Históricas Digital

Cristina Sacristán

“La medicalización de la locura en la ciudad de México. De la secularización de los hospitales para dementes al cierre del Manicomio General, 1861-1968”

p. 275-316

De manicomios a instituciones psiquiátricas
Experiencias en Iberoamérica, siglos XIX y XX

Andrés Ríos Molina y Mariano Ruperthuz Honorato (coordinación)

México

Universidad Nacional Autónoma de México
Instituto de Investigaciones Históricas/Sílex Ediciones

2022

642 p.

Gráficas, figuras y cuadros

(Serie Historia Moderna y Contemporánea 77)

ISBN 978-607-30-6081-3 (UNAM)
ISBN 978-84-18388-24-8 (Sílex)

Formato: PDF

Publicado en línea: 18 de noviembre de 2022

Disponible en:
http://www.historicas.unam.mx/publicaciones/publicadigital/libros/783/manicomios_instituciones.html

INSTITUTO DE INVESTIGACIONES HISTÓRICAS

D. R. © 2022, Universidad Nacional Autónoma de México-Instituto de Investigaciones Históricas. Se autoriza la reproducción sin fines lucrativos, siempre y cuando no se mutile o altere; se debe citar la fuente completa y su dirección electrónica. De otra forma, se requiere permiso previo por escrito de la institución. Dirección: Circuito Mtro. Mario de la Cueva s/n, Ciudad Universitaria, Coyoacán, 04510. Ciudad de México

INSTITUTO
DE INVESTIGACIONES
HISTÓRICAS

CAPÍTULO 6
LA MEDICALIZACIÓN DE LA LOCURA EN LA CIUDAD DE MÉXICO. DE LA SECULARIZACIÓN DE LOS HOSPITALES PARA DEMENTES AL CIERRE DEL MANICOMIO GENERAL, 1861-1968[1]

Cristina Sacristán
Instituto de Investigaciones Dr. José María Luis Mora

En 1883, el director del hospital para mujeres dementes de la ciudad de México, Miguel Alvarado, intentó modificar el reglamento para el ingreso de las pacientes. Siendo un hospital público que dependía de la Secretaría de Gobernación, muchas órdenes de internamiento llegaban de la Beneficencia Pública y de otras instituciones sin verificar que las supuestas enfermas realmente tuvieran algún tipo de dolencia que ameritara su reclusión con fines terapéuticos. Con el ánimo de establecer un control médico en el proceso de admisión y evitar detenciones arbitrarias, Alvarado propuso que las autoridades se sujetaran al criterio ya existente para las familias de constatar la enfermedad mediante un examen médico previo. La respuesta de la Beneficencia Pública no pudo ser más irritante:

> exigir que los funcionarios públicos tengan absoluta necesidad de acompañar a la orden de admisión que expidan, dos certificados científicamente fundados y con los requisitos que pide la reforma indicada, es querer restringir tal vez indebidamente sus facultades. […] la permanencia de un enfermo en un hospital o su remisión a él, para que se observe, no implica un ataque a la libertad individual, ni puede llamarse secuestro.[2]

[1] Agradezco mucho los comentarios para mejorar este texto por parte de los coordinadores del libro, Andrés Ríos y Mariano Ruperthuz, y de los dictaminadores anónimos. Asimismo, agradezco las valiosas aportaciones recibidas en el seminario *Salud, Historia y Sociedad Contemporánea* del Instituto Mora.

[2] Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, Fondo Beneficencia Pública, Sección Establecimientos Hospitalarios, Serie Hospital del Divino Salvador, leg. 16, exp. 4, ff. 36-37, 1883.

2022. Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Históricas
http://www.historicas.unam.mx/publicaciones/publicadigital/libros/783/manicomios_instituciones.html

Dos esferas de poder habían entrado en conflicto, la medicina luchaba por crear un espacio para el tratamiento de las enfermedades mentales regido por criterios científicos, mientras los poderes públicos perseveraban en conservar antiguos privilegios como las órdenes de ingreso procedentes de la policía, de los juzgados o de otros hospitales ante la sospecha de locura. Esta incipiente medicina de la mente se jugaba su prestigio como ciencia y de ninguna manera quería que su práctica –la de encerrar para curar–, se asociara con la privación de la libertad, un bien muy preciado en ese siglo y parte del lenguaje político de la época. Acaso sin anticipar sus consecuencias, Alvarado había puesto en marcha toda una maquinaria que hoy denominamos "la medicalización de la locura".[3]

Investigaciones recientes han rastreado los inicios de la medicalización de la locura en México a fines del siglo XVIII bajo el impulso de la Ilustración, momento en que los viejos hospitales para dementes de la ciudad de México –San Hipólito para hombres (1567-1910) y La Canoa para mujeres (1700-1910)–, comenzaron a transformarse, pero sobre todo durante la segunda mitad del siglo XIX cuando la secularización de las instituciones de beneficencia en 1861 coadyuvó a un mayor control médico y facilitó cierta tendencia a la especialización en los cuidados que recibieron los enfermos.[4] Los primeros médicos interesados en la patología mental forjaron este incipiente alienismo decimonónico y contribuyeron con sus experiencias y conocimientos a la construcción del manicomio más emblemático de México, el llamado "Manicomio General", popularmente conocido como La Castañeda (1910-1968).[5] Se trataba de un "manicomio moderno",

[3] Uno de los primeros autores que abordó el concepto de medicalización fue Michel Foucault, "Historia de la medicalización", *La vida de los hombres infames. Ensayos sobre desviación y dominación,* Madrid, La Piqueta, 1990. Más adelante se ahondará en su postura.

[4] Christina Ramos, "Bedlam in the New World: Madness, Colonialism, and a Mexican Madhouse, 1567-1821", doctoral dissertation, Harvard University, Graduate School of Arts & Sciences, 2015, http://nrs.harvard.edu/urn-3:HUL.InstRepos:23845437 (consulta: 22 de mayo de 2020); Stephanie S. Ballenger, "Modernizing Madness: Doctors, Patients and Asylums in Nineteenth-Century México City", tesis de doctorado en filosofía de la historia, Berkeley, Universidad de California, 2009.

[5] Como se sabe, antes de que se formalizaran los estudios en psiquiatría, el término utilizado para referirse a los médicos que se desempeñaban en el campo de lo que posteriormente se denominarían enfermedades mentales era el de alienistas, a sus

2022. Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Históricas
http://www.historicas.unam.mx/publicaciones/publicadigital/libros/783/manicomios_instituciones.html

INSTITUTO
DE INVESTIGACIONES
HISTÓRICAS

inscrito de lleno en el modelo terapéutico que confiaba en el poder curativo del aislamiento, y que hizo crisis en buena medida por el enorme número de pacientes recluidos, justo cuando la atención ambulatoria comenzó a perfilarse como una posible solución al encierro y cuando algunas voces apuraban la necesidad de una reforma psiquiátrica. Por ello, nuestro periodo de estudió abarcará desde la secularización de los hospitales para dementes al cierre del Manicomio General, temporalidad que va de 1861 a 1968, y que nos permitirá aquilatar el conflictivo devenir de la medicalización de la locura en la ciudad de México mediante el análisis de los procedimientos de admisión y alta de los enfermos.[6] Entrar o salir de un manicomio fue mucho más que un acto puramente médico, ahí se negociaba con lo estipulado en los reglamentos, se enfrentaba la presión de las autoridades y las necesidades de las familias, se luchaba por evitar la sobrepoblación y hasta pesó la voluntad de los médicos al retener a determinados pacientes por su interés científico.

Para ello, daremos cuenta en primer término de la historiografía en torno al nacimiento del manicomio y de algunas posturas sobre los procesos de medicalización, después entraremos de lleno en nuestro objeto de estudio.

LA HISTORIOGRAFÍA SOBRE UN NUEVO DISPOSITIVO ASISTENCIAL: EL MANICOMIO DISPUTADO

El manicomio ha sido el tópico más estudiado en la historia de la psiquiatría, un modelo terapéutico con una vigencia de ciento cincuenta años que supuso un antes y un después en el devenir de la atención a los enfermos mentales, lo que conocemos como el paso "de la comunidad a la institución y de la institución a la

pacientes se les denominaba alienados y al campo del conocimiento dedicado a su estudio, alienismo, por lo que con estos conceptos haremos alusión sobre todo, a la experiencia decimonónica.

[6] La denominación Ciudad de México abarcó territorios muy distintos a lo largo del periodo de tiempo que aquí se estudia e incluso, la capital de México recibió el nombre de Distrito Federal durante varias décadas. Para no entorpecer la lectura, utilizaremos siempre el término Ciudad de México.

2022. Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Históricas
http://www.historicas.unam.mx/publicaciones/publicadigital/libros/783/manicomios_instituciones.html

comunidad". Gracias a esta abundante historiografía, hoy sabemos que el nacimiento de la medicina de la mente en el mundo occidental entre fines del siglo XVIII y principios del XIX, trajo consigo una profunda transformación en el trato de los llamados alienados con la formulación de un espacio cerrado, cuyo éxito dependía de una serie de terapéuticas –el llamado tratamiento moral– que necesariamente habían de aplicarse en condiciones de aislamiento y bajo la dirección exclusiva de médicos. El manicomio inauguró un nuevo dispositivo asistencial que sustrajo a los enfermos de su comunidad y, aunque desde su origen suscitó la crítica, fue después de la Segunda Guerra Mundial cuando la institución asilar se vio envuelta en los más severos cuestionamientos. Lentamente la psiquiatría dio paso a sistemas abiertos de atención con el fin de reducir, e incluso evitar, la reclusión de los enfermos. El regreso a "la comunidad", como se conoció a este proceso, antepuso la prevención, la rehabilitación y la reinserción social frente a las viejas formas de confinamiento.[7]

Una de las tendencias más pujantes en la historiografía que estudió el nacimiento del asilo construyó una narrativa bajo la influencia de Michel Foucault y del movimiento antipsiquiátrico y puso el acento en su función social disciplinaria como institución de control y fuente de abusos hacia los enfermos, legitimada por la pretensión de verdad de los discursos científicos. Desde esta interpretación, los manicomios fueron adjetivados como instituciones custodiales y de encierro que rápidamente se sobrepoblaron, acusando altas tasas de incurabilidad. En oposición a tal perspectiva, se sostuvo que el manicomio abrevó del espíritu humanitario del Siglo de las Luces y de su vocación por el conocimiento en un esfuerzo por lograr la curación de los enfermos, otrora abandonados a su suerte o encerrados en calabozos, por lo que el asilo representó un avance significativo. De igual manera, las causas de la "desinstitucionalización" también

[7] Este proceso ha sido muy estudiado, puede verse Peter Bartlett y David Wright (coords.), *Outside the walls of the asylum: the history of care in the community, 1750-2000,* London, Athlone, 1999; y recientemente, Rab A. Houston, "Asylums: the historical perspective before, during, and after", *The Lancet Psychiatry,* December 2019, https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lanpsy/PIIS2215-0366%2819%2930395-5.pdf (consulta: 17 de enero de 2020).

2022. Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Históricas
http://www.historicas.unam.mx/publicaciones/publicadigital/libros/783/manicomios_instituciones.html

INSTITUTO
DE INVESTIGACIONES
HISTÓRICAS

fueron motivo de disenso. Mientras para unos, los pacientes fueron liberados del encierro gracias al avance científico, concretamente de la psicofarmacología, que permitió tratarlos en forma ambulatoria, otros observaron que la segregación resultó insostenible para el prestigio de la profesión médica, incosteable para el Estado, y se vio ensombrecida por el espectro de compañías farmacéuticas dedicadas a comercializar medicamentos innecesarios. Todo ello derivó en un debate historiográfico entrampado en la defensa de posturas irreconciliables.[8]

Para romper con esta dicotomía entre "progreso científico" y "control social", la historiografía comenzó a examinar estas grandes estructuras asilares a partir de privilegiar la agencia de quienes las fueron definiendo y su interacción en la dinámica cotidiana: médicos, familias, pacientes y autoridades. También se enfatizó el análisis de los manicomios en el contexto no médico que los vertebró, en tanto espacios permeados por el acontecer socioeconómico, político y cultural. Se demostró que el manicomio fue un espacio para la producción de conocimiento, el ejercicio de la clínica y la profesionalización de la psiquiatría, pero también para un control sobre el cuerpo social que se nutrió de las concepciones médicas en boga y de fuerzas sociales muy diversas. De manera muy notable se advirtió que tanto las autoridades como las familias desplegaron su capacidad de intervención en contra de los criterios médicos, sobre todo en los procesos de admisión y alta de los pacientes. Por su parte, los propios enfermos moldearon los diagnósticos, los tratamientos y las normas que regulaban la vida diaria –en no pocos casos rechazándolos–, además de mantener comunicación con el mundo exterior por

[8] Trabajos de corte historiográfico que refieren ambas posiciones son Houston, "Asylums: the historical perspective", 2019; Volker Hess y Benoît Majerus, "Writing the history of psychiatry in the 20th century", *History of Psychiatry*, v. 22, n.º 2, pp. 139-145, 2011; Enric J. Novella, "Del asilo a la comunidad: interpretaciones teóricas y modelos explicativos", *Frenia. Revista de Historia de la Psiquiatría*, v. VIII, p. 9-31, 2008; Cristina Sacristán, "La locura se topa con el manicomio. Una historia por contar", *Cuicuilco. Revista de la Escuela Nacional de Antropología e Historia,* v. 16, n.º 45, pp. 163-188, 2009; y Ricardo Campos Marín y Rafael Huertas García-Alejo, "Los lugares de la locura: reflexiones historiográficas en torno a los manicomios y su papel en la génesis y el desarrollo de la psiquiatría", *Arbor. Ciencia, Pensamiento y Cultura*, v. CLxxXIV, n.º 731, pp. 471-480, 2008.

