

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE FILOSOFÍA Y LETRAS
COLEGIO DE HISTORIA**

**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 que para obtener el grado de Licenciado en Historia presenta:

Francisco Jesús Morales Ramírez

Directora de tesis:
Cristina Sacristán

Sínodo:
Claudia Agostoni
Teresa Ordorika
Martha Lilia Mancilla
Carlos Viesca

México, D.F., Ciudad Universitaria, abril de 2008



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

***PARA LETY Y PANCHO,
NORMA Y MARY.***

Maldito, pues, serás tú desde ahora sobre la tierra, la cual ha abierto su boca y recibido de tu mano la sangre de tu hermano. Después que la habrás labrado, no te dará sus frutos: errante y fugitivo vivirás sobre la tierra.

Génesis, 4:11-12

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a todas aquellas personas que en algún lugar “en el camino” y durante algún momento de la elaboración de este proyecto –“una educación audaz”- me brindaron su apoyo, contribuyeron de alguna manera o simplemente vivieron conmigo este tiempo, pues todas esas circunstancias, experiencias y locuras, finalmente, se ven reflejadas, de modo consciente o no, en el producto final que aquí se presenta.

Gracias a los amigos y camaradas que en estos tres años siempre mostraron interés por la tesis y que sólo desconfiaron *un poco* con respecto a su conclusión. A mis hermanos de CCH, a los de “Filos”, y a todos los demás.

Reconozco especialmente a Cristina Sacristán por sus recomendaciones, comentarios y, en ocasiones, duras críticas, pero sobre todo, por su afectuosa orientación. A todos los sinodales: Claudia Agostoni, Teresa Ordorika, Martha Lilia Mancilla y Carlos Viesca, por su disposición y ánimo, y por sus acertadas opiniones y cuestionamientos. A Alberto del Castillo, quien confió en mí desde un comienzo.

A mi familia por su apoyo incondicional no puedo decir otra cosa que gracias y gracias.

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN GENERAL	11
- Orígenes y fundamentos del tratamiento moral de la locura en Europa	12
- El tratamiento moral en la historiografía contemporánea	17
- Breve bosquejo del naciente alienismo capitalino del siglo XIX	20
- La instauración del tratamiento moral en la ciudad de México	22

PRIMERA PARTE:

El establecimiento del tratamiento moral como eje de la asistencia y de la terapéutica de la locura en la ciudad de México durante el siglo XIX	25
---	----

1. EL PRIMER ACERCAMIENTO AL TRATAMIENTO MORAL: 1830-1860

Introducción	26
--------------	----

1.1 El tratamiento moral en los primeros textos capitalinos sobre la enajenación mental	26
---	----

1.2 La práctica del tratamiento moral en los hospitales para dementes	40
---	----

Conclusiones	54
--------------	----

2. LA CONSOLIDACIÓN DEL TRATAMIENTO MORAL: 1860- 1910

Introducción	57
--------------	----

2.1 El papel central del médico-alienista en el tratamiento moral europeo de principios del siglo XIX	58
---	----

2.2 La medicalización de los hospitales para dementes ciudadanos en 1860 como inició de la consolidación del tratamiento moral	65
--	----

2.3 El auge del tratamiento moral en el discurso médico local	82
---	----

2.4 La práctica del tratamiento moral en los hospitales para dementes	118
---	-----

Conclusiones	145
--------------	-----

SEGUNDA PARTE:

Las razones de la asimilación del tratamiento moral en la ciudad de México durante el siglo XIX	149
3. LOS FACTORES SOCIALES	149
Introducción	149
3.1 El modo de vida burgués y el tratamiento moral	150
3.2 La filantropía y la racionalidad del tratamiento moral	163
3.3 El tratamiento moral y el discurso del progreso y la civilización	178
Conclusiones	190
4. LOS FACTORES MÉDICOS	193
Introducción	193
4.1 La psiquiatría organicista europea en el siglo XIX	194
4.2 La conciliación cuerpo-alma en la medicina capitalina decimonónica	204
4.3 El fracaso de la terapia farmacológica de la locura	216
4.4 Las limitaciones del localizacionismo cerebral y el triunfo del tratamiento moral	228
Conclusiones	244
REFLEXIONES FINALES	247
- La apoteosis de la terapéutica del alma	247
REFERENCIAS	259
- Archivos	259
- Fuentes	259
- Bibliografía	279

INTRODUCCIÓN GENERAL

Desde su nacimiento a finales del siglo XVIII y comienzos del XIX, la psiquiatría se ha valido de una considerable cantidad de mecanismos médicos para contrarrestar la enfermedad mental. Sin embargo, ninguno de ellos ha logrado a cabalidad su cometido. De hecho, el tratamiento y la asistencia de esta patología son temas que usualmente han provocado controversia y suspicacia no sólo en el seno de la medicina, sino también en la sociedad en general. Actualmente, las prometedoras investigaciones a partir de las neurociencias, la genética y las imágenes cerebrales, así como la confluencia práctica de la perspectiva social, la psicoterapia rigurosa y la nueva psicofarmacología, han arrojado fundadas expectativas en el campo de la salud mental.¹

En poco más de doscientos años, la psiquiatría ha vivido momentos tanto de optimismo como de pesimismo terapéutico. Entre los primeros sobresale la etapa inaugural de la disciplina. Al despuntar la centuria decimonona el alienismo europeo se mostraba confiado en un método que, a decir del propio discurso médico, constituía “más propiamente la medicina que puede efectuar la curación, que el arte afectado de hacer pomposas recetas”.² Esta terapéutica era el tratamiento moral, un mecanismo enfocado primordialmente a tratar la parte psíquica y emocional del enfermo; la medicina del alma de la locura.

En Europa fue considerado como un tratamiento de inigualable valor sobre todo al finalizar el siglo XVIII e iniciar el XIX. Algunas décadas más tarde también ocupó un lugar importante en la ciudad de México: fue el eje de la terapéutica y de la asistencia públicas de la locura. Los médicos ciudadanos le concedieron una enorme significación al grado que se puede decir que entre 1830 y 1910 se vivió la apoteosis de la terapéutica del alma. Esta investigación tratará de responder dos cuestiones al respecto. Primero, ¿cómo y por qué se estableció esta terapia de la enajenación mental en la medicina capitalina de corte anatomopatológico de la época? Y por otro lado, ¿cuáles fueron las diferencias y concordancias entre el

¹ Ramón de la Fuente, 1997, “Hacia un nuevo paradigma en la psiquiatría”, pp. 2-7.

² Philippe Pinel, 1998, [1801], *Tratado médico-filosófico de la enajenación mental o manía*, pp. 59 y 82.

discurso psiquiátrico y la praxis manicomial de tal terapéutica y cómo esta dicotomía influyó en su instauración real?

En esta introducción, primero se explica en qué consistió el tratamiento moral y cuáles fueron sus cimientos europeos; luego, cómo ha sido abordado tanto por la historiografía foránea como por la mexicana y, finalmente, cuál fue la particularidad de su establecimiento en la ciudad de México, no sin antes esbozar las características del alienismo capitalino en que se desarrolló.

Cabe mencionar que es tal la trascendencia del tratamiento moral que, en la actualidad, algunos de sus fundamentos han sido transformados y aún forman parte del tratamiento de la patología mental y de la institución psiquiátrica, como el trabajo (ergoterapia), la relación médico-paciente (psicoterapia), el teatro (psicodrama) o la música (musicoterapia). Sin lugar a dudas, la terapéutica moral ocupa un lugar de gran relevancia en la historia de la medicina mental. Su análisis ayudará a comprender no sólo la naciente psiquiatría decimonónica de la ciudad de México, sino también, su posterior consolidación en el siglo XX y, por qué no, sus avances y limitaciones de hoy en día. La conciencia histórica debe ser un componente imprescindible para la psiquiatría mexicana contemporánea porque sin ella, su identidad profesional podría verse menoscabada a pesar de los notables adelantos.

Orígenes y fundamentos del tratamiento moral de la locura en Europa

En nuestros días, la expresión “tratamiento moral” puede dar pie a confusiones, por ello, es preciso aclarar su sentido. De acuerdo a la tradición médica en que se inscribió, el término no se refería a enseñar buenas costumbres al alienado ni tampoco a un régimen terapéutico basado en reglas *éticas* que regularan su conducta. De hecho, como ya se mencionó, designaba una terapia propiamente psíquica y afectiva orientada a influir en las pasiones, emociones e intelecto del enfermo. Por ejemplo, la *Encyclopédie méthodique* de 1815 definió el epíteto “moral” como “el conjunto de las facultades intelectuales del hombre y las afecciones del

alma considerado como un estado opuesto al estado material o físico”.³ Y aunque estrictamente no equivale a la terapia psicológica actual, puede decirse que algunos de los elementos del tratamiento moral corresponden a lo que en el siglo XX se denominaría precisamente con el nombre de “psicológico”.

Despejado este punto, veamos ahora en qué consistía el tratamiento moral. En esencia, fue un dispositivo terapéutico que tenía como objeto intervenir de manera psicológica en el paciente por medio de la articulación de tres mecanismos: 1. El manicomio y el aislamiento terapéutico; 2. La relación persuasiva-punitiva entre el médico y el enfermo; y 3. La terapia a través del movimiento. La inclusión de elementos tan dispares es un asunto que aún no ha sido dilucidado del todo, no obstante, probablemente se deba a la confluencia de una serie de factores, tales como la filantropía ilustrada que exigía consideración hacia los desgraciados; la concepción económica y cultural que miraba a la actividad (llámese trabajo o educación) como uno de los pilares de la sociedad y a la ociosidad como uno de los mayores males sociales; así como por el propio interés de la medicina por el fenómeno de la locura y la profesionalización del sector médico, entre otros aspectos.

Al menos en el discurso, se suponía que la efectividad del tratamiento moral descansaba en el buen funcionamiento particular de cada uno de sus componentes y del conjunto en general. Y a pesar de que en ocasiones se echó mano de alguno de sus elementos de forma aislada, el método moral fincó su optimismo discursivo en la estrecha asociación de los mismos.

Precisamente, este optimismo terapéutico fue el soporte teórico de la concepción de la locura del tratamiento moral. En contraste con la ideología médica anterior que consideraba al loco como un enfermo irrecuperable, ahora éste era susceptible de curación e, igualmente, capaz de razonar puesto que la enajenación mental –según la misma teoría- no lo privaba absolutamente del entendimiento. En cuanto que el enajenado conservaba algunos restos de razón, el médico podía establecer comunicación con él y persuadirlo del error que lo

³ Citado por Rafael Huertas, 2004, *El siglo de la clínica. Para una teoría de la práctica psiquiátrica*, pp. 202.

había llevado a la locura. Así, el tratamiento moral hizo del loco no sólo un enfermo curable, sino también, un sujeto relativamente razonable.⁴

Los primeros psiquiatras sostenían que la alienación mental era una afección única, en la cual las distintas categorías nosológicas, como la melancolía, la manía, la idiocia y la demencia, formaban parte de un mismo proceso patológico. Por lo tanto, se garantizaba la homogeneidad absoluta: una enfermedad única requería una terapéutica específica (el tratamiento moral), una institución exclusiva (el manicomio) y un médico especial (el alienista).⁵

Por otra parte, el origen europeo de esta terapéutica habitualmente había sido adjudicado casi de manera exclusiva al alienista francés Philippe Pinel (1745-1826),⁶ sin embargo, desde hace algunas décadas se ha planteado que, con anterioridad o de forma contemporánea al “gran Pinel”, personajes como William Battie (1703-1776) en Londres, Vincenzo Chiarugi (1759-1820) en Florencia, Joseph Daquin (1732-1815) en Chambery, William Tuke (1732-1822) en York, entre otros, participaron del mismo contexto filantrópico y realizaron reformas en los asilos para locos con base en las medios morales.⁷

Si bien es cierto –como argumenta Michel Foucault– que algunos de los principios del tratamiento moral formaban parte del repertorio terapéutico de la locura desde la antigüedad, como los paseos al aire libre, la música, las emociones repentinas y vivas, el diálogo entre el médico y el enfermo, etc.,⁸

⁴ No obstante, el historiador español José Luis Peset sostiene que en los psiquiatras que promovieron el tratamiento moral, como Philippe Pinel, se encontraba el origen de la incurabilidad y de la cronicidad que caracterizarían a la psiquiatría de fin de siglo. Peset, 1993a, “Entre el gabinete y el manicomio: reflexiones sobre la psiquiatría española de fin de siglo”, pp. 128. De acuerdo a Dora B. Weiner sólo el 9% de las enfermas del hospital de la Salpêtrière le parecieron curables a Pinel y el tratamiento moral fue aplicado exclusivamente a ellas. Weiner, 2002, *Comprender y curar: Philippe Pinel (1745-1826): la medicina de la mente*, pp. 193, 225. También ver: Jacques Postel, 1993a, “Del acontecimiento teórico al nacimiento del asilo (El tratamiento moral)”, pp. 145; Robert Castel, 1980, *El orden psiquiátrico. La edad de oro del alienismo*, pp. 243-254.

⁵ Georges Lanteri-Laura, 2000, *Ensayo sobre los paradigmas de la psiquiatría moderna*, pp. 65-84.

⁶ Sobre el origen del mito fundacional de “la liberación de los locos” por parte de Pinel, ver José Martínez Pérez, 1993, “Entre la filantropía y la ciencia. La medicalización de la locura en la primera mitad del siglo XIX”, pp. 56-65; Weiner, 2002, pp. 12-16, 128.

⁷ Edward Shorter, 1997, *A History of Psychiatry: From the Era of the Asylum to the Age of Prozac*, pp. 8-16; Klaus Dörner, 1974, *Ciudadanos y locos: Historia social de la psiquiatría*, pp. 174-175; Postel, 1993a, pp.144; Castel, 1980, pp. 91.

⁸ Michel Foucault, 2000, *Historia de la locura en la época clásica*, t. I, pp. 495-527. Otros autores que tratan sobre la “antigüedad” del tratamiento moral son: José Ma. Álvarez, 1999, *La invención de las enfermedades mentales*, pp. 42-43; Shorter, 1997, pp. 66-67.

considero que el punto verdaderamente innovador que planteó este grupo de médicos, fue la sistematización de toda una gama de medios psicológicos en torno a la institución del asilo. El tratamiento moral “inventó” el manicomio terapéutico y lo convirtió en el centro de sus movimientos. El primer fundamento del tratamiento moral se había producido: el aislamiento del loco en un sitio ideado por los alienistas.⁹

Anteriormente, en gran parte de Europa los lugares de recogimiento de los locos habían sido hospicios u hospitales en donde también se prestaba servicio tanto a otros enfermos como a marginados sociales como mendigos o prostitutas. No fue sino hasta mediados del siglo XVIII, sobre todo a partir de la influencia de la Ilustración, que algunos filántropos, reformadores y médicos, comenzaron a interesarse en la perniciosa situación de los enfermos mentales confinados en dichos lugares. Ante el abandono y el maltrato al que eran sometidos, primero se pensó en una medida humanitaria. Era conveniente desechar las cadenas y los castigos y, en contraste, hacer uso de la dulzura y la filantropía.

Una vez “liberados”, el punto a seguir era emancipar a los locos también de aquellas promiscuas casas de reclusión y crear lugares idóneos para su tratamiento médico. Por tal virtud, conforme a la terapéutica moral, se comenzaron a construir asilos específicamente destinados para los alienados.

Sin embargo, no sólo había que aislar a los locos de los parias sociales, sino también de su familia y del vecindario en donde se había originado su delirio. El aislamiento terapéutico, premisa fundamental del tratamiento moral, consistía así, en separar al enfermo de un ambiente nocivo y llevarlo a un sitio benéfico y saludable. Un manicomio convenientemente estructurado de acuerdo a los medios morales era una institución curativa por sí misma. La idea era que un enfermo mental con el sólo hecho de encontrarse en el asilo podría beneficiarse de esa atmósfera benigna aunque no recibiera atención médica alguna.

Conforme al mismo discurso psiquiátrico, esta “máquina de curar” sería un lugar en donde se establecería un régimen basado en el orden, la disciplina y la

⁹ Una visión general sobre la importancia del asilo se encuentra en: Roy Porter, 2003, *Breve historia de la locura*, pp. 93-122; Shorter, 1997 pp. 4-17; Castel, 1980, pp. 96-104.

higiene. Los formuladores de la terapia moral pensaron en todas las características arquitectónicas y espaciales que debía reunir el asilo modelo y que influirían de modo psicológico en el alienado, como por ejemplo, los diversos y amplios departamentos que separarían las distintas especies de locura para evitar el “contagio moral” entre las mismas; o los jardines y talleres para distraer el delirio del loco. De tal modo, la demarcación rigurosa de los espacios así como la subsecuente separación de los cuerpos, producirían, en teoría, un rígido control manicomial y un microcosmos moralmente favorable.¹⁰

El personaje pensado para poner a punto todo esto era el psiquiatra. Previamente, los médicos habían ocupado un lugar secundario en los hospitales y habían estado subordinados a directores legos en medicina. Ahora, la institución creada por ellos mismos, el manicomio, evidentemente estaría bajo su dirección exclusiva y entonces podrían implantar todas las medidas morales recomendadas.

Asimismo, se establecería una relación estrecha con el enfermo y se sustituirían los regímenes coercitivos y brutales por prácticas amables, dulces y consoladoras por parte de todo el personal manicomial. Además, se pondría a efecto la terapia de la palabra a través del diálogo o del razonamiento como parte del sistema persuasivo moral.¹¹ No obstante, hay que señalar que no se excluían del todo los medios punitivos destinados a los enfermos “peligrosos” o “desobedientes”, y se usaban –en última instancia y siempre justificados de forma terapéutica- recursos como la intimidación, el miedo, la sujeción física (como la camisa de fuerza) y la violencia.¹² Así, la persuasión y la dulzura, por un lado, y el castigo y la dureza, por el otro, fueron los extremos del segundo fundamento del tratamiento moral: el influjo psicológico del médico hacia el enfermo.

El tercer cimiento fue la terapéutica del movimiento. Los alienistas europeos mantenían que era indispensable “mantener ocupados a los locos” para

¹⁰ Michel Craplet, 1993, “La construcción de asilos”, pp. 314-318.

¹¹ Julián Espinosa, 1976, “La asistencia psiquiátrica”, pp. 231-234; Hugo Vezetti, 1985, *La locura en Argentina*, pp. 70-73, 123; Martínez Pérez, 1993, pp. 60.

¹² Philippe Pinel y Étienne Esquirol (1772-1840) consideraron los medios coercitivos como el último recurso en los casos difíciles. Por su parte, Francois Leuret (1797-1851), es considerado como el máximo exponente del desarrollo de técnicas violentas en el seno del tratamiento moral. Pierre Morel y Claude Quérel, 1993b, “Las terapéuticas de la alienación mental en el siglo XIX”, pp. 437.

que éstos “olvidaran” su desvarío.¹³ El primer paso era la reglamentación rigurosa de la vida cotidiana en el interior del establecimiento para evitar la divagación de la alienación.¹⁴ Posteriormente, los procedimientos por los cuales se conseguiría este fin eran las distracciones (el teatro, la música, la lectura, los juegos de mesa, los paseos al aire libre, los ejercicios gimnásticos, etc.); la educación en pequeñas escuelas y el trabajo en talleres industriales y artesanales o en el cultivo de la tierra.¹⁵

Por último, hay que señalar que el tratamiento moral hizo de la psiquiatría de principios del siglo XIX una “ciencia especial”, como la llamaban los propios alienistas europeos, debido a que la aisló de los lineamientos de la medicina anatomopatológica de la época y la llevó por los senderos de la medicina del alma. Con todo, el tratamiento moral fue uno de las condiciones teóricas que permitieron la conformación de esta nueva especialidad médica, pues la dotó de una serie de elementos que la constituyeron como una disciplina plenamente instituida.¹⁶ Entonces, el tratamiento moral no fue únicamente una terapéutica de la locura, sino además, un verdadero paradigma psiquiátrico.

El tratamiento moral en la historiografía contemporánea

La historiografía de la psiquiatría, respecto al tratamiento moral, ha asumido tres posiciones que, en general, corresponden a las tendencias historiográficas contemporáneas: el internalismo, la denominada “escuela de control social” y el revisionismo.

La primera de ellas hizo su aparición a principios del siglo XX. Por lo común, ha centrado su interés en los grandes momentos fundacionales y en los

¹³ Huertas, 2004, pp. 219-222; Lanteri-Laura, 2000, pp. 83-84; Morel y Quérel, 1993b, pp. 438.

¹⁴ Sobre el orden en el asilo, ver Quérel, 1993c, “La vida cotidiana en un asilo para alienados a fines del siglo XX”, pp. 448-454; Castel, 1980, pp. 90-94.

¹⁵ Sobre las distracciones: Foucault, 2000, t. I, pp. 298-299. En cuanto a la educación: Castel, 1975, “El tratamiento moral. Terapéutica mental y control social en el siglo XIX”, pp. 154, 251-252, 287. Respecto al trabajo terapéutico: Jaques Donzelot, 1980, “Espacio cerrado, trabajo y moralización. Génesis y transformaciones paralelas de la prisión y del manicomio”, pp. 27-51; Yolanda Eraso, 2002, “El trabajo desde la perspectiva psiquiátrica. Entre el tratamiento moral y el problema de la cronicidad en el Manicomio de Oliva de Córdoba en las primeras décadas del siglo XX”, pp. 33-63; Joseph Comelles, 1997, “Reforma asistencial y práctica económica. De la crisis del tratamiento moral a la hegemonía del kraepelinismo”, pp. 83-105.

¹⁶ Jan Goldstein, 1993, “Psychatry”, pp. 1351.

personajes “célebres” desde una posición panegirista y poco crítica. En este sentido, su acercamiento al tratamiento moral ha sido realmente contradictorio. Por un lado, reconoce su importancia e, incluso, lo ha llamado “la primera revolución psiquiátrica”.¹⁷ Y por otro, su análisis al respecto es superficial y escueto. Se fundamenta más en los “mitos” psiquiátricos que en la lectura directa de las fuentes. Y a pesar de la pretendida importancia del tratamiento moral, le concede únicamente unas cuantas páginas y su estudio es desalentadoramente pobre.¹⁸

La segunda postura historiográfica tuvo su origen a partir de la gran obra *Historia de la locura en la época clásica* de Michel Foucault. Sus seguidores, Robert Castel, Klaus Dörner, Andrew Scull, Fernando Álvarez-Uría, entre otros, conformaron la perspectiva foucaultiana o “escuela de control social”. Con sus diferencias, básicamente esta posición argumenta que el tratamiento moral representa una “técnica disciplinaria” llevada a cabo por los “tecnócratas del alma” –los alienistas- mediante una autoridad médica omnipotente ejercida dentro del asilo (visto como un espacio judicial y de represión) con la finalidad de disciplinar a las clases populares en aras de la emergente sociedad industrial.¹⁹

No cabe duda que este enfoque introdujo modelos de reflexión muy diferentes a los expuestos en los textos tradicionales de historia de la psiquiatría, no obstante, ha sido puesta en duda por investigaciones recientes “que han hecho hincapié en la incapacidad del alienismo para llevar a cabo dichos objetivos”.²⁰ La historiografía revisionista de la psiquiatría de los últimos años sostiene que es necesario entender el asilo menos como una política central y más como el punto de encuentro de una multitud de negociaciones entre los personajes involucrados

¹⁷ Ristich M. de Groote, 1972, *La locura a través de los siglos*, pp. 171-195.

¹⁸ Erwin Heinz Ackerknecht, 1993, *Breve historia de la psiquiatría*, pp. 51-57; Gregory Zilboorg, 1968, *Historia de la psicología médica*, pp. 212-224.

¹⁹ Foucault, 2000; Castel, 1980 y 1975; Dörner, 1974; Andrew Scull, 1993, *The Most Solitary of Afflictions. Madness and Society in Britain, 1700-1900*; Scull, 1979, “Moral Treatment Reconsidered: Some Sociological Comments on an Episode in the History of British Psychiatry”; Fernando Álvarez-Uría, 1983, *Miserables y locos: medicina mental y orden social en la España del siglo XIX*.

²⁰ Huertas, 2001a, “Historia de la psiquiatría, ¿por qué? ¿para qué? Tradiciones historiográficas y nuevas tendencias”, pp. 21-22; Huertas, 2001b, “Historiografía de la asistencia psiquiátrica en España. De los “mitos fundacionales” a la historia social”, pp. 130-131.

(psiquiatras, pacientes, familias, burócratas).²¹ En consonancia, el tratamiento moral no es apreciado tanto como un dispositivo de control social, sino como parte de una nueva actitud y de un verdadero compromiso por parte de los alienistas de fines del siglo XVIII y principios del XIX por mejorar el cuidado del enfermo mental y las condiciones de los asilos, pero también, como un factor elemental en la legitimación científica del alienismo.²²

En México, por su parte, a pesar de que la historiografía de la psiquiatría fue cultivada durante gran parte del siglo XX, no fue sino hasta la década de 1980 que se registró un creciente interés por ella. Este “subgénero histórico” ha sido poco desarrollado en el territorio nacional y el número de investigadores entregados a su estudio es realmente reducido. En lo que se refiere a la historia de la psiquiatría del siglo XIX, la situación es aun menos halagüeña. El periodo había sido casi olvidado hasta hace poco tiempo, porque “el historiador [...] se ha dejado seducir por los grandes momentos fundacionales (San Hipólito y La Castañeda), relegando los tiempos formativos que dieron lugar precisamente a su establecimiento”.²³ De igual manera, la historia del tratamiento moral ha sido un tema usualmente ignorado, poco documentado y, en el mejor de los casos, abordado de forma superficial y periférica. Por consiguiente, esta investigación tiene el propósito de analizar un tema que hasta ahora no ha recibido la atención que se merece.

En líneas generales, en México también se han desarrollado las tres corrientes historiográficas antes comentadas. La tendencia internalista, comúnmente elaborada por médicos y psiquiatras, ha desdeñado tanto el periodo decimonónico como la terapéutica moral.²⁴ Recientemente, algunas

²¹ Porter, 2003; Cristina Rivera-Garza, 2001b, “Por la salud mental de la nación: vida cotidiana y Estado en el Manicomio General de La Castañeda, México, 1910-1930”.

²² Martínez Pérez, 1993; Porter, 2003; Shorter, 1997; Weiner, 2002.

²³ Cristina Sacristán, 2005a, “Historiografía de la locura y de la psiquiatría en México. De la hagiografía a la historia posmoderna”, pp. 30.

²⁴ Héctor Pérez-Rincón, 1995, *Breve historia de la psiquiatría en México*; Ma. Blanca Ramos de Viesca y Carlos Viesca, 1998, “El proyecto y la construcción del Manicomio General de la Castañeda”. Una excepción es el clásico de Germán Somolinos D’Ardois, *Historia de la psiquiatría en México*, que dedica un capítulo a la psiquiatría mexicana del siglo XIX y señala que hacia 1860 el médico mexicano adquirió conciencia de la importancia psiquiátrica y en el periodo de entresiglos se integró una nueva especialidad médica.

investigaciones realizadas por historiadores han tomado como modelo teórico la historia de la locura de corte foucaultiano y los postulados de la antipsiquiatría europea, afirmando de soslayo y sin confirmarlo documentalmente, que el tratamiento moral fue llevado a la práctica en los hospitales para dementes de la ciudad de México como parte de una política de control social.²⁵ Estos estudios son un claro ejemplo del riesgo de trasladar modelos interpretativos válidos para ciertas latitudes, pero inútiles para otros contextos. Finalmente, algunas obras que se sitúan en la historia social y cultural de la psiquiatría, dedican algún espacio secundario (unas pocas páginas) a la cuestión del tratamiento moral. Sostienen de manera crítica y fundamentada que la psiquiatría mexicana de la época asimiló dicha terapéutica de acuerdo a los valores burgueses decimonónicos y la puso en marcha en los hospitales para dementes del Divino Salvador y de San Hipólito, así como en los proyectos de construcción del manicomio capitalino.²⁶

Esta tesis, por su parte, se acerca a la perspectiva del revisionismo. Definitivamente, en la ciudad de México el tratamiento moral no cumplió una función de control social ni tampoco fue establecido por razones exclusivamente humanitarias. Como veremos, aquí el tratamiento moral tomó un carácter especial debido a las circunstancias en que se instauró.

Breve bosquejo del naciente alienismo capitalino del siglo XIX

En ocasiones se ha afirmado que la psiquiatría mexicana nació en el Manicomio General durante la primera mitad del siglo XX. A mi juicio, tal fenómeno ocurrió en el periodo decimonónico. Eric Van Young ha designado atinadamente al siglo XIX como la “prehistoria” de la psiquiatría en México.²⁷ En tal época, en efecto, se gestó la medicina mental y en el siglo XX más bien se dio su plena consolidación.

El periodo comprendido entre 1830 y 1910 constituye un “tiempo formativo” porque en él tuvieron lugar varios indicadores del nacimiento de la psiquiatría,

²⁵ Elia Patlán Martínez, 2000, *Historia de la psicología en México, 1867-1910. Estudio de caso: el Hospital de San Hipólito*; Marisa Valdés Fernández, 1995, *La salud mental en el porfiriato. La construcción de La Castañeda*.

²⁶ Martha Lilia Mancilla Villa, 2001, *Locura y mujer durante el porfiriato*; Diego Pulido Esteva, 2004, *Imágenes de la locura en el discurso de la modernidad. Salud mental y orden social a través de las visiones médica, criminológica, legal y literaria (ciudad de México, 1881-1910)*.

²⁷ Eric Van Young, 2001, “Estudio introductorio. Ascenso y caída de una loca utopía”, pp. 25.

como por ejemplo: la inquietud por una cátedra de enfermedades mentales desde 1868 y su instalación en 1887; la especialización oficial en psiquiatría en 1906; la importante inclinación por el tema de la locura en las tesis de titulación de medicina y en las revistas médicas; la creación de secciones dedicadas a la psiquiatría en los congresos médicos nacionales y la participación en congresos internacionales; la preocupación por establecer una legislación para el ingreso en los manicomios; la inclusión de los alienistas en los terrenos del derecho por medio de los juicios de interdicción y en el reconocimiento de criminales dementes; la fundación de establecimientos privados y públicos especiales para enfermos mentales y nerviosos; la elaboración de proyectos para la construcción del “manicomio moderno” en 1865, 1881, 1884, 1895 y 1906; y por supuesto, la edificación del sueño decimonónico: La Castañeda.²⁸

Asimismo, en nuestro periodo se experimentaron verdaderos cambios en la asistencia psiquiátrica y en el alienismo capitalino. Justamente, la delimitación temporal de este trabajo corresponde a estos hechos. Por una parte, a partir de la década de 1830 se entrevé un interés tanto por la enfermedad mental como por el tratamiento moral. Y casi a la par, se mostró preocupación por los hospitales para dementes capitalinos, del Divino Salvador para mujeres y de San Hipólito para hombres, y se realizaron en ellos numerosas reformas asentadas la mayoría de las veces en los medios morales. Por otra parte, en 1910 se clausuraron ambos asilos y se dio lugar a la anhelada inauguración del Manicomio General de La Castañeda, lo cual, a mi parecer, representa la conclusión de la primera etapa de la psiquiatría citadina porque a partir de entonces ésta tomó otro rumbo.

En el siglo XIX el incipiente alienismo local se caracterizó por su inclinación somaticista aunque en algunos aspectos presentó una posición conciliatoria entre distintos enfoques psiquiátricos. La visión psicologista de la enfermedad mental influyó de forma notable, pero el modelo organicista marcó la pauta general. La mirada del alienista se dirigió hacia lo corporal de la enfermedad en su afán de

²⁸ Sobre el establecimiento de la cátedra de enfermedades mentales en la Escuela de Medicina: Patlán, 2000, pp. 44-68, 95-107. En cuanto la legislación de locos en México véase: Sacristán, 2002, “Entre curar y contener. La psiquiatría mexicana ante el desamparo jurídico, 1870-1944”. Sobre la expansión manicomial en el territorio nacional: Mancilla, 2001, pp. 116; Patlán 2000, pp. 189 y 193; Valdés, 1995, pp. 82-83.

dotar a su disciplina de un estatuto de ciencia. Hacia finales de siglo el influjo del degeneracionismo favoreció esta somatización de la enajenación mental a través de los conceptos de la herencia degenerativa y de los estigmas físicos.²⁹ Igualmente, contrario a lo que sucedió en el caso de Philippe Pinel y del primer alienismo francés, la psiquiatría capitalina no se aisló del resto de la medicina. Aquí, desde un comienzo la psiquiatría intentó consolidarse como una ciencia objetiva de acuerdo al modelo anatomopatológico de la enfermedad que privaba en el resto de la “medicina científica”.

Los facultativos capitalinos consideraron que las lesiones materiales del cerebro eran las causantes de la enajenación mental. Estos daños respondían, a su vez, tanto a factores orgánicos (la herencia, el alcoholismo, la naturaleza femenina, otras afecciones) como morales (emociones repentinas o pasiones, la influencia del progreso y de la civilización). En cuanto a la terapéutica, se ve un “eclecticismo” que reúne a la terapia farmacéutica y al tratamiento moral, aunque hay que aclarar que, como se verá más adelante, cada uno de ellos tuvo una significación diferente.

En suma, el naciente alienismo ciudadano del siglo XIX, orientado en general por la medicina mental francesa, se preocupó por los aspectos somáticos pero nunca dejó de lado totalmente el punto de vista psicologista, lo que permitió que el tratamiento moral, ante una situación teóricamente adversa, en principio, se estableciera triunfalmente.

La instauración del tratamiento moral en la ciudad de México

El eje de la asistencia y de la terapéutica de la locura en la ciudad de México fue, sin duda, el tratamiento moral. Las terapias farmacéuticas fueron tenidas en cuenta pero siempre se llevaron a cabo de forma aislada o se consideraron como medios auxiliares o meros paliativos.

²⁹ Patlán, 2000, pp. 112-119; Pulido, pp. 31, 42, 61; Laura Suárez y López Guazo, 2001, “La salud mental en México: una visión desde la antropología y el evolucionismo, 1920-1960; Beatriz Urías Horcasitas, 2004, “Degeneracionismo e higiene mental en el México posrevolucionario (1920-1940)”.

De igual forma, cuando en el viejo continente se tomaron en consideración alternativas en la asistencia psiquiátrica como los sistemas abiertos (las colonias agrícolas y familiares), los establecimientos especializados para epilépticos, alcohólicos, psicópatas, peligrosos, etc.; y la profilaxis social que propugnaba la teoría de la degeneración; en México, en cambio, los médicos pretendieron construir un manicomio de corte tradicional de acuerdo a los medios morales.

Cabe mencionar que, justo en esos momentos (mediados del siglo XIX), el alienismo europeo se enfrentaba al fracaso del tratamiento moral y del manicomio tradicional que seguía las pautas de éste. Son varias las razones que se han argüido para explicar dicho fenómeno. Algunos argumentan que el crecimiento vertiginoso del número de internos selló rápidamente la ruina del método moral.³⁰ Otros sostienen que la causa se encuentra en la confluencia de algunos factores científicos (la somatización de la enfermedad mental a partir de la influencia del pensamiento anatomoclínico, el impacto de la teoría de la degeneración, el desarrollo de la psiquiatría forense y de la neurología) e institucionales (las críticas que recibe el asilo a partir de la década de 1860 y el interés por los sistemas abiertos de asistencia psiquiátrica como la colonia belga de Gheel, las colonias agrícolas y el *Open Door* inglés).³¹

Sea como fuere, los psiquiatras europeos de la segunda mitad del siglo XIX se vieron conquistados por el modelo somático y poco se interesaron por el enfoque psicológico. Para ellos, el tratamiento moral no constituyó una terapéutica psicológica. Lo consideraron un mero entretenimiento (por las distracciones), una referencia de orden en el asilo o como parte de la higiene mental del degeneracionismo.³² La terapéutica moral no fue abandonada completamente pero en adelante ocupó un lugar secundario en el tratamiento de la alienación.³³

Algunos medios farmacéuticos (como el bromuro de potasio o el opio) fueron ampliamente recomendados por los alienistas europeos, sin embargo, no

³⁰ Morel y Quérel, 1993a, pp. 299-310; Porter, 2003, pp. 119; Shorter, 1997, pp. 48-63.

³¹ Raquel Álvarez, Rafael Huertas y José Luis Peset, 1993, "Enfermedad mental y sociedad en la Europa de la segunda mitad del siglo XIX", pp. 42-52; Ricardo Campos Marín, 2000, "De la higiene del aislamiento a la higiene de la libertad. La reforma de la institución manicomial en Francia", pp. 38-40; Craplet, 1993, pp. 189-197.

