

LOCURA Y ENCIERRO PSIQUIÁTRICO EN MÉXICO: EL CASO DEL MANICOMIO LA CASTAÑEDA, 1910

MADNESS AND PSYCHIATRIC CONFINEMENT
IN MEXICO: THE CASE OF *MANICOMIO
LA CASTAÑEDA*, 1910

ANDRÉS RÍOS MOLINA

Instituto de Investigaciones Históricas de la Universidad Nacional Autónoma de México, UNAM.

crios@colmex.mx

RESUMEN El Manicomio General La Castañeda, fundado en 1910 a las afueras de la ciudad de México, fue la institución psiquiátrica más importante del país en el siglo xx. Cuando se inauguró, las familias internaron a hombres y mujeres que reunían los requisitos para ser considerados como locos y merecedores de tratamiento psiquiátrico. En este artículo se exploran las bases culturales del encierro terapéutico a través de los imaginarios que la sociedad mexicana de aquellos días tenía sobre locura, sus causas, síntomas y tratamientos. Se analizan las dos caras de la locura: el degenerado y el nervioso; referentes que sintetizaban términos psiquiátricos y variables sociales como la clase y el género.

PALABRAS CLAVE:

Psiquiatría, locura, manicomio, degeneración, nervios.

ABSTRACT The Manicomio General La Castañeda founded in 1910 at the outside of Mexico City, was the most important psychiatric institution of the xxth century in Mexico. When it was open, the families let there men and women whom had the requirement for being considered madness and in consequences, they where appropriate for having psychiatric treatment. In this article I explore the cultural bases of the therapeutic confinement through the imaginaries that the Mexican society of those days had about madness, its causes, symptoms and treatments. It analyzes both faces of madness: the one of the degenerate and the other of the nervous. Both references synthesize psychiatric terms and social variables as class and gender.

KEY WORDS:

Psychiatry, Insanity, Asylum, Degeneration, Nerves.

LOCURA Y ENCIERRO PSIQUIÁTRICO EN MÉXICO: EL CASO DEL MANICOMIO LA CASTAÑEDA, 1910

ANDRÉS RÍOS MOLINA¹

C

UN PALACIO PARA LA LOCURA

CIUDAD DE MÉXICO TUVO DOS HOSPITALES PARA DEMENTES desde inicios del período colonial. Allí se encontraba el primer manicomio de América, el Hospital San Hipólito (1566), donde fueron atendidos hombres sumidos en la locura. Este hospital para dementes fue erigido en el límite occidental de la traza urbana que imperó hasta fines del siglo XVIII. El segundo establecimiento fue fundado en 1700 con el objetivo de albergar mujeres dementes. Su nombre era el Divino Salvador, conocido popularmente como La Canoa –nombre de la calle sobre la que estaba–. Este hospital era mucho más céntrico, a sólo cincuenta metros se hallaba el Teatro de Iturbide, que en 1872 se convertiría en la sede de la Cámara de Diputados. Ambos inmuebles fueron usados como hospitales militares y cuarteles durante la primera mitad del siglo XIX (Berkstein Kanarek, 1981). En este lapso, los pacientes mentales internados se redujeron a unas cuantas decenas y eran remitidos a hospitales, cárceles o simplemente se les dejaba en libertad. Pero una vez desmilitarizada la ciudad durante el Segundo Imperio (1864-1872) hubo un crecimiento de la población psiquiátrica². En cuanto a administración se refiere, el Divino Salvador fue dirigido por un miembro de la Sociedad San Vicente de Paul, mientras que el San Hipólito fue administrado directamente por el Gobierno del Ayuntamiento.

1 Antropólogo de la Universidad Nacional de Colombia y doctor en Historia de El Colegio de México. Actualmente trabaja para el Instituto de Investigaciones Históricas de la Universidad Nacional Autónoma de México, UNAM. crios@colmex.mx

2 Por ejemplo, los internos del Hospital San Hipólito pasaron de ochenta y cinco en 1864 a ciento cuarenta y cinco en 1877.

Las descripciones de las instalaciones no son tan deprimentes como pudiésemos imaginar. Por ejemplo, en su *Informe sobre los establecimientos de beneficencia y corrección de esta capital* de 1864, Joaquín García Icazbalceta nos hace la siguiente descripción:

Aun cuando el Hospital de San Hipólito esté lejos de llenar las condiciones de una verdadera casa de locos, no dudo que una administración inteligente pudiera sacar de él mucho más partido, como lo prueba el estado del hospital del Divino Salvador, edificio muy inferior a San Hipólito bajo todos los aspectos³.

Por su parte, Juan de Dios Peza en su libro *La Beneficencia en México* (1881) mencionaba lo siguiente sobre el mismo establecimiento: “no está en la actualidad en primera línea, comparado con otros hospitales de México, pero sería injusto señalarle como figurando entre los de última”⁴. En cuanto a las condiciones del Divino Salvador, su director informó en 1863:

El local es amplio y los salones están tan perfectamente ventilados, tan llenos de luz, de limpieza, de alegría, que nadie, por escrupuloso que sea, siente repugnancia ni tristeza por cualquiera de ellos. Los dormitorios destinados para las tranquilas asiladas, honrarían al mejor hospital de Europa⁵.

Pese a los buenos informes, los miembros de la élite comenzaron a emitir propuestas para construir un nuevo manicomio que reemplazara los “oscuros e insalubres” hospitales para dementes, argumentando que dicho deterioro contradecía las ideas científicas del momento, a saber, que el aire puro tenía dotes terapéuticos sobre la locura, que el ruido ciudadano no ayudaba a la curación, que la mezcla de pacientes con diferentes enfermedades en espacios comunes no permitía una detallada observación clínica; en resumen, eran sitios en los que no podía incursionar la ciencia. Pero había otra razón para sugerir la construcción de un nuevo manicomio. Ésta fue expuesta por uno de los médicos del Divino Salvador en 1879: “el número de locos está creciendo gradualmente, por lo que conviene tener un lugar donde recogerlos” (Labastida, 1879: 116). En este mismo tenor, el doctor Miguel Alvarado, quien fuera considerado como el más importante alienista mexicano en el siglo XIX, propuso la perentoriedad de un nuevo establecimiento psiquiátrico ya que la cantidad de locos iría en aumento constante; la enfermedad mental era el “mal de la civilización”. Alvarado exponía que los establecimientos para dementes no daban abasto ya que en ese momento ha-

3 *La Beneficencia Pública en el Distrito Federal*, 1926, tomo I, número 3, pp. 9.