2022. Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Históricas
http://www.historicas.unam.mx/publicaciones/publicadigital/libros/783/manicomios_instituciones.html

distintas vías. Así, este enfoque subrayó la contingencia histórica y las especificidades locales en una apuesta por socavar las generalizaciones y analizar la multiplicidad de relaciones que se tejían en los asilos. [9]

Esta perspectiva implicó adentrarse en nuevas fuentes e interrogarlas de otra manera, sobre todo en el caso de los registros hospitalarios de los pacientes, en una vuelta de tuerca historiográfica que se ha denominado "el giro material" (*the material turn*), y que alude a los nuevos acervos disponibles para la exploración de la historia.[10] El foco de interés se centró en los libros de admisión, las historias clínicas y los testimonios directos de pacientes, que demostraron ser un campo fértil para descubrir la práctica clínica, el perfil de los internos y sus familias y conocer cómo interactuaron con las instituciones. Acercarse al certificado médico de ingreso, a los antecedentes clínicos o al primer diagnóstico recibido, supuso una inmersión en el cuerpo teórico-nosológico de la psiquiatría, pero también en los condicionamientos sociales de la mirada médica. La información personal contenida en tales fuentes reveló el anclaje sociocultural de las poblaciones que fueron ingresadas en los manicomios y de su círculo familiar gracias a datos de primer orden como el nivel educativo, la ocupación, la profesión de los padres, el estado civil, la existencia de hermanos e hijos, quién los llevó al hospital, si intervino en el interrogatorio médico y se ocupó de visitarlos e incluso, de recoger su cadáver. Estos nuevos fondos también han permitido conocer el movimiento de los pacientes por el número de reingresos, los tiempos de estancia, los motivos del alta (mejoría, curación, fuga, muerte), la autoridad remitente (de gobierno, judicial, policial o médica), su estadía en calidad de pensionista (pagando una cuota) o sin costo alguno, desplegando un abanico de análisis casi infinito.[11] Por otro lado, en muchas instituciones fue una

[9] Deborah Doroshow, Matthew Gambino y Mical Raz, "New Directions in the Historiography of Psychiatry", *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, v. 74, n.º 1, pp. 15-33, 2019; Eric J. Engstrom, "History of Psyquiatry and its Institutions", *Current Opinion in Psychiatry*, v. 25, n.º 6, pp. 486-491, 2012; y Sacristán, "La locura se topa con el manicomio", pp. 163-188.

[10] Hess y Majerus, "Writing the history", p. 142.

[11] La historiografía iberoamericana se ha sumado a esta nueva perspectiva. Algunos trabajos que han recalado en los libros de registro y las historias clínicas se citan a lo largo de este trabajo. Otros, no menos importantes, son Cristina Rivera-Garza, "She neither Respected nor Obeyed Anyone": Inmates and Psychiatrists Debate

2022. Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Históricas
http://www.historicas.unam.mx/publicaciones/publicadigital/libros/783/manicomios_instituciones.html

práctica retener algunas cartas escritas por los enfermos, acompañadas de dibujos o poemas, abriendo una ventana a la experiencia íntima del encierro. De igual manera, la correspondencia cruzada entre la familia y las autoridades de los manicomios ha dado luz sobre los márgenes de negociación ante situaciones que aquejaron a los internos.[12]

Tras estas investigaciones, podemos asegurar que la historiografía actual ha logrado un diálogo entre una gran pluralidad de fuentes, abonando a la comprensión de una institución compleja por la diversidad de relaciones tejidas en su interior y en estrecha relación con el entorno. Los registros clínicos de los pacientes (estudios de caso, muestras estadísticas o poblaciones completas), los documentos de orden administrativo y normativo (informes, programas, correspondencia, reglamentos), y los textos clásicamente médicos (tratados médicos, tesis de medicina y artículos científicos) son invaluables para mostrar el juego de fuerzas que operaron en las instituciones asilares.

Gender and Class at the General Insane Asylum La Castañeda, Mexico, 1910-1930", *Hispanic American Historical Review*, n.º 81, v. 3, n.º 4, pp. 653-688, 2001; Cristina Rivera-Garza, "Becoming mad in revolutionary Mexico: mentally ill patients at the General Insane Asylum, Mexico, 1910-1930", Roy Porter and David Wright (cords.), *The Confinement of the Insane. International Perspectives, 1800-1965,* Cambridge, Cambridge University Press, 2003, pp. 248-272; Raquel Tierno, "Demografía psiquiátrica y movimientos de la población del Manicomio Nacional de Santa Isabel (1931-1952)", *Frenia. Revista de historia de la psiquiatría*, v. VIII, pp. 97-130, 2008; Yonissa Wadi, *A historia de Pierina: subjetividade, crime e loucura,* Uberlândia, Universidade Federal de Uberlândia, 2009; Paloma Vázquez de la Torre y Olga Villasante, "Psychiatric care at a national mental institution during the Spanish Civil War (1936-39): Santa Isabel de Leganés", *History of Psychiatry*, v. 27, n.º 1, pp. 1-14, 2016; Teresa Ordorika Sacristán, "Las historias clínicas: narraciones útiles para el análisis de la psiquiatrización de la sociedad", en Yonissa M. Wadi (coord.), *Narrativas sobre loucuras, sofrimentos e traumas*, Curitiba, Máquina de Escrever, 2016, p. 43-63; Andrés Ríos Molina (coord.), *Los pacientes del Manicomio La Castañeda y sus diagnósticos. Una historia de la clínica psiquiátrica en México, 1910-1968*, México, Instituto de Investigaciones Históricas de la UNAM/Instituto Mora, 2017; Manuel Gruel Sández, *Rumor de locos. El Hospital de La Rumorosa, 1931-1958*, México, Instituto Subcaliforniano de Cultura/Archivo Histórico Pablo L. Martínez, 2017; Cristiana Facchinetti, y Alexander Jabert, "Combining Psychiatry and Spiritism: Therapies employed in a Brazilian sanatorium (1934-1948)", *History of Psychology*, v. 21, pp. 208-222, 2018.

[12] Recopilaciones de cartas pueden verse en Angélica Lavín, (ed.), *Cartas desde la Casa de Orates*, Santiago de Chile, Ediciones de la Dirección de Bibliotecas, Archivos y Museos/Centro de Investigaciones Diego Barros Arana, 2003; Olga Villasante, Ruth Candela Ramírez, Ana Conseglieri Gámez, Raquel Tierno Patiño, Paloma Vázquez de la Torre y Rafael Huertas, *Cartas desde el manicomio. Experiencias de internamiento en la Casa de Santa Isabel de Leganés*, Madrid, Catarata, 2018.

2022. Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Históricas
http://www.historicas.unam.mx/publicaciones/publicadigital/libros/783/manicomios_instituciones.html

Uno de los aspectos que revelan tales dinámicas, por el entramado de intereses que emergen bajo un contexto de medicalización de la locura, es el procedimiento de admisión y alta de los pacientes. Ciertamente, a medida que la medicina fue acrecentando y extendiendo su autoridad científica sobre condiciones o conductas cuya comprensión e intervención se encontraban hasta ese momento en el campo de la religión, del grupo doméstico o de tradiciones terapéuticas diversas, distintos estados asociados con la locura (frenesí, falta de juicio, pérdida del entendimiento, simpleza de espíritu, fatuidad) comenzaron a ser definidos como enfermedades con el fin de mantenerlos bajo su dominio. En el caso de la medicina de la mente, ello supuso el ingreso de los entonces considerados pacientes a una institución con propósitos curativos, aunque también de defensa social, bajo criterios científicos.

Como es sabido, la definición clásica de medicalización refiere el proceso por el que "problemas no médicos comienzan a ser definidos y tratados como problemas médicos", generalmente bajo la categorización de enfermedades, trastornos o desórdenes, expandiendo así la competencia de la medicina sobre hechos de la vida ajenos hasta entonces a su control.[13] Desde una perspectiva foucaultiana, en los procesos de medicalización el Estado y la profesión médica se co-constituyeron ya que el modelo biomédico fue adquiriendo hegemonía sobre otras formas de enfrentar la enfermedad gracias al reconocimiento de la profesión médica por parte del Estado. En contrapartida, la medicina ofreció al Estado una tecnología de control público y de ordenamiento de la vida colectiva al categorizar a las personas y sus comportamientos, lo que Foucault denominó "una estrategia biopolítica".[14] Hoy en día esta noción se ha complejizado con estudios que han reconocido la participación activa de las personas, ya sea "resistiendo o promoviendo la medicalización", de manera que la intervención de los profesionales de la medicina sobre determinadas condiciones biológicas, conductas o experiencias se ha visto estimulada o inhibida por los propios sujetos receptores y sus

[13] Peter Conrad, "Medicalization and Social Control", *Annual Review of Sociology*, v. 18, 1992, pp. 209-232.
[14] Foucault, "Historia de la medicalización".

2022. Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Históricas
http://www.historicas.unam.mx/publicaciones/publicadigital/libros/783/manicomios_instituciones.html

INSTITUTO
DE INVESTIGACIONES
HISTÓRICAS

familias, y no solo por la acción del Estado.[15] Analicemos entonces cómo operó la medicalización de la locura en los procedimientos de admisión y alta de los pacientes en los hospitales para dementes de la ciudad de México y en el Manicomio General.

EN LOS INICIOS DE LA MEDICALIZACIÓN

Durante el periodo colonial, San Hipólito y La Canoa funcionaron gracias a una compleja combinación, típica de Antiguo Régimen, entre la dirección a cargo de religiosos, donativos de particulares, patrocinios de corporaciones y supervisión de autoridades virreinales para acoger enfermos por razones de pobreza, necesidad o peligrosidad, enviados por párrocos, miembros notables de la comunidad o por las propias familias sin ningún tipo de diagnóstico médico.[16] El punto de inflexión en el devenir de estos hospitales tuvo lugar en la segunda mitad del siglo XVIII, cuando en los libros de admisión se registran por primera vez ingresos motivados por una certificación médica y se advierte una mayor confianza de los tribunales penales (incluyendo a la Inquisición) en el testimonio experto de los médicos y en el hospital como un lugar para observar el curso de la enfermedad, sobre todo ante un posible caso de simulación, hechos que han sido interpretados como parte de "un proceso gradual de medicalización".[17]

También en el Siglo de las Luces estos hospitales fueron objeto de importantes reformas arquitectónicas que les ayudaron a recorrer los duros años posteriores a la Independencia de México, caracterizados por la inestabilidad política y las dificultades económicas. San Hipólito se construyó en 1777 como obra de nueva planta con fondos

[15] Adriana Murguía, Teresa Ordorika y León F. Lendo, "El estudio de los procesos de medicalización en América Latina", *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, v. 23, n.º 3, pp. 635-651, 2016.
[16] Ballenger, "Modernizing Madness", pp. 59-61.
[17] Ramos, "Bedlam in the New World", pp. 29-30, 142-144, el primer ingreso con certificado médico en el Hospital de San Hipólito tuvo lugar en 1755. Sobre la remisión de locos de la Inquisición a San Hipólito, Cristina Sacristán, *Locura y disidencia en el México Ilustrado, 1760-1810*, México, Instituto Mora, El Colegio de Michoacán, 1994.

2022. Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Históricas
http://www.historicas.unam.mx/publicaciones/publicadigital/libros/783/manicomios_instituciones.html

privados del poderoso Consulado de Comerciantes, para alojar en dos pisos con amplios patios, fuentes y jardines hasta 200 pacientes. La Canoa fue objeto de una importante ampliación en 1809, en este caso con fondos públicos, abarcando toda una manzana con cuatro patios interiores, salas generales y habitaciones individuales.[18] Pero quizá lo más relevante es que para fines del siglo XVIII, San Hipólito había dejado atrás su asociación con la figura del "pobre demente" y el "loco furioso" para convertirse en una institución con "un espectro de funciones caritativas, médicas y coercitivas": refugio para socorrer a locos pobres y sin hogar, apoyo para las familias frente a la dificultad de manejar un paciente complicado, y custodia para delincuentes locos remitidos por las autoridades bajo acusaciones de haber cometido delitos graves y con la orden expresa de mantenerlos aislados y vigilados. Ello no impidió las fugas (11%) ni la locura fingida, dos formas de resistencia. Con una mortalidad elevada (36%), algunos pacientes estuvieron tan solo unos meses, pero otros tuvieron reingresos constantes o estancias de muy larga duración.[19] La Canoa socorrió a locas pobres e indigentes, pero también encerró a mujeres que habían escapado al control paterno y carecían de patrimonio, de manera que hizo las veces de hospital y recogimiento, proporcionando alivio a las enfermas y disciplina social a "las descarriadas".[20]

Tras la Independencia de México en 1821, los primeros alienistas mexicanos vivieron la transición hacia un sistema público de atención, como parte de la política dirigida a restar poder a la Iglesia, y libraron una lucha por tomar el control de instituciones donde la locura había sido concebida como "una dimensión problemática de la experiencia humana" y no como un problema de salud.[21] Así, a partir de 1861, en el contexto de las llamadas Leyes de Reforma que establecieron la separación Iglesia-Estado, se procedió a la secularización de las instituciones de beneficencia para que todos los hospitales, hospicios y prisiones quedaran bajo la vigilancia del Estado y con cargo

[18] Ballenger, "Modernizing Madness", pp. 44-59. Dichas construcciones siguen en pie y pueden ser visitadas.
[19] Las cifras corresponden a los años que van de 1751 a 1785, Ramos, "Bedlam in the New World", pp. 128-141, 160-175.
[20] Ballenger, "Modernizing Madness", pp. 49-59.
[21] Ibídem, pp. 4-14.