³² Castel, 1980, pp. 228, 298; Dörner, 1974, pp. 229.

³³ Huertas, 2004, pp. 247.

resolvieron del todo el problema de la enajenación mental, pues tan sólo constituyeron la “primera camisa de fuerza farmacológica”, debido a que se maniató a la locura pero no se curaba.³⁴ La tendencia somaticista de la enfermedad mental, es decir, la plena asimilación de la locura a la corporalidad del individuo (ya presente en Pinel) y, sobre todo, la localización cerebral de la misma, en especial tras los estudios anatómicos de Antoine Bayle (1799-1858) y de la frenología, fue un movimiento esperanzador al principio, pero reaccionario a la larga, pues colocó al enfermo mental en un absoluto determinismo e hizo del pesimismo, la incurabilidad y la cronicidad, las razones del nihilismo terapéutico en los manicomios.³⁵

De tal modo, en la ciudad de México se estableció una terapéutica de la locura que en Europa era seriamente cuestionada. ¿Cuáles fueron las razones que llevaron a la medicina capitalina a aceptar el tratamiento moral? ¿Por qué los médicos mexicanos, siempre interesados por las innovaciones científicas, optaron por un método que en Europa parecía agotado?

“Rezago científico” argumentarían algunos. Empero, los doctores ciudadanos estaban enterados de las críticas hechas al tratamiento moral y de las alternativas propuestas y, aún así, se produjo la apoteosis de la terapéutica del alma.

Esta investigación tratará de responder estas interrogantes. En la primera parte de la tesis se explica cómo, tanto en la teoría como en la práctica, se instauró el tratamiento moral. Y en la segunda, por qué se generó este acontecimiento paradójico de recepción, asimilación y consolidación de tal mecanismo terapéutico.

Por el momento, adelantemos que la reunión de una serie de factores médicos y sociales hizo posible este hecho. La aceptación del tratamiento moral de la locura en la ciudad de México durante gran parte del siglo XIX se debió a que esta terapia se adaptó espléndidamente a las circunstancias locales de aquel momento.

³⁴ *Ibid.*, pp. 247-249.

³⁵ Álvarez *et al.*, 1993, pp. 46-48.

Primera parte

El establecimiento del tratamiento moral de la locura como eje de la asistencia y de la terapéutica de la locura en la ciudad de México durante el siglo XIX

El tratamiento moral se constituyó como uno de los mayores fundamentos de la naciente psiquiatría citadina en el siglo XIX. Los médicos mexicanos sostuvieron que esta terapia era el método más adecuado para tratar la locura. Ninguno de ellos cuestionó en algún momento su efectividad terapéutica. Entre 1830 y 1910 se vivió la apoteosis de la terapéutica del alma. El tratamiento moral fue el cimiento principal en torno al cual giraron la asistencia y la terapéutica psiquiátricas en la ciudad de México en tal periodo.

En esta primera parte de la tesis veremos cómo sucedió este hecho. En el capítulo 1 se aborda el contacto inicial de la medicina capitalina con el tratamiento moral durante 1830-1860; y el capítulo 2 trata acerca de su consolidación definitiva entre 1860 y 1910. En ambas partes, se presenta de forma independiente el discurso médico y la praxis clínica de dicho método terapéutico. Como veremos, la asimilación del tratamiento moral se dio de manera gradual –aunque desde un primer momento se aceptó de modo categórico. En la primera mitad del siglo XIX se habló poco sobre él, y no fue sino hasta más tarde, en la segunda mitad de la centuria, cuando las referencias se multiplicaron y apareció casi como una panacea de la locura.

1. EL PRIMER ACERCAMIENTO AL TRATAMIENTO MORAL: 1830-1860

INTRODUCCIÓN

En este primer capítulo se intenta responder a la siguiente cuestión: ¿Cómo se recibió el tratamiento moral en la ciudad de México durante el periodo 1830-1860 tanto en la teoría como en la práctica? El primer acercamiento al tratamiento moral inició en 1837 cuando se publicó la primera referencia a la terapéutica en una revista médica y finalizó en 1860 cuando comenzó la medicalización de los asilos para locos y la consolidación del tratamiento moral.

Ninguna de estas fechas es casual pues ambas corresponden a cambios relacionados con la medicina citadina. En la década de 1830 inició la enseñanza moderna de la medicina en el país con la creación del Establecimiento de Ciencias Médicas que pugnaba por la medicina científica. Y hacia 1860 se ultimó la secularización de los establecimientos hospitalarios y se dieron otros factores médicos que finalmente repercutieron en la instauración definitiva del tratamiento moral.

En el periodo 1830-1860 existen pocas fuentes tanto sobre la enfermedad mental como sobre la terapéutica psicológica, no obstante, la mayoría de ellas tratan sobre esta última, lo cual nos sugiere que ya en este momento se estaba gestando la preeminencia del tratamiento moral a pesar del escaso conocimiento y contacto con éste.

El primer apartado de este capítulo se dedica a la teoría del método moral y el segundo a la praxis. En ambos se describe cómo se estableció esta terapia y, como ya mencionó, se deja el por qué de su instauración para la segunda parte de esta tesis.

1.1 El tratamiento moral en los primeros textos capitalinos sobre la enajenación mental

El pintor francés Tony Robert Fleury produjo en 1878 un cuadro sobre uno de los sucesos “inventados” que más repercusiones ha tenido en gran parte de la historia e historiografía de la psiquiatría occidental. La obra se intitula *Pinel délivrant les aliénes á la Salpêtrière en 1795* (Figura 1). La acción se representa precisamente

en uno de los patios del asilo para mujeres dementes de la Salpêtrière de París. El lienzo-escenario se escinde en dos espacios plenamente diferenciados pero vinculados entre sí. En un extremo se encuentra el mundo de la sin-razón. Las locas dramatizan el aspecto característico de la locura confinada según la racionalidad moderna: desorden, inactividad, exaltación, suciedad, ausencia. Del otro lado, el mundo de la razón, ataviado y altivo, otorga la emancipación a aquellas “infelices”. Un hombre cuerdo redime de los eslabones a una joven arrobada. El “gran médico Pinel”, bastón de mando en mano, observa y tutela esta noble acción y, a la vez, permite que una mujer postrada le bese la palma de la mano en señal de agradecimiento. La locura es salvada de la irracionalidad para medicalizarla en el manicomio.¹



(Figura 1).

Sin duda alguna, la fuerza teatral de esta obra pictórica contribuyó a construir el mito fundacional de la liberación de las cadenas de los enajenados por parte de Philippe Pinel. Sin embargo, más allá de la ficción identitaria de la psiquiatría, es un hecho que este alienista formó parte de una generación de

¹ Existe un antecedente de la pintura de Fleury. En 1849, el también francés Charles Muëller, “inmortalizó” a Pinel en la no menos mítica liberación de los locos del asilo de Bicêtre. Esta representación también contiene las características comentadas al respecto de la de Fleury.

médicos europeos que en la segunda mitad del siglo XVIII y principios del XIX, concibió al loco y a la locura desde una perspectiva innovadora para su tiempo. En ese momento, la Europa ilustrada presenció la unión entre el nuevo pensamiento psicológico, que hizo de la patología mental una enfermedad moral, y la reforma filantrópica de la asistencia psiquiátrica, originándose así, el tratamiento moral de la locura.

Por su parte, en México no se llegó a conocer esta revolución psicológica sino a partir de la tercera década del siglo XIX. Primero se hizo patente en los textos médicos y, luego, sólo algunos años después, casi de forma paralela, trató de implementarse en los hospitales para dementes. Por ahora vamos a ver cómo fue el primer acercamiento al tratamiento moral a partir de lo expresado por los facultativos en sus escritos.

La primera referencia que se tiene de la terapéutica moral en la ciudad de México apareció en el artículo “Establecimiento privado para la cura de los locos, en Vanves” del médico panameño José Pablo Martínez del Río (1809-1882), publicado en el periódico de la primera Academia de Medicina de México en 1837.

Martínez del Río estudió en la Facultad de Medicina de París y recibió su título en 1834. Después viajó por Europa y visitó algunos manicomios en Inglaterra, Italia y Francia. Entonces conoció el asilo de Vanves, fundado entre 1822 y 1823 cerca de París por los reconocidos psiquiatras Jean-Pierre Falret (1794-1870) y Félix-Auguste Voisin (1794-1872), quienes creían firmemente en el aislamiento moral del enfermo mental en instituciones edificadas especialmente para ello. En 1836 Martínez del Río se trasladó a México. Fue profesor de obstetricia en el Establecimiento de Ciencias Médicas y formó parte de la Academia de Medicina creada justamente ese año.²

El texto del médico panameño marcó el inicio tanto del interés médico por el estudio de la enfermedad mental como de la asimilación casi dogmática del tratamiento moral en la ciudad de México. Es el primer escrito capitalino que da cuenta de los fundamentos del tratamiento moral ya comentados: el paradigma del

² *Diccionario Porrúa de historia, biografía y geografía de México*, 1995, pp. 1785.

asilo terapéutico y del aislamiento; la relación persuasivo-punitiva entre el médico y el enfermo; y la terapia del movimiento.

Martínez del Río enumeró y englobó en pocas líneas estos preceptos:

Hoy día, el hombre que pierde la salud de su entendimiento, no sufre ya además de los padecimientos del alma, el martirio corporal que le inflingían sus semejantes, al contrario, *el aislamiento* de todo aquello que le molestaba; *el trato más dulce y cariñoso*, el estudio de cuanto pueda complacer al paciente y sugerir a su ánimo trastornado las ideas más plácidas; el destierro de todo lo que pudiese irritar sus pasiones desarregladas; el saludable influjo de un campo ameno y retirado; *las distracciones* inocentes y benéficas que proporcionan el paseo, la horticultura, la equitación, cierta clase de juegos; en fin, todo lo que pueda contribuir a poner al infeliz demente en las circunstancias más halagüeñas, tales son las bases sobre la que se funda en el día el tratamiento de la locura.³

Para Martínez del Río el tratamiento moral era una terapéutica científica y racional que estaba acorde con los “adelantos modernos”. En ningún momento cuestionó su eficacia y la aceptó sin miramientos. Después de todo, en ese tiempo el alienismo europeo aún seguía de forma ortodoxa los cánones impuestos por el tratamiento moral.

Cuatro años después, apareció en un órgano estudiantil manuscrito titulado *Periódico de la Sociedad Filoiátrica de México*, el artículo “Lipemanía o melancolía” de Miguel Cordero, en donde se examinaba de manera más extensa el tratamiento moral.⁴

Después de hablar de la definición, causas, síntomas y marcha de la lipemanía, Cordero concluyó su texto con el tratamiento. La influencia del discípulo de Pinel, Étienne Esquirol (1772-1840), es notable en todo el escrito.⁵ Por ejemplo,

³ Pablo Martínez del Río, 1837, “Establecimiento privado para la cura de locos en Vanves”, pp. 366. El resalte es mío.

⁴ Se desconocen los datos biográficos tanto de este autor como de algunos otros médicos mexicanos que se verán más adelante.

⁵ El término lipemanía fue creado por Esquirol como parte de su innovación nosográfica. Dividió la antigua melancolía en lipemanía y monomanía. La primera la definió como el “delirio sobre un objeto o un pequeño número de objetos con predominio de una pasión triste y depresiva”, y la segunda como el “delirio que se limita a un único objeto o a un pequeño número de ellos con

Esquirol consideró las pasiones como etiología, semiología y terapéutica de la enfermedad mental, y el médico mexicano siguió esta línea al pie de la letra.

Las pasiones habían tenido un papel fundamental en el tratamiento de las enfermedades mentales desde la antigüedad clásica. Autores como Cicerón, Séneca e Hipócrates las consideraron como un medio para controlarse a sí mismo y para mantener el dominio de la razón sobre la locura. Esquirol incorporó la teoría de las pasiones desde esta perspectiva:⁶

No hay nada más difícil que dominar las pasiones del hombre sano ¡Cómo aumentan las dificultades cuando se quieren dirigir las pasiones de un enajenado! [...] A veces es preciso imponer y vencer las resoluciones más pertinaces, inspirando al enfermo una pasión más fuerte que la que domina su razón; sustituir con un temor real un temor imaginario; otras veces hay que ganarse su confianza, levantar su ánimo abatido haciendo nacer una esperanza en su corazón. Cada melancólico debe ser tratado con un conocimiento perfecto de su espíritu, de su carácter de sus costumbres para poder subyugar la pasión que domina su pensamiento y mantiene su delirio.⁷

Cordero siguió puntualmente la posición esquiroliana, pues como se advierte a continuación, transcribió tal cual el pensamiento de Esquirol:

Unas veces se necesita vencer las resoluciones más tenaces inspirando a los enfermos una pasión más fuerte que la que domina su razón; sustituir un temor real a un temor imaginario; adquirir su confianza, levantar su amor propio abatido, haciendo renacer la esperanza en su pecho. Cada melancólico debe ser conducido según el conocimiento de su espíritu, de su carácter y de sus costumbres, a fin de subyugar la pasión que domina su pensamiento y mantiene su delirio.⁸

excitación y predominio de una pasión alegre y expansiva". Étienne Esquirol, 1991, [1838], *Memoria sobre la locura y sus variedades*, pp. 37-38.

⁶ Jackie Pigeaud, 1993, "La antigüedad y los comienzos de la psiquiatría en Francia", pp. 132-136.

⁷ Esquirol, [1838], pp. 255. En este sentido es fundamental la tesis inaugural de Esquirol: *Sobre las pasiones consideradas como causas, síntomas y remedios de la alienación mental*, 2000, [1805].

⁸ Miguel Cordero, 1841, "Lypemania o melancolía", pp. 107.

Por otro lado, en “Lypemanía o melancolía” apareció por primera vez una tendencia que continuó, al menos, hasta comienzos del siglo XX. Como vimos, Martínez del Río inauguró el interés por las enfermedades mentales en la ciudad de México y el tratamiento moral, pero no abordó otros medios terapéuticos de la locura. Cordero, en cambio, habló de una terapia tripartita: “El tratamiento de la melancolía no debe limitarse a la administración de algunos medicamentos, [...] el tratamiento puede ser higiénico, moral o farmacéutico”.⁹

Esta triple orientación de la terapia de la locura fue una constante en la medicina capitalina sobre todo durante la segunda mitad del siglo XIX. Posiblemente tuvo su fuente en Esquirol, quien planteó por primera vez un tratamiento mixto de la locura conformado por tres componentes: el higiénico, el farmacéutico y el moral. Para este psiquiatra “con frecuencia habrá que variar, combinar, modificar los medios, porque no existe un tratamiento específico de la locura”, por tanto, “el tratamiento de los locos debe tender a manejar hábilmente la inteligencia, las pasiones y a usar convenientemente los medios físicos”. No obstante, Esquirol, que nunca abandonó su raigambre pineliana, privilegió el tratamiento moral sobre las otras dos terapias:

El tratamiento de la melancolía con delirio, igual que el de las otras enajenaciones, no debe limitarse a la administración de algunos medicamentos, es preciso, sobre todo, estar convencido de que esta enfermedad es fuerte, difícil de curar; conocer que la medicina moral, que busca en el corazón las primeras causas del mal, que se queja, llora, consuela, comparte los sufrimientos y la esperanza, es preferible a cualquier otra.¹⁰

Si bien es probable que la formulación de la terapéutica ternaria de la enajenación mental pertenezca a Esquirol, fueron Pinel y los alienistas europeos de la revolución psicológica de finales del siglo XVIII, los primeros en formular la “superioridad teórica” del tratamiento moral con respecto a otros métodos

⁹ *Ibid.*, p. 105.

¹⁰ Esquirol, [1838], pp. 96, 98, 251,

terapéuticos de la enajenación mental. Así tenemos que Joseph Daquin sentenciaba en 1791 que

esos auxilios del arte de la cirugía y de la farmacia, me han parecido hasta ahora muy limitados, por no decir insuficientes, si no se añaden algunos como la gimnasia y la higiene. Y la filosofía –*la higiene del alma*– es la única que debe influir sobre la mente de estos enfermos más que todos los agentes físicos empleados hasta el momento.¹¹

Pinel también se pronunció en la misma dirección diez años después:

Deben seguirse los principios del régimen moral, puesto que este solo puede efectuar la curación. La oportuna aplicación de remedios morales constituye más propiamente la Medicina, que el arte afectado de hacer pomposas recetas.¹²

Justamente en esta línea se ubicó Cordero, para quien los tres métodos tuvieron un alcance diferente. El tratamiento moral fue la base de la terapéutica y tanto el método higiénico como el farmacéutico estuvieron supeditados a él. Cordero destinó la mayor parte de la sección dedicada al tratamiento de la lipemania a los preceptos de la terapia psicológica y sólo dejó algunos párrafos a los medicamentos. Sobre éstos recomendó el eléboro, el tártaro, laxantes, purgantes y vomitivos, pero comentó que su acción era limitada:

El tratamiento que se aplica a la sensibilidad orgánica y que se llama tratamiento físico; cuando es secundado por la higiene, cuando no es dirigido por el empirismo y por vías sistemáticas, contribuye ciertamente a la curación de la melancolía, porque si bien es cierto que esta enfermedad se produce por afecciones morales, no lo es menos que se produce por causas físicas.¹³

¹¹ Joseph Daquin, 2000, [1791], *La filosofía de la locura*, pp. 169-170. La filosofía de la locura constituía precisamente lo que después sería conocido como el tratamiento moral basado en la dulzura, la paciencia y el razonamiento. Cursivas en el original.

¹² Pinel, [1801], pp. 59 y 82.

¹³ Cordero, 1841, pp. 108.

Para Cordero los medios farmacéuticos no planteaban una solución para la alienación, sino sólo contribuían a ella en los casos que se debían a las causas físicas. Al mismo tiempo, como se advirtió, el autor rechazó el “tratamiento físico” administrado por el “empirismo”, el cual, se fundaba en la rutina y en la carencia de una educación médica formal y de conocimientos científicos sancionados.¹⁴ Sin embargo, cabe mencionar que en la época la mayoría de los alienistas hacían uso de los medicamentos de forma práctica y tradicional sin conocimiento de su acción en el cuerpo y en el cerebro debido a que las investigaciones científicas sobre el efecto de los narcóticos en la enajenación mental habían arrojado escasos frutos.¹⁵

En general, los medicamentos eran aceptados pero se les tenía poca confianza por su peligrosidad. “La defensa del tratamiento moral no implicaba un rechazo del tratamiento médico, aunque en muchos casos éste se consideró poco útil e incluso dañino cuando se utilizaba en exceso”.¹⁶

En Europa la incertidumbre de los resultados hacia mediados de siglo hizo necesaria la asociación de los métodos: la “politerapia”.¹⁷ Jean-Pierre Falret en una lección impartida en la Salpêtrière en 1854 llamó “eclecticismo terapéutico” a la conjunción del tratamiento moral y del tratamiento físico ante el vacío teórico. El historiador Robert Castel argumenta que “el médico se vio obligado a movilizar el conjunto de los medios de intervención técnicamente disponibles en un momento dado, sin la posibilidad de esperar a que pudieran ser deducidos de un sistema coherente de razones”.¹⁸ Entonces, el problema planteado entre el psicologismo y el somaticismo en la esfera terapéutica no es tan categórico como se ha querido ver y, al menos en la práctica psiquiátrica, parece que se diluye y da paso a una conciliación pragmática.

En efecto, en México también se puede hablar de un “eclecticismo terapéutico” pero con la salvedad de que el tratamiento moral se constituyó como

¹⁴ Claudia Agostoni, 2000, “Médicos científicos y médicos ilícitos en la ciudad de México durante el Porfiriato”, pp. 21.

¹⁵ Huertas, 2004, pp. 247-249.

¹⁶ Raquel Álvarez, 1993, “La fisiología cerebral y el desarrollo de la psiquiatría en el siglo XIX”, pp. 321.

¹⁷ Morel y Quérel, 1993a, pp. 442.

¹⁸ Castel, 1975, pp. 76.

la base de la asistencia y de la terapéutica. Por un lado, durante todo el siglo XIX se cuestionó la efectividad de los medios farmacéuticos y quirúrgicos y sólo fueron incluidos de forma marginal o como auxiliares; y por otro, la terapéutica psicológica nunca fue puesta en duda –como sí sucedió en Europa-. Y a pesar de que la mayoría de los médicos capitalinos plantearon que la enajenación mental no contaba con un “tratamiento específico”, la terapia moral fue tomada como la más efectiva.

Miguel Cordero, por su parte, aconsejó la aplicación de los distintos principios morales como la terapéutica más adecuada de la locura. Habló favorablemente del razonamiento, las distracciones y el aislamiento. Sobre éste argumentó: “El aislamiento es ordinariamente favorable aunque sea absoluto. La soledad ejerce una influencia misteriosa que restablece las fuerzas agotadas por las pasiones”.¹⁹ La finalidad de alejar al loco de la fuente de su perturbación era precisamente influir en él de manera psicológica a través del espacio terapéutico organizado en el manicomio.

El encargado de poner a efecto el tratamiento moral era el médico pues él poseía los conocimientos para tratar adecuadamente la enfermedad mental y nadie más –como los “empíricos”- podría hacerlo de acuerdo a los “adelantos modernos” de la ciencia. Para Cordero el facultativo debería ser un hombre hábil, perspicaz e instruido no sólo en el conocimiento de la enfermedad mental sino también en el comportamiento humano. De nueva cuenta, conforme al pensamiento esquiroliano, el médico mexicano aseveró:

Duro en efecto es la aplicación de este método [la persuasión]; porque si hay dificultad para dominar las pasiones de un hombre sano, casi es imposible dominar las de un enajenado. Se necesita cierta destreza de parte del médico y mucho hábito para apreciar bien los infinitos grados que presenta la aplicación del tratamiento moral y para determinar la oportunidad de esta aplicación.²⁰

¹⁹ Cordero, 1841, pp. 107. Esta afirmación es de Esquirol, [1838], pp. 253-254.

²⁰ Cordero, 1841, pp. 107.

Ante la dificultad de valerse de la persuasión en el tratamiento de los enfermos lipemaníacos, Cordero aconsejó la terapia del movimiento:

El ejercicio es uno de los grandes recursos para combatir la lipemanía, los viajes que obran sobre el cerebro por las impresiones, haciendo pasar en cierto modo al través de la inteligencia una multitud de imágenes nuevas, de ideas sinceras renovadas, destruyen necesariamente esta fijeza de las ideas, esta concentración de la atención tan desesperante.²¹

El autor también sugirió los paseos a pie o en coche, el cultivo de la tierra, la jardinería, la equitación, la gimnasia, el estudio y, en general, todo aquello que contribuyera a “olvidar” la locura, pues según la terapéutica moral, la actividad tenía como intención influir de manera psicológica en el enfermo por medio del alejamiento de las ideas erróneas producto de la alienación.

Así, el artículo de Cordero, a pesar de que por momentos se limitó a reproducir el pensamiento psiquiátrico de Esquirol, es un claro ejemplo de que la enfermedad mental comenzaba a ser objeto de estudio en la medicina capitalina de la primera mitad del siglo XIX y que, asimismo, el tratamiento moral se vislumbraba ya, como el eje de la terapia y asistencia de la locura.

En 1849 apareció otro texto en la ciudad de México, en el cual, justamente se percibía lo anterior. José María Moreno publicó un extenso libro titulado *Método hidroterápico aplicado a las enfermedades agudas*. En él, abordó un gran número de padecimientos y entre ellos incluyó las enfermedades mentales, a las que aconsejó tratar no sólo a través de los baños sino también por medio de la terapia moral y del sistema farmacéutico. Sobre éste último únicamente señaló de forma tangencial las “abluciones, lavativas y vendajes”.

La hidroterapia tenía para el autor un valor fisiológico orientado al terreno somático. Propuso una serie de baños de todo tipo: fríos, calientes, de asiento, de chorro, de sábanas mojadas, etc.; con el fin de estimular la circulación sanguínea y la actividad cerebral.²²

²¹ *Ibid.*, pp. 105. Cordero tomó estas líneas de Esquirol, [1838], pp. 253-254.

²² José María Moreno, 1849, *Método hidroterápico aplicado a las enfermedades agudas*, pp. 242.

Los medicamentos y las duchas fueron tomados como auxiliares del tratamiento moral, el único medio capaz de sanar la locura, a decir del autor. Además, Moreno no sólo concibió el tratamiento moral como una terapia de la alienación, sino también, como un “método de vida” que tenía que seguir el enfermo.²³ En teoría, el loco debía regirse por un plan de orden y disciplina llevado a cabo mediante los tres fundamentos morales (aislamiento, razonamiento y distracción).

La reunión de éstas técnicas proporcionaba, según Moreno, una alta probabilidad de éxito en la curación de la locura:

Una de las primeras cosas que se ha de hacer en todos los casos de insania, cualquiera que sea la forma en que aparece (manía o melancolía), es *separar al enfermo* de sus amigos y casa, pues dicha mudanza conduce siempre a la mejoría. [...] El ejercicio juicioso de las facultades conduce mucho a la mejoría. Esto debe hacerse excitando la atención del paciente, con presentar nuevos objetos a su contemplación, conceder, en alguna parte a su alucinación. Si se puede ganar su confianza por dichos medios, la probabilidad de la cura es más cierta. *Las pasiones* han de ser manejadas cuidadosamente. [...] El viajar es frecuentemente muy útil, así como *el ejercicio corporal y activo*. Todo maniático debe tener constante empleo”.²⁴

Igualmente, desde una postura pineliana, el autor privilegió el uso del razonamiento y la dulzura sobre la fuerza y el temor:

La firmeza del asistente, con una conducta suave y agradable ha hecho maravillas; pero es preciso que se mantenga una autoridad, aunque a veces debe emplearse la severidad para este intento: sin embargo, será rara vez necesario excederse de un justo medio. El asistente debe aprender a gobernar más bien por su sabiduría, que a vencer por el terror. Son también de mucha importancia la conversación juiciosa y el consejo que pueda animar.²⁵

²³ *Ibid.*, pp. 242

²⁴ *Ibid.* El resalte es mío.

²⁵ *Ibid.*, pp. 244.

Moreno mantuvo la misma tendencia presentada por Miguel Cordero ocho años atrás. Por una parte, desdeñó la vía farmacéutica, y por otra, (al igual que Martínez del Río en 1837) destacó el valor curativo de los tres preceptos del tratamiento moral.

Ahora veamos otro ejemplo de cómo esta terapéutica se constituyó en la base de la terapia de la locura en la medicina capitalina decimonónica.

En 1851 una comisión del Ayuntamiento de la ciudad de México visitó el Hospital del Divino Salvador de Mujeres Dementes para dictaminar acerca de los defectos del establecimiento. El informe presentado al gobierno y a la Junta encargada de la dirección y administración del asilo se apoyó en todo momento en el tratamiento moral. Su redactor, el médico José María Reyes (?-1885), miembro de la primera generación del Establecimiento de Ciencias Médicas, afirmó: “Se necesitan dos clases de medios para lograr el restablecimiento del juicio: 1. Modificar el cerebro por el ejercicio de sus funciones o sea el tratamiento moral y 2. Valerse de los medios higiénicos y terapéuticos o sea, el tratamiento físico.” Si bien el autor apuntó estos dos tipos de terapéutica, no dedicó un solo párrafo a la segunda y, en contraste, habló extensamente acerca de la primera de ellas, lo cual, indica que los medicamentos y la higiene eran meros accesorios en la terapia de la locura.

Reyes argumentó, a partir tanto de motivos médicos como sociales, que el aislamiento era el primer paso en la aplicación del tratamiento moral:

El empleo de estos medios presupone una secuestación del resto de la sociedad, no sólo por un principio de convivencia pública, sino principalmente para evitar la reproducción de las causas que han determinado el trastorno intelectual y moral y sustraerlos a la burla y al escarnio de la multitud que los afecta profundamente.²⁶

²⁶ Archivo Histórico de la Secretaría de Salud (En adelante AHSSA), Fondo Salubridad Pública (En adelante FSP), Sección Higiene Pública (En adelante SHP), Serie Inspección de Establecimientos Públicos (En adelante SelEP), Caja 1, Expediente 16.

Una vez conseguida la secuestración en el seno de una institución dedicada específicamente a tal fin, lo importante era poner en marcha la maquinaria psicológica: por un lado, una relación diligente entre el médico y el enfermo; y por otro, la terapia por medio del movimiento:

No cabe en los estrechos límites de una comunicación el desarrollo de todos los medios morales que pueden usarse para curar la enajenación mental. Ellos están reducidos a estas reglas: 1. No fomentar las ideas del delirio, ni contrariarlas directamente por racionios, discusiones, halagos o burlas. 2. Fijar su atención sobre objetos extraños al delirio comunicando a su mente ideas y afecciones nuevas por medio de nuevas y profundas impresiones.²⁷

En 1857 apareció otra muestra de la asimilación del tratamiento moral. El administrador del Hospital de San Hipólito para Hombres Dementes, Juan J. Tamés, publicó en *El Monitor Republicano* un informe sobre el establecimiento con el propósito de desmentir un acta de visita dado a conocer a la opinión pública por el Consejo Superior de Salubridad Pública. En el acta se decía que el hospital era “más bien cárcel de locos que casa en que curan a los enfermos”. Tamés respondió que si bien San Hipólito padecía de algunas limitaciones, durante su breve administración se había mejorado notablemente el servicio y la atención médica. Por ningún motivo, continuaba el administrador, podía llamarse cárcel un lugar donde “los enfermos más desdichados de la tierra encuentran una casa que habitar, alimentos con que nutrirse, ropa con que abrigarse, medicinas con que restablecerse, gentes caritativas que los asisten, autoridades que los protegen”.²⁸

Cuando Tamés escribió el informe llevaba apenas algunos días al frente de la sección administrativa. Probablemente se le concedió el puesto debido a sus conocimientos sobre las teorías terapéuticas en boga. En el informe se hace mención a algunas pequeñas reformas realizadas durante su dirección y, también, a sus propuestas para solucionar los problemas del hospital. Todas ellas

²⁷ *Ibid.*

²⁸ Juan J. Tamés, 1857, “Informe que el actual administrador del hospital de San Hipólito eleva al E. Ayuntamiento de Méjico”, pp. 2.

respondían a los principios del método moral, los cuales, fueron apreciados como los soportes del manicomio moderno:

Nuestros hospitales de esta clase, sin duda, que deberían establecerse como los de Europa y los Estados Unidos, y facilitando todos los medios que la ciencia aconseja, y como cosa indispensable para curar las enfermedades mentales, debería ser el local de grande extensión, que tuviera jardín, agua corriente, paseos, ejercicios de cultivo de tierra y algunos oficios que sirvieran a la vez para poner en agitación al cuerpo y divagar el espíritu.²⁹

El recurso incuestionable para curar la alienación era, otra vez, el tratamiento moral. El aislamiento en un establecimiento arreglado adecuadamente y la “divagación del espíritu” para olvidar la locura, fueron elementos concebidos como “indispensables” y “científicos”. La confianza hacia los medios psicológicos fue unánime en los textos -cada vez más recurrentes- sobre las enfermedades mentales y los hospitales para dementes.

Así, como apreciamos, en la primera década de la segunda mitad del siglo XIX, el tratamiento moral había conseguido en los escritos médicos una posición predominante en la terapia de la enfermedad mental.

²⁹ *Ibid.*

1.2 La práctica el tratamiento moral en los hospitales para dementes (1830-1860)

La preponderancia del tratamiento moral sobre otros medios terapéuticos de la enajenación no sólo fue patente en el discurso médico sino también en la práctica hospitalaria. Ahora revisemos, a sabiendas de lo que los escritos médicos sostenían, cómo esta terapéutica se estableció en los asilos para locos de la ciudad de México. La praxis manicomial, al igual que la teoría, entrevió los primeros cambios alrededor de la década de 1830.

Tanto San Hipólito como el Divino Salvador fueron construidos en el periodo virreinal como parte de la caridad y filantropía cristianas. Cuentan las historias fundacionales que sus respectivos creadores decidieron albergar humildemente a los locos ante el desamparo que sufrían éstos en las calles y ante los escándalos que provocaban. Se dice que ambas edificaciones fueron bien recibidas debido a su provechosa utilidad. Amplios sectores de la población contribuyeron de forma económica a su edificación y a su mantenimiento. Por mucho tiempo fueron los únicos establecimientos de su tipo, debido a lo cual, recibieron enfermos de gran parte de la Nueva España.

Se ha dicho que durante la etapa novohispana los dos hospitales no tuvieron una vocación curativa, sino más bien de encierro.¹ Sin embargo, considero que no hay razón por la cual considerar que en los hospitales para dementes de la ciudad no se llevó a cabo una terapia médica de la locura. Es cierto que la carencia de investigaciones y de documentos históricos al respecto ha sido una limitante, pero John S. Leyby ha demostrado, mediante los informes médicos del Hospital de San Hipólito, que los facultativos de éste se preocuparon por la curación de los enajenados y por hacer del establecimiento un lugar terapéutico.²

Por otra parte, aunque se desconoce la traza original tanto de San Hipólito como del Divino Salvador, se puede suponer, a partir de algunas fuentes indirectas, que fueron construidos de forma semejante al resto de los hospitales

¹ Sacristán, 1994, *Locura y disidencia en el México Ilustrado, 1760-1810*, pp. 83.

² John S. Leyby, 1992, "San Hipolito's Treatment of the Mentally Ill in México City, 1589-1650".

novohispanos. Se trataba de un conjunto de patios alrededor de los cuales se distribuían algunas estancias amplias (refectorios, cocinas, salas generales) y pequeñas habitaciones (llamadas jaulas) destinadas a los enfermos.³ En la segunda mitad del siglo XVIII ambas construcciones fueron modificadas. La incansable Josefina Muriel argumentó que las transformaciones arquitectónicas respondieron a una nueva actitud ilustrada hacia el loco. La filantropía de Tuke y Pinel, continúa la autora, se manifestó en la reestructuración de los edificios, los cuales fueron planeados “para servir exclusivamente a enfermos mentales y esto exigió cambios estructurales que antes no se habían tenido en cuenta en la arquitectura hospitalaria”.⁴

No obstante, los testimonios que tenemos sobre los hospitales para dementes revelan lo contrario que afirma Muriel. Tras las reedificaciones hallamos que ambos establecimientos conservaron el diseño arquitectónico conventual que en el siglo XIX sería tan duramente criticado por los médicos ciudadanos.⁵

Tomemos como ejemplo el caso del asilo de mujeres dementes, también conocido como Hospital de la Canoa por ubicarse en la calle de la Canoa, actual Donceles, en el centro de la ciudad de México. Fue fundado en 1687 pero no contó con un edificio propio sino trece años después. Hacia mediados de la centuria siguiente se realizaron reparaciones y obras de ampliación. Se dice que la expulsión de la Compañía de Jesús provocó la ruina del hospital porque desapareció la congregación mariana del Divino Salvador, que estaba a su cargo. A principios del siglo XIX, el administrador, José Antonio Martínez de los Ríos, propuso su modificación ante los graves inconvenientes del inmueble:

Consta el hospital de dos patios, en el primero están ubicadas las jaulas, en unos callejones que tienen solamente de ancho vara y media, y por una y otra banda jaulas, de suerte que nunca les puede entrar el sol, y a muchas ni el aire, de modo que, agregándose a estos daños las inmundicias que expelen de

³ Josefina Muriel, 1974, “El modelo arquitectónico de los hospitales para dementes en la Nueva España”, pp. 115-125; Muriel, 1990, *Los hospitales de la Nueva España*, t. I, pp. 206, t. II, pp. 115-119.

⁴ Muriel, 1974, pp. 115; Muriel, 1990, t. I, pp. 206.

⁵ Coincide Sacristán, 1994, pp. 85-86.

sus cuerpos, anexas a su enfermedad de demencia, se les ponen sus habitaciones pestíferas, de manera que las bartolinas de la Acordada, no estarán más duras e incómodas; con lo que no solamente padece muchísimo la humanidad, sino también se imposibilita la curación, pues estando una demente furiosa al frente de otra (y tan inmediata que se pueden alcanzar con las manos) se aumentan sus delirios mutuamente con los desatinos que se dicen una a otra.⁶

Entre 1803 y 1809, José Joaquín García Torres, arquitecto de la Real Academia de San Carlos, se encargó de poner a efecto los cambios:

Para subvenir a estos gravísimos daños, no hallo otro arbitrio que quitar una banda de jaulas en el primer patio, quedando las demás debajo del corredor sostenido de arquería, con lo cual la demente no tiene otro objeto a que mirar, más que al patio, le entrará ambiente a su habitación y algunas ocasiones el sol: en el segundo patio es preciso levantar los techos, y hacer la misma arquería para facilitar el alivio y curación.⁷

Así, la estructura del establecimiento realmente no se modificó. El edificio en conjunto permaneció con la misma composición arquitectónica y únicamente se eliminó una serie de “jaulas” y se hicieron otras pequeñas transformaciones. Esta sencilla renovación del Hospital de la Canoa, así como la realizada en San Hipólito en 1777, se justifica, ciertamente, a partir de una preocupación filantrópica por los locos, sin embargo, no se le puede relacionar con la revolución psicológica europea de la misma época porque ésta presentó lineamientos diferentes.

