamente por pensionistas e indigentes⁴¹.

Si no se cubrían puntualmente las cuotas, además de pasar a indigentes perdiendo todos los privilegios, no se les permitían altas ni permisos de paseos hasta cubrir el total de la deuda. Era muy común que se internara al paciente como pensionista, pero con el paso del tiempo la mayoría de los familiares olvidaban los pagos o iban bajando sus pagos, de pensionistas 1a a pensionistas 2a o 3a y hasta indigentes. Esto sucedía por dos motivos principalmente: por la situación económica familiar o porque simplemente olvidaban a sus enfermos y cubrir las cuotas correspondientes. Por supuesto que hubo sus excepciones, con asilados que durante toda su vida permanecieron como pensionistas sin que sus

41 Expediente 5757 sección hombres año 1919. Fondo MG, Sección EC, AHSSA. Este asilado tuvo al menos 4 cambios entre estos 2 pabellones.

familias jamás olvidaran pagar. Esta situación prevaleció a lo largo de toda la década, menos durante 1913, año que los pensionistas permanecieron más tiempo en este pabellón sin pasar a indigentes.

La enfermería era un pabellón "comodín", donde todos los asilados pasaron al menos una vez, por muy diferentes padecimientos: absceso del seno, hemorroides externas, extracción dentaria, heridas a consecuencia de muy diversos accidentes, estomatitis, enterocolitis, oftalmia, hemorroides, nefritis, entre otros padecimientos. Además era ahí donde se prescribía gran parte del tratamiento que describimos anteriormente. En este pabellón convivía codo con codo la vida y la muerte: el 21 de febrero de 1917 la asilada 4543 dio a luz a un bebé; 3 meses después del parto la madre murió, suponemos que lo mismo pasó con el bebé.

Los epilépticos o aquellos que sufrían de este tipo de ataques formaban parte importante de la población. Principalmente porque al cerrar el hospital para epilépticos de Texcoco e inaugurar el flamante MG, todos los epilépticos de la ciudad eran enviados a este ultimo, donde tenía n su pabellón especial con sus 2 secciones. Como no existía cura para este tipo de enfermos, su proceso era solamente degenerativo a nivel mental, con un deterioro corporal a causa de los ataques. La descripción más completa de la sintomatología de un paciente era cuando pasaba a epilépticos: antecedentes familiares, frecuencia, forma, características y consecuencias.

Los cambios solo podían ser autorizados por los médicos encargados de acuerdo a sus revisiones e indicaciones y a la sintomatología presentada. Es interesante observar los casos en los que los asilados pasaban alternativamente a 2 pabellones por ciertos periodos de tiempo; lo que nos habla de que solo había

mejorías temporales en los enfermos, pero con un severo deterioro a la larga. Mientras más tiempo estuvieran en el MG, por más pabellones pasaban, hasta recorrerlos en su mayoría. Por ejemplo, la asilada 2977 desde su ingreso en 1913, pasó alternativamente por tranquilas A, observación, alcohólicos, peligrosos, infecciosas, enfermería, trabajadores y seniles. No importaba tanto el diagnóstico hecho por los médicos sino la conducta del paciente: tranquilo, autosuficiente en sus necesidades básicas o bien agitado y agresivo.

Ningún médico era infalible, por lo que cometieron muchos errores en cuanto a la canalización de los enfermos. Por ejemplo, el asilado 2467, que durante los 2 años 5 meses que vivió dentro de la institución solo estuvo en epilépticos, aunque no encontramos información de que hubiera presentado un solo ataque de este tipo dentro del manicomio. Su diagnóstico y remisión se basó en el certificado médico de ingreso y "por la forma como describe el enfermo, parecen ataques epilépticos". El caso contrario fue el del asilado 2580, pasó por pensionistas, tranquilos B y enfermería, aunque él sí tuvo una larga historia de ataques epilépticos a partir de 1914. El cambio de opinión del personal era algo también cotidiano, como en el caso de la asilada 3734 que aunque ingresó a tranquilas A durante 1915, después de una breve estancia en la enfermería fue trasladada a la sección B sin que se reportaran cambios en su estado que justifiquen el movimiento hecho 10 años después de su ingreso.

El cambio de pabellón debía ser solicitado por el encargado anterior y autorizado por el director, que en diciembre de 1913 tuvo que negar el paso del enfermo 3012 a tuberculosos por "estar en estudio el lugar donde deben aislarse los tuberculosos", se le pidió al médico entonces "aislarlo en uno de los cuartos del

pabellón de su cargo, e impartirle el tratamiento que crea conveniente". Este fue el único caso en que no fue autorizado el cambio de pabellón.

Queremos señalar el caso del asilado 4489 que ingresó durante 1917 porque el registro de sus síntomas para su evaluación dejan ver la relación del padecimiento mental con la situación socio-política del país. Se informa que después de una herida que sufrió por parte de los carrancistas o villistas (se confunde la información) tuvo un acceso de delirio de persecución. Se salió de su casa y quedó a cargo de un destacamento en donde lo "cintarearon" (?), por eso recrudesció su padecimiento y desde entonces sufrió de delirio de persecución y grandeza: creía que lo iban a fusilar, huía y gritaba, excitándose y golpeando a los que estuvieran cerca. Sufría de alucinaciones que le hacían sentir hormigas corriendo por su cuello, finalmente lloraba y quedaba triste. En observación se registró que permanecía callado, aunque contestaba fácil pero lentamente a lo que se le preguntaba. Vemos de esta forma cómo el número de internos y las causas por las que ingresaban tenían mucho que ver con la conmoción, el trauma y lo doloroso que siempre han sido los enfrentamientos armados como el que vivía el país en esos años. Al año siguiente, 1918, se registró otro caso muy similar; según leímos en el expediente 5397 la epilepsia podía ser provocada por los zapatistas: "a consecuencia de los asaltos de los zapatistas a los trenes en que trabajaba como agente postal del ferrocarril empezó a sufrir ataques..."

El mismo MG se vio afectado desde 1915 por la penetración de zapatistas y carrancistas. Durante 6 días estuvieron ocupadas sus instalaciones por las fuerzas contendientes, se dieron de alta algunos asilados (del pabellón de peligrosos) como soldados zapatistas, desaparecieron una máquina de escribir,

\$39.64, 202 zarapes, 10 rebozos, 200 gallinas, 16 cabras, 3 conejos y "otros objetos". Entre los empleados y asilados no hubo ninguna desgracia personal que lamenta, pero cuando entraron "hicieron innumerables disparos, sembrando pánico entre las familias de los empleados que huían escapándose de las balas que silbaban en todas direcciones, habiendo durado esta angustiosa situación cerca 3 horas". Por esta razón el director general de la Beneficencia Pública pidió al comandante militar de la plaza que se proporcionara al manicomio una guarnición suficiente para evitar que sufran perjuicios los asilados. No obstante la situación "los servicios tanto médicos como administrativos fueron debidamente cumplidos esos días, a pesar de las múltiples dificultades con que se tropezó"⁴². Ya durante 1916 el administrador del manicomio informó al director general de la Beneficencia Pública que era probable que "las hordas que merodeaban por estos rumbos emprendan un ataque a este Manicomio General con e fin de proveerese de lo que necesitan y pueda haber en este establecimiento". Previendo que esto pudiera ocurrir lo puso en conocimiento del director "para los fines que haya lugar. Este a su vez envió el texto íntegro al secretario de Estado y del Despacho de Gobernación para su conocimiento y que se dirigiera a la persona conveniente a fin de evitar un saqueo en el MG. Lo único que hizo el oficial mayor de la secretaría de gobernación fue poner el caso en conocimiento de la comandancia militar"⁴³.

Ya hemos hablado de las condiciones de salud e higiene del MG, tratando de explicar el por qué de tantas muertes por enfermedades infecto-contagiosas. Aunque tenían su propio pabellón, no se seguían reglas estrictas de higiene y

42 Expedientes 19, 27, 37 Legajo 4. Serie MG Fondo BP Sección EH AHSSA.

43 Expediente 12 legajo 7. Fondo BP, Sección EH, Serie MG.

prevención, por lo que era común que se propagara la infección entre los asilados de otros pabellones. Por eso era común el deterioro tanto físico como mental de los asilados. La enferma 5281, a consecuencia de unos quistes amibianos su salud se fue deteriorando hasta que se le envió a agotadas, donde falleció poco tiempo después. Ya para 1920 aumentó la frecuencia de enfermos que ingresaban a este pabellón, que según pudimos leer, casi nunca se recuperaban lo suficiente para salir de ese pabellón completamente restablecidos.

FAMILIA

En ese tiempo -recordemos que estamos hablando de hace más de 80 años- las familias acostumbraban ser muy numerosas, por lo que casi todos los pacientes tenían muchos hermanos, pero de ellos no se hacía uno cuando se trataba de cuidar, atender o por lo menos visitar al hermano (o hermana) "loco". Todos los asilados sin excepción tenían al menos un familiar o encargado fuera de la institución que -al menos en teoría- pudiera, si no hacerse cargo del enfermo, sí cuidar de que no le hicieran falta cosas básicas para su cuidado dentro del MG. Esta familia estaba constituida por padres, hermanos, tías, hijos, primos, sobrinos, tíos lejanos, suegros, cuñados y toda la familia política. El número de estos parientes variaba, de un solo hijo o hermano hasta 12 ó 14, pero el número no es importante, ya que de cualquier forma su abandono y desinterés era el mismo; ninguno de ellos tuvo cuidados o atenciones para sus enfermos reclusos.

Similar era la situación con los llamados encargados, personas señaladas por las autoridades civiles o por los mismos familiares para ser responsables de los

enfermos, otorgándoles el poder para tomar decisiones o hacer ciertas disposiciones respecto a los asilados. Por eso era a ellos a quienes se buscaba en caso de que el asilado estuviera enfermo de gravedad, necesitara algo que el manicomio no pudiera proporcionarle o cuando fallecía, para recoger el cuerpo. Estos encargados fueron más o menos comunes y muchas veces hacían el papel de familiares: escribían preguntando por la salud del enfermo, gastos y necesidades; a ellos se les enviaban telegramas avisando de la gravedad y/o fallecimiento. Eran -igual que la familia- muy difíciles de localizar, dejando en el olvido a los internos, igual que los familiares. Definitivamente eran encargados solo de nombre, porque así estaban registrados, pero no encontramos datos de que hubieran visitado a los pacientes, llevando ropa o al menos contestado los telegramas que le enviaba la institución.

El enfermo mental representaba para muchas familias una especie de vergüenza que era necesario ocultar, ya fuera en su propia casa o en instituciones como el MG al abrigo de las miradas de la gente. La situación puede resumirse si leemos las causas por las que fue remitida la asilada 2710 en 1913, textualmente dice que "cuando ya no la soportaron la enviaron al MG". Esto nos habla de la situación de los enfermos mentales y cómo los veía su propia familia: como despojos o basura indeseable, una pesada carga de la que había que deshacerse. Salvo algunas excepciones, el MG era un gran basurero donde podían depositarse los desechos humanos de la sociedad mexicana: todo aquello que debía ocultarse y olvidarse, lo que nunca debió existir.

Los únicos datos que encontramos de la familia de muchos asilados estaban en su "hoja de interrogatorio", como referencias lejanas de unos parientes presentes solo como un nombre escrito en un papel, un requisito para

permanecer en el MG, alguien que solo de nombre se hiciera responsable de ellos. Ahí leímos que los asilados eran casados o viudos, con hermanos o hijos "sanos". Sabemos entonces que todos tenían cónyuge, hijos, hermanos o familia política fuera del MG, aunque era lo mismo que no la tuvieran pues su responsabilidad con ellos era casi nula. Fueron muy pocos los casos en los que hubo un interés real por los enfermos, en muchos de ellos el supuesto cuidado fue solo para acallar alguna conciencia intranquila escribiendo un par de cartitas al director, exigiendo atención médica "porque no han visto saludable" a su enfermo (aunque no lo visitaban), haciendo citas con el director "para tratar asuntos relacionados con la asilada" (aunque tampoco acudían a ellas) o bien expresando su "deseos" de sacar a sus enfermos... deseos que nunca se realizaron.

Las formas más cómodas de participar en la vida de los asilados eran solicitar altas o permisos, pagar cuotas de pensionistas, enviar correspondencia al director del manicomio, dejando una herencia bastante peculiar a los enfermos, hacer envíos ocasionales de ropa y otros artículos personales, muy esporádicamente alguna visita, solicitar informes periódicos de salud, acompañarlos durante el ingreso y enviar ciertos medicamentos que la BP no proporcionaba. Solo los familiares cercanos podían solicitar altas o permisos, siempre bajo su responsabilidad, y aunque muy raro, también se llegó a negar alguna alta. Al esposo de la asilada 3664 se le respondió que si bien su esposa no era peligrosa, era conveniente que se quedara por un tiempo más, a reserva que su familia insistiera en querer sacarla bajo su responsabilidad. Finalmente no la sacaron, y 1 mes después de la última carta del esposo, la asilada falleció. Las solicitudes debían hacerse siempre por escrito dirigidas al director, que pedía la

opinión del médico encargado del enfermo en cuestión. Si el médico opinaba que podía darse de alta o algún permiso temporal, el trámite se autorizaba; pero si de lo contrario, decía que el asilado permaneciera en la institución, así sucedía, a menos que la petición fuera específica de la familia haciéndose responsable del cuidado del enfermo y consciente de su estado en el momento de salir. El tiempo que se autorizaba el paseo o la salida era de una tarde hasta 15 días, si al cumplirse el plazo el interno no regresaba, se consideraba ya un alta. Claro que el alta también podía ser solicitada, como lo hizo el padre de la enferma 2558 después de unos días de permiso. Menos de un mes después solicitó su reingreso y la enferma ya no volvió a salir con permisos ni alta. Este era una especie de juego al yoyo, donde los asilados ingresaban a solicitud de un familiar, poco tiempo después lo sacaban solo para volver a internarlo meses más tarde. Algunas veces no era la misma persona quien la internaba que la que pedía su alta, era un especie de lucha intrafamiliar entre el deshacerse del estorbo y el remordimiento de tenerlo abandonado.

Los permisos de visita no fueron muy solicitados, los días de visita eran un día preestablecido para este fin. Desgraciadamente, las visitas se suspendían por muchos motivos: los hermanos de la asilada 4712 pagaban su cuota mensual, cubrían los gastos y la visitaban seguido, pero "como esto le producía excitación", dejaron primero de visitarla y paulatinamente de cubrir su pensión hasta solo escribir 2 veces más preguntando por su salud. Uno de los hermanos de la asilada 5274 solicitó permiso para visitarla fuera de los días señalados; se le concedió, pero solo lo hizo una vez porque "debido a la falta de personal" se cancelaron las visitas.

Muchos calmaban sus conciencias pagando la cuota de pensionistas, dependiendo de su remordimiento, pensionistas de 1a., 2a., ó 3a. De estos, muy pocos mantenían la pensión, ya fuera por falta de pago, por fallecimiento del responsable del pago, por problemas económicos, a solicitud del propio familiar o simplemente dejaban de hacerlo por olvido. Pero casi todos pasaban por indigentes una o varias veces. Claro que también había casos en los que se mantenía el pago de la pensión hasta que fallecía el paciente, aunque nunca lo visitaran. Los familiares podían pedir una concesión o exención del pago, pero la decisión era de la BP, aunque solo el director del manicomio podía recomendarlo. Era una cuestión realmente pesada eso de cubrir por años y años las mensualidades, solicitando ellos mismos un "descuento", como ocurrió con el asilado 5757, que aunque no se le autorizó, permaneció mucho tiempo como pensionista de "gracia". Pero tampoco se mantenía mucho tiempo este privilegio, a la larga a todos se les ordenó el paso a indigentes. La cuota de \$50.00 que era requerida para la 1a. clase en 1917 resultaba excesiva para algunos, aunque tuvieran los medios para cubrirla. El hermano del asilado 4805, era director del hospicio de niños, por lo que a través de sus influencias consiguió que se mantuviera a su hermano en pensionistas 1a. sin pagar un centavo. Tiempo después pasó sucesivamente a pensionistas 2a., 3a., e indigentes. El perdón del pago no siempre se autorizaba, dependía de las circunstancias del demandante y por supuesto, de sus influencias. A pesar de tener los medios económicos para pagar la cuota completa y ésta fuera de 3a., solicitaba concesiones para que se redujera a la mitad. Esto sucedía con el hermano del asilado 4926, que en 1917 ya era médico, director y propietario de un sanatorio y una botica; aún con los ingresos que suponemos tenía suspendió los pagos de la pensión desde 1919.

La forma más común de "velar" por los asilados era escribir periódicamente cartas a la dirección del MG, escritas por los familiares más cercanos (padres, cónyuges, hermanos o hijos) se pedía la mayoría de las veces un informe del estado general del asilado, permisos de salida, certificados de defunción, altas definitivas, constancias de permanencia, etc. Ignoramos si los enfermos podían recibir correspondencia, pero creemos que no, pues toda la que leímos era recibida y contestada por el director. Su frecuencia podría servirnos de referencia para observar el interés y cuidados que se mantenía con los internos; encontramos de 1 a 20 cartas. En el expediente del asilados 3787 encontramos 6 cartas de su madre, 2 de su hermano y 1 de su hermana; en ellas preguntan por su salud, desarrollo y sobre situaciones que a ellos les preocupaban: que no se respetaran los privilegios del pacientes, o que se le permitiera al asilado tener el vigilante que a la madre le agradara (el director concedió esta última petición). Pero esto solo duró un tiempo, pues desde 1919 visitó indigentes más de una vez por falta de pago, permaneciendo ahí sus últimos meses de vida. El mayor número de cartas fueron para la asilada 5552, 13 de un hermano y 7 del esposo, que trabajaban juntos en el negocio de este último en el "garage hispano-mexicano Venancio Gil S." En sus cartas, el hermano solicitaba informes sobre el estado físico y mental de la asilada, preguntando si necesita algún tipo especial de cosas y enviándole así mismo paquetes con ropa interior, exterior de dormir y "chanclas". No podemos determinar la periodicidad pues muchas de las cartas no están fechadas. En las cartas del esposo -que eran menos frecuentes- además del consabido informe de salud y de un reporte completo de su estado mental, preguntó en sus primeras carteas sobre los requisitos para internar a una persona.

Una forma bastante peculiar de estar presente en la familia de los asilados era a través de los antecedentes de la enfermedad mental en su ascendencia. En estos expedientes, en el apartado de "antecedentes" se incluye la información referente a si sus parientes cercanos eran considerados "buenos y sanos" o "epilépticos", "alcohólicos", "locos", etc., para establecer si su el mal era hereditario o si de algún modo influyó o determinó su salud psicológica de aquél momento. Aunque era una forma de dar una explicación a la enfermedad de cada uno, muchas veces la relación entre la enfermedad del asilado y la de su familiar fuera -al menos físicamente- imposible. Por ejemplo, al asilado 6403 que se le diagnosticó parálisis general se le encontraron antecedentes de los mismo en "un pariente lejano" y "un primo", pero sabemos que la sífilis, causante de la P.G.P. podía transmitirse solamente por vía sexual. A veces la "herencia" alcanzaba a más de un miembro de la familia; por ejemplo la asilada 2833, que ingresó a solicitud de su hermano tenía un largo historial de antecedentes de enfermedades mentales en su familia: hermana, tíos y primos. Esta hermana estaba también internada en el MG y a juzgar por las cartas escritas, el padre estaba al tanto de la salud y necesidades de ropa y zapatos de sus hijas; aunque no se registran envíos para ellas o alguna visita.

Los envíos de ropa debían tener una periodicidad, pues como el manicomio no se hacía cargo de estas necesidades era la familia o los encargados los que debían cubrirlas. Principalmente les mandaban ropa: camisas, sacos, pantalones, chalecos, calzoncillos, camisetas, felipina, calcetines, pañuelos, cuellos, cepillos para el pelo, corbatas, sombreros, trajes completos, zapatos, medias para las mujeres, faldas lavables, pañuelos, chales, ponchos, ropa en general. Además de otros artículos para su uso personal recibían los días

de visita algunos alimentos o golosinas: fruta, dulces, aguacates, manzanas, plátanos, naranjas, granadas. Sin embargo, lo común -y lo más triste- era que el cambio de ropa no podía ser tan frecuente porque la familia no abastecía de lo necesario al asilado, que como pudimos ver a lo largo de toda la década, tenía que ser vestido con las ropas que desechaban los demás. Esto llegaba a su límite en casos como el del asilado 6147 que escribió 6 cartas a su familia pidiendo que le enviaran ropa y zapatos. Obviamente no hay registros de que se le haya hecho algún envío. No solo se necesitaba ropa, ya hemos dicho que algunos medicamentos no eran proporcionados por la Beneficencia Pública y debían pedirse a la familia, que al menos en todos los casos que revisamos fue enviada puntualmente.

Como fue y será común con enfermos que no tienen posibilidades de curación, la familia se va alejando poco a poco. Empiezan con muchas atenciones, cartas, visitas y regalos, pero a la larga las visitas van disminuyendo, el tiempo entre una y otra carta se va ampliando y finalmente llega el abandono. Este fue el caso del asilado 2057, que en 1912 fue internado como pensionista de 2a. por su hermano quien escribía solicitando informes de su salud y enviaba mudas de ropa; pero fue solo temporal, pues después de su última carta fechada en abril de 1914 ya no hay ni la mínima señal de que siguiera en contacto con el enfermo o con la institución. El propio asilado, en una carta que le escribió al director en abril de 1916 solicitando su salida, se queja de la ausencia de sus parientes, contando con exactitud el tiempo que lleva en el MG. Textualmente dice: "Hasta el 1o. de octubre de 1913 estuvieron viniendo a verme mis parientes a intervalos menores de 2 meses, y desde ese día hasta hoy ha venido mi único hermano una vez el 19 de diciembre del próximo pasado". Al parecer esa fue la

última y única vez que lo vio. El abandono familiar llegó al grado de que nadie recogió su cadáver, siendo donado a la facultad de medicina, como se hacía con quienes no tenían familiares conocidos por el MG. Con el paso de los años el abandono se hacía cada vez peor, al grado que los esposos solicitan el divorcio, los hijos pierden el contacto y hasta los "bien intencionados" que escribían con la idea de pagar pensión y enviar ropa y que nunca lo hicieron dejaron de escribir, dejando pasar años enteros para volver a dirigirse al MG. Al ingresar en 1916, el hermano del asilado 4553 le llevaba ocasionalmente ropa y alimentos, enviaba cartas preguntando por su salud y solicitó su alta bajo su responsabilidad; pero después del 2o. ingreso ya no se supo de él, quedando el asilado totalmente abandonado. Un último ejemplo de este abandono es el de la asilada 3021, casada, con 2 medias hermanas, 4 hijos y 2 nietos, a pesar de ser muy joven (37 años). Al principio, sus hijos estaban al tanto de ella, hasta buscaron que pasar a pensionistas exentos de pago, y solicitaron pases especiales para que una niña (la nieta, suponemos) visitara a la asilada. En 1936 se le nombró un encargado, al que 4 años después le enviaron mensajes notificándole que la asilada estaba "en condiciones de ser externada" y que si no iban por ella, la asilada iba a salir sola. Según memorándumes de correos y telégrafos "los interesados no fueron localizados". Al parecer no salió, pero tampoco volvió a saberse de su familia, que literalmente la abandonó, sin volver a ocuparse de ella, fue hasta dos años después de su muerte que una de sus hijas escribió preguntando por su salud. Esta visión del poco interés y abandono hacia aquellos que no pueden exigir sus derechos, o que van contra lo que se acostumbra no es exclusivo de un año o una época, es una constante en la historia de nuestro país. Podemos resumir mucho del sentimiento del enfermo abandonado en el MG si leemos las cartas

que los asilados escribían a sus familias, cartas llenas de frases cariñosas, tristes y de añoranza..., cartas que nunca fueron entregadas.

Aunque eran las menos, había familias que en realidad parecían preocuparse, por lo que el abandono no era siempre por gusto o desidia de los parientes, tenía mucho que ver la situación del país. En una carta que el hermano del asilado 1126 escribe al director en 1913, hace referencia a los "perjuicios y hasta enfermedades que nos causó el felizmente fracasado ataque a esta ciudad". El ambiente político y de guerra civil que se vivió a lo largo de toda la década entorpeció entre otras cosas las comunicaciones. El asilado 2954 ingresó en 1913 como pensionista de 3a. a solicitud de su hermano, su madre escribía periódicamente preguntando por su salud y desarrollo. Pero desde 1915 la comunicación se hizo difícil con la capital, debido a la inestabilidad y desorganización política y social; por lo que no se pudo avisar a la madre del fallecimiento. Fueron 18 años después, en 1933 cuando la madre volvió a escribir preguntando por su hijo, que se enteró de su muerte.

El manicomio enviaba cartas, telegramas y memorándums a los parientes avisando del estado grave de salud y/o fallecimiento de su enfermo, pero la gran mayoría no eran entregados por ser desconocida la persona en el domicilio indicado o por no existir la calle o número indicado; lo que nos hace pensar en 2 cosas: el servicio postal era muy malo o los familiares de los asilados daban direcciones falsas para no ser molestados de hacerse cargo de sus enfermos. O peor aún cuando después de promovido un juicio de divorcio o de interdicción, todas las cartas, telegramas y memorándums eran devueltos, con la consecuente desaparición del familiar.

A través de los juicios de interdicción se privaban de sus derechos a una persona a causa de su enfermedad mental. Para esto era necesario establecer la incapacidad para la vida civil a través de la evaluación y determinación de 3 médicos. Para nosotros los juicios de interdicción eran un tipo de venganza, una forma de cobrar el "trabajo" que implica el tener un pariente demente. Hay muchísimos casos, pero solo para ejemplificar queremos señalar el caso del asilado 4199, cuya familia deseaba fuera juzgado incompetente para la vida civil y poder hacerse cargo de una herencia otorgada a su nombre. Ninguno de sus 5 hermanos se presentó en el MG, los certificados, citas y el proceso en general estuvo a cargo de los abogados. Aunque el asilado murió antes de que se determinara su estado mental, las condiciones en las que vivía dentro del pabellón no podían ser peores, pues hasta el propio director solicitó en varias ocasiones ropa para el asilado, ya que no tenía una sola muda. Otro caso muy interesante fue el de la asilada 1988, que parecía de ser de las pocas que su familia le tenía cuidados especiales, a juzgar por el número de cartas de su hermano; pero al revisarlas detenidamente nos dimos cuenta de que lo que quería era obtener un certificado de la incapacidad mental de la enferma y poder vender "una prenda que es de ella". Según las cartas, su intención al vender esta propiedad era llevar a su hermana a vivir con él y poderla sostener. Suponemos que finalmente logró vender, pues ya no solicitó otro certificado y olvidó por completo a la asilada, al grado de que ya no tenía mudas de ropa.

Las historias de abuso son igual de innumerables, si las incluyéramos todas tendríamos que hacer mención a casi todos los expedientes; pero queremos señalar las intenciones reales de muchas familias al internar a un enfermo: además de deshacerse de él para hacer uso y abuso de una propiedad o una

herencia, la enfermedad mental y la reclusión eran una buena razón para declarar nulo un matrimonio y contraer segundas nupcias, o para esconder alguna vergüenza familiar como un pariente alcohólico o un embarazo no deseado, o para castigar a otros miembros de la familia internando y escondiendo a un ser querido.

Debemos también reconocer la constancia de algunos familiares, que a través de sus cartas con una periodicidad casi religiosa preguntaban por el estado del paciente y entregaban puntualmente dinero, ropa y otros artículos que pudiera necesitar. Sin embargo, nada de lo que pudieran haber hecho los familiares habría evitado el deterioro físico y mental de muchos asilados así como su fallecimiento en condiciones la mayoría de las veces, muy tristes. Con el correr de los años, aumentó el número de asilados que sufrían un deterioro tanto físico como mental y que en muy poco tiempo les provocaba la muerte⁴⁴.