4 *La Beneficencia Pública en el Distrito Federal*, 1926, tomo I, número 3, pp. 21.

5 *La Beneficencia Pública en el Distrito Federal*, 1926, tomo I, número 3, pp. 49.

bía doscientas catorce mujeres y ciento noventa y siete hombres, ambos estaban al tope. Viendo hacia el futuro, Alvarado suponía que en diez años habría unos seiscientos locos, entre hombres y mujeres, que requerirían encierro (AHSS, F-BP, S-EH, se-MG, leg. 1, exp. 2, ff. 5)⁶. Y, en efecto, el aumento de los enfermos mentales continuó. En 1910 hubo un total de setecientos setenta y nueve locos y locas de ambas instituciones, cantidad que nos permite suponer un alto grado de hacinamiento en los últimos años de los viejos hospitales para dementes.

El presidente Porfirio Díaz, cuya controvertida dictadura inició como el triunfo del liberalismo en 1877 y concluyó muy debilitada en 1910, año en que inició la Revolución, cerró su administración con las fiestas del centenario de la Independencia. La primera de las fiestas fue la pomposa inauguración del novísimo Manicomio General La Castañeda. Ésta fue la última de las imponentes obras arquitectónicas creadas como parte del proyecto porfiriano que buscaba convertir la capital en el reflejo fehaciente del ingreso de México en la modernidad⁷. Siguiendo un esquema francófilo que imperó en las múltiples reformas arquitectónicas impulsadas por Díaz, los gestores del nuevo manicomio se adhirieron a los lineamientos esbozados por quien fuera el reformador de la arquitectura psiquiátrica en Francia ochenta años atrás, Jean Étienne Esquirol⁸. Para este médico, buena parte de la eficacia terapéutica se encontraba en las condiciones óptimas del edificio. En consecuencia, las antiguas y oscuras estructuras medievales aumentaban la sensación de encierro e impedían el proceso de recuperación debido a la falta de luz y ventilación. Para evitar tan nocivo ambiente, los espacios de encierro que pretendieran la curación de los enfermos mentales debían reunir tres características: la clasificación de los internos debía hacerse según los síntomas similares y, a su vez, se separaba cada grupo en pabellones autónomos; la funcionalidad estaría dada por la construcción de tres hileras de

6 A partir de acá se nombrarán las siguientes instituciones de esta manera: Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, AHSS, Fondo Beneficencia Pública, F-BP, Sección Establecimientos Hospitalarios, S-EH, Serie Manicomio General, se-MG, Fondo Manicomio General, F-MG, Sección Expedientes Clínicos, se-EC.

7 Para un análisis estilístico de La Castañeda en el contexto arquitectónico del porfirato véase MacMichael Reese, 2004: 207-210. Un riguroso estudio de las reformas arquitectónicas en función de una lógica sanitaria durante el mismo período es el de Agostoni, 2003.

8 A inicios del siglo XIX hubo un movimiento de alienistas que pugnaba por la construcción de nuevas instituciones psiquiátricas que permitieran darle un tratamiento científico a los miles de enfermos mentales que se hacían en cárceles, hospicios y hospitales en Francia. Para cambiar esta situación se construyeron nuevos pabellones en antiguos hospitales como en Saint Meen, Fains, Saint Dizier, Quimper, Aleçon, Châlons-sur-Marne, Bicêtre y Salpêtrière (Postel y Quétel, 1993: 316). Sin embargo, hubo propuestas para la erección de nuevos hospitales para enfermos mentales de acuerdo con los planteamientos de Jean Étienne Esquirol (1772-1840). Este hombre estudió medicina en Montpellier y en 1799 llegó a París para vincularse como practicante en la Salpêtrière al servicio de Philippe Pinel. En 1811 fue nombrado médico vigilante de la división de locas de Salpêtrière. En 1819 presentó su célebre informe al ministro del Interior "Los establecimientos consagrados a los alienados en Francia y los medios para mejorarlos", texto en el que sentaba las bases de una reforma arquitectónica como parte de los planes terapéuticos.

edificios, a la izquierda y a la derecha de los pabellones centrales, que albergarían los hospitalizados, la administración y los servicios generales; la eficiencia de un manicomio implicaba que debía ser construido a las afueras de la ciudad, preferiblemente en la ladera de una montaña para que los internos tuvieran una agradable vista y así evitar la sensación de encierro (Postel y Quetel, 1993: 314).

Para construir el nuevo Manicomio General fueron elegidos los terrenos de la antigua hacienda La Castañeda⁹. Don Porfirio destinó un presupuesto de \$1.783.357 y fueron contratados miles de obreros para erigir un monumental manicomio de 141.662 m². Muy cerca de las líneas del tranvía aparecía una imponente reja forjada de once metros de ancho, con un letrero en la parte superior que decía *Manicomio General*¹⁰. Al lado izquierdo de la reja se encontraban la garita del vigilante y una casita con dos recámaras, baño y cocina. Después de pasar la reja, las tres viviendas de los médicos era lo primero que el visitante veía. Cada una tenía un despacho, estudio, sala, comedor, cuarto de servicio, cocina, cuatro recámaras, cuarto para el mozo de limpieza y cuatro piezas en el sótano. Frente a estas tres casas estaban los exuberantes jardines que daban una halagadora bienvenida. Una vez adentro, el visitante se encontraba con un complejo arquitectónico acorde con el modelo esquiroliano. Era un conjunto de pabellones autónomos regidos por un eje central que iniciaba con las oficinas de administración, y pabellones laterales que se alineaban de forma casi simétrica; todo esto rodeado por una imponente muralla que acordonaba el complejo, rematando con casetas de vigilancia en cada esquina (Cuadriello Aguilar, 1983: 77-78). De tal forma, La Castañeda constaba de tres hileras de edificios: en el centro estaban los generales, a la derecha los de hombres y a la izquierda los de mujeres, todos ellos separados por amplios corredores. Así, frente a los jardines, el visitante se encontraba con la imponente fachada del Pabellón de Servicios Generales, de clara influencia francesa. Se ingresaba por una prolongada y ancha escalera o por una de las dos rampas que salían a cada lado de la entrada principal¹¹. Este edifi-