En 1785 los médicos franceses Jean Colombier (1736-1789) y Francois Doublet (1751-1795) redactaron una circular que actualmente se ha considerado como el “cimiento de la psiquiatría en Francia”, pues antes que Pinel o Esquirol, prescribía la secuestación de los enajenados en establecimientos especiales subdivididos en salas de clasificación, así como la creación de jardines o salas de

⁶ Citado por Muriel, 1974, pp. 115.

⁷ *Ibid.*, pp. 115.

labor para mantener ocupados a los enfermos.⁸ Algunos años después, el filantrópico reformador William Tuke (1732-1822) en el York Retreat implementó el “moral treatment”, cuya finalidad era la restauración del autocontrol con base en un establecimiento campestre que contara con grandes extensiones de tierra para el cultivo por parte de los pacientes.⁹

Las modificaciones de los hospitales para dementes novohispanos me parece que se debieron a razones de tipo fortuito y no a la influencia del tratamiento moral. El deterioro o la ineficacia de los edificios suscitaron que se realizaran pequeños cambios arquitectónicos que tuvieron como objetivo “el mejor manejo y alivio de las pobres enfermas”, como afirmó el arquitecto del Divino Salvador, pero nunca se puso en duda la estructura conventual ni se propuso la creación de nuevos espacios manicomiales acordes a la revolución psicológica (como grandes salas, huertos o talleres). En la segunda mitad del siglo XVIII los asilos para dementes capitalinos continuaron con una organización arquitectónica virreinal y no fue sino hasta la década de 1830 que comenzaron a conocer el método moral y a intentar cambiar su composición de acuerdo a éste.

Cabe señalar, no obstante, que la tradición novohispana de recluir a los enajenados en instituciones especiales, constituyó, sin duda, uno de los aspectos que favoreció la aceptación del tratamiento moral en la ciudad de México. Los médicos decimonónicos jamás cuestionaron la función social de los hospitales para dementes, entre otras razones, porque en la ciudad de México se les tenía como parte de los recursos asistenciales de la locura desde mucho tiempo atrás. Entonces, hacia 1830 el tratamiento moral encontraría, hasta cierto punto, una situación médica propicia para su rápida asimilación.

Entre las décadas de 1830 y 1850 se intentaron llevar a cabo las primeras reformas morales en los hospitales para dementes capitalinos, pero en realidad, se consiguió muy poco de acuerdo a lo proyectado. La terapéutica psicológica apareció tímidamente en la praxis hospitalaria de la capital, sin embargo, el valor de esta breve etapa reside en que los asilos se fueron

⁸ Claude Quétel, 1993a, “El problema del encierro de los insanos”, pp. 109-114.

⁹ Porter, 2003, pp. 106; Dörner, 1974, pp. 117-128.

orientando hacia el tratamiento moral a pesar de las limitaciones económicas y arquitectónicas.

A principios de este periodo, en 1832, aún no había ninguna transformación moral en tales establecimientos. El economista Tadeo Ortiz de Ayala en su obra *México considerada como nación independiente y libre* no mencionó nada al respecto. Sobre los asilos para locos comentó que el del Divino Salvador era de las instituciones mejor atendidas debido a la piedad de “Don José Antonio Martínez de los Ríos, celoso amigo de la humanidad”, el mismo administrador que treinta años antes había proyectado las modificaciones arquitectónicas del edificio. En cuanto a San Hipólito dijo que se encontraba en un “horrible estado” porque la “impiedad” lo había convertido en cuartel militar.¹⁰

Apenas siete años más tarde encontramos la primera innovación en el hospital para hombres dementes. El administrador redactó en un inventario que en el primer patio del edificio había “un cuarto que se llama de domesticar, forrado de colchones negros”.¹¹ No abundó al respecto pero tres años más tarde Madame Calderón de la Barca, tras su recorrido por varios hospitales capitalinos, indicó al respecto de San Hipólito: “me llenó de asombro, al entrar, la belleza solitaria y suave de estos grandes patios, con naranjos y granados, y fuentes generosas de sus claras y embellecidas aguas. Hay algo en el ambiente que ha de apaciguar los sentidos de estas infortunadas criaturas de Dios”.¹² Diez años atrás Tadeo Ortiz había afirmado, como vimos, que la situación de este hospital era realmente lamentable. Seguramente cuando Madame Calderón lo visitó había cambiado en algunos aspectos, como en los jardines o en aquella habitación de “domesticar”:

el terrible *Cuarto Negro*; una celda redonda en tinieblas, de unos doce pies de circunferencia, con un pequeño intersticio para que le entre el aire. Esta cubierto el piso de una gruesa capa de paja, y las paredes con mullidas colchonetas. Aquí es donde encierran a los locos furiosos cuando llegan, y

¹⁰ Tadeo Ortiz de Ayala, 1832, *México considerado como nación independiente y libre*, pp. 260-261.

¹¹ Archivo Histórico del Distrito Federal (En adelante AHDF), Fondo Hospital e Iglesia de San Hipólito (En adelante FHISH), Volumen 2301, Legajo 1, Expediente 33.

¹² Madame Calderón de la Barca, 1997, [1843], *La vida en México. Durante una residencia de dos años en ese país*, pp. 336.

aunque se arrojen al suelo o se den en la cabeza en contra de las paredes, no pueden lastimarse.¹³

En Europa la reclusión en los cuartos acolchados formó parte del *non-restraint* (el rechazo a la sujeción mecánica) preconizado por los alienistas ingleses, principalmente por John Conolly (1794-1866), quien criticaba la asistencia tradicional basada en lo que él llamaba *restraint* (coerción física). El método de *non-restraint* renunciaba a los medios de contención corporal como las sillas o camisas de fuerza y los sustituyó por la *seclusion*, el aislamiento en una celda con paredes acolchadas, en ocasiones oscura, donde el paciente agresivo permanecía hasta que se sosegaba.¹⁴ Madame Calderón de la Barca nos ilustra sobre el caso de San Hipólito:

Al cabo de algunos días el silencio y la oscuridad aplaca su furia, comienza a calmarse y quiere comer los alimentos que le pasan a través de una abertura en la pared. De aquí le cambian a otra celda común, con más aire y luz, pero hasta que entra a un estado de tranquilidad no es admitido en el patio con los demás.¹⁵

Sobre el hospital de la Canoa Madame Calderón de la Barca comentó muy a su estilo: “La institución padece al presente una gran necesidad de fondos, y de ninguna manera puede compararse con el hospital de San Hipólito. (...) Pero ¡qué vida de temor y de sufrimiento debe de ser una situación semejante!”¹⁶ Efectivamente, tal parece que a principios de la década del 1840 el Divino Salvador se hallaba en pésimas condiciones, en contraste con su situación de apenas diez años atrás.

¹³ *Ibid.*, pp. 338. Cursivas en el original.

¹⁴ Julián Espinosa, 1966, *La asistencia psiquiátrica en la España del siglo XIX*, pp. 20; Huertas, 1993, “Entre el nihilismo terapéutico y la higiene social: la asistencia psiquiátrica en el positivismo francés”, pp. 303-305; Agostino Pirella y Domenico Casagrande, 1975, “John Conolly: de la filantropía a la psiquiatría social”, pp. 55-61.

¹⁵ Calderón de la Barca, [1843], pp. 338.

¹⁶ *Ibid.*, pp. 341.

En 1842 se encargó su administración a una Junta de Señoras que intentó su rescate: “Tenemos el inexplicable placer de haber mejorado el establecimiento en su totalidad, [...] por los adelantos que hoy tiene se le puede llamar hospital”.¹⁷ Según el informe redactado por la propia junta al abandonar la dirección en 1844, entre las mejoras se hallaba el aseo, el vestido, los alimentos, el botiquín, la cocina, el refectorio, la enfermería, las “jaulas” y los patios. Una de las obras pendientes era “una sala que sirva para labor, donde tener ocupadas a las que estén en un mediano juicio, distrayéndolas de este modo con un suave entretenimiento que las aparte de sus afecciones”.¹⁸

Si bien en el hospital de la Canoa aun no se ponía en marcha alguno de los preceptos del tratamiento moral, la administración de la Junta de Señoras, que seguramente se trataba de mujeres de la alta sociedad capitalina, trató de seguir las recomendaciones del facultativo del hospital, como la sala de labor para “distraer” la locura.

En 1848 se proyectó en San Hipólito una serie de reformas arquitectónicas y asistenciales con base en el tratamiento moral. La Comisión Municipal de Hospitales del Distrito Federal presentó ese año un proyecto para formar un Hospital general en San Pablo y mejorar el de hombres dementes.¹⁹ Francisco Fagoaga, considerado uno de los mayores filántropos mexicanos del siglo XIX, se ofreció a cubrir los gastos de ambas obras como parte de la realización de algunas obras de caridad que le había encomendado su hermano al morir.²⁰ El médico Sebastián Labastida, quien formó parte de la mencionada comisión en 1848, declaró que la reestructuración de San Pablo no se llevó a cabo

¹⁷ AHSSA, Fondo Beneficencia Pública (En adelante FBP), Sección Establecimientos Hospitalarios (En adelante SEH), Serie Hospital del Divino Salvador (En adelante SHDS), Legajo 8, E. 1.

¹⁸ *Ibid.*

¹⁹ San Pablo fue creado como hospital de sangre en 1847 debido a la invasión norteamericana. A la salida de los invasores se habilitó como hospital municipal donde se atendía a los heridos de riñas, accidentes criminales o presos enfermos. Enrique Cárdenas de la Peña, 1976, *Historia de la medicina en la ciudad de México*, pp. 137-141; Luis González y González, Daniel Cosío Villegas y Guadalupe Monroy, 1985, *Historia Moderna de México. La República Restaurada. La Vida Social*, t. III, pp. 395.

²⁰ Fagoaga también fomentó el mejoramiento de la casa de Cuna, el hospital de San Juan de Dios, el Hospicio de Pobres, la Escuela de Artes y Oficios y la cárcel de la ex Acordada. Enrique Cárdenas de la Peña, 1979, *Mil personajes en el México del siglo XIX, (1840-1870)*, t. I, pp. 619.

por razones desconocidas y que en San Hipólito se realizaron importantes modificaciones pero no se concluyó la obra.²¹

El tratamiento moral orientó la renovación estructural de 1848. En un intento por dejar atrás la organización conventual, se planeó la construcción de grandes departamentos, talleres, jardines, baños hidroterapéuticos, etc., con el objetivo de hacer de San Hipólito un manicomio moderno:

Determinadas las obras que habían de cambiar las condiciones del establecimiento, y resuelta la adquisición del extenso jardín que se halla a su espalda, para poner las bases de la terapéutica aplicable a aquellos enfermos, y proporcionarles solaz y ocupación, todo después de varias conferencias con las personas más competentes de la ciencia.²²

Lamentablemente, los conflictos entre el nuevo Ayuntamiento conformado en 1849 y el caritativo Fagoaga,²³ así como la muerte de éste dos años después, y la inexplicable reticencia a las transformaciones arquitectónicas por parte del propio administrador del hospital para hombres dementes, provocaron que la reforma no se completara de forma íntegra.²⁴ A pesar de ello, entre 1848 y 1850 se llevó a efecto, según Labastida, “la única reforma razonable que ha experimentado el hospital”. Se compró el jardín de San Fernando, también conocido como de Riboulet, adjunto al hospital, con la intención de “establecer así una de las tales bases esenciales para que ese lugar cumpla su objeto y ofrezca fundadas esperanzas sobre la curación de los infelices enfermos que reciben”, a decir del licenciado Castulo Barreda, del Ayuntamiento de la ciudad.²⁵

²¹ AHSSA, FBP, SEH, Serie Hospital de San Hipólito (En adelante SeHSH), L. 2, E. 17. También puede verse en Sebastián Labastida, 1879, “Informe del director del Hospital de San Hipólito sobre el establecimiento presentado a la Dirección de Beneficencia Pública”, pp. 64-73, 114-118.

²² *Ibid.*

²³ *Ibid.* Consúltese en el mismo sentido: Juan Abadiano, 1878, *Establecimientos de Beneficencia*.

²⁴ Juan Rodríguez, administrador de San Hipólito de 1822 a 1850, sentenciaba que no estaba conforme con la obra y que la Comisión de Hospitales debía aprobarla antes de ejecutarse; pero como vimos, la propia comisión había elaborado el proyecto. AHDF, Fondo Hospital de San Hipólito y Jardín de Riboulet (En adelante HSHyJR), V. 2303, E. 8.

²⁵ AHSSA, FBP, SEH, SeHSH, L. 1, E. 1.

Asimismo, se reformó el primero de los dos grandes patios del establecimiento. Se eliminó el conjunto de jaulas troneras creadas en la remodelación de 1777 y se erigió un par de departamentos con amplias salas comunes y alcobas espaciosas bien ventiladas. Por primera vez en la historia del hospital, se intentó distribuir a los enfermos en distintos departamentos de acuerdo a su estado mental. En los departamentos 1 y 3, situados en el primer patio, se colocó a los convalecientes y a los graves; y en el departamento 2, ubicado en el segundo patio (el cual conservaba la composición virreinal), se instaló al resto de los pacientes (epilépticos, idiotas, furiosos, cojos, ciegos).²⁶

La organización espacial del manicomio constituyó un factor esencial dentro del “control draconiano” encomiado por el tratamiento moral. El ordenamiento de los cuerpos enfermos según su padecimiento mental fue una de las prerrogativas del asilo terapéutico. Esta separación en torno a la clasificación nosográfica fue ideada por Pinel y Esquirol (aunque ya estaba presente en la circular de Colombier y Doublet de 1785) y, posteriormente, fue repetida por todos los alienistas decimonónicos. El plan modelo “ponía en el centro a los convalecientes, a los “tranquilos” y a algunos enfermos “interesantes” cerca de los edificios de la administración, y a los lados, a los agitados y los furiosos”.²⁷

El punto a destacar de la reforma estructural de San Hipólito en 1848-1850 (la distribución departamental y la adquisición del jardín), además de que siguió las “instrucciones” del tratamiento moral, es la aceptación sin cuestionamientos de los principios de esta terapéutica por parte de la mayoría de los actores involucrados (no sólo médicos, sino también legos). Como también ocurrió en el discurso médico, hacia mediados del siglo XIX el tratamiento moral adquirió el carácter de dogma médico y poco a poco se fue constituyendo en la base de la terapéutica de la enajenación mental.

El Hospital del Divino Salvador, como ya se refirió, recibió en 1851 una comisión del Ayuntamiento para evaluar su estado. Por primera ocasión se sugirió el cierre de la institución y su construcción fuera de la ciudad debido a que no

²⁶ Manuel Orozco y Berra, 1854, *La ciudad de México*, pp. 303-305; AHDF, FHISH, V. 2301, L. 1, E. 87 y E. 93.

²⁷ Craplet, 1993, pp. 315.

contaba con “ninguno de los elementos para curar las enfermedades mentales”. Con base en “el opúsculo acerca de la dirección de los asilos de locos” del alienista francés Henri Girard (1814-1884), fiel seguidor del tratamiento moral, la comisión afirmó que sería más conveniente edificar un asilo que tuviera “las condiciones que demanda su objeto”, que enmendar y reestructurar continuamente el antiguo inmueble.²⁸

¿Cuáles eran esa serie de requisitos que según la comisión era “absolutamente imposible tener en el actual establecimiento”? Sí, otra vez los principios del tratamiento moral que aparecen en la mayoría de los textos sobre enfermedades mentales de la ciudad de México:

Puesto que la casa de locas no sirve para su objeto y perjudica a la higiene pública, debe quitarse del lugar que ocupa, trasladándose a un punto menos central, en donde se estableciera el número de departamentos necesarios, que estos tengan las condiciones que demanda su objeto; algún campo, la suficiente cantidad de agua, algunos puntos de vista y las demás condiciones indispensables.²⁹

El Hospital de la Canoa durante la primera mitad del siglo XIX sufrió una situación verdaderamente grave. En realidad, poco o casi nada del método moral pudo ponerse a efecto, no obstante, esta terapéutica fue, desde la década de 1840, el modelo a seguir a partir del cual se criticó o se intentó modificar el establecimiento.

En el año de 1845 el Ayuntamiento de la Ciudad de México encargó la dirección del hospital para mujeres dementes a la Sociedad de San Vicente de Paul. Es probable que esto se debiera a la incapacidad del gobierno municipal de administrar los establecimientos de beneficencia de la capital. Sea como fuere, a partir de entonces la institución estuvo regida por mayor orden y limpieza. Se dice que entonces se levantaron los pisos, se proporcionó cama, ropa y alimentos “sanos y abundantes”. Diez años después la Sociedad tomó una decisión que

²⁸ AHSSA, FSP, SHP, SeIEP, C. 1, E. 16.

²⁹ *Ibid.*

mejoraría considerablemente el establecimiento: encomendó a su brazo hospitalario, las Hermanas de la Caridad, el gobierno de la casa.³⁰ Las mejoras que esta orden religiosa implantó no sólo ayudaron al beneficio general, sino también fueron un factor importante para que posteriormente el tratamiento moral fuera implantado de manera definitiva en el asilo.

A pesar de la secularización y de la supresión de las congregaciones religiosas en el país, en 1844 se permitió la entrada de las Hermanas de la Caridad, lo que se tradujo en una ganancia para los establecimientos de beneficencia que lograron aprovechar sus servicios, como San Pablo, San Andrés, San Juan de Dios, el colegio de San Vicente, San José y el Sagrado Corazón, entre otros en gran parte del territorio mexicano. Sin embargo, en 1874, Sebastián Lerdo de Tejada, al elevar a rango constitucional las leyes de reforma, decidió expulsar a la orden religiosa.³¹ Así, durante casi 20 años el hospital de la Canoa disfrutó tanto de una servidumbre módica y diligente como de una administración responsable y desinteresada. Y aunque las Hermanas de la Caridad no establecieron de forma directa el tratamiento moral, contribuyeron a ello a través de su afán de orden.

La Sociedad de San Vicente de Paul instauró los primeros reglamentos para el Divino Salvador, así como lo hizo con el resto de los hospitales donde prestó sus servicios. En 1853 por primera ocasión el hospital contó con reglas internas de servicio. Este reglamento, creado por el Consejo Provincial de la Sociedad, constaba de 26 incisos incluidos en 5 artículos, cada uno de los cuales se refería a las principales autoridades del establecimiento: la Comisión directiva, la rectora, la vicerrectora, el médico y el administrador. La Comisión, creada del seno de la Sociedad, era la encargada de la dirección general y de la inspección de la institución, así como del nombramiento del personal. A la rectora y a la vicerrectora se les encomendaba “la más rígida observancia de la buena conducta moral cristiana” en las pacientes. El médico, por su parte, tenía la obligación de

³⁰ AHSSA, FBP, SEH, SeHDS, L. 4, E. 22, F. 1-3; L. 7, E. 16, F. 4; AHDF, Fondo Hospital del Divino Salvador (En adelante FHDS), V. 2312, E. 3, F. 1.

³¹ González y González *et al.*, 1985, t. III, pp. 378, 406-410; Elsa Malvido, 1992, “Las Hermanas de la Caridad en México en el siglo XIX. El origen de la enfermería actual”, pp. 23-34.

“visitar todos los días a las enfermas del hospital, para atender a la curación cuando sea posible del mal de la demencia y de cualesquiera otro achaque que les sobrevenga”. El administrador sólo veía lo relacionado a la economía.³²

En general, este breve texto se dedicó a las prescripciones laborales de algunos de los “empleados” de La Canoa. La instauración de roles bien definidos tenía como propósito atender “inmediatamente al mejor servicio y progreso de este establecimiento de caridad tan acepta a los ojos de Dios”.³³ En estos años el orden interno cobró valor y se convirtió en uno de los pilares de la organización hospitalaria del Divino Salvador. Anteriormente, el personal también contaba con obligaciones y responsabilidades, pero el hecho de que éstas aparecieran de forma escrita como parte de un estatuto asilar, nos habla de un propósito de disciplina y control por parte de la Sociedad de San Vicente de Paul.

En 1859 apareció un segundo reglamento mucho más amplio, con 10 capítulos y 63 artículos. En él, la Sociedad ya no sólo se preocupó por las responsabilidades de los empleados, sino también por aspectos concernientes a las enajenadas, como la admisión y salida de éstas, las visitas de los parientes y la situación de las enfermas pensionistas. El ambiente religioso continuó presente. Se estableció que “la función titular del hospital será la dominica, en que la Santa Iglesia celebra la festividad del Divino Redentor”. Además, se creó el puesto de capellán, quien daría misa todos los días y administraría los Santos Sacramentos. La dirección continuó bajo el mando de la Comisión. Del gobierno interno se encargó ahora la superiora de las Hermanas de la Caridad. El administrador se ocuparía de los asuntos financieros sin atribuciones directivas, como sí ocurría en San Hipólito por esos años. Y el médico, el personaje que más nos interesa, tendría básicamente los mismos deberes que en 1853, con la única diferencia de que habitaría en La Canoa:

Para la curación de la demencia y de cualquier otra enfermedad que ataque a las dementes, ya sea accidental, epidémica, o endémica, habrá un facultativo que

³² AHSSA, FBP, SEH, SeHDS, L. 4, E. 22, F. 1-3.

³³ *Ibid.*

tendrá la obligación de vivir en una de las viviendas del hospital [...] y tendrá obligación de hacer una visita diariamente a las enfermas.³⁴

El de 1859 es un estatuto que siguió los lineamientos sustanciales de su equivalente de 6 años atrás y, a la par, demostró que tanto la Sociedad de San Vicente de Paul como las Hermanas de la Caridad habían cobrado algo de experiencia en la asistencia psiquiátrica. La incorporación al reglamento de varios artículos referentes a la residencia del médico en el hospital (aunque no se realizará sino hasta años después) y a las pacientes (la admisión, las visitas y las pensionistas), probablemente se debió a la necesidad de normar aspectos que habían causado desconcierto. Así, en el Divino Salvador estaba teniendo lugar un proceso de medicalización y de ordenamiento que vio su clímax en 1860 cuando por primera vez un facultativo dirigió la institución.

Ahora bien, tanto el estatuto de 1853 como el de 1859 expusieron las normas de servicio para el personal del hospital pero no se encargaron de las reglas referentes a la vida cotidiana de las enfermas. Únicamente el segundo de ellos sugirió el trabajo como una actividad para determinadas alienadas, lo cual, no debe interpretarse como parte del trabajo terapéutico propugnado por el tratamiento moral, pues la Sociedad de San Vicente de Paul no pretendía curar, sino obtener servidumbre de forma gratuita:

Para la construcción de ropa, su aseo, y costura de la que esté usada, podrán las Hermanas destinar a las enfermas que cómodamente puedan dedicarse a esta ocupación, sin hacerles violencia, así como para la policía de la casa y trabajo de cocina, pero si esto, no fuere posible, podrán ocupar, de otra clase de personas.³⁵

Hay que señalar que el tratamiento moral no apareció por ninguna parte en estos reglamentos y que, de hecho, el facultativo tuvo en ellos un carácter secundario. La Comisión llevaba las riendas de la institución y el médico, aunque estaba encargado del “régimen” terapéutico, era sólo un visitante diario

³⁴ AHSSA, FBP, SEH, SHDS, L. 6, E. 15, F. 1-17.

³⁵ *Ibid.*

subordinado a la Sociedad, e incluso, a la rectora o superiora. Sin embargo, hay un punto a destacar en estos documentos respecto al tratamiento moral: el interés por organizar estructuralmente la asistencia del hospital.

Entre la década de 1830 y la de 1850 se dieron los primeros pasos para la instauración del tratamiento moral y uno de los puntos que se conformó en el Divino Salvador fue el ordenamiento de las funciones del personal, tan valioso para el control moral del manicomio. Cada empleado tenía una serie de obligaciones establecidas que tenía que cumplir a cabalidad. Las funciones de los empleados tenían tanta relevancia como las actividades del médico porque quienes convivían cotidianamente con los enajenados y quienes aplicaban realmente algunos de los principios morales eran los llamados enfermeros-celadores.³⁶ Entonces, la trascendencia de los reglamentos de servicio del personal manicomial reside en su intención por introducir un método de disciplina, y aunque por el momento ninguno se basó en el tratamiento moral, dejaron un precedente para los posteriores propósitos de control asilar mantenidos por esta terapéutica.

En este periodo el Hospital del Divino Salvador puso a efecto muy poco del tratamiento psicológico, no obstante, puede hablarse de una institución que se encaminaba lentamente hacia sus preceptos porque, por un lado, sus críticos y visitantes –como los de 1851- lo situaron con relación al asilo moral; y por otro, los reglamentos crearon, al menos en el papel, una situación regida por el orden y la disciplina, aspectos que a partir de 1860 coadyuvaron a la instauración de la dirección médica y moral.

El Hospital de San Hipólito, que no contó con un reglamento interno antes de la década de 1860, a pesar de la reforma estructural de 1848, presentó serias deficiencias en la praxis del tratamiento moral. En 1857 el administrador Juan J. Tamés comentó que el edificio no era adecuado para su objeto y que la insuficiencia de departamentos –sólo se contaba con tres- provocaba una clasificación deficiente de los enajenados.

³⁶ Sobre la importancia de los celadores o conserjes ver: Castel, 1980, pp. 164; Jacques Postel, 1996, "Philippe Pinel y los conserjes", pp. 38-46.

El historiador Orozco y Berra asentó en 1854 que en San Hipólito los enajenados estaban “sometidos a un régimen suave y a tratos muy humanos”.³⁷ Tres años después Tamés manifestó que “en el día ningún castigo se aplica a los dementes, [...] ni sus empleados abrigan ideas de opresión, y muy uniformes, procuran únicamente el restablecimiento de la salud de los enfermos”.³⁸

Como se indicó, Tamés, conocedor del tratamiento moral, sostuvo que en la terapia de la enajenación eran indispensables “ejercicios de cultivo de tierra y algunos oficios que sirvieran a la vez para poner en agitación al cuerpo y divagar el espíritu”. En San Hipólito, a decir de su administrador, bastantes enfermos se dedicaban a algún trabajo terapéutico, tanto en quehaceres de la casa como en ocupaciones sin utilidad alguna. El jardín comprado en 1848 apenas se estaba acondicionando para su empleo -como parte de la terapia del movimiento- debido a la reforma inconclusa de ese año, así como a las carencias económicas y a la insuficiencia de personal. Tamés confiaba en su pronta conclusión para que tuvieran “los enfermos mentales una fuente de recursos curativos como es de apetecerse”.³⁹

Antes de 1860 el Hospital de San Hipólito para hombres dementes ya había experimentado algunos pequeños cambios de la mano del tratamiento moral. Desde finales de la década de 1830, los tres preceptos del tratamiento moral orientaron la práctica médica tanto de este establecimiento como de La Canoa, y a pesar de las limitaciones, no cabe duda que el método moral se había constituido como el eje tanto de la asistencia como de la terapéutica en la ciudad de México.

Conclusiones

Entre 1830 y 1860 se produjo el primer acercamiento de la “medicina científica” a la enfermedad mental en la ciudad de México. Fue un momento que en cierta forma preparó el notable interés que se dio por este tema en la segunda mitad del siglo XIX. La asistencia y la terapéutica de la locura fueron los puntos al respecto

³⁷ Orozco y Berra, 1854, pp. 305.

³⁸ Tamés, 1857, pp. 2.

³⁹ *Ibid.*

que mayor atención suscitaron en la época. Y el tratamiento moral ya desde entonces se constituyó como el fundamento de éstos.

Así, la importancia del periodo reside en que se enunció por primera vez el tratamiento moral como una terapia científica; se establecieron los elementos teóricos y prácticos para la posterior consolidación del tratamiento moral a partir de 1860; y se formularon algunas de las características de la etapa siguiente (1860-1910), como el tratamiento tripartito de la enfermedad mental (moral, higiénico y farmacéutico), la superioridad de la terapéutica moral sobre los otros dos medios y, finalmente, la unión de los tres preceptos morales (aislar, persuadir y distraer).

Desde esta temprana fase el tratamiento moral se estableció como el eje de la asistencia y de la terapéutica de la locura en la ciudad de México. Lo interesante es que se asimiló e instaló sin miramiento alguno. No existió una sola objeción o discusión acerca de él. Desde el primer momento la terapéutica fue recibida de forma casi dogmática. Tal parece que el hecho de que en Europa fuera en ese momento la terapia más recomendada la exentaba de cualquier cuestionamiento crítico. En estos años su aceptación fue absoluta por parte de los médicos capitalinos debido, entre otras razones, a la influencia científica y médica que el viejo continente, principalmente Francia, ejercía sobre países como México.

En lo que se refiere a la dicotomía teoría-praxis, considero que existen concordancias y diferencias entre un punto y otro. Entre éstas, por supuesto se puede mencionar que no existieron las condiciones económicas y arquitectónicas que exigía la puesta en marcha de la terapia psicológica. Es claro que la mayoría de los principios morales no se realizaron en los hospitales para dementes y que los pocos que se llevaron a cabo lo hicieron de forma deficiente (como los departamentos y el jardín de San Hipólito o la dirección médica del Divino Salvador).

A pesar de esta situación, se puede afirmar que la práctica hospitalaria entre 1830 y 1860 en los asilos para locos correspondió totalmente al discurso del tratamiento moral. Es cierto que la teoría no se puso a efecto de forma íntegra, pero lo que hay que resaltar es que los establecimientos se comenzaron a orientar

en función de los preceptos morales, es decir, el discurso del tratamiento moral influyó y guió la práctica psiquiátrica en los hospitales para dementes ciudadanos. Las concordancias entre el discurso y la praxis manicomiales entonces estriban no tanto en lo que se llegó a efectuar en los asilos en este momento, sino más bien, en que ambos puntos se encauzaron a partir de los principios morales.

De tal modo, pese a la escasez de textos y las deficiencias asilares, el tratamiento moral se instauró en la ciudad de México desde este temprano periodo. A la sazón, vendría la etapa de consolidación de tal terapia de la locura: la apoteosis de la terapéutica del alma.

2. LA CONSOLIDACIÓN DEL TRATAMIENTO MORAL: 1860-1910

INTRODUCCIÓN

La consolidación del tratamiento moral en la ciudad de México se dio entre 1860 y 1910. En ambas fechas ocurrieron acontecimientos significativos para la historia de la psiquiatría mexicana. En 1860, como veremos más adelante, inició la medicalización de los hospitales para dementes capitalinos, hecho que puede calificarse como el nacimiento de la clínica psiquiátrica en México. Y en 1910 se inauguró La Castañeda, otro evento de suma importancia pues llevó a la medicina mental por nuevos senderos y marcó el fin del periodo del tratamiento moral.

En este segundo apartado de la primera parte se pretende revisar cómo se produjo la consolidación de dicha terapéutica. Al igual que en la parte precedente, se dedica una sección para la teoría y otra para la praxis y, asimismo, se han agregado otras dos secciones con la finalidad de fundamentar el suceso que dio comienzo a este periodo: la entrada de los directores-médicos en los asilos para locos y la justificación de este evento a través del discurso europeo relativo al papel del alienista en el manicomio.

En la segunda mitad del siglo XIX se afianzaron las líneas que se delinearon décadas antes. Si bien en el primer periodo ya se preparaba la instauración del tratamiento moral, en la etapa que examinaremos ahora la aceptación fue categóricamente absoluta. Al igual que en la fase 1830-1860, ahora tampoco se halló alguna fuente que cuestionara en lo más mínimo el tratamiento moral y, en cambio, fueron realmente numerosos los documentos que apuntaron a la terapéutica psicológica como la más apropiada para tratar las enfermedades mentales y estructurar la asistencia psiquiátrica.

Se puede hablar de una consolidación del tratamiento moral porque en la segunda mitad del siglo XIX se dio firmeza y solidez a los lineamientos que en la primera parte de la centuria se mostraron de una manera reducida. Ahora, se manifestó plenamente la apoteosis de la terapéutica del alma.

2.1 El papel central del médico-alienista en el tratamiento moral europeo de principios del siglo XIX

Uno de los más famosos relojeros de la ciudad se obstinó en buscar el movimiento perpetuo. En este proyecto trabajaba día y noche con ardor infatigable hasta que perdió el sueño, sus nervios se alteraron y muy pronto le sobrevino un delirio. Su estado se agravó cuando leyó sobre las turbulencias de la revolución francesa en una de las gacetillas que circulaba por las calles. Lo condenaron a la guillotina. En el momento que se deslizaba la cuchilla y caía su cabeza junto a las de algunos hombres truhanes y vulgares que también habían sido castigados, los jueces se arrepintieron de tan cruel sentencia. Ordenaron unir cada cabeza a su respectivo cuerpo. Aún no es demasiado tarde, pensó el relojero. Terriblemente, por algún descuido se puso en su cuerpo la cabeza de uno de los que con él había sufrido la pena capital. Mirad mis dientes, repetía sin cesar, yo los tenía muy hermosos, y ahora los tengo podridos, mi boca estaba muy sana y ahora corrompe. ¡Qué diferente es este pelo del que yo tenía antes de que me cambiasen la cabeza!

Después de algunos meses de tales desvaríos, su familia lo recluyó en el asilo de hombres dementes. A pesar de que sus extravagancias se habían recrudecido, sólo quince días bastaron para que el loco se aliviara.

El director-médico del manicomio, hombre vigoroso y perspicaz, tras largas observaciones determinó sabiamente que el relojero se ocupara en el origen de su desvarío: ¿cómo se apartaría de sus ideas sino viendo frustrados sus esfuerzos y que se fastidiase de sus desvelos? Sus parientes enviaron algunos instrumentos y materiales de relojería y se le permitió instalar un taller en la antesala del hospital. Con esto el relojero redobló su ardor. Entonces, el médico, superior al común de los mortales, hizo uso de la grandeza de su alma, la vastedad de sus conocimientos y las cualidades de su corazón. Siguió las reglas de la higiene del alma. Se acercaba al enajenado como un amigo, con dulzura y firmeza a la vez. Charlaban sobre una infinidad de cuestiones, pero nunca, por ilustrada disposición del facultativo, se tocaba directamente su desatino. Algún tiempo más tarde, el enfermo tenía en gran consideración al médico porque no sólo platicaba con él como gente cuerda, sino también, le había permitido continuar su lucubración.

Tras varios intentos por construir el dispositivo del movimiento perpetuo, un día el relojero corrió gritando por todo el asilo: “ya he resuelto el famoso problema, que era el escollo de los más hábiles”. Un instante después sucedió un gran accidente: las ruedas se detuvieron y el movimiento duró sólo algunos minutos. A la enajenación de gozo le siguió la confusión. Para no herir su amor propio ante los demás, el relojero dijo que podía quitar el obstáculo fácilmente pero que, cansado de tantas tentativas, sólo deseaba trabajar en cosas sencillas de relojería. El alienista dio su aprobación de forma paternal y le inspiró confianza al respecto de su resolución.

Ahora la idea delirante que se necesitaba combatir y destruir era la de su supuesto cambio de cabeza. El facultativo de nueva cuenta dio muestras de su genio. Ideó una chanza fina mediante una conversación. Hizo que la charla recayese en el supuesto milagro de San Dionisio, el cual caminaba con la cabeza en sus manos y no se cansaba de darle besos. El relojero sostuvo con vigor que podía suceder y que él mismo lo iba a ensayar. Entonces todos soltaron la carcajada y dijeron con ironía: ¡Qué tonto eres! ¿Cómo habías de besar tu cabeza? ¿Con los talones? Una replica tan inesperada le chocó al enfermo y se retiró confuso. En lo sucesivo dejó de hablar del cambio de su cabeza. Se restableció, volvió al seno de su familia y ejerce su profesión sin que haya recaído.¹

En este apartado veremos el valor que adquirió la figura del alienista en el tratamiento moral con el fin de argumentar posteriormente la medicalización de los hospitales para dementes de la ciudad de México.