DEFUNCIÓN

Al planear esta investigación establecimos que los asilados cuyos expedientes seleccionáramos hubieran pasado al menos 9 meses en la institución; pero no manejamos un máximo. Hubo permanencias realmente maratónicas de más de 20 años dentro, pero el máximo fue el del asilado 2057, que ingresó en 1912 y falleció más de 46 años después. Estas permanencias eran realmente extraordinarias, el promedio de vida fue aproximadamente de poco más de 4 años; fueron casos muy raros los que llegaban a vivir 20 años o más. Al final de cada año, encontramos que fueron las mujeres las que la mayoría de las

⁴⁴ Ver tablas de familia, para obtener mayor información sobre las principales situaciones e historias que se vivieron a lo largo de toda la década.

veces vivieron más que los hombres, aunque solo por algunos meses; por lo que no encontramos gran diferencia en cuanto a promedios de vida entre ambos sexos.

Hacer los diagnósticos de defunción era una de las actividades que los médicos del MG casi siempre cumplían. Debían determinar la causa de la muerte y señalar el padecimiento mental e incluirlo en el certificado de defunción o anotarlo en el expediente del enfermo, junto con la fecha y hora de la defunción. Muy pocos contenían el certificado de necropsia o defunción, a la mayoría solo se les escribió una notita en algún lugar de su expediente que decía más o menos lo mismo que el enfermo 6435: "falleció el 7 de diciembre de 1962 a las 31.21 horas por gangrena gaseosa del brazo derecho (24 horas), insuficiencia cardio renal (2 meses) y parafrenia demencia arterioesclerosis; según el Dr. Francisco Elizarrarás Gaetán". Debía incluir el Vo.Bo. del director, la enfermedad principal o mental y la que causó la defunción, generalmente física. Pero como la excepción confirma la regla, hubo 2 ó 3 casos en que no se incluía certificado de defunción ni reporte de la muerte, solo una nota del servicio de sobre-vigilancia que indica en qué pabellón murió. Si no estaba cerca un médico encargado, los practicantes o enfermeros podían señalar las causas de la defunción. El cuerpo era entregado a los familiares, para que ellos lo velaran y enterraran; si no podían inhumarlo, el MG se hacía cargo de ello en el panteón municipal de Tarango, muy poblado por el manicomio. Si no se localizaba a ningún familiar, el cadáver era donado a la facultad de medicina para su estudio.

Hubo casos en los que no coincidió el resultado de la necropsia con lo que se reportó como causa de defunción; por ejemplo, la asilada 4111 murió según su registro de "enteritis crónica", pero el informe de la necropsia dice "pneumonía".

No se justifica el por qué se registran 2 causas de defunción. El que los asilados ya hubieran fallecido no garantizaba que descansaran en paz, pues aún después inhumados se cambiaba el diagnóstico de defunción. A la enferma 4460, que murió de manía aguda y pulmonía, se le cambió la causa de la muerte a leptomeningitis y pleurecía. El cambio se hacía no solo de la enfermedad física, que era más factible de error, también la enfermedad mental cambiaba misteriosamente después de la defunción. Al paciente 4317 no se le practicó necropsia, pero 4 días después de su muerte se corrigió el diagnóstico de la enfermedad mental, de confusión mental a demencia alcohólica; que tampoco coincide con la enfermedad principal de la causa de defunción, que fue demencia precoz simple. Algo similar pasó con el asilado 4440, que el día de su muerte el médico de guardia reportó que la enfermedad mental era delirio paranoide imaginativo, diagnóstico realizado dentro del MG y confirmado 2 veces; pero poco tiempo después el médico encargado determinó que la causa de defunción había sido psicosis MPP paranoide y colitis desilectiforme. Toda esta confusión en los diagnósticos nos hace pensar en la cantidad de errores que se cometieron al evaluar a los pacientes, tanto al ingreso como a la defunción. De acuerdo a lo que observamos en el grupo de asilados, el problema estaba en que no había un seguimiento a cada caso, además que no se atendían oportunamente muchos casos; se ignoraban los antecedentes de una enfermedad para establecer las causas de la defunción.

Aunque la mayoría de los registros contienen solo 2 enfermedades, la mental y la que provocó la defunción, en el expediente del asilado 6401 encontramos 3: parálisis agitante, mal de Parkinson y gastritis. No se aclara por qué se consideraron 2 enfermedades mentales. Había poca comunicación entre

los médicos o poca lectura del expediente o de seguimiento del caso; no lo sabemos a ciencia cierta, pero algo de esto debió haber sucedido, pues a lo largo de toda la década encontramos en muchos asilados un diagnóstico diferente a su ingreso, durante su estancia y por su fallecimiento⁴⁵.

No siempre se siguió el patrón de "enfermedad principal" y "enfermedad que causó la defunción"; desde 1911 se registró como causante de la muerte 2 enfermedades físicas o 2 mentales. Por ejemplo, al asilado 1495 se le registró como enfermedad principal o mental la enterocolitis crónica; y como la que causó la muerte la colitis hemorrágica, aunque ambos padecimientos se manejaban como exclusivamente físicos. La PGP, por su origen sifilítico y síntomas físicos era considerada causa de defunción, pero por el daño que provocaba a nivel psicológico era también una enfermedad mental. El alcoholismo un problema bastante antiguo ya para 1910, fue considerado también la causa de defunción a través de la caquexia post-alcohólica, cirrosis hepática y cirrosis atrófica del hígado. Igual era una enfermedad mental, como la psicosis alcohólica, demencia etílica y alcoholismo crónico.

La epilepsia fue la enfermedad más registrada como física y mental; aunque la gente no moría de Mal Epiléptico, sino por golpes y lesiones -por ejemplo- a consecuencia de un ataque. Era considerada causa de la defunción porque después de tantos años de padecer ataques de este tipo con tanta frecuencia conducía a los enfermos a un estado caquético y de deterioro tanto físico como mental. Era además, según el MG, un padecimiento rebelde, que no cedía con "la terapéutica adecuada". Aún cuando la enteritis crónica era un enfermedad casi incontrolable y causante de la mayoría de las defunciones

45 Ver tablas de causas y remisión, diagnóstico y defunción de manera comparativa de los 10 años.

desde que abrió el manicomio, nunca había sido considerada como enfermedad principal y que causó la defunción. Fue a la asilada 5170 que ingresó durante 1918 a quien se le reportó enteritis crónica como causa única de la defunción.

La mayoría de las enfermedades mentales que se reportan en la defunción como enfermedad principal son las mismas que las diagnosticadas por el MG, menos frecuente fue la coincidencia entre enfermedad principal y la causa de la admisión; así como la coincidencia entre los 3 diagnósticos. La correspondencia no siempre era exacta, pero algunos diagnósticos se relacionaban al menos en cuanto al tipo de padecimiento. A veces el problema no sabemos si era de definición o decisión; por ejemplo, al asilado 5748 siempre se le diagnosticó demencia precoz, pero nunca supimos si era simple o hebefreno-catatónica. Cabe recordar que nunca se registraron nuevas evaluaciones o cambio de síntomas que avalaran la modificación en el diagnóstico. De acuerdo a estas coincidencias, podemos determinar que al morir un paciente, se hacía una observación de su sintomatología, diagnósticos y características para establecer así la enfermedad principal o padecimiento mental.

Las causas de los fallecimientos no se sucedían espontáneamente ni surgían de la nada, además de la historia que tenían dentro del MG, cada asilado tenía una lista larga de antecedentes. El alcohol fue una de las causas más atribuidas al padecimiento mental y con más antecedentes, no solo en cuanto a la ascendencia, sino a una historia de consumo de todo tipo de licores: pulque, cognac, aguardiente, etc. Al asilado 6499, que se le reconoció toxifrenia exógena como enfermedad principal en su defunción, presentó desde mucho

antes de su ingreso al manicomio un gusto especial por la ingestión de bebidas alcohólicas y el uso de la marihuana. Recordemos que ya aún dentro siguió con esa misma tendencia, fumando marihuana e ingiriendo sustancias embriagantes hasta el momento de su muerte, sin que lograra averiguarse quién se las proporcionaba. Las enfermedades físicas causantes de las muertes también tuvieron antecedentes; sobre todo en los casos de enteritis. Encontramos que no era una enfermedad aguda sino generalmente crónica, con una larga historia de tratamiento y medicamentos contra las frecuentes diarreas, aún antes de su ingreso. Como los asilados 6404 y 6327, que padecían enteritis con mucha frecuencia desde mucho antes de que se solicitara su admisión. Sin embargo, el tratamiento de dieta láctea, antisépticos astringentes y opio no pareció funcionar mucho.

Las muertes naturales de acuerdo a la edad no se dieron muy comúnmente, dado que muy pocos asilados llegaban a ser ancianos cronológicos (porque según pensamos, hubo muchos ancianos emocionales y/o mentales). Y aunque no se registraran como muertes naturales, hubo causas de defunción como la demencia senil, donde se establece claramente la relación con la edad del paciente. O la asilada 1988, a quien se le reconoció como demente precoz; pero al morir no se incluyó ésta como enfermedad principal, sino una serie de padecimientos que tuvieron más que ver con la edad de la asilada y sus enfermedades físicas: congestión pulmonar, arterioesclerosis senil, artritis, senilidad. Esta fue uno de los enfermos que vivió más tiempo dentro de la institución; fue internada a los 32 años y murió a los 82.

La realidad es que las probabilidades de curación de la mayoría de las enfermedades que causaron las defunciones de esta población son muy altas, lo

más riesgoso son las generalizaciones de las bacterias -en el caso de las infecciones- a todo el organismo y los contagios. Es fácil imaginar las condiciones de vida de los asilados: la mala alimentación, el abandono familiar y los pocos cuidados de higiene traían como consecuencia una baja en el sistema inmunológico por lo que las bacterias se aprovechaban provocando infecciones en diferentes órganos o partes del cuerpo: boca, faringe, intestinos, vías respiratorias, huesos piel, etc. Podemos decir que todas las muertes -salvo algunas excepciones- fueron resultado de la falta de atención cuidado y tratamiento, cuando con antibióticos, medidas higiénicas y buena alimentación enfermedades de tipo infeccioso como la erisipela y la enteritis hubieran desaparecido casi por completo. Además de las condiciones insalubres y tratamientos equivocados empleados contra estas enfermedades queremos añadir la mala alimentación, al grado que los mismos asilados se quejan de hambre⁴⁶. Nos llama especialmente la atención el poco cuidado que se tenía con los alimentos que tomaban los pacientes, al grado de permitir que los enfermos levantaran alimentos que "encontraban tirados" y se los comieran.

El factor común en la vida de los asilados fue el constante sufrimiento, ya fuera por el abandono familiar, por la deficiente atención o a causa de su propio padecimiento. La mayoría de las defunciones fueron la culminación de largas agonías de una enfermedad no mortal en sí misma, pero que descuidada podía acarrear las consecuencias que ya conocemos. Veamos cómo morían los asilados. La enferma 2213 al mediodía del 16 de noviembre de 1915 sufrió un "accidente": fue víctima de un ataque "al parecer apopléctico", quedando "sin

46 Expediente 3949 sección mujeres año 1915. Fondo MG, Sección EC, AHSSA. Esta asilada no presentaba problemas, pero solía quejarse de hambre, a pesar de tener su "ración normal" de comida.

conocimiento, roncando ruidosamente y 'fumando la pipa', la cara y los ojos vueltos a la derecha". Permaneció en el mismo estado toda la noche, sin que se reporte atención médica hasta las 6.20 a.m., hora en que falleció. En el caso de la asilada 6392 no presentó problemas físicos de su enfermedad ni cambios en su estado mental que hasta 1936 siguió reportándose como "el mismo". Solo un día antes de su muerte se le detectaron "hemorragias internas que paulatinamente se convirtieron en desechos hemorrágicos con elementos putrefactos de pseudo gangrena, tejido degenerado, etcétera. Se encontraron ulceraciones y putrefacción en el cuello de la matriz". Como los síntomas persistieron además de un adelgazamiento generalizado, se diagnosticó cáncer. Cayó en un estado caquético grave y aunque se le administró un tratamiento falleció al día siguiente. Las "mejores" muertes eran las que se sucedían rápidamente, como la del asilado 4670, que falleció de PGP. El mismo día de su muerte entró a la enfermería por padecer "nefritis agudo lo que le produjo insuficiencia renal como poliuria, poiaduria, diarrea compensadora por lo que de una manera rápida entró en como tal vez urémico, muriendo a los pocos minutos". Al asilado 4800 también se les reconoció con PGP, pero él murió a consecuencia de altas temperaturas, malestar general, "una infección cuyo carácter en esta situación es imposible conocer" ya que el enfermo no se dejaba auscultar por el dolor.

Otro tipo de decesos tenían que ver más con accidentes. Los casos de asfixia nos llaman la atención porque se sucedieron cuando los asilados estaban comiendo, por una obstrucción de las vías respiratorias y no haber sido auxiliados. El suicidio no llegó a ser un problema dentro del MG, pero también se presentó a través de la asilada 4263. A pesar de tener una hermana empleada dentro de la institución nunca recibió su visita, se reportó varias veces como excitada cuando

nadie la fue a visitar a la enfermería. Su primer intento al arrojarse desde un primer piso falló, causándose solo numerosas contusiones y heridas; finalmente fue encontrada una mañana ahorcada con una sábana. En su primer intento dijo que intentó suicidarse por "estar harta del Manicomio General" y de que su hermana no la quisiera sacar. Después de las averiguaciones pertinentes se determinó la causa de la muerte como suicidio. Queda por respondernos la pregunta de si en realidad todos estos fueron accidentes o casos de descuido del manicomio o una muestra de las consecuencias de la falta de personal.

Otras causas de muerte fueron la erisipela, infección aguda de la piel que sobre todo ataca a quien tiene disminuidas sus defensas: ancianos, enfermos crónicos, anémicos. La gangrena, nefritis y septicemia; esta última se produce por debilitamiento de las barreras defensivas y mantenida por un foco séptico. La nefritis, producida por un estreptococo, era muy grave y temida en ese tiempo, pues afectaba gravemente las vías renales⁴⁷. El agotamiento, que era una de las formas de explicar las muertes lentas, casi en vida, pues el asilado se iba consumiendo poco a poco, quedando extenuado, enflaquecido y demacrado. La mayoría de las veces a consecuencia de un abandono familiar, médico (por tener pronósticos incurables o con pocas probabilidades de curación) y personal.

Pero sin lugar a dudas, fueron las enfermedades infecciosas gastrointestinales las que causaron un mayor número de decesos en los asilados durante los años comprendidos de 1910 a 1920. Fue mucha la diferencia entre el número de muertes por enteritis y la que siguió en frecuencia, como enfermedades respiratorias o cardíacas⁴⁸. Los casos de infecciones

47 Simth, Tony dr. (editor médico) Enciclopedia de la salud. Academia Nacional de Medicina. 4 tomos. Editorial Aguilar. México 1992.

48 Ver de manera comparativa las tablas de defunción de los años 1917 y 1918, principalmente.

gastrointestinales fueron siempre en aumento, la enteritis, enterocolitis y gastroenterocolitis, aunadas al síndrome diarreico y la diarrea criptogenética. Diferentes nombres para un mismo síntoma: diarreas frecuentes, mal olientes y debilitantes. Solo para entender el estado estos enfermos, queremos recordar que este padecimiento era transmitido solo por contaminación de una persona infectada; y que entre los síntomas se incluían dolores abdominales, vómitos, diarreas a veces mucosanguinolentas con hasta 40 o 50 evacuaciones por día. Podían curarse totalmente con antibióticos, alimentación y cuidados higiénicos... situaciones muy difíciles de cubrir dentro del MG. Comúnmente el cuadro diarreico, con una disminución del estado general del paciente duraba al menos 10 días, pero bien podía durar meses enteros. Del tiempo que se registraba su entrada a la enfermería a la fecha de su defunción pasaban entre 10 y 23 días o hasta 3 meses.

El tratamiento "adecuado para la enteritis" según el MG, ya lo hemos explicado en el apartado correspondiente, pero obviamente no resultaba favorable para el enfermo, porque lo único que procuraba era aliviar el síntoma, independientemente que fuera o no el tratamiento adecuado. En ciertos casos se lograba una leve mejoría, pero solo temporal, era solo cuestión de tiempo el fallecimiento del asilado. Tenemos varios ejemplos de esto: a la enferma 4111 se le dio tratamiento para sus frecuentes enterocolitis pero no mejoró; desde que ingresó la asilada 4307 padeció de frecuentes y fuertes diarreas, desde junio de 1916 en que ingresó hasta mayo de 1935, fecha de su muerte. Los casos de enteritis eran repetidos año tras año y no solo en distintos enfermos, sino en uno solo. Antes de su muerte, se registra que la asilada 6304 presentó "por enésima

vez" un cuadro diarreico con evacuaciones líquidas abundantes color verdoso y acompañadas de moco. Dos días después presentó vómitos a pesar del tratamiento, reportándose que "su estado físico no daba ya esperanza de alivio". Por último queremos transcribir textual del expediente 2680 el estado en que se encontraba esta asilada: "entró a la enfermería en un estado de agotamiento: sin poder estar de pie, pulso filiforme, lengua con saburra, vientre deprimido, diarrea frecuente de evacuaciones abundantes y finalmente sobrevienen vómitos". En consecuencia se diagnosticó enterocolitis... de origen tuberculoso⁴⁹.

Resulta obvio que las muertes por enteritis ya tomaban un rumbo casi alarmante pues aumentaba su frecuencia año con año, al grado que a principios de 1917 el director general de la Beneficencia Pública le pidió a su homólogo del MG un informe completo de lo que provocó tantos casos de enteritis. La respuesta del director; el Dr. Agustín Torres, ameritó un informe de 3 fojas, y aunque sería muy interesante el transcribirlo textual solo queremos resaltar algunas de sus partes. De entrada, la investigación del director fue una averiguación personal, que por la naturaleza del informe nos damos cuenta que consistió en una serie de pláticas con los encargados de recibir los alimentos que enviaba la BP, los cocineros, los médicos y algunos enfermos. Su investigación fue el resultado de salir de su oficina y convivir con los mortales, y no del análisis real de la situación de los asilados. Para él la enteritis era solo "sintomática de otros padecimientos" y en aquellos cuya relación con alteraciones digestivas era obvia, argumentaba que su "resistencia orgánica" estaba "muy disminuida", por lo que para los "muchos casos de enteritis" los tratamientos usuales resultaron

⁴⁹ Expediente 2680 sección mujeres, año 1913. Fondo MG Sección EC AHSSA. No obstante que murió a consecuencia de una enteritis, se registró la tuberculosis pulmonar como causa de defunción.

ineficaces. Refería además que según investigaciones psiquiátricas, eran frecuentes los trastornos digestivos serios en los enfermos mentales. A pesar de que los mismos médicos encargados de los pabellones atribuyeron la enteritis al agua y en su mayoría a la alimentación dada a los pacientes, el director afirmó que la calidad de la alimentación enviada por la BP "es buena", aunque su preparación "es aceptable" para los pensionistas, pero "dejaba mucho que desear" para los no pensionistas. Esta falla se atribuía principalmente a "la escasez de manteca y falta de cuidado por el jefe de cocina" que aunque la distribución se hacía con regularidad, el reparto individual de alimentos "es defectuoso por el pésimo estado de la vajilla y la escasez tan grande de la misma". Respecto al agua, leemos que la usada para el consumo "dejaba mucho que desear a pesar de los filtros de arena... y esto se acentúa después de las lluvias en que viene cargada de tierra".

Finalmente el director decide tomar ciertas medidas como el que los enfermos de enteritis fueran evaluado y tratados adecuadamente, que se enviaran al manicomio platos, tasas, vasos y cucharas; que se despidiera al jefe de cocineros y se contara a alguien con buenos antecedentes, que hubiera una vigilancia sobre ciertos alimentos y que en espera de los filtros necesarios para el agua se bebiera mientras tanto "agua destilada producto de la condensación de vapor de las calderas, después de asearla" aún cuando apenas se tenía en estudio "la manera de volverla enteramente potable por la adición de las sales". El director general de la Beneficencia decidió después de tan sesuda investigación, enviar al MG "la vajilla necesaria para que el reparto de alimentos a los asilados se haga convenientemente"⁵⁰.

50 Expediente 5, Fondo BP, Sección EH, Serie MG, Legajo 7.

Cualquiera que fuera la causa de la muerte de los asilados, observamos cómo se deterioraban paulatinamente los asilados hasta llegar a un estado grave de desnutrición que poco después causaba la muerte. Al grado de que solo se recomendaba a los asilados alimentación normal, baño semanario y ningún tratamiento. Al final su estado se calificaba como de "autismo profundo", sin hablar y en una posición de "ovillo", desaseado de su persona y con una pérdida paulatina del contacto con la realidad.

Por último, y solo para destacar la situación que se vivía ya en el MG en este año, queremos recordar una nota que apareció publicada en el periódico "El Universal" en su número 461 con fecha del 22 de abril de 1918. Se denuncian las faltas y omisiones del servicio del manicomio con trascendentales consecuencias pues asegura que se encuentra en completo abandono y desaseo, falta de higiene en la cocina, malos y escasos alimentos, la vestimenta de los indigentes en miserables condiciones, abandono de los cuartos de aislamiento, baños, huerta, calles, jardines, etc. La situación llegó al punto en que el Dr. Baca, director interino del manicomio envió al director general y administrador de la Beneficencia Pública un oficio en el que además de informarle de la nota periodística pide que como encargado directo de la vigilancia de la institución verifique o niegue la denuncia y en todo caso corrija cuanto antes las faltas existentes. Le recuerda además que no se ha respondido al oficio 963 en que la dirección del MG solicita un completo aseo y desinfección en los pabellones y su dependencias, patios, etc., y evitar depósitos de agua y basura en los jardines. A su vez, el director general y administrados le transcribe la misma información al secretario general del gobierno del D.F. para que lo pusiera en conocimiento del gobernador. Cada oficio fue debidamente recibido, pero

desgraciadamente no sabemos hasta dónde el manicomio reconoció su responsabilidad y qué medidas se tomaron para solucionarlo. Sin embargo, analizando lo que ocurrió en los últimos 2 años pudimos observar que en lo real no se mejoró en nada la situación de los asilados, muy al contrario, como fue empeorando su calidad de vida⁵¹.

51 Fondo BP, Sección EH, Serie MG. Legajo 8 expediente 7 fojas 4.

CONCLUSIONES

Decir que este trabajo termina aquí sería una mentira, es sólo el resultado de una aproximación al problema de la salud mental y sus instituciones. De lo que sí resultó el final fue de casi año y medio de investigación en archivos, hemerotecas y bibliotecas. Fue más que pasar horas tratando de leer palabras escritas en un lenguaje que parecía extraño; fue el medio que nos permitió un acercamiento a la situación de la psicología -si es que puede llamársele así- en México. Para nosotros representó un espacio-tiempo de reflexión sobre el enfermo mental, las formas de abordarlo y tratarlo.

Al inicio de la investigación pensamos que al revisar expedientes construiríamos la historia del manicomio, que a través de la lectura de expedientes conoceríamos el desarrollo de la sociedad mexicana para comprender así nuestra realidad y necesidades específicas. Pero eso no fue todo, tal vez sin querer nos adentramos en la complejidad de una realidad social que incluye tradiciones, costumbres, formas de vivir, morir y enfermarse de acuerdo a zonas específicas que finalmente influyen en la salud física y mental del paciente así como las formas de abordarlo, evaluarlo y tratarlo dentro de una institución como la Castañeda. En su tiempo (1910) fue una de las más importantes, construido para manejar un gran número de pacientes con "enfermedades mentales". Suponíamos que al revisar los 10 primeros años de su funcionamiento éste sería de una calidad inmejorable.... Este no fue el único error.

El dejar de lado la planeación para hacer de la investigación algo real nos planteó más interrogantes que las respuestas que esperábamos, tanto a nivel de la psicología como personales. Nunca hemos dudado de la utilidad de la historia dentro de nuestra ciencia, pero no consideramos que nos llevaría a ponernos de frente con un presente incierto en medio de una crisis de valores y con muy

pocas alternativas; sin más armas que nuestra profesión. En esta idea, la historia de la psicología no plantea soluciones ni es la panacea, es un instrumento de trabajo al que nosotros debemos darle forma y saber interpretarlo. De esto nos dimos cuenta al leer cada expediente, que presentaba una vida distinta a la anterior pero todas tan parecidas. Por eso la idea de hacer la historia de la institución resultaba ajena a nuestros objetivos, era necesario primero entender cómo se estructuraba la vida cotidiana física y emocional de un grupo de personas asiladas en un manicomio. Aunque parezca casi increíble por estar siempre dentro de la investigación perdimos de vista el "hilo", la idea central que debimos seguir. Sin querer caímos en lo que muchas veces criticamos: caer en ideas triunfalistas y apasionadas acerca de un hecho. Hagamos historia objetiva, sin sentimentalismos ni tomar partido; recordemos que en ningún momento de la historia han habido buenos o malos. La gente simplemente es, las cosas suceden de alguna forma, pero siempre hay un proceso subterráneo que escapa a simple vista. De aquí que el análisis que vaya más allá de la causa-efecto es imprescindible en una investigación como ésta.

Todos los hospitales para dementes, desde el San Hipólito, han tenido su época de auge y deterioro, en que las quejas son de todo tipo, muchas de ellas falsas. Estas instituciones sobreviven a catástrofes naturales y sociales, como lo fue la guerra de independencia y la lucha de revolución. En realidad, el MG tuvo buenos modelos en el Divino Salvador y en el San Hipólito en cuanto a atenciones, trato, cuidados y vigilancia. Ya en el Divino Salvador se practicaban ciertas terapéuticas que fueron comunes en el manicomio, como la laborterapia, el trabajo, los baños de agua a diferentes temperaturas y ciertos modelos como

las divisiones entre tranquilas y furiosas, así como otras ideas importadas de Francia.

El trato que tuvieron los enfermos mentales en los primeros manicomios tuvo un fondo emotivo y de práctica de los sentimientos cristianos de piedad, caridad, abnegación y amor al prójimo. Pero con el paso del tiempo se alejaron estas instituciones de la iglesia, lo que le dio otro sentido a la atención mental. En ese tiempo ni la psiquiatría y mucho menos la psicología se conocían como parte de la atención al enfermo mental, por lo que la responsabilidad de los enajenados fue exclusiva de la caridad de ciertas personas o instituciones monásticas. La idea original resultaba benéfica para el paciente, pues se hacían a un lado los golpes y malos tratos supliéndolos por paseos por huertas y jardines así como por estrictas normas de limpieza y buena alimentación; todo en la idea de atención y cariño. La realidad es que mientras estuvieron a cargo de congregaciones religiosas, la vida en estos hospitales fue más digna. Pero como ocurre con casi todas las obras humanas, los servicios van decayendo y los cambios en las situaciones político-sociales que vivía el país llegaron hasta que en 1867 con las leyes de reforma se expulsaran a las órdenes religiosas de los establecimientos hospitalarios. Ya fuera en las manos de la iglesia o del gobierno la calidad de vida del enfermo siempre ha sido la misma, sin oportunidades de llegar a la "sanidad mental", o cuando menos un mínimo de mejoría.

Fue precisamente a partir de aquí que se le dio un mayor interés a la salud de los enfermos desde el punto de vista médico, donde el tratamiento fue totalmente novedoso, con técnicas recién desempacadas de Francia y con la idea del positivismo en su máximo esplendor. Los descubrimientos y personajes extranjeros tenían mayor importancia, el ferrocarril, el correo, el telégrafo, el

teléfono, la agricultura, la minería, el comercio y la industria formaban parte de la idea de un "México moderno" luchando por hacerse de un lugar en el mundo.

Ya durante los principios del siglo XX estas instituciones hospitalarias no tenían ya cabida, además de que resultaban insuficientes y que su trabajo era cada vez peor, hubo muchos cambios en el país. La organización política cambia, la autoridad y el poder político de la iglesia se transforma, de manera que el ideal cristiano de caridad y amor es sustituido por las organizaciones gubernamentales que hicieron surgir otro tipo de intereses por los enfermos mentales. La idea general fue construir un lugar donde pudiera recluirse a todos los enfermos mentales siguiendo "novedosas" ideas de la época en cuanto a higiene, medicina y psiquiatría; donde se mejorara su calidad de vida. La Castañeda representó el resumen del trabajo y esfuerzo realizado en el siglo pasado en pro de la salud mental, el cambio entre un pasado de intentos y un futuro "prometedor".