2022. Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Históricas
http://www.historicas.unam.mx/publicaciones/publicadigital/libros/783/manicomios_instituciones.html

INSTITUTO
DE INVESTIGACIONES
HISTÓRICAS

a los presupuestos públicos. Aunque este propósito no se cumplió a cabalidad, propició que los médicos tomaran la dirección de San Hipólito y La Canoa –hasta entonces en manos de los administradores–, giro que llevó a la exigencia formal del certificado médico como requisito para el ingreso, articuló reformas para implantar el tratamiento moral, produjo conocimiento especializado mediante la observación de los pacientes, la realización de autopsias y la introducción de la enseñanza, iniciando así la práctica de la clínica psiquiátrica en la capital del país. De hecho, quien está considerado el primer alienista mexicano, Miguel Alvarado, asumió en 1861 la dirección de la Junta Directiva de Beneficencia, el órgano ejecutor de esta nueva política, simultáneamente se desempeñó como director del hospital para mujeres dementes,[22] y a partir de 1887 inauguró la cátedra de enfermedades mentales en la Escuela de Medicina.[23] En paralelo, el Estado mexicano alentó la discusión pública sobre las características que debía reunir un "manicomio moderno", acorde con una ciudad en constante crecimiento que triplicó su población entre 1858 y 1910,[24] y con los anhelos de cosmopolitismo de las élites mexicanas, entre ellas los médicos, para proyectar la imagen de una nación moderna, en constante progreso científico y tecnológico.[25] No en vano un médico aseguró en 1882 que "los manicomios reflejan la civilización de los pueblos".[26]

Sin embargo, este recorrido resultó muy atropellado para los primeros alienistas porque faltó el apoyo decidido del Estado y las familias se negaron a renunciar a sus anteriores prerrogativas. Así, el esfuerzo de esta incipiente psiquiatría decimonónica por afianzar

[22] Ibídem, pp. 71-72.
[23] Elia Patlán Martínez, "Las enfermedades mentales en la ciudad de México de 1867 a 1910. Estudio de caso: el Hospital de San Hipólito", tesis de maestría en historia, Universidad Nacional Autónoma de México, 2015, pp. 83-94.
[24] María Dolores Morales, "La expansión de la ciudad de México: el caso de los fraccionamientos" en Alejandra Moreno Toscano (coord.), *Ciudad de México. Ensayo de construcción de una historia*, México, SEP/INAH, 1978, pp. 189-200.
[25] Cristina Sacristán, "Los hospitales para dementes y el crecimiento de la ciudad", Alicia Salmerón y Fernando Aguayo (coords.), *Instantáneas de la ciudad de México. Un álbum de 1883-1884*, México, Instituto Mora/Universidad Autónoma Metropolitana/Fomento Social Banamex, 2013, t. 2, pp. 15-29.
[26] Patiño, Francisco, "El Hospital General y el Manicomio", *La Escuela de Medicina*, t. IV, 1882, p. 29.

2022. Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Históricas
http://www.historicas.unam.mx/publicaciones/publicadigital/libros/783/manicomios_instituciones.html

su competencia profesional se enfocó en lograr un mayor control médico sobre el ingreso y la salida de los pacientes frente a los poderes representados por la familia y las autoridades gubernativas que desde siglos atrás remitían pacientes sin que mediara un criterio médico. Luchar contra la inercia del pasado significó combatir los diversos usos de estos espacios en pro de su medicalización. El análisis de los reglamentos de San Hipólito y La Canoa, el número de pacientes y sus diagnósticos y el rol jugado por las familias nos acercará a este proceso.

El primer reglamento que revela los fines médicos y el esfuerzo por vigilar las admisiones en el hospital para mujeres data de 1859. Las pacientes podían ser llevadas por un familiar o conocido con una solicitud de admisión acompañada de un certificado médico o por la policía con una orden de gobierno. Para el egreso, bastaba la petición de quien hubiera requerido su entrada con independencia de su estado de salud, de manera que el control de la medicina resultaba un tanto débil, pero tampoco podía el hospital retener a un enfermo contra la voluntad de las familias, puesto que ninguna legislación amparaba un "secuestro" de este tipo.[27] Veinte años después (1879), un nuevo reglamento estableció que el certificado de admisión estuviese firmado por dos médicos y avalado por el director del hospital, que todas las enfermas entrasen en calidad de "provisionales" por un lapso de 30 días (momento en que podía declararse el internamiento "definitivo"), y que las altas de pacientes aun convalecientes se concederían por petición de las familias sin posibilidad de readmisión en un futuro, regulaciones que inclinaban el fiel de la balanza hacia un mayor control médico.[28] Cuatro años más tarde (1883), se aprobó un nuevo reglamento con el objetivo explícito de asegurar la legalidad de los ingresos ante "secuestraciones indebidas" y reclamos por privación de libertad presentados en el hospital. El nuevo procedimiento estableció que la petición de ingreso se presentara por escrito y por el representante

[27] Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, Fondo Beneficencia Pública, Sección Establecimientos Hospitalarios, Serie Hospital del Divino Salvador, leg. 6, exp. 15, arts. 10-11,13.
[28] Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, Fondo Beneficencia Pública, Sección Establecimientos Hospitalarios, Serie Hospital del Divino Salvador, leg. 12, exp. 16, arts. 4-5, 9.

2022. Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Históricas
http://www.historicas.unam.mx/publicaciones/publicadigital/libros/783/manicomios_instituciones.html

INSTITUTO
DE INVESTIGACIONES
HISTÓRICAS

legal de la enferma acompañada de un certificado "científicamente fundado" firmado por dos médicos, con una validez de quince días, todo ello para "legalizar convenientemente la secuestración de un miembro de la sociedad y garantir (*sic*) la libertad individual". Sin embargo, las autoridades de gobierno no quisieron renunciar a sus tradicionales privilegios y rechazaron toda sumisión a la ciencia médica, como vimos en la "anécdota" que abre este trabajo. Si bien Alvarado luchó por convertir el hospital en un "establecimiento dedicado a la medicación", debieron transcurrir otros trece años (1896) para que un nuevo reglamento estableciera que los ingresos por orden de la autoridad se presentaran por escrito aunque sin el certificado médico que sí era exigible a las familias.[29] Para entonces, Alvarado (1825-1890) ya estaba en su tumba, y si bien es claro que expedir una nueva regulación no aseguraba su cumplimiento, limitar una y otra vez los ingresos indiscriminados ajustándolos a criterios médicos revela que la lucha por la medicalización estaba en marcha pese a todo. Paradójicamente, la mayor oposición a esta voluntad por medicalizar la institución no provino de su herencia eclesiástica asociada a la idea de caridad, como se podría pensar, sino de funcionarios civiles de la Beneficencia Pública, del Ayuntamiento de la ciudad de México, de los tribunales y de las familias. Así, entre 1871 y 1877 llegaron a La Canoa niñas huérfanas, delincuentes y a quienes sus padres querían encerrar por "incorregibles" bajo la figura colonial del "depósito". Estos ingresos a todas luces violentaban las regulaciones que prohibían la entrada de personas sanas y capaces, dificultaban mantener el orden, contravenían el aislamiento de las pacientes del mundo exterior –un principio básico del tratamiento moral– y evidenciaron cómo podía desquiciarse el nuevo sistema de ingresos y altas que luchaba por enterrar el viejo modelo de hospital con fines caritativos, de custodia y correccionales en favor de una institución médica.[30]

En San Hipólito, los inicios fueron muy parecidos, porque ya desde 1861, el director Juan Tamés se quejaba por el envío de pacientes

[29] *Reglamento del Hospital para Mujeres Dementes,* México, Imprenta de la Escuela Industrial de Huérfanos, 1896, arts. 1 y 4.
[30] Ballenger, "Modernizing Madness", pp. 143-163.

2022. Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Históricas
http://www.historicas.unam.mx/publicaciones/publicadigital/libros/783/manicomios_instituciones.html

procedentes de otros hospitales sin que existiera claridad sobre su enfermedad; le preocupaban los conflictos por privación indebida de libertad, pero sobre todo mantener el carácter de hospital especializado.[31] También el Ayuntamiento hacía gala de su poder al remitir pacientes con la indicación, por demás formal, de que "por acuerdo del alcalde municipal recibirá usted en ese establecimiento para su curación a ..." sin mayores especificaciones.[32] Los conflictos con las autoridades de gobierno no se hicieron esperar, pues trasladaban a presos violentos, otros que deliraban por hambre, que padecían enfermedades altamente contagiosas (hubo un caso de rabia), o con diagnósticos emitidos por médicos generales, momento en que los alienistas defendieron la necesidad de un conocimiento experto que pudiera distinguir entre locos y criminales, detectar la simulación y arribar a diagnósticos precisos para garantizar la seguridad al interior del establecimiento.[33]

Pese a estas dificultades, la intervención de los saberes médicos también se produjo en el terreno de la clínica y los tratamientos. En La Canoa, Alvarado atrajo a estudiantes de la Escuela de Medicina para llevar las historias clínicas, construyó un anfiteatro para realizar autopsias y amplió la enfermería para observar a las pacientes en condiciones críticas. Además, pensó que los tratamientos debían dirigirse hacia las "dimensiones psicológicas" de las enfermas y clasificar sus padecimientos más allá de términos genéricos como "está loca" o demente por una variedad de enfermedades que solo un médico podía articular.[34] En San Hipólito la situación era muy similar ya que desde el reglamento de 1868, el médico director tenía la obligación de impartir patología mental a los alumnos de la Escuela de Medicina "enseñándoles las lesiones cadavéricas siempre que la oportunidad se presente, y obligándoles a llevar bajo su dirección las observaciones e historias de los enfermos".[35] Así, la observación de

[31] Ibídem, pp. 78-79.
[32] Archivo Histórico de la Ciudad de México, Hospitales, vol. 2302, exp. 148, 1866.
[33] Ballenger, "Modernizing Madness", pp. 101-111.
[34] Ibídem, pp. 143-163.
[35] *Cit.* en Patlán Martínez, "Las enfermedades mentales", pp. 143-144. Si bien los médicos interesados en la patología mental en México se formaron bajo el modelo anatomoclínico y se adscribieron a las teorías degeneracionistas, donde la herencia jugaba

2022. Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Históricas
http://www.historicas.unam.mx/publicaciones/publicadigital/libros/783/manicomios_instituciones.html

INSTITUTO
DE INVESTIGACIONES
HISTÓRICAS

los pacientes, la clasificación con criterios médicos, los tratamientos especializados y la preocupación por encontrar lesiones cerebrales, le confirió un carácter científico a estos hospitales. Sin embargo, ello no significa que los pacientes hayan estado bien. En un momento en que la mayoría de los padecimientos mentales no eran curables y las condiciones de higiene deficientes, las altas tasas de reincidencia y de mortalidad fueron el pan de cada día.[36]

Un elemento novedoso detectado hacia mediados del siglo XIX respecto al tipo de pacientes que ingresaron en estos hospitales, lo constituye la existencia de "distinguidos", enfermos que pagaban por su estancia gozando de ciertas comodidades como conservar su médico particular, recibir alimentos de su casa y disponer de habitaciones individuales. Aunque no se sabe con precisión en qué momento La Canoa transformó la misión original de atender a mujeres solas, pobres y desdichadas, a mediados del siglo ya estaba plenamente normalizada la existencia de una clientela que pagaba, cuyo estatus quedó incorporado en el reglamento de 1859, un indicativo de que el asilo se volvió una opción para familias ricas.[37]

En el hospital para mujeres, la mayoría de las pacientes eran solteras, se dedicaban a las labores domésticas o trabajaban como sirvientas, lavanderas o costureras, por lo que procedían de estratos económicos bajos; las que pagaban, por estar bajo el régimen de pensionistas, se dedicaron a la enseñanza y el comercio, entre otras actividades. La enfermedad más diagnosticada fue la epilepsia y en las niñas menores de quince años, dominaron además los diagnósticos de

---

un rol muy importante, esta perspectiva organicista no les impidió defender el tratamiento moral por su valor terapéutico, véase Francisco Jesús Morales Ramírez, "La apoteosis de la medicina del alma. Establecimiento, discurso y praxis del tratamiento moral de la enajenación mental en la ciudad de México, 1830-1910", tesis de licenciatura en historia, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad Nacional Autónoma de México, 2008.

[36] Véase el informe que en 1877 elaboró el director de San Hipólito. A su llegada, el hospital yacía en ruinas salvo el departamento de distinguidos y el de epilépticos. Había 140 enfermos atendidos por dos médicos, dos enfermeras y cuatro celadores, Sebastián Labastida, "Informe del director del hospital de San Hipólito sobre el Establecimiento, presentado a la Dirección de Beneficencia Pública", *Gaceta Médica de México,* v. XIII, p. 64-73, pp. 114-118, 1878.

[37] Ballenger, "Modernizing Madness", pp. 138-143.