El psiquiatra fue uno de los soportes del tratamiento moral. No se puede hablar sobre éste sin hacer referencia a aquél. Los médicos tenían el trascendental cometido de poner a efecto todas y cada una de las máximas de la terapia moral. Sin ellos, de acuerdo con el discurso psiquiátrico, era prácticamente imposible obtener algún tipo de curación de la locura. Todo manicomio que se dignase de calificarse como moderno y científico tenía la obligación de verse

¹ Esta historia se inventó a partir de algunos casos clínicos presentados por Philippe Pinel en su libro *Tratado médico-filosófico de la enajenación mental o manía*, [1801].

conducido por un director-médico. El tratamiento moral vinculó la enfermedad mental no sólo a la institución manicomial, sino también, a la psiquiatría y al médico-psiquiatra.

La mayoría de los alienistas pertenecientes a la generación de la revolución psicológica europea, así como sus discípulos, pregonaron la importancia de la intervención médica sobre la enajenación mental. El facultativo se representó a sí mismo como uno de los actores protagónicos en el escenario de la locura. Esquirol, el continuador pineliano sostenía que:

El médico debe ser en cierto modo el principio vital de un hospital de alienados. Es él quien debe poner todo en movimiento. El dirige todas las acciones, llamado a como está a ser el regulador de todos los pensamientos. A través de él, como centro de acción, debe pasar todo cuanto interese a los habitantes del establecimiento, no sólo aquello que se refiere a los medicamentos, sino también todo lo relacionado a la higiene. La acción de la administración que gobierna lo material del establecimiento, la vigilancia que debe ejercer esta misma administración sobre todos los empleados, debe quedar oculta; el administrador jamás pondrá en cuestión una decisión tomada por el médico, jamás se interpondrá entre él y los alienados o los servidores. El médico debe quedar investido de una autoridad a la que nadie pueda sustraerse.²

De acuerdo a lo anterior podría no parecer muy inexacta la interpretación historiográfica foucaultiana o de “control social” que argumenta que el poder médico –y las constricciones que éste suscita- era omnipresente y de un carácter dictatorial.³ No obstante, considero que este pasaje esquiroliano es parte únicamente de un ideal psiquiátrica y como tal debemos tomarlo. Es cierto que el texto fue producto de las observaciones prácticas que Esquirol llevó a cabo en su carrera alienista, pero hay que tener en cuenta que en la praxis clínica las relaciones manicomiales estaban dadas más por negociaciones particulares entre

² Citado por Castel, 1980, pp. 166.

³ Castel, 1975, pp. 72-79; Foucault, 2000, t. II, pp. 228-255.

los actores (médicos, celadores, enfermos, parientes, autoridades) y no tanto por un personaje todopoderoso; mera cuestión teórica.

Esquirol, como la mayoría de los psiquiatras prestigiados de la época que dejaron testimonio de su pensamiento, pretendía fortalecer el monopolio médico de la enfermedad mental en el manicomio. Ya lo decía Georget acertadamente algunos años antes: “Y el médico es el único director de su empleo, nada se hace sin sus órdenes y sólo por ellas se actúa. Pues el gobierno de los locos debe de ser absoluto; todas las cuestiones debe de decidir las sin apelación el médico”.⁴

Ya se ha comentado que la asistencia psiquiátrica moderna surgió a partir de la medicalización de la institución manicomial.⁵ Cuando los médicos europeos tomaron las riendas de los asilos para locos a finales del siglo XVIII y principios del XIX, dio inicio un proceso histórico en la atención de la locura. La antigua dirección hospitalaria a cargo de personajes religiosos o civiles legos en medicina relegó las funciones del facultativo al de un mero empleado subordinado a sus designios. Y a pesar de que en algunas ocasiones los médicos de esta época desarrollaron, de cierta manera, un rol activo con el objetivo de hacer del hospital un espacio terapéutico, no fue sino hasta que recayó en ellos el mando institucional cuando se puede hablar de una apropiación médica tanto del manicomio como de la locura. Es cierto, como se ha expresado, que muchos otros agentes incidieron en la dinámica interna de los asilos, sin embargo, el hecho que una institución fuera guiada por un doctor –y posteriormente por un psiquiatra especialista- le dotó de una orientación especial divergente a la de la antigua administración.

Los facultativos comenzaron a ver el hospital para dementes no sólo como un lugar de curación y custodia de la locura sino también como un sitio propicio para la investigación y la enseñanza. Entonces, obtener la dirección del asilo se presentaba como una cuestión trascendental para el desarrollo de su disciplina como una ciencia. El discurso del dominio médico en el manicomio sobre otros actores debe entenderse también como una estrategia de poder engendrada en el seno de un grupo emergente en busca tanto de su identidad como de su

⁴ Citado por Postel, 1993, pp. 146-153.

⁵ Julián Espinosa, 1975, “El nacimiento de los manicomios”, pp. 37.

consolidación. La entrada a escena del director-médico constituyó, así, uno de los grandes logros de la medicina mental.

El alienismo justificó el papel central del médico en el asilo a partir de una consideración psicológica:

En una casa de locos debe haber un jefe, pero sólo uno, del que dependa todo. Reil, y los que como él, han querido que una casa de locos estuviera dirigida por un médico, un psicólogo y un moralista, no tenían ninguna experiencia práctica y no habían podido apreciar los inconvenientes de la división de poderes. Si existen varios jefes que mandan el espíritu de los locos no sabe en cual de ellos descansar, y sin confianza no existe curación. Cuando la autoridad se halla dividida el espíritu de independencia encuentra evasivas para obedecer.⁶

Según este planteamiento, el alienado recibiría el influjo moral del médico, quien, teóricamente, “gracias a su propia autoridad, quedaba investido de un prestigio considerable, que le permitía, por su postura, por su seguridad y por su perfección, ejercer una influencia terapéutica”.⁷ La confianza se planteó como el recurso fundamental por medio del cual se establecería la interacción alienista-enajenado que, hasta cierto punto, reproduciría la relación niño-adulto, hijo-padre. Esta relación fue calificada por los historiadores de la “escuela de control social” como coercitiva, punitiva, represiva y, en el mejor de los casos, como paternalista, autoritaria y burguesa. Hay algo de cierto en esta interpretación, empero, creo que en muchos casos el paciente jugó un papel mucho más activo que una simple recepción pasiva de la influencia médica ostentada casi como metafísica.

El psiquiatra, siempre de acuerdo a la exposición discursiva del tratamiento moral, tenía que cumplir con algunas características corporales y de comportamiento para lograr el éxito en su profesión:

⁶ Esquirol, [1838], pp. 102-103. Johan Christian Reil (1759-1813), médico alemán que creía en el papel esencial de los factores psicológicos en la génesis y curación de las enfermedades mentales y que recurrió al placer y al dolor como medios morales de corrección. Pierre Morel, 1993, “Diccionario biográfico”, pp. 731-732.

⁷ Lanteri-Laura, 2000, pp. 292-293.

El remedio más eficaz es el que solo se puede hallar en un hospital bien organizado, y que consiste en dominar y domar, por decirlo así, al loco, sujetándole en un todo a un hombre que por sus cualidades físicas y morales tenga sobre él un dominio irresistible, y que pueda mudar la serie viciosa de sus ideas.⁸

De esta forma, Pinel, al igual que sus correligionarios, delimitó un espacio de acción privilegiado restringido –el hospital bien organizado- y afinó una herramienta más directa y personal: la propia figura del alienista. Este personaje observaría las máximas de una conducta intachable: benevolencia, dulzura, afabilidad, generosidad, inteligencia, justicia, firmeza, seguridad, serenidad, etc. En suma, un modelo moral (tanto en el sentido psicológico como en el ético) de comportamiento que le permitiría llevar a cabo la persuasión por medio del empleo sistemático de palabras bondadosas, del razonamiento y de prácticas coercitivas como la violencia psicológica y los castigos corporales.

Igualmente, el alienista, personificación casi divina, sería poseedor de una fisonomía agraciada. El psiquiatra francés Francois Emmanuel Fodéré (1764-1835) nos ilustra agudamente sobre este punto:

Un hermoso físico, es decir, un físico noble y varonil, es acaso una de las primeras condiciones para tener éxito en nuestra profesión; es indispensable, sobre todo, frente a los locos, para imponérseles. Cabellos castaños o encanecidos por la edad, ojos vivaces, un continente orgulloso, miembros y pecho demostrativos de fuerza y salud, rasgos destacados, una voz fuerte y expresiva.⁹

¿Esto quiere decir que los doctores mal dotados físicamente estaban fuera de la medicina mental? Es evidente que el alienismo inventó un arquetipo del psiquiatra ideal, no sólo para influir de forma psicológica en los enajenados, sino también, como parte del anhelo discursivo del tratamiento moral, para ordenar y metodizar absolutamente todos los aspectos involucrados en la asistencia de la

⁸ Pinel, [1801], pp. 91.

⁹ Citado por Foucault, 2005, *El poder psiquiátrico. Curso en el Collège de France (1973-1974)*, “Clase del 7 de noviembre de 1973”, en <http://www.fce.com.ar/ar/libros/detalleslibro.asp?IDL=5530>

enfermedad mental, hasta al grado de prescribir el color del cabello del alienista. Tal parece que el discurso psiquiátrico, en su afán por construir una identidad propia como ciencia médica, tuvo la intención de no abandonar ningún asunto a la ilegitimidad científica.

Foucault apuntó acertadamente que a finales del siglo XVIII e inicios del XIX se constituyó “la apoteosis del personaje médico” en relación a la alienación mental.¹⁰ En el plano teórico el facultativo se convirtió en un ente casi heroico, al que no se supeditaban sólo los empleados y pacientes, sino hasta el propio fenómeno de la locura. Él lo podía todo. El médico, como personaje principal del manicomio, resultó ser el primer requisito para poner en marcha el tratamiento moral. En adelante, el mundo manicomial, al menos en la teoría, giraría en torno al alienista cual astro rey del universo psiquiátrico.

¹⁰ Foucault, 2000, t. II, pp. 252.

2.2 La medicalización de los hospitales para dementes capitalinos en 1860 como inició de la consolidación del tratamiento moral

Por su parte, en México el médico obtuvo un lugar primordial en los hospitales para dementes capitalinos a partir de mediados del año de 1860, bastantes décadas después de la medicalización asilar europea. ¿Cómo y por qué se dio esta apropiación médica en tales instituciones? Esta sección tratará de resolver estas preguntas. Primero, se verá de forma breve qué lugar ocupó el médico en los asilos para locos años antes de aquella fecha para después dar paso al tema de la medicalización hospitalaria realizada por Miguel Alvarado, el primer alienista mexicano y, por último, abordar el papel que se atribuyeron los facultativos capitalinos a sí mismos.

El término “medicalización” se refiere al hecho de “apropiación” de los manicomios por parte de los médicos, es decir, al momento en que éstos tomaron posesión de las instituciones destinadas a la custodia y cura del loco. Al menos en el discurso, el médico se arrogó las funciones de árbitro, juez y autoridad del asilo. Cuando los facultativos arribaron a la dirección-médica de tales establecimientos, todos los aspectos internos –con la atención terapéutica en primera línea- se sujetaron a las normas del alienismo y del tratamiento moral. La medicalización significó que tanto la locura como el hospital quedaron controlados por una disciplina y por un personaje: la psiquiatría y el psiquiatra.

Hemos visto que el médico desde la fundación de los hospitales para dementes capitalinos en el virreinato dependió de instancias directivas legas en medicina. Esta situación comenzó a cambiar hacia mediados del siglo XIX cuando los propios facultativos mostraron un mayor interés por el estado de los establecimientos y por la asistencia proporcionada en ellos.

En lo que se refiere al Hospital del Divino Salvador, los doctores Jesús Febles y Ángel Iglesias tuvieron a su cargo el tratamiento antes de la medicalización de 1860 (el primero en el periodo 1849-1857, y el segundo en los años 1857-1860) y presentaron una actitud un tanto diferente respecto a los médicos precedentes de la institución.

Su labor en La Canoa no sólo se limitó a pasar visita diariamente, prescribir medicamentos en las enfermedades intercurrentes, diagnosticar los casos nuevos y dar tratamiento a las pacientes curables, como se había hecho usualmente. Febles e Iglesias reprobaron el estado de la institución al calificarla como inveterada de acuerdo tanto a las reglas de la higiene como a las del tratamiento moral y, aunque no consiguieron realizar ninguna modificación sustancial a razón de que estaban supeditados a otras instancias directivas, dejaron entrever una preocupación superior a la de un simple empleado hospitalario.¹

Por ejemplo, cuando Iglesias ocupó en junio de 1857 el cargo de médico de La Canoa, “procurando, con la mayor eficacia posible, el alivio y bienestar de las enfermas”, propuso de inmediato la creación de “otra plaza de facultativo en el hospital dotada de quinientos pesos anuales para que estén atendidas las enfermas en lo principal de su enfermedad y las otras de las que adolezcan”. Al parecer, la propuesta fue aceptada por la Comisión de la Sociedad de San Vicente de Paul, encargada de la vigilancia del establecimiento, y desde esa fecha hasta por lo menos julio de 1859, dos doctores se ocuparon del tratamiento. De igual forma, Iglesias sugirió la incorporación de un practicante, pero esta medida fue desechada por considerarla innecesaria. Así, si bien de manera limitada, los doctores del Divino Salvador antes de 1860 ya trataban de ganar espacios médicos dentro del establecimiento.²

Por otro lado, en el Hospital de San Hipólito, como en el caso de su homólogo para mujeres, antes de 1860 el médico había sido solo un subordinado de directivos legos en medicina. Existe, sin embargo, un antecedente notable en cuanto al interés de una dirección médica en esta institución.

¹ AHSSA, FBP, SEH, SeHDS, L. 1, E. 13, F. 1-345; L. 5, E. 21, F. 2.

² AHSSA, FBP, SEH, SeHDS, L. 5, E. 21, F. 2; L. 6, E. 12, F. 2; E. 23. Cabe mencionar que tanto Febles como Iglesias -a pesar de que pertenecieron a generaciones diferentes- abogaron por la transformación “moderna” de la profesión médica en general, por lo que es probable que esta postura renovadora influyera en la posición que adoptaron en el interior del asilo para locas de la ciudad de México. Anne Staples, 1982, “La Constitución del Estado nacional”, pp. 94, 104; Francisco Fernández del Castillo, 1982, “Algunos datos históricos de la Academia Nacional de Medicina”, pp. 590

En 1837, precisamente cuando inició aquel tímido acercamiento a las enfermedades mentales y a su asistencia moral en la ciudad de México, como se expuso en el capítulo anterior, falleció el “director de clínica” del asilo de hombres dementes, Don Juan Castil de Oro. José María Vértiz, regidor comisionado del mismo, y quien años después sería un destacado oftalmólogo y cirujano, propuso para “cubrir la plaza de médico que se halla vacante a Don Manuel Carpio”, otro personaje que resultaría una eminencia médica años más tarde. Este facultativo argumentó que el trabajo era incompatible con sus obligaciones, pero más tarde se supo que no había aceptado el puesto porque el sueldo era muy bajo: doscientos pesos anuales en moneda de cobre “quedando reducido a una cantidad mucho menor”, a decir de Carpio.³

En tal caso, Joaquín Villa, encargado del cuidado de la salubridad pública de la ciudad, formuló un excelente plan. Propuso la creación de un concurso de oposición para obtener la plaza de facultativo del Hospital de Hombres Dementes. Como sucedió en algunos casos europeos, se resolvió que el “profesor de medicina que escriba la mejor memoria sobre las enajenaciones mentales”, tomaría posesión del empleo con una dotación de quinientos pesos anuales. Los encargados en dictaminar tan notable examen serían varios miembros tanto de la primera Academia de Medicina como del recién creado Establecimiento de Ciencias Médicas. Villa manifestó en su propuesta que el desarrollo y la científicidad de la asistencia de la alienación dependía de un solo personaje: el facultativo. “Un profesor de luces”, “un médico estudioso, dedicado y puntual en el cumplimiento de un deber tan sagrado”:

Hasta ahora la enfermedad de demencia no ha tenido un remedio eficaz en muchos casos: el conocimiento de ellas por medios de observación exquisitos sólo puede alcanzarse por el que mejor instruido se halle en sus causas, en sus síntomas y sus efectos, conocido esto sería acaso asequible encontrar el lenitivo o la perfecta curación ¿y qué camino más obvio que encomendar la asistencia de los pobres enfermos en manos de un facultativo que más estudio haya formado

³ AHDF, FHISH, V. 2301, L. 1, E. 32, F. 1-7.

sobre las enajenaciones mentales que es puntualmente lo que se ha consultado sujetándolo debidamente a la calificación del ramo?⁴

Este interesante enaltecimiento del actor médico en el escenario manicomial, que correspondía fielmente a las teorías europeas y que no se volvería a ver en San Hipólito sino hasta 1861 con el arribo de Alvarado, no prosperó debido a que el regidor comisionado del hospital, el doctor Vértiz, no lo encontró útil porque lo apreciaba únicamente como un medio para aumentar el salario del doctor y, según él, un proyecto del ayuntamiento “de arreglar los hospitales y las ciencias médicas” ya había ofrecido este incremento. Así pues, la situación no experimentó ninguna transformación. Se estipuló que continuara “la plaza de médico de San Hipólito en los términos y con el sueldo que hasta aquí, nombrando la comisión al profesor que considere más apto”.⁵

Probablemente la voz de Villa no encontró eco a causa de que en la década de 1830 la medicina capitalina apenas empezaba su flirteo con el tratamiento moral. Habría que esperar hasta la década de 1860 para que el ambiente tomara otro matiz.

El facultativo elegido en 1837 como director del Hospital de San Hipólito fue José María Echeverte, quien conservó el puesto hasta por lo menos 1854.⁶ Este doctor mostró una inquietud similar a los médicos de La Canoa de la época. En un informe dio cuenta de “la esperanza de mejor época para perfeccionar allí el tratamiento de la locura”. Según él, a pesar de su esfuerzo, “de la distancia, de las inclemencias del tiempo, del riesgo en las revoluciones, del aumento considerable de ocupación en tiempos de epidemia”, no había podido, por falta de recursos pecuniarios, “como es notorio hasta ahora, establecer un tratamiento propio y exclusivo de la locura por la falta de elementos a propósito en un hospital de esta clase”.⁷

A comienzos de 1861 otro doctor también se preocupó por las condiciones del establecimiento y por los enfermos. El Ayuntamiento apuntó que el médico

⁴ *Ibid.*, F. 5-16.

⁵ *Ibid.*, F. 13-15.

⁶ AHDF, FHISH, V. 2301, L. 1, E. 93.

⁷ AHDF, FHISH, V. 2301, L. 1, E. 76.

Jesús Ocadiz contaba con las “cualidades necesarias [...] para remediar en parte los males que sufren las personas que se hallan en aquel establecimiento”. Y concluía que “la eficacia y la prolijidad con que ha empezado a asistir a los enfermos, la medicina que ha recetado y el método curativo que ha establecido hacen esperar los resultados más halagüeños”.⁸ Ocadiz laboró sólo algunos meses en San Hipólito, pero mostró un cariz verdaderamente caritativo y médico, tal como los facultativos Febles e Iglesias en el Hospital del Divino Salvador.

Así, tenemos que los médicos de ambos hospitales, a pesar de que tenían un lugar secundario en las cuestiones directivas, intentaron incrementar su jurisdicción en los mismos y se ocuparon de arreglar la atención médica de los enfermos aun antes de la medicalización de 1860. Con todo, no fue sino hasta el arribo de Alvarado que el médico consiguió un papel protagónico y que el tratamiento moral trató de implementarse de manera regular en los asilos para locos ciudadanos.

Cuando inició la medicalización manicomial, el país se encontraba en un atolladero político. La Guerra de Reforma había cumplido dos años y medio de enfrentar a conservadores y liberales. La ciudad de México mantenía su actividad de manera regular hasta donde lo permitían los continuos desórdenes. Un joven estudiante se dirigió a su clase de clínica interna impartida por Miguel Jiménez en la Escuela de Medicina, ubicada en el edificio llamado generalmente de la Inquisición. Una mujer triste y abatida compró en la botica del señor Bustillos las Píldoras rosadas del Dr. Williams. Los gendarmes encontraron en una casita del barrio oriente el cadáver de una niña fallecida a causa de la epidemia de tifo que diezmaba la población. En la ribera de San Cosme se instaló el Hospital de San Luis de la colonia francesa dirigido por el doctor Julio Clement. En el Hospital de sangre de San Pablo, sor Micaela Ayans, bajo la dirección de Luis Hidalgo y Carpio, preparó la amputación de una pierna de un soldado de las tropas de Tomás Mejía.

Y en el número 39 de la calle de la Canoa, una enchiladera del barrio de la Merced explicaba la razón por la cual había llevado a su hija al Hospital para

⁸ AHDF, FHISH, V. 2301, L. 3, E. 120.

Mujeres Dementes. “No pudiendo tener a mi hija en el estado que se encuentra de demencia por no tener recursos, habiéndola soportado 20 años, pero hoy ha tomado fuerza la enfermedad y no es posible tenerla a mi lado, pido hoy en ese lugar se me haga la caridad de recibir a mi hija”.⁹ El diagnóstico del reciente director-médico del establecimiento, Miguel Alvarado, fue “manía aguda”. No se sabe el destino de la enferma debido a la pérdida de su historia clínica.

Este personaje, Miguel Alvarado (1825-1890), fue el primer médico del país que puede recibir el nombre de alienista. Y aunque no ostentó ningún título en psiquiatría, fue un hombre que dedicó gran parte de su vida al estudio de las enfermedades mentales y que sentó precedentes en muchos aspectos que caracterizarían al alienismo mexicano de entresiglos. Fue, en suma, una figura de gran valía para la conformación del incipiente alienismo y para la instauración del tratamiento moral en la capital del país.¹⁰

Antes de analizar la medicalización manicomial de la ciudad de México, revisemos brevemente la trayectoria del primer alienista mexicano, su personaje principal.

Alvarado no sólo fue el primer director-médico de los dos hospitales para dementes y quien trató de introducir de modo regular la terapéutica psicológica en éstos (como se verá más adelante). Su actividad psiquiátrica fue más amplia.

En cuanto a la praxis hospitalaria demostró un marcado interés tanto por las investigaciones anatomopatológicas, las localizaciones cerebrales y la influencia de la herencia en la etiología de la enajenación mental, como por las causas psicológicas y el tratamiento moral. Muestras de esta tendencia “eclectica” de Alvarado fueron los interrogatorios médicos de ingreso del Divino Salvador, documentos que estableció el propio Alvarado por primera vez en un manicomio

⁹ AHSSA, FBP, SEH, SeHDS, L. 8, E. 16, F. 108.

¹⁰ La psiquiatría se instauró como especialidad hasta 1906 como parte de la renovación del programa de la carrera de medicina que incluía también otras opciones de especialización. El primer médico que se tituló como especialista en psiquiatría fue Ernesto S. Rojas, quien en 1909 presentó la tesis *La histeria psíquica*. Este médico también se recibió como especialista en ginecología el mismo año. Más tarde sería el encargado del pabellón de “Tranquilas A” del Manicomio General. (Un puesto pertinente si consideramos las especialidades que había tomado). AHSSA, Fondo Manicomio General (En adelante FMG), Sección Expedientes clínicos (En adelante (SEC), C. 3, E. 53.

de México,¹¹ así como su breve pero significativa producción científico-literaria, en donde hizo énfasis en los síntomas (somáticos y morales) y en las autopsias de las enfermas.¹²

Asimismo, Alvarado se dedicó a dos asuntos que serían cardinales para el naciente alienismo capitalino durante todo el porfirismo: el proyecto del manicomio y la enseñanza de la psiquiatría. Sobre el primer punto, Alvarado escribió en 1865 “unos planos y presupuestos para el establecimiento de un hospital de enajenados de ambos sexos en el ex Convento de San Ángel”.¹³ Es posible que este propósito tuviera su origen cinco años atrás cuando el gobierno liberal planeó la fundación de “un hospital general de dementes”, que tendría lugar en el mencionado pueblo, lugar consagrado desde antaño al descanso y recreo de los habitantes de la ciudad de México debido a sus bellos bosques y limpios aires.¹⁴ En 1881 Alvarado también participó en la elaboración de un proyecto de manicomio, el cual será comentado en el próximo capítulo.

En cuanto al segundo punto, este médico dio la primera clase de psiquiatría en el país.¹⁵ En 1887 se propuso en la Escuela de Medicina la creación de cuatro cursos de perfeccionamiento indispensables para la formación de especialistas, entre las cuales se hallaba la “cátedra de enfermedades mentales”. Un año después se estableció con el carácter de anual, opcional y sujeta a examen teórico-práctico. Alvarado fue asignado para impartirla a los alumnos de quinto año llevando como libro de texto la obra del psiquiatra francés Jean Baptiste Joseph Emmanuel Regis (1855-1918) *Manual pratique de médecine mentale* de 1885, el

¹¹ Del periodo en que Alvarado fue director-médico de La Canoa se han conservado 12 cuestionarios: AHSSA, FMG, SEC, C. 1-17. Es muy probable que nuestro médico fuera el autor del modelo de estos documentos, el cual, también sería la base para los interrogatorios de ingreso usada de manera contemporánea en el Hospital de San Hipólito y, más tarde, en La Castañeda.

¹² Miguel Alvarado, 1881, “Casos clínicos de enfermedades mentales”, pp. 155-156; Alvarado, 1883, “Breves apuntes para formar la historia del estado de mal epiléptico”, pp. 449-459.

¹³ AHSSA, FBP, SEH, SeHDS, L. 11, E. 36, F. 1 y 3. No se encontraron los planos.

¹⁴ AHSSA, FBP, SEH, Serie Manicomio General (En adelante SeMG), L. 1, E. 1, F. 1-10.

¹⁵ Existe un antecedente del interés por la enseñanza de la medicina mental. En 1868 se propuso en el reglamento del médico de San Hipólito que una de las obligaciones del mismo era “enseñar la patología mental” en el establecimiento. Desconozco si realmente se llevó a cabo. AHDF, FHISH, V. 2302, E. 163, F. 1-2; también puede verse en: *Reglamento del médico director del Hospital de San Hipólito, aprobado por el Ayuntamiento y por el Gobernador del Distrito*, 1870.

cual se convertiría a lo largo de sus reediciones en el voluminoso y clásico *Précis de Psychiatrie*.¹⁶

Como la mayoría de los médicos decimonónicos, Alvarado no se dedicó exclusivamente a la práctica de un área médica. Además de su consultoría privada,¹⁷ durante su carrera se inclinó hacia la inspección de hospitales. Sin embargo, sin duda alguna fue el primer médico mexicano entregado al estudio de la medicina mental, “un alienista modelo”, a decir de Juan de Dios Peza.¹⁸

Ahora veamos cómo llegó este facultativo a la dirección de los hospitales para dementes y por qué ocurrió la medicalización de los mismos.

Alvarado fue el primer director-médico del Hospital de la Canoa. Recibió su nombramiento en julio de 1860.¹⁹ A partir de este momento, la figura médica en los hospitales para dementes capitalinos se convirtió, al menos en el papel, en aquel “jefe” único ensalzado por el discurso del tratamiento moral.

Un poco antes de esto, en enero del mismo año Ángel Iglesias solicitó licencia para separarse por un mes de la “Dirección médica del Hospital del Divino Salvador”, cargo aún dependiente del Consejo Particular de la Sociedad de San Vicente de Paul que dirigía el establecimiento. El encargado de sustituirlo temporalmente sería el “profesor Don Manuel Carmona”, quien lustros más tarde se convertiría en un gran clínico y oftalmólogo. Se desconoce si el reemplazo ocurrió de tal forma. Lo que se sabe es que en julio de ese año Iglesias renunció a su puesto y que la Comisión de la orden religiosa y hospitalaria recomendó a Miguel Alvarado como director-médico. Las obligaciones eran que “vivirá en la vivienda del hospital dispuesta al efecto; cumplirá con las demás obligaciones del Reglamento [...], y su sueldo es el de treinta pesos mensuales.” Alvarado aceptó las condiciones y a partir de ese momento dirigió el Hospital de la Canoa hasta

¹⁶ En 1890 la clase fue eliminada a causa del fallecimiento de Alvarado y la ausencia, a decir de las autoridades de la Escuela de Medicina, de alguien que lo reemplazara. Siete años más tarde la cátedra volvió a aparecer en el plan de estudios. Sobre la cátedra de Alvarado: Archivo Histórico de la Facultad de Medicina de la UNAM, L. 152, E. 58, F. 1; Ana María Carrillo y Juan José Saldaña, 2005, “La enseñanza de la medicina en la Escuela Nacional durante el porfiriato”, pp. 264.

¹⁷ Producto de ello fue su texto: “Hernia inguinal externa (vaginal-testicular de Malgaigne) de un niño de cuatro meses. Estrangulación, herniotomía, curación”, 1873.

¹⁸ Juan de Dios Peza, 1881, *La Beneficencia en México*, pp. 26-32.

¹⁹ AHSSA, FBP, SEH, SeHDS, L. 6, E. 21, F. 3.

1867, año en que ocupó un lugar importante en la Comisión de Hospitales del Ayuntamiento, en donde laboraba desde 1864. En 1877 lo vemos por segunda vez como director del Divino Salvador, empleo que poseería hasta su muerte en 1890.²⁰

En el caso de la medicalización del Hospital de San Hipólito también figuró el personaje de Alvarado. En marzo de 1861, poco después del triunfo liberal en la Guerra de Reforma, se le nombró director-médico del Asilo para Hombres Dementes como parte de un nuevo puesto creado por la también naciente Dirección General de los Fondos de Beneficencia Pública, bajo la responsabilidad de la Secretaría de Gobernación. El flamante cargo hecho especialmente para el primer alienista mexicano fue “Director General de los establecimientos de dementes de ambos sexos”:

El Presidente [Juárez] apreciando debidamente los sentimientos humanitarios de usted, su dedicación eficaz y solícita a favor de los infelices dementes, su ilustración acreditada y la experiencia que ha adquirido en el tratamiento de los enfermos, ha tenido a bien nombrarlo Director General del Establecimiento de dementes de ambos sexos que debe planearse próximamente en San Ángel.²¹

Se ordenó que mientras se fabricaba tal edificio, Alvarado se encargaría de los hospitales del Divino Salvador para mujeres y de San Hipólito para hombres. Sin embargo, no ocuparía por mucho tiempo este cargo. Probablemente sus múltiples ocupaciones en ambos establecimientos (separados entre sí de forma considerable pues el Divino Salvador estaba en la calle de la Canoa y San Hipólito muy cerca de la Alameda Central), y en su consultoría privada, así como el desvanecimiento del proyecto del manicomio general, provocaron que en 1862 se asignara un director médico para cada hospital para dementes de la capital, situación que permaneció hasta su cierre en 1910.²²

²⁰ AHSSA, FBP, SEH, SeHDS, L. 11, E. 5 y E. 20.

²¹ AHSSA, FBP, SEH, SeHDS, L. 7, E. 10, F. 3.

²² AHDF, FHISH, V. 2302, L. 3, E. 169.

Así, entre 1860 y 1861, el Divino Salvador, primero, y San Hipólito, inmediatamente después, quedaron dirigidos por un médico por vez primera en su historia. A partir de entonces, como se ha comentado, los otros actores principales del manicomio (administradores, rectores, juntas directivas) estarían subordinados a él. El primer paso para el establecimiento del tratamiento moral en la ciudad de México se había dado. Pero ¿cuáles fueron las razones de la medicalización de los asilos para locos en 1860-61?

Considero que la confluencia de ciertos factores históricos generales así como particulares hizo posible este hecho.

De inicio, el contexto político influyó indudablemente. Tras la consumación de la independencia la dirección de los hospitales fue considerada como un ramo de la administración pública. En estos años el Ayuntamiento únicamente se encargó del Hospital de San Lázaro para leprosos y del Hospital de San Hipólito. Otros establecimientos continuaron manejados por corporaciones religiosas en los siguientes cuarenta años.

No fue sino hasta el gobierno de Ignacio Comonfort que se inició realmente el proceso de secularización de los hospitales capitalinos que se vería concretado en 1861 con el triunfo liberal en la Guerra de Reforma. “Con la inclusión de las leyes liberales en la Constitución de 1857, los establecimientos de beneficencia quedaron secularizados, desligados de su relación con la Iglesia en todo sentido y despojados de sus bienes y rentas”.²³ En 1859 se promulgaron las Leyes de Reforma con el propósito de reestructurar el sistema institucional del país. Pero fue dos años más tarde cuando se concluyó el proyecto laico del partido juarista en lo que respecta a los nosocomios. En febrero se expidió el Decreto de Secularización de Hospitales y Establecimientos de Beneficencia que incluía a los “hospitales, hospicios, casas de dementes, orfanatorios, casas de maternidad y en general todos ‘los que reconocen la caridad pública’, así como los destinados a la instrucción”.²⁴

²³ Xóchitl Martínez Barbosa, 2005, *El Hospital de San Andrés. Un espacio para la enseñanza, la práctica y la investigación científica, 1861-1904*, pp. 23-25.

²⁴ Citado por Martínez Barbosa, 2005, pp. 23-25.

A decir de Xóchitl Martínez Barbosa, a partir de entonces el Estado tomó bajo su responsabilidad la administración y organización de estas instituciones. Creó la Dirección de Fondos de la Beneficencia Pública encargada de su control, aunque hacia el interior de cada uno de los establecimientos se respetaron, en cierta medida, sus reglamentos y constituciones, como sucedió en el caso del Hospital del Divino Salvador, que fue administrado por la Sociedad de San Vicente de Paul hasta la expulsión de las Hermanas de la Caridad en 1874. No obstante, hay que decir que la autoridad de esta orden religiosa en La Canoa disminuyó notablemente a partir de la llegada de Alvarado a la dirección del hospital, con lo cual, las monjas vicentinas (incluyendo a la rectora) se encargarían exclusivamente de los servicios hospitalarios y la Sociedad de los asuntos económicos.

De esta forma, el proceso de secularización de los establecimientos de beneficencia de la capital, influyó de forma directa para que, en el caso del Divino Salvador, la congregación religiosa que estaba a su cargo no interviniera más en la dirección médica, lo que permitió, a su vez, que una persona laica se consagrara a ella.²⁵

En cuanto al Hospital de San Hipólito, tal parece que los buenos resultados obtenidos en aquella institución a partir del manejo moral de Alvarado, propició que la Secretaría de Gobernación dispusiera la creación del puesto de director-médico de este asilo, que, como vimos, ocupó el propio Alvarado. Antes de 1861 el administrador se había hecho cargo tanto de la economía como del gobierno interno.

Otro de los factores que favoreció la medicalización de los manicomios ciudadanos fue sin duda el proceso decimonónico de consolidación y legitimación médica. A partir de mediados del siglo XIX los facultativos comenzaron a construir desde códigos de conducta hasta lugares de actuación propios. Trataron de crear

²⁵ Una evidencia de esto es que en 1861 la Dirección de Beneficencia Pública suspendió el reglamento del Hospital del Divino Salvador aduciendo que la Sociedad de San Vicente de Paul se había apoderado del establecimiento y se había arrogado facultades para su dirección. La intención de la Dirección era eliminar la autoridad de la Sociedad y limitar sus funciones a las meramente asistenciales y de servicio, como finalmente sucedió. AHSSA, FBP, SEH, SeHDS, L. 8, E. 1; L. 9, E. 2; L. 10, E. 22.

una base de autoridad y poder a través tanto de sus conocimientos médicos de carácter racionalista y científico, como de un modelo de comportamiento basado en la moralidad y la honestidad. El mismo Estado mexicano convalidó y promovió estos objetivos y, a la par de los doctores, consideró necesario el fortalecimiento de la imagen social de los mismos para evitar su menosprecio por parte de la población, así como para justificar el monopolio de su práctica ante otros tipos de saberes médicos.²⁶

Del mismo modo, la profesionalización de la medicina se fundó en la creación de sistemas institucionales como sociedades científicas, organismos de investigación, planes de estudio e instalaciones educativas convenientes, medios de intercambio y comunicación, entre otros puntos.²⁷ La apropiación médica de los hospitales puede considerarse igualmente como parte de ese proceso de consolidación médica, pues en la segunda mitad del siglo XIX no sólo fueron medicalizados los asilos para dementes, sino también otros establecimientos de la ciudad.²⁸

La medicalización de los hospitales para locos de la ciudad de México en 1860-61 no habría sido posible sin el esfuerzo del gremio médico para dotarse a sí mismo de un lugar relevante en la sociedad desde la formación del Establecimiento de Ciencias Médicas en la década de 1830, pero sobre todo, en la segunda mitad del siglo XIX. Así, la instauración de la dirección médica de los asilos para locos debe comprenderse en el contexto de la institucionalización médica y de sus profesionales.