El MG fue parte de una fórmula política que se basaba en la famosa idea de Díaz de "poca política y mucha administración", dirigida a mantener una paz muy relativa y forzada, que nunca existió. Según la intención con la que fue creado, el MG cumplió con su función de mecanismo político y de control, recluyendo a todo aquél que se considerara fuera de la normalidad. Controló todo lo relacionado a la salud mental: diagnósticos, tratamientos, formas de abordar, remisiones, ingresos, altas, abarcando a cualquier nivel la atención al enfermo. Escondió y guardó tras sus muros a todo aquel que no estuvo acorde con los modelos establecidos de acuerdo a la época; atemorizó a algunos y calló a otros. resultó ser un lugar donde un gran número de familias dejó una pesada carga que arrastró por años y de la que no volvió a ocuparse. El basurero

humano en que fue convertido cumplió su misión: aislar, guardar y desaparecer aquello que además de desagradable resultaba inútil. La locura resultó un medio inmejorable que muchos utilizaron según su fines e intereses específicos. La locura a principios del siglo XX estaba de hecho muy relacionada con la modernidad iniciada con la dictadura porfirista, con orígenes y objetivos sociales a veces explícitos. La idea era hacer una clasificación que posibilitara a los médicos otra forma de abordar el problema. Esto era una producción de conocimientos que la ciencia (llámese psicología, psiquiatría o medicina) tenía a su cargo por lo que podía asignar nombres, categorías y conseguir la reclusión en el lugar adecuado.

Es evidente cómo la filosofía positivista de 1867 era un suceso actual aún después de 1910 puesto que invadió la panorámica ideológica gubernamental, educativa y profesional. No hubo una unificación de fuerzas, cada ciencia y cada profesional creía que de nada le servía lo que pudiera proporcionarle el otro. Esta idea de la individualidad en la que el individuo debe poco o nada a su colectividad resultan en un deterioro de la atención, pues se pierde de vista el todo para desmembrarlo y buscar la refacción. Ahora, qué tanto ha cambiado esta situación, dónde está el puente entre lo antiguo, las prácticas que se han quedado atrás por obsoletas y lo nuevo en cuanto a la atención al paciente.

Las técnicas para abordar, manejar y tratar al asilado no tuvieron grandes cambios desde que el MG abrió sus puertas en 1910 hasta finales de 1920. Las causas de admisión no variaron, el común denominador fueron los diagnósticos no especificados, hechos al vapor por médicos generales y hasta parteros o pediatras, cuya relación con este tipo de enfermedades resultaba casi nula. Los requisitos para los ingresos se fueron relajando poco a poco, ya no era tan necesario presentar un certificado avalado por 2 médicos; con una sola notita

que llevara el sello de algún servicio médico oficial (servicio médico de las demarcaciones de policía) era suficiente. Era el manejo de los recursos para la obtención de un fin, regulado en este caso por el gobierno.

Del MG como una institución al servicio de una sociedad carente de servicios de salud mental (o psicológica) hay mucho qué decir. No respondió a las necesidades de la población porque en su planeación ni siquiera se contemplaron, además de que el personal no estaba preparado para hacer frente a situaciones y enfermedades que no eran de su competencia. Obviamente ni pensar en una atención o evaluación psicológica; eran exclusivamente los médicos los que estaban al frente, y muchos de ellos por muy capaces que fueran, resultaba incompleta su preparación psiquiátrica para abordar a enfermos mentales. Todo esto forma parte de un proceso subterráneo que estuvo siempre presente, no había un trabajo en la vida mental y emocional de los pacientes. Los empleados eran personas que no estaban preparadas para tratar este tipo de pacientes; según leímos en muchos de los expedientes vigilantes y enfermeros seguían con los tratos de siglos pasados: a golpes, castigos y encierros. Ningún médico de los que elaboró un diagnóstico tenía una preparación para tratar con una población con problemas mentales. Todos eran médicos generales, si acaso con una especialidad en pediatría pero sin ningún antecedente en psiquiatría o mucho menos en neurología.

Por eso muchos de los diagnósticos estaban basados en un sinnúmero de aspectos, menos en las clasificaciones de locura vigentes. Si vemos las tablas correspondientes, veremos que muchos de ellos se repiten, sobre todo en las admisiones, en las que era una especie de etiquetación lo que se hacía, enviando al enfermo al pabellón que se consideraba el adecuado. De aquí que

los diagnósticos fueran estandarizados y muchas veces vagos, incorrectos, que hubiera dos diagnósticos o más para una misma enfermedad o que los médicos no se pusieran de acuerdo. Era muy común que si había un enfermo que en algún momento de su vida hubiera tenido un desvanecimiento con la presentación de convulsiones, era inmediatamente diagnosticado con epilepsia, aunque no tuviera antecedentes de la enfermedad ni volviera presentar un ataque jamás. Los diagnósticos se hacían con base en las simples observaciones por cortos periodos de tiempo que los médicos hacían sobre sus pacientes. Esto era conocido como estar "en observación".

Todos sabemos que el inicio de un buen tratamiento es un buen diagnóstico, bueno, pues entonces no nos sorprendamos de los tratamientos. Por lo impreciso y estandarizado de muchos diagnósticos se sucedía de manera común que los tratamientos no dieran el resultado esperado. El no haber cuidado en la evaluación y diagnóstico nos hace pensar en la forma como se veía a un enfermo mental: como despojos humanos que ni siquiera merecían ese calificativo. Los diagnósticos cambiaban de un momento a otro sin que se presentaran modificaciones en la sintomatología de los asilados, más bien se debían a un cambio de médico, de pabellón o de opinión. Resultaban también una forma de pelear y ganar puntos, el considerar un diagnóstico diferente al de un colega implicaba días y días de discusiones por correspondencia en los que el director debía fungir como mediador.

Aunque en teoría se regieran por los lineamientos establecidos normalmente para definir un padecimiento mental, los pacientes eran adaptados a las clasificaciones para que coincidieran con categorías específicas. Las evaluaciones eran tan inadecuadas que se confundía fácilmente

un problema de audición con una rebeldía por parte del enfermo o por un estado grave de demencia. En realidad los diagnósticos eran solo otra forma de agrupar, y coordinar a los enfermos de acuerdo a la opinión de un doctor.

De aquí que los tratamientos fueran estandarizados, que básicamente consistían en la administración general -es decir, a todos- de sustancias o compuestos como el cloral, opio, bromuros. Todos depresores del sistema nervioso o sedantes. La administración de estas y otras sustancias era la principal forma de tratamiento que se administraba a los enfermos, pues aunque se registraron terapéuticas como la "psicoterapia", no encontramos en ningún expediente información a este respecto. Los tratamientos, según las reglas implícitas del manicomio, eran de diferentes tipos: para mantener, dormir o narcotizar, y en algunos casos para tratar de aliviar algún síntoma la mayoría de las veces mortal. Podemos decir que la gran mayoría de estos tratamientos eran administrados en la enfermería, lugar donde se concentraba durante ciertas épocas gran cantidad de asilados.

Ningún tratamiento del que podamos hablar tuvo una eficacia para el mejoramiento del enfermo comprobada o al menos registrada en los expedientes. En primer lugar por los errores en el diagnóstico que ya hemos mencionado, pues si no se sabía exactamente el padecimiento de un asilado podían administrarse todos los compuestos sin ningún resultado favorable. Después por el abuso de ciertas sustancias, principalmente aquellas que producían una baja en el ritmo de las funciones del sistema nervioso, que solían administrarse en dosis no muy altas pero sí cotidianas a la gran mayoría de la población. Otra de las prácticas comunes era el uso de purgantes y enemas intestinales, tal vez como una medida higiénica, que lo único que producía era el

contagio de enfermedades infecciosas. No había un control sanitario ni medicamentoso dentro de la institución por lo que la preparación de compuestos o medicamentos solos, su prescripción y administración era total responsabilidad del médico encargado.

No es tan difícil derivar entonces las implicaciones que tiene un tratamiento de este tipo: tal y como podemos verlo en los libros de registro de la institución, las altas por recobrar la salud o rehabilitación eran las menos. Los resultados de muchas de estas terapéuticas era tristemente la muerte. El administrar dietas lácteas, purgantes salinos y depresores del sistema nervioso a un enfermo con enteritis crónica resultaba poco menos que mortal. Recordemos que las enfermedades de tipo infeccioso eran las más comunes dentro de la institución, aquellas que evolucionaban y se mantenían en condiciones insalubres, promoviéndose especialmente entre las personas cuyo sistema inmunológico se encontraba debilitado.

A pesar de que año con año fueron aumentando las defunciones a consecuencia de algún tipo de enfermedad gastrointestinal, nunca se reconoció la dimensión real del problema y como suele suceder se culpó a otros de situaciones de las que solo el personal del MG era responsable.

El uso de tranquilizantes y sedantes que mantengan a los "locos" siempre dormidos o controlados para que no molesten ha sido por años una de las principales prácticas dentro de la salud mental. ¿Cuál es entonces el cambio que en teoría se ha tenido que ir dando dentro del campo de la atención? ¿Cuál es la opción que ahora ofrecen las nuevas instituciones de salud mental? ¿Qué podemos esperar ahora del trato al enfermo en una sociedad aún más conflictiva, deshumanizada y en crisis como en la que vivimos?

Nunca existió -desde 1910 y hasta ahora- una unificación del enfermo, verlo como un todo y no como parte de un cuadro de síntomas. Ni siquiera se incluía el cómo afectaba la situación familiar al paciente; era una situación que no se contemplaba como importante o digna de valorarse. El trabajo con el paciente queda entonces completamente desmembrado, y abandonado, donde hay un especialista no solo para cada parte del cuerpo, sino para cada locura en particular.

Desde que abrió sus puertas; el MG presentó una deficiente atención en la que todos tuvieron responsabilidad, aunque no solo en el personal, que si bien es totalmente deshumanizado e impreparado para lo cotidiano; estamos seguros que muchos de ellos dieron lo mejor de sí mismos y de su trabajo. Simplemente toda la situación e ineficiencias fueron el resultado de una planeación mal hecha, por quien no sabía de la situación real de la sociedad y sus enfermedades: estilos, orígenes, formas y geografía particulares.

Nuestra intención no es el criticar porque sí, sino reconocer errores que se han cometido para poderlos prevenir y poder plantear opciones diferentes. Tampoco es quedarnos con la historieta del Manicomio General ni justificar una licenciatura, lo que queremos es utilizar a la historia como un instrumento de trabajo interpretativo que nos permita aproximarnos a la realidad psicológica de cada geografía y época particular, para así crear mecanismos de prevención, reflexión e intervención que nos permitan planificar sobre las formas de vida de los seres humanos, contribuir a elevar su calidad de vida. Al revisar expedientes clínicos quisimos agotar esta posibilidad de conocimiento de la realidad, ir al documento vivo, a la fuente de los seres humanos, pero no a los archivos médicos, técnicos o administrativos sino a los que realmente vivieron la situación y

gozaron o sufrieron de la institución misma: los asilados. Saber cómo se construye su historia psicológica, sus procesos comunes (como parte de la institución) y particular (como individuos); iniciar un proceso de construcción específico que nos lleve a entender un proceso social y cultural nacional.

Aunque no fue de ninguna manera determinante, pero sí el origen de los muchos problemas cotidianos a los que se enfrentó el MG tuvo que ver con que el proyecto no estaba acorde con las expectativas específicas de la comunidad ni de los trabajadores de la salud que presentaron formas de abordar y tratar a los sujetos ajenas a la realidad psicológica, social, cultural y política imperante. Se hizo una generalización sin límites, creyendo que los modelos podían repetirse tal cual haciendo de lado cualquier trabajo de reflexión y creatividad. El creer que un mismo proceso funciona igual para una u otra geografía, es un error que trae consigo el mal funcionamiento a nivel individual y como institución dentro de la sociedad.

Debemos dejar a un lado la actitud totalmente irresponsable que deja el control de la vida en manos ajenas, como se ha hecho desde siempre sin razón ni organización personal. Vivimos sin memoria, en un mundo de azar donde no es necesario esforzarse pues de cualquier forma se ignora el futuro inmediato. La idea de la ley del menor esfuerzo que domina el panorama es una pereza socializada. Entonces no hay posibilidades de tener una visión o un deseo de conocer el pasado inmediato, ese espacio que se construye en el ayer y el hoy. Hace falta una responsabilidad individual, primero de la propia salud y de nuestros actos para poder mejorar condiciones de vida y enfrentar situaciones específicas sin culpar a terceros o justificar lo injustificable.

Los psicólogos no podemos negar nuestro pasado como profesión con una visión soberbia y egocéntrica, pues nos impide encontrar las implicaciones de la psicología contemporánea en otros humanos con la oportunidad de construir alternativas en una sociedad como la nuestra, tan atomizada y deshumanizada. Al realizar este trabajo, pretendemos desmitificar circunstancias, instituciones, personajes o actitudes y desechar prejuicios, haciendo del pensar un oficio que al no darse por generación espontánea implica un proceso más complejo, que incluye el conocimiento de los espacios que estudiamos y su proceso de construcción.

Es ese precisamente el inicio de la utilidad de este trabajo, para nosotros como psicólogos, conocer aquello que nos dio origen, como ciencia; entender por qué la práctica ha adoptado formas específicas de trabajo. No hay nada determinado ni preestablecido, debemos valorar nuestro trabajo, defenderlo y no respaldarnos en afirmaciones de lo que dudamos o que aún sin creer en ello nos negamos a denunciar.

A nivel académico, es necesario que recuperemos la historia terminando de una vez con anecdotarios y narraciones de la vida y obra de ciertos personajes y hagamos una historia de la psicología con un pensamiento abierto, reflexivo, analítico y sistematizado. El estudio crítico de la historia de la psicología es un paso necesario para conocer la profundidad del tema en que trabajamos, permitiéndonos al mismo tiempo plantear nuevos retos e interrogantes, donde solo el paso del tiempo dará validez a nuestras explicaciones porque solo un análisis historiográfico da una respuesta sobre los problemas que se han tratado y sus posibles resultados, encontrando los vínculos entre los individuos, saber de cuál psicología estamos hablando sus usos e

implicaciones. El conocimiento de la historia social y su articulación dentro de la psicología nos da una perspectiva no absolutista, cerrando caminos interminables pero abriendo nuevas veredas. El conocimiento del espacio social y la ubicación tiempo-espacio del sujeto nos dan mayores indicadores para construir estas interpretaciones no absolutas. Estamos convencidos que la historia de la psicología no es solo una historia, es el dominio de un análisis que supere absolutismos, rescatando la diversidad y no propiciando la unilateralidad. Es a través de la historia como podemos ver el pasado y encontrar implicaciones para nuestra ciencia y sus profesionales, estableciendo una continuidad en la relación temporal entre el ayer y el hoy.

Las directas implicaciones que este trabajo plantea son la reorientación de este tipo de servicios planificando, diseñando otras estrategias para la prevención de problemas psicológicos e identificación de problemas dentro del campo: desde el problema del retraso en el desarrollo dentro de una comunidad, abortos y problemas de esterilidad, neurosis, depresión, abandono, hasta problemas tan grandes pero tan específicos como la soledad, al caer en la desazón de descubrir que los proyectos de vida -si los hay- no se compaginan con los nuevos y antiguos valores morales, éticos y estéticos. Todo esto nos debe además permitir en lo futuro hacer un trabajo de prevención en la salud tanto física como mental, implicando entonces un trabajo común con otros profesionales. Si nos apoyamos en la historia para no cometer los mismos errores, las posibilidades de tener un ejercicio profesional y educativo de otra magnitud nos permiten abrirnos para buscar alternativas en la geografía, el tiempo y espacio en que trabajamos. Podemos hacer ubicaciones, juicios o tomar

decisiones con una información del espacio geográfico en que vamos a trabajar y el horizonte cultural del profesionalista.

Para lograr tener una idea más clara de lo que fueron las propuestas o ideas que se sugieren con esta investigación, a manera de resumen, podemos señalar por puntos las conclusiones a las que llegamos:

- C* El trabajo con el enfermo mental es una práctica que se ha llevado a cabo a través de los años siempre de acuerdo a modelos preestablecidos, sin un análisis de la situación real del paciente, ni conocimiento de un conjunto de antecedentes y desencadenantes de su padecimiento específico.
- C* El modelo médico ha estado dominando desde hace más de 100 años el trabajo en el área de la salud mental, haciendo a un lado el aspecto psicológico y/o emocional del sujeto.
- C* Algo muy similar ocurre con diagnósticos y tratamientos, ambos basados en una atención al cuerpo físico, y lo desconecta por completo de la parte psicológica.
- C* Esto provoca no solo el desconocimiento de un caso específico sino el trabajo a ciegas que implica la elaboración de un mal diagnóstico (que muchas veces esta basado en una evaluación incorrecta), por lógica un tratamiento inadecuado que viene a reflejarse en el deterioro físico y mental de un paciente.
- S* El conocimiento de la historia es la herramienta que nos permite acercarnos a un pasado próximo para obtener de ahí los elementos que nos posibilitan ahora la construcción de un presente más cercano a nuestras necesidades específicas.
- S* En este orden de ideas, es realmente interesante entonces el observar la relación existente entre los procesos de salud enfermedad de una población y las formas sociales y políticas de vida vigentes, que son finalmente las que determinan su estilo de vivir -y morir-.

* Existen además muchos otros factores que no han sido tomados en cuenta en lo que es la atención a este tipo de enfermos dentro de los hospitales psiquiátricos, por lo que dándole un giro diferente a nuestra intervención en este campo nuestro trabajo se optimizaría.

No olvidemos entonces que el cuerpo no es una maquinita a la que hay que aceitar de vez en cuando, sino un todo que tiene necesidades, dolores, vicios, carencias, debilidades, hábitos y enfermedades que son completamente individuales y que determinan el estado en que se encuentre. De aquí la importancia de que la forma de abordar a cada uno sea diferente y totalmente específica. No se valen generalizaciones ni validaciones en campos diferentes.

REFERENCIAS

Bibliográficas

- * Aguilar Camín, Héctor y Meyer, Lorenzo. A la sombra de la Revolución Mexicana. Un ensayo de historia contemporánea de México 190-1989. 10a. edición Editorial cal y arena. México, 1993.
- * Bazant, Jan. Breve historia de México, de Hidalgo a Cárdenas (1805-1940). La red de Jonás premia, editora. México, 1982.
- * Bolaños Martínez, Raúl. Historia de México. Ediciones pedagógicas S.A. de C.V. México, 1985.
- * Cosío Villegas, Daniel et. al. Historia mínima de México. 2a edición. El Colegio de México. México, 1994.
- * Cosío Villegas, Daniel et. al. Historia general de México. 2 tomos. 4a edición. El Colegio de México. Centro de estudios históricos. México, 1994.
- * Cumberland, Charles. Madero y la revolución mexicana. Editorial siglo XXI México 1981.
- * García Cantú, Gastón. Las invasiones norteamericanas en México. SEP/ERA México, 1986.
- * Gilly, Adolfo. La revolución interrumpida. México, 1910-1920: guerra campesina por la tierra y el poder. 5a edición. Ediciones "el caballito". México, 1975.
- * Herring, Hubert. Evolución histórica de América Latina. Tomo 1 Biblioteca universitaria de Buenos Aires EUDEBA. Editorial universitaria de Buenos Aires. Buenos Aires, 1972.
- * López Ramos, Sergio (coord.) Historia de la psicología en México. Tomo 1 CEAPAC México, 1995.

- * Martínez, Armando (tr.) Ensayos de historia de México. Ediciones de cultura popular S.A. México, 1978.
- * Muriel, Josefina. El modelo arquitectónico de los hospitales para dementes de la Nueva España.
- * Muriel, Josefina. Hospitales de la Nueva España. Fundaciones de los siglos XVI, XVII y XVIII. 2 tomos 2a edición. UNAM Cruz roja mexicana. México, 1990.
- * Navarro Beltrán, Estanislao Dr. (coord.) Diccionario terminológico de ciencias médicas. 13a edición. Salvat, ediciones científicas y técnicas. España, 1993.
- * Postel, Jaques y Quérel Claude (compiladores) Historia de la psiquiatría. FCE. biblioteca de psicología profunda y psicoanálisis. México, 1987.
- * Rivera Combas, Manuel. México pintoresco, artístico y monumental. Tomo 2
- * Segatore, Luigi Dr. y Poli Gianangelo Dr. Diccionario médico. 5a edición Dr. Rafael Lara, traductor. Editorial Teide Barcelona. Barcelona, 1978.
- * Smith, Tony Dr. (editor médico). Enciclopedia de la salud. Academia Nacional de Medicina. 4 tomos Editorial Aguilar. México, 1992.
- * Somolino D'Ardois, Germán. Historia de la psiquiatría en México.
- * Torre Villar de la, Ernesto; González Navarro Moisés; Ross Stanley. Historia documental de México II. UNAM

Hemerográficas

- * Camargo E. Rosario. "La Castañeda, historia de un traslado". México desconocido México. Jilguero. Num. 116. Octubre 1986 p.p. 45-48.
- * Ruíz Moreno, Samuel. "La asistencia psiquiátrica en México". Congreso internacional de psiquiatría París, 1950.

* Velasco-Suárez, Manuel Dr. "Asistencia adecuada y rehabilitación para enfermos nerviosos (neurológicos y mentales)" Salud pública. México, Epoca V Vol. IV Num. 3. Mayo-Junio 1962.

Documentales

* Beneficencia Pública. Guía de hospitales psiquiátricos del fondo de beneficencia pública en el D.F. México. Archivo histórico de la secretaría de salubridad y asistencia (AHSSA). Fondo: beneficencia pública. Sección: guías. Contiene información sobre los documentos con que cuenta el archivo de hospitales psiquiátricos.

* Manicomio General. Guía del fondo del Manicomio General. México. Archivo histórico de la secretaría de salubridad y asistencia (AHSSA) Fondo: Manicomio General. Sección: guías. Contiene información acerca de todos los documentos administrativos, clínicos y civiles con que cuenta el archivo.

* Manicomio General. Catálogo sistemático de los asilados con expresión de nombre, fecha de ingreso y clasificación de expedientes. México. Archivo históricos de la secretaría de salubridad y asistencia (AHSSA) Fondo: Manicomio General. Sección: guías. Contiene en orden numérico y cronológico los nombres de los asilados que ingresaron al Manicomio desde septiembre de 1910.

* Manicomio General. Libros de registro de asilados. México. Archivo histórico de la secretaría de salubridad y asistencia (AHSSA) Fondo: Manicomio General. Sección: libros de registro. Libros 2 al 9 que corresponden del expediente 752 al 7084. México, de septiembre de 1910 a septiembre de 1922. Contienen datos generales, fotografía, enfermedad principal, fecha de ingreso, salida o defunción de los asilados.

* Expedientes, Manicomio General. Expedientes clínicos de asilados correspondientes a los números 768 al 6614. México, Mixcoac; septiembre 1 de 1910 a diciembre 31 de 1920. Archivo histórico de la secretaría de salubridad y asistencia (AHSSA). Sección: expedientes clínicos. Fondo: Manicomio General. Cajas: 19 a la 110. Número de fojas: variable. Expedientes clínicos de los asilados del manicomio que contienen información sobre fechas de ingreso y altas temporales, personal, causas de remisión, diagnósticos, tratamientos, pabellones, familia y defunción.

* Memorándumes. Manicomio General. Memorándumes intercambiados entre el Manicomio General y la Beneficencia Pública. México, Mixcoac, febrero 24 de 1915 a abril 27 de 1918. Archivo histórico de la secretaría de salubridad y asistencia (AHSSA). Fondo: Beneficencia Pública. Sección: establecimientos hospitalarios. Serie: Manicomio General. Legajos 4, 7 y 8. Fojas: de 2 a 5. Contienen informes sobre los froteos, robos y ocupaciones de las fuerzas zapatistas así como de la frecuencia de los casos de muerte por enteritis.

ANEXO

**Tablas de *causas y remisión, diagnóstico, tratamiento,*
pabellón, familia y defunción de los expedientes de acuerdo
al año de su ingreso al Manicomio General.**

1910

CAUSAS Y REMISIÓN

Exp.	Sexo	Causa de remisión	Quién remite
768	H	enajenación mental	gobernador y 1a. comisaría de policía
771	M	enajenación mental	Hospital general
776	H	enajenación mental	2a. demarcación de policía
784	H	enajenación mental	cuñado
803	H	enajenación mental	esposo
806	H	enajenación mental	6a. demarcación de policía
808	H	enajenación mental	gobernador
809	M	enajenación mental	esposo
884	H	perturbación mental	gobierno del D.F.
		enajenación mental	gobierno del D.F.
		locura epiléptica	gobierno del D.F.
		delirio alcohólico	gobierno del D.F.
		accidentes agudos	gobierno del D.F.
		psicosis maniaco depresiva	gobierno del D.F.
		delirio alcohólico	gobierno del D.F.
891	M	no hay información	DGBP y cuñado
904	M	epilepsia esencial	hospital para mujeres dementes
913	H	manía crónica	hermano
919	M	enajenación mental	gobernador
935	M	perturbación mental	gobierno D.F.
		debilidad mental	hermana
934	H	demencia por epilepsia tardía	esposa
938	M	enajenación mental	gobierno D.F.
962	M	enajenación mental	gobierno del D.F.
965	H	perturbación mental	comisario de policía
971	H	epiléptico	tía
973	H	epilepsia	gobierno del D.F.
987	H	epilepsia esencial	comisario del Hospital Juárez
995	M	afección cerebral, megalomanía y enajenación	esposo
1007	M	enajenación mental	director del Hospital Morelos

DIAGNOSTICO

Exp.	Sexo	Diagnóstico
803	H	demencia paralítica
806	H	epilepsia con delirio alucinatorio sensorial de vista y oído epilepsia tardía por alcoholismo
808	H	alcoholismo crónico con delirio tóxico
809	M	demencia precoz catatónica
884	H	tifo examtemático
919	M	excitación maníaca alcohólica
935	M	demencia precoz
962	M	manía aguda
971	H	epilepsia esencial-idiocia
987	H	epilepsia tóxica infecciosa epilepsia específica ¿heredo sífilis tardía?
995	M	demencia precoz catatónica
1007	M	débil mental

TRATAMIENTOS

Exp.	Sexo	Medicamentos y terapéuticas
771	M	Inyección de tuberculina BT al 2x10.000, tuvo una reacción negativa: no tose ni expectora.
776	H	Extirpación de quiste sebáceo en cuello que cicatrizó rápidamente.
809	M	Cacodilatador de sodio, gotas de acónito, belladona y opio. Inyección de sodio.
884	H	Inyección de neosalvarsán, baños tibios, antisépticos y antitérmicos, tónicos cardíacos.
891	M	Inyecciones intravenosas de salvarsán, tratamiento antisifilítico, pero no se modifican los ataques, tampoco sirvieron los sedantes como la belladonna ni el tratamiento desintoxicante de purgantes, inyecciones de suero.
962	M	50 gotas de paraldesida, se aumentó a 100 y luego se suspendió. 5 gránulos de arseniato de estramonio con el que mejoró su estado físico, aunque disminuyó el mental.
971	H	Se desinfectó una herida en mejilla izquierda, se le pusieron vendoteles de tela adhesiva y puntos de sutura. La herida cicatrizó.
987	H	Antisifilítico mixto e intensivo, gracias al cual cesaron los ataques, se modificó su actividad cerebral y sociabilidad, así como la paresia de su intestino.
995	M	Tratamiento sintomático con pronóstico de incurable.
1007	M	Tratamiento antisifilítico con el cual mejoró.

PABELLONES

Exp.	Sexo	Pabellones que visitó
771	M	Epilépticas.
776	H	Tranquilos A, imbéciles.
803	H	Pensionistas de 2a., enfermería, indigentes.
806	H	Peligrosos, epilépticos.
808	H	Tranquilos A, peligrosos, infecciosos.
809	M	Tranquilos B, excitadas, indigentes, seniles.
884	H	Peligrosos, infecciosos.
891	M	Epilépticas, observación.
904	M	Imbéciles, epilépticas.
913	H	Tranquilos B, pensionistas 2a.
919	M	Tranquilas A, observación.
934	H	Tranquilos A.
938	M	Observación y Tranquilas A.
965	H	Observación.
971	H	Epilépticos, enfermería.
973	H	Observación.
987	H	Peligrosos, epilépticos.
995	M	Tranquilos B, enfermería.
1007	M	Imbéciles, epilépticos, infecciosos, enfermería, cirugía.