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

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

11 Después de haber sido desmantelado el manicomio en 1968, la fachada fue lo único que quedó en pie ya que fue vendida y trasladada al pueblo de Amecameca como el único vestigio de lo que fue alguna vez La Castañeda.

cio, el más grande del complejo, estaba compuesto por dos pisos y un sótano; allí se concentraban la administración, los salones de clase para estudiantes de medicina, las bodegas, el salón con máquinas para lavar y desinfectar ropa, la botica, el laboratorio, los comedores para empleados, la cocina y, además, el salón de eventos. En la planta alta funcionaba la biblioteca, el archivo, la sala de juntas, el laboratorio, el museo, una sala de lectura y los dormitorios para los internos y la servidumbre. Detrás de los Servicios Generales estaba el Pabellón de Enfermería y Electroterapia. Allí había un salón para hombres y otro para mujeres, cada uno con veinticuatro camas y con los aparatos transformadores necesarios para la terapia eléctrica. Posterior a éste se hallaba el Pabellón de Imbéciles, de una sola planta, el cual tenía una sala para distinguidos, otra para la escuela y en medio del edificio había un comedor, un taller y un espacio para el gimnasio. Y concluyendo esta hilera de edificios estaban los baños para hombres y para mujeres, y el mortuorio. Los pabellones laterales eran los de Distinguidos, Alcohólicos, Tranquilos –divididos en A y B, de acuerdo a la categoría de “indigentes” o “pensionistas”–, Infecciosos y Peligrosos. Los hombres y mujeres siempre estaban en pabellones aparte, con excepción del último ya que sólo había hombres.

78

El Manicomio La Castañeda fue concebido como un gran museo de la locura, donde las diferentes formas de anormalidad serían clasificadas y guardadas en bellas estanterías, todo en aras de construir un saber científico sobre aquellos seres cuya débil constitución biológica los marginó del mundo civilizado. Bajo la lógica de los museos erigidos a fines del siglo XIX¹², el Manicomio General sería el espacio en el que la sociedad porfiriana reuniría sujetos extraños en los cuales reconocerse a sí misma a través de la alteridad. En el marco del Segundo Congreso Panamericano de Medicina (1898), dos médicos mexicanos presentaron el proyecto del nuevo manicomio. Argumentaron que la psiquiatría se haría científica cuando se empezara a separar a los locos que compartiesen el mismo conjunto de síntomas. Lo justificaron de la siguiente forma: “si se miran unos a otros se entiende que se miran en un espejo. Así conseguiremos evitar que se lastimen y perturben las facultades” (Morales Pereyra y Romero, 1898: 895). Si los locos debían verse entre ellos como si se observasen en un espejo, la sociedad porfiriana vería, a través de las diferentes formas de locura, un panorama aleccionador: las ruinas humanas de quienes no pudieron o no quisieron beber los jugosos beneficios de la modernidad.

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

EL ENCIERRO TERAPÉUTICO Y SUS BASES CULTURALES

Si observamos lo que estaba ocurriendo fuera del país nos damos cuenta de un proceso generalizado. Por ejemplo, en Estados Unidos la cantidad de pacientes psiquiátricos internos tuvo un acelerado ascenso: entre 1880 y 1923 la población pasó de cuarenta mil a doscientos sesenta y tres mil (Grob, 1983: 181). En algunos países de América Latina hubo también un crecimiento en la población psiquiátrica que motivó la construcción de nuevas instalaciones. Para mencionar sólo unos casos, en 1892 se fundó el Hospital Psiquiátrico de Caracas; en Santiago de Chile se estaba construyendo un anexo a la Casa de Orates, conocido como el Manicomio Nacional en 1910 con capacidad para mil quinientos pacientes; en Lima se construía el Hospital Psiquiátrico Larco Herrera, frente al mar, clausurando el Patio de Locos que funcionaba en antiguo Hospital de San Andrés. Dicho proceso también tuvo lugar en otras ciudades mexicanas: en Orizaba, Veracruz, la pujante élite de comerciantes erigió el Hospital del Estado en 1897 (Ayala Flores, 2007); en Mérida, Yucatán, se fundó el Hospital Leandro León Ayala; la orden San Juan de Dios fundó dos hospitales psiquiátricos que siguen en funcionamiento, uno en Zapopan, Jalisco, en 1905 y otro en Cholula, Puebla, en 1910, al lado de una pirámide prehispánica.

¿Por qué crecía la población psiquiátrica? Edward Shorter propone tres posibles respuestas en *A History of Psychiatry. Form the Era of the Asylum to the Age of Prozac*. La primera se fundamenta en el cambio que tuvo lugar en la segunda mitad del siglo XIX, generado por la migración del campo a las ciudades en crecimiento, aunado a un cambio en la composición de las familias. En consecuencia, el vínculo hipotético entre la locura y la migración es el siguiente: la carencia de una sólida red familiar que funcionara como apoyo cuando se presentaban los síntomas de alguna enfermedad mental hizo que la población migrante fuera mucho más vulnerable y más proclive al encierro psiquiátrico. Esto también nos puede ayudar a comprender por qué hubo más hombres que mujeres en el Manicomio que además eran jóvenes y solteros –o por lo menos sin pareja estable–, ya que estos son los que más tienden a migrar¹³.