Otro de los factores que coadyuvó a la medicalización del espacio manicomial fue el conocimiento previo que ya se tenía en la ciudad sobre el tratamiento moral. Ya hemos visto cómo desde el decenio de 1830 la mayoría de los textos sobre la terapéutica y la asistencia de la locura, tanto en el aspecto discursivo como en el práctico, estimaron que los preceptos de la terapia

²⁶ Agostoni, 2001a, "El arte de curar: deberes y prácticas médicas porfirianas", pp. 97-111; Agostoni, 2005c, "'Que no traigan al médico'. Los profesionales de la salud entre la crítica y la sátira (ciudad de México, siglos XIX-XX)", pp. 97-120.

²⁷ Francisco A. Flores, 1888, *Historia de la medicina en México desde la época de los indios hasta el presente*, t. 3, pp. 365; Luz Fernanda Azuela Bernal, 2002, "Médicos y farmacéuticos en las sociedades científicas del siglo XIX", pp. 15-20.

²⁸ Martínez Barbosa, 2005, pp. 76.

psicológica eran los únicos medios adecuados para tratar la alienación. Hacia 1860 el tratamiento moral se enseñoreaba sobre otros mecanismos de intervención contra la locura. Igualmente, los médicos de los hospitales para dementes, por lo menos desde dos decenios atrás, habían intentado conseguir una mayor autoridad en los mismos, es decir, sabedores de la preeminencia que les otorgaba la terapéutica moral en el gobierno de los enajenados, trataron de conseguir ese lugar privilegiado.

De igual manera, no hay que dejar de lado que en la década de 1860 comenzó un considerable interés médico hacia la enfermedad mental que se acrecentó conforme avanzó el siglo. En este decenio no sólo se dio la medicalización manicomial en la ciudad de México y los primeros intentos por establecer un manicomio moderno y la enseñanza de la psiquiatría, además, se vislumbró un interés por el tema de la locura en las revistas médicas y posteriormente en las tesis de titulación y se crearon departamentos destinados a enajenados en los hospitales civiles de las ciudades de Monterrey y Guadalajara.²⁹

De esta forma, en 1860 se presentó una situación favorable para la medicalización de los hospitales para dementes capitalinos. Por un lado, el Estado había abrogado el mando de las congregaciones religiosas en los establecimientos de beneficencia y había secundado la profesionalización del sector médico. Éste, por otro lado, había ganado espacios de acción en la sociedad, le interesaba el tema de la alienación y había hecho del tratamiento moral -el cual enaltecía el protagonismo médico- su principal instrumento asistencial y terapéutico contra la locura.

No es de extrañar que en 1860-61 la Secretaría de Gobernación dotara a Alvarado de la dirección de los dos hospitales para locos pues en ese momento el facultativo ya era concebido como el único personaje idóneo para poner a efecto tal empresa.

Es cierto que la atención ofrecida a los pacientes de los establecimientos en cuestión seguramente no experimentó un cambio radical a razón de la susodicha medicalización, pero la trascendencia del hecho consiste en que, por primera

²⁹ Somolinos, 1976, pp. 135.

ocasión en la historia de los hospitales para dementes de la ciudad de México, se pretendió implementar un dispositivo para brindar un tratamiento de manera regular y sistemática.

En los lustros subsecuentes a la medicalización de 1860-61 el papel protagónico del médico-director en los hospitales para dementes de la ciudad jamás fue puesto en tela de juicio por el sector médico. Y una vez efectuada dicha medicalización, el proceder lógico de sus facultativos en los decenios siguientes fue defender y auspiciar su conquista por medio de un discurso de justificación.

De tal modo, los médicos capitalinos interesados por la locura se confirieron a sí mismos funciones y actividades sociales y médicas como lo hicieron sus homólogos europeos décadas atrás. En México los doctores trataron de legitimar su lugar en el manicomio por medio del discurso del desarrollo científico de su disciplina y por la apología del comportamiento ético del médico.

Por ejemplo, José Olvera, médico interesado en la enfermedad mental y su vínculo con la medicina legal, propuso en 1891 la creación de un asilo para locos peligrosos y alienados convictos, el cual tendría, evidentemente, un mando médico: “la principal base de la bondad de la institución ha de consistir en la elección bien hecha de la parte facultativa, que ha de ser a la vez directora y conductora, que ha de disponer todo lo que sea conveniente y de llevar la institución por el camino del buen progreso”.³⁰

Igualmente, el psiquiatra, de acuerdo con el tratamiento moral, necesariamente sería un hombre ejemplar, “el más distinguido entre los mortales”.³¹ Como vimos en la primera sección de este capítulo, el alienista modelo debía cubrir una serie de cualidades que lo ennoblecían. En lo referente a su profesión, sería una persona de gran habilidad y capacidad intelectual, como expuso la revista de la Sociedad Médica “Pedro Escobedo”, dedicada en sus inicios al estudio de la terapéutica y de la materia médica nacional:

³⁰ José Olvera, 1891, “Asilo-prisión para enajenados y reos presuntos de locura. Necesidad urgente de su creación”, pp. 168-169.

³¹ Ramón López y Muñoz, 1875, “Discurso pronunciado en su inauguración en la Academia de Medicina de México”, pp. 128.

El médico de locos (...) es un fisonomista excelente, juzga por un gesto y comprende con una palabra, determina la naturaleza de la enfermedad por un signo y no se dilata mucho en pronosticar su fin; vive con los locos trabajando por restablecer su inteligencia a su plenitud normal, no teme a los hombres y aprende lo más difícil, a saber gobernarlos.³²

Además, entre los requisitos del psiquiatra arquetípico los médicos mexicanos incluyeron las virtudes éticas, indispensables para el gobierno de los enajenados:

a más de los conocimientos de su profesión, sea un hombre instruido, observador, inteligente, sagaz y elocuente, para poder convertir las ideas del sujeto de un argumento a otro; y constituirse más bien en el amigo que en el sabio; lo cual requiere también de su parte dotes naturales muy elevadas, de penetración, benevolencia y piedad.³³

Juan de Dios Peza, médico malogrado y escritor afortunado, apuntó en su libro *La Beneficencia en México* publicada en 1881 que Miguel Alvarado en el Hospital del Divino Salvador había logrado constituirse justamente en ese médico benevolente y magnánimo al cual las enfermas se acercaban de forma franca cual efigie paterna:

¡Cuánto no habrá sido el paternal afecto con que hace muchos años trata a las enfermas el médico citado, que las más exaltadas, las que allí se distinguen por *furiosas*, sonrían al verlo y le tratan con respeto cariñoso que solo en el hogar se tributa al jefe de una familia! Cruza el Dr. Alvarado por los salones y los patios del hospital, y las enfermas le llaman y le preguntan y le tratan de una manera que enternece a cuantos tienen la suerte de observarlo.

³² “El médico considerado moral y filosóficamente en diversos ramos de su profesión”, 1870, pp. 129-133. Sobre la Sociedad Médica “Pedro Escobedo”: Flores, 1888, t. III, pp. 347-349.

³³ López y Muñoz, 1875, pp. 131.

¿Será esta la mejor recompensa para el modesto médico que consagra la mayor parte de sus horas pensando en el alivio y mejoramiento de tantas infelices que lo aclaman y quieren como a un padre?³⁴

Más allá de la veracidad de este testimonio sobre el quehacer moral de Alvarado, cabe destacar que Peza concibió al alienista como un padre respetado por las enajenadas. De acuerdo a esta postura, el influjo moral del médico era capaz no sólo de inspirar deferencia, sino también, y sobre todo, de lograr la persuasión de la locura, pues la confianza, según el tratamiento moral, era el punto esencial para el manejo de los alienados.

Al mismo tiempo, Alvarado, conforme a sus contemporáneos, había conseguido realizar una empresa harto difícil, pues no había dominado a cualquier alienado, había dominado a *las locas*, a *las mujeres locas*. Según el pensamiento decimonónico imperante, la mujer estaba determinada por sus ciclos biológicos y, a partir de lo cual, era mucho más propensa al desequilibrio de carácter y a las enfermedades nerviosas y mentales. Entonces, la naturaleza femenina requería una atención médica especial y asimismo sutil:

Las mujeres son mucho más sensibles y a las cosas más insignificantes les dan un gran significado. Así, las mujeres exigen la mayor atención y delicadeza de parte de los médicos, quienes deben hacerse el debido cargo de la viveza de su imaginación y de su gran susceptibilidad, y tener siempre presente los diversos estados de virginidad, embarazo, puerperio y lactancia, que exigen cuidados diferentes. La persuasión y la dulzura, una condescendencia racional, la castidad y el secreto, son las cualidades que el médico debe poner más en práctica con el bello sexo, y es necesario no olvidar que las mujeres son las que establecen la reputación del médico.³⁵

El médico se constituyó como un personaje con características inigualables al vencer todo tipo de adversidades biológicas y escollos psicológicos. Para el

³⁴ Peza, 1881, pp. 26-32. Subrayado en el original.

³⁵ Germán Ochoa Tapia, 1881, *Ligeras consideraciones sobre la influencia que tiene la moral en las enfermedades principalmente bajo el punto de vista etiológico y terapéutico*, pp. 23.

discurso médico del alienismo capitalino de la segunda mitad del siglo XIX el facultativo representó a ese hombre de ciencia totalmente consagrado a su disciplina y siempre dispuesto a socorrer al menesteroso. Casi un superhombre.

Podemos concluir que la medicalización manicomial de la ciudad de México realizada en 1860-61 por el primer alienista mexicano, Miguel Alvarado, en la que confluyeron una serie importante de factores históricos, y que a partir de la cual el médico capitalino se asignó a sí mismo un rol privilegiado en la terapéutica y asistencia del enfermo mental, fue un acontecimiento que influyó favorablemente no sólo para el establecimiento del tratamiento moral, sino también para la conformación del alienismo nacional pues por medio de ella los psiquiatras decimonónicos tuvieron un espacio propio para poner a efecto sus conocimientos.

Los años 1860-61 significó quizás el alumbramiento de la psiquiatría mexicana que se había gestado precariamente durante los treinta años previos. A causa de la medicalización hospitalaria esta disciplina presentó asideros teóricos firmes (el tratamiento moral por un lado y la tendencia anatomopatológica por otro –como se verá más adelante-) que le valieron el reconocimiento médico, social y gubernamental, a pesar de su práctica defectuosa y llena de obstáculos.

La medicalización fue el hecho que dio pie a la aceptación definitiva del tratamiento moral en la terapia de la locura y en los hospitales para dementes ciudadanos. Sin ella, definitivamente no habría sido posible la consolidación del tratamiento moral en la segunda mitad del siglo XIX, pues proporcionó uno de los componentes clave de la terapéutica psicológica: el psiquiatra. Asimismo, en el ámbito discursivo hizo del manicomio un lugar científico regido por el orden, el control draconiano y la razón, como analizaremos más tarde. La medicalización representó, en pocas palabras, la anunciación de la consolidación del tratamiento moral.

2.3 El auge del tratamiento moral en el discurso médico local (1860-1910)

Una vez que el médico tomó posesión de los asilos para dementes capitalinos, el tratamiento moral se manifestó con mayor énfasis, en los textos médicos y en los manicomios, como la terapéutica más efectiva y conveniente de acuerdo con las particularidades del alienismo capitalino de la segunda mitad del siglo XIX. Ya hemos visto como en las tres décadas precedentes a la medicalización manicomial, el tratamiento moral se constituyó paulatinamente en el centro de la terapia y asistencia de la enfermedad mental, situación que se afianzó entre 1860 y 1910.

Aquí se examinará una selección de los textos más significativos acerca de la instauración y consolidación del método moral en el discurso médico y se tratará de resolver las siguientes interrogantes: ¿Cómo se estableció la terapéutica psicológica en el alienismo local de modo definitivo? ¿Cómo se plasmó el tratamiento moral en los textos psiquiátricos? ¿Qué lugar ocuparon los planteamientos teóricos de esta terapéutica en su asimilación médica?

Demos inicio con el pensamiento de Miguel Alvarado concerniente a la terapéutica de la enfermedad mental y al tratamiento moral. Ante la falta de textos teóricos escritos por este médico, vamos a hacer uso de los informes hospitalarios que presentó a la Dirección de la Beneficencia Pública, que si bien fueron documentos que notificaban las condiciones de la praxis médica, es posible espigar de ellos los presupuestos teóricos en que se sustentaba aquélla.

El primer alienista mexicano redactó en 1861 su primer reporte como director-médico del Hospital de San Hipólito tras tres meses de actividades. En él explicaba las razones de los malos resultados obtenidos en el manejo de este establecimiento, en contraste con los frutos positivos logrados en La Canoa. Argumentaba que la “dificultad para obtener la curación de la locura” en San Hipólito se debía a la ausencia de los principios terapéuticos de la enfermedad mental: “Para el tratamiento de la locura son indispensables tres elementos sin los cuales es casi imposible conseguirlo: el moral, el higiénico y el terapéutico, los que solos o combinados entre sí dan resultados favorables”.¹

¹ AHSSA, FBP, SEH, SeHDS, L. 6, E. 25, F. 4.

Recordemos que la terapéutica ternaria de la enajenación ya había sido formulada durante el periodo del primer acercamiento al tratamiento moral por parte de la medicina capitalina. Del mismo modo que Cordero en 1841, Alvarado colocó al tratamiento moral a la cabeza de este conjunto terapéutico, siguiendo tanto la tendencia del tratamiento mixto propuesta por Esquirol, como la orientación pineliana de preeminencia de la terapéutica psicológica.

En esta línea, el primer director-médico de los hospitales para dementes capitalinos asentó que prácticamente “todo lo necesario para poder intentar la curación” de la alienación era de tipo moral. Tanto el tratamiento higiénico como el farmacéutico fueron indicados por Alvarado más bien para tratar las “enfermedades intercurrentes” que sufrían los alienados y como complementarios en la asistencia de la locura. De hecho, les concedió un reducido espacio en sus escritos. Por ejemplo, en el primer reporte sobre el Hospital del Divino Salvador después de seis meses como director, supeditaba la higiene a la terapia psicológica: “la parte de higiene [...] contribuye no poco a impedir el desarrollo de muchas enfermedades que por desgracia son frecuentes y mortales entre los locos, y a favorecer el tratamiento moral para la curación de la locura”.²

Por el contrario, comentó mayormente los preceptos morales y recalcó sus beneficios. En el mismo informe Alvarado enumeró aquellos elementos psicológicos indispensables en la terapia de la enajenación que debían establecerse en el asilo según los postulados teóricos del tratamiento moral: “jardines, campo, talleres en que poner a distraer u ocupar a las enfermas, [...] un lugar en que puedan establecer juegos y ejercicios gimnásticos propios del sexo”.³

Como se advierte, Alvarado por un lado otorgó gran importancia a la terapia por medio del movimiento y al manicomio moral; y por otro, dejó de lado la interacción psicológica entre el alienista y el enajenado. Esta posición, presentada por primera vez por dicho médico, fue una de las características de la interpretación citadina del tratamiento moral durante el resto del siglo XIX.

² AHSSA, FBP, SEH, SeHDS, L. 6, E. 24, F. 6.

³ *Ibid.*

Sus raíces se encuentran básicamente en la segunda edición del *Tratado médico-filosófico de la enajenación mental* de 1809, en donde Pinel, a diferencia de la primera edición en que privilegió la relación médico-enfermo, le dio a las distracciones y al asilo estructurado convenientemente, el lugar medular en el tratamiento moral. Asimismo, el tratamiento moral esquiroliano compartió estas inquietudes. En Esquirol se encuentra “una gran insistencia sobre los medios de romper el círculo vicioso de las ideas delirantes (el aislamiento en un establecimiento especializado, viajes, ocupaciones, ya se trate de distracciones o de trabajo)”.⁴

La trascendencia de Alvarado residió no sólo en la medicalización, sino también, en el establecimiento del tratamiento moral en la psiquiatría y en los manicomios ciudadanos. A partir de la injerencia de este médico en 1860 el tratamiento moral adquirió una mayor sistematización y significación en los textos médicos y en los hospitales para dementes de la ciudad de México. Así, el tratamiento moral emprendía su consolidación definitiva.

Otro de los primeros alienistas capitalinos que también contribuyó a la instauración de la terapéutica psicológica fue José Peón Contreras (1843-1907), quien también fue un destacado dramaturgo y poeta. Obtuvo por oposición la dirección-médica del Hospital para Hombres Dementes en 1868. Para él el tratamiento moral constituía el mejor recurso para tratar la locura y los medios farmacológicos eran meros accesorios terapéuticos:

Se sabe bien que no es en la Farmacia donde se toman los medios de alivio o de curación para los locos, pues si bien lo suministra en ciertas circunstancias las preparaciones no son más que meros paliativos, más o menos eficaces; pero que no constituyen por si solos el remedio de que puede echarse mano para combatir tan victoriosamente tan terrible padecimiento.⁵

⁴ Paul Bercherie, 1986, *Los fundamentos de la clínica. Historia y estructura del saber psiquiátrico*, pp. 30.

⁵ AHDF, FHISH, V. 2303, E. 159, F. 1.

El tratamiento realmente eficaz contra la enfermedad mental era la terapéutica moral, entre cuyos preceptos destacaba, para este facultativo, la terapia del movimiento. Así lo aseveró en un documento que envió a la Junta de Beneficencia Pública con el fin de ejecutar algunas reformas morales en el establecimiento, como una escuela para los alienados y jardines para sembrar:

El tratamiento moral, este sistema curativo tiene por base el establecimiento de talleres, de escuelas y en general, a todo aquello que proporcione los medios de un entretenimiento provechoso a los enfermos, incluyendo como uno de los principales, el cultivo de la tierra.⁶

En particular, José Peón Contreras le adjudicó a las actividades un papel medular en el tratamiento moral de la locura, al grado que los propios enajenados o sus familiares llegaron a reproducir parte de este discurso médico. En 1868 la madre de uno de los pacientes de San Hipólito se dirigió al Ayuntamiento solicitando que no se separara a su hijo del establecimiento porque

Llo como pobre que soi, abandonada en edad no puedo tenerlo en mi compañía de temor de ataques de locura que le dan, ni tampoco creo justo que se le despida cuando todos los facultativos disen que el ejersisio y la distraision son utiles para su salud [*sic*].⁷

De esta suerte, los preceptos del tratamiento moral dejaban de limitarse a los círculos médicos y comenzaban a ser parte de la concepción popular de la curación de la locura. Los testimonios de los enfermos o de sus parientes letrados no sólo revelaron el pensamiento psiquiátrico de la época, sino también, la incorporación de éste a las creencias del pueblo.

Por otro lado, Peón y Contreras propuso una innovación notable en el Hospital para Hombres Dementes: la escuela terapéutica para alienados. El regidor del Ayuntamiento encargado del buen funcionamiento del establecimiento

⁶ *Ibid.*

⁷ AHDF, FHISH, V. 2302, E. 160, F. 1.

la calificó favorablemente. Por una parte, en su testimonio se ve la importancia dada a la educación para perfeccionar a la sociedad y formar ciudadanos; y por otra, se aprecia la idea de la reestructuración de la personalidad de los pacientes por medio de la dirección de la conducta, el apaciguamiento de todo exceso, la disciplina y la transmisión de conocimiento:

Palpables son en Europa los resultados que se han obtenido contra la locura con el establecimiento de Escuelas y otros medios de tratamiento moral, que además de proporcionar a los enfermos la distracción que indispensablemente necesitan, les procura el medio de no olvidar con el abandono prolongado, los conocimientos que les han sido necesarios para vivir en sociedad y que en lo de adelante, cuando su salud se restablezca, les servirán para lo mismo, y acaso no sólo para cumplir debidamente con las exigencias sociales, sino para atender a las necesidades de su subsistencia. [...] Si con el establecimiento de una escuela, se consigue fijar la atención de los enfermos, divagarla, robustecer su memoria, ennoblecer su espíritu, inclinarlos al orden y alejarlos de la ociosidad y de esa vida puramente material que ha llevado hasta aquí, debe hacerse un esfuerzo para que se lleve a cabo tan filantrópico proyecto que redunde en beneficio de unos seres, acaso los más desgraciados de la humanidad.⁸

La educación no fue considerada como un método terapéutico por los primeros alienistas europeos. Este sentido tal vez se lo dio por primera vez Francois Leuret (1797-1851), a quien de forma tradicional se le ha acusado del fracaso o regresión del tratamiento moral porque sostuvo métodos agresivos e intimidatorios como el sufrimiento psicológico o físico.⁹ Sin embargo, Leuret también debe ser contemplado como un alienista que reconoció el valor de medios morales *suaves* como la música, el canto y el teatro, así como la educación impartida en una escuela donde se enseñaban los rudimentos de la lectura, la escritura, el cálculo y la ortografía.¹⁰

⁸ AHDF, FHISH, V. 2032, E. 159.

⁹ Castel, 1975, pp. 92; Huertas, 2004, pp. 209-215.

¹⁰ Huertas, 2004, pp. 219-222.

Ahora demos paso a la primera tesis de titulación de medicina de la ciudad de México que fue consagrada a la enfermedad mental. En 1870 Agustín A. Roa redactó, para graduarse de la Escuela Nacional de Medicina, *Consideraciones generales de la enajenación mental, precedidas de algunas nociones sobre las facultades intelectuales*.¹¹ A grandes rasgos, el joven médico siguió la directriz señalada por el alienismo capitalino de la época sobre aspectos como la terapéutica múltiple de la enfermedad mental, la preponderancia del tratamiento moral y la composición de éste en tres elementos interrelacionados entre sí.

Roa anotó que “el tratamiento de la enajenación comprende el empleo de agentes morales y agentes farmacéuticos”.¹² A los primeros les asignó la mayor parte de su apartado acerca del tratamiento. Sobre los segundos sólo habló precariamente y aseguró:

Todos los agentes farmacéuticos empleados en el tratamiento de la enajenación mental, han tenido por efecto combatir, no el origen ni la causa próxima de la afección, sino más bien modificar algunas alteraciones secundarias, algunas enfermedades intercurrentes, por consiguiente creo superfluo hablar de esos medios de tratamiento.¹³

Para Roa los “agentes morales” estaban constituidos por el aislamiento, la intimidación, el trabajo, los viajes, la música y la pintura.

Uno de los criterios más arraigados del tratamiento moral era que el loco debía ser separado de su familia y medio ambiente, considerados como las causas de su delirio. Pinel argumentó que el aislamiento y la convivencia en sitios y con personas desconocidas para los enajenados, produciría en ellos un influjo psicológico favorable: “La experiencia enseña que los locos casi nunca se curan bajo la dirección inmediata de sus amigos o parientes. Y es una cosa averiguada,

¹¹ En 1869 la Escuela Nacional de Medicina estableció las tesis escritas como medio de titulación en sustitución de los discursos. Apenas un año más tarde ya se había escrito un estudio sobre la alienación, lo que nos expresa el valor que estaba adquiriendo el tema.

¹² Agustín A. Roa, 1870, *Consideraciones generales de la enajenación mental, precedidas de algunas nociones sobre las facultades intelectuales*, pp. 51.

¹³ *Ibid.*, pp. 55.

que entonces se hallan mejor dispuestos para recibir bien a los extraños”.¹⁴
Justamente Roa entendió la reclusión terapéutica en este sentido:

La colocación y permanencia del enajenado en un establecimiento especial, situado lejos de su familia, es una condición indispensable en la mayoría de las veces, sin la cual el tratamiento no puede ser emprendido con algunas probabilidades de éxito. El enajenado que permanece en el círculo de su familia, no tarda en tener aversión a todos los que le rodean; cada uno de los incidentes de la vida privada, se vuelve para él una causa de inquietud y agitación. [...] Si al contrario, se coloca al enfermo en un local extraño, en medio de personas enteramente desconocidas, la vista de objetos nuevos, la emoción y la sorpresa, producen en él una diversión útil, rompiendo la cadena de ideas delirantes y de preocupaciones.¹⁵

Sobre la intimidación Roa citó los mecanismos morales utilizados por Leuret. Ya se ha comentado que este alienista francés estimó que podía usarse el miedo, la ira y aún el mismo dolor para “distraer” psicológicamente al enfermo de su delirio. Roa expresó cierta desconfianza sobre la intimidación en la terapia de la enfermedad mental porque era un dispositivo insuficiente: “Conviene no dar a este método un valor exagerado, [...] su acción es muy limitada y sólo aplicable con éxito a un pequeño número de casos, desprovistos de toda complicación”.¹⁶

Por el contrario, Roa se pronunció a favor de la terapia del movimiento por medio del trabajo y los viajes. Sobre todo le concedió al primero un papel destacado:

Para los individuos enajenados, el trabajo es un recurso útil; los distrae de sus ideas delirantes y da a su atención una dirección buena; pero supone cierta mejora en su estado mental. [...] El trabajo que conviene aplicar generalmente, es el de la

¹⁴ Pinel, [1801], pp. 193.

¹⁵ Roa, 1870, pp. 51-52.

¹⁶ *Ibid.*, pp. 53-54.

horticultura y agricultura; porque permite a los enfermos vivir en pleno aire y con todas las apariencias de libertad.¹⁷

Para Pinel el trabajo representó un poderoso medio terapéutico. Según Dora B. Weiner, el tema de la ociosidad de los hospitalizados se encontró en todos los reformadores ilustrados del siglo XVIII, entre los cuales, Pinel valoró enormemente el trabajo porque permitía a los individuos ganarse la vida. “Laborar para hacer vivir a su familia era, según él, un signo de dignidad humana y de salud tanto moral como psicológica. Contemplado desde este ángulo, un retorno al trabajo representaba un signo de restablecimiento”.¹⁸ El mismo alienista francés sentenció:

El trabajo mecánico debe ser la ley fundamental de todo hospital de locos. [...] Esta verdad se debe aplicar particularmente, y estoy íntimamente convencido de que no se puede formar un establecimiento de este género, que sea duradero, y siempre útil si no estriba en esta base fundamental.¹⁹

El trabajo no sólo fue apreciado como un recurso terapéutico de la locura, sino también como el único medio de mantener la salud, las buenas costumbres y el orden interno del manicomio. Los psiquiatras lo vieron como un instrumento para eliminar la imagen tradicional de inactividad y holgazanería de los asilos.

Roa, de este modo, en la primera tesis de medicina de la ciudad de México dedicada a la enajenación, hizo del tratamiento moral la única terapia realmente efectiva para tratar la patología mental y siguió la línea pineliana, por una parte; y por otra, privilegió el aislamiento y la terapia del movimiento, prescindiendo, a la par, de la relación íntima entre el médico y el enfermo.

En 1871, por otro lado, aconteció en la ciudad de México una polémica sumamente interesante e inédita en el sector médico al respecto de la asistencia psiquiátrica. En octubre de ese año el presidente del Ayuntamiento, Tiburcio

¹⁷ *Ibid.*

¹⁸ Weiner, 2002, pp. 210-211.

¹⁹ Pinel, [1801], pp. 195.

Montiel, solicitó la creación de una casa para indigentes debido a la ausencia de una institución de este tipo en la capital. Inexplicablemente propuso que el edificio del Hospital del Divino Salvador era el lugar indicado para su instalación. Asimismo, recomendó –apoyado deficientemente en algunos principios del tratamiento moral, como el establecimiento de áreas verdes y de una amplia superficie asilar- el traslado del aquel asilo al ex-convento de Capuchinas de la población de Guadalupe-Hidalgo, cercana a la ciudad de México.²⁰

El Ministerio de Gobernación aprobó su petición, lo que provocó el revuelo y la oposición de la prensa y los familiares de las enfermas del Divino Salvador.²¹ Entonces, el presidente Benito Juárez, quien en esos momentos luchaba por la reelección presidencial, determinó que el Ayuntamiento de la ciudad de México evaluara detenidamente la reubicación antes de ponerla a efecto. Se solicitó la opinión de varios facultativos, de la Sociedad Familiar de Medicina y del Consejo Superior de Salubridad. Los médicos se encontraron divididos. Algunos se pronunciaron a favor del traslado de La Canoa y, otros, la mayoría, lo rechazaron. Empero, absolutamente todos sustentaron sus argumentos con base en el tratamiento moral y coincidieron en la creación de un manicomio moderno.

La Sociedad Familiar de Medicina se manifestó favorable a la susodicha traslación de La Canoa. Esta corporación estaba formada por pocos pero destacados médicos ciudadanos (como Miguel Jiménez, Manuel Carmona y Valle o Eduardo Licéaga) y tenía como intención la ayuda mutua y el estudio científico. Adució varios preceptos morales y resolvió que el lugar más conveniente para el asilo de las locas era el edificio conventual:

Mas si es preciso elegir entre el de la Canoa y el de Guadalupe, las ventajas están de parte del segundo por su situación fuera y a pequeña distancia de la capital; por su mayor extensión aunque menor capacidad actual, por su mejor disposición respecto a los vientos; por la mayor amplitud y número de sus patios, y por el alejamiento de la influencia de las familias que siempre es pernicioso para ese tipo

²⁰ AHSSA, FBP, SEH, SeHDS, L. 11, E. 12, F. 6.

²¹ “Las mujeres dementes”, 1871, *El Monitor Republicano*, octubre 27, p. 1. En la misma dirección: “Locas y mendigos”, 1871, *El Siglo XIX*, octubre 25, p. 3; y “El Hospital de Mujeres Dementes”, 1871, *El Siglo XIX*, octubre 28, p. 2.

de enfermos. De todos modos, importará sumas de consideración al aproximarse aquí al objeto, sin que jamás se llene cumplida y debidamente, aun agregando como debería ser, el jardín inmediato.²²

Por otra parte, los médicos que se negaron a la reubicación también se valieron del tratamiento moral para demostrar el error y la injusticia –como ellos denunciaban- de tal proyecto, y todo indica que lo hicieron de mejor manera que sus opositores, pues al final el gobierno federal siguió sus indicaciones. En conjunto, los tres dictámenes que asumieron esta posición fueron elaborados cronológicamente por el director-médico del Divino Salvador, un grupo de 51 médicos capitalinos y el Consejo Superior de Salubridad.

Francisco Montes de Oca (1837-1885), director del asilo de mujeres dementes entre 1867 y 1877, a petición del regidor del Ayuntamiento encargado de inspeccionar el buen funcionamiento de la institución, visitó el ex-convento de Capuchinas y decidió, con base en apreciaciones económicas y arquitectónicas que a su vez respondían al tratamiento moral, que el reasentamiento de La Canoa era impracticable:

El edificio en cuestión tendrá un área poco más o menos igual a la del que actualmente poseemos; pero como todo el mundo conoce con la construcción caprichosa, y algunas veces hasta extravagante del interior de los conventos, y particularmente los de las religiosas, de lo que resulta que habría grandes dificultades para adaptar este edificio para un asilo, que es sabido necesita distribución de departamentos enteramente especiales, para llenar las condiciones de su institución. Sería pues muy costoso a la municipalidad, tener que derribar la mayor parte de aquel laberinto de callejones, celditas y calabocitos. El Regidor sabe que se necesitan salones extensos para dormitorios, uno de epilépticas, otro de idiotas, otro para dementes tranquilas y otro para dementes furiosas pero que no están en acceso.²³

²² AHSS, FBP, SEH, SeHDS, L. 11, E. 12, F. 32.

²³ AHDF, FHISH, V. 2312. E. 31. F. 2

El director-médico concluía que el inmueble del Divino Salvador, aunque presentaba claras deficiencias, tenía composturas modernas que le habían costado a la Municipalidad una suma considerable, por lo cual, era preferible al edificio religioso de Guadalupe Hidalgo.

Algunos días más tarde, un grupo de 51 doctores encabezados por el propio Francisco Montes de Oca y el director del Hospital de San Hipólito, José Peón Contreras, enviaron a los regidores del Ayuntamiento una petición para impedir el traslado de La Canoa, que a decir de los facultativos, se hallaba en “un estado floreciente” y, por lo tanto, confiaban “que las pobres dementes no verán añadidas a su inexplicable desgracia de la enajenación mental la de ser encerradas en una lóbrega prisión y privadas de las comodidades que a muchas han servido de medio para recobrar la perdida razón”.²⁴ Al final del escrito, los médicos exponían un recuento histórico del “aumento progresivo” del establecimiento con la finalidad de mostrar el “proceder inhumano” del proyecto.

Por último, una comisión del Consejo Superior de Salubridad presentó su dictamen al respecto. En él se observa una mayor elaboración e, incluso, un soporte teórico superior a comparación de los otros textos revisados. De entrada, se apuntó que se había “creído necesario considerar la cuestión consultando las doctrinas de los más respetables autores en la materia como Pinel, Esquirol, Falret y otros”.²⁵

A partir de lo anterior ya se puede conjeturar hacia dónde se dirigía la comisión. En efecto, con base en el tratamiento moral se negó a la reubicación del Hospital de Mujeres Dementes. En primera instancia, la comisión se declaró partidaria del aislamiento terapéutico de la locura en una institución dispuesta especialmente para tal fin: “la secuestación a la que nos inclinamos, es en el sentido que lo adoptan sus preconizadores, es decir, en un terreno eminentemente fértil, de una gran extensión, con fácil acceso a una ciudad populosa y jamás en una aldea”.²⁶

²⁴ *Ibid.*, F. 9.

²⁵ AHSSA, FBP, SEH, SeHDS, L. 11, E. 12, F. 30.

²⁶ *Ibid.*

Después, el organismo de salubridad hizo hincapié en el manicomio moral y la terapia del movimiento. Básicamente se manifestó por la estricta división departamental y por los espacios de distracción y trabajo con el objetivo de influir de forma psicológica en el alienado:

Los defensores de la separación exigen dilatados terrenos de vegetación exclusivamente para formar en ellos hermosos sembradíos y amenos vergeles, parques prolongados y casi verdaderos bosques, donde los moradores gocen de un ambiente puro y vivificador y de una perspectiva risueña, propia para su vanidad para divagar su enajenación mental, contribuyendo a preocuparla de un modo favorable los trabajos de agricultura o de jardinería a que se les dedicara; y quedando además expeditos para en los accesos de furor entregar sin peligro a una causa libre y fatigosa, que traerá pronto el periodo de calma, sin la triste necesidad de encerrar al enfermo en una jaula, donde sobreexcitado por la contrariedad, confunde sus carnes y maltrata sus miembros todos. Quieren también aposentos y salones en gran número y de diversas dimensiones, para utilizarlos unos como obradores en que los dementes se pudieran ocupar con la debida vigilancia a las artes más a propósito, y los otros para conseguir una separación completa entre los enfermos curables o sometidos a tratamiento y aquellos cuya gravedad no deja esperanza alguna de curación, entre los enfermos tranquilos y los que padecen ataques de furor más o menos frecuentes, entre los de educación esmerada y los que carecen de ella. Departamentos para los idiotas que necesitan cuidados muy especiales; y departamentos aislados para aquellos que tienen tendencia a estar desnudos o a entregarse a actos disolutos.²⁷

Conforme a estos preceptos, la comisión determinó la incapacidad de la edificación conventual para instalar en él un asilo para enajenados y convino que la casa de La Canoa, a pesar de sus limitaciones, era más apropiada para tal efecto:

El monasterio de Guadalupe que contraría todos los recomendados principios, pues está situado en una aldea, en un terreno árido, y reducido hasta el acceso, si

²⁷ *Ibid.*

se compara con las 18 fanegas de tierra que según el método de secuestación europea deberían tenerse para la buena asistencia de las 141 locas existentes en la fecha. [...] El Hospital del Divino Salvador aunque no satisface los requisitos de un hospital de mujeres dementes, si tiene la mayor parte de las de un asilo de su clase. [...] La autoridad debe desistir del proyecto de trasladar a las locas al convento.²⁸

En conclusión, tras evaluar detenidamente las dos posturas, el Ministerio de Gobernación dispuso que el Hospital de Mujeres Dementes continuara establecido en el edificio de la calle de la Canoa. Tal disposición se explica a partir de varios factores. Primero, la pobreza del erario público impedía tanto el acondicionamiento del convento capuchino como la edificación de una moderna institución psiquiátrica. Luego, un factor elemental fue el desacuerdo conjunto desplegado por la opinión pública, los familiares de las enfermas y gran parte del sector médico capitalino. Y por último, éste articuló un discurso convincente a través del tratamiento moral para disuadir al gobierno federal de la dichosa “traslación de las locas”.