FAMILIA

Exp.	Sexo	Relación del enfermo con su familia
803	H	El asilado salió varias veces a solicitud de su esposa. Se le siguió un juicio de interdicción. Telegramas a la esposa sin respuesta.
809	M	Su esposo promovió juicio de divorcio. Cartas, telegramas y memorándums devueltos.
913	H	Telegrama a hermano avisando de la gravidez del asilado.
919	M	Telegrama a su esposo que no se entregó.
934	H	Ingresó a solicitud de su esposa, pero más tarde ya no pudo localizársele.
935	M	Su familia solicitó su alta.
973	H	Telegramas a familia no entregados.
987	H	Escribió a su familia con frases cariñosas, tristes y de añoranza. Aunque se le consideró desde 1911 como capacitado para salir nunca lo hizo.
995	M	Su esposo pagaba su cuota y se le envió un telegrama que no fue contestado.

DEFUNCIÓN

Exp.	Sexo	Enfermedad mental y física causantes de la muerte
768	H	Epilepsia esencial y congestión cerebral.
771	M	Demencia precoz y enterocolitis.
776	H	Imbecilidad y enterocolitis.
784	H	Demencia precoz y paquimeningitis extensa.
803	H	PGP y agotamiento.
806	H	Delirium tremens y epilepsia.
808	H	Alcoholismo crónico y enterocolitis.
809	M	Esquizofrenia y gastroenteritis aguda.
884	H	Epilepsia alcohólica y tifo.
891	M	Epilepsia y flegmón del muslo derecho.
904	M	Epilepsia esencial y enterocolitis.
913	H	Manía crónica y agotamiento nervioso.
919	M	Locura intermitente (acceso maniáco) y meningo encefalitis.
934	H	Demencia senil y pleuroneumonía.
935	M	Demencia precoz y enterocolitis.
938	M	Demencia precoz y enterocolitis aguda.
962	M	Manía aguda y pleuresía.
965	M	Epilepsia esencial y absceso pulmonar.
971	H	Epilepsia esencial y tuberculosis.
973	H	Epilepsia y gran mal epiléptico.
987	H	Epilepsia y pericarditis.
995	M	Demencia precoz y enterocolitis crónica.
1007	M	Oligofrenia-grado de imbecilidad y enteritis aguda.

1911

CAUSAS Y REMISIÓN.

Exp.	Sexo	Causa de la remisión	Quién remite
1018	H	Epilepsia esencial	Madre
1022	M	Enajenación mental	Gobernador
1034	H	Epilepsia esencial	Hospital Juárez
1047	M	Enajenación mental	Gob. D.F.
1058	H	Enajenación mental	Gob. D.F.
1068	M	Lipomanía razonada	Esposo
1090	M	Perturbación mental	Gob. D.F.
1104	M	Manía aguda, trastornos de la inteligencia en sus funciones que caracterizan	Madre

		la locura en forma de manía, enajenación mental dominando el delirio de persecución, manía, enajenación mental en la forma de manía crónica, lipemanía por autointoxicación	
1109	H	Perturbación mental	Demarcación de policía
1126	H	Confusión mental	Padre
1158	M	Idiocia	Media hermana
1167	H	Signos de trastornos mentales	Gob. D.F.
1196	M	Epilepsia	Gob. D.F.
1206	H	Epilepsia esencial	Gob. D.F.
1212	M	Epilepsia esencial así como una sordera incurable por lesión del aparato perceptor	Hospital General
1222	H	Demencia precoz hebefrénica Sufre de sus facultades mentales	Madre Beneficencia Publica
1250	M	Demencia precoz Enajenación mental bajo la forma de manía sub aguda	Madre Esposo
1291	H	Enajenación mental	Gobernador D.F.
1294	M	Manía depresiva	Cuñado
1374	M	Enajenación mental, perturbaciones mentales cuyo origen fue la histeria y en otras épocas se manifestó en la práctica bajo la forma de delirio agudo	Hermana
1434	M	Enajenación mental en la forma de demencia precoz catatónica	Hermano
1439	H	Enajenación mental	DGBP
1465	M	Enajenación mental	Gob. D.F. y 8a. D.P.
1476	H	Enajenación mental	Gob. D.F.
1495	M	Enajenación mental	Gob. D.F.
1520	H	Enajenación mental	Gob. D.F.
1536	H	Afectado de P.G.P.	DGBP y edo. Hidalgo
1546	H	Locura intermitente (delirio paranoide)	BP y edo. de Coahuila
1566	H	Síntomas de demencia	Gobernador
1577	H	Hemorragia cerebral con perturbación de sus facultades intelectuales (degenerado inferior idiotismo)	Hospital General
1585	M	Epilepsia esencial	Tía
1594	H	Enajenación mental a consecuencia de la eteromanía	Padre

1616	H	Debilidad mental degenerada	Madre
1624	H	Enajenación mental y demencia precoz paranoide	6a. D.P.

DIAGNOSTICO

Exp.	Sexo	Diagnóstico
1058	H	Demencia precoz Manía aguda Demencia precoz Demencia precoz hebefrenocatatónica
1104	M	Demencia precoz paranoide Esquizofrenia paranoide Demencia precoz
1109	H	Excitación maníaca alcohólica Degenerado con manía intermitente
1126	H	Melancolía estúpida Locura circular
1158	M	Imbecilidad
1196	M	Epilepsia esencial
1212	M	Epilepsia esencial herencia
1222	H	Paranoia
1250	M	Demencia precoz paranoide Esquizofrenia paranoide
1294		Manía depresiva
1374	M	Locura intermitente y débil mental
1434	M	Demencia precoz simple
1465	M	Locura circular (manía melancólica)
1495	M	Melancolía ansiosa
1520	H	Manía subaguda
1585	M	Epilepsia esencial
1594	H	Demencia alcohólica eteromanía Alcohólica y eteronómano Demencia precoz hebefrénica
1624	H	Demencia post-delirante

TRATAMIENTO

Exp.	Sexo	Medicamentos y terapéuticas
1104	M	Se le administró tuberculina, calmantes, inyecciones de calcio, somníferos; pero no mejoró.
1109	H	Por neumonía se le dieron baños tónicos y expectorantes.
1158	M	Mejóro con un tratamiento de tuberculina.
1222	H	Antineuralgias interior y localmente. Mejoró. También se reporta que se le dio psicoterapia.
1250	M	Se le dio un tratamiento sintomático para su enfermedad mental y médico por heridas e indigestiones. Por un carcinoma se le hicieron

aplicaciones con radio. Se insiste en la conveniencia de la psicoterapia.

1374	M	Tuberculina, pero no mejoró.
1495	M	Tratamiento con tuberculina del que no se reportan mejorías.
1520	H	Inyecciones de arsenicales, mercurio y yoduro por vía bucal y alimentación. Aparentemente mejoró.
1546	H	Antisepsia, sutura, punción lumbar, enema purgante e inyecciones de aceite alcanforado de 0.20.. Aparentemente no mejoró
1616	H	En enfermería se le atendió por un absceso.
1624	H	Por una anemia, se le trató "como anemia esencial".

PABELLONES

Exp.	Sexo	Pabellones que visitó
1018	H	observación
1022	M	epilépticos, observación
1034	H	observación, epilépticos
1047	M	observación
1458	H	observación, pensionistas 3a., tranquilos B, indigentes, observación especial
1068	M	pensionistas 2a., observación
1090	M	observación
1104	M	tranquilas A, enfermería, costura general A, seniles
1109	H	tranquilos A y B, observación, enfermería
1126	H	pensionistas 2a., tranquilas B
1158	M	imbéciles
1167	H	observación
1196	M	epilépticos
1206	H	observación
1212	M	observación, epilépticos
1222	H	pensionistas 2a., observación, enfermería
1250	M	pensionistas 1a., observación, agitadas, cirugía, enfermería, seniles
1291	H	observación
1294	M	observación
1374	M	tranquilos B
1434	M	observación, pensionistas 3a., tranquilos B, indigentes
1439	H	observación, pensionistas 2a.
1465	M	observación, tranquilas A
1476	H	observación
1495	M	observación, tranquilas A, infecciosas
1520	H	observación
1536	H	pensionistas 3a.
1546	H	pensionistas 2a, indigentes, excitados, infecciosos
1566	H	observación
1585	M	observación, epilépticos
1594	H	tranquilos A, enfermería
1616	H	observación, imbéciles
1624	H	observación, tranquilos A, enfermería, infecciosos

FAMILIA

Exp.	Sexo	Relación del enfermo con su familia
1018	H	2 telegramas sin respuesta a su madre por cambio de domicilio.
1022	M	8 hermanos, internado por su hermana.
1034	H	Hermano alcohólico, hermana epiléptica.
1058	H	2 hermanas, madre pagó pensión hasta 1914 porque falleció.
1068	M	18 hermanos.
1104	M	14 hermanos, no querían que fuera dado de alta, a pesar de los telegramas no la visitaban.
1126	H	2 hermanos, padres. Cartas de la hermana solicitando informes periódicos (cada mes), enviando ropa y en general preocupada por él.
1158	M	3 hermanos, carta de encargado solicitando informes, telegramas sin respuesta.
1167	H	Telegrama a familia sin respuesta.
1196	M	4 hermanos, 2 hijos, pero "la familia no puede atenderla".
1206	H	Telegrama a familia sin respuesta.
1222	H	Madre casada 2 veces, se pagó la pensión hasta su muerte.
1250	M	5 hijos, su familia la visitaba y llevaba regalos, pero olvidaba pagar sus cuotas. Al parecer el marido solicitó la separación. Telegramas a los hijos, uno de ellos recogió el cuerpo.
1291	H	2 telegramas sin respuesta, el mismo día de la defunción.
1294	M	3 hermanos, el cuñado la internó, cartas de la hermana solicitando informes, de su salud y de la probabilidad de sacarla, enviándole alimentos y dulces.
1374	M	Hermana internó, 3 telegramas a esta sin respuesta.
1439	H	Hermana pagó pensión de 2a.
1434	M	Un hermano que pagó su cuota como pensionista de 3a.
1465	M	2 hermanas y 1 hijo.
1476	H	Su familia recogió el cadáver.
1495	M	Una conocida reclama que la familia de la enferma no la atiende
1520	H	4 hermanos, uno de ellos lo acompañó en su ingreso.
1546	H	3 hermanos, cartas de uno de ellos con la intención de pagar su cuota y enviarle ropa pero no hay registro de que lo haya hecho. Escribieron una carta más después de la muerte del enfermo.
1585	M	Padre y 4 hermano, telegrama a su tía sin respuesta.
1594	H	Telegramas enviados al padre informando de la muerte del asilado sin respuesta.
1616	H	Madre y 4 hermanos. Se le internó por "malas circunstancias de la familia".
1624	H	Padre, 1 hermano y 3 hijos.

DEFUNCIÓN

Exp.	Sexo	Enfermedad mental y física causantes de la muerte
1018	H	epilepsia esencial y Gran Mal Epiléptico

1022	M	epilepsia esencial y enteritis disentérica
1034	H	epilepsia esencial y pleuroneumonía
1047	M	idiotéz y septicemia por escaras
1058	H	demencia precoz y enteritis aguda
1068	M	demencia precoz paranoide y enterocolitis
1090	M	confusión mental etílica y neumonía
1104	M	demencia precoz y gastroenteritis aguda
1109	M	excitación maniáca alcohólica y gangrena de la boca
1126	H	locura circular y enteritis
1158	M	imbecilidad y enterocolitis
1167	H	demencia precoz y enteritis tuberculosa
1196	M	epilepsia y enterocolitis
1206	H	epilepsia esencial y bronconeumonía
1212	M	epilepsia esencial y edema pulmonar
1222	H	paranoia y nefritis parenquimatosa
1250	M	esquizofrenia paranoide y enteritis
1291	H	P.G.P.
1294	M	no se especifica, pero murió en la enfermería
1374	M	locura intermitente y agotamiento
1439	H	P.G.P. y congestión pulmonar
1434	M	demencia precoz y tuberculosis intestinal
1465	M	locura circular y pleuroneumonía
1476	H	epilepsia y demencia alcohólicos y G.M.E.
1495	M	gastroenterocolitis crónica y colitis hemorrágica
1520	H	manía sub-aguda y tuberculosis pulmonar
1536	H	P.G.P.
1546	H	paranoia y erisipela
1566	H	débil mental degenerado y tuberculosis pulmonar
1577	H	débil mental por alcoholismo y tuberculosis intestinal
1585	M	epilepsia esencial y enterocolitis
1594	H	demencia alcohólica y enteritis
1616	H	imbecilidad y agotamiento
1624	H	demencia post-delirante y erisipela en la cara

1912

CAUSAS Y REMISIÓN

Exp.	Sexo	Causa de la remisión	Quién remite
1645	M	enajenación mental	gob. D.F.
1673	H	enajenación mental	2a. demarcación de policía
1681	M	locura intermitente	hermano
1701	H	enajenación mental bajo la forma de sífilis cerebral	esposa
1715	H	demencia precoz	padre
1734	H	incoordinación de sus ideas	gob. D.F.
1736	M	ataques de manía aguda	esposo

1741	M	enajenación mental bajo la forma de locura circular locura intermitente	padre padre y hermano
1742	M	manía aguda	madre
1851	M	idiocia	gov. D.F. y 2a. demarcación de policía
1792	H	epilepsia con estupor	Beneficencia Pública
1886	M	trastornos mentales	gov. D.F.
1893	M	enajenación mental	gov. D.F.
1912	H	P.G.P.	esposa
1913	M	perturbaciones mentales y enajenación mental	padre
1918	M	perturbaciones mentales	gov. D.F. y 2a. demarcación de policía
1929	H	demencia senil	DGBP y edo. Hidalgo
1930	H	delirio alcohólico	gov. D.F.
1944	H	perturbación mental	gov. D.F.
1962	M	delirio de persecución simple	tía
1965	M	delirio de grandeza enajenación mental	consultorio central prefectura de Mixcoac
1973	M	Histeria psíquica con delirio místico de persecución	hermana
1988	M	demencia precoz	hermano
1994	H	enajenación mental: delirio religioso y otros	gov. D.F.
2021	M	enajenación mental	DGBP
2057	H	trastorno mental	hermano
2064	H	demencia precoz	hermano por mediación de encargado
2136	M	locura circular	tío
2154	H	demente paralítico enajenación mental	concuño gov. D.F.
2160	H	epilepsia	gov. D.F.
2169	M	enajenación mental a causa de alcoholismo crónico demencia efílica	hija
2172	M	enajenación mental	gov. D.F. y municipio de coyoacan
2213	M	locura maniaco depresiva	hermano
2220	H	delirio de grandeza y enajenación mental	hermano y gov. D.F.
2226	M	perturbaciones mentales de origen epiléptico epilepsia esencial con enajenación mental	gov. D.F. gov. D.F.
2234	H	epilepsia melancolía con delirio y perturbaciones	6a. demarcación de policía hermano

2256	H	enajenación mental (solo para observación)	Sría. de guerra y Beneficencia Pública.
2268	M	locura epiléptica	esposo
2277		perturbada de sus facultades mentales (solo para observación)	juzgado 4o. correccional
2335	H	demencia, disentería, paresia de reflejos pupilares, paresia de piernas, demencia paralítica	amigo y encargado
2296	M	perturbada de sus facultades mentales trastornada de sus facultades mentales	gob. D.F. 1a. demarcación de policía
2341	M	manía epilepsia con accesos de verdadera demencia	gob. D.F.
2370	H	enajenación mental	Sría. de guerra y marina

DIAGNOSTICO

Exp.	Sexo	Diagnóstico
1715	H	imbecilidad
1736	M	esquizofrenia hebefrénica
1851	M	imbécil pasiva (epiléptica)
1912	H	P.G.P. demencia delirante
1918	M	delución paranoide
1930	H	demencia precoz imbecilidad
1962	M	delirio sistematizado de persecución
1965	M	demencia precoz simple
1973	M	locura circular manía melancólica
1988	M	demencia precoz
2021	M	epilepsia etílica - seudo parálisis etílica
2057	H	P.G.P. y alcoholismo crónico anemia cerebral y psicosis alcohólica
2064	H	demencia precoz
2136	M	demencia precoz hebefrénica demencia precoz maniaca
2154	H	sífilis cerebral P.G.P. sífilis cerebral
2160	H	alcoholismo crónico y epilepsia alcohólico
2172	M	acceso maniaco manía aguda por gestación
2213	M	locura intermitente - acceso melancólico psicosis maniaco depresiva intermitente
2226	M	epilepsia esencial

2256	H	epilepsia esencial - débil mental
2277	M	psicosis intermitente de forma maníaca
2296	M	debilitamiento intelectual secundario por alcoholismo crónico psicosis tóxica infecciosa con delirio de persecución
2370	H	confusión mental - histeria demencia y confusión mental demencia precoz hebefrénica

TRATAMIENTOS

Exp.	Sexo	Medicamentos y terapéuticas
1715	H	Tratamiento con tuberculina con el que no mejoró.
1736	M	Recibió tratamiento en Sonora. En el MG: una cucharada para la diarrea, inyección de emetina de 0.30 m, ferro histo serum, cloruro de calcio, sulfato azul, extracto de hígado, yodorgan, aceite alcanforado, comprimidos.
1851	M	Aparatos inmovilizadores de yeso y masaje.
1912	H	Tratamiento de "606", tratamiento "término general".
1918	M	Solo se le administró tuberculina, pero no mejoró.
1962	M	Análisis de sangre y de líquido céfalo raquídeo.
1988	M	Se le alimentó por sonda, se le administró tuberculina y no mejoró. Con un tónico y estimulante, casi no se obtuvo respuesta. Por incurable se le prescribió un tratamiento sintomático, tampoco tenía muy bien las dientes pues se registra un tratamiento bucal. Régimen lácteo, agua con jugo de naranja o limón, antisépticos intestinales y opio. Régimen lácteo vegetariano, tónicos generales, inyecciones de vitalígeno, emulsión de aceite de hígado de bacalao. Faja a lo ancho de la frente y yoduros por retequias en la frente.
2057	H	96 inyecciones de biyodino, excitantes del sistema nervioso, por los que presentó insomnio, logorrea, se excitó y presentó agresividad. Reacción de Wassermann. Tratamiento sintomático, baños tibios, sedantes, inyecciones de vitalígeno, bromuro cloral, alipsol, laborterapia y quehaceres domésticos, vacuna antitífica, ampollitas de optarrón (?), de hígado X, enema purgante, aceite alcanforado muscular, tuberculina y un preparado de agua de azahar e ioduro de sodio. No se reportan los resultados. Por heridas se le hicieron curaciones, asepsias e inyecciones de complejo B. Se le dio un tratamiento por electrochoques, pero no se reporta el resultado. Se le dieron 0.10 gms de fenobarbital. Al remitirlo a neuropsiquiatría se le hicieron radiografías porque el asilado sentía náuseas. Presentó desnutrición y se le prescribió penicilina, aspirinas, complejo B y "alimento".
2136	M	Inyecciones de tuberculina B.T. Por diarrea: purgante de sulfato de sosa, papeles compuestos de creta preparado, fosfato de cal y ex de opio.
2154	H	Tratamiento antisifilítico.

- 2172 M Tuberculina sin resultado. Tratamiento por manías agudas e intoxicación gravídica: reposo, baños prolongados, firostrina. Disminuyó la excitación.
- 2277 M Para su sífilis se le dio salvarsán, mercurio y yoduro; mejoró. También obtuvo mejoría con el tratamiento "adecuado" para su erisipela.
- 2341 M Se le aplicó la reacción de Wassermann. Al aplicarle lavados y desinfectantes intestinales junto con tónicos generales, sus ataques desaparecieron.
- 2370 M Además del tratamiento sintomático, se le aplicaron edemas y se le dio aceite de bacalao, jarabe de yoduro de fierro. Por diarreas: absorbentes y opio.

PABELLONES

Exp.	Sexo	Pabellones que visitó
1681	M	pensionistas 2a, tranquilos B, indigentes, observación
1701	H	pensionistas 2a.
1715	H	imbéciles, infecciosos
1734	H	observación
1736	M	observación, pensionistas 1a. y 2a., infecciosos, enfermería, excitadas, seniles, tranquilas A, indigentes
1741	M	observación, pensionistas 2a., tranquilas B
1792	H	pensionistas 3a., observación, indigentes
1851	M	observación, imbéciles, enfermería, imbéciles
1886	M	observación
1893	M	observación
1912	H	observación, pensionistas 2a., tranquilos B, observación, pensionistas 3a., indigentes, tranquilos A, enfermería
1913	M	observación
1918	M	observación, tranquilas A, observación salida
1929	H	observación
1930	H	observación, tranquilos A, imbéciles
1944	H	observación, pensionistas 2a. y 3a.
1962	M	pensionistas 3a., observación, tranquilas B, indigentes
1965	M	observación en sus dos ingresos
1973	M	observación y tranquilas A
1988	M	observación, tranquilas A, infecciosas, enfermería pensionistas 2a. y seniles.
1994	H	observación, pensionistas 2a. y 3a.
2021	M	observación, epilépticos
2057	H	pensionistas 2a., indigentes, tranquilos B, enfermería, cirugía, neuropsiquiatría, epilépticos
2064	H	observación, pensionistas 2a, tranquilos B
2136	M	pensionistas 2a., enfermería, tranquilas B
2154	H	pensionistas 2a.
2160	H	tranquilos A
2172	M	pensionistas 3a., tranquilas B, enfermería, tranquilas B
2213	M	pensionistas 3a., tranquilas B, indigentes
2226	M	epilépticas

2277	M	observación, enfermería, observación, enfermería (3 veces más)
2335	H	pensionistas 2a.
2296	M	tranquilas A
2341	M	enfermería, tranquilas B, pensionistas 2a, departamento especial, indigentes
2370	H	peligrosos, tranquilos A, peligrosos

FAMILIA

Exp.	Sexo	Relación del enfermo con su familia
1645	M	Casada.
1673	H	Casado.
1681	M	Hermano la pasó de pensionistas 2a. a indigentes
1701	H	telegramas a esposa, un familiar recogió el cadáver.
1715	H	1 hermana, telegramas a padre no entregados
1734	H	casado.
1736	M	6 hermanos, casada. Cartas de esposo y hermano, fue pensionista, pero sufría de abandono.
1741	M	Padres y 11 hermanos. Padre pagó cuota de pensionista 2a., estuvo al tanto de su desarrollo y solicitó su alta.
1742	M	Madre, padre alcohólico, 1 hermano. Cartas del hermano, que quería sacarla, pero no pudo hacerlo, pues poco después murió.
1792	H	Hermano que pagó cuota de pensionista
1851	M	Madre alcohólica, tío que la internó.
1886	M	Casada.
1893	M	Viuda.
1912	H	Casado, padres, 6 hermanos, 1 hijo. Fue pensionista de 2a. por su esposa y de 3a. por su padre. La familia solicitó se exentara de pago. Padre solicitó su alta, esposa pidió permisos para sacarlo por su santo, vacaciones y curaciones. Más tarde se le enviaron telegramas que no respondió.
1913	M	Padre, tíos y hermanos. Telegramas sin respuesta a su padre.
1918	M	Viuda, 1 hija.
1929	H	Casado, telegrama a encargada.
1930	H	Casado.
1944	H	Casado, pensionista 2a. por su esposa, telegramas a ella sin respuesta.
1962	M	Tía, 1 hermana. Telefonemas y telegramas a su tía sin respuesta. No tenía visitas, según se quejaba la propia enferma.
1965	M	Madre, alta a solicitud de su familia.
1973	M	Hermana, hermano. Telegramas a hermana sin respuesta.
1988	M	Madre, 1 hermano. Cartas de hermano, prima y cuñado solicitando certificado de incapacidad.
1994	H	Casado, hermano que pagó cuota de pensionistas 2a. Telegramas al hermano sin respuesta.
2021	M	Casada, 5 hermanos.
2057	H	2 hermanos, madre. Cartas de un hermano y envío de ropa, él pagó su cuota de pensionista 2a. Memorándums al hermano sin respuesta. Abandono de este hermano expresado por el enfermo.

- 2064 H Madre, 3 hermanos. Cartas del hermano quien estaba al tanto de gastos, pensiones y salud.
- 2136 M 1 hermana, varios tíos. 20 cartas de la hermana quien estaba al tanto de ropa, salud, desarrollo, medicamentos y alimentación. Aún después del deceso de la enferma esta hermana dispuso sus pertenencias dentro del manicomio.
- 2154 H Casado, 2 hermanos. Esposa pagaba la pensión, pero dejaba de hacerlo por temporadas; también escribió para solicitar su alta.
- 2160 H Casado, 10 hermanos. 3 hijas.
- 2169 M Casada. Telegramas a hijos sin respuesta.
- 2172 M Casada, padres, 4 hermanos. Un hermano pagó por una temporada su cuota como pensionista de 3a. Este mismo hermano escribió 9 cartas pidiendo informes de salud, necesidades, cuotas y probabilidades de curación de la asilada.
- 2220 H Casado. Telegrama a su hermano sin respuesta.
- 2226 M Casada, madre, 4 hermanos. Altas a solicitud de su familia. Telegramas sin respuesta enviados a una hermana.
- 2334 H Hermano, al que se le envió un memorándum describiendo el estado del paciente.
- 2256 H 9 hermanos.
- 2268 M Casada, madre, 5 hermanos, 6 hijos. Telegrama a su esposo que fue devuelto.
- 2277 M Madre.
- 2335 H Viudo.
- 2296 M Padre, 4 hermanos, 1 hija.
- 2341 M Viuda, hermano, 2 hijos, 2 telegramas a la familia que no fueron respondidos.
- 2370 H Madre, 1 hermano. La madre solicitó el alta, pero le fue negada.

DEFUNCIÓN

Exp. Sexo Enfermedad mental y física causantes de la muerte

- 1645 M demencia senil y septicemia por escaras
- 1673 H demencia etílica y nefritis
- 1681 M cirrosis hepática
- 1701 H manía crónica, demencia alcohólica y adinamia cardíaca
- 1715 H imbecilidad y neumonía tuberculosa
- 1734 H dipsomanía alcohólica y congestión pulmonar
- 1736 M hemorragia cerebral por enteritis y esquizofrenia hebefrénica
- 1741 M enajenación mental y enterocolitis
- 1742 M demencia precoz y agotamiento
- 1851 M imbecilidad pasiva y gangrena
- 1792 H epilepsia esencial y Gran Mal Epiléptico
- 1886 M confusión mental y tuberculosis pulmonar
- 1893 H delución paranoide y cáncer del seno
- 1912 H P.G.P. y enteritis aguda
- 1918 M delución paranoide y trombosis de la femoral izquierda
- 1929 H demencia por arteriosclerosis cerebral y anemia cerebral
- 1930 H imbecilidad, demencia precoz y enterocolitis

1944	H	psicosis alcohólica y enteritis
1962	M	delución paranoide, delirio sistematizado de persecución e insuficiencia mitral
1965	M	demencia precoz simple y enterocolitis
1973	M	locura circular e insuficiencia mitral
1988	M	congestión pulmonar no traumática, arteriosclerosis senil, artritis, senilidad
1994	H	parálisis general progresiva
2021	M	epilepsia etflica - pseudo parálisis etflica y enterocolitis
2057	H	no hay diagnóstico, solo una nota del servicio de sobre vigilancia de que murió en epilépticos
2064	H	demencia precoz y enterocolitis
2136	M	demencia precoz y ataques epilépticos
2154	H	P.G.P. y congestión pulmonar
2160	H	epilepsia esencial y enteritis
2169	M	imbecilidad y septicemia por escamas
2172	M	manía aguda y síncope cardiaco
2213	M	locura intermitente y ataque apopléctico
2220	H	sifilis cerebral
2226	M	epilepsia y hemorragia cerebral no traumática
2234	H	demencia precoz simple y enterocolitis
2256	H	demencia precoz simple y enterocolitis
2268	M	epilepsia esencial y enteritis crónica
2277	M	alcoholismo crónico y enteritis
2335	H	psicosis por autointoxicación intestinal y arteriosclerosis cerebral
2296	M	enteritis aguda
2341	M	epilepsia y tuberculosis
2370	H	psicosis maníaco depresiva e insuficiencia aórtica

1913

CAUSAS Y REMISIÓN

Exp.	Sexo	Causa de remisión	Quién remite
2418	H	perturbaciones psíquicas enajenación mental	gob. D.F. gob. D.F.
2120	M	enajenado de sus facultades mentales por delirio alcohólico	gob. D.F.
2431	H	solo se describe su sintomatología	gob. D.F.
2441	H	enajenación mental bajo la forma de manía crónica	tío político
2445	H	no hay diagnóstico	Beneficencia Pública y Sría de guerra y marina
2454	H	enajenación mental	gob. D.F.
2467	H	signos de epilepsia	gob. D.F.