2022. Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Históricas
http://www.historicas.unam.mx/publicaciones/publicadigital/libros/783/manicomios_instituciones.html

imbecilidad e idiocia, cuadros de muy difícil manejo para las familias.[38] Estos padecimientos incidieron en los tiempos de estancia ya que solo el 7% de las enfermas permanecieron menos de un año, el 20% entre 1 y 5 años y el 30% entre 6 y 11 años, con un 21% de altas.[39] Se calcula que entre 1846 y 1910, fecha de su cierre, La Canoa recibió alrededor de 4,000 niñas y mujeres adultas de entre 5 y 90 años de edad, pero lo preocupante fue que comenzó a sobrepoblarse a fines del siglo, de manera coincidente con un elevado crecimiento de la población de la ciudad de México por el desplazamiento de miles de personas de zonas rurales que se convirtieron en pobres urbanos.[40] En 1910, su capacidad estaba rebasada porque se había estimado que podía albergar a un máximo de 200 enfermas y aglutinaba a 418.[41]

En San Hipólito, la mayoría de los pacientes ingresados entre 1865 y 1894 fueron diagnosticados con alcoholismo y epilepsia (59%), en tercer y cuarto lugar se ubicó la lipemanía y la manía, en clara referencia a la nosología francesa. Entre los alcohólicos, el 30% murió en el hospital ya que llegaban con cuadros asociados como neumonía, erisipela, tifo, viruela o sífilis, lo cual explica lo corto de sus estancias, y del total de pacientes internados entre 1867 y 1910, 28% tuvieron un reingreso y 63% dos reingresos.[42] También en 1910, cuando se cerró el hospital, los 430 pacientes existentes habían rebasado su capacidad.[43]

Pero ¿qué significó para las familias que uno de sus miembros padeciera alguna de estas enfermedades? Una de las autoras que de manera pionera reivindicó el rol de las familias fue Prestwich, quien estudió el muy famoso hospital de Sainte-Anne en París por casi cuatro décadas entre fines del siglo XIX y principios del XX. Según su interpretación, en su mayoría las familias no fueron "usuarios pasivos" de los servicios médicos, ni los utilizaron para abandonar a sus parientes

[38] María Teresa Remartínez Martín, "Las familias como usuarias del Hospital de Mujeres Dementes en la ciudad de México, 1877-1910", tesis de doctorado en historia moderna y contemporánea, Instituto Mora, México, 2018, pp. 15, 72-89.
[39] Ibídem, p. 120-122.
[40] Ballenger, "Modernizing Madness", pp. 163-171, 175-178.
[41] Remartínez Martín, "Las familias como usuarias", pp. 30, 59.
[42] Patlán Martínez, "Las enfermedades mentales", pp. 210-211, 227-229; Ballenger, "Modernizing Madness", pp. 101-111.
[43] Ballenger, "Modernizing Madness", pp. 82-83.

2022. Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Históricas
http://www.historicas.unam.mx/publicaciones/publicadigital/libros/783/manicomios_instituciones.html

INSTITUTO
DE INVESTIGACIONES
HISTÓRICAS

o ejercer algún tipo de control o abuso. Tampoco acudieron a ellos como su primera opción sino cuando la situación se volvía desesperada, pero visitaban con frecuencia a sus familiares, se oponían a su traslado a hospitales más lejanos o exigían su salida contra la opinión médica si podían hacerse cargo de la convalecencia.[44] Los estudios sobre las razones para solicitar el ingreso en La Canoa y San Hipólito revelan que la mayor parte de los confinamientos no se originaron "desde arriba" sino "desde abajo", en el seno de la comunidad, y que las órdenes de internamiento más problemáticas para los médicos fueron las remisiones por orden de la autoridad. Para las familias, cuidar de un paciente perturbado podía ir más allá de su capacidad, por lo que llevarlo al hospital no debiera interpretarse como descuido o abandono. Tanto los parientes que pagaron por la estancia como quienes lo hicieron bajo un esquema de atención gratuita, no se lo tomaron a la ligera a juzgar por los documentos de admisión, que datan el origen de la enfermedad desde mucho antes del ingreso o por las peticiones de salida, sin que los médicos pudieran oponerse.[45] También se ha sostenido que la institución pudo dar confianza a las familias como espacio terapéutico y, aun pudiendo tener al paciente en casa, optaron por su ingreso hospitalario.[46]

A la luz de la historiografía existente, podemos calificar a estos hospitales como instituciones con propósitos curativos, donde la experiencia de cada paciente varió mucho dependiendo de su estatus económico, la naturaleza de la enfermedad y los motivos de su confinamiento, pero también de las condiciones sociales, políticas y económicas de ese momento. La evolución observada da cuenta de un proceso creciente de control por parte de la medicina frente a los agentes externos que interferían en la admisión y los tratamientos. Las autoridades de gobierno fueron las más reacias a someterse y reconocer la competencia de la psiquiatría para determinar la

[44] Patricia E. Prestwich, "Family strategies and medical power: 'voluntary' committal in a parisian asylum, 1876-1914", *Journal of Social History,* v. XXVII, n.º 4, pp. 799-818, 1994.
[45] Ballenger, "Modernizing Madness", p. 113-118, 175-182; véase también Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, Fondo Beneficencia Pública, Sección Establecimientos Hospitalarios, Serie Hospital del Divino Salvador, leg. 1, exp. 13.
[46] Remartínez Martín, "Las familias como usuarias", pp. 122-125.

2022. Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Históricas
http://www.historicas.unam.mx/publicaciones/publicadigital/libros/783/manicomios_instituciones.html

pertinencia de una orden de ingreso, pero las familias también defendieron sus intereses en función de los padecimientos de sus enfermos. En forma paralela a esta lucha por la medicalización de los hospitales, los médicos alienistas hicieron sentir la presencia de su especialidad en dos terrenos muy importantes: las publicaciones científicas y la discusión sobre la imperiosa necesidad de construir un nuevo manicomio. En el primer caso, alrededor de quinientos títulos vieron la luz a lo largo del siglo XIX repartidos en artículos, tesis de medicina y libros; en el segundo, a partir de las ideas europeas, francesas principalmente, pero también de la realidad local que enfrentaban, entre 1865 y 1910 se presentaron cinco proyectos de manicomio para la ciudad de México que coincidían en que la nueva institución debía reunir las condiciones propias de un "manicomio moral": aislamiento del enfermo, distribución en pabellones, amplios terrenos para la terapia ocupacional, agua abundante, luz y vientos que garantizaran la higiene.[47] La creencia en el alarmante crecimiento de la locura como producto de la civilización, la inapropiada ubicación de los antiguos hospitales en el centro de la ciudad y la imposibilidad de dividir a los enfermos en instituciones de por sí saturadas, dieron paso a un nuevo establecimiento. Sin embargo, el hecho de que al alienismo decimonónico le haya tomado varias décadas concretar un nuevo manicomio público también es revelador de su propia debilidad como gremio, que se verá obligado a fortalecer en la siguiente centuria. Paradójicamente, la inauguración del manicomio La Castañeda en 1910, que traería los avances de la ciencia, formó parte del programa político de legitimación de un gobierno que había caído en el descrédito –el del presidente Porfirio Díaz– y cuyo fin estaba muy próximo. Ese carácter político pudo hacer que quedara en el olvido la necesidad de contar con un reglamento, pues este se aprobó en 1913, tres años después de su apertura, mal presagio para una institución que debía controlar la admisión como parte indispensable de su proceso de medicalización.

[47] Morales Ramírez, "La apoteosis de la medicina", pp. 57-117 y Sacristán, "Los hospitales para dementes", pp. 15-29.

2022. Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Históricas
http://www.historicas.unam.mx/publicaciones/publicadigital/libros/783/manicomios_instituciones.html

INSTITUTO
DE INVESTIGACIONES
HISTÓRICAS

AUGE Y CAÍDA DEL MODELO ASILAR

Las generaciones de médicos que trabajaron en el manicomio La Castañeda entre 1910 y 1968 vivieron la transición de la clínica francesa a la nosología kraepeliniana, recurrieron a los tratamientos de choque de la "primera psiquiatría biológica" y atestiguaron la caída del modelo asilar, por lo que bajo este triple condicionamiento dieron importantes pasos en el proceso de profesionalización de la psiquiatría y del gremio. En esas décadas se publicó la *Revista Mexicana de Psiquiatría, Neurología y Medicina Legal* (1934), pionera en la especialidad, y se creó la primera asociación que logró larga vida, la *Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría* (1937), existente hasta hoy.[48] Pese a las grandes transformaciones en la clínica y la terapéutica psiquiátricas que tuvieron lugar en esas décadas, la dinámica cotidiana de La Castañeda y sus procesos de medicalización estuvieron determinados sobre todo por los pacientes: su elevadísimo número y las enfermedades que les fueron diagnosticadas. De ahí derivaron las estrategias de los médicos para los procedimientos de admisión y alta –donde la consulta externa tuvo un papel protagónico–, y la política de atención que se bifurcó en "tratamientos innovadores" para los agudos y paliativos para los crónicos. La indiferencia de las autoridades también fue la nota dominante en este periodo, aunque nadie lo habría vaticinado por la gran inversión pública que representó su construcción.

Así, sobre un enorme terreno perteneciente a la antigua Hacienda de La Castañeda, en la periferia de la ciudad de México, se levantaron 25 edificios que a lo largo de seis décadas albergaron a más de 60.000 pacientes, forjaron un manicomio de dimensiones monumentales y

[48] A fines de los años cuarenta se quiso introducir la clasificación de la Asociación Psiquiátrica Americana, pero sin mucho éxito, Programa inicial de actividades de la Dirección de Asistencia Neuropsiquiátrica, por el Dr. Samuel Ramírez Moreno, Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, Fondo Manicomio General, Sección Administrativa, caja 47, exp. 1, 1947-1949. En 1907 se fundó la Sociedad de Estudios Psicológicos, "sin lograr que sobreviviera por mucho tiempo", Guillermo Calderón-Narváez, "Sección de Historia y Filosofía de la Medicina. Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría. Orígenes y panorama histórico", *Revista de Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, no. especial, pp. 19, 1994-2001.

2022. Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Históricas
http://www.historicas.unam.mx/publicaciones/publicadigital/libros/783/manicomios_instituciones.html

uno de los proyectos arquitectónicos más ambiciosos de su época,[49] como se puede apreciar en la figura 1.

Pese a tales pretensiones, la división inicial que lo configuró en 1910 fue un reflejo nítido de las jerarquías de la propia sociedad mexicana: libres y reos (condición jurídica), pensionistas e indigentes (condición económica), hombres y mujeres (condición de género).[50] Ya desde esta primera nomenclatura se incubaron algunos problemas que los médicos directores fueron documentando a lo largo de los años y que procuraron resolver: la obligación de recibir pacientes procedentes de las cárceles y los juzgados –con o sin sentencia– en una institución carente de las mínimas medidas de seguridad y la permanente negativa de las autoridades a establecer anexos psiquiátricos en las prisiones para liberar al manicomio de reos presuntamente peligrosos;[51] el oprobioso nombre de indigente para quienes eran recibidos sin costo alguno y que tardó mucho tiempo en eliminarse; la falta de un alojamiento especial para los niños hasta que se construyó un pabellón exprofeso, ya que la separación inicial en hombres y mujeres no contempló este espacio; la inadmisible petición de las autoridades de salud de considerar jurídicamente incapaces a todos los enfermos que ingresaran bajo la condición de libres, y un largo etcétera.[52] Los primeros nombres de los pabellones, con resabios decimonónicos, se fueron sofisticando producto de la

[49] Marisa Valdés Fernández, "La salud mental en el Porfiriato. La construcción de La Castañeda", tesis de licenciatura en historia, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad Nacional Autónoma de México, 1995.

[50] Cristina Rivera-Garza, "Por la salud mental de la nación: vida cotidiana y Estado en el Manicomio General de La Castañeda, México 1910-1930", *Secuencia. Revista de historia y ciencias sociales*, n.º 51, pp. 73, 2001.

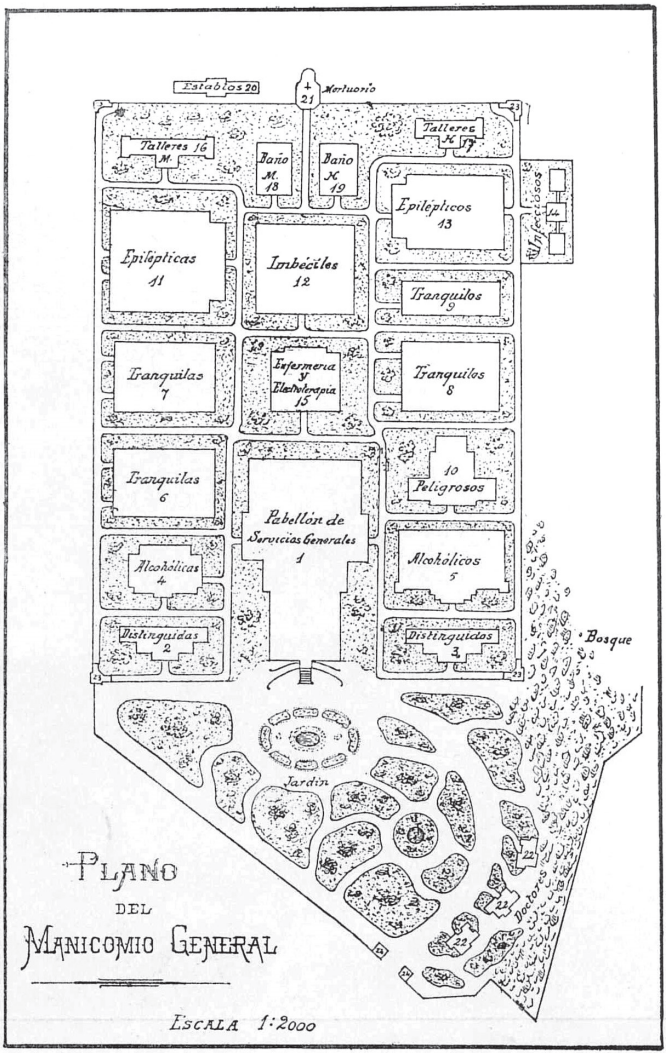
[51] En 1919, en un afán de profesionalizar la práctica psiquiátrica, el director de La Castañeda pidió a la Beneficencia Pública que, "persistiendo en el propósito de darle el carácter de hospital exclusivamente para enfermos mentales", comunicara al Gobierno del Distrito "que para lo sucesivo no se emplee este establecimiento para asilar a reos sospechosos de padecimientos mentales sino que se establezca un departamento especial en la Penitenciaría donde sean observados por un médico alienista", lo que no se logró, Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, Fondo Beneficencia Pública, Sección Establecimientos Hospitalarios, Serie Manicomio General, leg. 9, exp. 10, 1919. Todavía en 1943 persistía la demanda de construir un "psiquiátrico penal", Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, Fondo Beneficencia Pública, Sección Establecimientos Hospitalarios, Serie Manicomio General, leg. 43, exp. 4, 1943.