Esta controversia demostró, asimismo, que el tratamiento moral en ese momento se había posesionado del pensamiento en torno a la asistencia y terapéutica públicas de la enajenación mental en la ciudad de México. No deja de ser curioso que las dos facciones médicas involucradas en el debate ostentaran la terapia psicológica para fundamentar sus posiciones.

Ahora revisemos la primera tesis de medicina de la ciudad de México que se dedicó concretamente al tratamiento de la locura: *Breves apuntes sobre el tratamiento de las frenopatías*, presentada en 1875 por Luis Muñoz y Revilla, practicante interno del Hospital de San Hipólito un año antes.

El joven médico indicó en la introducción del texto que únicamente examinaría “aquellos medios terapéuticos cuyo uso ha sancionado la experiencia y autorizado la razón”. Más adelante aclaró: “Siguiendo la costumbre adoptada en

²⁸ *Ibid.*

esta materia, dividiré este trabajo en dos partes, en la primera estudiaré los medios llamados *morales*; en la segunda me ocuparé de los medios *físicos*".²⁹

En general, esta tesis presentó el esquema ternario del tratamiento moral que ya hemos observado, así como el aprecio por el asilo moral y la terapia del movimiento y el menoscabo de la interacción médico-enfermo. Asimismo, hay en ella un elemento que hasta el momento no se había mostrado en los escritos capitalinos sobre la enfermedad mental: la religión como componente psicológico de la terapéutica. Exploremos las novedades que incorporó este texto al discurso del tratamiento moral ciudadano.

Muñoz y Revilla comenzó su estudio con el tema del "aislamiento nosocomial", sobre el cual se manifestó a favor como la generalidad de los facultativos ciudadanos decimonónicos, empero, reveló una variable inédita y por demás significativa: las contrariedades de la secuestración terapéutica. De la mano del psiquiatra francés Jean-Pierre Falret, el médico mexicano precisó "las indicaciones y contraindicaciones del aislamiento":

Según Falret, este medio es provechoso: 1. Cuando los sentimientos afectivos están pervertidos. 2. Cuando el enfermo es caprichoso, déspota, agitado, riesgoso para las gentes que le rodean y aun para sí mismo. 3. Cuando su delirio es determinado por circunstancias que continúan rodeándole. Según el mismo autor, este medio no es indispensable y puede ser perjudicial: 1. En una afección ligera de las facultades mentales. 2. En un individuo perteneciente a una familia distinguida, por su sensibilidad moral y su buen sentido. 3. En un delirio tranquilo y que se ejerce sobre objetos sin relación próxima con las localidades y personas que rodean al paciente.³⁰

En un primer instante podría parecer que aquí se hallan algunos cuestionamientos al paradigma del aislamiento de la locura, no obstante, considero que, por el contrario, no hay más que una confirmación del mismo. Muñoz y Revilla "enteramente de acuerdo con las ideas" de Falret aclaró que las

²⁹ Luis Muñoz y Revilla, 1875, *Breves apuntes sobre el tratamiento de las frenopatías*, pp. 7-8. Cursivas en el original.

³⁰ *Ibid.*, pp. 10. Como se observa, Falret tuvo plena conciencia de la doble vocación con que nació la psiquiatría: curar y controlar.

“contraindicaciones” de la secuestación eran “relativamente poco frecuentes” y aseguró que la custodia familiar era inapropiada: “El aislamiento en una casa particular, a más de necesitar la erogación de gastos, no presta las ventajas de un asilo especial, ni por la vigilancia, ni por los conocimientos de las personas a cargo de quienes se pone el enfermo”.³¹

El discurso del tratamiento moral afirmaba que el “asilo especial” era en esencia un sitio benéfico en donde absolutamente todo contribuía a la curación de la enajenación. Un santuario milagroso para la locura. El propio Falret en 1864 reafirmó, con el telón de fondo de los debates en torno al fracaso del manicomio moral, el carácter curativo de tal institución: “El manicomio convenientemente organizado constituye para los enfermos una verdadera atmósfera médica; su acción incesante es casi imperceptible, pero ellos la respiran por todos los poros y los modifica, a la larga, mucho más de lo que se podría creer.”³²

Hacia finales del siglo XIX el incipiente alienismo de la capital hizo de Falret, a lado de Pinel y Esquirol, uno de los paladines de la terapéutica moral. En gran parte de los textos sobre el tratamiento de la enajenación fue estimado como una verdadera autoridad en el tema. Y no es para menos. En cuanto a la asistencia psiquiátrica Falret probablemente fue el último alienista europeo que, de forma análoga a la revolución psicológica ilustrada, atribuyó al tratamiento moral una gran trascendencia.³³

Finalmente, Muñoz y Revilla presentó las “prácticas religiosas” como medio moral y expresó de forma clara la ambivalencia de la religión en el discurso psiquiátrico decimonónico: “La religión, freno poderoso de las pasiones, pero causa frecuente de graves trastornos individuales y sociales, por obrar directamente sobre la moral, se ha creído un importante modificador de éste en sus estados patológicos”.³⁴

³¹ *Ibid.*, pp. 11.

³² Citado por Castel, 1975, pp. 88.

³³ Destaca la lección ofrecida por Falret en la Salpêtrière en 1854, en donde, según Robert Castel, se puso a la vista la “exposición más sistemática de los principios del tratamiento moral”. En ella, Falret desplegó los preceptos que a su parecer constituían la terapéutica psicológica: el aislamiento, la ocupación, la vida en común y la relación médico-enfermo. *Ibid.*, pp. 86-87.

³⁴ Muñoz y Revilla, 1875, pp. 13.

La sociedad moderna cuestionó el papel central de la religión como la fuente legítima y verdadera del conocimiento y de la moral. A partir de la Ilustración algunos ámbitos liberales trataron de desvincularse de las creencias religiosas por considerarlas retrógradas y opresivas. En México, la Constitución liberal de 1857 y las leyes de reforma sancionaron la separación de la Iglesia del Estado y, aunque su propósito fue anticlerical y no anticatólico, propiciaron en algunos sectores intelectuales la animadversión religiosa. No obstante, no hay que olvidar que a pesar del retraimiento de la Iglesia y de la religión durante el siglo XIX, el pueblo mexicano –y los propios liberales- siguió siendo católico y normando sus costumbres y su moral dentro de esta cosmovisión.

Los alienistas foráneos y nacionales estimaron la religión en dos sentidos. Pinel desechó la religión en cuanto que acrecentaba el delirio, la imaginación y las pasiones, pero incorporó su poder moral debido a que se podía hacer un llamado a la religiosidad del loco creyente por medio de la consolación y la confianza, así como podía convertirse en una forma de conservar el orden asilar.³⁵ En esta última dirección, Falret juzgó que era “un deber cultivar el sentimiento religioso en los alienados y hacerlos volver, bajo estas normas, como bajo tantas otras, a la ley común”.³⁶

Precisamente, Muñoz y Revilla habló de la religión como un medio psicológico pertinente para “las personas elevadas en principios religiosos” y como un recurso general de “disciplina y moralización” asilar.³⁷

Por otra parte, ahora revisemos la única tesis de titulación de medicina y probablemente el único texto dedicado de forma exclusiva al tratamiento moral en la ciudad de México. En 1880 José María Álvarez, ex-practicante interno del Hospital de San Hipólito, presentó *Estudio teórico-práctico del tratamiento moral de la locura*.

Álvarez comenzó su texto señalando el valioso papel de la terapia psicológica: “¿Cuál es hoy la alta importancia que tiene la moral en el tratamiento de la locura? Inútil me parece encomiar su poderoso influjo”.³⁸

³⁵ Dörner, 1974, pp. 122, 196; Foucault, 2000, t. II, pp. 219-236.

³⁶ Citado por Espinosa, 1976, pp. 231.

³⁷ Muñoz y Revilla, 1875, pp. 14.

Este facultativo, al igual que la mayoría de quienes trataron acerca del tratamiento moral, expuso los tres fundamentos de éste, pero a diferencia de la tendencia general del alienismo capitalino, no desestimó la relación médico-enfermo como recurso terapéutico. Desglosó el tratamiento moral en dos partes: los “medios coercitivos” y los “medios de suavidad o distractivos”.

Entre los primeros, Álvarez mencionó el “aislamiento nosocomial” en un manicomio moral, del cual se mostró partidario de acuerdo con el pensamiento esquiroliano que sostenía que una casa de alienados era el elemento más valioso contra la locura. También recomendó el uso, por vez primera en un texto médico citadino, del “aislamiento celular” y la “camisola de fuerza”, pero únicamente en casos de sobreexcitación o peligrosidad.³⁹

Igualmente, incluyó en los “medios coercitivos”, los baños de afusión, es decir, los “baños de cubos”, que “se aplican acostando al enfermo en la posición supina, sujeto de los pies y manos, arrojándole desde alguna distancia cubos de agua sobre la parte posterior de la cabeza y del cuello”.⁴⁰

En el siglo XIX las duchas se generalizaron como recurso terapéutico de la alienación. La hidroterapia pretendía influir fisiológica y corporalmente en el enfermo mediante baños de varias clases (de chorro, de regadera, de inmersión, de asiento) y temperaturas (fríos, calientes, tibios). Este medio tuvo gran éxito tanto en el discurso psiquiátrico como en la praxis manicomial de la ciudad de México durante el siglo XIX.⁴¹

Del mismo modo, los baños fueron reinterpretados por el tratamiento moral. Se pensaba, de acuerdo a la teoría del choque psicológico, que el uso del agua por sorpresa o por algún otro sistema que provocara una impresión súbita y viva, una conmoción moral, podía encauzar el influjo nervioso por la vía de la salud y devolverle la razón al alienado. Sin embargo, las arbitrariedades que permitía este

³⁸ José M. Álvarez, 1880, *Estudio teórico-práctico del tratamiento moral de la locura*, pp. 8-9.

³⁹ *Ibid.*, pp. 12.

⁴⁰ *Ibid.*, pp. 13.

⁴¹ Ma. Blanca Ramos de Viesca, 2000, “La hidroterapia como tratamiento de las enfermedades mentales en México en el siglo XIX”, pp. 41-46.

procedimiento al ser utilizado de forma punitiva y disciplinaria siempre fueron su mayor inconveniente.⁴²

Pinel sugería su utilización pero con cierta cautela: “el baño de sorpresa conviene en la manía, [...] puede alterar el enlace vicioso de las ideas de un loco; pero se conoce con cuanta prudencia y reserva se debe ejecutar y sólo tendrá lugar en los casos mas graves y desesperados”.⁴³

Posteriormente, José María Álvarez presentó “los medios de suavidad o distractivos”, entre los cuales señaló el “método de no-restraint”, el cual, nació sobre la base de exigencias humanitarias y en profunda relación con las concepciones religiosas inglesas, y consistía en la prohibición de los medios de coerción mecánicos y en la adopción de la bondad y la paciencia. El médico capitalino, como muchos alienistas europeos, no acogió el método por considerarlo irrealizable en la práctica manicomial: “Creo que dicho método, aunque apoyado por razones de mérito, no puede ser de aplicación tan general como lo quieren algunos, pues existen casos en que el empleo de los medios coercitivos es de absoluta necesidad”.⁴⁴

Otro de los “medios de suavidad” comentados por Álvarez fue la “dirección moral”, a la cual le asignó un actuación destacada, tal y como lo hizo Pinel en la primera edición de su obra sobre la enajenación mental. El tratamiento moral que preconizaba Pinel estaba fundado en la comprensión y la cooperación íntima entre el terapeuta y el individuo enfermo.⁴⁵ “La dirección moral de los locos –afirmó Álvarez- es quizá el punto más delicado de su tratamiento. Es, por decirlo así, la clave de la vuelta a la razón. Exige, de parte del médico, gran prudencia y tacto”.⁴⁶

Entre los “medios distractivos” Álvarez colocó el trabajo, los entretenimientos y los viajes, bajo el supuesto de la teoría psiquiátrica de la inactividad: “La ociosidad, perjudicial para todos, llega a ser de lamentables

⁴² Espinosa, 1976, pp. 232.

⁴³ Pinel, [1801], pp. 225.

⁴⁴ Álvarez, 1880, pp. 17.

⁴⁵ Weiner, 2002, pp. 135.

⁴⁶ Álvarez, 1880, pp. 17.

efectos en los enajenados, en quienes la falta de ocupación se sustituye por un exceso de funcionamiento de su cerebro enfermo”.⁴⁷

Por último, Álvarez comentó acerca de la conveniencia de las “prácticas religiosas” en el tratamiento de la locura. Defendió su utilización y criticó la posición liberal que había intentado secularizar todo ámbito público:

Desde que las ideas del progreso nos preocupan demasiado, se ha extirpado por completo de todos nuestros hospitales dichas prácticas, haciendo sentir el pesado yugo de una libertad mal interpretada a seres desgraciados, privándoles del gran consuelo que en su estado de penuria podría suministrarles las prácticas de su religión. ¿Por qué, si en nada pugnan con nuestras ideas, eminentemente liberales, desechar un medio que tan grandes ventajas podría suministrarnos en la curación de los pobres locos? Las prácticas religiosas, dirigidas por la prudencia de médicos experimentados serían sin duda un excelente modificador de la moral en su estado morboso.⁴⁸

Álvarez compuso el texto más completo sobre el tratamiento moral en la ciudad de México y, como el resto de los médicos capitalinos, presentó sus fundamentos como los recursos más convenientes de asistencia y terapéutica de la locura. Asimismo, incorporó algunos elementos psicológicos controvertidos (los baños, el *non-restraint* y la religión) que hasta el momento habían sido poco analizados en el discurso médico citadino, lo que enriqueció y dio una mayor coherencia a los lineamientos del propio tratamiento moral.

Apenas un año después de la tesis de Álvarez, se preparó un proyecto para el manicomio general de la capital del país. Como se ha advertido, desde mediados del siglo XIX una parte del gremio médico había exhortado la erección de un asilo moderno y el cierre de los hospitales para dementes de origen colonial. Hacia finales de la centuria estas demandas adquirieron forma a partir del interés estatal por crear una infraestructura hospitalaria y sanitaria. Producto de ello fue

⁴⁷ *Ibid.*, pp. 19.

⁴⁸ *Ibid.*, pp. 22.

ciertamente una serie de cuatro proyectos médicos acerca del manicomio iniciada en 1881 y concluida en 1906.⁴⁹

En aquel año, el gobierno de Manuel González constituyó una junta médica conformada por el primer alienista mexicano, Miguel Alvarado, el distinguido facultativo Eduardo Licéaga y Juan N. Govantes, entonces director-médico del Hospital de San Hipólito, para dictaminar sobre algunos puntos en torno a la construcción de la tan anhelada institución. Este primer proyecto encargado por el Estado mexicano estudió tres aspectos: la pertinencia de un manicomio para ambos sexos, el número de asilados y el lugar de la edificación. Las resoluciones de los doctores se apoyaron en argumentos de tipo económico, arquitectónico y médico, entre los cuales el tratamiento moral desempeñó un papel central.

De inicio, la junta médica señaló que fundaba sus juicios, por un lado, en un grupo de alienistas europeos que preconizaba los beneficios del manicomio moral, como Esquirol, Falret, Jean Baptiste Parchappe, Henry Girad, William Tuke, Maximilian Jacobi y Joseph Guislain; y por otro, en la propia práctica y experiencia de la medicina capitalina que por esos años cumplía cerca de medio siglo de interesarse por la enfermedad mental y su terapéutica.⁵⁰

Luego, se indicó que un establecimiento para ambos sexos era conveniente porque su costo era reducido y, además, dada la reunión de una gran cantidad de enfermos, en él se pondría a efecto la investigación y la enseñanza psiquiátricas. Asimismo, dicho manicomio general tendría que llenar el primer requisito de todo asilo moral: la dirección médica. La comisión afirmó que, a pesar del número de 500 pacientes que sugirió como capacidad máxima, “es un grave mal [...] si se dividiesen en dos funcionarios los poderes del director y del médico” porque no tendría lugar “la influencia que debe ejercer el médico alienista sobre sus

⁴⁹ Estos documentos ya han sido objeto de análisis historiográfico en varias ocasiones, pero siempre como precedentes del Manicomio General de “La Castañeda”, y nunca como parte del discurso psiquiátrico relativo a la terapéutica y asistencia de la locura que estaba constituyéndose en la ciudad de México desde la década de 1830 y en el que el tratamiento moral ocupó un sitio privilegiado. Ver: Mancilla, 2001, pp. 125-150; Ramos de Viesca, 1998; Rivera-Garza, 2001, pp. 660-664.

⁵⁰ “Dictámenes emitidos acerca de la erección de un Manicomio en el rancho llamado San José”, AHSSA, FBP, SEH, SeMG, L. 1, E. 2.

enfermos, pues desde luego tendría que dividirse entre muchos médicos siendo esto inconveniente”.⁵¹

De igual forma, la junta médica argumentó la adopción del manicomio para ambos sexos a partir de la disminución de empleados que podría significar el trabajo “terapéutico” de los locos:

El sistema de manicomio común unifica la acción directiva con provecho de la económica, como hemos dicho, y la hace realizable bajo una buena organización del trabajo, el que *como medio curativo* se hace ejecutar a los enajenados; así es que la costura de construcción y reparación de la ropa blanca, el lavado, cocina y despensa y otros oficios propios del sexo, pueden encomendarse a las mujeres, mientras que el tejido de géneros para vestidos, construcción de colchones, ligeras reparaciones de albañilería, cultivo de hortaliza y otros se pueden encomendar a los hombres.⁵²

Este valor productivo de las labores de los enfermos en beneficio de la economía de la institución psiquiátrica no fue manifestado por los primeros alienistas (como Tuke y Pinel) que hicieron del trabajo un elemento moral en la terapéutica de la locura, sin embargo, a partir de la segunda mitad del siglo XIX fue un fenómeno común que dio origen a críticas que sostenían que el manicomio era más un mecanismo de explotación que un espacio de curación.⁵³ La comisión de 1881 utilizó simplemente este precepto del tratamiento moral para justificar sus propósitos.

El trabajo terapéutico y la terapia del movimiento en general, igualmente, fueron un factor central en la elección del lugar para la construcción del manicomio. La junta médica propuso un terreno extenso (una hectárea por cada cien enfermos) y apropiado para la agricultura:

que puedan hacerse en él los cultivos de hortalizas, flores, árboles frutales y que sea propicio a la plantación y crecimiento de árboles que procuren sombra y

⁵¹ *Ibid.*

⁵² *Ibid.* El resalte es mío.

⁵³ Weiner, 2002, pp. 210-211; Comelles, 1997, pp. 93-102; Eraso, 2002, pp. 42-61.

amenicen el local. Un asilo de locos no debe ser una explotación agrícola; sus tierras deberán ser a propósito para que un trabajo fácil que se pueda hacer en horas oportunas proporcione al enfermo ocupación y distracción y a los fondos economías.⁵⁴

Otro de los fundamentos morales que la comisión aprovechó para resolver la cuestión del sitio del establecimiento, fue el manicomio moral. Como se ha hecho notar, el asilo propugnado desde finales del siglo XVIII tenía que garantizar la separación (por departamentos o pabellones) tanto de los sexos como de las distintas clases de enajenados para poder influir psicológicamente en ellos. La junta consideró de este modo la cuestión:

La base de construcción de un *buen* sistema de manicomio común, sea cual fuere su plan, debe ser esta: un cuerpo de edificio destinado a la Dirección, administración y oficinas generales, suficientemente ancho y alto, que se extienda de un extremo a otro del terreno para ser la división e incomunicación real y positiva. A los lados de él debe construirse un departamento para cada sexo.⁵⁵

También se anotaron varios puntos que habían sido enunciados inicialmente por Esquirol, tales como la edificación fuera de las grandes ciudades y las pequeñas aldeas, en un terreno seco, con amplitud de ventilación y luz, abundante en agua corriente y en una elevación para “permitir a los enfermos extender la vista hacia un paisaje ameno y variado”. Finalmente, según la comisión, tras examinar varios terrenos, el rancho de San José, ubicado cerca del bosque de Chapultepec y del río de la Concepción, cumplía satisfactoriamente con todas las condiciones mencionadas.

El proyecto de 1881, aunque no ofreció ninguna innovación al discurso del tratamiento moral en la ciudad de México y, en general, siguió la tendencia de privilegiar el manicomio moral y la terapia del movimiento, haciendo caso omiso de la relación psicológica médico-enfermo, es significativo porque en él el tratamiento

⁵⁴ AHSSA, FBP, SEH, SeMG, L. 1, E. 2.

⁵⁵ *Ibid.* El resalte es mío.

moral, ya plenamente establecido, fue utilizado por los médicos para justificar ante el Estado sus aspiraciones de erección de un asilo “moderno”.

Tres años más tarde, el gobierno de Manuel González, sumamente interesado en la modernización hospitalaria, encargó al facultativo Román Ramírez una investigación acerca de “las medidas que deban tomarse para el establecimiento de los manicomios”. La Secretaría de Fomento le hizo entrega de una colección de 83 artículos médicos “que tratan de este asunto” y algunos meses más tarde, Ramírez presentó el estudio intitulado *El Manicomio*.⁵⁶

Esta obra deja ver, de nueva cuenta, que el tratamiento moral era estimado por la medicina capitalina como el eje de la asistencia y terapéutica psiquiátricas.

Ramírez comenzó su texto indicando, como Esquirol y algunos médicos mexicanos, que la terapia de la locura era mixta: “El tratamiento se divide en higiénico, moral y farmacéutico”. Asimismo, como ellos, Ramírez le asignó a la terapéutica psicológica un lugar sustancial, pues aunque afirmó que “necesita uno variar, combinar, modificar los medios de tratamiento, porque no hay tratamiento específico de la locura”, convirtió la higiene en un método moral y prescindió comentar acerca de los medicamentos.⁵⁷

En el “tratamiento higiénico” Ramírez incluyó el trabajo terapéutico, que, como hemos visto, fue uno de los fundamentos del tratamiento moral desde la revolución psicológica del siglo XVIII. El equilibrio entre el “alimento y el trabajo constituyen el fundamento más amplio y sano en el tratamiento de los locos”, sentenció el médico ciudadano, para quien, “el mejor trabajo es el del campo: como Anteo, uno recobra las fuerzas cuando toca a la madre tierra”.⁵⁸ Al igual que Pinel y Tuke, Ramírez hizo de las faenas agrícolas el medio más eficaz para influir de forma psicológica en el alienado. Así, la higiene, al menos para este facultativo, se volvió, de forma implícita, en un medio moral.

Sobre el “tratamiento farmacéutico” Ramírez apuntó: “Lo omitimos por ser demasiado técnico, y porque el presente informe tiene por objeto ilustrar al público

⁵⁶ Román Ramírez, 1884, *El Manicomio*, pp. 3.

⁵⁷ *Ibid.*, pp. 9-11.

⁵⁸ *Ibid.*, pp. 21-25. Anteo: gigante monstruoso, hijo de Poseidón y Gea. Era invulnerable mientras tocaba con el cuerpo la tierra. Heracles lo estranguló manteniéndolo suspendido en el aire.

en general y no a los médicos alienistas”.⁵⁹ Se puede suponer que realmente no valía la pena exponer dicha terapéutica de la locura quizá porque, tal como hemos apreciado, en ese momento no era apreciada por la medicina capitalina.

En contraste, los fundamentos del tratamiento moral ocuparon gran parte del texto. Ramírez se mostró a favor del aislamiento terapéutico en un manicomio moral y vio con buenos ojos el razonamiento, la persuasión y la terapia del movimiento a través de la reglamentación rigurosa de la vida cotidiana.

Igualmente, ante otros sistemas asistenciales como el *non-restraint*, la colonia de Gheel y los pabellones familiares, Ramírez prefirió el asilo moral. Primero, se presentó ecuánime al respecto: “ni el método de vida de familia y al aire libre, ni el claustral, ni el mixto son el absoluto ni mejores ni peores”.⁶⁰ Después, asumió una posición más acorde con el naciente alienismo citadino. Sobre el *non-restraint* dijo, como Álvarez cuatro años atrás, que no era factible:

Compartimos la opinión de médicos recomendables, como Jacobi y Guislain, que piensan que ese sistema es inaplicable en la práctica. [...] Excepto la supresión absoluta de los medios de sujeción, las condiciones propuestas por Conolly, son evidentemente las que se ha procurado introducir en el tratamiento de los enajenados, desde los notables trabajos de Pinel y Esquirol. Si debe uno restringir a los casos absolutamente indispensables el empleo de camisa de mangas cerradas, y de algunos otros medios, no es menos cierto que, por un sentimiento exagerado y acaso mal comprendido, su supresión completa daría lugar a graves dificultades.⁶¹

El médico mexicano, como Esquirol, también negó la conveniencia del método del pueblo de Gheel, en el que, desde la Edad Media, se llevaba a cabo un sistema de asistencia para locos basado en el cuidado familiar, la libertad y el trabajo. A decir de Ramírez no era pertinente para la mayoría de enajenados:

⁵⁹ *Ibid.*, pp. 32.

⁶⁰ *Ibid.*, pp. 11.

⁶¹ *Ibid.*, pp. 33.

el sistema de Gheel no puede convenir más que aun número de enfermos muy restringido; no conviene a los paralíticos, ni a los epilépticos, ni a los que tienen incontinencia de materias fecales, ni a los que tienen una forma aguda y reciente de enajenación, ni aquellos que deben ser sustraídos a las diversas causas capaces de aumentarles la sobreexcitación.⁶²

Román Ramírez, igualmente, objetó el sistema de *cottages* ingleses en donde las familias de los enfermeros y celadores cuidaban de tres a cinco enfermos:

Pero no hay que hacerse ilusiones, porque estas instituciones dispendiosas no son más que una engañifa puesto que les falta siempre, bajo el punto de vista de los cuidados, de la vigilancia y de la atención de los empleados, el espíritu de orden y jerarquía que fatalmente se encuentra en los asilos. Debemos decir también que la acción del médico no es nunca tan incesante ni tan continua.⁶³

En consecuencia, Ramírez declaró que “por eso los asilos cerrados, y más todavía los asilos mixtos con sus colonias y sus haciendas, son preferibles”.

Probablemente, por primera ocasión un mecanismo de asistencia psiquiátrica diferente al manicomio tradicional era reconocido por el alienismo ciudadano. Sin embargo, cabe mencionar que los dichos asilos mixtos con colonias agrícolas, en principio, también siguieron los preceptos del tratamiento moral como la división manicomial por pabellones o departamentos y el trabajo terapéutico, con la salvedad de que el *open-door* permitía una mayor libertad a los enfermos.⁶⁴

Por último, aunque Román Ramírez incluyó en su análisis sistemas asistenciales que hasta ese momento habían sido poco estudiados en la ciudad de México, rechazó la mayoría de ellos y admitió únicamente el método más conforme con el tratamiento moral. Ahora bien, a pesar de que nuevos elementos empezaban a formar parte de la discusión psiquiátrica capitalina, la terapia moral se reafirmó como la base de la terapéutica de la enfermedad mental. En general,

⁶² *Ibid.*, pp. 17.

⁶³ *Ibid.*, pp. 18.

⁶⁴ Campos Marín, 2000, pp. 42-53.

el documento presentado al gobierno en 1884, al igual que el proyecto de 1881, demostró que el tratamiento moral estaba plenamente consolidado en el discurso de la medicina mental.⁶⁵

Algunos años más tarde, en 1891, José Olvera, uno de los primeros médicos capitalinos interesados en el estudio de la enfermedad mental, manifestó precisamente que el tratamiento moral era la manera adecuada de tratar a los alienados:

No sólo en los criminales, en los enajenados, en los imbéciles y aun en los idiotas, se consigue con tratamiento moral que no se dirige a lo físico sino a lo psíquico del hombre, cambiar las inclinaciones, desterrar la monomanía, educar por último con alguna perfección, que no por ser poca deja de ser admirable, a los últimos e inocentes vástagos de la humanidad y ese tratamiento moral consiste en tocar la cuerda sensible que cada uno tiene, que es la que conmueve el espíritu encerrado en más o menos estrechos límites.⁶⁶

En 1896 apareció otro proyecto para construir el manicomio general en la ciudad de México. En líneas generales, no se trata más que de la confirmación finisecular de la tendencia del alienismo citadino al respecto del tratamiento moral.⁶⁷

El Secretario de Gobernación, Manuel González Cosío, de acuerdo con el presidente Porfirio Díaz, nombró una junta compuesta por el ingeniero de la Beneficencia Pública, Luis L. de la Barra y los médicos Vicente Morales, Ignacio Vado, Manuel Alfaro, Samuel Morales Pereyra y Antonio Romero. Tras varias reuniones, la junta decidió que los dos últimos médicos redactaran una exposición sobre lo convenido en las discusiones de la junta.

⁶⁵ Es probable que estos planes del manicomio (1881 y 1884) impulsados por Manuel González no se concretaran simplemente porque su presidencia terminó en 1884.

⁶⁶ Olvera, 1891, pp. 165.

⁶⁷ Este proyecto y el de 1905 que veremos más adelante y que finalmente dio origen al Manicomio General muestran una continuidad no sólo en su orientación psiquiátrica sino también en que el primero fue la base para la realización del segundo. En cambio, estos proyectos porfiristas son independientes de los planes manicomiales gonzalistas de 1881 y 1884, en cuanto que aquéllos no retomaron a éstos y realizaron nuevamente discusiones en torno a cuestiones como la pertinencia de incluir los dos sexos, el lugar de construcción, la colonia de Gheel, etc. No obstante, los cuatro documentos comparten la inclinación general hacia el tratamiento moral.

Primeramente, la comisión presentó una somera historia de la asistencia de la locura y ensalzó las figuras de Pinel y Esquirol. Más adelante, aprobó el primer fundamento del tratamiento moral, el aislamiento terapéutico: “En Europa y América todas las escuelas profesan las mismas doctrinas en psiquiatría y el aislamiento se juzga como el primero y el más importante de todos los medios de tratamiento para los enajenados”.⁶⁸ Como Esquirol, basó en el asilo moral la curación de la locura: “podemos asegurar que en las perfectas condiciones de un manicomio están las tres cuartas partes de la curación de los enfermos”.⁶⁹

Igualmente, decidió que la ubicación del establecimiento sería en un sitio despoblado, seco y ventilado. Su construcción se basaría en el sistema de pabellones para evitar el contagio psicopatológico y garantizar la separación de las diversas formas de locura, edad, sexo y condición socioeconómica. El gobierno interno también estaría acorde con la terapéutica moral: “Que la dirección fuera única porque no hay subordinación a donde no hay unidad de mando”.⁷⁰

En el mismo sentido, la terapia del movimiento fue preconizada por la comisión: “Los enajenados como los criminales regeneran mucho por el trabajo metódico, como regeneran otros por el aislamiento absoluto y otros por la constante sociedad y distracciones”.⁷¹ Se proyectaron, como “poderoso medio para el tratamiento de los asilados”, salones de recreación, de juego, biblioteca, talleres, gimnasio, escuela, parques y terrenos de labor. En general, todo aquello que hiciera olvidar la locura.⁷²

El frente del edificio de servicios generales, asimismo, estaba diseñado para dar la impresión de un lugar agradable y no evocar la desventura de los asilados. La fachada tendría el aspecto de un palacete europeo conforme al estilo ecléctico clasicista que caracterizó a la arquitectura porfirista de finales del siglo XIX y que, en 1910, sería la impronta del manicomio de La Castañeda.⁷³

⁶⁸ Comisión Especial, 1898, “Exposición y proyecto para construir un manicomio en el Distrito Federal”, pp. 890.

⁶⁹ *Ibid.*, pp. 893.

⁷⁰ *Ibid.*, pp. 898.

⁷¹ *Ibid.*, pp. 897.

⁷² *Ibid.*, pp. 897-898; “Proyecto de manicomio para ambos sexos en el Distrito Federal”, 1896, pp. 635-637.

⁷³ Valdés, 1995, pp. 99.

La comisión, por otro lado, también se declaró en contra del sistema de Gheel y de las colonias familiares para locos usadas en Clermont y, a la par, se expresó nuevamente a favor del asilo moral:

Estos dos sistemas de tratamiento para los locos, no pueden tener lugar entre nosotros como se ha resuelto en las juntas generales habidas con este objeto, en atención a nuestro modo de ser social, costumbres digámoslo de una vez, a la falta de educación, que haría muy difícil sino imposible, la permanencia de los enajenados entre nuestros incultos jornaleros, para quienes el pobre enfermo sería objeto de burlas y sátiras continuas, en vez de objeto de consideración y respeto. [...] Además, está evidentemente demostrado por la experiencia, que los resultados prácticos de dichos sistemas para la curación de los enajenados, son relativamente muy inferiores a los obtenidos por el sistema de reclusión completa en manicomios cerrados, como el que proponemos y consideramos único adoptable entre nosotros, siempre que, y esto es preciso no perderlo de vista ni un momento, se tenga en el interior suficiente extensión de terreno, que haga desaparecer la idea de claustro, expañc[ie] [sic] el ánimo de los asilados y sirva para que se entreguen al trabajo de horticultura y floricultura, a lo que muchos se prestan muy bien.⁷⁴

Más allá de los aspectos sociales, una de las razones médicas que la comisión adujo para negar la adopción de tales sistemas de asistencia psiquiátrica, fue que consideraba que el tratamiento moral era la única posibilidad de asistencia y terapéutica de la locura en México. Es evidente que los médicos, tras sesenta años de tener contacto con dicha terapia y haber hecho de ella el eje asistencial, no aceptarían tan fácilmente aquellos métodos “innovadores” que ni en la misma Europa habían sido acogidos del todo. De hecho, justamente con el proyecto de 1896 y el compromiso del Estado mexicano por construir el asilo moderno, una parte del sector médico capitalino que desde mediados de siglo había instado por construir el manicomio basado en las pautas del tratamiento

⁷⁴ Comisión Especial, 1898, pp. 890.

moral, por fin veía sus aspiraciones científicas cumplidas y, al parecer, no estaba dispuesto a dejarlas escapar.

La comisión ratificó la tendencia del incipiente alienismo capitalino del siglo XIX: demostró su adhesión al tratamiento moral y a los fundamentos del asilo moral y de la terapia del movimiento. Así, los proyectos de construcción del manicomio formaron parte del discurso psiquiátrico sobre la terapéutica psicológica que se había manifestado desde la década de 1830 y al finalizar la centuria había adquirido una instauración unánime e incuestionable.

Finalmente, vamos a revisar el último documento trascendente del periodo que dio cuenta de la consolidación del tratamiento moral en la ciudad de México. Me refiero al proyecto manicomial de 1904-1906 que, con algunas ligeras modificaciones prácticas, dio origen a La Castañeda.

En 1902 la Secretaría de Gobernación encargó a los ingenieros Salvador Echegaray y Luis L. de la Barra, bajo la supervisión de una comisión técnica conformada por los también ingenieros Miguel Macedo y Alberto Robles Gil, y el médico alienista Juan Peón del Valle, la planificación definitiva del asilo capitalino. En 1904 Echegaray y De la Barra presentaron un primer ante-proyecto ante el Consejo Consultivo de Edificios Públicos. Un año después, tras incorporar las observaciones de este organismo, se sometió a estudio una nueva versión del programa “resultando de estos trabajos –a decir de Echegaray- la aceptación de la casi totalidad de mis nuevos proyectos”. En 1906 se expuso un tercer plan manicomial que, dos años más tarde guió finalmente la edificación del Manicomio General.⁷⁵

Las críticas del consejo en las dos revisiones del proyecto se centraron en aspectos accesorios como la decoración arquitectónica o el espacio entre los departamentos y realmente nunca se puso en tela de juicio los principios esenciales del programa.⁷⁶

Cabe comentar que de las tres versiones del proyecto únicamente se conoce la segunda de ellas, escrita en 1905. En cierta forma este documento fue

⁷⁵ AHSSA, FBP, SEH, SeMG, L. 49, E. 1, F. 1- 2; L. 1, E. 8, F. 1.

⁷⁶ Ver AHSSA, FBP, SEH, SeMG, L. 1, E. 10.

la ampliación y ratificación del plan de 1896 y, como tal, siguió las directrices generales del mismo. De hecho, el ingeniero Luis L. de la Barra estuvo involucrado en la realización de ambos textos.

Según sus propios autores, el proyecto de 1905 se fundó en “las bases de un buen hospital”, en “los principios que se consideran mejores como directores de la construcción de los Asilos de locos”.⁷⁷ ¿Y cuáles eran esos principios? Los fundamentos del tratamiento moral, por supuesto. Los preceptos del manicomio moral y de la terapia del movimiento estructuraron gran parte del discurso psiquiátrico de la obra en cuestión.