2469	H	síntomas de enajenación mental	gov. D.F.
2483	M	trastornos psíquicos, caracterizados por el delirio de persecución	esposo
2495	M	signos de enajenación mental	gov. D.F.
2500	M	delirio de persecución	encargado
2516	M	enajenación mental	gov. D.F.
2558	M	enajenación mental	gov. D.F.
2580	H	atacado de enajenación mental por parálisis general	padre hermano
2587	M	enajenación mental e insolvencia	gov. D.F.
2609	H	perturbaciones mentales	gov. D.F.
2630	M	manía aguda	primo
2631	M	delirio alcohólico	gov. D.F.
2641	H	enajenación mental bajo la forma de paranoia	padre
2680	M	enajenación mental	gov. D.F.
2686	H	demenia alcohólica	esposa
2710	M	enajenación mental con signos de afasia	gov. D.F. prefectura de Mixcoac
2723	M	enajenación mental bajo la forma de manía crónica	hijo
2763	H	accesos de locura	gov. D.F.
2800	H	delirio alcohólico	gov. D.F.
2820	M	sufre de sus facultades mentales	gov. D.F.
2825	H	perturbado de sus facultades mentales por manía tranquila	gov. D.F.
2831	H	padecimiento cerebral y demencia precoz	tío
2833	M	afectado de sus facultades mentales bajo la forma de manía crónica (demenia precoz hebefrénica)	hermano
2858	H	enajenación mental con paroxismos de género impulsivo	gov. D.F.
2861	M	histeria con perturbaciones mentales	gov. D.F.
2871	M	síntomas de enajenación mental: delirio de persecución, excitaciones y depresión	gov. D.F.
2887	H	enfermo de enajenación mental	gov. D.F. y centro asturiano

2948	H	desequilibrio de sus facultades mentales y perturbación	gob. D.F.
2954	H	delirio de persecución a consecuencia del alcoholismo	gob. D.F.
2965	H	imbecilidad y epilepsia	hermano
2972	M	dislalia, alucinaciones ópticas y auditivas	gob. D.F.
2977	H	padece de sus facultades mentales bajo la forma de manía aguda	gob. D.F.
3008	M	incoherencia en la exposición de sus ideas y locuacidad	gob. D.F.
3012	H	afectado de sus facultades mentales bajo la forma de parálisis general	hijo
3021	M	trastornado de sus facultades mentales por alcoholismo	gob. D.F.
3024	H	enajenación mental probablemente por parálisis general	primo hermano
3061	H	parálisis general	sociedad española de beneficencia

DIAGNOSTICO

Exp.	Sexo	Diagnóstico
2418	H	psicosis alcohólica
		amnesia etílica
2431	H	demenia etílica
2445	H	parálisis general progresiva (P.G.P.)
		incontinencia de orina (en enfermería)
2467	H	epilepsia y alcoholismo crónico
2483	M	P.G.P. juvenil
		demenia precoz simple
2495	M	sífilis manifiesta de 2a
2500	M	psicosis alucinatoria aguda
2516	M	paranoia
		estomatitis, gangrena y reumatismo (en enfermería)
2558	M	demenia precoz
		confusión mental tendente a la catatonía
2580	H	P.G.P.
2587	M	alcoholismo crónico y confusión mental
2609	H	psicosis alcohólica aguda
		fractura de clavícula (en enfermería)
2631	M	demenia alcohólica simple

2641	H	demencia precoz simple erisipela de la cara y flegmón (en enfermería por
2680	M	melancolía aguda enteritis (en enfermería)
2686	H	psicosis alcohólica
2710	M	demencia primaria
2763	H	alcoholismo crónico - acceso agudo absceso en el pie (en enfermería)
2820	M	agitación maniaca
2825	H	psicosis alcohólica subaguda
2831	H	demencia etílica y demencia precoz
2833	M	demencia precoz simple
2871	M	confusión mental
2887	M	manía crónica
2861	M	demencia epiléptica
2858	H	delirio alucinatorio sistematizado angulosis de las rodillas (en enfermería)
2948	H	demencia precoz simple
2972	M	demencia alcohólica
2977	H	demencia etílica
3008	M	psicosis maniaco-depresiva
3012	H	demencia post-maniaca ¿paralítica? parálisis general demencia post-maniaca
3021	M	excitación maniaca alcohólica tifo (en tifosas y enfermería)
3024	H	P.G.P. agotamiento (en enfermería)
3061	H	psicosis hemorroides internas (en enfermería)

TRATAMIENTO

Exp.	Sexo	Medicamentos y terapéuticas
2420	M	Se le administró tuberculina B.T. al 2x10.000 con resultados negativos.
2445	H	En el hospital militar se le dio 3 veces el llamado "606" para la sífilis y jarabe de Gisbak, con cierta mejoría para el paciente. En el MG también se le dio una medicamentación antisifilítica enérgica, además de inyecciones de micleinato de sodio y tónicos generales.
2495	M	Con buenos resultados se le aplicó mercurial y salvarsán para atender su sífilis.
2558	M	Tratamiento higiénico y ortopedia moral.
2680	M	Se le dio un tratamiento con tuberculina que al parecer la hizo mejorar.
2686	H	Setucimina (?) en dosis creciente, lo que mejoró su excitación etílica. En cirugía se le extirparon con éxito sus hemorroides.
2710	M	Tratamiento con tuberculina.

2871	M	Se le aplicaron fuera del manicomio inyecciones de morfina sin resultados positivos.
2861	M	Por obstrucción en la garganta se le dio respiración artificial, tracciones rítmicas de la lengua, inyecciones de espartina y aceite alcanforado. Después de 2 ó 4 minutos murió.
2448	H	Tuberculina. Por decaimiento: sulfato de magnesia.
2977	H	Por infección: inyecciones de penicilina 30.000 cada 3 horas y aceite de ricino por las mañanas.
3008	M	Inyecciones de compuesto de sodio y notropina, escopolamina y anfeleche (?) 1 c.c.
3012	H	Tratamiento antisifilítico que le mejoró, pero no curó la P.G.P.
3021	M	Tuberculina.

PABELLONES

Exp.	Sexo	Pabellones que visitó
2418	H	alcohólicos
2420	M	tranquilos A
2431	H	observación, alcohólicos, tranquilos A
2441	H	pensionistas 3a
2445	H	tranquilos B, enfermería
2467	H	epilépticos
2483	M	pensionistas 2a
2495	M	observación, enfermería, tranquilas A
2500	M	tranquilas A
2516	M	tranquilas A, enfermería
2558	M	pensionistas 2a, tranquilos B, enfermería
2587	M	tranquilas A
2609	H	alcohólicos, enfermería, observación salida, tranquilos A
2630	M	pensionistas 2a
2631	M	tranquilas A
2641	H	observación, tranquilos B, indigentes, infecciosos, enfermería
2680	M	observación, tranquilas A, enfermería
2686	H	observación, tranquilas A, enfermería, observación
2710	M	tranquilas A
2763	H	enfermería, alcohólicos, tranquilos A
2820	M	tranquilas A, observación
2825	H	pensionistas 3a, alcohólicos, tranquilos B
2831	H	alcohólicos
2833	M	tranquilas B, indigentes
2871	M	tranquilas A
2887	H	pensionistas 2a, tranquilos B, imbéciles
2861	M	epilépticas, observación
2858	H	peligrosos, tranquilos A, enfermería
2948	H	peligrosos, tranquilos A
2954	H	pensionistas 3a, indigentes
2965	H	epilépticos
2972	M	tranquilas A

2977	M	tranquilas A, observación, alcohólicos, peligrosos, infecciosos, enfermería, trabajadores y seniles
3008	M	enfermería, peligrosas, excitadas, tranquilas A y seniles
3012	H	pensionistas 2a, tranquilos B y tuberculosos
3021	M	enfermería, tifosas
3024	H	pensionistas 2a, tranquilos B, enfermería
3061	H	pensionistas 3a, tranquilos B, enfermería

FAMILIA

Exp.	Sexo	Relación del enfermo con su familia
2418	H	Padres y 3 hermanos. Madre solicita por carta el alta.
2420	M	Encargado, que solo la internó.
2431	H	Casado.
2441	H	Casado y un tío político que fue nombrado su encargado.
2445	H	Casado, 2 hermanos, 2 hijas. 4 cartas de la esposa solicitando permisos de salida una vez por semana y para visitarlo en el manicomio. Se le enviaron telegramas avisando del fallecimiento que no fueron respondidos.
2459	H	Viudo.
2467	H	Casado, 3 hijos y 4 hermanos.
2469	H	Casado.
2483	M	Casada. Alta a solicitud de su esposo y aunque no hay más datos de él al parecer continuó pagando la mensualidad de pensionistas.
2495	M	Casada.
2500	M	Casada, tía epiléptica, tío alcohólico, tío "loco", 2 hijos gemelos.
2516	M	Casada, una hija de 11 años. Madre solicitó su alta, pero nunca la recogió.
2558	M	Salió e ingresó por solicitud de su papá. Cartas y un cable del mismo para solicitar que la enferma pasara unos días en su casa y para que se le diera de alta. Solicitó informes de su salud. A su muerte, la "familia" solicitó un informe detallado de las enfermedades que había padecido y de las circunstancias de su muerte.
2580	H	Madre, 9 hermanos, cuñada. Telegramas a la familia avisando de la gravidez y fallecimiento; recogieron el cuerpo y las cosas personales.
2587	M	Casada, hermana, madre, 4 hijos.
2609	H	Casado, 1 hermano, 1 hijo.
2630	M	Primo que solicitó su ingreso y pagó la cuota de pensionista 1a. Se le envió un telegrama avisando de la gravidez de la asilada, que fue recibido.
2631	M	Viuda, 2 hermanos, 2 hijos.
2641	H	Padres, hermana mayor demente, abuela epiléptica, tío "loco". Madre solicitó permiso para que saliera cada 8 días; una hermana pidió otro permiso por una semana que pasaría en su casa. Cuando falleció, el padre solicitó el cadáver "para que sus deudos puedan tributarle los últimos testimonios de afecto".

- 2680 M Casada.
- 2686 H Casado, ingresó por su esposa. 4 hijos y 3 hermanos.
- 2710 M Casada, 2 hermanos, la persona que la acompañó durante el ingreso reportó refiriéndose a la familia de la asilada que "cuando ya no la soportaron la enviaron al manicomio general". Una vez dentro, nadie la visitó.
- 2723 M Casada, un hijo que solicitó el ingreso. Telegrama no entregado al esposo por ser desconocido en el domicilio.
- 2763 H Casado, 3 hijos, 6 hermanos.
- 2800 H Casado.
- 2820 M Casada, 10 hermanos, 7 hijos.
- 2825 H Viudo, cuñada que pagó su pensión de 3a., 3 hermanos y 3 hijos.
- 2831 H Madre y 4 hermanos. Ingresó por un tío que pagó su cuota de pensionistas 2a. Cartas de la madre preguntando por su salud y le envió mudas de ropa. La dirección general de correos también escribió preguntando por su salud. El encargado, que era de esta dirección pagó la pensión desde 1914.
- 2833 M Padre y 2 hermanos, uno de ellos solicitó el ingreso, la hermana se reporta como "loca" (aparentemente también se encontraba internada en la institución), al igual que unos tíos paternos y una prima. Cartas del padre y del encargado preguntando por sus salud, los gastos que pudiera tener y necesidades como ropa o zapatos.
- 2858 H Encargado nombrado por el gob. D.F.
- 2861 M Viuda, 14 hermanos, 12 hijos. El padre la acompañó a internarla y dejó su dirección como responsable. Se le enviaron telegramas pero no fueron entregados por no corresponder el domicilio.
- 2871 M Viuda, 2 hermanos, 2 hijos. Cartas del hermano en relación al embarazo (que la asilada asegura es producto de una relación con este hermano) y solicitando informes de su salud. Pide además un pase especial para visitarla los jueves.
- 2887 H 2 hermanos. Ingresó por un encargado del centro asturiano, que eran los que pagaban su pensión de 2a.
- 2948 H Padres, 2 hermanos.
- 2954 H Cartas de la madre solicitando informes de su salud y desarrollo, hermano que pagó cuota de pensionista 3a. En 1915 había problemas en cuanto a comunicación con la capital debido a los enfrentamientos armados, por lo que no se pudo avisar a la madre del fallecimiento. Ella escribió una vez más en 1933.
- 2965 H 2 hermanos, uno de ellos solicitó su ingreso. 3 cartas de éste último preguntando de su estado físico y mental.
- 2972 M Viuda, 1 hermana.
- 2977 H Casado, 1 hijo, padre. Se le nombró un encargado que solo recogió su cadáver.
- 3008 M Casada, 1 hijo, hermanos.
- 3012 H Viudo, 4 hermanos, 12 hijos. 2 telegramas enviados a la hermana que no fueron respondidos. Su casera le entabló un juicio hipotecario, pero el asilado falleció antes de que finalizara.
- 3021 H Casada, 2 medias hermanas, 4 hijos, 2 nietos. Una hija solicitó que pasara a pensionistas exentos de pago. Dos pases que solicita la niña Guillermina Vivanco para visitar a la asilada. En 1940 se le

informó al encargado que la asilada iba a poder ser externada y que si no iban por ella la iban a dejar salir sola. Ni correos ni telégrafos pudieron localizar al encargado y a su hija. 2 años después de su muerte esta hija volvió a escribir preguntando por su salud.

- 3024 H Casado, hermano, 5 hijos.
 3061 H Casado, 1 hermano. Telegramas al secretario de la sociedad española. 2 cartas de la compañía cigarrera mexicana, donde trabajaba el asilado, solicitando informes y posibilidades de darlo de alta. En estas cartas se hace referencia a la esposa, pero nunca apareció.

DEFUNCIÓN

Exp. Sexo Enfermedad mental y física causantes de la muerte

2418	H	demencia etílica y neumonía
2420	M	demencia etílica y enterocolitis
2431	H	amnesia etílica y tuberculosis pulmonar
2441	H	P.G.P. y septicemia por flemones
2445	H	P.G.P.
2459	H	P.G.P. y neumonía del lado izquierdo.
2467	H	epilepsia y G.M.E.
2469	H	amnesia etílica y paquimeningitis alcohólica
2483	M	demencia precoz simple y enteritis aguda
2495	M	parálisis general y paquimeningitis tuberculosa
2500	M	psicosis alucinatoria aguda y neumonía
2516	M	paranoia y congestión pulmonar
2558	M	demencia precoz y neumonía
2580	H	P.G.P. y agotamiento
2587	M	confusión mental y nefritis parenquimatosa
2609	H	psicosis alcohólica y enteritis
2630	M	mania aguda y enterocolitis
2631	M	demencia alcohólica y neumonía
2641	H	demencia precoz y síncope cardiaco
2680	M	melancolía y tuberculosis pulmonar
2686	H	demencia etílica y enteritis aguda
2710	M	demencia y consunción
2723	M	mania crónica y pneumonia lobar aguda derecha
2763	H	psicosis alcohólica y agotamiento
2800	H	amencia etílica y asfixia por obstrucción de las vías aéreas por sustancia alimenticia
2820	M	enterocolitis aguda
2825	H	psicosis alcohólica y aortitis
2831	H	demencia precoz y agotamiento nervioso
2833	M	demencia precoz y enteritis tuberculosa
2858	H	delirio alucinatorio y tuberculosis pulmonar
2871	M	confusión mental y enterocolitis
2887	H	P.G.P. y agotamiento nervioso
2861	M	demencia epiléptica y asfixia por deglución de través.

2948	H	demencia precoz simple y congestión pulmonar
2954	H	demencia precoz y enterocolitis
2965	H	epilepsia y enterocolitis
2972	M	demencia alcohólica y enterocolitis
2977	H	demencia senil
3008	M	disentería bacilar
3012	H	P.G.P. y enterocolitis demencia post-maniaca y colitis ulcerosa
3021	M	bronconeumonía
3024	H	P.G.P. y enteritis
3061	H	P.G.P.

1914

CAUSAS Y REMISIÓN

Exp.	Sexo	Causa de remisión	Quién remite
3079	M	síntomas de enajenación mental, incongruencia de ideas, logorrea, etc.	gob. D.F.
3084	H	afectado de sus facultades mentales bajo la forma de acceso maniaco	hermano
3098	H	signos de enajenación mental	comisaría de policía
3100	M	facultades mentales perturbadas	hermano
3115	M	incoordinación de las ideas, delirio de grandeza enajenación mental caracterizada por manía aguda con delirio de persecución	3a. demarcación de policía comandancia de policía
3140	M	enajenación mental a consecuencia de epilepsia esencial	3a. demarcación de policía
3142	H	fisicopatía	3a. demarcación de policía encargado
3164	H	enajenación mental	madre
3188	H	ataques de epilepsia	Beneficencia Pública
3199	H	alcoholismo crónico, ataques de epilepsia con perturbaciones mentales	madre
3205	H	parálisis general	DGBP
3226	M	histeria complicada de epilepsia presentando ya signos de enajenación	gob. D.F.

		mental periódica y accesos de monomanía impulsiva	
3241	M	enajenación mental	8a. demarcación de policía
3262	M	perturbaciones mentales de origen histérico y P.G.P. con accesos de delirio impulsivo y de grandeza	esposo
3278	H	enajenación mental caracterizada por falta de atención, incoherencia y tendencia a las ideas de persecución	padre
		enfermo de sus facultades mentales bajo la forma de demencia precoz sin certificado médico	padre
3281	M	perturbaciones mentales	padre
3287	H	confusión mental	hermana
3310	H	síntomas de enajenación mental	hermano
3316	M	delirio polimorfo agudo por periencefalitis	1a comandancia de policía
		delirio polimorfo agudo por periencefalitis	cuñado
3331	H	sin certificado	esposo
3334	H	sin certificado	DGBP
3372	M	enajenación mental bajo la forma de monomanía religiosa	DGBP
3377	H	epilepsia (en calidad de procesado)	secretaría de guerra, gobernación y DGBP
3381	M	perturbado de sus facultades mentales	5a demarcación de policía
3387	M	epilepsia avanzada presentando accesos de enajenación mental de carácter impulsivo	madre
3451	M	psicosis histérica	esposo
3464	M	enajenación mental	DGBP
3470	H	enajenación mental bajo la forma de demencia etílica	Quinta de salud de Tlalpan
3494	M	trastornada de sus facultades mentales por manía religiosa	prefectura de Mixcoac
3495	H	neurastenia, tifo cerebral, debilitación de sus facultades intelectivas y con las obsesiones e impulsiones correspondientes	hermano
3506	M	enajenación mental	tía

3546 M enajenación mental
3567 M enajenación mental
3588 H P.G.P.
3645 M reblandecimiento cerebral

7a. demarcación de policía
1a. comisaría de policía
encargado
hermano

DIAGNOSTICO

Exp.	Sexo	Diagnóstico
3079	M	manía aguda
3098	H	psicosis alcohólica aguda
3100	M	idiotia
3115	M	confusión mental
3164	H	demencia precoz simple
3188	H	psicosis histérica - ataques histero-epilépticos
3199	H	demencia precoz simple
3226	M	epilepsia esencial
3241	M	confusión mental
3262	M	demencia senil
3278	H	demencia precoz simple
3281	M	confusión mental con estupor
3287	H	manía intermitente
3310	H	psicosis alcohólica sub-aguda
3316	M	demencia precoz psicosis histérica y nefritis aguda
3331	H	epilepsia esencial
3334	H	epilepsia esencial y alcoholismo (hábito)
3372	M	melancolía subaguda
3281	M	manía suave (demencia precoz hebefrénica)
3387	M	epilepsia Jacksoniana-perturbaciones mentales post paroxísticas
3451	M	demencia precoz
3464	M	manía histérica
3470	H	demencia etílica
3494	M	psicosis maniaco-depresiva
3506	M	histeria
		neuro psicosis constitucional (histero-epiléptica)
3645	M	manía crónica

TRATAMIENTOS

Exp.	Sexo	Medicamentos y terapéuticas
3084	H	Se le administró un "tratamiento adecuado para la parálisis general progresiva".
3164	H	Se reporta que "no tiene tratamiento" en junio 28 de 1929, pero se le daba su ración de alimento normal y su baño semanal. Se le aplicó la reacción de Wassermann (negativa) y análisis de orina. No se registra para qué, pero se le dio talicilato de sodio, cytotrofamina, suero antineunocócico digital, aceite alcanforado y revulsivos.
3241	M	Reacción de Wassermann (negativa) Agua de azahar, bromuro de sodio, bromuro de amonio, yoduro de cloro y laxantes. No mejoró.

- 3262 M Para que la asilada durmiera se le administró un hipnótico: una cucharada de cloral. Del análisis completo de orina al que se sometió se le reportó como normal.
- 3372 M Tratamiento general tónico anti-tuberculoso, después del cual continuó agotándose.
- 3381 M Estudio general de orina que resultó normal y reacción de Wassermann (negativa). En su hoja de orden y medicamentos encontramos que se le siguió dando su ración normal de alimentos y baño semanal, aunque se le reportó como tranquila y después agitada.
- 3451 M Enemas y "medicamentos tonificantes".
- 3464 M Lavados y aplicaciones antisépticas.
- 3470 H Se reporta que se usaron "recursos terapéuticos".
- 3645 M Examen completo de orina. Para su "locuacidad" se le dio bromuro de potasio. Su ración de alimentos fue normal y su baño de aseo cada 8 días, reportándose tranquila.

PABELLONES

Exp.	Sexo	Pabellones que visitó
3079	M	tranquilas A
3098	H	alcohólicos, tranquilos A
3100	M	imbéciles, enfermería
3115	M	tranquilas A, enfermería, tranquilas A, enfermería, tranquilas A, enfermería
3140	M	epilépticas, enfermería
3142	H	pensionistas 2a., tranquilos B, pensionistas 3a
3164	H	tranquilos A
3188	H	pensionistas 2a, tranquilos B
3199	H	tranquilos B
3226	M	epilépticas
3241	M	tranquilas A, enfermería
3262	M	pensionistas 1a, 2a, tranquilas B, indigentes, pensionistas 2a, enfermería, pensionistas 2a, enfermería, pensionistas 2a
3278	H	pensionistas 2a
3281	M	tranquilas A, enfermería
3287	H	tranquilos B
3310	H	pensionistas 3a, indigentes alcohólicos
3316	M	pensionistas 2a, indigentes, tranquilas B, pensionistas 2a
3331	H	epilépticos
3334	H	epilépticos
3372	M	tranquilas A, enfermería
3377	H	indigentes (en calidad de procesado)
3381	M	tranquilas A, ancianos, agitados, tranquilas, enfermería
3387	M	pensionistas 3a, epilépticas, indigentes
3451	M	pensionistas 2a, 3a, indigentes, tranquilas B
3464	M	tranquilas B, indigentes, enfermería
3470	H	tranquilos A, peligrosos
3494	M	indigentes

3495	H	tranquilos A, enfermería
3506	M	pensionistas 2a, epilépticas
3546	M	epilépticas
3567	M	observación, indigentes
3588	H	pensionistas 1a
3645	M	observación, tranquilas B, no pensionistas, tranquilas B sección 3a

FAMILIA

Exp.	Sexo	Relación del enfermo con su familia
3079	M	Casada, madre, 2 hermanas y 1 hijo.
3084	H	Casado. Carta de un amigo que le envía ropa. Telegramas sin respuesta enviados a un hermano.
3098	H	Casado, 3 hermanos, 4 hijos.
3100	M	7 hermanos. Se le informó a la familia de su muerte.
3115	M	Viuda, madre. Telegramas a encargada sin respuesta.
3140	M	Viuda, 1 hijos. El responsable la visitó 2 veces, pero no respondió los telegramas que se le enviaron.
3142	H	Viudo e hija que pagó su pensión de 2a. Cartas de sus dos hijos y su esposa pidiendo que el paciente fuera revisado por un médico porque en una visita no lo vieron saludable. Solicitaron un permiso para sacarlo y darlo de alta, preocupados por su situación dentro de la institución.
3164	H	Madre, 2 hermanos. Se le enviaron 2 telegramas a la encargada, que la visitó al menos una vez.
3188	H	Madre, 6 hermanos.
3199	H	Viudo, 2 hermanos, 1 hijo. Fue internado por un primo.
3205	H	Casado.
3226	M	Hermanos.
3241	M	Padre, hermano.
3262	M	Casada, padre, 2 hermanos, 1 hijo. 3 telegramas al esposo y un pase para que visite a la enferma sin respuesta.
3278	H	Padre: internó y solicitó su alta 2 veces. Se le envió 1 telegrama que no pudo ser entregado.
3281	M	5 hermanos, 2 hijos, una hermana lo internó.
3287	H	Hermano "demente", otro sano y 10 hijos. Cartas del hermano sano preguntando por su estado y otra del propio asilado solicitando su alta. Los señores Fernández y hermano solicitaron un certificado de su estado de salud para poder proceder contra sus bienes por \$1300.00 por unos pagarés y firmas que se le solicitaron al enfermo para la compra de unos bienes. No sabemos que fue lo que pasó, pues un documento de este tipo solo podía ser solicitado por un familiar y no les fue proporcionado. Hasta 30 después de su muerte se solicitó un certificado de defunción porque murió intestado.
3310	H	Casado, 4 hermanos 1 epiléptico, 1 hija. Su esposa pagó su cuota de pensionista de 3a. Hay cartas de la esposa preguntando su estado, y una del propio asilado que pide "se violente" su alta.

- 3316 M Casada, 5 hermanos, ingresó por solicitud de su cuñado y de su esposo, quien escribió al manicomio pidiendo fuera dada de alta.
- 3331 H Casado.
- 3334 H Casado, padres.
- 3372 M Casada, madre, 4 hijos. Dentro del manicomio dio a luz a una niña el 7 de diciembre de 1914, que 6 días después fue enviada a la casa de cuna porque -según reportó el director interino- la asilada no tenía parientes conocidos fuera y ella no podía "tener cuidado de su hija". La niña murió el día 22 en la casa de cuna "a consecuencia de la falta de desarrollo".
- 3377 H 2 hermanos.
- 3381 M Viuda, 4 hijos.
- 3387 M Tía, madre, 2 telegramas a ésta última sin respuesta.
- 3451 M Casada, 4 hermanos, 3 hijos. Esposo instauró una demanda para declarar nulo su matrimonio, para lo que se entabló un juicio de interdicción. Después de las evaluaciones y de que se le concedió la separación no se supo mucho del esposo, solo que hasta 1920 envió ropa esporádicamente y pagó la cuota de pensionistas 3a. La madre escribió 38 cartas preguntando por la salud de su hija, si la iba a visitar el esposo, si se pagaba su pensión, si podía visitarla sin que se enterara su yerno, si algo le hacía falta a la enferma "para exigírselo" al esposo. La madre nunca la visitó.
- 3464 M Casada, 4 hermanos, 5 hijos. 8 cartas del esposo pidiendo informes de su salud y su alta, que no le fue concedida.
- 3470 H Presbítero.
- 3494 M Padre, 3 hermanos.
- 3506 M 2 hermanos, tía que lo internó.
- 3546 M Viuda.
- 3567 M Casada.
- 3588 H 1 hermana.
- 3645 M 4 hermanos.