[52] Sacristán, "La contribución de La Castañeda".

2022. Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Históricas
http://www.historicas.unam.mx/publicaciones/publicadigital/libros/783/manicomios_instituciones.html

INSTITUTO
DE INVESTIGACIONES
HISTÓRICAS

Figura 1. Plano de La Castañeda, donde se aprecia la disposición en tres ejes y las áreas verdes que lo rodeaban, 1910.



Fuente: Genaro Garcia, *Crónica oficial de las fiestas del primer centenario de la Independencia de México,* México, Talleres del Museo Nacional, 1911, p. 111

2022. Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Históricas
http://www.historicas.unam.mx/publicaciones/publicadigital/libros/783/manicomios_instituciones.html

especialización: apelativos como *Tranquilos*, *Imbéciles*, *Epilépticos*, *Alcohólicos*, *Infecciosos* y *Peligrosos,* se transformaron, no siempre con buen tino, en *Neurosífilis*, *Oligofrénicos*, *Toxicómanos*, *Reos y Agitados, Psiquiatría Infantil,* pero más allá de estas etiquetas, ¿qué realidad poblacional escondían?

Con una capacidad de 1.300 camas,[53] la institución se mantuvo por debajo de ella durante sus primeros diez años (1910-1920) a causa del estallido revolucionario que vivió México y que afectó a la capital con hambrunas y epidemias, siendo el descenso en el número de nuevos ingresos la nota dominante durante esa década. A partir de 1920, en plena fase de reconstrucción nacional tras la guerra, la población se fue incrementando a un ritmo moderado hasta que hacia 1930 aparecieron los primeros signos de alarma, pero fue en 1944 cuando se alcanzó la cifra récord de 3.414 pacientes (casi el triple del cupo original), año en que los nuevos ingresos llegaron un máximo histórico de 1.663 frente al mínimo de 384 que tuvo lugar en 1915. A partir de 1945, por distintas razones que iremos viendo, las cifras se estabilizaron poniendo freno a la tendencia ascendente, aunque en niveles bastante altos, de entre 1.200 y 1.600 nuevas admisiones cada año, como se puede apreciar en la gráfica 1.

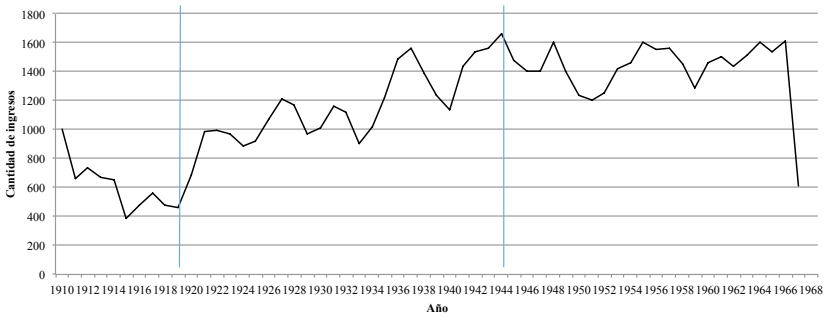
Cabe preguntarse, qué postura asumieron los médicos ante las crecientes cifras, sobre todo en los momentos más complicados por la saturación de pacientes. Además de remodelar, ampliar y fundar nuevos pabellones, exigir la construcción de un manicomio para mujeres y concretar la apertura de algunos hospitales-granja para crónicos,[54] es claro que urdieron alguna estrategia de contención para que la institución no se viera absolutamente desbordada ya que los nuevos ingresos y los egresos dibujan curvas muy similares, como puede verse en la gráfica 2.

[53] Desde su construcción, se contempló que la capacidad original de 1,300 camas pudiera ampliarse a 2,000, Valdés Fernández, "La salud mental en el Porfiriato", p. 135-144.
[54] Sacristán, "La contribución de La Castañeda".

2022. Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Históricas
http://www.historicas.unam.mx/publicaciones/publicadigital/libros/783/manicomios_instituciones.html

INSTITUTO
DE INVESTIGACIONES
HISTÓRICAS

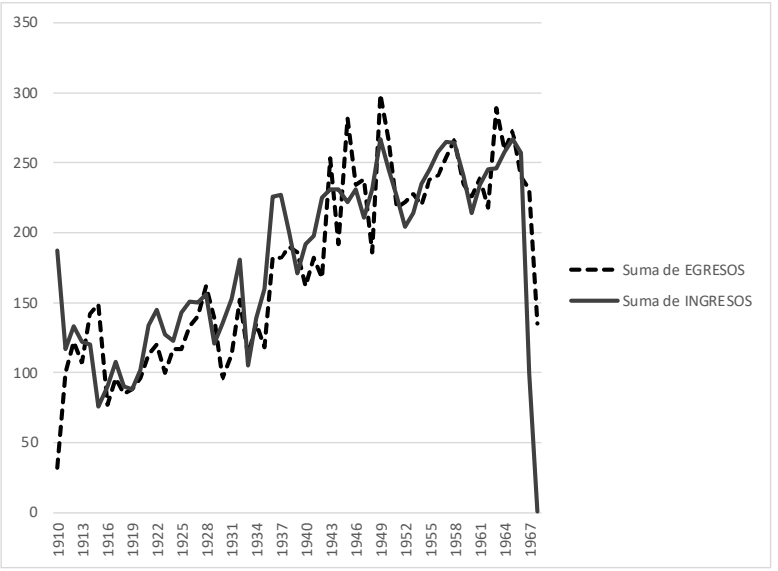
Gráfica 1. Cantidad de pacientes que ingresaron al Manicomio La Castañeda, 1910-1968



Fuente: Andrés Ríos Molina, Cristina Sacristán, Teresa Ordorika Sacristán y Ximena López Carrillo, "Los pacientes del Manicomio La Castañeda y sus diagnósticos. Una propuesta desde la historia cuantitativa (México, 1910-1968)", *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia,* v. 68, n.º 1, 2016, p. 4-5

2022. Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Históricas
http://www.historicas.unam.mx/publicaciones/publicadigital/libros/783/manicomios_instituciones.html

Gráfica 2. Ingresos y egresos en el
Manicomio La Castañeda, 1910-1968 (n=10,641)



Fuente: BD-PAPIIT[55]

Una mirada más detallada revela que los egresos estuvieron por encima de los ingresos en tan solo tres momentos. El primero de ellos corresponde a los años 1914-1915, los más duros para la ciudad de México durante el conflicto bélico mencionado. Estos egresos se vieron impactados por la alta mortandad, ya que mientras para

[55] Con las iniciales BD-PAPIIT nos referimos a una base de datos levantada en el marco del proyecto "Análisis cuantitativo de la población psiquiátrica del Manicomio General La Castañeda, 1910-1968", dirigido por Andrés Ríos Molina. Fue elaborada a partir de una muestra aleatoria del 20% del total de la población que ingresó por primera vez entre 1910 y 1968. Una vez que se eliminaron los registros sin diagnóstico (257 casos), los que recibieron más de un diagnóstico al momento del primer ingreso (1,361 casos) y aquellos cuyo diagnóstico no fue una enfermedad psiquiátrica (42 casos), la muestra original de 12,296 registros se redujo a 10.641. por lo que la base de datos conserva el 86,5% de la muestra original. En todos los casos donde se presenta el resultado en promedios, se eliminaron los datos atípicos o *outliers*, con el fin de no distorsionar la media.

2022. Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Históricas
http://www.historicas.unam.mx/publicaciones/publicadigital/libros/783/manicomios_instituciones.html

el periodo 1910-1968, la mortalidad en La Castañeda fue de 24.2%, durante los años 1910-1920 se elevó a 39.52%, como puede verse en la tabla 1.

Tabla 1. Mortalidad de pacientes en el Manicomio La Castañeda, 1910-1968 (n=10,641)

Años	%
1910-1968	24.20
1910-1920	39.52
1921-1931	29.89
1932-1944	34.56
1945-1959	20.03
1960-1968	11.32

Fuente: BD-PAPIIT

El segundo momento donde las salidas de pacientes superaron el arribo de nuevos enfermos fueron los años alrededor de 1945, hecho que podemos atribuir a la apertura de la primera Granja para crónicos donde fueron trasladados 400 pacientes del sexo masculino, como parte de la política para aliviar a la congestionada institución.[56] Finalmente, durante los años que van de 1963 a 1968, previos al cierre de La Castañeda, las salidas de enfermos también estuvieron por encima de los ingresos a causa del proceso que anticipaba su desmantelamiento; en este caso, las altas se incrementaron por la reubicación de pacientes en nuevas instalaciones y, en ocasiones, con sus familias. El brusco descenso en la mortalidad, que para el periodo 1960-1968 se ubicó en 11,32%, también podemos atribuirlo a las altas por traslados, aunque desde 1945 la tendencia en la mortalidad fue a la baja. De manera que los años más críticos en cuanto al crecimiento de nuevos ingresos y la elevada mortalidad debieron

[56] Actas de las sesiones del Consejo Psiquiátrico de Toxicomanías e Higiene Mental, Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, Fondo Manicomio General, Sección Administrativa, leg. 48, exp. 2, actas 2, 4, 5 y 32, 1944-1945. Véase también Cristina Sacristán, "Reformando la asistencia psiquiátrica en México. La Granja de San Pedro del Monte: los primeros años de una institución modelo, 1945-1948", *Salud Mental. Revista del Instituto Nacional de Psiquiatría,* v. 26, n.º 3, pp. 57-65, 2003.

2022. Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Históricas
http://www.historicas.unam.mx/publicaciones/publicadigital/libros/783/manicomios_instituciones.html

transcurrir entre 1932 y 1944, precisamente cuando el manicomio recibió el golpeteo de la opinión pública por su escasa credibilidad científica.[57] Notas periodísticas exhibieron una institución tocada por la corrupción, el exceso de pacientes, la falta de médicos y, en general, por las malas condiciones de higiene y alimentación.[58] De hecho, el propio cuerpo directivo de La Castañeda advirtió hacia el final de sus días que "el sobrecupo de la institución" no había permitido "elevar su nivel científico y social" a causa de tres factores: un exceso de demanda nutrido por la población más pobre de la capital y de gran parte del país, su condición de institución pública que le impidió rechazar nuevas admisiones y un considerable número de crónicos con largas estancias y cuidados psiquiátricos prolongados.[59] En efecto, el también llamado "Manicomio General" hizo las veces de manicomio nacional pues de cada tres pacientes que recibió entre 1910 y 1968, dos habían nacido fuera de la capital (en los diferentes estados del país y en el extranjero), producto de la intensa migración que recibió la ciudad de México;[60] también dos de cada tres fueron reclasificados como crónicos entre 1966 y 1967 cuando se planeó el

[57] En un artículo escrito en 1934 por quien fuera director de La Castañeda en ese momento, Alfonso Millán, afirmó que antes de la reforma médico-administrativa iniciada en 1932, para la mayor parte de la población, la psiquiatría carecía del estatus científico propio de las otras ramas de la medicina y el manicomio era visto "como un simple lugar de reclusión", Alfonso Millán, "Radical transformación en el Manicomio General de Mixcoac", *Asistencia. Órgano oficial de la Beneficencia Pública en el D.F.*, año I, n.º 1, 15 agosto de 1934.

[58] "Yo estuve en el Manicomio", *Hoy*, 24 de mayo y 14 de junio de 1941. Un análisis de la campaña desplegada por el manicomio para limpiar su imagen pública en Cristina Sacristán, "'La Locópolis de Mixcoac' en una encrucijada política. Reforma psiquiátrica y opinión pública, 1929-1933", en Cristina Sacristán y Pablo Piccato, (coords.), *Actores, espacios y debates en la historia de la esfera pública en la ciudad de México.* México, Instituto Mora, Instituto de Investigaciones Históricas de la UNAM, 2005, p. 199-232.

[59] José Luis Patiño Rojas e Ignacio Sierra Macedo, "Cincuenta años de psiquiatría en el Manicomio General", Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, Fondo Manicomio General, Sección Administrativa, caja 56, exp. 6, 12 f., 1960. Este documento es un diagnóstico realizado con motivo del 50 Aniversario de La Castañeda por dos médicos muy experimentados, con más de 20 años de labor en el Manicomio donde se desempeñaron como director y subdirector respectivamente.

[60] La población de la Ciudad de México se quintuplicó entre 1910 y 1960, pasando de 720.753 a 4.870.876 habitantes, en parte a consecuencia de la migración, Ríos Molina *et al.*, "Los pacientes del Manicomio La Castañeda", pp. 6-7.