13 La amplia bibliografía sobre la migración nos muestra que las características de este fenómeno cambian de acuerdo con las condiciones históricas que las generan. Sin embargo, como tendencia general, se ha demostrado que la mayoría de las migraciones económicas comienzan con personas jóvenes y económicamente activas (Castles y Miller, 2004: 44). Podemos suponer que el crecimiento de la población de la capital durante la Revolución se debió por una parte a la violencia en el campo, lo que obligó a muchos a buscar refugio en la capital junto a un mejoramiento en la situación económica, y, por otra, a la movilidad generada por el constante desplazamiento de ejércitos a lo largo de país, lo que permitió que hombres en pie de lucha llegaran a la capital y decidieran iniciar allí una nueva vida. Carecemos de información exacta sobre las características sociológicas de la población migrante durante la Revolución. Sin embargo, la presencia de una aplastadora mayoría de hombres migrantes en el Manicomio puede ser señal de una superioridad numérica.

Como segunda causa para comprender el aumento en el número de internos en los hospitales psiquiátricos, Shorter afirma que hubo una redistribución de la población de las instituciones para pobres, enfermos y huérfanos. De allí salieron los que, además, tenían alguna enfermedad mental, posibilitando el aumento de la población en los psiquiátricos (Shorter, 1997: 48 y ss). Este mismo proceso ocurrió en México a mediados del siglo XIX, pero no durante el porfiriato. Con base en las cartas que solicitaron la internación de las pacientes en el Divino Salvador en 1845 y 1861, encontramos que un significativo 64 por ciento fueron remitidas de hospitales –San Juan de Dios, San Andrés, San Pablo, Hospital de Jesús, entre otros–. Las remisiones se justificaban de dos formas: eran pacientes que además de tener alguna afección psiquiátrica padecían de alguna enfermedad crónica, o bien estaban afectados por alguna enfermedad extraña o desconocida para los médicos por lo que eran catalogadas como neurosis¹⁴. Este fenómeno lo podemos entender como una consecuencia lógica de las guerras que México vivía en estos años, lo que generó una saturación de los hospitales y llevó a los médicos a tomar las medidas para deshacerse de quienes no debían estar allí. Empero, no es posible aplicar este esquema al porfiriato tardío (1910), ya que sólo el 3,2 por ciento de los pacientes procedentes de los viejos asilos para dementes que ingresaron a La Castañeda, fueron remitidos por los hospitales (Ríos Molina, 2007: 31-32).

Y en tercer lugar, Shorter afirma que hubo un aumento en la cantidad de pacientes afectados de esquizofrenia, psicosis alcohólica y neurosífilis. En cuanto a los esquizofrénicos, esta afección no fue diagnosticada en México sino hasta la segunda década del siglo XX. Antes existían con la etiqueta de “dementes” por ser un criterio que englobaba a todos los que hablaban incoherencias y vivían en otra realidad, distanciándose del mundo en el suyo propio. En lo referente al alcoholismo, en México fue considerada, según los médicos, como la causa del crecimiento de la población psiquiátrica¹⁵. Finalmente, los casos de neurosífilis, o parálisis general progresiva, fueron muy pocos durante este periodo. Sin embargo, estos argumentos no nos explican del todo el aumento de los enfermos mentales en México.

Otro tipo de explicaciones han sido elaboradas en términos políticos gracias a la influencia de los trabajos de Michael Foucault, esto es, comprender el saber psiquiátrico y los manicomios como herramientas del Estado para el

14 AHSS, F-BP, S-EH. Serie Hospital El Divino Salvador, leg. 1, exp. 13, ff. 1-345 y leg. 8, exp. 16, ff. 1-170.

15 El texto que uso como base para comprender la lucha de la élite porfiriana contra el alcoholismo es Carrillo, (2002).

control de las conductas que amenazaban con la estabilidad social¹⁶. Por consiguiente, la consolidación del Estado moderno aparece como un telón de fondo para comprender el crecimiento de la población psiquiátrica tanto en Europa como en Estados Unidos. No obstante, el análisis de los expedientes clínicos¹⁷ de los pacientes que ingresaron a La Castañeda nos mostró que no eran los psiquiatras, apoyados por las instituciones de control social como la Policía, quienes recorrían las calles en busca de todos aquellos que amenazaran el proyecto de nación. Nos encontramos, más bien, con las familias. Ellas eran las que tomaban la decisión de cederle al Estado el control y el cuidado de sus locos. Es más, los mismos psiquiatras vivían en una constante lucha para que los familiares se hicieran cargo de los pacientes que podían vivir en sociedad, pero los locos eran abandonados en el encierro, lo que aceleraba de forma dramática el hacinamiento (Sacristán, 2002). Hubo momentos en que las mismas familias terminaron imponiéndose sobre el criterio médico. Por ejemplo, cuando los médicos consideraban que el paciente merecía ser dado de alta, algunas familias se comprometieron a pagar una mensualidad con tal de que permaneciera en el encierro (Ríos, 2007: 180-208). La siguiente carta resulta ilustrativa:

Mi citado hijo ha tenido varias épocas de mejoría durante los años de su enfermedad, y en una ocasión estuvo continuamente bien por más de cuatro meses, pero a continuación, por causas que me son desconocidas ha vuelto a sufrir con más frecuencia, no sólo los ataques epilépticos que padece por las noches sino *desequilibrios intelectuales* al grado de enfurecerse, por lo que en la última ocasión intervino la autoridad política de esta ciudad para impedir que inconscientemente cometiera algún acto reprobado. En otras veces también se ha visto mejorado, cuando por prescripción de sus médicos se le ha tenido aislado hasta donde ha sido posible en fincas de campo; pero ha notándose que a pesar de las medicinas, al volver a las poblaciones, su enfermedad se ha presentado de nuevo, perdiendo visiblemente la razón. Estos hechos me hacen pensar que si abandonara el estado de reclusión a que se le ha sometido en ese humanitario establecimiento, indudablemente se perdería todo lo que se ha ganado en favor de su salud... (AHSS, F-MG, se-EC, caja 40, exp. 37, ff. 46 y 87. Destacado mío).

Así, las familias *se apropiaban* de la institución psiquiátrica de acuerdo con sus propios intereses y necesidades. Este hecho nos permite afirmar que la internación psiquiátrica estaba precedida de una definición social y cultural de lo que era considerado como loco. En consecuencia, los estudios sobre la locura se deben enfocar en las razones que en cada momento histórico llevaron a

16 Las principales historias de la psiquiatría que fueron notablemente influidas por la obra de Michael Foucault: Álvarez-Uría, (1983); Castel, (1980); Dörner, (1975); y Scull, (1993).