DEFUNCIÓN

Exp. Sexo Enfermedad mental y física causantes de la muerte

- 3079 M manía aguda y agotamiento
- 3084 H P.G.P.
- 3098 H psicosis etílica aguda y enterocolitis
- 3100 M imbecilidad y enterocolitis
- 3115 M confusión mental y enteritis aguda
- 3140 M epilepsia esencial y estado de gran mal
- 3142 H P.G.P. y agotamiento nervioso
- 3164 H neumonía lobar aguda
- 3205 H psicosis alcohólica aguda y tuberculosis generalizada
- 3226 M epilepsia esencial y enterocolitis
- 3241 M esquizofrenia hebefrénica
- 3262 M demencia senil y trombosis cerebral
- 3278 H insuficiencia hepática por cirrosis atrófica
- 3281 M confusión mental etílica y enterocolitis

3287	H	manía intermitente y nefritis crónica
3310	H	psicosis alcohólica subaguda y nefritis subaguda
3316	M	psicosis histérica y nefritis aguda
3331	H	epilepsia esencial y leptomenigitis
3334	H	epilepsia y enterocolitis
3372	M	melancolía subaguda y tuberculosis generalizada
3377	H	epilepsia alcohólica y gastroenteritis
3381	M	esquizofrenia hebefrénica e insuficiencia cardiaca
3387	M	enterocolitis
3451	M	demencia precoz catatónica y apoplejía
3464	M	manía histérica y enterocolitis crónica
3470	H	demencia etílica y neumonía tuberculosa
3494	M	psicosis maniaco depresiva y enteritis
3495	H	demencia precoz y nefritis
3506	M	histeria y gangrena simétrica de las extremidades inferiores
3546	M	epilepsia esencial y enterocolitis aguda
3567	M	manía subaguda y enteritis
3588	H	P.G.P. y agotamiento
3645	M	síndrome esquizofrénico meningo arteritis y gastro enteritis aguda

1915

CAUSAS Y REMISIÓN

Exp.	Sexo	Causas de remisión	Quién remite
3730	H	perturbaciones mentales	6a demarcación de policía
3731	M	enajenación mental	1a demarcación de policía
		enajenación mental	comisaría de policía
3734	M	perturbaciones mentales	6a demarcación de policía
3762	M	perturbada de sus facultades mentales	2a demarcación de policía
3778	M	enajenación mental	2a demarcación de policía
3783	H	delirio de persecución	gob. D.F.
3787	H	imbecilidad	madre
3800	H	enajenación mental	beneficencia española
3822	H	enajenación mental	1a demarcación de policía
3830	M	perturbaciones mentales	6a demarcación de policía
3840	H	enajenación mental	hermano
3851	H	ataques histéricos y enajenación mental	gob. D.F.
3889	M	manía aguda	DGBP
3891	M	enajenación mental	cuñada
		demencia precoz	patrona
3910	M	enajenación mental bajo la forma de demencia precoz	quinta de salud de Tlalpan
3913	M	enajenación mental	4a comisaría de policía
		enajenación mental	4a comisaría de policía

3949	M	enajenación mental (demencia senil)	prefectura de Tacubaya
3950	M	enajenación mental (forma depresiva catatónica)	prefectura de Tacubaya
3975	H	enajenación mental	comisaría militar de México
3976	M	enajenación mental	prefectura de Tacuba
3983	H	enajenación mental bajo la forma de idiocia	sr. Adolfo Tenorio
3987	H	enajenación mental	hospital general
3990	M	enajenación mental	5a demarcación de policía
3993	H	enajenación mental	4a demarcación de policía
3995	H	perencefalitis crónica	esposa
4018	H	enajenación mental	2a demarcación de policía
4046	M	perurbada de sus facultades mentales	6a demarcación de policía
4058	H	sin diagnóstico	prefectura de Mixcoac
4064	H	enfermo de sus facultades mentales	esposa y DGBP
4070	M	enajenación mental	4a demarcación de policía
4071	M	enajenación mental	5a demarcación de policía
4090	M	enajenación mental	esposo
4099	M	enajenación mental bajo la forma de confusión mental	hija
4102	H	síntomas de enajenación mental	4a demarcación de policía

DIAGNOSTICO

Exp.	Sexo	Diagnóstico
3730	H	psicosis alcohólica sub-aguda
3731	M	psicosis alcohólica sub-aguda
3734	M	delirio alucinatorio
3778	M	epilepsia esencial
3783	H	P.G.P.
3800	H	P.G.P.
3822	M	demencia precoz
3830	M	manía intermitente
3840	H	psicosis maniaco-depresiva
3889	M	confusión mental crónica
3891	M	histeria no convulsiva
3913	M	paranoia
3949	M	histeria menor y psicosis histérica
3950	M	idiotismo - degeneración
3975	H	P.G.P.
3976	M	P.G.P.
3983	M	idiotez
3987	H	epilepsia
3990	M	delirio místico sistematizado
3993	H	manía crónica

3995	H	P.G.P. fase demencial
4018	H	demencia precoz simple
4046	M	demencia precoz simple
4058	H	esquizofrenia simple
		confusión mental
		psicosis alcohólica
		psicosis crónica
		demencia precoz simple
4070	M	confusión mental
4071	M	idiotismo
4090	M	delirio crónico sistematizado
4099	M	demencia precoz
4102	H	psicosis alcohólica aguda

TRATAMIENTOS

Exp.	Sexo	Medicamentos y terapéuticas
3734	M	En enfermería: ración alimenticia normal, baño de aseo cada 8 días, "copitas" 3 veces por día, ocasionalmente carne molida.
3787	H	3 cucharadas diarias de solución bromurada, 1 purgante salino cada 15 días.
3840	H	Agria estrechizada (?), cloruro de zinc, gotas en los ojos, curaciones, pomada en la cara. Alimentos: "dieta".
3891	M	Examen de orina, lavados en los ojos con solución bónica, curaciones locales con vaselina ictrical al 10%, agiril al 10%, cufinol intravenoso.
3910	M	2 cucharadas de bromuro al día, sal de pelletier, VIII cápsulas, agua cloroformada y agua de menta, estavaina, inyección de elctraigol, cafeína, inyección de suero fisiológico, sulfato de estpartina (?).
3913	M	En enfermería por erisipela de la cara: pomada de sulfato de cohe al 1%.
4018	H	Por diarrea: lavados, bismuto y benzanftal, emetina. Murió de enteritis.
4058	H	Ración normal de alimentos, baños de aseo, inyecciones de la vacuna antitífica, inyección de emetina, 1 cucharada de capeles cada 2 horas; leche, arroz con leche, atole de maíz junto con su ración normal. 4 días después cayó en agotamiento y gravedad; se le aplicó un lavado de 1 lt. de agua hervida con 1 cucharada de agua oxigenada y aceite alcanforado y 1 ampollita cada 3 horas.

FAMILIA

Exp.	Sexo	Relación del enfermo con su familia
3730	H	Casado, 1 hermano, 1 hijo.
3731	M	Viuda, 3 hermanos, 1 hija. Hermana solicitó su alta

- 3734 M Casada, 1 hermano, 2 hijos.
 3762 M Casada. Alta a solicitud del esposo; se le enviaron telegramas que no fueron respondidos pues falleció después del 2o ingreso de la enferma.
- 3778 M Casada, 4 hermanas.
 3783 H Casado.
 3787 H Madre, 2 hermanos, tutor. 6 cartas de la madre, en una de ellas solicitó su alta. 2 del hermano y 1 de la hermana, en que preguntan por su salud, desarrollo y sobre ciertas situaciones específicas de la vida cotidiana del asilado.
- 3800 H Tutor que solicita cita con su tutoreado, aunque todos los telegramas que se le enviaron no obtuvieron respuesta.
- 3822 M Viuda.
 3830 M Viuda, 4 hijos.
 3840 H 2 hermanos sano y 1 "loco". Ingreso y 2 altas a solicitud de su hermano. Se le notificó la muerte del asilado pero no se obtuvo respuesta.
- 3851 H Casado, 3 hermanos, 2 hijos.
 3889 M Viuda, 1 hermana, 2 hijos. Alta a solicitud de su esposo, reingresó por su cuñado.
- 3891 M 5 hermanos, aunque ninguno respondió los telegramas enviados.
 3910 M Casada, 6 hermanos, 3 hijos. Alta a solicitud del esposo y reingreso a solicitud del hijo. Se hicieron averiguaciones para saber donde residía la familia, sin éxito.
- 3913 M Casada, 1 hermana, 3 hijos.
 3949 M 1 hermano.
 3950 M Casada. Telegramas a su responsable.
 3975 H Casado, padre, 1 hermano, 1 hija. Cuando murió, su boleta de defunción se entregó a su encargada.
- 3976 M Casada, 5 hermanos, 13 hijos.
 3983 M Madre "medio loca", 2 hermanos, se le nombró un encargado.
 3987 H Madre, 1 hermano, 1 hijo.
 3990 M Casada, 1 hermano, 1 hija.
 3993 H Casado, 2 hermanos, 8 hijos. Carta del hermano solicitando el alta, aunque nunca fue por el asilado. Se entregó a la familia la boleta de defunción.
- 3995 H Casado, 6 hermanos, 1 hija. Ingresó a solicitud de su esposa, que también pidió 2 permisos para sacarlo por una temporada.
- 4018 H Padres. Carta de la madre solicitando información del asilado, pero que al parecer no fue contestada.
- 4046 M Casada.
 4058 H Casado, padre con enajenación mental, 1 hermano. 18 cartas de la esposa y 5 del hermano en que preguntan por la salud del paciente hasta 1933. Al año siguiente, un sobrino asegura en su carta que el enfermo ha sido abandonado por su familia. En ese mismo año murió.
- 4064 H Casado, madre "loca", 2 hermanos, 3 hijas. Su esposa solicitó permiso para acompañarlo durante su convalecencia de una enfermedad y se quejó ante la DGBP de la mala atención. Cuando murió el enfermo escribió solicitando una constancia de la muerte por duplicado.

- 4090 M Casada, una sobrina que la acompañó durante el interrogatorio pero que más tarde pidió no ser relacionada con la enferma y un sobrino que quería sacarla del MG; cosa que el esposo no permitió por considerarse él mismo el responsable por ser quien solicitó su ingreso y el que pagaba la cuota de pensionista de 2a. Se le siguió a la enferma un juicio de interdicción para declararla incapaz de encargarse de sus negocios. Una vez hecha la evaluación, aunque el esposo aseguró que se haría cargo de la enferma, a menudo le hacían falta ropas y calzado. Ella aseguraba que había sido despojada de sus bienes.
- 4099 M Viuda, hermano alcohólico y con enajenación mental, 3 hermanos y 2 hijas.
- 4102 H Casado, padres, 10 hermanos, 4 hijos. Padre y 3 hermanos alcohólicos.

PABELLONES

Exp.	Sexo	Pabellones que visitó
3730	H	observación, alcohólicos, tranquilos A
3731	M	observación, tranquilas A
3734	M	tranquilas A, enfermería
3778	M	epilépticas
3783	H	tranquilas A, enfermería
3830	M	tranquilas A
3851	H	peligrosos
3889	M	tranquilas A sección 1a
3891	M	tranquilas A, enfermería, infecciosas
3910	M	indigentes, pensionistas 3a
3913	M	tranquilas A, seniles, infecciosos, cirugía
3949	M	tranquilas A, infecciosos
3950	M	imbéciles, epilépticos
3975	H	tranquilos A
3976	M	tranquilas A, enfermería
3983	M	imbéciles
3987	H	peligrosos, epilépticos
3990	M	tranquilas A
3993	H	tranquilas A, peligrosos
3995	H	pensionistas de 1a, no pensionistas
4018	H	tranquilos A
4046	M	tranquilas A, imbéciles
4058	H	tranquilos A, infecciosos
4070	M	tranquilas A
4071	M	imbéciles mujeres
4090	M	pensionistas 2a, 1a, indigentes
4099	M	tranquilas A, pensionistas 3a
4102	H	alcohólicos

DEFUNCIÓN

Exp. Sexo Enfermedad mental y física causante de la muerte

3730	H	psicosis alcohólica sub-aguda y caquexia post-alcohólica
3731	M	enterocolitis
3734	M	delirio alucinatorio y caquexia progresiva
3762	M	demencia etílica y agotamiento
3778	M	epilepsia esencial y lesión orgánica del corazón
3783	H	enajenación mental y enterocolitis
3787	H	epilepsia esencial y lesión orgánica del corazón
3800	H	P.G.P. y nefritis aguda
3822	M	demencia precoz y tuberculosis pulmonar
3830	M	manía intermitente y enterocolitis
3840	H	alcoholismo crónico y septicemia
3851	H	epilepsia y enteritis
3889	M	confusión mental y enterocolitis hemorrágica
3891	M	hebefrenia y enterocolitis
3910	M	demencia precoz y síncope cardíaco
3913	M	paranoia y gastroenteritis aguda
3949	M	erisipela
3950	M	idiocia y enteritis aguda
3975	H	P.G.P. y enterocolitis
3976	M	P.G.P. y lesiones tifoicas
3983	M	imbecilidad y cirrosis hepática
3987	H	epilepsia y enteritis
3990	M	delirio místico sistematizado y gastroenteritis aguda
3993	H	manía crónica y enteritis
3995	H	meningo encefalitis
4018	H	demencia precoz y enteritis aguda en un tuberculoso
4046	M	demencia precoz y encefalitis
4058	H	demencia precoz simple y enterocolitis aguda
4064	H	P.G.P. y cáncer del mediastino
4070	M	confusión mental y enterocolitis crónica
4071	M	imbecilidad y enteritis
4090	M	delirio crónico y agotamiento
4099	M	demencia precoz y escorias
4102	H	psicosis alcohólica y cirrosis atrófica del hígado

1916

CAUSAS Y REMISIÓN

Exp.	Sexo	Causa de la remisión	Quién remite
4111	M	perturbado de sus facultades mentales	8a demarcación de policía
4116	H	sin certificado médico	consejo superior de salubridad
4117	H	enajenación mental	7a demarcación de policía

4121	M	enferma de sus facultades mentales y accesos violentos y tendencias al suicidio	DGBP
4128	M	trastornada de sus facultades mentales	6a demarcación de policía
4131	H	delirio de persecución alcohólico	madre
		delirio de persecución alcohólico	madre
4144	H	ataques epilépticos	7a demarcación de policía
4150	H	syndromes de demencia precoz simple en vías de remisión	administración del MG
4152	H	enajenación mental	4a demarcación de policía
4153	M	perturbación de sus facultades mentales	2a demarcación de policía
4167	M	perturbación mental y enajenación mental	hija
4175	M	enajenación mental	suegra
4188	M	locura maniaco depresiva de "kroepelin-A". Grupo de locuras intermitentes	esposo
4199	H	enajenación mental bajo la forma de melancolía delirante y facultades mentales trastornadas	hermana y DGBP
4213	H	hemiplejía crónica	DGBP
4217	H	delirio de persecución	esposa
4226	H	enajenación mental	6a demarcación de policía
4231	H	facultades perturbadas y afectado al parecer de manía crónica	madre
4235	H	enajenación mental	gob. D.F.
4236	M	demente en estado incurable y perturbación naturaleza psíquica	primo político
4294	H	perturbaciones mentales	6a demarcación de policía
		enajenación mental	hermana
4263	M	melancolía con tendencias suicidas	6a demarcación de policía
		signos de enajenación mental	6a demarcación de policía
4280	M	enajenación mental	madre
4307	M	delirio de persecución de origen alcohólico	consejo superior de salubridad
4317	H	se extravió el certificado	hospital de instrucción militar
4319	H	enajenación mental bajo la forma de delirio crónico sistematizado	
4325	H	morfínomanía	DGBP
4327	H	enajenación mental	4a demarcación de policía

4339	M	perturbaciones mentales	prefectura de Mixcoac
4347	M	trastornada de sus facultades mentales	6a demarcación de policía
4354	H	trastornado de sus facultades mentales	6a demarcación de policía
4358	H	perturbado de sus facultades mentales bajo la forma de alucinaciones del oído	hermano
4366	M	epilepsia esencial	6a demarcación de policía
4389	H	enfermo de sus facultades mentales	prefectura de Mixcoac
4397	M	desequilibrio mental que no se pudo calificar	hermano
4404	M	idiotéz por falta de desarrollo con accesos de furia	hermano
4422	M	padecimiento nervioso central crónico	prima
4440	H	enajenación mental atrofia cerebral trastornos mentales	hermano el mismo enfermo no se registra
4443	M	enajenación mental	hermano
4448	M	enajenación mental	esposo
4460	M	perturbaciones mentales	gob. de Toluca
4461	M	perturbaciones mentales	gob. estado de México
4489	H	enajenación mental	4a demarcación de policía
4491	M	ataques epilépticos	la misma enferma
4502	H	afectado de sus facultades mentales	esposa
4503	H	enajenación mental bajo la forma de P.G.P.	madre
4519	H	enfermo de sus facultades mentales	gob. estado de México
4534	M	enajenación mental	hijo
4543	M	epilepsia esencial	la misma enferma
4553	H	enfermo de sus facultades mentales	hermano
		psicosis alcohólica	hermano
4583	H	enajenación mental	6a demarcación de policía

DIAGNOSTICO

Exp.	Sexo	Diagnóstico
4111	M	demencia estúpida
4117	H	demencia parálitica
4121	M	manía aguda
4128	M	delirio sistematizado demencia paranoide

4144	H	epilepsia esencial
4152	H	epilepsia esencial
4167	M	demencia senil
4175	M	psicosis alcohólica aguda
4213	H	epilepsia por traumatismo
4226	H	manía crónica
4231	H	imbecilidad completa
4235	H	confusión mental
4236	M	idiotia
4244	H	ideas delirantes paranoia con delirio de persecución demencia precoz paranoide demencia precoz permanente
4280	M	demencia precoz
4307	M	psicosis alcohólica bajo la forma de amencia alucinatoria demencia precoz hebefrénica
4317	H	confusión mental asténica demencia alcohólica
4319	H	paranoia con delirio de grandeza
4325	H	esquizofrenia paranoide
4354	H	epilepsia esencial excitación permanente
4389	H	psicosis emotiva
4397	M	epilepsia esencial
4404	M	imbecilidad
4422	M	demencia orgánica
4440	H	delirio paranoide imaginativo
4443	M	epilepsia esencial con perturbaciones mentales
4448	M	confusión mental aguda alucinatoria
4460	M	síntomas mentales de la manía aguda
4489	H	psicosis emotiva
4502	H	demencia precoz
4534	H	P.G.P. psicosis post-infección
4543	M	epilepsia esencial
4553	H	psicosis alcohólica (hipermanía)
4583	H	psicosis circular

TRATAMIENTOS

Exp.	Sexo	Medicamentos y terapéuticas
4111	M	Por enterocolitis: dieta láctea, la "antigua fórmula del cocimiento blanco", con laúdano de lydenham y jarabe de krameria. No hubo éxito favorable. También sulfato de sodio y sulfato de magnesio a.a. extracto de opio. No mejoró.
4117	H	Al llegar se le aplicaron 2 inyecciones de ergotina de Ivon, con las que disminuyeron sus convulsiones. Tomó también gotas de bromuro de potasio.

- 4131 H Por varices y rupturas venosas: 20 gotas de hamamelis, vendas ligeramente apretadas en los miembros inferiores. Por gastroenteritis aguda: purgante salino (sulfato de sodio), antisépticos intestinales, dieta láctea. Ampolletas de aceite alcanforado de 0.10 al día.
- 4244 H Reacción de Wassermann (-). Tratamiento sintomático, baño de aseo semanal o diario, ración normal de alimentos. Por erisipela: antiinflamatorio, sulfatino, vitamina C, aceite alcanforado. También se le dio un purgante salino, sulfato de sodio, bromurato de sodio, sulfato de potasio, vitamina B, 1 ampolleta de aseorbital, compuesto de opio y solución. Por una dermatitis en la rodilla se le aplicó localmente un compuesto de: vaselina, lanolina, ofide de curie, ioduro de sodio.
- 4317 H Para la diarrea: fórmula con cocimiento blanco (120 g), subnitrito de bismuto (6 g), laúdano de syd (XX gotas), jarabe (30 g), purgantes salinos. Por insomnio: jarabe de cloral. Se le recomendó un tratamiento general de suero antineurasténico.
- 4319 H Se reporta "sin tratamiento".
- 4325 H Por dermatitis supurativa: levadura de cerveza y curaciones locales. Se le aplicó un tratamiento antisifilítico que consistía en ampolletas de cianuro de mercurio. Por cólicos dolorosos: morfina, curaciones húmedas calientes en el abdomen, bolsas de hielo, etc. Finalmente se le recomendó un tratamiento sintomático, luminal y balneoterapia.
- 4358 H Reacción de Wassermann (-). Por evacuaciones mucosanguinolentas, fétidas, dolorosas, frecuentes y poco abundantes: 2 inyecciones al día de cloruro de emetina de 0.04, una endovenosa por la mañana y otra muscular por la tarde. Además complán y suero hematónico alternado.
- 4366 M Tratamiento tónico.
- 4389 H suero antineurasténico, baño de aseo, 30 inyecciones de vitalígeno subcutáneas, cucharadas bromuradas diariamente e inyecciones tónicas de vitalígeno. Reacción de Wassermann (-), análisis de orina (-), análisis de líquido céfalo raquídeo (-).
- 4440 H Análisis de orina. De diciembre de 1931 marzo de 1933 no se le dio ningún medicamento, solo su ración completa de alimentos y baño de aseo cada 7 días.
- 4502 H Reclusión, inyecciones de suero antineurasténico, sintomáticamente cloral y bromuro en pocas ocasiones.
- 4534 H Inyecciones de sulfato de estramonio.
- 4583 H Tónicos.

FAMILIA

Exp.	Sexo	Relación del enfermo con su familia
4111	M	Viuda, 1 hija.
4116	H	Casado, un "paisano" lo acompañó durante el interrogatorio de ingreso. 2 cartas de un hermano pidiendo informes.

- 4117 H Casado, 3 hermanas, 1 hermano, cuñado que lo acompañó al ingreso.
- 4121 M Viuda, 9 hermanos, uno trastornado que se alivió. 2 telegramas a hermana.
- 4128 M Casada, 3 hijos.
- 4131 H Madre, hijo, un primo que lo internó. Alta a solicitud de la madre. Telegramas a ella sin respuesta.
- 4144 H 1 hermano sano.
- 4150 H 4 hermanos, madre. Telegramas y cartas al hermano avisando gravedad del enfermo. El enfermo solicitó su propia alta, que le fue negada.
- 4152 H Casado. Recibió mudas de ropa, aunque no se registra de quien.
- 4153 M Viuda.
- 4167 M Viuda, 2 hijas una que la internó y otra asilada en el MG. Cree estar internada para acompañar a esta hija y por una venganza del yerno.
- 4175 M Unión libre, hijos sanos. 3 telegramas a encargado sin respuesta. Una amiga que la acompañó durante su ingreso atribuye su enfermedad al abandono de su pareja.
- 4188 M Casada, 3 hermanos. 10 cartas del esposo hasta 1919, donde pide datos sobre su salud, trato y necesidades.
- 4199 H 5 hermanos, ingresó a solicitud de uno de ellos. Se le siguió un juicio de interdicción y posteriormente se le abandonó.
- 4213 H Casado, 5 hermanos, 2 hijos.
- 4217 H Casado, 6 hijos, esposo solicitó su ingreso.
- 4226 H Viudo, 1 hermano. Aviso a la encargada de gravedad y defunción.
- 4231 H Ingresó a solicitud de su madre, a la que se le avisó de la gravedad y muerte del enfermo.
- 4235 H Casado, 1 hermano, 10 hijos. Permiso de una hija para sacarlo a pasear.
- 4236 M Madre, 1 hermana. Ingresó por primo político que lo acompañó, reportó que resolvió internarlo "por carecer de personas que lo cuiden".
- 4244 H Casado, madre que solicitó su alta. El mismo solicitó su alta por encontrarse "ya en condiciones de trabajar" y "habiendo sido internado por cuestiones de familia". En su expediente hay información de que era maltratado.
- 4263 M Madre, 1 hermana empleada en el MG, pero nunca cuidó de ella, ni siquiera la visitaba, de lo que se queja la enferma.
- 4280 M Viuda, madre internó, 1 hermana, 5 hijos. Pases de visita para la madre y solicitud de un informe del estado del enfermo, pero no se le pudo localizar más adelante en su domicilio.
- 4307 M Viuda, 3 hijos. Amanda Olvera (ignoramos parentesco) solicitó su alta, pero nunca la fue a recoger.
- 4317 H Casado. Telegramas a familia no entregados por mala dirección, pero recibía ropa, cigarros, cerillos, golosinas.
- 4319 H La madre lo internó, 2 hermanos. Se le siguió un juicio de interdicción promovido por su padre. Su cadáver fue entregado a la familia
- 4327 H Casado. Telegrama a la familia notificando la defunción.
- 4339 M Casada, 2 hermanas, 7 hijos.
- 4347 M Viuda.

- 4354 H Padres, 4 hermanas, 2 hermanos. 2 cartas del padre solicitando informes, lo mismo que una hermana.
- 4358 H Casado, 2 hermanos, 1 hijo, tío paterno con enajenación, madre que fue nerviosa. Al principio no tenía ni mudas de ropa, después su esposa y una hija solicitaron informes y pases de visita. Por petición de su esposa se le prohibieron las visitas y las altas, al grado de no permitir que la hija lo viera. Al fallecer el asilado, pidió que fuera sepultado por el MG "por falta de recursos".
- 4366 M Casada, 7 hermanos. 1 carta de una sobrina solicitando un permiso para estar con su familia.
- 4389 H Casado, padres, 5 hermanos, 5 hijos. El escribió cartas a su familia que no fueron enviadas. 17 años después de su muerte el sr. diputado Prado preguntó por él.
- 4397 M Hermano internó, a quien se le enviaron telegramas.
- 4404 M Hermano internó, 1 carta de este hermano preguntando por el estado de la enferma por haber estado ausente del país.
- 4422 M Viuda, 1 hermano, 1 hijo, 1 hija, prima que la internó. Telegramas sin respuesta.
- 4440 H Hermano internó. Padres, 7 hermanos.
- 4443 M Hermano internó, madre, 1 hermano, telegramas sin respuesta.
- 4448 M Casada, ingresó a solicitud del esposo quien pagó pensión de 2a, pero más adelante desapareció pues la enferma pasó a indigentes y se le nombró un encargado.
- 4460 M Casada, padres, 3 medios hermanos, 1 hijo.
- 4461 M Casada.
- 4489 H Madre, 2 hermanos, 1 hijo. Se le envió una sola vez 1 lt de café con leche, 3 piezas de pan grande y 6 de chico. No se dice quién fue. 1 telegrama a una hermana sin respuesta.
- 4491 M Viuda.
- 4502 H Casado. 2 cartas de la esposa solicitando informes de su salud, otras del cónsul de Texas pidiendo lo mismo y del hermano. Memorándumes al domicilio de la esposa que fueron devueltos.
- 4503 H Casado, madre que lo internó, 2 hermanos, 2 hijos, 1 hija.
- 4519 H Telegramas a familia sin respuesta.
- 4534 M Casada, ingresó por un hijo, otro pidió un pase de visita. Cartas solicitando informes después de la muerte del asilado. Telegramas a familia no entregados.
- 4543 M Casada, 3 hermanos, telegramas al primo sin respuesta.
- 4553 H Ingresó por hermano, quien le llevaba ropa y alimentos, preguntaba por su salud. Solicitó un alta; después del reingreso no hay más datos.
- 4583 H Casado, 1 carta de la esposa después de muerto en la que solicita información.