En principio, como en la mayoría de los textos médicos capitalinos al respecto, no se le dio trascendencia a la terapéutica farmacéutica de la locura. El papel de la dependencia de la Farmacia en el interior del asilo proyectado era verdaderamente secundario, señal de la poca fe que las drogas inspiraban en el tratamiento de la locura: “En un Asilo de Locos no es necesaria una Farmacia tan vasta como en un Hospital donde el consumo de medicinas es constante”.⁷⁸

Por otro lado, el director-médico estaba encargado del gobierno absoluto de la institución tal y como lo recomendaban los cánones del tratamiento moral: “El Director General no solamente estará al tanto de las cuestiones médicas propiamente dichas, sino que tendrá a su cargo la Dirección y todos los servicios generales, movimiento de fondos, etc.”⁷⁹

En contraste con el pequeño valor destinado a la Farmacia, la división departamental tendría gran significación. Conforme con el pensamiento esquiroliano, el proyecto afirmaba que se había adoptado “el sistema fragmentario o de Pabellones hoy aceptado como el más perfecto, tanto desde el punto de vista general de las ventajas higiénicas, como desde los particulares de la clasificación de los dementes”.⁸⁰

Además de la separación de ambos sexos, se propuso la creación de los departamentos de observación y clasificación, tranquilos, degenerados,

⁷⁷ AHSSA, FBP, SEH, SeMG, L. 49, E. 1, F. 2.

⁷⁸ *Ibid.*, F. 31.

⁷⁹ *Ibid.*, F. 77.

⁸⁰ *Ibid.*, F. 18. Salvador Echegaray, uno de los autores del plan, construyó ese mismo año en Mérida el primer manicomio por pabellones del país.

delincuentes, epilépticos, furiosos y distinguidos, con el objetivo de impedir el “contagio” psicopatológico y moral: “Para lograr la curación o al menos algún alivio en la triste condición de los dementes, es indispensable separarlos según su edad, su estado moral y su clase de locura”.⁸¹

De igual modo, se consideró que el terreno de la ex-hacienda de La Castañeda cumplía satisfactoriamente con los requisitos para la erección del manicomio moderno, tales como elevación, agua en abundancia, salubridad, cercanía con la ciudad y “perspectivas pintorescas”:

En efecto, los pueblos de Mixcoac, San Ángel y Coyoacán, cercanos al sitio en que se erigirá el Asilo, son conocidos como salubres y a ellos van a veranear los habitantes de la Capital. En aquellos abundan los árboles y flores y no se encuentran establecimientos industriales que produzcan humos o ruidos. El terreno domina una gran extensión del Valle y las perspectivas que desde aquel se descubren son bellísimas.⁸²

Al igual que en el proyecto de 1896, la arquitectura fue utilizada como un recurso moral más en el tratamiento de la enfermedad mental. Según Echegaray y De la Barra todos los alienistas recomendaban un ambiente agradable y artístico como medio eficaz de alivio para los dementes y convenía que, sin dar al manicomio

una apariencia ostentosa, incompatible con las miserias y tristezas que encubre, traiga al ánimo una impresión grata, en armonía con el paisaje campestre que rodeará el Edificio. Notoria es la influencia de la contemplación de objetos agradables sobre la mente del hombre, influencia a la que no es insensible el desequilibrado.⁸³

Otros medios de solaz que se formularon fueron “las representaciones teatrales, las lecturas y los sports” porque

⁸¹ *Ibid.*, F. 6.

⁸² *Ibid.*, F. 15.

⁸³ *Ibid.*, F. 26-27; AHSSA, FBP, SEH, SeMG, L. 1, E. 10.

la conveniencia de procurar distracciones a los alienados es demasiado conocida y justifica el que se les encomienden labores apropiadas a su condición durante algunas horas del día y se les procuren esparcimientos durante horas para alejar la imaginación de los enfermos de las ideas extraviadas que caracterizan sus dolencias.⁸⁴

El propósito era que el enajenado se “olvidara” de su delirio para influir en él de forma psicológica. El mismo sentido tenía el trabajo terapéutico, el cual, no obstante, el proyecto de 1905, como Román Ramírez en 1884, lo estimó también como una manera de reducir los costos del establecimiento:

en los Manicomios modernos se considera indispensable establecer los talleres necesarios en proporción con el número de asilados, calculando la parte de estos que trabajará en oficios diversos, la que se dedicará a faenas agrícolas y, por último, otra parte de asilados que desempeñará trabajos de aseo, lavandería y cocina en el Manicomio.⁸⁵

Echegaray y De la Barra, al igual que Ramírez, propusieron la formación de una “colonia agrícola” en el seno del asilo. Sin embargo, tal parece que en la medicina capitalina este sistema asistencial tuvo una interpretación diferente al caso europeo y adaptada a la circunstancia particular.

En el viejo continente las colonias agrícolas ideadas por el *open-door* inglés eran en un mecanismo asistencial abierto en el cual los enfermos vivían con mayor libertad en pabellones especiales y se dedicaban a las faenas del campo, es decir, era un sitio de residencia y empleo. Para el proyecto de 1905 la colonia agrícola consistía en un conjunto de edificios (caballerizas, establos y lecherías), patios y campos dedicados al trabajo de los enfermos “tranquilos” que estaban asilados en los departamentos cerrados del establecimiento y solo acudían a la

⁸⁴ AHSSA, FBP, SEH, SeMG, L. 49, E. 1, F. 32.

⁸⁵ *Ibid.*, F. 47.

“colonia” a laborar. En concreto, aquí el sistema estaba vinculado al tratamiento moral y no al *open-door*.

La intención de Echegaray y De la Barra en ningún momento fue proporcionar algún tipo de libertad a los enfermos, sino únicamente ciertas tareas para distraerlos y obtener alguna ventaja económica:

Desde los mismos puntos de vista a que antes hemos referido hablando del edificio destinado a la Panadería y los Talleres, es indispensable una Colonia Agrícola en un manicomio moderno. Destinar a efecto una extensión que, como dijimos en la primera parte, debe ser de unas tres hectáreas por cada 100 asilados, para cultivar alfalfa, árboles frutales y hortalizas y obtener las pasturas para un número de vacas que proveerán al Asilo de la leche necesaria y contar con algunas materias primas para la preparación de los alimentos, además de proporcionar los medios de dar ocupación a otro grupo de asilados.⁸⁶

En resumen, el tratamiento moral ocupó un lugar central en el proyecto de 1905 realizado a pedimento del Estado porfirista. El manicomio moral y la terapia del movimiento respondían a consideraciones psicológicas aunque ya se veían razones utilitaristas de fondo, tal vez debido a que los autores del proyecto querían hacer ver al gobierno que el sostenimiento económico del asilo no sería elevado y, así, convencerlo de la puesta en marcha de su construcción. Sin embargo, hay que subrayar que los realizadores del programa creyeron firmemente en la efectividad de la terapéutica psicológica y se inscribieron en la tendencia capitalina que había hecho de ésta el eje de la asistencia de la locura.

Como se dijo, el proyecto manicomial de 1905 fue el último documento importante en el que se hizo patente la asimilación del tratamiento moral en la ciudad de México. Después de esta fecha, hay algunos textos que muestran lo anterior, pero ya se comienza a percibir la tendencia que privaría sobre todo tras la inauguración de La Castañeda en 1910. La última referencia que se hizo propiamente al tratamiento moral en la medicina capitalina fue en 1906 en un texto

⁸⁶ *Ibid.*, F. 14-14bis, 49-50.

del alienista Juan Peón del Valle.⁸⁷ A partir de esta fecha y en la siguiente década el término no se volvió a mencionar más. Y aunque después de 1910 continuaron estando presentes, los medios morales se transformaron y ya no fueron concebidos como parte de un sistema terapéutico que los englobara –el tratamiento moral- y que tuviera como intención influir psicológicamente *como un todo* en el enfermo. Ahora, el aislamiento manicomial ya no tenía una relación directa con el trabajo terapéutico y la relación psicológica alienista-alienado. Cada uno de estos principios fue entendido de forma independiente y –a excepción de la interacción médico-enfermo- ya no tuvieron más ese cariz psicológico que les había dotado el tratamiento moral. Así, el sentido decimonónico de esta terapia de la locura se perdió poco a poco a partir de los primeros años del siglo XX y se hizo evidente en su segunda década. Este hecho lo hemos interpretado como el fin de la apoteosis de la terapéutica del alma.

En el decenio de 1910, y contrario a lo que había sucedido durante los treinta años anteriores, los textos sobre psiquiatría en las revistas médicas y en las tesis de medicina, disminuyeron de modo notable.⁸⁸ Prácticamente los únicos doctores mexicanos que publicaron al respecto fueron Enrique Aragón (1880-1942) y José de Jesús González Ureña (1868-1957), quienes en la primera mitad del siglo XX destacaron en los terrenos de la psiquiatría y de la dermatología, respectivamente. Sus escritos de inicios de la centuria se enfocaron básicamente en las enfermedades nerviosas, la histeria, los “retrasados mentales” y los “niños anormales”. Sobre la cuestión terapéutica hicieron énfasis en la psicoterapia.⁸⁹

Ahora, la relación médico-enfermo ya no estaba fundada en la vieja persuasión moral de la locura, sino más bien, en el método psicoterapéutico, el cual, fue introducido a finales del XIX por el médico francés Hippolyte Bernheim (1840-1919), y aunque tenía muchos puntos en común con el tratamiento moral,

⁸⁷ Juan Peón del Valle, 1906, “Importancia de los sentimientos en la Genesiología del delirio de persecución. Ensayo de psicología patológica aplicada al tratamiento moral de la enajenación mental”, pp. 219-270.

⁸⁸ En la sección bibliográfica dedicada a las fuentes primarias de esta tesis puede verse la gran diferencia entre la cantidad de estudios psiquiátricos antes y después de 1910.

⁸⁹ Entre otros: Enrique O. Aragón, 1912a, “Estado de la memoria en las histéricas, su alteración”, pp. 25-28; Aragón, 1912b, “Los retrasados mentales”, pp. 540-549; José de Jesús González, 1912, “Los niños retardados y los niños anormales”, pp. 68-70; González, 1913, “Psicoterapia para accidentes histéricos”, pp. 94-105.

designaba un recurso terapéutico novedoso que empleaba medios psicológicos como el hipnotismo, la sugestión verbal y el diálogo racional y emocional.⁹⁰ Ya hacia el término de la centuria decimonónica la medicina citadina comenzó a nombrar el tratamiento psicoterapéutico, pero no fue sino hasta después de 1910 que la psicoterapia ocupó un lugar importante y sustituyó totalmente al tratamiento moral en la terapia psicológica de las enfermedades mentales y nerviosas.⁹¹

Al parecer, al contar con una institución manicomial “moderna”, los médicos mexicanos se preocuparon por poner al día su terminología y terapéutica psiquiátricas y, si bien la esencia del tratamiento moral no desapareció del todo, ahora esta terapia tomó nombres y aspectos modernos acordes con la psiquiatría occidental de principios del siglo XX.

Así pues, durante casi setenta años (1837-1905) los médicos capitalinos y otros actores involucrados demostraron que en la capital del país existió un consenso en cuanto a la terapéutica de la enfermedad mental en el discurso psiquiátrico de los textos médicos. Si bien el tratamiento moral no fue estimado como la única terapia de la locura, si fue la base a partir de la cual se articularon todos los recursos.

El periodo de 1860-1910 puede considerarse como la apoteosis del tratamiento moral pues en ninguna ocasión fue puesto en tela de juicio y, por el contrario, siempre se le tuvo como superior a otras terapéuticas y sistemas asistenciales.

Además, en esta época el tratamiento moral capitalino adquirió su propia particularidad. Como advertimos, la mayoría de los textos médicos dejaron a un lado uno de los principios morales (la relación psicológica médico-paciente) y le confirieron mayor importancia a los otros dos preceptos (el manicomio moral y la terapia del movimiento). La causa de lo anterior podría deberse a dos motivos: primero, a la influencia de la psiquiatría francesa -sobre todo de Pinel (en la segunda edición de su obra), Esquirol y Falret- que justamente le dio esta

⁹⁰ Gladys Swain, 1994, “Du traitement moral aux psychothérapies. Remarques sur la formation de l’idée contemporaine de psychothérapie”, pp. 237-262; Morel, 1993, pp. 593-594.

⁹¹ A partir de 1910 ya no se habla más del tratamiento moral en cuanto a la relación psicológica entre el médico y el enfermo; ahora la psicoterapia ocupó ese sitio. Enrique Aragón, 1912c, “Síndromes mentales”, pp. 187; González, 1913, pp. 94-105.

característica al tratamiento moral; y segundo, a la realidad de la asistencia psiquiátrica decimonónica en la ciudad de México, pues debido a la escasez de personal médico era casi impracticable la interacción íntima e individual entre el facultativo y cada uno de sus pacientes, por lo que los medios morales “colectivos” como el asilo moral, las distracciones y el trabajo, fueron los elementos más adecuados y recomendados conforme a la circunstancia local.

La etapa 1860-1910 no sólo fue el momento en el cual el tratamiento moral halló su consolidación y su peculiaridad en el naciente alienismo capitalino, sino también, la etapa en la que éste se presentó ante el Estado mexicano y por medio de aquella terapéutica exigió tanto su reconocimiento oficial como un espacio propio (el “manicomio moderno”) para poner a efecto su conocimiento. En tal virtud, el tratamiento moral en estos años tomó un carácter legitimador y cual dogma científico, los médicos lo acreditaron unánimemente y se cobijaron en la magnificencia de sus mandamientos.

2.4 La práctica del tratamiento moral en los hospitales para dementes (1860-1910)

El tratamiento moral fue el fundamento en los planteamientos teóricos de la terapéutica de la enfermedad mental durante el siglo XIX en la ciudad de México. Ya vimos que a partir de 1860 dicha terapia comenzó un proceso de consolidación que hacia el periodo de entresiglos le dio una preeminencia absoluta en la asistencia psiquiátrica. Igualmente, apreciamos cómo entre las décadas de 1830 y 1850 la mayoría de las críticas que recibieron los hospitales para dementes capitalinos, así como las reformas que se intentaron llevar a cabo -aunque sin mucho éxito- estuvieron basadas en el tratamiento moral.

Ahora observaremos qué lugar ocupó la terapéutica psicológica en los asilos para locos en el periodo en que ésta alcanzó justamente su apoteosis en el discurso alienista. Por el momento, adelantemos que entre 1860 y 1910 tales instituciones trataron de organizarse por medio del tratamiento moral tal y como los preceptos teóricos lo establecían. No obstante, una serie de circunstancias contradictorias marcaron el periodo. Por un lado, se presentaron situaciones favorables como el interés Estatal por la asistencia psiquiátrica y la cada vez más creciente inclinación por el estudio de la enfermedad mental por parte del sector médico. Y por otro, también hubo condiciones negativas como el deplorable estado de los hospitales, los escasos recursos económicos destinados a éstos y la promesa por mucho tiempo postergada de la construcción del manicomio moderno. Así ¿el tratamiento moral se impuso en la práctica hospitalaria de igual modo que lo hizo en los textos médicos?

Como ya vimos, uno de los sucesos más importantes no solo para la instauración del tratamiento moral sino para la conformación de la medicina mental en la ciudad de México fue la medicalización de los hospitales para dementes en 1860. Y la praxis psiquiátrica tuvo las mayores implicaciones al respecto pues a partir de entonces la figura del director-médico pretendió poner a efecto sus conocimientos teóricos –entre ellos la terapéutica psicológica- en los asilos para locos.

Cuando el primer alienista mexicano tomó a su cargo los hospitales para dementes capitalinos por supuesto que intentó implementar los fundamentos del tratamiento moral. Inicialmente, tras su llegada tanto al Hospital del Divino Salvador como a San Hipólito, Miguel Alvarado formalizó una medida teórica importante: la vivienda del médico en el interior del manicomio con la finalidad de optimizar la asistencia médica y centralizar aún más la dirección única. A partir de julio de 1860 Alvarado habitó en algunas habitaciones de La Canoa y, en 1861, cedió el departamento que le correspondía como director del Hospital para Hombres Dementes a Juan N. Govantes, segundo médico del mismo.

Una vez llevada a la práctica la medicalización manicomial, Alvarado ejecutó algunas medidas concernientes al manicomio moral y a la terapia del movimiento. En el Divino Salvador estableció un departamento para enfermas pensionistas y acondicionó algunas habitaciones con “hermosa luz” y “bien ventiladas” gracias, en parte, a la diligencia de las Hermanas de la Caridad, quienes, según el propio Alvarado, contribuían “a favorecer el tratamiento moral que he seguido para la curación de la locura”.¹

Asimismo, Alvarado creó en los cuatro patios del hospital pequeños jardines “que tan necesarios son para que en ellos puedan divagarse y tener algunos ratos de solaz” las enfermas.² Empero, la mayor parte del tiempo éstas permanecían en los corredores del establecimiento, “acostumbradas al ocio, tan perjudicial en esta enfermedad”, por lo que el director-médico proyectó una sala de labor:

Creo inútil el hablar de los buenos resultados que ha dado siempre el tener a estas enfermas distraídas en alguna ocupación por ser demasiado sabido que es uno de los principales remedios que deben aplicarse a la curación de la locura y como por desgracia en este hospital son bien pocas las distracciones que pueden proporcionárseles es necesario que éstas sean con la mayor comodidad y para el mayor número posible de personas, para esto es necesario hacer una sala de labor, en que todas estas personas reunidas y dedicadas a distintos trabajos puedan estar continuamente vigiladas, a lo que no se presta la pequeña sala que

¹ AHSSA, FBP, SEH, SeHDS, L. 6, E. 24, F. 6.

² AHSSA, FBP, SEH, SeHDS, L. 7, E. 17.

hoy sirve para este objeto, por lo que me parece conveniente destinar a este fin dos de las accesorias que quedan a la izquierda el hospital.³

Esta sala de labor, “amplia, seca, con buena luz y ventilación”, terminó de montarse hasta 1867 debido a los insuficientes recursos destinados a La Canoa.

Por su parte, en el Hospital de San Hipólito Alvarado trató de llevar a cabo, aunque limitadamente, la terapia del movimiento. El jardín anexo al establecimiento comprado en las reformas de 1848 había sido arrendado y los enfermos jamás lo habían utilizado de manera terapéutica. De manera que el hospital carecía de los implementos usados para el “olvido de la locura”:

faltan talleres, jardín, ejercicios gimnásticos que ocupando a los enfermos les robaran el tiempo a la enfermedad, así que estos desgraciados continuamente [...] viven entregados del todo a su delirio sin más tregua que la corta distracción que les proporciono obligándolos a leer en comunidad algún libro que esté al alcance de sus limitadas inteligencias.⁴

Únicamente se encomendaron a los enajenados actividades menores: “Es verdad que aquí se les hace leer diariamente, se les hace barrer, regar y aun lavar, pero estas pequeñas ocupaciones, ni son convenientes para todos, ni son absolutamente eficaces”.⁵

Alvarado consideró que los hospitales para dementes capitalinos no cumplían con las reglas establecidas por el tratamiento moral pues se hallaban en el centro de la ciudad, no contaban con amplios departamentos o pabellones, ni con espacios de distracción. En general, su construcción era “imperfecta y aún contraria a las reglas del arte”.⁶

Como se advierte, la tendencia que apareció en el discurso psiquiátrico que privilegiaba el asilo moral y las distracciones sobre la relación psicológica entre el

³ AHSSA, FBP, SEH, SeHDS, L. 7, E. 23; L. 9, E. 2.

⁴ AHSSA, FBP, SEH, SeHDS, L. 6, E. 25.

⁵ AHSSA, FBP, SEH, SeHSH, L. 1, E. 9.

⁶ AHSSA, FBP, SEH, SeHDS, L. 6, E. 24 y 25.

médico y el enfermo, también se dejó ver en la praxis hospitalaria pero, como observaremos, con mucho mayor vigor.

Los años siguientes a la medicalización manicomial los hospitales para dementes continuaron presentando infinidad de deficiencias de acuerdo a los fundamentos del tratamiento moral. Sin embargo, La Canoa fue considerada como uno de los mejores establecimientos de beneficencia de la capital, a diferencia de San Hipólito, que durante la segunda mitad del siglo XIX fue duramente criticado no sólo por el sector médico sino también por la opinión pública debido a su lamentable situación y a su no menos penosa administración.

El Hospital del Divino Salvador tuvo la suerte de contar con el servicio asistencial tanto de las Hermanas de la Caridad hasta su expulsión en 1874, como de Miguel Alvarado en dos periodos, primero 1860-1867, y después 1877-1890. En ambas etapas, Alvarado intentó llevar a cabo transformaciones basadas en el tratamiento moral.

En 1864 a decir de José María Andrade en su informe sobre los establecimientos de beneficencia presentado al emperador Maximiliano, La Canoa estaba en inmejorables condiciones y “si el edificio correspondiera a su administración nada habría que pedir”. Se había construido una enfermería y un departamento de epilépticas, que aunado al de enfermas distinguidas edificado en 1860 contribuía a la separación nosológica y psicológica pregonada por la terapéutica moral. Andrade comentó que las enajenadas se ocupaban “en algunos trabajos ligeros, compatibles con su estado”.⁷ Alvarado, por su parte, aún protestaba por “la falta de local en donde las enfermas se distraigan y hagan un ejercicio conveniente”.⁸

En 1867 se terminó la obra de un “salón alto para dormitorio” de las enfermas “tranquilas”, así como de la ya comentada sala de labor.⁹ Un año más tarde, el administrador alardeaba que se habían “hecho dormitorios, enfermería y

⁷ José María Andrade, 1907, [1864], *Informe sobre los Establecimientos de Beneficencia y Corrección de esta capital...*, pp. 61-63, 159.

⁸ AHSSA, FBP, SEH, SeHDS, L. 6, E. 25, F. 15.

⁹ AHSSA, FBP, SEH, SeHDS, L. 10. E. 13.

piezas nuevas muy cómodas, bien ventiladas y decentes, poniéndoles agua limpia suficiente y cuántos útiles puedan ser necesarios”.¹⁰

El regidor encargado de la supervisión del Divino Salvador se extrañó en 1869 al descubrir la tranquilidad y disciplina introducidas por el trabajo terapéutico: “es una casa en extremo aseada y cómoda que aleja por momentos la idea de encontrar mujeres sin juicio, a quienes se supone turbulentas y desaseadas y en donde sin embargo reina tal orden y limpieza”, debido al “salón amplio en donde las locas pasan la mayor parte del día [...] y a los patios amplios para el recreo de las enfermas, en donde se reúnen a horas determinadas”.¹¹

Entretanto, el Hospital de San Hipólito tras la salida de Alvarado en 1862 tuvo menos fortuna que su homónimo para mujeres dementes. En abril de ese año el médico Ramón Alfaro asumió su dirección y manifestó la necesidad de crear nuevos departamentos para asegurar la separación de los enfermos. Desde mediados de siglo existían en el establecimiento tres secciones en las que se intentaba poner a efecto dicho aislamiento nosológico. En la primera de ellas se hallaba la enfermería, los epilépticos y los eclesiásticos que años atrás habían sido trasladados a la institución tras el cierre del hospital para sacerdotes dementes de la Santísima Trinidad. El segundo sector, el más defectuoso, estaba dedicado a los idiotas, furiosos, incurables, alborotadores, ancianos y desaseados. Y por último, el tercer departamento era de observación, convalecientes y pensionistas.¹²

Según el administrador de San Hipólito, sin duda influido por el pensamiento médico y el tratamiento moral, tal clasificación era imperfecta:

Falta una sala amplia que sirva de enfermería. Falta también un departamento pequeño destinado para los enfermos que gritan y hablan por la noche, para que

¹⁰ AHSSA, FBP, SEH, SeHDS, L. 11, E. 5.

¹¹ AHDF, FHDS, V. 2312, E. 15.

¹² Andrade, [1864], pp. 53-59; Ramón Alfaro, 1866, “Breve noticia histórica del hospital de San Hipólito de México”, pp. 238-240. AHSSA, FBP, SEH, SeHSH, L. 1, E. 9; AHDF, FHISH, V. 2302, E. 129 y 167.

no interrumpan el sueño de los tranquilos y convalecientes. Para estos últimos tampoco hay departamento alguno como se necesita.¹³

De igual manera, se instaba la formación de un bloque especial para los pacientes pensionistas. En general, las habitaciones de los enfermos no seguían los parámetros de la higiene y del tratamiento moral, pues eran pequeñas, oscuras, mal ventiladas y húmedas. “Se convendrá en que los enfermos que aquí se asisten tienen un pésimo local”, concordaba la mayoría de quienes visitaban el establecimiento.

En cuanto a la terapia del movimiento el escenario también se planteaba deficiente. Durante toda la década de 1860 los médicos y administradores del Hospital para Hombres Dementes reclamaron la devolución del jardín contiguo porque “de este modo obtendrían una distracción esos seres desgraciados y la ventaja inmensa no sólo de ésta, sino de que respirarán aires libres y sanos”.¹⁴

Ante este tipo de carencias, Alfaro y José Peón Contreras ejecutaron una medida que no requería un gran desembolso económico y que había sido recomendada desde la antigüedad y después retomada por el tratamiento moral como un recurso terapéutico eficaz. Esquirol apuntó que salir de paseo persuadía al alienado de que no se sintiera preso y resultaba “ser un medio de castigo o de recompensa para algunos al ser un deseo que, esperado durante largo tiempo, distrae sus ideas dominantes; y una vez obtenido, le conduce a un contentamiento saludable”.¹⁵

En este sentido, los facultativos de San Hipólito implementaron los paseos terapéuticos:

como remedio y cura del mal a algunos de estos enfermos les prueba muy bien dar sus salidas a la calle, y de estas tengo una prueba irrefutable en el señor cura Francisco Caraza que desde que sale a dar sus paseos, no sólo ha mejorado de

¹³ AHSSA, FBP, SEH, SeHSH, L. 1, E. 9. En el mismo sentido: AHDF, FHISH, V. 2302, E. 126.

¹⁴ AHDF, FHISH, V. 2303, E. 167.

¹⁵ Esquirol, [1838], pp. 71-72.

su mal general sino aun de su genio que estaba intratable y el que le ha variado notablemente pues está muy dócil y prudente.¹⁶

En realidad, eran pocos los medios de la terapia del movimiento que se verificaban en el establecimiento y, a pesar de ello, en 1863 el Ayuntamiento prohibió temporalmente los paseos de locos en el exterior por la presunta peligrosidad que suponían. Entonces, Francisco Caraza, el paciente que Alfaro había lisonjeado, presentó su descontento y dejó ver tanto su agrado por los paseos como la ausencia de distracciones en el Hospital de San Hipólito. Caraza escribió en tercera persona refiriéndose a sí mismo:

En ese mes se le concedió licencia al enfermo para salir dos o tres horas al día, porque así era necesario para su salud, pues que estando encerrado en esta casa, en donde no se hace ejercicio de ninguna clase, ni se tiene ocupación para distraer el espíritu al mismo tiempo que al cuerpo se ejercita; si que se está en una ociosidad perniciosa para cualquier lado que se le considere, la salud por fuerte y vigorosa que se halle, se debilita y destruye en cualquiera persona, ya sea enferma o en su entero juicio, como el exponente, pero repentinamente se le prohibió la salida.¹⁷

Algunos enfermos se dedicaban, a instancias del director-médico y como parte del tratamiento moral, a labores propias del establecimiento como barrer, lavar o reparar enseres. No obstante, varios celadores aprovechaban esta situación y obligaban a los enajenados a realizar sus obligaciones. En 1863 un nuevo administrador de la institución denunció esta situación y a la postre una comisión investigadora desentrañó una serie de irregularidades entre las cuales se encontraba, efectivamente, tal atropello: “Los mozos ponen a barrer a los enfermos [...] poniéndolos en trabajos que debían hacer los mozos, pero mientras

¹⁶ AHDF, FHISH, V. 2302, E. 133 y 159.

¹⁷ AHDF, FHISH, V. 2302, E. 128.

ellos están almorzando, tomando pulque o jugar a la baraja en las celdillas de los rincones”.¹⁸

En 1868, Peón y Contreras, en tanto conseguía la devolución del jardín, “y como su cultivo no es el único medio de tratamiento moral”, estableció, como ya vimos, una escuela terapéutica para locos que funcionó hasta 1877 cuando el médico dejó la dirección del establecimiento. Los objetivos de la escuela eran recreativos, educativos y éticos pues además de encontrar solaz en ella, los enfermos podían educarse e instruirse porque tanto se les inculcaba aspectos de tipo moral y religioso, como se les enseñaba a leer y escribir.

Los textos que redactaron los pacientes como parte de este proyecto son una rica y casi exclusiva fuente sobre las labores que se realizaron en la escuela. Existen poemas, dibujos, reproducciones de narraciones novelescas (como “Primer desembarco de Colón en el Nuevo Mundo” o “Viajes de S.M. el Emperador” que trata sobre Maximiliano de Habsburgo), planas del abecedario y de los números, lecciones acerca de operaciones aritméticas, de “las primeras letras para leer” y de la forma correcta de escribir, consejos religiosos y de buena conducta, e incluso, cartas de los propios locos solicitando su salida del hospital o quejándose de maltratos.¹⁹

Por ejemplo, un enfermo a finales de 1871 se lamentaba de su suerte y, a la vez, hacía alusión a los grupos políticos del momento:

Estoy muy bueno aunque con algún disgusto; el todopoderoso, que no deja muera yo, aunque en esta cárcel de locos, mueren los que los señores médicos quieren, y los demás todos mandan, todos son sabios y gritan, todos lerdistas, [...] también juaristas quién lo sabe, son tan imprudentes, aunque comiendo tan poco, porque no dan para tanto y siempre con la miseria viviendo.²⁰

Una de las planas de escritura que mayormente repitieron los enfermos los instaba a afanarse en las tareas y condenaba la inactividad:

¹⁸ AHDF, FHISH, V. 2302, E. 129.

¹⁹ AHSSA, FBP, SEH, SeHSH, L. 1, E. 22, F. 1-183.

²⁰ *Ibid.*, F. 122.

Para ejercitarse a tener buena letra es necesario tener en primer lugar empeño, ganas [...] vencer la pereza que es la que siempre está sobre el hombre y venciénola consigue el hombre y la mujer todo lo que quiere, porque si no hacemos un esfuerzo nada se consigue.²¹

Otro texto reproducido en la escuela presentaba a la instrucción, de acuerdo con el pensamiento de los intelectuales decimonónicos mexicanos, como una panacea para formar ciudadanos y alcanzar la felicidad del individuo:

Bueno es el arte de saber leer y escribir con propiedad y rectitud pues es el más rico y precioso tesoro que enriquece y galardona nuestro entendimiento y nos da luz y facilidad para comprender bien las reglas de urbanidad, y el que se dedica con empeño puede ejercer bien todo lo útil y concerniente al hombre para ser feliz y dichoso en esta y la otra vida.²²

También en 1868 Peón y Contreras, gracias a las donaciones de uno de los mismos enfermos y de otras personas, formó una biblioteca en San Hipólito que contaba con 420 libros y una gran cantidad de periódicos, con el propósito de que los enfermos se entretuvieran en la lectura.²³

Ese mismo año, igualmente, se presentaron las primeras reglamentaciones internas del establecimiento. Y aunque no se trató de un estatuto general, sino únicamente del reglamento del director y del practicante, cabe revisarlo porque algunos puntos del primero de ellos nos dan cuenta del influjo del tratamiento moral.²⁴

²¹ *Ibid.*, F. 37.

²² *Ibid.*, F. 39.

²³ AHDF, FHISH, V. 2302, E. 168. Flores, 1888, t. 3, p. 289; "El Hospital de San Hipólito", 1873, *El Siglo XIX*, 26 de agosto, p. 3.

²⁴ A partir del año de 1863 a causa de los abusos de los empleados del hospital se consideró la necesidad de crear un reglamento general. Según el director-médico de ese momento, Ramón Alfaro, había "habido muchos reglamentos propuestos pero ninguno se observa y en el año del 1856 hizo uno que empezó a discutirse en el cabildo", sin mayores frutos. En 1877 Fernando Malanco, director médico en turno, presentó a la Junta de la Beneficencia Pública un "reglamento particular" para el hospital, pero desconocemos –ante la falta de documentos- si fue aceptado. Hacia finales de siglo, San Hipólito, indudablemente, ya contaba con un código normativo pues se

A comparación de los estatutos internos del Hospital del Divino Salvador de 1854 y 1859, el reglamento destinado al facultativo de San Hipólito tiene un cariz mucho más médico y afín a la terapéutica psicológica. Hemos comentado que los reglamentos hospitalarios favorecieron en cierta forma el establecimiento de dicha terapia puesto que ambos compartían el empeño por normar los comportamientos y las actividades manicomiales.

En el estatuto de 1868 se distinguen, entre otros aspectos, al menos dos medidas fundadas en el tratamiento moral: el director-médico único y la división metódica del asilo. El primer artículo expresaba que “habrá en el hospital un solo director”.²⁵ Recordemos que este punto fue considerado por los alienistas europeos y mexicanos como uno de los pasos iniciales para la instauración del tratamiento moral en los manicomios. En realidad, al quedar el psiquiatra como director único del asilo, la psiquiatría obtuvo una de sus más altas conquistas.

Del mismo modo, el reglamento encareció la distribución regular del asilo. El artículo diez estipulaba que uno de los deberes del facultativo era “promover los medios para la debida separación de los locos, según sus clases, y vigilar que nunca estén mezclados”.²⁶

Entonces, los reglamentos de los hospitales para dementes, aunque fueran instrucciones especulativas y discursivas sobre el ideal de las conductas en el interior del manicomio, ayudaron a poner en marcha algunos de los principios del tratamiento moral porque incidían de manera directa en la praxis hospitalaria.

Ahora veamos qué sucedía con el Hospital del Divino Salvador en esos años. Como indicamos, en 1871 se decidió que La Canoa no fuera trasladada al ex-convento capuchino de Guadalupe-Hidalgo porque, a decir de la mayoría de los médicos involucrados en el caso, este inmueble era totalmente inadecuado debido a su construcción de tipo claustral contraria a los cánones del tratamiento moral, mientras que aquel establecimiento “aunque no satisface los requisitos de un

habla sobre él en varias ocasiones, sin embargo, no se ha hallado en los archivos. AHDF, FHISH, V. 2303, E. 129 y E. 162. AHSSA, FBP, SEH, SeHSH, L. 2, E. 8 y L. 6, E. 26.

²⁵ *Reglamento del médico director del Hospital de San Hipólito, aprobado por el Ayuntamiento y por el Gobernador del Distrito*, 1870. También puede verse en: AHDF, HISH, V. 2302. E. 163. F. 1-2.

²⁶ *Ibid.*

hospital de mujeres dementes, si tiene la mayor parte de las de un asilo de su clase; y con algunas mejoras indispensables llenaría más bien su objeto”.²⁷

Según el Consejo Superior de Salubridad, el Divino Salvador se había estructurado a partir de algunos preceptos de la terapéutica psicológica tales como el asilo moral y la terapia del movimiento:

En el Hospital del Divino Salvador se ha procurado hasta donde ha sido posible seguir algunas reglas, y se encuentran en él, [...] separación conveniente entre los departamentos de las distinguidas, las tranquilas y las epilépticas; así como aposentos propios para secuestrar a los enfermos cuya gravedad el encierro y aquellas que por su deshonestidad exagerada necesitan ocultarse a las miradas de sus compañeras de infortunio; además hay un pequeño jardín que vivifica el ambiente, contribuye a distraer a las enfermas y da un bello aspecto al hospital.²⁸

El propio Consejo, igualmente, enumeró, de acuerdo al tratamiento moral, las deficiencias de la Casa para Mujeres Dementes: “su misma ubicación en el centro de la ciudad, la falta de terreno para formar plantas y árboles, establecer salón de labores, aposentos de recreo, y obtener aun entre las enfermas de una misma especie las separaciones apetecibles”.²⁹

A finales de ese año, a solicitud del director-médico Francisco Montes de Oca se realizaron en el establecimiento varias modificaciones que seguían las directrices morales. Se construyó un amplio jardín para “que en él pasearan y se distrajeran las enfermas así como para que el ambiente se purificara y contribuyera para el restablecimiento pronto y eficaz”.³⁰ Después, a semejanza del Hospital de San Hipólito, se instituyeron los paseos terapéuticos. En 1872 se puso a disposición del establecimiento tres coches dos veces por semana para que algunas enfermas designadas por el director disfrutaran de un paseo por el campo.³¹

²⁷ AHSSA, FBP, SEH, SeHDS, L. 11, E. 12, F. 31.