17 Una guía metodológica para el análisis de los expedientes clínicos como fuente para la historia es Huertas, (2001).

las familias y a las otras instancias remitentes, a entregarle sus locos a la institución psiquiátrica del Estado. Esto implica que el criterio usado para encerrar a los locos no fue necesariamente psiquiátrico, sino que hubo referentes culturales que definieron los comportamientos que se asociaban con la locura. Esta presencia del saber psiquiátrico y los referentes culturales para definir quién merecía el encierro terapéutico nos marca la diferencia entre *enfermedad mental* y *locura*. La primera es un criterio clínico para ubicar un sujeto en una entidad nosológica, mientras que la segunda tiene que ver con los referentes usados por cada cultura para aislar a quienes asumen como poseedores de una naturaleza “anormal”. Nótese en la siguiente carta la manera en que los familiares de los locos interpretaron ciertas conductas como manifestaciones de locura:

Su conducta con sus familiares ha sido de verdadero martirio, airado siempre, carente de toda clase de sentimientos nobles, de la más rudimentaria educación (...). Su actual ingreso al Manicomio fue para que una hermana pudiera morir en paz. Este estado que causa tristeza y horror, revela la *perversión moral* a que ha descendido nuestro familiar (...). Allí en nuestro pueblo ha dispuesto de los productos de los sembrados de sus familiares; y no solamente ha hecho esto sino cuando ya no tiene de que disponer, ha vendido los vidrios de las ventanas y aun intentó vender el tejado de la propia casa. En cierta ocasión se hincó en la calle, gritando que Trotski había envenenado el agua (AHSS, F-MG, SE-EC, caja 23, exp. 46. Destacado mío).

Quienes componían el entorno social inmediato del loco daban cuenta a los psiquiatras de las excentricidades y transgresiones que hacían urgente el encierro terapéutico. Los psiquiatras escuchaban detenidamente la descripción de tales excesos, hacían varias preguntas sobre los antecedentes familiares y personales para, finalmente, emitir algún diagnóstico. Este diálogo entre los especialistas de la mente y las familias es sintomático de un lenguaje médico compartido. Las familias usaban conceptos para justificar el encierro de su familiar incómodo, tuviera o no una enfermedad mental. La carta evidencia el uso de un término propio de la época: la *perversión moral*. Es común encontrar en las cartas términos como trastorno, demencia, desequilibrio mental, delirios, etcétera. Este hecho nos marca el inicio de un proceso totalmente consolidado en nuestros días, a saber, la *psiquiatrización del lenguaje*. Términos como histeria, neurosis, psicosis, trauma, paranoia, alucinación, delirio, depresión, todos ellos gestados en la psiquiatría del siglo XIX, se han incorporado al lenguaje cotidiano de nuestra sociedad; y la literatura, la prensa y el cine han desempeñado un papel determinante en este proceso. La psiquiatría se ha insertado en nuestras expresiones cotidianas dándonos referentes para pensar y cuestionar nuestro propio comportamiento y el de los otros. El abanico de tratamientos de toda índole y la sobreoferta de psicofár-

macos es una muestra de la exitosa incursión de la cultura del *psi* en nuestros hábitos de consumo, dejando en el pasado aquellos tratamientos asociados con los choques eléctricos, el encierro y la camisa de fuerza.

Pero es necesario hacer una precisión. Si bien el saber psiquiátrico ha incidido en el lenguaje y el discurso de Occidente, éste no ha sido un proceso verticalizado. Si bien la psiquiatría nos da todos estos referentes, la sociedad le ha dado la materia prima al saber psiquiátrico: los locos. La psiquiatría observa al loco, pero éste es elegido por la sociedad. En consecuencia, el saber psiquiátrico tiene como sustrato los referentes sociales y culturales para definir la anormalidad. Este hecho abre un rico campo de investigación antropológica: el fundamento cultural del saber psiquiátrico. Es posible diseccionar el saber psiquiátrico con herramientas de la antropología ya que dicho saber no nace de la observación minuciosa en los laboratorios, con la ayuda de potentes microscopios que escudriñaban los secretos del cerebro, sino en la interacción con la sociedad. Esto nos acerca a la naturaleza *dialógica* del saber psiquiátrico.

EL OTRO Y LOS MITOS DE LA CIENCIA

Es obvio el vínculo cultural que une al psiquiatra con las familias, ya que el especialista forma parte de una cultura y su quehacer tiene lugar en función de las exigencias de la colectividad. Este hecho nos permite plantear que tanto la sociedad capitalina como los médicos estaban convencidos de la eficacia terapéutica del encierro, y en ello radicaba la legitimidad de dicha institución. En consecuencia, ubicamos el tema –la eficacia terapéutica como verdad– en el marco de la relación psiquiatría-cultura. Por consiguiente puede formularse una pregunta de rigor: ¿cuáles fueron las bases culturales que fundamentaron la construcción de esta “verdad”? Si buscáramos las bases históricas de este fenómeno, llegaríamos a una reconstrucción de los hechos que nos expondría quiénes trajeron los imaginarios y cómo los difundieron. Sin embargo, en este escrito nos preguntamos por las bases culturales de la relación entre psiquiatría y cultura. Esto implica determinar qué mecanismo sirvió de vínculo entre ambos sectores. La propuesta es la siguiente: el loco fue un mito compartido tanto por los científicos como por las familias. Si bien en cada momento histórico impera una noción de locura, a partir del siglo XIX, cuando la medicina se hace científica, el mito del loco se construye en términos biológicos (Porter, 2002: 123-151). El enfermo mental existe *de facto*, pero las ideas sobre él –la locura– cambian con el tiempo.