2022. Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Históricas
http://www.historicas.unam.mx/publicaciones/publicadigital/libros/783/manicomios_instituciones.html

INSTITUTO
DE INVESTIGACIONES
HISTÓRICAS

cierre de la institución, para proceder a su traslado;[61] y el "gran problema de la acumulación de enfermos", en ese crítico año de 1944, llevó a afirmaciones tan graves como sostener que el manicomio era "un almacén de enfermos mentales" o a pensar en poner "un letrero en el que se diga que no se puede admitir un solo enfermo más".[62]

Frente a tal estado de cosas, los médicos directores se vieron obligados a bajar "la presión de los números",[63] y lo hicieron tomando medidas que demostraran su competencia científica, no solo con la perspectiva de mejorar la asistencia a los enfermos, sino con la mira puesta en recuperar la legitimidad perdida. Sin embargo, un desafío de esta naturaleza exhibió las contradicciones de la institución y el complejo entramado de actores que la constituían dejando ver la indiferencia de las autoridades de salud, la tensión entre el doble rol de la psiquiatría de atender enfermos y proteger a la sociedad de personas consideradas peligrosas, y la necesaria colaboración de las familias en los procesos de reinserción de los pacientes. Así la interacción entre médicos, familias, pacientes y autoridades externas a la institución abonaron y obstruyeron la medicalización al mismo tiempo.

Por ello, entre 1932 y 1933 Manuel Guevara Oropeza –dos veces director del manicomio– encabezó una reforma médico-administrativa que contempló cambios en los procesos de admisión y alta, la apertura del primer consultorio de psiquiatría para atención ambulatoria y la creación del llamado Pabellón Central, una unidad de diagnóstico que centralizó los mejores recursos humanos y materiales de la institución para dirigirlos, en plena oleada de las terapias biológicas, al tratamiento de los agudos, al tiempo que para los crónicos se previó la terapia ocupacional y la apertura de hospitales-granjas en el campo.

---

[61] Eliminando a los niños, de los que no tenemos información sobre su cronicidad, de los 2.750 pacientes que habrían de ser trasladados entre 1966 y 1968, 950 fueron considerados agudos y 1.800 crónicos, Guillermo Calderón Narváez, "Testimonio de trabajo en la Operación Castañeda", *Psiquis*, v. 4, n.º 3, p. 41, 1995.

[62] Estas afirmaciones fueron vertidas en las sesiones del Consejo Psiquiátrico de Toxicomanías e Higiene Mental por los médicos que dirigían la institución, Actas. Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, Fondo Manicomio General, Sección Administrativa, Caja 48, exp. 2, 102 f., 1944-1945.

[63] Esta expresión es de Edward Shorter, *A History of Psychiatry. From the Era of the Asylum to the Age of Prozac,* New York, John Wiley & Sons, Inc., 1997, p. 34.

2022. Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Históricas
http://www.historicas.unam.mx/publicaciones/publicadigital/libros/783/manicomios_instituciones.html

Como ya vimos, la negativa de diversas autoridades a acatar el procedimiento de admisión en lo tocante a la presentación del certificado médico, fue uno de los problemas que de manera recurrente enfrentaron los hospitales de San Hipólito y La Canoa y que colocó a la incipiente psiquiatría en una posición de subordinación, pese a los esfuerzos por demostrar su pericia científica. El reglamento de La Castañeda aprobado en 1913, y su modificación en 1931, también reiteró que las autoridades remitieran a los enfermos con el certificado médico correspondiente. De acuerdo con esta normativa, "las personas que sufran de cualquiera forma de enfermedad mental", podían ser admitidas por orden de las autoridades, por solicitud de la familia, de los amigos más cercanos, del tutor legal y por el "enfermo mismo, cuando su juicio se conservara lo bastante para solicitar él mismo ser admitido". Salvo en este último caso, donde bastaba la firma del paciente y la de dos testigos, en todos los restantes era indispensable un certificado médico que expresara "el estado de la enfermedad", al menos con "los síntomas más salientes, principalmente los defectos de conducta y la falta de adaptación al medio social". Además, este certificado debía consignar la necesidad de la internación para su tratamiento e ir firmado por dos médicos con una vigencia de quince días (también se aceptaban dos certificados firmados por médicos distintos). En caso de urgencia, el paciente podía ser admitido sin certificado bajo la responsabilidad del médico de guardia, quien lo extendería después junto con uno de los médicos internos; en todos los supuestos anteriores, los enfermos ingresaban "condicionalmente en *observación*".[64] Con estas medidas, las admisiones quedaban plenamente justificadas desde la perspectiva científica y protegían a los médicos de retenciones indebidas a falta de una "ley general de alienados" que nunca se concretó.

Si bien este reglamento mantenía un control médico importante en la admisión, en los hechos el manicomio no logró que las

[64] Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, Fondo Beneficencia Pública, Sección Establecimientos Hospitalarios, Serie Manicomio General, leg. 3, exp. 25, 69 f., 1913, arts. 10-15; Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, Fondo Beneficencia Pública, Sección Establecimientos Hospitalarios, Serie Manicomio General, leg. 16, exp. 9, 83 f., 1931. arts. 9-14.

2022. Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Históricas
http://www.historicas.unam.mx/publicaciones/publicadigital/libros/783/manicomios_instituciones.html

autoridades públicas remitieran a los pacientes con el certificado. Las quejas sobre enfermos que llegaban sin "presentar perturbaciones mentales", sin comprobar plenamente "sus reacciones antisociales" o su incapacidad para vivir en el "medio familiar", fueron constantes a lo largo de los años y motivo de confrontación. Así, en 1931, el director de La Castañeda se dirigió a la Beneficencia Pública, de la que dependía el manicomio, para solicitar la suspensión de las admisiones porque la situación era insostenible. Con casi dos mil pacientes, cuya tercera parte dormía "en el suelo", propuso cancelar los nuevos ingresos hasta ampliar el establecimiento con más pabellones, pero tal medida fue rechazada.[65] Por tratarse de una institución que dependía de los recursos públicos y carente de autonomía, las instrucciones de arriba podían discutirse, pero debían acatarse.[66] En esa ocasión, el nivel de rispidez fue de tal calado que el director Samuel Ramírez Moreno terminó por abandonar la dirección de La Castañeda, no sin antes dejar bien asentado en un periódico de la capital que en el manicomio se violaba el reglamento.[67] Más allá de este hecho, que podríamos considerar anecdótico, lo cierto es que las órdenes de ingreso procedentes de las autoridades de salud tuvieron un gran impacto por el elevado porcentaje de admisiones que representaban. Si consideramos el total de pacientes de nuevo ingreso entre 1910 y 1968, el 26,6% fueron remitidos por instituciones públicas de asistencia como asilos, casas hogar, hospicios, y por las autoridades de salud de las que dependía el manicomio; el 13,5% por instancias de seguridad como la policía, cárceles, escuelas correccionales o el Tribunal para Menores Infractores; y el 10,5% por autoridades de gobierno, lo que hace una suma de 50,6%, es

[65] Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, Fondo Beneficencia Pública, Sección Establecimientos Hospitalarios, Serie Manicomio General, leg. 9, exp. 12; leg. 47, exp. 7; leg. 17, exps. 3 y 7.

[66] Desde su fundación, el Manicomio dependió de la Beneficencia Pública, adscrita a la Secretaría de Gobernación, responsable de los nombramientos del personal médico y administrativo y con la facultad de enviar inspectores en cualquier momento, Rivera-Garza, "Por la salud mental", p. 63. Después de 1938 La Castañeda dependió de la Secretaría de Asistencia Pública y a partir de 1943 de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, instituciones del gobierno federal.

[67] Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, Fondo Beneficencia Pública, Sección Establecimientos Hospitalarios, Serie Manicomio General, leg. 20, exp. 12.

2022. Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Históricas
http://www.historicas.unam.mx/publicaciones/publicadigital/libros/783/manicomios_instituciones.html

decir, que la mitad de las órdenes de ingreso llegaron por conducto de alguna autoridad. Si bien en muchos casos las familias pobres se acercaban a distintas instancias públicas para que les emitieran gratuitamente los certificados médicos, y ello pudo distorsionar el número de pacientes que se registraron como remitidos por estas,[68] fue un motivo constante de preocupación que los médicos carecieran de la fuerza suficiente para exigir el cumplimiento de las normas en un porcentaje tan alto de admisiones y que las propias autoridades no tuvieran el menor empacho en marginar una ciencia que esperaba contar con su respaldo. Lo que sí lograron los médicos, con el paso de los años, fueron ampliaciones muy importantes en la capacidad del manicomio con la creación de nuevos pabellones, instalación de talleres para terapia ocupacional y adquisición de equipos de diagnóstico, como se verá enseguida.

Respecto a las altas, el reglamento de la institución resultaba mucho más laxo ya que estas podían producirse por curación, por solicitud de "parientes, familias, o personas" responsables de los enfermos sin estar "aliviados", por petición de los pacientes cuando no hubieran ingresado "en calidad de presos", no fueran peligrosos o cuando el médico del pabellón no tenga "inconveniente en darles de alta", y por orden de la autoridad, incluso aunque fueran peligrosos. El manicomio también concedía salidas temporales "por unas horas o varios días acompañados de personas de su familia" o "de la confianza del establecimiento". Además, como desde su fundación mantuvo "el doble carácter de Hospital y Asilo", quienes tras la curación se encontrasen "abandonados" o corriendo "peligro evidente de recaer si vuelven a la vida social", podían quedarse "en calidad de asilados a la manera de los incurables", siempre que no fueran "nocivos" y desempeñaran "empleos de poca categoría en el Manicomio".[69] En los hechos, también sabemos que los pacientes salieron por fuga, por no regresar del permiso temporal, por traslado a otra institución y, desde luego, por muerte.

[68] Ríos Molina *et al.*, "Los pacientes del Manicomio", p. 7.
[69] Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, Fondo Beneficencia Pública, Sección Establecimientos Hospitalarios, Serie Manicomio General, leg. 3, exp. 25, arts. 2, 10, 36, 38, 42, 43.

2022. Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Históricas
http://www.historicas.unam.mx/publicaciones/publicadigital/libros/783/manicomios_instituciones.html

Si en los procesos de admisión, el control médico tuvo que lidiar con las autoridades de salud y en buena medida fracasó, podríamos pensar que en las altas el enfrentamiento se dio con las familias ya que cuando el manicomio consideraba que un enfermo podía salir de la institución, el primer paso era contactar a los parientes o responsables. En efecto así ocurrió, las familias jugaron un rol decisivo al momento de ser notificadas de la inminente alta de su paciente, pero sorprendentemente los médicos tampoco tuvieron el apoyo de sus superiores cuando les pidieron su consentimiento para rechazar las peticiones de los familiares que se negaban a recibir a los enfermos.[70] Incluso la apertura de la consulta externa, ideada para no hospitalizar a quienes pudieran "hacer una vida cercana a la normal" mediante la atención ambulatoria, dar seguimiento extramuros a los pacientes dados de alta para evitar una recaída y extender el certificado de internamiento para los restantes, fue juzgada por las autoridades como una medida insuficiente para abatir la saturación del manicomio.[71]

Así, en 1933, el director Guevara Oropeza fue recriminado por no haber logrado "las altas acordadas para disminuir la sobrepoblación"; ante ello, explicó la complejidad que suponía reintegrar a un paciente a la vida social ya que "los familiares se rehúsan terminantemente a admitirlo en su domicilio, o han desaparecido" y dado que "estas altas corresponden en su mayoría a enfermos que no están curados totalmente sino simplemente mejorados y en condiciones de vivir en el medio familiar", al "no haber personas que los recojan, no pueden hacer frente a su situación y en breve tiempo son reingresados por las Autoridades Judiciales".[72] El director señalaba con toda claridad que su ciencia requería la participación de las familias pues, a falta de una cura definitiva, los pacientes podían salir por mejoría o remisión, condiciones que podían convertirse en recaídas y reingresos ante la

[70] Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, Fondo Beneficencia Pública, Sección Establecimientos Hospitalarios, Serie Manicomio General, leg. 17, exp. 3.
[71] Datos proporcionados por el Manicomio para los informes presidenciales, Archivo Histórico de la Secretaría de Salubridad, Fondo Manicomio General, Sección Administrativa, caja 34, exp. 4, 196 f., 1937-1965; "Sección de psiquiatría en el Consultorio no. 1", *Asistencia, año.* 1, n.º 7, pp. 28-29, 1935.
[72] Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, Fondo Manicomio General, Sección Administrativa, leg. 10, exp. 15.