PABELLONES

Exp.	Sexo	Pabellones que visitó
4111	M	tranquilas A
4116	M	tranquilos

4117	H	pensionistas 2a, tranquilos B, pensionistas 3a
4121	M	tranquilas A, enfermería
4128	M	tranquilas A
4131	H	pensionistas 2a y 3a
4144	H	epilépticos
4150	H	pensionistas 2a
4152	H	epilépticos
4167	M	tranquilas A
4175	M	tranquilas A, enfermería
4188	M	pensionistas 2a, 1a, enfermería
4199	H	tranquilos B
4213	H	epilépticos
4226	H	tranquilos
4231	H	pensionistas 3a, imbeciles
4235	H	tranquilos A
4236	M	imbeciles
4244	H	pensionistas 2a, tranquilos B, peligrosos, enfermería
4263	M	pensionistas 2a
4280	M	tranquilas A
4307	M	tranquilas A, infecciosos
4317	H	tranquilas, enfermería, peligrosos
4319	H	pensionistas 2a, tranquilos B
4354	H	epilépticos, peligrosos
4358	H	pensionistas 2a, tranquilos B, indigentes, peligrosos, tranquilos A
4389	H	tranquilos A, enfermería, peligrosos, observación
4397	M	observación, epilépticas, agotadas
4404	M	observación, imbeciles
4422	M	observación, enfermería, tranquilas A
4443	M	observación y epilépticas
4448	M	observación, tranquilas A y B, enfermería, infecciosos, indigentes.
4460	M	observación, tranquilas A, enfermería
4489	H	observación, tranquilas A
4502	H	pensionistas 2a, 1a, indigentes, tranquilos B, infecciosos
4534	H	pensionistas 1a, tranquilos B, indigentes
4543	M	epilépticas y enfermería
4553	H	pensionistas 2a, observación, tranquilos A, enfermería, peligrosos, excitados
4583	H	observación, enfermería, tranquilos A

DEFUNCIÓN

Exp.	Sexo	Enfermedad mental y física causantes de la muerte
4111	M	enteritis crónica y pneumonía
4116	H	psicosis alcohólica y enterocolitis aguda
4117	H	demencia paralítica y enteritis
4121	M	manía aguda y colitis ulcerosa crónica
4128	M	demencia precoz paranoide y gastro-enteritis aguda
4131	H	alcoholismo crónico y enterocolitis crónica
4144	H	epilepsia y enteritis

4150	H	demencia precoz simple y caquexia por enteritis crónica
4152	H	epilepsia esencial
4153	M	demencia precoz y tuberculosis pulmonar
4167	M	demencia senil y caquexia
4175	M	meningo encefalitis crónica y congestión pulmonar
4188	M	psicosis sistematizada y agotamiento
4199	H	P.G.P. y agotamiento
4213	H	epilepsia y G.M.E
4217	H	enterocolitis
4226	H	manía crónica y enteritis aguda
4231	H	imbecilidad y enteritis
4235	H	confusión mental y enterocolitis
4236	M	idiocia y enterocolitis
4244	H	esquizofrenia y ustenosis uretral unfranqueable
4263	M	suicidio, se ahorcó con una sábana
4280	M	demencia precoz y agotamiento
4307	M	esquizofrenia hebefrénica y agotamiento y caquetización progresiva por síndrome diarreico
4317	H	demencia precoz simple y enteritis
4319	H	demencia senil y embolia pulmonar
4325	H	esquizofrenia paranoide y edema agudo del pulmón
4327	H	psicosis alcohólica y agotamiento
4339	M	enteritis
4347	M	confusión mental y neumonía
4354	H	epilepsia esencial y enteritis crónica
4358	H	parafrenia de forma sistematizada y agotamiento
4366	M	epilepsia esencial y diarrea criptogenética
4389	H	manía intermitente y gastroenteritis
4397	M	epilepsia esencial y agotamiento
4404	M	imbecilidad y enteritis aguda
4422	M	apoplejía cerebral
4440	H	psicosis M.P.P. paranoide y colitis desilectiforme / delirio paranoide imaginativo
4443	M	epilepsia esencial y gastro enteritis
4448	M	confusión mental alucinatória y agotamiento
4460	M	manía aguda y pulmonía; autopsia: leptomeningitis y pleurecía (mental y física)
4461	M	manía crónica y enterocolitis aguda
4489	H	psicosis emotiva y congestión pulmonar
4491	M	epilepsia y enterocolitis tuberculosa
4502	H	demencia precoz y enteritis
4503	H	enajenación mental y congestión cerebral
4519	H	epilepsia y sífilis, agotamiento
4534	H	enajenación mental y agotamiento nervioso
4543	M	epilepsia esencial y congestión pulmonar (post-partum)
4553	H	psicosis alcohólica y neumonía lobar aguda
4583	H	psicosis circular y agotamiento

1917

CAUSAS Y REMISIÓN

Exp.	Sexo	Causa de la remisión	Quién remite
4625	H	debilidad mental y enajenación mental	hermano y D.G.B.P.
4639	H	perturbada de sus facultades mentales	hermano
4645	H	meningo encefalitis intestinal crónica difusa	secretaría de gobernación
4657	M	enajenación mental	5a demarcación de policía
4667	M	enajenación mental bajo la forma de confusión mental crónica	esposo
4670	H	perturbaciones mentales	hospital militar
4690	H	enajenación mental bajo la forma de demencia precoz	madre
4712	M	enajenación mental	hermano
4733	M	padece histeria	municipio de Tacubaya
4751	M	enajenación mental	5a demarcación de policía
4765	H	síntomas de enajenación mental	Sociedad de beneficencia española
4800	H	enajenación mental	5a demarcación de policía
4805	H	sin certificado médico	hermano
4818	H	síndrome de P.G.P.	cuñado
4830	H	enajenación mental revistiendo la forma tranquila A	primo
4858	M	enajenación mental	2a demarcación de policía
4877	M	enajenación mental	D.G.B.P. y hermano
4892	H	enajenación mental crónica	cuñada
4897	M	sin certificado médico	prefectura de Tacuba
4917	M	epilepsia esencial con los trastornos mentales consiguientes	hermana
4951	M	enajenación mental presentando una verdadera manía de persecución	hermana
4952	M	manifestaciones megalomaniacas	gob. de Hidalgo y B.P.
4926	H	nació con hidrocefalia congénita... notables incorvaciones de la columna vertebral, un retardo marcado de sus facultades intelectuales... padece ataques epileptiformes...	Inspección de policía y sobrino

aumentando en número e intensidad después de los cuales queda en gran depresión... presenta impulsos irresistibles... de golpear a los niños... automatismo ambulatorio. Ataques epilépticos y accesos de manía aguda

4995	H	enajenación mental	jefatura Tacubaya
5019	M	perturbado de sus facultades mentales	hermana
5034	H	P.G.P.	2a demarcación de policía
5051	M	histeroepilepsia con manifestaciones de trastorno mental después de cada ataque convulsivo	madre
5062	H	hemiplejía derecha ocasionada por un derrame cerebral el que le origina perturbaciones cerebrales de orden psíquico	B.P.
5115	H	afección dependiente de una lesión cerebral	municipio Tacubaya
5117	M	enajenación mental	6a demarcación de policía

DIAGNOSTICO

Exp.	Sexo	Diagnóstico
4667	M	demencia precoz hebefrénica
4670	H	sífilis cerebral, afectando su delirio la forma maníaca
4712	M	locura constitutiva
4765	H	tumor cerebral sífilítico con manifestaciones sífilideo ulcerosas en manos y antebrazos
4800	H	P.G.P.
4805	H	demencia precoz simple
4818	H	P.G.P.
4877	M	demencia secundaria presentando síntomas de una manía aguda
4926	H	epilepsia con crisis de locura epiléptica
4952	M	delirio sistematizado de persecución con delirio amoroso
4995	H	melancolía; manía de forma religiosa
5115	H	demencia orgánica

TRATAMIENTOS

Exp.	Sexo	Medicamentos y terapéuticas
4667	M	Exámenes de laboratorio: reacción de Wassermann (-). Inyecciones de tónicos generales: hemortomina, cavadar (?), de sodio y sedantes en los periodos de excitación.
4670	H	Fricciones musculares, yoduro al interior, hielo en la cabeza. Inyecciones de suero mercurializado intrarraquídeo.
4712	M	Purgante salino, lavados intestinales, tónicos generales y cardios (?), aceite alcanforado, cafeína, suero antiestreptocócico, pomada a base de silial (?).
4765	H	Inyecciones de neosalvarsán indicados en su padecimiento. Colagogo y lavativa purgante administrados en la enferma.
4805	H	Reacción de Wassermann y de líquido céfalo raquídeo (-). Ración alimenticia normal, inyecciones de vitalígeno, tratamiento tónico e higiénico, ampollita de cloruro de emetina cada 3 días. Inyección diaria de suero glucosado de 100 cc. insulina 10 unidades 2 u al día, 3 inyecciones de suero alcanforado de 820 gms. Ración alimenticia: leche, huevos sopas, verduras, pan. A pesar de todo siguió agotándose.
4858	M	Inyecciones quirúrgicas e hip (?), leche.
5034	H	Neosalvarsán.
5051	M	Análisis: líquido céfalo raquídeo, reacción de Pandy, Marchioni y Weibrochdt. Reacción de Wassermann con antígeno (-).
5062	H	Inyección de sactina y cacodilatador diariamente.
5115	H	Antisifilítico, suero antineurasténico y tónico reconstituyente, tratamiento sintomático antidiarético. Este asilado murió de enteritis.

PABELLONES

Exp.	Sexo	Pabellones que visitó
4326	H	pensionistas 1a especial, no pensionistas
4645	H	tranquilos B, pensionistas 1a
4667	M	pensionistas 1a, observación, indigentes
4690	H	pensionistas 1a general, no pensionistas
4712	M	observación, pensionistas 2a, 3a, indigentes, infecciosos, tranquilas B
4765	H	observación, enfermería, pensionistas 3a
4800	H	observación, tranquilos A, enfermería
4805	H	tranquilos B y A, pensionistas 2a y 3a, enfermería, peligrosos, indigentes
4818	H	pensionistas 2a, observación, tranquilos B, peligrosos, enfermería, no pensionistas
4858	M	observación, tranquilas A, enfermería
4877	M	observación, tranquilas B, pensionistas 1a
4917	M	pensionistas 3a

4926	H	observación, epilépticas y pensionistas
4952	M	observación, enfermería, pensionistas 1a, no pensionistas, agotadas
4995	H	observación, tranquilos A
5019	M	observación, tranquilas A, agotadas
5034	H	observación, tranquilos A, enfermería
5051	M	observación, epilépticas, enfermería, cirugía, excitadas
5062	H	observación, enfermería, tranquilos A
5115	H	enfermería, tranquilos A
5117	M	observación, tranquilas A

FAMILIA

Exp.	Sexo	Relación del enfermo con su familia
4625	H	Hermano internó. El 12 de febrero de 1917 se le enviaron 2 sacos, 2 pantalones y 2 chalecos de casimir, 3 camisas, 2 camisetitas y calzoncillos, 1 filipina blanca, calcetines, pañuelos y corbatas. Se le enviaron telegramas al hermano avisando de gravidez y fallecimiento del asilado.
4639	H	Viudo. Ingresó a solicitud de un hermano. Cartas al parecer de un primo solicitando un certificado de defunción y descripción de la estancia del asilado.
4645	H	Casado, madre, 2 hermanos, 5 hijos. 6 cartas de una hermana y la madre pidiendo informes de su salud, desarrollo y necesidades.
4657	M	Casada. 2 telegramas a encargado sin respuesta.
4667	M	Casada. Ingresó a solicitud de su esposo. Madre, 1 hermana y 4 hijos. Desde el 17 y hasta el 23 se le envió ropa y otras cosas de cuidado personal que pudiera necesitar. Ya en 1927 no se pagó su pensión.
4670	H	Casado. Escribió a su madre para que solicitara su alta, pero su carta nunca fue enviada.
4690	H	La madre lo internó.
4712	M	Ingresó por petición de su hermano. 4 hermanos, 2 de ellos pagaban su cuota mensual y cubrían sus gastos, la visitaban seguido pero "como esto le producía excitación" dejaron de hacerlo. Escribieron 2 veces al MG pidiendo informes de su salud.
4733	M	Casada.
4751	M	Casada. Alta a solicitud de su familia. Telegrama a encargado sin respuesta.
4765	H	Padres, 1 hermano.
4800	H	Casado. Padres, 5 hermanos. Alta a solicitud de su familia. Durante su enfermedad final solicitaron permiso para visitarla.
4805	H	En julio de 1917 se le envió ropa, en febrero de 1923 salió de paseo con su familia. Su hermano que era director del hospicio de niños consiguió a través de sus influencias que estuviera en 1a clase exento de pago. Su hermano solicitó 4 certificados de su evolución y salud, para "fines judiciales" durante los meses de julio-agosto de 1917.

- 4818 H Casado, 2 hermanos, 1 hijo de 3 meses. Ingresó a solicitud de su cuñado. Su esposa estuvo al tanto de que no le faltaron ropa al asilado y algunos alimentos (fruta y dulces).
- 4830 H Viudo. Recibió ropa para su uso, ignoramos de quién. Ingresó a solicitud de su primo.
- 4858 M Casada, 4 hermanos, 3 hijos.
- 4877 M Padres, 4 hermanos, uno de ellos pagó \$50.00 mensuales. Se le envió ropa en 2 ocasiones, ignoramos de quien.
- 4892 H Casado. Ingresó a solicitud de su cuñada. Se le envió ropa interior y de vestir, sombrero, corbata, traje y zapatos el mismo día de su ingreso. 2 telegramas que no pudieron entregarse al encargado.
- 4897 M Viuda.
- 4917 M Ingresó a solicitud de su hermana. En agosto de 1917 se le envió una camisa, 1 par de medias, galletas, jabón, aguacates, manzanas, plátanos, naranjas y granada.
- 4926 H Padres, 1 hermano. Alta a solicitud de su familia. Su primer ingreso fue avalado por un certificado médico de un doctor hermano del asilado. Su sobrino solicitó el segundo ingreso. La madre estuvo al pendiente del enfermo a través del mencionado hermano doctor. Fue ella quien solicitó su alta y le enviaba periódicamente camisas, ropa, interior, calcetines, zapatos, trajes, sombrero, ropa en general. Hay 21 cartas de hermano, director y propietario de un sanatorio y una botica. Pidió una concesión para pagar la mitad de la cuota de pensionista 3a. Encontramos también 1 carta del sobrino en que pide autorización para visitarlo los domingos en lugar de los jueves. Cartas y pagos se suspendieron en 1919.
- 4952 M 3 hermanos. 3 cartas al encargado que en realidad solo era un empleado sin relación con la enferma. Hay 10 cartas de la hermana, desde 1917 y hasta 1923. Le enviaron ropa y accesorios para su uso personal.
- 4931 M Hermano solicitó su ingreso. Telegramas a familia que no pudieron ser entregados.
- 4995 H Casado, 2 hermanos, 2 hijos.
- 5019 M 7 hermanos, uno la internó.
- 5034 H Casado, 5 hijos.
- 5051 M Madre la internó, 7 hermanos. Cartas de 2 hermanas preguntando por su salud.
- 5062 H Viudo.
- 5115 M Casado.
- 5117 M Viuda.

DEFUNCIÓN

Exp.	Sexo	Enfermedad mental y física que causó la muerte
4625	H	debilidad mental y síncope cardiaco
4639	H	melancolía constitucional con estupor y congestión cerebral
4657	M	psicosis alcohólica y enteritis
4667	M	demencia precoz hebefrénica y enterocolitis disenteriforme
4670	H	P.G.P.

4690	H	demencia precoz catatónica y enteritis crónica
4712	M	demencia precoz paranoide y nefritis aguda
4733	M	epilepsia y enterocolitis
4751	M	confusión mental y neumonía
4765	H	tumor mental y enteritis
4800	H	P.G.P. y tifo
4805	H	demencia precoz simple y caquexia
4818	H	P.G.P. y agotamiento
4830	H	demencia alcohólica y tuberculosis alucinatoria
4858	M	confusión mental y cáncer en el recto
4878	M	demencia secundaria y enterocolitis
4892	H	psicosis alcohólica y enterocolitis
4897	M	psicosis alcohólica y enteritis
4917	M	epilepsia esencial y absceso hepático
4926	H	epilepsia esencial
4952	M	delirio sistematizado y enteritis crónica
4951	M	delirio sistematizado y tifo exantemático
4995	H	melancolía y enterocolitis, agotamiento
5019	M	locura constitucional y enteritis aguda
5034	H	P.G.P.
5051	M	epilepsia y agotamiento
5062	H	demencia orgánica y agotamiento físico
5115	H	demencia orgánica y enteritis
5117	M	epilepsia y enterocolitis alcohólica

1918

CAUSAS Y REMISIÓN

Exp.	Sexo	Causa de remisión	Quién remite
5170	M	perturbación de sus facultades mentales	hospital general
5185	M	epilepsia	DGBP y hospital general
5190	H	enajenación mental	padrino
5203	H	epilepsia	municipio de Mixcoac
5207	M	trastorno mental	familia
		trastorno mental	familia
		demencia precoz	esposo
		demencia precoz	esposo
		enajenación mental	4a demarcación de policía
		enajenación mental	4a demarcación de policía
5227	M	enajenación mental	5a demarcación de policía
5231	M	perturbaciones mentales	1a demarcación de policía
5233	M	enajenación mental	ayuntamiento de Coyoacan
5239	M	enajenación mental bajo la forma de demencia precoz	hermana

5247	M	epilepsia esencial	hermana
5274	M	enajenación mental	dirección general de policía
		enajenación mental	familia
5281	M	enajenación mental	DGBP y diputado
5334	M	ataques histeroepilépticos	patrón
5386	H	alcoholismo crónico... y accesos de delirium tremens	cuñado
5397	H	enajenación mental con accesos impulsivos	esposa
5403	H	enajenación mental bajo la forma de demencia precoz	hermanos
		enajenación mental bajo la forma de demencia precoz	familia
		enajenación mental bajo la forma de demencia precoz	inspección general de policía
5405	H	epilepsia y entorpecimiento cerebral	padre
5411	H	paranoia originaria primitiva (brote episódico de Magnan)	hermano
5415	H	enajenación mental y accesos de furia	inspección general de policía
5482	H	alcoholismo crónico enajenación mental bajo la forma de meningoencefalitis crónica difusa	esposa esposa
5488	H	delirio sistematizado de origen alcohólico	esposa familia y comisaría de policía
5512	H	enajenación mental	6a demarcación de policía
5539	H	demencia precoz simple P.G.P.	hermano primo
5551	M	locura periódica o intercomitante con delirio de persecución	hermano
5552	M	enajenación mental llamada crónica	esposo
5599	H	enajenación mental	7a demarcación de policía

DIAGNOSTICO

Exp.	Sexo	Diagnóstico
5207	M	demencia precoz
5227	M	psicosis maniaco depresiva
5233	M	delirio religioso
		demencia precoz simple
5274	M	imbecilidad
5281	M	paranoia aguda
5403	H	confusión mental

		demencia precoz paranoide
5405	H	epilepsia esencial
5411	H	demencia precoz
		confusión mental crónica
		demencia senil
5415	H	melancolía
		P.G.P.
5512	H	demencia precoz hebefrénica
5551	M	amencia alucinatoria
		delirio de persecución con alucinaciones de la vista
5552	M	delirio ruidoso y de persecución
		locura circular

TRATAMIENTOS

Exp.	Sexo	Medicamentos y terapéuticas
5207	M	Cucharadas de la fórmula: 200 g de agua de azahar, 30 g de bromuro de potasio, 40 g de bromuro de sodio, 6 g de bromuro de amonio, 800 g de jarabe de clavel. Reacción de Wassermann, estudio bioquímico del líquido céfalo raquídeo y químico de orina. Los resultados se reportan como no significativos.
5233	M	Inyección de azobil, callot no. 11 en ganglios, aceite de plomo 0.20, extracto de opio 0.10, suero fisiológico.
5247	M	Luminal 0.20 g, "medios indicados para la diarrea", cafiaspirina, luminal sódico 0.10 diariamente, infusión poligata 600, benosódico y acetato amoniaco, baloamoniaco, calmantes, purgante en aceite.
5274	M	Análisis: reacción de Wassermann y de sangre.
5281	M	Fuera del MG: vinos medicinales, quina, larroche, san Germán. Análisis: parasitológico en la materia fecal encontrándose "ninguno" de parásitos macroscópicos y huevos de estos parásitos, pero "abundantes" quistes amibianos.
5397	H	Por diarrea con dolor se le dio: purgante de sulfato de sodio y dieta de leche. Cucharadas de tartrato bórico potásico. Análisis: bioquímico del líquido céfalo raquídeo (-) y reacción de Wassermann.
5403	H	Extracto de opio, de belladonna (1 pildora), citrato de sodio, belladonna, valeriana. Ampolleta de lodoformina, hielo en el abdomen.
5411	H	Bismuto, atoles y jugo de naranja
5512	H	Sulfato de sodio, carburato de bromuro, inyecciones de emetina.
5551	M	Opio en diferentes formas, suero fisiológico en inyecciones, arsenicales bajo su diferentes formas.
5552	M	Inyecciones de cacodilatador de sodio.

PABELLONES

Exp	Sexo	Pabellones que visitó
-----	------	-----------------------

5170	M	pensionistas 1a y 2a, observación
5185	M	observación, epilépticas
5190	H	observación, tranquilos A
5203	H	observación, epilépticos
5227	M	observación, tranquilas A, enfermería
5231	M	observación, tranquilas A, infecciosos
5233	M	observación, tranquilas A, enfermería
5239	M	observación, tranquilas A, infecciosos, enfermería, peligrosas, excitadas
5247	M	observación, epilépticas, enfermería
5274	M	epilépticas, oligofrénicas
5281	M	observación, tranquilas A, agotadas, excitadas
5397	H	pensionistas 1a, peligrosos, epilépticos, enfermería
5403	H	observación, tranquilas A, cirugía, trabajadores B, infecciosos
5405	H	pensionistas 3a, indigentes, observación, epilépticos, peligrosos, infecciones
5411	H	observación, tranquilos A, trabajadores, pensionistas 3a, indigentes, enfermería, agotadas
5415	H	observación, tranquilos A
5482	H	observación, pensionistas
5488	H	observación
5512	H	pensionistas 2a, tranquilos, trabajadores
5551	M	observación, tranquilas A, agotadas
5552	M	pensionistas 2a, observación, infecciosos, tranquilas B, enfermería, cirugía

FAMILIA

Exp.	Sexo	Relación del enfermo con la familia
5170	M	Viuda. Una "parenta" le envió ropa a principios de 1918: 2 faldas lavables, 2 camisas, 1 par de medias, 1 pañuelo, 1 chal y 1 poncho.
5185	M	Casada.
5190	H	Padrino internó, recibió ropa para su uso: interior, camisas, zapatos, pantalones, pañuelo y calcetines y una bolsa de fruta.
5203	H	Su familia la internó, pero después de su muerte ni siquiera recogieron su cadáver.
5207	M	Casada, padres, 4 hermanos. Su familia la internó, el esposo la sacaba bajo su responsabilidad. Esposo envió 6 cartas (que coinciden con sus altas) preguntando por su salud, por lo que podía hacer por ella y expresando su deseo de sacarla creyendo que regresaría a su lado cuando mejorase. Ella se mostraba preocupada por la situación precaria de su familia y no poderles ayudar.
5227	M	Casada, 16 hermanos, 3 hijos. Se mantenían en contacto con el director, el cuñado y la hermana de la asilada, aunque nunca la visitaron. Al parecer el principal malestar que presentaba era en relación a su familia.

- 5231 M Viuda, 3 hermanos, 1 hija, que solicitó del director general de la beneficencia pública un trato especial para la enferma. Esta hija recogió el cadáver al fallecer.
- 5233 M Madre vive, 3 hijos sanos.
- 5239 M Padres, 8 hermanos. Ingresó a solicitud de una hermana.
- 5247 M Admitida a solicitud de su hermana. Se le enviaron telegramas que no contestó.
- 5274 M 9 hermanos. Familia solicitó sus ingresos, una cuñada la acompañó en su ingreso. Un hermano la visitaba y solicitó hacerlo en los días no señalados. Cuando se le autorizó, solo la visitó una vez, porque debido a la falta de personal se cancelaron. Todos los telegramas y cartas que se le enviaron se devolvieron.
- 5281 M Casada, 3 hermanos. 1 sola carta pidiendo informes.
- 5334 M Patrón internó.
- 5386 H Aunque se registra como soltero se reporta que su cuñado la internó. Telegramas a encargado.
- 5397 H Casado. Internado por su esposa. Padres y 4 hermano. Constancias que pidió la esposa sobre la salud física y mental del asilado para un uso legal.
- 5403 H Madre, 7 hermanos. Familia solicitó ingreso, un cuñado solicitó el alta. Le pidió a este cuñado dinero para sus gastos y su cambio al hospital Juárez. No se obtuvo respuesta, cartas y telegramas devueltos.
- 5405 H Tíos, hermanos. Ingresó a solicitud de su padre. Pide dinero a su padre.
- 5411 H Casado, 4 hermanos. Ingresó a solicitud de uno de ellos, otro escribió una vez preguntando por el estado del enfermo.
- 5415 H Casado, padre vive, aunque se reporta como "desequilibrado", 7 hermanos, 6 hijos. 6 cartas de la esposa preguntando por su salud y desarrollo durante 1918 y hasta enero de 1919.
- 5482 H Casado 1 media hermana, 2 hijos. Ingresó y salió 3 veces a solicitud de su esposa. El club de damas de Tampico pagó durante un tiempo su cuota de pensionista en "dollars" o a través del México city banking company.
- 5488 H Casado. 3 telegramas sin respuesta.
- 5512 H Madre, medio hermano y 1 hermana. A la madre se le avisó de gravedad y fallecimiento, se le entregó a ella el certificado de defunción.
- 5539 H Hermano internó, salió a solicitud del primo. Telegrama a encargada.
- 5551 M Hermana internó, ella y una tía acompañaron a la enferma durante su ingreso. Telegramas que no pudieron ser entregados.
- 5552 M Casada. Fue internada por su esposo. 13 cartas del hermano y 7 del cónyuge que trabajaban juntos en el "garage hispano-mexicano Venancio Gil S en C". Pidieron informes sobre el estado de la enferma y sus necesidades, el hermano le envió ropa interior, exterior, de dormir y "chanclas".
- 5599 H 4 telegramas a hermana, sin respuesta.