Así como el gran mito de la antropología de fin de siglo fue el del *salvaje*, la nascente psiquiatría creó el mito del *loco* (Bartra, 1992). Si bien ambas imágenes existían con siglos de anterioridad, en este momento histórico, la hegemonía de la ciencia basada en el positivismo, le imprimió un nuevo significado. Si la antro-

pología era la ciencia que observaba a los otros, a los extraños que estaban distantes en el espacio, la psiquiatría veía a los otros, a los extraños que convivían en el seno de las ciudades modernas. Ambas miradas buscaban comprender por qué eran refractarios al orden social y al progreso, y qué los había mantenido al margen de los jugosos beneficios de la civilización y la cultura. En ese sentido se hermanan la antropología y la psiquiatría en sus orígenes históricos.

Los primeros psiquiatras o médicos interesados en las enfermedades mentales, en tanto insertos en los espacios de poder estatal –como secretarías o ministerios de salud–, tuvieron la capacidad de crear y difundir un mito sobre la locura que le permitiera a la sociedad justificar el encierro de sus sujetos indeseables. Ellos articularon, en el lenguaje médico-biológico, un mito con base en los referentes sociales de normalidad y anormalidad que se tejieron a lo largo del siglo XIX. Y como suele ocurrir en las relaciones de poder, el subalterno se apropió del discurso del dominante en aras de sus propios intereses¹⁸.

El mito moderno del loco tuvo dos caras: la del degenerado y la del nervioso. Fueron dos formas distintas y a la vez complementarias de ver la locura que determinaron la manera de comprender a los anormales. Son máscaras que si le hormaban bien al supuesto loco, a éste se le comenzaba a tratar como tal¹⁹. Así como las máscaras ocultan la identidad del actor, éstas de la locura nos impiden conocer el real estado mental del supuesto loco. A continuación veremos cómo eran esas máscaras a partir de textos escritos por médicos de aquella época.

MÁSCARA 1: EL DEGENERADO

La teoría de la degeneración estuvo en boga en todo el mundo occidental desde mediados del siglo XIX hasta bien entrado el siglo XX, cuando tuvieron lugar las más racistas propuestas emanadas de la eugenesia, como los proyectos fascistas para la purificación de la raza. Dicha teoría, propuesta por el alienista francés August Benedict Morel, consideraba que la especie humana era viable de cambiar o mejorar a través del tiempo. Por ello, hábitos nocivos como el alcoholismo o una vida sexual que rompiera los cánones de lo normal, degenerarían la raza. En consecuencia, los viciosos o enfermos crónicos serían propensos a tener hijos epilépticos, locos o criminales. Estos, a su vez, tendrían hijos imbéciles que no se reproducirían²⁰. De manera que los pujantes proyectos de nación en el mundo occidental se preocuparon por el loco en tanto amenaza para los objetivos modernizantes y civilizatorios, y de este modo

18 Está demostrado, desde las teorías de la subalternidad, que en las relaciones de poder los dominados se apropiaron del discurso de los dominantes como un mecanismo de resistencia (Scott, 2000; 1985; Moore, 1996).

19 Esta es la lógica del *estigma* planteada por Goffman (1970).

20 La teoría del degeneracionismo es ampliamente expuesta por Huertas García-Alejo, (1987).

el encierro del loco ocultó intereses políticos. Esta teoría fue fundamental ya que sentó las bases de una auténtica bio-política: el ejercicio del poder bajo la legitimidad que otorgaba la ciencia. Este referente centraba su mirada en todos aquellos sujetos que, generalmente, pertenecían a los cinturones de miseria y cuyas vidas trascurrían entre la insalubridad, otra causa de la degeneración. La pobreza se convirtió en cuna de locura, delincuencia, prostitución, alcoholismo, en resumen, de degeneración. Se consideraba que estos sujetos carecían de preceptos morales que les permitieran ponerle un freno a sus impulsos, y esto sólo era posible a través de la cultura. ¿Cómo definir al degenerado que debía ser recluso en el Manicomio? Las primeras reflexiones sobre la locura que debía ser encerrada en México no tuvieron lugar al calor de la clínica psiquiátrica, ni tampoco desde las cátedras que en las universidades se destinaron a comprender las enfermedades mentales. Más bien, tuvieron lugar en un espacio transdisciplinario: la medicina legal. En ella convergían los referentes del derecho con las herramientas de la medicina. Los médicos legistas fueron los primeros en reflexionar sobre las implicaciones legales de la locura. La importancia jurídica de dicha afección radicaba en que el loco no estaba en capacidad de ejercer sus derechos civiles ni sus responsabilidades penales. Un loco no podía comprar o vender propiedades, testar, casarse ni administrar sus propiedades. Además, en caso de que un loco cometiera un crimen no se le consideraba culpable y en lugar de recibir un castigo, recibiría tratamiento médico. Recién redactados los códigos civil y penal, la definición de la locura fue una necesidad jurídica. Si bien se asumía que todos eran iguales ante la ley –otro mito de la modernidad política–, había unos que no lo eran y su diferencia debía ser señalada científicamente. En consecuencia, se publicaron artículos y tesis donde los médicos se preguntaban si la epilepsia, el alcoholismo, la demencia o las neurosis hacían a los afectados incapaces en términos jurídicos. Resumiendo, el degenerado como una cara del mito del loco tenía los siguientes elementos: por ser amorales tenderían a la delincuencia con facilidad; el degenerado era pobre; la locura desde esta perspectiva era hereditaria, como el pecado original, razón por la que se asumía la existencia de un destino fatídico para los hijos de los viciosos; el degenerado era una amenaza pública, razón por la cual su encierro era una medida para cuidar la sociedad; el degenerado aparecía con más frecuencia entre los hombres que entre las mujeres.

MÁSCARA 2: LOS NERVIOSOS

Ella siempre fue de temperamento muy nervioso y bilioso, siendo muy afectada a la lectura de novelas, a la música, al canto, al cine y deseando figurar como artista, pues estos deseos la hacían impresionarse y posesionarse de cientos de actos, que la hacían romántica. Motivó su desequilibrio cerebral,

una decepción amorosa causada por anónimos injuriosos. Algún tiempo se le inyectó por prescripción médica, no habiendo en su familia personas atacadas del cerebro también sentía afecto por pintar (AHSS, F-MG, SE-EC, caja 90, exp. 34, ff. 11).