2022. Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Históricas
http://www.historicas.unam.mx/publicaciones/publicadigital/libros/783/manicomios_instituciones.html

ausencia del respaldo familiar. Sin embargo, la incredulidad llevó a la Beneficencia Pública a enviar a La Castañeda a un inspector que confirmó el dicho del director, seguramente bastante molesto por la desconfianza de las autoridades de salud en su gestión por desahogar de pacientes a la institución. En palabras del inspector, las razones esgrimidas por las familias para rechazar el regreso de los enfermos eran "sus aflictivas condiciones económicas y el temor de una recaída en el enfermo",[73] asuntos no menores si pensamos que a partir de 1932 el 94% de los pacientes ingresó bajo la condición de "indigente", por lo que su estancia hospitalaria gratuita pudo ser un alivio para las economías familiares y su retorno un gasto inesperado.[74] Por otro lado, también sabemos que la mitad de los pacientes eran solteros (54,6%) y en un elevado porcentaje nacidos fuera de la ciudad de México (65,6%), condición que pudo hacerlos más vulnerables.[75] El temor a las recaídas tampoco habría que desdeñarlo tratándose de patologías psiquiátricas que en ese momento cubrían un espectro muy amplio, y que de ninguna manera resultaban de fácil manejo para las familias: la esquizofrenia y otras psicosis representaron el 29,4% de los diagnósticos, alcoholismo y toxicomanías el 23,2%, las diversas formas de epilepsia el 12,9%, y la sífilis el 9,4%, cuya evolución conducía a la parálisis general progresiva, entre otras.[76]

Aunque los reingresos en La Castañeda representan una cifra baja, el 20,3%, esto significa que uno de cada cinco pacientes fue readmitido tras haber recibido el alta, pero no sabemos cuántos de los que recayeron permanecieron con la familia.[77] De hecho, previendo la negativa de los parientes a mantenerlos consigo, las autoridades del manicomio establecieron la consigna de externarlos y si en un lapso de un mes daban signos de alguna recaída admitirlos "sin ninguna dificultad", lo que pareció, según el inspector ya mencionado, "dar

[73] Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, Fondo Beneficencia Pública, Sección Establecimientos Hospitalarios, Serie Manicomio General, leg. 22, exp. 4.
[74] Entre 1910 y 1931 el porcentaje de ingresos bajo la calidad de indigentes fue de 87%. Fuente: BD-PAPIIT.
[75] Ríos Molina *et al.*, "Los pacientes del Manicomio", pp. 6-7.
[76] Ibídem, p. 18.
[77] Sacristán, "Curar y custodiar", p. 7.

2022. Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Históricas
http://www.historicas.unam.mx/publicaciones/publicadigital/libros/783/manicomios_instituciones.html

buenos resultados, ya que los familiares no se rehúsan tan decididamente a llevarse a sus enfermos".[78]

Si bien los psiquiatras se quejaron de la dificultad para encontrar a las familias y lograr que aceptaran de regreso a sus parientes, lo cierto es que ellas contribuyeron de manera muy poderosa a bajar la "presión de los números" y a la medicalización de la institución pues, como se dijo en un inicio, la historiografía ha asociado la sobrepoblación y las altas tasas de incurabilidad con el carácter custodial de los manicomios; también los propios directivos de La Castañeda pensaron que se habría podido "elevar su nivel científico y social" de no haber tenido que lidiar con "el sobrecupo", como ya se dijo. Aunque no tenemos la seguridad de que la consulta externa haya logrado el objetivo de reducir el número de hospitalizaciones y disminuir los reingresos mediante un seguimiento ambulatorio a los enfermos dados de alta,[79] sabemos que más del 60% de los pacientes salió del manicomio gracias al apoyo de las familias: el 29,4% por solicitud directa de estas, el 19,9% por indicación médica, pero contando con la anuencia de algún pariente o responsable que aceptó el retorno del enfermo; el 12,3% no regresó del permiso temporal concedido, obviamente con cargo a algún familiar o responsable, y finalmente, un 5,7% se fugó y acaso buscó refugio con su familia.[80] Por otro lado, la política de abrir consultorios continuó en las siguientes décadas y en un proyecto de reglamento de admisión de 1944, la decisión del reingreso de un paciente debía tomarse en el marco de la consulta externa en un proceso de negociación con la familia que lo solicitaba.[81]

---

[78] Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, Fondo Beneficencia Pública, Sección Establecimientos Hospitalarios, Serie Manicomio General, leg. 22, exp. 4.

[79] En 1960 los archivos de la consulta externa resguardaban 1,485 expedientes, pero no existe en los fondos del manicomio uno que corresponda exclusivamente a la consulta externa, Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, Fondo Manicomio General, Sección Administrativa, caja 53, exp. 3.

[80] Ríos Molina *et al.*, "Los pacientes del Manicomio", p. 7.

[81] María Teresa Remartínez Martín, "Egreso de pacientes del Manicomio La Castañeda (1929-1958), ¿un problema familiar?", *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia,* v. 73, n.º 1, 2021.

2022. Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Históricas
http://www.historicas.unam.mx/publicaciones/publicadigital/libros/783/manicomios_instituciones.html

Aunque con la reforma de 1932 desapareció la categoría de "asilado",[82] y se estableció "el certificado de 72 horas" para observar al paciente durante ese lapso antes de ratificar la orden de internamiento y ser transferido al pabellón correspondiente,[83] cinco años después, el director Alfonso Millán puso el dedo en la llaga al exhortar a los médicos a "una revisión de *infinidad* de casos crónicos, de enfermos asilados durante muchos años, muchos de los cuales seguramente no han sido detenidamente estudiados, dictaminando, dadas las necesidades actuales, si persiste indefinidamente la necesidad del internamiento, o están en condiciones de causar alta".[84] Sabemos que la carencia de médicos fue un problema serio, pero también que en ocasiones ellos mismos se negaron a dar el alta, sobre todo cuando nuevos tratamientos parecían infundir mayores esperanzas de recuperación. Así, a fines de los años cincuenta, cuando el modelo asilar expiraba, se conservan testimonios de médicos que limitaron los permisos y las salidas por petición familiar aduciendo lo pernicioso de interrumpir de manera precipitada el tratamiento y, en caso de concederlo, se pedía a los familiares "una responsiva médica" para que un facultativo se hiciera cargo del enfermo en su domicilio y no abandonara la medicación.[85]

Ahora bien, como ya se dijo, además de establecer la política de disminuir los ingresos e incentivar las altas, a partir de 1932 se creó el llamado Pabellón Central, un dominio exclusivo de la medicina donde se reunió el mayor arsenal científico disponible en ese momento, común a otros manicomios de la época, para el diagnóstico y tratamiento, particularmente de los agudos. Dividido en varias secciones, contó con las áreas de radiología, electroencefalografía, psicometría y psicodiagnóstico, oftalmología, electropirexia, electroshock, cirugía y neurocirugía donde, según los padecimientos, los enfermos seguían

[82] Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, Fondo Beneficencia Pública, Sección Establecimientos Hospitalarios, Serie Manicomio General, leg. 4, exp. 14.
[83] Indicaciones para que a los enfermos de nuevo ingreso se les practique un examen médico y se remita a la Dirección, para justificar su internamiento, Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, Fondo Manicomio General, Sección Administrativa, caja 4, exp. 10, 8 f., 1932-1933.
[84] Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, Fondo Manicomio General, Sección Administrativa, leg. 5, exp. 2. El subrayado es nuestro.
[85] Remartínez Martín, "Egreso de pacientes".

2022. Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Históricas
http://www.historicas.unam.mx/publicaciones/publicadigital/libros/783/manicomios_instituciones.html

INSTITUTO
DE INVESTIGACIONES
HISTÓRICAS

tratamientos de choque (como el electroshock y el coma insulínico), quirúrgicos y farmacológicos.[86] El Pabellón Central abonaba a la medicalización y a los deseos de transformar el manicomio en un auténtico hospital psiquiátrico destinado únicamente a los agudos con el fin de trasladar a los crónicos a Granjas campestres. No en vano en 1947 pasó a llamarse oficialmente Instituto Neuropsiquiátrico Nacional,[87] término poco afortunado que no pudo luchar contra la inercia del pasado. No obstante, en 1953 el Pabellón Central fue motivo de elogios por constituirse en una "unidad de tratamiento para agudos" y, hasta donde sabemos, siguió vigente durante toda la vida de La Castañeda.[88]

El manicomio, al alinearse con este tipo de tratamientos basados en un modelo somático de la causalidad de las enfermedades mentales, que le dieron a la psiquiatría una orientación organicista y la colocaron a la par de otras especialidades médicas, se sumó a la tendencia típica de muchos manicomios durante la primera mitad del siglo XX. Estas nuevas terapéuticas fueron recibidas con mucho entusiasmo y aceptación por los psiquiatras ya que parecían la solución para que los hospitales abandonaran el custodialismo. Sin embargo, por hallarse en fase experimental, la evidencia empírica sobre cómo operaban era muy débil, por lo que se aplicaron de forma casi indiscriminada y bajo condiciones de alto riesgo para la vida de los pacientes, siendo abandonadas en su mayoría con la introducción de la farmacología hacia los años cincuenta.[89] La medicalización alcanzada no logró, sin embargo, erradicar la cronificación de algunos enfermos con padecimientos de muy larga evolución. Cuando en 1965 se tomó la decisión de cerrar el manicomio, se encomendó a un comité de

[86] Plan y reglamento del Pabellón Central del Manicomio, Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, Fondo Manicomio General, Sección Administrativa, caja 20, exp. 13, 1944.
[87] Programa inicial de actividades de la Dirección de Asistencia Neuropsiquiátrica, por el Dr. Samuel Ramírez Moreno, Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, Fondo Manicomio General, Sección Administrativa, caja 47, exp. 1, f. 2-4, 1947-1949.
[88] Estudio e informe sobre el Manicomio General, elaborado por una comisión de médicos de Colombia, Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, Fondo Manicomio General, Sección Administrativa, caja 53, exp. 6, 19 f., 1953.
[89] Gerald N. Grob, *The Mad Among Us. A History of the Care of America's Mentally Ill.* Cambridge, Harvard University Press, pp. 178-183, 1994.

2022. Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Históricas
http://www.historicas.unam.mx/publicaciones/publicadigital/libros/783/manicomios_instituciones.html

médicos rediagnosticar a todos los pacientes para establecer en qué tipo de institución se reubicarían. De cada tres enfermos, dos fueron considerados crónicos, dato estrujante sin duda.[90]

Para entonces, el crecimiento de la ciudad de México y de la infraestructura de comunicaciones y servicios en los alrededores del manicomio, convirtió los extensos terrenos de La Castañeda en un espacio muy codiciado por los desarrolladores inmobiliarios, apurando no solo su cierre, sino su demolición en 1968.[91] Ante la desaparición del viejo asilo, el momento de una reforma psiquiátrica parecía inaplazable, y si bien en las décadas de los años sesenta y setenta la sanidad pública vislumbró la atención comunitaria como alternativa al asilo, el primer nivel de atención quedó relegado al imponerse el hospital psiquiátrico como eje de la atención en salud mental para los cuadros agudos, mientras los viejos pacientes del manicomio considerados crónicos fueron trasladados a hospitales campestres que terminaron en "nuevas castañedas".[92] Aunque desde fines de los setenta algunas voces se nutrieron de las ideas y propuestas de la antipsiquiatría internacional y se alzaron denunciando las carencias presupuestales, el abandono de los enfermos y la falta de respeto a sus derechos humanos, estos planteamientos fueron desoídos hasta que en 1990 México firmó la Declaración de Caracas, adquiriendo el compromiso de reestructurar los servicios de salud mental hacia la atención primaria y preservar los derechos humanos de las personas con trastornos mentales.[93]

---

[90] Calderón Narváez, "Testimonio de trabajo", p. 41.

[91] Daniel Vicencio, "Operación Castañeda. Una historia de los actores que participaron en el cierre del Manicomio General, 1940-1968", en Andrés Ríos Molina (coord.), *La psiquiatría más allá de sus fronteras. Instituciones y representaciones en el México contemporáneo,* México, Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Históricas, 2017, pp. 31-87.

[92] El término "nuevas castañedas" lo acuñó el médico Rafael Velasco Fernández, "El futuro de la psiquiatría institucional en México", *Salud Pública de México,* v. XVI, n.º 3, p. 799, 1974.

[93] Oliver Hernández Lara, Cristina Sacristán y Teresa Ordorika, "México: una reforma psiquiátrica que no lo fue (1968-1990)", en Rafael Huertas (coord.), *Políticas de salud mental y cambio social en Iberoamérica*, Madrid, Catarata, 2017, pp. 154-185.

2022. Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Históricas
http://www.historicas.unam.mx/publicaciones/publicadigital/libros/783/manicomios_instituciones.html

INSTITUTO
DE INVESTIGACIONES
HISTÓRICAS

CONCLUSIONES

La historiografía que ha procurado comprender el dispositivo manicomial más allá de las narrativas que lo simplifican como un progreso terapéutico o una técnica de control, reivindicó la agencia de quienes lo constituyeron, médicos, familias, pacientes y autoridades. Las posturas teóricas que han complejizado la medicalización como un fenómeno que no dependió exclusivamente de la medicina ni se desenvolvió en un ascenso imparable, sino con dificultades y retrocesos, apostaron por señalar las particularidades en cada contexto. Desde ambos planteamientos, hemos mostrado cómo en distintos momentos las autoridades de salud que llevaban la representación del Estado mexicano fueron indiferentes al reconocimiento que la psiquiatría demandaba como un saber experto con la competencia especializada en la definición y tratamiento de las enfermedades mentales. Vimos también la estrecha dependencia de la psiquiatría hacia las familias en los procesos de admisión y alta y el peso de los pacientes que, con sus elevadas cifras, replantearon la política de atención.

En los inicios de la medicalización, un alienismo en ciernes con pocos recursos terapéuticos, procuró transformar los viejos hospitales coloniales orientados bajo fines caritativos, de custodia y correccionales en instituciones médicas dirigidas por personal científico y enfocadas en el tratamiento y la investigación. El certificado médico de ingreso se convirtió en el instrumento privilegiado para garantizar la entrada de enfermos con dolencias mentales y evitar "secuestros" indebidos o casos de simulación. Las familias lo fueron aceptando, pero no las autoridades, de manera que estos primeros hospitales adolecieron del apoyo que se esperaba de un Estado laico que creía en la ciencia; sus alcances no se pueden atribuir exclusivamente a este primer alienismo.