DEFUNCIÓN

Exp. Sexo Enfermedad mental y física causantes de la muerte

5170	M	enterocolitis crónica
5185	M	epilepsia esencial y estado de gran mal
5190	H	demencia precoz y enteritis
5203	H	epilepsia y gran mal epiléptico
5207	M	demencia precoz paranoide y oclusión intestinal no traumática
5227	M	psicosis maniaco depresiva y tuberculosis intestinal
5231	M	pleuro neumonía y tuberculosis galoparlante
5233	M	demencia precoz simple, adenitis tuberculosa del cuello y granulía
5239	M	demencia precoz y bronconeumonía
5247	M	epilepsia esencial y diarrea disentiforme
5274	M	imbecilidad y neumonía lobar aguda
5281	M	demencia secundaria y disentería ambiana
5334	M	epilepsia esencial y hepatitis crónica
5386	H	confusión mental etílica y agotamiento
5397	H	epilepsia esencial y gran mal epiléptico
5403	H	esquizofrenia paranoide y enteritis
5405	H	epilepsia esencial y estrangulamiento intestinal interno
5411	H	esquizofrenia y enteritis subaguda
5415	H	melancolía y P.G.P.
5482	H	P.G.P.
5488	H	psicosis alcohólica y tuberculosis pulmonar
5512	H	esquizofrenia hebefrénica y diarrea disentiforme
5539	H	P.G.P.
5551	M	amencia alucinante y enteritis
5552	M	mania aguda y cáncer de la matriz, caquexia cancerosa
5599	H	demencia precoz y enteritis

1919**CAUSAS Y REMISIÓN**

Exp.	Sexo	Causa de remisión	Quién remite
5629	M	enajenación mental	hijo y 7a demarcación de policía
5663	M	perturbaciones mentales y paroplejía	6a demarcación de policía
5664	M	enajenación mental	esposo
5687	H	enajenación mental	hermano y gob. D.F.
5693	H	P.G.P.	esposo
5721	M	enajenación mental	2a demarcación de policía
		enajenación mental	2a demarcación de policía
5729	M	enajenación mental	5a demarcación de policía
5738	H	P.G.P.	familia y demarcación de policía

5748	H	enajenación mental bajo la forma de demencia precoz	hermano
5757	H	fuerte ataque de enajenación mental	DGBP y familia
5819	H	enajenación mental caracterizada por delirio de persecución	hermano
5834	H	enajenación mental	7a demarcación de policía
5845	M	enajenación mental y por haber perdido la razón	hospital de Jesús
5858	M	enajenación mental y corea crónica de Huntington	DGBP
5878	M	signos de enajenación mental	DGBP
5879	M	enajenación mental afectado de sus facultades mentales	8a demarcación de policía 8a demarcación de policía
5888	H	estado demencial	8a demarcación de policía hospital general y DGBP
5932	H	perturbaciones mentales	DGBP
5936	M	enajenación mental	DGBP y esposo
6006	M	epilepsia y perturbación mental con exacerbaciones dinámicas	padre
6041	H	enajenación mental	DGBP
6057	H	perturbación de sus facultades mentales	3a demarcación de policía

DIAGNOSTICO

Exp.	Sexo	Diagnóstico
5629	M	manía aguda demencia precoz hebefrénica esquizofrenia forma hebefrénica
5663	M	demencia senil
5664	M	demencia precoz paranoide
5721	M	demencia post epiléptica demencia epiléptica
5729	M	delirio alcohólico
5748	H	demencia precoz hebefreno-catatónica
5757	H	manía crónica
5819	H	manía crónica esquizofrenia hebefrénica
5878	M	alcoholismo crónico
5879	M	epilepsia (psicopatía) psicopatía epiléptica P.G.P.
5888	H	sífilis cerebral delirio crónico alucinatorio
5932	H	P.G.P. de forma melancólica en periodo demencial

5936	M	locura constitucional
6006	M	epilepsia
6041	H	parálisis agitante
6057	H	sífilis en un tercer periodo

TRATAMIENTOS

Exp.	Sexo	Medicamentos y terapéuticas
5629	M	Calmanes y autohemoterapia e intramuscular 2 veces por semana, serie de 20.
5663	M	Examen de líquido céfalo raquídeo, aunque al parecer no se practicó.
5664	M	A raíz de un golpe en la cabeza y una herida se le curó con agua oxigenada y tintura de yodo.
5748	H	Reacción de Wassermann (-).
5757	H	Tratamiento sintomático y general, baños de agua fría o tibia, inyecciones de vitalígeno por series. Tratamiento higiénico: dieta láctea, ampolleta de emetina de 0.03, ácido láctico, lactosa. Tratamiento tónico: aceite alcanforado, suero glucosado.
5819	H	Ningún medicamento, trabaja en diferentes ocupaciones: barre, carga botes, etc. Cuando empezó a trabajar dejó de ser agresivo y violento.
5878	M	Reacción de Wassermann (-), líquido céfalo raquídeo (-). Dieta láctea, purgante salino, pomada clorada, tónicos generales y cardiacos, antiestreptocócico. Tomó también la fórmula de agua de azahar, bromuro de potasio, bromuro de soido, bromuro de arsénico, jarabe de cloral. Como laxantes la fórmula de alarín y padafilar.
5879	M	Reacción de Wassermann (+), líquido céfalo raquídeo (+). Antes se hizo y fue negativa. En cirugía, por colecistitis probable calculosa: suero glucoso, complejo B, hígado, complejo de extracto de hígado. En enfermería, por dolor, vómito y diarrea: vitamina C, extracto de hígado, enterovioformo, suero glucosado, dextrevit. Murió de enterocolitis.
5888	H	Estudio de Líquido céfalo raquídeo (-) y reacción de Wassermann (-).
5932	H	Reacción de Wassermann (+ intensa) y análisis de líquido céfalo raquídeo (Wassermann, Noguchi y Cutting) (+). Del 3 de febrero al 7 de marzo de 1923 fue tratado con mercurio y neosalvarsán, 240 gramos de bismuto precipitado, con lo que mejoró entrando a un periodo de remisión no absoluto porque sus facultades intelectuales continuaban debilitadas. Después de 1 mes 3 días se repitieron los análisis ahora con resultados negativos. Del 20 de abril al 29 de mayo de 1923 se le administró un tratamiento de "Trepól". Recibió 2.30 g de tarro bismutado de potasio y sodio. En agosto tuvo estomatitis, suspendiéndose el tratamiento. Descansó 4 meses 3 días, del 2 de octubre al 6 de noviembre de 1923 se le dio otro tratamiento de "trepól". Recibió 0.45 g de tarro bismutado

		de potasio y sodio. De mayo a septiembre que se le observó no presentó cambios. Murió en noviembre de 1923.
5936	M	Inyección del aceite alcanforado, benzoato de cafeína. Por una asistolia aguda a consecuencia de una insuficiencia aórtica se le administró un tratamiento a base de tónicos cardíacos que no le hicieron mejorar.
6006	M	0.10 g de luminal al día.
6041	H	Cloruro o tronol, tratamiento tónico cacodilatador y koca granulada. Reacción de Wassermann (+), por lo que se le aplicaron "arsenicales a altas dosis": 3 series de neosalvarsán, mercuriales, cianuro y biyoduro de mercurio. Se planeó darle tratamiento contra la rigidez pero al parecer no se le administró.
6057	H	Reacción de Wassermann (+ intensa).

PABELLONES

Exp.	Sexo	Pabellones que visitó
5629	M	observación, tranquilas A, enfermería, excitadas, ancianas
5663	M	observación, tranquilas A, enfermería
5693	H	pensionistas, enfermería
5721	M	observación, enfermería, tranquilas A, epilépticas
5729	M	observación, tranquilas A
5738	H	observación, pensionistas 2a y 3a
5748	H	pensionistas, indigentes, enfermería
5757	H	pensionistas 3a, indigentes, pensionistas 3a, indigentes, observación, tranquilas A y B
5819	H	observación, tranquilos B, peligrosos, pensionistas 3a, indigentes, tranquilas A, trabajadores, oligofrénicas, seniles
5834	H	observación
5845	M	observación, tranquilas A
5858	M	observación, tranquilas A, enfermería
5878	M	observación, tranquilas A, enfermería, peligrosos
5879	M	observación, epilépticas, tranquilas A, seniles, peligrosas, cirugía, trabajadores 1a
5888	H	observación, tranquilos A, neurosifilíticos,
5932	H	observación, tranquilos B, enfermería
5936	M	observación, tranquilas A
6006	M	observación, pensionistas 3a, pensionistas 3a de gracia, indigentes, epilépticas, excitadas
6041	H	observación, tranquilos A, niños y ancianos, niños y agotados
6057	H	observación, tranquilos A, enfermería

FAMILIA

Exp.	Sexo	Relación del enfermo con su familia
------	------	-------------------------------------

- 5629 M Casada, ingresó por su hijo, que escribió 2 cartas solicitando pases de visita en enero de 1938 y octubre del año siguiente. Los telegramas que se les enviaron fueron devueltos.
- 5663 M Viuda.
- 5664 M Casada, ingresó por su esposo como pensionista de 1a.
- 5687 H Ingresó por hermano, que pagó cuota de pensionista de 2a hasta marzo 15 de 1920.
- 5693 H Casado, 2 hijos, 1 hija. Ingresó por esposa.
- 5721 M Viuda, 2 hijos. Solicitud de alta de la madre
- 5729 M Casada, 6 hermanos. Tía acompañó al ingreso pero cuando se le enviaron telegramas, todos fueron devueltos.
- 5738 H Ingresó por su familia, que solicitó un permiso para sacarla a pasear por un día.
- 5748 H Madre (que se reporta como "enajenada"), 7 hermanos (uno "neurasténico"), tío materno alcohólico. Cartas de primos y sobrinos solicitando informes de su salud y permisos para salir un par de días. Ingresó por su hermano.
- 5757 H 3 hermanos, ingresó a solicitud de su familia. Cartas de su madre o de enviados de ella preguntando por la salud de la enferma. Una hermana le envió ropa. La familia solicitó que su cuota de pensionista de 3a bajara de \$60.00 a \$30.00, pero no se autorizó. Sin embargo, se mantuvo mucho tiempo como pensionista de "gracia", es decir exento de pago. Finalmente solicitaron su pase a no pensionistas.
- 5819 H Ingresó por su hermano, hasta 1919 se pidieron datos de su salud, después se ignoraron la 9 cartas que el MG envió a los hermanos, primos y encargados para que el asilado fuera trasladado a la granja para enfermos mentales en san Pedro del Monte, Gto. Su cadáver fue entregado a la facultad de medicina.
- 5834 H Casado.
- 5845 M Viuda. Avisos a hermano de la gravedad del paciente que no fueron respondidos.
- 5858 M Casada, 2 hermanos, 2 hijos.
- 5878 M Viuda, tío con enajenación mental, 9 hermanos.
- 5879 M Casada, 1 hija. Su cadáver fue entregado a la facultad de medicina.
- 5888 H Viudo.
- 5932 H Casado. Esposa acompañó durante el ingreso y envió cartas preguntando por su salud.
- 5936 M Casada, 8 hermanos. Ingresó a solicitud del esposo, al que se le enviaron telegramas que no fueron entregados.
- 6006 M Viuda, 2 hermanos, 2 hijos, 2 tíos epilépticos. Se le siguió un juicio de interdicción. Padre solicitó su estadía en pensionistas de 3a y un permiso para salir a pasear con su hija acompañados de un vigilante; que no pudo serles proporcionado.
- 6041 H Casado.
- 6057 H Casado. Una cuñada lo acompañó durante el ingreso y ayudó a contestar el interrogatorio.

DEFUNCIÓN

Exp.	Sexo	Enfermedad mental y física que causó la muerte
5629	M	demencia precoz hebefrénica y bronconeumonía aguda
5663	M	demencia senil y septicemia por escaras
5664	M	esquizofrenia forma paranoide e ictus cerebral hemorragia
5687	H	P.G.P. y anemia
5693	H	P.G.P.
5721	M	demencia post-epiléptica y gastroenteritis aguda
5729	M	amencia alucinatoria y gastroenteritis aguda
5738	H	P.G.P. y congestión cerebral
5748	H	demencia precoz hebefrénica catatónica y caquexia por enterocolitis crónica
5757	M	demencia precoz simple y disentería amibiana
5819	H	demencia senil y gastroenteritis
5834	H	agotamiento y P.G.P.
5845	M	psicosis polineurítica y enteritis subaguda
5858	M	corea de Huntington y enterocolitis crónica
5878	M	esquizofrenia hebefrénica y tuberculosis
5888	H	hemiplejía demencia y enteritis crónica
5932	H	P.G.P. y asistolia aguda
5936	M	demencia precoz paranoide y asistolia aguda por insuficiencia aórtica
6006	M	epilepsia esencial y diarrea disentiforme
6041	H	parálisis agitante, mal de Parkinson y gastritis
6057	H	sífilis en tercer periodo y asfixia por cuerpo extraño en la faringe

1920

CAUSAS Y REMISIÓN

Exp.	Sexo	Causa de remisión	Quién remite
6147	H	no hay certificado	2a demarcación de policía
6205	M	tuvo 9 ingresos, y sus certificados indicaban muy diferentes trastornos: agitación, ansiedad, fobias, obsesiones, deluciones y alucinaciones, hebefrenia, psicastenia, enajenación mental, esquizofrenia hebefrénica	familia: hermana, esposo, hijo, sobrina
6223	M	no hay certificado	gob. D.F.
6237	H	delirio de persecución de origen alcohólico	cuñado
6240	H	por una lesión que le provocó pérdida de la razón	DGBP

		y enajenación mental con accesos furiosos	
6291	M	Afectado de enajenación mental	tío
6304	M	perturbaciones de sus facultades mentales	3a demarcación de policía
6312	H	enfermo de sus facultades mentales,	esposa
		pero sin certificado médico	
6315	H	enfermo de sus facultades mentales,	esposa
		pero sin certificado médico	
6321	M	metritis y enajenación mental	esposo
6337	M	enajenación mental y delirio alucinatorio	esposo
6349	H	atacado de enajenación mental y accidentes cerebrales a consecuencia del onanismo	madre
6352	M	delirio de persecución	DGBP
6376	M	síntomas de enajenación de sus facultades mentales	5a demarcación de policía
6392A	M	no hay certificado	gov. San Luis Potosí
6392B	M	no hay certificado	gov. San Luis Potosí
6403	H	P.G.P.	hermano
6404	H	por ser considerado como un demente entre los débiles de espíritu y de entre este pertenece a los idiotas	padre
6431	M	enajenación mental y manifestaciones anormales psíquicas	padre
6435	H	paranoia	madre
6440	M	atacada de enajenación mental	comisaría de policía de Mixcoac y ayuntamiento de Tlanepantla
6445	H	fenómenos de enajenación mental de forma persecutoria	comisaría de policía de Mixcoac
6499	H	enajenación mental	ayuntamiento de Tacuba
6526	M	enajenación mental	abuelo
6553	M	demencia precoz simple	esposo
6564	M	enajenación mental	7a demarcación de policía
6583	H	perturbaciones mentales	comisaría de policía de Mixcoac
6614	H	enajenado y enfermo de psicosis maniaco-depresiva	medio hermano

DIAGNOSTICO

Exp.	Sexo	Diagnóstico
6147	H	demencia precoz hebefrénica
6205	M	psicosis puerperal psicastenia
6237	H	psicosis alcohólica
6240	H	probable psicosis alcohólica
6291	H	parálisis general
6304	M	amencia efílica con periodo demente esquizofrenia en período demencial demencia alcohólica
6312	H	P.G.P. incipiente
6315	H	parálisis alcohólica y sífilis secundaria
6321	M	P.G.P. en periodo demencial
6337	M	demencia precoz hebefrénica
6349	H	demencia precoz hebefrénica
6392	M	esquizofrenia de forma hebefrenocatatótica
6403	H	parálisis general
6431	M	demencia precoz simple
6435	H	perseguido-perseguidor esquizofrenia paranoide delirio alucinatorio
6440	M	melancolía con estupor
6445	H	psicosis alcohólica demencia senil
6499	H	toxicofrenia exógena (alcohol y marihuana)
6526	M	demencia precoz hebefrénica
6553	M	lipemania delirante confusión mental simple
6564	M	confusión mental crónica
6583	H	esquizofrenia paranoide
6614	H	demencia precoz hebefrénica

TRATAMIENTOS

Exp.	Sexo	Medicamentos y terapéuticas
6147	H	Reacción de Wassermann (-). Baños fríos e inyecciones de vitalígeno, ejercicio.
6205	M	Suero antiestreptocócico, plata coloidal, laxantes, lavados, antisépticos vaginales, valeriana, belladonna. Reacción de Wassermann y Besdeka (-).
6223	M	Se aplicó 2 veces la reacción de Wassermann y de líquido céfalo raquídeo, el 1o fue negativos y el 2o positivo.
6237	H	Tratamiento sintomático. Por enteritis: dieta láctea, antisépticos intestinales, astringentes y opio.
6240	H	Reacción de Wassermann (-).

- 6291 H Inyección intravenosa de neosalvarsán de 0.30 y otra de 0.45. Reacción de Wassermann (+ intensa). Solución ganosa, salicilato de bismuto, laúdano, jarabe simple, vino de quina, cola granulada, tintura de núx vómica, inyecciones de suero mercurializado.
- 6304 M Reacción de Wassermann y de líquido céfalo raquídeo (-). Cucharadas polibromuradas y clausuradas de la siguiente fórmula: agua de azahar 200g, bromuro de potasio 30g, bromuro de sodio 40g, bromuro de amonio 6g, jarabe de cloral 800g. Además cada tercer día por semana alternativa de descanso, 2 píldoras laxantes al acostarse. Baño semanal y ración alimenticia normal. Por cuadro diarreico: desinfectantes, tónicos generales defusibles.
- 6312 H Reacción Wassermann (+ intensa), inyecciones de suero mercurializado o salvarsanizado.
- 6321 M Fuera del MG: para su sífilis se le administraron mercuriales. Dentro del MG: examen de sangre y líquido céfalo raquídeo. Reacción de Wassermann (+ intensa), análisis de sangre (-) y de Cutting (-).
- 6337 M El indicado para su intercurrente y curaciones cada 3er día.
- 6349 H Análisis de orina, reacción de Wassermann (-), medicación reconstituyente: tónicos e inyecciones de vitalígeno, 48 inyecciones intramusculares de 0.05g de arsenical.
- 6352 M Plan de tratamiento: a la enfermería.
- 6376 M 5 análisis de orina, reacción de Wassermann (+ intensa), 5 años después resultó negativa. Líquido céfalo raquídeo (-). Casbis 2 series, sulfato de emetina, ferrohiserum: 6 series. Suero glucosado, toniqueina 2 series. Aceite alcanforado, hemostil, adenalina, curaciones por escaras. Mercuriales y neosalvarsán, baños, bromuros, escopolamina y tratamiento sintomático.
- 6392A M Fórmula calmante: agua de azahar 100g, bromuro de potasio 15g, bromuro de sodio 20g, bromuro de amonio 3g., jarabe de cloral 4g, 2 píldoras laxantes por semana de descanso. Ración de comida normal y baño semanal. Por síntomas de cáncer del útero: lavados de solución pemizoanato y aplicación de gasa fenicada, suero glucosado y aceite alcanforado.
- 6392B M Análisis de orina y reacción de Wassermann (-). Luminal de 0.10 diariamente.
- 6403 H Fuera del MG: mercurio y salvarsán. Dentro del MG: 3 veces se aplicó la reacción de Wassermann (+) lo mismo que análisis de líquido céfalo raquídeo. Análisis de orina: sin albúmina. Se le aplicaron ampollitas de neosalvarsán, neotrepól, bismuto metálico precipitado.
- 6431 M Análisis de excremento: reacciones de Meyer, Thevenon, Rolland (+), encontrándose huevecillos de triocéfalo. Reacción de Wassermann. Para una diarrea muy fuerte a consecuencia de los huevecillos de triocéfalo, se le administraron series de neosalvarsán, astringentes, desinfectantes intestinales, tónicos generales y tónicos cardiacos.
- 6435 H Suero vitalígeno (varias series), extracto de hígado, vitamina B, calcio, peliglandina, reacción de Wassermann.
- 6499 H 1 cucharada de bromuro al día, aseo y supresión de los tóxicos. Hidroterapia, inyecciones de suero vitalígeno y bromuros: para sus excitaciones. Para su intercurrente: purgante salino, cápsulas de

- sulfato de quinina con aspirina, inyecciones clorhidrato de emetina, dieta láctea.
- 6526 M Reacción de Wassermann (franca +) y de líquido céfalo raquídeo (-). Cucharada de la fórmula: agua de azahar 200g, bromuro de potasio 30g, bromuro de sodio 40g, bromuro de amonio, jarabe de cloral 8g, 2 píldoras laxantes por la noche.
- 6553 M Solución bromurada, tónicos laxantes, bañoterapia.
- 6583 H Análisis de líquido céfalo raquídeo y reacción de Wassermann (-). Vitalígeno diariamente, tratamiento "psicoterápico", digitalina.

PABELLONES

Exp.	Sexo	Pabellones que visitó
6147	H	pensionistas 2a, tranquilos A, indigentes, tranquilos B
6205	M	observación, tranquilos B y A, pensionistas 2a, indigentes, trabajadoras 1a
6223	M	observación, tranquilas B, enfermería
6237	H	observación, pensionistas, tranquilos B
6240	H	observación, enfermería, tranquilos B
6291	H	observación, tranquilos B, infecciosos, indigentes
6304	M	observación, tranquilas A, ancianas, enfermería
6312	H	observación, tranquilos B, pensionistas 3a, peligrosos
6315	H	observación y tranquilos A
6321	M	observación, pensionistas 3a, indigentes, tranquilas B, agotadas, peligrosas, enfermería
6337	M	observación, tranquilas A, enfermería
6349	H	pensionistas 1a, distinguidos, indigentes, agotados, cirugía
6352	M	observación, tranquilas A, enfermería
6376	M	observación, no pensionistas, tranquilas A, peligrosos
6392A	M	observación, tranquilas A
6392B	M	observación, epilépticas, enfermería
6403	H	observación, tranquilos B, pensionistas 3a, indigentes, agotados, neurosífilis
6404	H	observación, imbeciles, infecciosos
6431	M	observación, tranquilas A, enfermería
6435	H	distinguidos, indigentes (estuvo aquí varias veces por falta de pago), pensionistas, enfermería, cirugía
6440	M	observación, tranquilas A, agotadas
6445	H	observación, enfermería, imbeciles, tranquilos A
6499	H	observación, tranquilos A, enfermería, trabajadores, excitados, peligrosos
6526	M	observación, tranquilas A, enfermería, peligrosas, neurosífilis, trabajadoras 1a sección
6553	M	observación, tranquilas A y B
6564	M	observación, tranquilas A, agotadas
6583	H	distinguidos, trabajadores
6614	H	distinguidos, tranquilos A, indigentes

FAMILIA

Exp.	Sexo	Relación del enfermo con su familia
6147	H	6 cartas que el enfermo escribió a su familia solicitando ropa y zapatos, además de que hicieran una petición para que lo dejaran salir por la Navidad. No hubo respuesta de su familia, pero recogieron su cadáver cuando falleció.
6205	M	Casada, madre con enajenación, 2 hijos, 5 hermanas, 2 hermanos. Altas a solicitud de su esposo a través de cartas. De hermanos y hermanas hay permisos solicitando permisos por mejoría y expresando deseos de cuidarla. Pases de visita en domingo, se solicitó el pago de la pensión a un hermano de la asilada.
6223	M	Viuda, 4 hijos. Telegrama no entregado a encargada por cambio de domicilio.
6237	H	Lo internó un cuñado, 3 hermanas y 3 hermanos. Se le envió ropa de vestir, interior y pañuelos, cuellos, calcetines, corbatas y cepillo. Permisos de la familia para visitarlo fuera del día de visita. Memorándums enviados al cuñado que no fueron entregados por cambio de domicilio, 2 cartas de hermana solicitando informes de su salud y de si podría dedicarse a algún trabajo.
6240	H	Viudo, 5 hermanos, 2 hijos. Mensajes a una hermana que no se respondieron.
6291	H	Tío que lo internó, madre histérica, padre demente, 3 hermanos. 11 cartas de la madre preguntando por su salud y enviándole inyecciones de suero mercurializado. Cartas de gobernador del D.F. y otra de un coronel Reyes preguntando por el asilado.
6304	M	Viuda, 3 hijos sano. Hermana solicitó un permiso por 15 días para que saliera. La madre se reportó al MG pero no hay más datos de ella. Cuando murió su familia recogió su cadáver.
6312	H	Casado, esposo la internó, 4 primos y 2 hermanos enajenados. 15 hermanos. En 1928 se le envió ropa: camisas, camisetas, calcetines, calzoncillos y pañuelos. 3 cartas de la esposa para pedir un certificado de defunción y solicitando informes. 2 cartas de un encargado haciendo las misas preguntas y peticiones. Se le pidió a él una ampollita de suero mercurializado.
6315	H	Casado, padre alcohólico, hermana histérica, 2 hermanos nerviosos, 1 hija. Esposa que solicitó su ingreso, pidió también una constancia de la permanencia del asilado.
6321	M	Casada, 1 hermano epiléptico, 1 hermana histérica, padre alcohólico. Telegramas no entregados a la familia. Cuando finalmente un hermano recibió una comunicación del MG, respondió agradeciendo las atenciones e informando que sacaría a su enferma, aunque al parecer nunca lo hizo aunque el alta fue concedida.
6337	M	Casada, 3 hermanos, 2 hijos. Esposo internó. Cartas de la hermana solicitando informes de su salud y poder sacarla del MG. No pudo hacerlo por reportarse que "no está en condiciones para salir". Cuando murió la enferma la hermana volvió a escribir preguntando ahora por el cadáver.

- 6349 H Madre que internó. Carta de enviado de la DGBP preguntando por la salud del enfermo. Telegramas y memorándums sin respuesta.
- 6352 M Viuda, 1 hermana.
- 6376 M Casada, madre alcohólica, primo suicida y alcohólico. Cartas a encargadas sin respuesta. Esposo acompañó al ingreso.
- 6392A M Casada.
- 6392B M Casada, 2 hermanos, 2 abortos.
- 6403 H Un pariente lejano y un primo con parálisis general, hermano solicitó el ingreso y acompañó durante el interrogatorio. 3 cartas de él pidiendo permiso para visitas y una "beca" del gobierno. 1 carta después de la muerte del asilado de la hermana solicitando certificado de defunción.
- 6404 H Padre, 6 hermanos. Padre solicitó el ingreso, se le avisó del agotamiento y posterior fallecimiento.
- 6431 M Padres, 1 hermano, 7 hermanas. Padre alcohólico que internó y envió 3 cartas preguntando por el estado de su hija, madre sufrió ataques epilépticos.
- 6435 H Padres, él alcohólico, ella lo internó. 1 hermano que acompañó durante el ingreso, 1 tía paterna "loca". Hasta 1938 la madre se hizo cargo de las necesidades del enfermo, como falleció la responsabilidad pasó a la tía que también murió 2 años después. Entonces el primo se hizo cargo a través de un encargado y la esposa de esta. El cadáver fue recogido por un sobrino. Nunca se le avisó al primo que debían pagarse cuotas.
- 6440 M Casada, esposo acompañó al ingreso. 1 carta de él solicitando su alta, que fue otorgada, aunque no pudo cumplirse por fallecimiento del interesado (se le envió una carta).
- 6445 H Casado, padre alcohólico y hemipléjico, madre reumática, 2 hermanos. Esposa respondió el interrogatorio.
- 6499 H Casado, 5 hermanos, 1 epiléptica, 1 hijo, abuela enajenada. 1 carta de la hermana solicitando un comprobante del estado de salud del asilado para poder meter a su hijo a un colegio.
- 6526 M Ingresó por su abuela, madre "demente". La encargada recogió su cadáver.
- 6553 M Casada, padre alcohólico, 5 hermanos, 4 hijos. Esposo internó y acompañó. 2 cartas de él solicitando una constancia de permanencia en el MG de la enferma y otra pidiendo una cita con el director para "tratar asunto relacionado con la asilada"; no sabemos si acudió.
- 6564 M Viuda, hermanos y 4 hijos. 1 carta del patrón de la hija de la asilada recomendándola y ofreciendo "lo que haga falta". Avisos a él y a la hija del fallecimiento de la enferma que no fueron respondidos.
- 6583 H Madre (que padecía ataques), 3 hermanos que la internaron, 1 hijo. Cartas a hermano que fueron enviadas a diferentes direcciones pero todas se devolvieron.
- 6614 H 3 hermanos, 1 de ellos escribió al director solicitando que su enfermo fuera aseado y atendido correctamente, pues se le informó que no era así. El directo respondió con un informe del médico de pabellón que dice que el asilado no recibía visitas

desde hace muchos meses pero que el enfermo era aseado de pelo y barba y cambiado como todos los asilados, ofreciendo que se verificara cuando así se propusiera. Otra carta de un señor Mucio Max Morales que suponemos que era un encargado pidiendo se le regrese un bulto de ropa enviando al difunto y más datos de su muerte. Se le regresé el bulto y se dio el informe.

DEFUNCIÓN

Exp.	Sexo	Enfermedad mental y física causantes de la muerte
6147	H	demencia precoz hebefrénica y septicemia por escaras
6205	M	no se reporta
6223	M	P.G.P. e ictus apopléctico
6237	H	psicosis alcohólica alucinatorio y enteritis y diarrea
6240	H	psicosis alcohólica y agotamiento
6291	H	P.G.P. y agotamiento
6304	M	demencia etílica y enteritis crónica
6312	H	P.G.P. e insuficiencia hepática
6315	H	psicosis alcohólica y caquexia
6321	M	parálisis histérica y septicemia por escaras
6337	M	demencia precoz hebefrénica y enterocolitis
6349	H	demencia precoz hebefrénica y agotamiento
6352	M	melancolía y congestión pulmonar
6376	M	esquizofrenia hebefrénica y neumonía
6392A	M	cáncer del útero y caquexia cancerosa
6392B	M	epilepsia y Gran Mal Epiléptico
6403	H	septicemia por escaras y P.G.P.
6404	H	imbecilidad y enteritis crónica
6431	M	demencia precoz simple y diarrea tricocefálica (intercurrente)
6435	H	gangrena gaseosa del brazo derecho (24 h), insuficiencia cardiovascular (2 meses) y parafrenia demencia arteriosclerosis
6440	M	melancolía con estupor y agotamiento general
6445	H	demencia alcohólica y osteomielitis del pie izquierdo, septicemia
6499	H	toxifrenia exógena y disentería
6526	M	caquexia terminal y esquizofrenia hebefrénica
6553	M	esquizofrenia hebefrénica y neumonía doble
6564	M	confusión mental y congestión pulmonar
6583	H	demencia precoz paranoide y estrechamiento aórtico
6614	H	demencia precoz hebefrénica y caquexia intestinal