Esta carta fue escrita por la hermana de una paciente de veinticuatro años, soltera y con una posición social que le permitía tener acceso a la lectura de novelas, al cine y a la música, al punto de desear “figurar como artista”. Sin embargo, el problema apareció debido a su temperamento “nervioso y bilioso”. Desde la medicina hipocrática, el exceso de bilis negra fue considerado como la causa de la melancolía, una propensión a la tristeza profunda que solía ser propia de los poetas (Bartra, 2001). Pero las afecciones “nerviosas” son mucho más recientes. Datan de siglo XVIII cuando el escocés William Cullen propuso este término para designar trastornos psíquicos sin una alteración orgánica demostrable cuyo origen residía en alteraciones de los “nervios”. Bajo esta categoría fueron clasificados desde síncope hasta hidrofobia, pasando por histeria, melancolía, amencia, manía, neurastenia, psicosis y paranoia (López Piñero, 1985: 33-35). En el contexto mexicano, el doctor José Olvera publicó un artículo donde exponía ampliamente las causas de las “nevrosis” en México. Según sus investigaciones, los neuróticos no eran pobres; más bien, pertenecían a la clase “suprema” y adquirirían la enfermedad por imitación o por “la funesta influencia de los libros”; además, solía presentarse en sujetos “en extremo sensibles” (Olvera, 1870: 53).

Otro médico que trabajó en el hospital de San Hipólito escribió en 1887 que las neurosis eran propias de la “sociedad moderna” ya que los grupos indígenas, al carecer de novedades y estímulos fuertes, no “alborotaban sus pasiones”. Por ello, “la sociedad es la que arregla esas circunstancias que muchas veces se atraviesan en nuestros días, lastimándonos al punto de enloquecernos, aunque sea sólo por unos instantes” (Rivadeneira, 1887: 13). En consonancia con esto, en 1900 el doctor Adolfo Aguirre mencionaba que en medio de la agitación propia de la vida moderna se estaba creando un temperamento nervioso que afectaba, entre otros, a comerciantes, ministros de Estado, hombres de negocios, diplomáticos, matemáticos, financieros, economistas, tenedores de libros, periodistas y estudiantes: “todos están en disposición de hacerse neurasténicos por la fatiga intelectual a la que los conduce su ocupación” (Aguirre, 1900: 15). Esta perspectiva fue compartida por un número nada despreciable de médicos. Por ejemplo, en 1893 el doctor Vergara y Flores en su artículo “Neuropatías y aberración intelectual”, expuso una visión similar sobre la naturaleza de las enfermedades nerviosas. Concluía que estas afecciones emergían en la “raza moderna” en medio del progreso tecnológico y económico: la sociedad se elevaba “a las alturas en alas bienhechoras; pero va dejando sobre la tierra los

tristes despojos de sus órganos maltratados, de un sistema nervioso decaído y vacilante” (Vergara y Flores, 1893: 200).

Estos médicos nos ofrecen una visión triste y melancólica de los cambios sociales que estaban afectando al México porfiriano. No todo era desarrollo tecnológico, social y cultural. El tan anhelado progreso iba dejando despojos humanos a su paso: sujetos que sin pericia se habían sumergido en la seductora corriente del progreso sin tener en cuenta las sutiles trampas a las que se exponían. Por consiguiente, los psiquiatras que tuvieron ante sí a las víctimas de la neurosis no sólo observaban una enfermedad, sino los estragos de la modernidad. La muy optimista mirada de los positivistas, que sólo veía beneficios y bondades en civilizar a México, tuvo su contraparte: es decir la mirada melancólica frente a quienes se habían contagiado de la plaga intrínseca al progreso: la alteración de los nervios. Este hecho movió al mencionado doctor Flores y Vergara a afirmar que las neurosis no eran otra cosa que “el grito de alarma dado por los centros nerviosos fatigados para prevenir y anunciar una ruina tremenda que se acerca” (Vergara y Flores, 1893: 202).

Las afecciones nerviosas se consideraban más recurrentes en las mujeres debido a que, según se decía, tenían una constitución más débil. Sin embargo, hubo una tendencia generalizada a que estas mujeres no fueran encerradas en los manicomios públicos; de hecho, no alcanzaban el 3 por ciento de la población total. Más bien, estas reflexiones partieron del ejercicio de la clínica privada. Estas pacientes tenían la capacidad de pagar la consulta de un prominente médico. Además, en lugar del encierro psiquiátrico, el tratamiento recomendado era los cómodos balnearios con aire puro y seleccionada comida para señoritas y jóvenes de buena familia que requirieran la terapéutica distancia del bullicio ciudadano (Porter, 2003: 98). Resumiendo, las neurosis se caracterizaban por: afectar a las clases pudientes; ocurrían por el exceso de vida cultural; afectaban más a mujeres que a hombres; a diferencia de los degenerados que heredaban su locura, los nerviosos la elegían por voluntad propia –razón por la que se consideraba que la histeria era una enfermedad de la “voluntad”–; el encierro, en los pabellones de pensionistas, tenía lugar para la tranquilidad familiar en aras de la paz doméstica.

La psiquiatría creó un mito de la locura con dos caras, atravesado por variables de clase y de género. Este mito se enriqueció con los referentes culturales para diferenciar lo “normal” de lo “anormal” en aquel México porfiriano. El historiador Klaus Dörner en su libro *Ciudadanos y locos*, propone una hipótesis aplicable al contexto mexicano: la locura fue, justamente, la antítesis de la ciudadanía. El ciudadano era el sujeto ideal, mientras que el loco carecía del elemento que hacía al ciudadano ilustrado, es decir la razón. Sólo el hombre racional podía participar en política, esto es, en el espacio público. Quienes no

fueran lo suficientemente racionales debían vivir aislados, observados y científicamente clasificados, cual materialización de los nuevos demonios que embardnaban el progreso en un mundo que parecía secular y moderno. →

FUENTES PRIMARIAS

Aguirre, Adolfo

1900 *La neurastenia*. México, Imprenta de la Secretaría de Fomento.