Pese a estos antecedentes, la inauguración de La Castañeda en la ciudad de México en 1910 se dio en un momento caracterizado por una gran producción científica sobre la patología mental y por un optimismo terapéutico que vislumbraba un futuro promisorio con una institución colosal que claramente parecía tener el soporte del Estado.

2022. Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Históricas
http://www.historicas.unam.mx/publicaciones/publicadigital/libros/783/manicomios_instituciones.html

Sin embargo, también perdió el impulso inicial hacia su medicalización, el ambivalente respaldo de las autoridades de salud jugó en su contra, pero lo que más comprometió sus fines terapéuticos fueron, curiosamente, sus grandes dimensiones. Pensada para dar atención a todo un país desde una capital en constante crecimiento, manejar una institución con un promedio de tres mil o más pacientes significaba tratar con sus familias, cuando existían, y con numerosas instituciones públicas desde hospicios y hospitales, cárceles y juzgados, asilos de mendigos, cuerpos de seguridad como la policía o el ejército, escuelas correccionales, y un largo etcétera. La sola idea de negar los ingresos resultó inadmisible para las autoridades de salud, por lo que la apertura de la consulta externa para contener el crecimiento hospitalario pudo aliviar algo, pero no resolvió el problema. Bajo la política de alentar las altas, el manicomio se vio obligado a pedir la colaboración de las familias. Cuando los médicos se enfrentaron a la disyuntiva de no rechazar a ningún enfermo –por tratarse de una institución pública–, y las masivas entradas de nuevos pacientes les impidieron asumir a plenitud su función terapéutica –por la grave saturación existente–, la medicalización del manicomio requirió el concurso de las familias para cuidar del paciente en casa. Paradójicamente, el cuidado doméstico fue parte indispensable de la estrategia seguida en La Castañeda para mantenerse como una institución medicalizada y no simplemente custodial.

BIBLIOGRAFÍA

Ballenger, Stephanie S., "Modernizing Madness: Doctors, Patients and Asylums in Nineteenth-Century México City", tesis de doctorado en filosofía de la historia, Berkeley, Universidad de California, 2009.

Bartlett, Peter y David Wright (coords.), *Outside the Walls of the Asylum: The History of Care in the Community, 1750-2000,* London, Athlone, 1999.

Berkstein Kanarek, Celia, "El Hospital del Divino Salvador", tesis de licenciatura en historia, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad Nacional Autónoma de México 1981.

2022. Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Históricas
http://www.historicas.unam.mx/publicaciones/publicadigital/libros/783/manicomios_instituciones.html

Calderón Narváez, Guillermo, "Testimonio de trabajo en la Operación Castañeda", *Psiquis*, v. 4, n.º 3, 1995, pp. 40-45.

—, "Sección de Historia y Filosofía de la Medicina. Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría. Orígenes y panorama histórico", *Revista de Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, no. especial, 1994-2001.

Campos Marín, Ricardo y Rafael Huertas García-Alejo, "Los lugares de la locura: reflexiones historiográficas en torno a los manicomios y su papel en la génesis y el desarrollo de la psiquiatría", *Arbor. Ciencia, Pensamiento y Cultura*, v. CLXXXIV, n.º 731, 2008, pp. 471-480.

Conrad, Peter, "Medicalization and Social Control", *Annual Review of Sociology*, v. 18, 1992, pp. 209-232.

Doroshow, Deborah, Matthew Gambino y Mical Raz, "New Directions in the Historiography of Psychiatry", *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, v. 74, n.º 1, 2019, pp. 15-33.

Engstrom, Eric J., "History of Psyquiatry and its Institutions", *Current Opinion in Psychiatry*, v. 25, n.º 6, 2012, pp. 486-491.

Facchinetti, Cristiana y Alexander Jabert, "Combining Psychiatry and Spiritism: Therapies employed in a Brazilian sanatorium (1934-1948)", *History of Psychology*, v. 21, 2018, pp. 208-222.

Foucault, Michel, "Historia de la 'medicalización", *La vida de los hombres infames. Ensayos sobre desviación y dominación,* Madrid, La Piqueta, 1990.

Grob, Gerald N., *The Mad Among Us. A History of the Care of America's Mentally Ill.* Cambridge, Harvard University Press, 1994.

Gruel Sández, Manuel, *Rumor de locos. El Hospital de La Rumorosa, 1931-1958*, México, Instituto Subcalifornio de Cultura/Archivo Histórico Pablo L. Martínez, 2017.

Hernández Lara, Oliver, Cristina Sacristán y Teresa Ordorika, "México: una reforma psiquiátrica que no lo fue (1968-1990)", en Rafael Huertas (coord.), *Políticas de salud mental y cambio social en Iberoamérica*, Madrid, Catarata, 2017, pp. 154-185.

Hess, Volker y Benoît Majerus, "Writing the history of psychiatry in the 20th century", *History of Psychiatry*, v. 22, n.º 2, 2011, pp. 139-145.

Houston, Rab A., "Asylums: the historical perspective before, during, and after", *The Lancet Psychiatry,* December 2019,
https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lanpsy/PIIS2215-0366%2819%2930395-5.pdf (consulta: 17 de enero de 2020).

2022. Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Históricas
http://www.historicas.unam.mx/publicaciones/publicadigital/libros/783/manicomios_instituciones.html

Labastida, Sebastián, "Informe del director del hospital de San Hipólito sobre el Establecimiento, presentado a la Dirección de Beneficencia Pública", *Gaceta Médica de México,* v. XIII, 1878, pp. 64-73, pp. 114-118.

Lavín, Angélica (ed.), *Cartas desde la Casa de Orates*, Santiago de Chile, Ediciones de la Dirección de Bibliotecas, Archivos y Museos/Centro de Investigaciones Diego Barros Arana, 2003.

Morales, María Dolores, "La expansión de la ciudad de México: el caso de los fraccionamientos" en Alejandra Moreno Toscano (coord.), *Ciudad de México. Ensayo de construcción de una historia*, México, SEP/INAH, 1978, pp. 189-200.

Morales Ramírez, Francisco Jesús, "La apoteosis de la medicina del alma. Establecimiento, discurso y praxis del tratamiento moral de la enajenación mental en la ciudad de México, 1830-1910", tesis de licenciatura en historia, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad Nacional Autónoma de México, 2008.

Murguía, Adriana, Teresa Ordorika y León F. Lendo, "El estudio de los procesos de medicalización en América Latina", *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, v. 23, n.º 3, 2016, pp. 635-651.

Novella, Enric J., "Del asilo a la comunidad: interpretaciones teóricas y modelos explicativos", *Frenia. Revista de Historia de la Psiquiatría*, Madrid, v. VIII, 2008, pp. 9-31.

Ordorika Sacristán, Teresa, "Las historias clínicas: narraciones útiles para el análisis de la psiquiatrización de la sociedad", en Yonissa M. Wadi (coord.), *Narrativas sobre loucuras, sofrimentos e traumas*, Curitiba, Máquina de Escrever, 2016, pp. 43-63;

Patiño, Francisco, "El Hospital General y el Manicomio", *La Escuela de Medicina*, t. IV, 1882, pp. 27-29.

Patlán Martínez, Elia, "Las enfermedades mentales en la ciudad de México de 1867 a 1910. Estudio de caso: el Hospital de San Hipólito", tesis de maestría en historia, Universidad Nacional Autónoma de México, 2015.

Prestwich, Patricia E., "Family strategies and medical power: 'voluntary' committal in a parisian asylum, 1876-1914", *Journal of Social History,* v. XXVII, n.º 4, 1994, pp. 799-818.

Ramos, Christina, "Bedlam in the New World: Madness, Colonialism, and a Mexican Madhouse, 1567-1821", doctoral dissertation, Harvard University, Graduate School of Arts & Sciences, 2015, http://nrs.harvard.edu/urn-3:HUL.InstRepos:23845437 (consulta: 22 de mayo de 2020).

2022. Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Históricas
http://www.historicas.unam.mx/publicaciones/publicadigital/libros/783/manicomios_instituciones.html

Reglamento del Hospital para Mujeres Dementes, México, Imprenta de la Escuela Industrial de Huérfanos, 1896.

Remartínez Martín, María Teresa, "Egreso de pacientes del Manicomio La Castañeda (1929-1958), ¿un problema familiar?", *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia,* v. 73, n.º 1, 2021.

—, "Las familias como usuarias del Hospital de Mujeres Dementes en la ciudad de México, 1877-1910", tesis de doctorado en historia moderna y contemporánea, Instituto Mora, México, 2018.

Rivera-Garza, Cristina, "Becoming mad in revolutionary Mexico: mentally ill patients at the General Insane Asylum, Mexico, 1910-1930", Roy Porter and David Wright (cords.), *The Confinement of the Insane. International Perspectives, 1800-1965,* Cambridge, Cambridge University Press, 2003, pp. 248-272.

—, "She neither Respected nor Obeyed Anyone": Inmates and Psychiatrists Debate Gender and Class at the General Insane Asylum La Castañeda, Mexico, 1910-1930", *Hispanic American Historical Review*, n.º 81, v. 3 (4), 2001, pp. 653-688;

—, "Por la salud mental de la nación: vida cotidiana y Estado en el Manicomio General de La Castañeda, México 1910-1930", *Secuencia. Revista de historia y ciencias sociales*, n.º 51, 2001, pp. 57-89.

Ríos Molina, Andrés (coord.), *Los pacientes del Manicomio La Castañeda y sus diagnósticos. Una historia de la clínica psiquiátrica en México, 1910-1968*, México, Instituto de Investigaciones Históricas de la UNAM/Instituto Mora, 2017.

—, Cristina Sacristán, Teresa Ordorika Sacristán y Ximena López Carrillo, "Los pacientes del Manicomio La Castañeda y sus diagnósticos. Una propuesta desde la historia cuantitativa (México, 1910-1968)", *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia,* v. 68, n.º 1, 2016.

Sacristán, Cristina, "Curar y custodiar. La cronicidad en el Manicomio La Castañeda, Ciudad de México, 1910-1968", *Asclepio. Revista de historia de la medicina y de la ciencia,* v. 69, n.º 2, 2017.

—, "Los hospitales para dementes y el crecimiento de la ciudad", en Alicia Salmerón y Fernando Aguayo (coords.), *Instantáneas de la ciudad de México. Un álbum de 1883-1884*, México, Instituto Mora/Universidad Autónoma Metropolitana/Fomento Social Banamex, 2013, t. 2, pp. 15-29.

—, "La contribución de La Castañeda a la profesionalización de la psiquiatría mexicana, 1910-1968", *Salud Mental. Revista del Instituto Nacional de Psiquiatría*, v. 33, n.º 6, 2010, pp. 473-480.

2022. Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Históricas
http://www.historicas.unam.mx/publicaciones/publicadigital/libros/783/manicomios_instituciones.html

—, "Ser o no ser modernos. La salud mental en manos del Estado mexicano, 1861-1968", *Revista Espaço Plural*. Centro de Ciências Humanas, Educação e Letras, Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Brasil, v. XI, n.º 22, 2010, pp. 11-23, http://e-revista.unioeste.br/index.php/espacoplural/article/view/4830 (consulta: 25 de agosto de 2020).

—, "La locura se topa con el manicomio. Una historia por contar", *Cuicuilco. Revista de la Escuela Nacional de Antropología e Historia,* v. 16, n.º 45, 2009, pp. 163-188.

—, "Reformando la asistencia psiquiátrica en México. La Granja de San Pedro del Monte: los primeros años de una institución modelo, 1945-1948", *Salud Mental. Revista del Instituto Nacional de Psiquiatría,* v. 26, n.º 3, 2003, pp. 57-65.

—, *Locura y disidencia en el México Ilustrado, 1760-1810*, México, Instituto Mora, El Colegio de Michoacán, 1994.

Shorter, Edward, *A History of Psychiatry. From the Era of the Asylum to the Age of Prozac*. New York, John Wiley & Sons, Inc., 1997.

Tierno, Raquel, "Demografía psiquiátrica y movimientos de la población del Manicomio Nacional de Santa Isabel (1931-1952)", *Frenia. Revista de historia de la psiquiatría*, v. VIII, 2008, pp. 97-130.

Valdés Fernández, Marisa, "La salud mental en el Porfiriato. La construcción de "La Castañeda", tesis de licenciatura en historia, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad Nacional Autónoma de México, 1995.

Vázquez de la Torre, Paloma y Olga Villasante, "Psychiatric care at a national mental institution during the Spanish Civil War (1936-39): Santa Isabel de Leganés", *History of Psychiatry*, v. 27, n.º 1, 2016, pp. 1-14.

Velasco Fernández, Rafael, "El futuro de la psiquiatría institucional en México", *Salud Pública de México,* v. XVI, n.º 3, 1974, pp. 795-802.

Vicencio, Daniel, "Operación Castañeda". Una historia de los actores que participaron en el cierre del Manicomio General, 1940-1968", Andrés Ríos Molina (coord.), *La psiquiatría más allá de sus fronteras. Instituciones y representaciones en el México contemporáneo,* México, Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Históricas, 2017, pp. 31-87.

Villasante, Olga, Ruth Candela Ramírez, Ana Conseglieri Gámez, Raquel Tierno Patiño, Paloma Vázquez de la Torre y Rafael Huertas, *Cartas desde el manicomio. Experiencias de internamiento en la Casa de Santa Isabel de Leganés*, Madrid, Catarata, 2018.

Wadi, Yonissa, *A historia de Pierina: subjetividade, crime e loucura,* Uberlândia, Universidade Federal de Uberlândia, 2009.

2022. Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Históricas
http://www.historicas.unam.mx/publicaciones/publicadigital/libros/783/manicomios_instituciones.html