Labastida, Sebastián

1879 "Estado que manifiesta el movimiento de enfermos habido en Hospital de San Hipólito en el año de 1878, con relación a sus diagnósticos", en *Gaceta Médica de México*, 26, pp. 112-120.

Morales Pereyra, Samuel y Antonio Romero

1898 "Exposición y proyecto para construir un manicomio en el Distrito Federal", en *Memorias del Segundo Congreso Pan-Americano de Medicina*, verificado en México, 16-19 de noviembre de 1896. México, Hoeack y Compañía Impresores y Editores, pp. 888-896.

Olvera, José

1870 "Discurso sobre causas de la nevrosis en México", en *El Observador Médico*, 1, 4, pp. 49-54.

Rivadeneira, Mariano

1887 *Apuntes para la estadística de la locura en México*. México, Tipografía de la Secretaría de Fomento.

Vergara y Flores, L.

1893 "Neuropatía y aberración intelectual", en *Medicina Científica*, vi, 13, pp. 200-204.

88

FUENTES SECUNDARIAS

Álvarez-Uría, Fernando

1983 *Miserables y locos. Medicina mental y orden social en la España del siglo XIX*. Barcelona, Tusquets.

Agostoni, Claudia

2003 *Monuments of Progress. Modernization and Public Health in Mexico City, 1876-1910*. University of Calgary Press, University Press of Colorado, Instituto de Investigaciones Históricas, UNAM.

Ayala Flores, Hubonor

2007 *Salvaguardar el orden social. El manicomio del estado de Veracruz (1883-1920)*. Zamora, Michoacán, El Colegio de Michoacán.

Bartra, Roger

2004 *Trasgresión y melancolía en el México colonial*. México, UNAM.

Bartra, Roger

2001 *Cultura y melancolía. Las enfermedades del alma en la España del Siglo de Oro*. Barcelona, Anagrama.

Bartra, Roger

1992 *El salvaje en el espejo*. México, Editorial Era.

Berkstein Kanarek, Cecilia

1981 *Hospital del Divino Salvador para mujeres dementes*. México, Tesis de Licenciatura en Historia, ENAH.

Carrillo, Ana María

2002 "La profesión médica ante el alcoholismo en el México moderno", en *Cuicuilco*, 9, xxvi, pp. 295-314.

Castell, Robert

1980 *El orden psiquiátrico. La edad de oro del alienismo*. Madrid, La Piqueta.

Castles, Stephen y Mark Miller

2004 *La era de la migración. Movimientos internacionales de población en el mundo moderno*. México, Universidad Autónoma de Zacatecas, Cámara de Diputados LXI Legislatura.

Cuadriello Aguilar, Jaime Genaro

1983 *La arquitectura en México (1853-1920). Ensayo para el estudio de sus tipos y programas*. México, Tesis de Licenciatura en Historia del Arte, Universidad Iberoamericana.

Dörner, Klaus

1975 *Ciudadanos y locos. Historia social de la psiquiatría*. Madrid, Taurus.

Foucault, Michel

1987 *Enfermedad mental y personalidad*. México, Editorial Paidós.

Foucault, Michel

1996 *La vida de los hombres infames*. Argentina, Editorial Altamira.

Foucault, Michel

2000 *Los anormales*. México, Fondo de Cultura Económica.

Goffman, Irving

1970 *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires, Amorrortu.

Goffman, Irving

2001 *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires, Amorrortu.

Goldstein, Jan

1987 *Console and Classify. The French Psychiatric Profession in the Nineteenth Century*. Cambridge, Cambridge University Press.

Grob, Gerald

1983 *Mental Illness and American Society, 1875-1940*. Princeton, Princeton University Press.

Grob, Gerald

1994 *The Mad Among Us: A History of the Care of American's Mentally Ill*. Cambridge, Harvard University Press.

Huertas García-Alejo, Rafael

1987 *Locura y degeneración. Psiquiatría y sociedad en el positivismo francés*. Madrid, C.S.I.C.

Huertas García-Alejo, Rafael

2001 "Las historias clínicas como fuente para la historia de la psiquiatría: posibles acercamientos metodológicos", en *Frenia. Revista de Historia de la Psiquiatría*, 1 (2), pp. 7-37.

López Piñero, José María

1985 *Orígenes históricos del concepto de neurosis*. España, Alianza Universidad.

MacMichael Reese, Carol

2004 "Nacionalismo, progreso y modernidad en la cultura arquitectónica de la ciudad de México, 1900", en Widdifield, Stacie (ed.), *Hacia otra historia del arte en México. La amplitud del modernismo y la modernidad (1861-1920)*. México, Arte e Imagen - Conaculta.

Moore, Barrington

1996 *La injusticia: las bases sociales de la obediencia y la rebelión*. México, UNAM.

Porter, Roy

2003 *Breve historia de la locura*. España, Fondo de Cultura Económica.

Postel, Jacques y Claude Quétel (comps.)

1987 *Historia de la psiquiatría*. México, Fondo de Cultura Económica.

Ríos Molina, Andrés

2007 *La locura durante la Revolución mexicana. Los primeros años del Manicomio La Castañeda, 1910-1920*. México, Tesis Doctoral en Historia. El Colegio de México.

Sacristán, Cristina

2002 "Entre curar y contener. La psiquiatría mexicana ante el desamparo jurídico, 1870-1944", en *Frenia. Revista de Historia de la Psiquiatría*, 11 (2), pp. 61-80.

Sacristán, Cristina

1992 *Locura e Inquisición en la Nueva España*. México, Fondo de Cultura Económica - El Colegio de Michoacán.

Sacristán, Cristina

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

Scott, James

1985 *Weapons of the Weak: Everyday Forms of Peasant Resistance*. New Haven, Yale University Press.

Scott, James

2000 *Los dominados y el arte de la resistencia: discursos ocultos*. México, Editorial Era.

Scull, Andrew

1979 *Museums of Madness. The Social Organization of Insanity in Nineteenth-Century England*. New York, St. Martin's Press.

Shorter, Edward

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

Shorter, Edward

2005 *A Historical Dictionary of Psychiatry*. New York, Oxford University Press.