²⁸ *Ibid.*, F. 30. Ver también en: AHSSA, FBP, SP, SeS, C. 4, E. 30.

²⁹ *Ibid.*

³⁰ AHDF, FHDS, V. 2312, E. 24 y 33.

³¹ AHDF, FHDS, V. 2312, E. 29 y 40.

Igualmente, un año más tarde se creó en La Canoa un teatro para entretener a las alienadas. Se colocó un pequeño escenario con foro y telón en la sala de labor y según Tiburcio Montiel, gobernador del Distrito Federal, las mismas enfermas solían dar representaciones de comedias ligeras.³² Ante los buenos resultados de esta medida, se introdujeron “algunos pasos de títeres, con lo cual se ha visto las ventajas que proporciona esto a las enfermas, pues durante la representación permanecen contentas y distraídas”.³³ Unas semanas después, Montes de Oca estableció “una música los domingos en la tarde [...] para que el ánimo de dichas enfermas se distraiga y haga menos penosa su situación”.³⁴

Cabe mencionar que las actividades artísticas como la música, el teatro y la literatura, particularmente, fueron elementos que tanto en Europa como en México provocaron discusiones sobre su acción terapéutica en la locura. Algunos alienistas sostuvieron que complicaban la afección y, otros, que si bien no la curaban del todo, eran auxiliares valiosos del tratamiento. En nuestro país nunca hubo una posición unánime al respecto. Francisco Montes de Oca, como se aprecia, estaba a favor de ellas, en cambio, Agustín A. Roa en 1870, al igual que Esquirol décadas atrás, se opuso a su aplicación a causa de que exaltaban el delirio de los enfermos.³⁵

Es claro que, a pesar de las limitaciones, el tratamiento moral era el eje de la asistencia y la terapéutica en la práctica hospitalaria de la segunda mitad del siglo XIX en la ciudad de México, pues, como se aprecia, la mayoría de las medidas ejecutadas en los asilos para locos correspondían a los fundamentos morales.

Tanto el teatro como la música se suspendieron en La Canoa en 1877 debido a que Montes de Oca abandonó la plaza de director de la institución y,

³² *Memoria del gobernador del D.F., Tiburcio Montiel*, 1873, pp. 39-56, 64-68, en Gortari y Hernández (comps.), 1988, pp. 438-440. También véase: AHDF, FHDS, V. 2312, E. 57.

³³ AHDF, FHDS, V. 2312, E. 55.

³⁴ AHDF, FHDS, V. 2312, E. 52. También al respecto: Salvador Novo, 1973, *Un año, hace ciento. La ciudad de México en 1873*, pp. 76-77.

³⁵ Roa, 1870, pp. 55; Esquirol, [1838], pp. 109-110.

Miguel Alvarado, que lo sustituyó, no les dio continuidad. Los paseos terapéuticos se interrumpieron en 1885 debido a la escasez de fondos pecuniarios.³⁶

En el Hospital de San Hipólito, por su parte, se compró una mesa de bolos en 1870 y siete años después, señaló su director-médico, Sebastián Labastida, que había juegos de ajedrez, damas, dominó y pelota y raqueta.³⁷ En 1873 José Peón y Contreras, director en turno, instaló algunos instrumentos gimnásticos como un trampolín, barras y argollas para “ayudar eficazmente a la salud o por lo menos al alivio de los pobres enfermos”.³⁸

También en 1870 se compraron veinte instrumentos de latón para “establecer una música” en San Hipólito. En los años subsecuentes la música fue utilizada en la institución para distraer y confortar a los enajenados hasta el grado que en 1877 existía una “hora de música” a la que asistían “diariamente los enfermos que pueden disfrutar de este desahogo”.³⁹ No obstante, Luis Muñoz y Revilla, practicante del hospital en 1874, fundado en Esquirol afirmaba que “la música exalta con frecuencia a los maníacos y aumenta por lo común el abatimiento de los melancólicos: he tenido ocasión de observarlo en el hospital de San Hipólito”.⁴⁰

Al mismo tiempo, desde 1871 se había establecido un pequeño jardín en donde se cultivaban hortalizas. Posteriormente, Labastida obtuvo por fin la devolución del jardín contiguo al establecimiento y dispuso que “los enfermos que fuere posible puedan entrar para hacer ejercicio y ocuparse algunos, según lo permita su estado y con las precauciones convenientes, en las labores de la horticultura”.⁴¹

Algunos enfermos ayudaban a los criados a las faenas del hospital, pero a decir de Muñoz y Revilla “este medio se pone poco en uso en nuestro hospital de enajenados, quizá porque rara vez se encuentran allí enfermos en vía de curación,

³⁶ AHSSA, FBP, SEH, SeHDS, L. 11, E. 27; L. 12, E. 1 y 31; L. 15, E. 16.

³⁷ AHDF, FHISH, V. 2302, E. 178. Labastida, 1878, pp. 69; también puede verse en: AHSSA, FBP, SEH, SeHDS, L. 2, E. 17. En el mismo sentido: Abadiano, 1878.

³⁸ AHDF, FHISH, V. 2302, E. 229.

³⁹ AHSSA, FBP, SEH, SeHSH, L. 2, E. 30, F. 4; AHDF, FHISH, V. 2302, E. 173; “El Hospital de San Hipólito”, 1873, *El Siglo XIX*, 26 de agosto, p. 3; José Peón Contreras, 1872, “Idiota microcefálica”, pp. 268-274.

⁴⁰ Muñoz y Revilla, 1875, pp. 12.

⁴¹ AHDF, FHISH, V. 2302, E. 180; AHSSA, FBP, SEH, SeHSH, L.2, E. 17 y 20; L. 3, E. 4.

en atención a que sus familias los reclaman inmediatamente que notan en ellos algún alivio”.⁴²

Ante la aglomeración interna en 1878 se construyeron dos salones amplios y ventilados en la azotea del establecimiento, uno dedicado a enfermería para 16 enfermos y otro a dormitorio para 80.⁴³

Así, tenemos que después de casi dos decenios de la medicalización de San Hipólito, se habían implementado algunas reformas acordes al tratamiento moral, sobre todo concernientes a la terapia del movimiento y al manicomio terapéutico, sin embargo, aun se consideraba que era un asilo deficiente.

En 1880 José María Álvarez, practicante del Hospital de San Hipólito durante cuatro años, se lamentó por el escaso interés hacia la práctica hospitalaria del tratamiento moral:

Lamentable es por cierto el abandono sumo con que se ve un recurso terapéutico para la curación de seres desgraciados, que, almacenados, por decirlo así, en los hospitales, tienen que permanecer sumergidos en la abyección, careciendo de medios que divagándoles podría hacerles volver a la razón, o que al menos les haría menos pesada su miserable existencia.⁴⁴

Álvarez expuso que en el Hospital para Hombres Dementes se utilizaba la camisa de fuerza y los baños de cubos, sobre los cuales se mostró favorable. Presentó tres observaciones de curación o mejoría y sostuvo que “de los medios coercitivos empleados, es el baño de afusión que usado con prudencia, da mejores resultados”.⁴⁵

Señaló, asimismo, que a pesar de que los enfermos se interesaban por tocar algún instrumento musical, no se proveía de ellos. Los paseos no eran tenidos en cuenta, los aparatos de gimnasia adquiridos años atrás habían sido “extirpados” y los enfermos que manifestaban “gran pasión por el dibujo” no

⁴² Muñoz y Revilla, 1875, pp. 13; Rafael Caraza, 1879, “Informe que el Médico cirujano del Hospital de San Hipólito que suscribe, rinde sobre el estado mental de Marcelino Domingo”, pp. 35.

⁴³ AHSSA, FBP, SEH, SeHSH, L.2, E. 5, F. 2; E. 17, F. 78-80.

⁴⁴ Álvarez, 1880, pp. 24.

⁴⁵ *Ibid.*, pp. 13-16.

podían dedicarse a él debido a la penuria del presupuesto. De esta forma, “todos los medios distractivos se reducen a un juego de bolos que a pocos les agrada y a unas cuantas obras en su mayor parte místicas y casi todas trucas”.⁴⁶

En cuanto al trabajo terapéutico, Álvarez presentó dos observaciones de curación de enfermos de San Hipólito a través de este medio. Uno de ellos se dedicó a la “limpieza de los departamentos” y el otro a las faenas del jardín, en donde, empero, “por falta de número competente de celadores, no se podía llevar a todos los enfermos que convendría, y al que, los que van no lo hacen con gusto por falta de algún estímulo remunerativo”.⁴⁷

Álvarez también dio muestras de inconformidad ante la completa supresión de las prácticas religiosas, “estando los enfermos en lo absoluto privados de este consuelo”.⁴⁸

Sobre el Hospital del Divino Salvador, Álvarez sostuvo que “no existe como medio de tratamiento moral, sino los serviles trabajos de lavar, barrer, etc.”⁴⁹

Puede advertirse que el tratamiento moral estaba condicionado por elementos ajenos que limitaban su puesta en marcha y aunque la práctica hospitalaria estuviera guiada por él, tal parece que sólo en raras ocasiones se implementó de forma óptima en los asilos de acuerdo a los planteamientos teóricos. Igualmente, es palpable que las medidas morales desarrolladas en los hospitales para dementes fueron producto de iniciativas individuales de los directores-médicos en turno por lo que la mayoría de las veces no hubo continuidad entre las reformas de los diferentes periodos directivos provocando una mayor limitación en la praxis de la terapéutica psicológica.

Probablemente la última transformación notable basada en el tratamiento moral en La Canoa fue el reglamento interno presentado por Miguel Alvarado en 1879 y aprobado cuatro años después con algunas modificaciones. Este nuevo estatuto además de regular las actividades de todos los empleados, oficializó la práctica de algunos mecanismos del tratamiento moral con el carácter de normas

⁴⁶ *Ibid.*, pp. 24.

⁴⁷ *Ibid.*, pp. 19-21 y 24.

⁴⁸ *Ibid.*, pp. 25.

⁴⁹ *Ibid.*

hospitalarias. Recordemos que en el reglamento de 1859 ya se entreveía la influencia de la terapéutica psicológica pero no se le concedió a ella un sitio central en la asistencia psiquiátrica.

La reglamentación de 1879-1883 legitimó al doctor como autoridad única dentro del establecimiento. Ya sabemos que desde 1860 los facultativos habían tomado bajo su cargo la dirección del Divino Salvador, no obstante, el nuevo código normativo avaló e hizo legítima tal medicalización. Ahora el director-médico tenía más obligaciones prescritas y, a la par, su jurisdicción había aumentado. Tenía los cometidos de vivir en el interior de la institución, despedir y nombrar empleados, hacer cumplir el reglamento, proponer mejoras, realizar las visitas e interrogatorios médicos, los recetarios y ordenatas, revisar presupuestos y, entre otros, “señalar a las pacientes que puedan salir de paseo; las que deban trabajar especificando en la ordenata la clase de éste; las que han de observar o vigilar; las que hayan que aislarse en celdas y a las que se les deba poner el saco de fuerza”.⁵⁰

El texto de 1879 dividió el servicio del hospital en tres departamentos: 1º. De patios, 2º. De pensionistas y 3º. De enfermería. Empero, un año más tarde se organizó una nueva sección para niñas epilépticas, por lo que en la revisión del estatuto en 1883, se incluyó un cuarto departamento. Así, se intentaba poner a efecto la separación de las enajenadas recomendada por los alienistas europeos.⁵¹

Asimismo, el reglamento de 1879-1883 estableció los deberes de la persona encargada de la sala de labor u “obrador”. La mujer tenía que ser mayor de 25 años, saber leer y escribir, acreditar sus conocimientos en costura, así como su salud, moral y buenas costumbres. Entre otras cosas, estaba obligada a “Recibir diariamente y cuidar de las enfermas que designe el Director para que se ocupen de alguna labor, empleando siempre amabilidad, haciendo cuanto esté de sí para que aquellas les sea provechosa esta ocupación”. También distribuiría

⁵⁰ AHSSA, FBP, SEH, SeHDS, L. 13, E. 4 y L. 12, E. 16.

⁵¹ *Ibid.*

papel y tabaco entre las pacientes para que torcieran cigarros y llevaría de paseo a las enajenadas designadas por el Director.⁵²

Por primera ocasión se proyectó en La Canoa la formación de una escuela terapéutica como años atrás en San Hipólito. Tanto el documento de 1879 como el de 1883 señalaban la creación de un puesto de enfermera segunda destinado a “la amiga”, nombre que en el siglo XIX recibieron las escuelas femeninas donde se enseñaba las primeras letras, la doctrina religiosa y las labores del hogar. Para obtener el puesto era indispensable ser profesora de primeras letras mayor de 25 años y, como todos los empleados, certificar salud y moralidad. Era su deber “Enseñar lectura, escritura, aritmética y las labores propias al sexo a las enfermas que el Director señale”. Su actitud hacia las locas tenía que ser dulce y bondadosa: “En su desempeño será para con las enfermas más que preceptora, una madre cariñosa, y como tal será el trato que a ellas les dé”.⁵³

Entonces tenemos que el estatuto de 1879-1883 de La Canoa elevó algunos fundamentos del tratamiento moral al grado de reglas internas de servicio. Hizo oficial dicha terapéutica en la praxis hospitalaria y ratificó las reformas e innovaciones fundadas en la misma efectuadas hasta entonces.

No obstante, la situación en el Divino Salvador no era del todo halagüeña. En 1880 Manuel Alfaro, después de siete meses de sustituir a Alvarado en la dirección del hospital, se lamentaba por la ausencia de una división científica pues en el primer departamento se hallaban enfermas con clasificaciones diferentes: “al lado de la mujer maniática, locuaz y amenazadora, se encuentra la melancólica ensimismada en su profundo y silencioso aislamiento intelectual, y cerca de las que, una alucinada sostiene formal conversación con personajes imaginarios”.⁵⁴

Dos años después se construyó un amplio dormitorio con buena ventilación exclusivo para las epilépticas, lo que dio origen a una quinta sección del establecimiento.⁵⁵ Según Manuel Rivera Cambas, Juan de Dios Peza y Francisco Flores; La Canoa era el mejor hospital de la capital y contaba con salones

⁵² *Ibid.*

⁵³ *Ibid.*

⁵⁴ Alfaro, 1880, “Apuntamientos sobre las enfermas del Hospital del Divino Salvador”, pp. 127.

⁵⁵ AHSSA, FBP, SEH, SeHDS, L. 14, E. 10; Flores, 1888, t. III, pp. 295.

extensos e higiénicos que “honrarían al mejor hospital de Europa”. Sin embargo, todos coincidían en que no era apto para asilo de locos e, incluso, Rivera Cambas lo llamó “Mansión de dolor infinito, de sufrimientos inexplicables, terribles”.⁵⁶

En 1881 Alvarado, por otro lado, instaló la cromoterapia en La Canoa. La finalidad era influir de forma psicológica en las enajenadas a través de los colores. Se colocaron dos cuartos, uno azul para provocar calma y bienestar en las locas agitadas y furiosas; y otro rojo, para alentar a las melancólicas. Este último “no ha dado resultados satisfactorios en el hospital de Divino Salvador. El cuarto azul destinado a apaciguar a las furiosas, ha dado constantemente resultados brillantes”.⁵⁷

Además de la escuela terapéutica, en la década de 1880 no se introdujo en el Divino Salvador alguna otra medida de la terapia del movimiento. Se continuó con los trabajos domésticos, el cultivo del pequeño jardín y las faenas en el departamento de ropería donde las enfermas se dedicaban a “coser la ropa del Hospital, tejer y torcer cigarros”.⁵⁸

En el guardarropa, paradójicamente, las pacientes “tranquilas” no sólo confeccionaban vestidos, calzones y enaguas, sino también, de manera asombrosa, los mismos cinturones, sacos y camisas de fuerza que estarían destinados a sus compañeras “furiosas” o “deshonestas”, así como a los enfermos del Hospital de San Hipólito.⁵⁹ Hay que decir la coerción física en ambos asilos para locos nunca fue una medida terapéutica utilizada a gran escala. Los inventarios hospitalarios señalan que el número de los instrumentos de contención (celdas de aislamiento, sillas de fuerza y prendas de sujeción) nunca fue elevado

⁵⁶ Manuel Rivera Cambas, 1986, [1881], *México pintoresco, artístico y monumental*, t. II, pp. 55-56; Peza, 1881, pp. 26-32; Flores, 1888, t. III, pp. 294.

⁵⁷ Peza, 1881, pp. 26-32; Flores, 1888, t. III, pp. 295. Ver también: AHSSA, FBP, SEH, SeHDS, L. 13, E. 10 y L. 14, E. 4. Es probable que este recurso terapéutico fuera implementado en la ciudad de México porque se tenía conocimiento de que el Dr. Ponza del Hospital de Dementes de Alejandría había usado exitosamente la luz coloreada en el tratamiento de las enfermedades mentales, por medio de cámaras pintadas y con cristales rojos, azules o violetas, apoyado en la idea de que “las propiedades electro-químicas de la luz son de benéfica influencia y de suma importancia en esas afecciones”. Ver: “Del tratamiento de la locura y otras neurosis por medio de la luz coloreada”, 1876, pp. 43. Una tesis que trata sobre la relación de la luz y la locura es: Rafael Serrano, 1884, *Fragmentos de psiquiatría óptica*, 101p.

⁵⁸ Flores, 1888, t. III, pp. 294-295. AHSSA, FMG, SEC, C. 5, E. 48.

⁵⁹ AHSS, FBP, SEH, SeHSH, L. 2, E. 3, F. 4; SeHDS, L. 13, E. 1, F. 2; L. 15, E. 5 y 16.

con relación a la media de población de los pacientes. A decir de los directores de los establecimientos, estos métodos se emplearon de modo reducido y siempre justificados de forma médica:

Respecto a los medios coercitivos que se emplean con los enfermos cuando están en un estado de excitación perjudicial para ellos y para los que los rodean, es simplemente la camisa de fuerza, que, como se sabe, no tiene absolutamente nada perjudicial para sus cuerpos y solamente es un medio de contención para tranquilizarlos y poderles aplicar la medicina convenientemente, así como la alimentación.⁶⁰

Por otra parte, en el Hospital de San Hipólito durante la década de 1880 no hubo ninguna modificación importante y, por el contrario, el deterioro del edificio comenzó a acentuarse aún más debido a su gradual abandono. Dos factores contribuyeron a considerar como inútil cualquier reforma en el establecimiento. Primero, en 1881 se proyectó prolongar las calles de Mina y Humbolt adyacentes al establecimiento, lo que provocaría la separación de gran parte del jardín contiguo, y aunque esta obra no se llevó a cabo sino hasta 1908, se creyó infundado mejorar el jardín porque finalmente éste sería apartado del hospital.⁶¹ Luego, asimismo, ese mismo año inició una tendencia que privaría sobre todo hacia el periodo de entresiglos en ambos hospitales para dementes. Ante la idea de la edificación del manicomio moderno, se pensó que no era conveniente realizar gastos en arreglar dichos asilos, por lo que sólo se efectuaban las medidas indispensables para mantener el servicio de los mismos, sin llevar a cabo reformas de valor.⁶²

De esta forma, durante casi tres décadas (1880-1910) los asilos para locos capitalinos funcionaron parcialmente siempre en espera de su clausura y traslado a la nueva institución psiquiátrica.

⁶⁰ AHSSA, FBP, SEH, SeHSH, L. 6, E. 13, F.3; SeHDS, L. 18, E. 32, F. 2-6; L. 18, E. 32, F. 7-8.

⁶¹ AHSSA, FBP, Sección Dirección (En adelante SD), Serie Dirección General (En adelante SeDG), L. 7, E. 27.

⁶² "El Hospital de San Hipólito", 1881, *El Monitor Republicano*, 15 de septiembre, p. 3.

El Hospital para Hombres Dementes sufrió a partir del decenio de 1880 de grandes precariedades. Inclusive, el reconocido médico Francisco Patiño cuestionó su carácter de hospital para dementes: “El hospital de San Hipólito deja mucho que desear; aquél no es un Manicomio, propiamente dicho, es un pobre edificio”.⁶³ En el mismo sentido, años después el facultativo Vigil y Morales condenaba: “No se oculta a la opinión pública que el hospital de San Hipólito no tiene las condiciones que requiere la ciencia para llamarse manicomio”.⁶⁴

A decir de Juan de Dios Peza, Francisco Flores y la revista *La Escuela de Medicina*, tal establecimiento reunía medianas condiciones, pero era impropio para su objeto porque, si bien algunos mecanismos del tratamiento moral habían sido puestos en marcha, no se cumplía apropiadamente con ellos:

Un hospital destinado a la curación de los dementes exige, más que cualquiera otro de los asilos de beneficencia, reunir todas las condiciones apetecibles para su objeto; y aunque el edificio de San Hipólito tiene dormitorios amplios y terrenos extensos donde pueden hacerse jardines y hortalizas para que trabaje mayor número de enfermos del que hoy se consagra a tan provechosas labores, falta mucho para que cumpla con las reglas prescritas por la práctica sobre la comodidad, higiene y orden de los manicomios.⁶⁵

En esta época el hospital ya no contaba con la escuela terapéutica, pero había permanecido un resabio de ella. Algunos enfermos se dedicaban a la escritura y al dibujo y, según Juan N. Govantes, director del establecimiento entre 1881 y 1893, la biblioteca era muy útil porque proporcionaba distracción a los enfermos.⁶⁶

Rivera Cambas informó que algunos enfermos pacíficos cultivaban “la verdura de la huerta, los arbustos y la flores, cuyo trabajo los entretiene y divierte”. En 1883 Govantes indicó que el jardín se estaba componiendo para disfrute de los alienados, pero a finales del decenio esta medida terapéutica no se había

⁶³ Francisco Patiño, 1882, “El Hospital general y el Manicomio”, pp. 27-29.

⁶⁴ AHSSA, FBP, SEH, SeMG, L. 1. E. 2.

⁶⁵ Peza, 1881, pp. 55; Flores, 1888, t. III, pp. 289; “El Hospital de San Hipólito”, 1888, pp. 134.

⁶⁶ AHSSA, FBP, SEH, SeHSH, L. 3, E. 20 y 38. Rivera Cambas, [1881], t. I, pp. 389.

realizado: “hay un pequeño jardín inmediato y extensos terrenos donde deberían ponerse hortalizas para que el mayor número de aquellos desgraciados se distrajera entregándose a sus sanas y divertidas labores. Esto no se ha hecho, sin embargo”.⁶⁷

Tampoco había talleres para “distracción y provecho” de los asilados y sólo algunos de ellos se entregaban a trabajos de albañilería y hojalatería en el interior del hospital. La mayor parte de los pacientes permanecían sentados al sol.⁶⁸

Así, tenemos que entre las décadas de 1860 y 1880 tuvieron lugar las mayores tentativas de llevar a cabo los fundamentos del tratamiento moral en los asilos para locos capitalinos. Esto seguramente se debió al optimismo creado a raíz de la medicalización del año de 1860 y del anhelo médico de contar con un manicomio que respondiera con los presupuestos discursivos que habían hecho de la terapéutica psicológica el eje de la asistencia psiquiátrica. En los dos siguientes decenios, como veremos a continuación, se dio un fenómeno interesante. Las reformas morales y de todo tipo comenzaron a restringirse ante la posibilidad de edificación del manicomio moderno. Los médicos ciudadanos sostenían que resultaba innecesario seguir reestructurando los antiguos hospitales si finalmente se levantaría una nueva institución que satisficiera las reglas morales.

En la última década del siglo XIX y la primera del XX, el edificio del Hospital de San Hipólito continuó la desventura del decenio de 1880. Únicamente se realizaron las reparaciones necesarias para mantener el servicio hospitalario y no hubo ninguna mejora de importancia. La ruina se hizo evidente en poco tiempo. En 1901 Porfirio Díaz acordó que “en el lugar que ocupa el jardín de San Hipólito, se erija el monumento funerario a los Héroes de la Independencia, quedando en el centro de una plaza circular cruzada por dos futuras calles”. Según el director médico, Antonio Romero, tal obra estaba en marcha un año más tarde, aunque desconocemos qué sucedió finalmente.⁶⁹

⁶⁷ Flores, 1888, t. III, pp. 289. En el misma línea: AHSSA, FBP, SEH, SeMG, L. 1, E. 2. Sobre las labores de Govantes en el jardín del hospital: AHSSA, FBP, SEH, SeHSH, L. 3, E. 23 y 39.

⁶⁸ Rivera Cambas, [1881], t. I, pp. 389-291; Flores, 1888, t. III, pp. 289.

⁶⁹ AHSSA, FBP, SEH, SeHSH, L. 6, E. 9 y 16.

En 1905 la edificación del Panteón Nacional en el fondo del predio del hospital trajo consigo, igualmente, daños materiales al inmueble de San Hipólito. El deterioro fue tal que “se redujo muchísimo el espacio disponible para los enfermos allí asilados”, lo que aunado a la aglomeración de los mismos, provocó que ese mismo año se trasladara a los enfermos epilépticos a una casa en Texcoco.⁷⁰ Tres años más tarde los estragos hicieron imposible la asistencia y se prefirió reubicar el hospital en el edificio de San Pedro y San Pablo donde había estado la Escuela Correccional para Hombres. Allí se realizaron algunos trabajos de adaptación como la construcción de separos para enfermos peligrosos, un refectorio y un departamento para distinguidos.⁷¹

Ante este escenario adverso, la praxis del tratamiento moral o al menos de la terapia del movimiento se redujo notablemente. En 1898, Antonio Romero aún apuntaba la necesidad del arreglo del jardín de San Hipólito, anhelo frustrado del alienismo capitalino decimonónico. En el primer decenio del siglo XX se calculó que la biblioteca contaba con alrededor de mil libros, pero al parecer, éste era un recurso casi abandonado. De igual modo, se ponían a efecto los paseos terapéuticos aunque de manera muy esporádica. En esta época los conciertos semanales de la orquesta de la Escuela Nacional de Ciegos fueron el único medio “distractivo” que se empleó con regularidad.⁷²

El trabajo terapéutico tomó casi exclusivamente la forma del utilitarismo. Los enfermos “pacíficos” se dedicaban a actividades domésticas como la cocina, la lavandería, la albañilería y el “mantenimiento” de la casa. Otros ayudaban a los criados a sacar la basura y cargar los víveres. Incluso, ya en el edificio de San Pedro y San Pablo, se gratificaba a algunos asilados por los cuidados del pequeño jardín establecido allí. En 1909 se planeó un taller de labores manuales en el que se elaborarían tejidos de bejuco, pero se ignora si llegó a establecerse.⁷³

En cuanto al Hospital del Divino Salvador en las dos últimas décadas de nuestro periodo, se puede decir que, en general, sufrió de similar suerte que San

⁷⁰ AHSSA, FBP, SD, SeDG, L. 9, E. 13; SEH, SeHSH, L. 7, E. 4.

⁷¹ AHSSA, FBP, SD, SeDG, L. 11, E. 8.

⁷² AHSSA, FBP, SEH, SeHSH, L. 5, E. 25; L. 6, E. 38 y 40; L. 8, E. 7.

⁷³ AHSSA, FBP, SEH, SeHSH, L. 7, E. 4 y 22; L. 9, E. 22; L. 10, E. 2.

Hipólito. Los elogios al edificio y su servicio quedaron atrás. Ahora en todo momento se decía que el establecimiento era inadecuado y deficiente. La solución ya no era reparar indefinidamente el viejo inmueble. La vista estaba puesta en la erección del tan esperado manicomio moderno. Por ejemplo, en 1903 el director-médico Alberto López Hermosa sancionó que

para hacer desaparecer los defectos del edificio sería necesario construir este de nuevo, pues como se encuentra, es inadecuado ya para su objeto. Estas mismas consideraciones han inspirado, como es sabido, el proyecto ya adelantado, de la construcción de un manicomio que llevé todas las exigencias que pide la ciencia moderna.⁷⁴

Las únicas obras ejecutadas en esta época en La Canoa fueron de composturas para hacer tolerable el servicio hospitalario.

La separación de las enfermas se llevaba a cabo medianamente en cinco departamentos. El primero estaba destinado a locas en general y a la observación; el segundo a niñas degeneradas, imbéciles e idiotas; el tercero a la enfermería, valetudinarias (enfermizas) y tranquilas; el cuarto a las pensionistas; y el quinto a epilépticas y degeneradas adultas.⁷⁵

La terapia del movimiento se había reducido prácticamente al trabajo terapéutico, el cual, asimismo, era efectuado de manera limitada. Algunas enfermas servían en los quehaceres domésticos en la cocina y el aseo, fundamentalmente. Otras, se asignaban a actividades en la ropería, “una oficina donde se confecciona por las enfermas que disfrutan largos periodos de tranquilidad la ropa que usan”.⁷⁶

En 1896 se elaboró otro reglamento interno del Divino Salvador, el cuarto documento de este tipo durante el siglo XIX. A decir de su autor, el alienista Secundino E. Sosa, director de la institución entre 1890 y 1897, este nuevo estatuto respondía a “los usos y costumbres establecidos actualmente, y son

⁷⁴ AHSSA, FMG, SEC, C. 22, E. 63.

⁷⁵ AHSSA, FBP, SEH, SeHDS, L. 18, E. 35, F. 4.

⁷⁶ AHSSA, FBP, SEH, SeHDS, L. 18, E. 32 y L. 20, E. 25.

todos aquellos que informados por el experiencia han resultado ser los mejores”. En líneas generales, en realidad constituía una síntesis de la reglamentación de 1879-1883 y, como tal, el tratamiento moral formaba parte medular en él. Evidentemente, el director-médico era el encargado del “servicio científico, administrativo y del orden interior”. La separación de las pacientes se garantizaba por medio de cinco departamentos cada uno con su respectivo refectorio. Y la sala de labor se utilizaría “para la confección y reposición de las ropas a las enfermas que puedan trabajar”.⁷⁷

Entonces, la praxis del periodo finisecular se vio afectada rigurosamente debido al abandono de los hospitales para dementes que caracterizó a ese momento. Todo esto originó que el tratamiento moral fuera puesto en práctica de modo imperfecto a través de una separación nosológica incompleta, un trabajo terapéutico orientado al utilitarismo y una relación psicológica médico-enfermo casi inexistente.

Por otro lado, en esta investigación se ha hecho hincapié en el hecho de que el naciente alienismo ciudadano antepuso los preceptos del manicomio moral y la terapia del movimiento sobre la relación psicológica médico-paciente. Sin embargo, Juan Peón del Valle (1874-1910), distinguido alienista y seguramente el último partidario capitalino de la terapéutica psicológica a la usanza decimonónica, realizó una de las pocas experiencias capitalinas en la que la persuasión y el trato dulce, a la manera pregonada por Pinel, representó el principal recurso terapéutico de la locura en la praxis hospitalaria. El último director-médico del Divino Salvador indicó que “cualquiera que sea el interés que se conceda al tratamiento moral en la terapéutica de la alienación, no puede negarse que es forzoso dirigir la palabra a los enfermos”.⁷⁸

Peón del Valle presentó doce casos de enfermas del Divino Salvador diagnosticadas con delirio de persecución, en los que él mismo había demostrado al paciente, por medio de la disuasión y su autoridad, “la falta de relación entre sus convicciones y los hechos”. Para esto era necesario que el doctor explorara las

⁷⁷ AHSSA, FBP, SEH, SeHDS, L. 18, E. 35, F. 11-12.

⁷⁸ Peón del Valle, 1906, pp. 263.

“funciones psicológicas” del enajenado, “pues sin este estudio, nunca se podrá aplicar una terapéutica moral útil, ni siquiera se podrá tener una guía segura para dirigir las conversaciones inevitables con los alienados”.⁷⁹

De manera paradójica, la praxis del tratamiento moral en La Canoa concluyó, ante las carencias hospitalarias de los recursos que la habían guiado desde mediados del siglo XIX (el manicomio moral y la terapia del movimiento), otorgando un sitio central a la interacción médico-enfermo en el tratamiento de la enfermedad mental. Es probable que esto se deba tan sólo a la orientación personal de Peón del Valle. Como ya se ha apuntado, la práctica de la terapia psicológica en los hospitales para dementes capitalinos no respondió a una política gubernamental o a un programa médico homogéneo, sino al esfuerzo individual de los directores-médicos, quienes pusieron en marcha los preceptos morales que cada uno estimó indispensables.

Por otro lado, podría pensarse que una vez que fueron clausurados los antiguos hospitales para dementes capitalinos y se inauguró La Castañeda, el tratamiento moral por fin contó con un sitio idóneo para ser aplicado cabalmente. No obstante, al parecer no ocurrió así. Como vimos en el apartado anterior, desde 1910 esta terapéutica se desarticuló y perdió su carácter psicologista. Sus preceptos se modificaron, tomaron otros nombres y fueron empleados de manera autónoma y sin un propósito propiamente psicológico.

Al menos en los primeros años de funcionamiento de La Castañeda, el vocablo “tratamiento moral” no fue usado en su interior. Al igual que en los escritos médicos de la segunda década del siglo XX, en la práctica médica el tratamiento moral no fue rechazado, pero se transformó sutilmente en otros métodos terapéuticos más modernos y conformes a la psiquiatría del momento. Esto, desde mi punto de vista, significa que esta terapéutica no tuvo lugar en el Manicomio General.

Como revisamos, los proyectos para la construcción del manicomio moderno estuvieron orientados, en líneas generales, por el tratamiento moral. Paradójicamente, cuando dicha institución ya se había construido y estaba en

⁷⁹ *Ibid.*, pp. 264-269.

funcionamiento, el tratamiento moral ya no fue aceptado como tal. En La Castañeda, la mayoría de las normas propugnadas por esta terapia de la locura no tuvieron un talante psicológico y estuvieron totalmente desvinculadas entre sí. Me parece claro que tales principios, aunque conservaban algo de él, ya no formaban parte del tratamiento moral. El espíritu psicólogo se había perdido.

En La Castañeda la relación médico-paciente, como en el caso del discurso psiquiátrico de la década de 1910, se fundamentó en la psicoterapia y no en el tratamiento moral. A diferencia de lo que ocurrió en los hospitales para dementes capitalinos, en el Manicomio General no hay evidencias del empleo del tratamiento moral en la terapéutica de los enfermos. Según algunas historias clínicas de esta última institución, allí se utilizaban algunos fármacos y la psicoterapia. Por ejemplo, en 1911 en el caso de una enferma histérica “como tratamiento se ha usado frecuentemente la psicoterapia, de uno que otro antiespasmódico, y de gránulos de azúcar y leche y miga de pan, con resultados brillantes”.⁸⁰ En otro enfermo con psicosis maniaco depresiva “el tratamiento que se siguió varió con las épocas; en el primer periodo se hizo uso de baños a 36 grados, de bromuros, de inyecciones calmantes. [...] En el segundo periodo se puso en marcha la psicoterapia, con magníficos resultados”.⁸¹

Asimismo, el trabajo terapéutico se llevó a cabo en La Castañeda desde sus primeros momentos, sin embargo, creo que al igual que en el caso de la relación médico-enfermo, no respondió a los fundamentos del tratamiento moral, es decir, ya no tenía como propósito distraer al loco de su delirio para poder influir en él de manera psicológica. Ahora, al parecer, el trabajo fue tenido como una actividad terapéutica que podía regular la vida del enfermo y, con ello, conseguir su salud física y mental. La idea era desarrollar un equilibrio entre el trabajo, las distracciones y el descanso para propiciar el alivio de la locura.⁸²

⁸⁰ AHSSA, FMG, SEC, C. 6, E. 37.

⁸¹ AHSSA, FMG, SEC, C. 6, E. 27. Otros casos similares son: AHSSA, FMG, SEC, C. 8, E. 45; C. 11, E. 8; C. 6, E. 9.

⁸² Ante la falta de fuentes documentales acerca de este punto, nos hemos basado en las investigaciones históricas que abordan el tema del trabajo en La Castañeda: Rivera-Garza, 2001b, pp. 75-77; Patricia Guadalupe Alfaro Guerra y José Luis Nájera Juárez, 2003, “Terapias ocupacionales a los alienados internos en el Manicomio General de México, 1910-1940”, pp. 33-54;

Así pues, en la praxis médica de La Castañeda durante el decenio de 1910, se pusieron en marcha algunos recursos terapéuticos que tuvieron su origen en el tratamiento moral, sin embargo, ya no presentaron el *espíritu* de esta terapéutica, sino más bien, se adaptaron a las circunstancias de la medicina mental del siglo XX. Los preceptos del tratamiento moral no fueron rechazados y se puede decir que tampoco se abandonaron del todo; lo que pasó fue que se transformaron y adquirieron un nuevo aspecto acorde con la época.

En conclusión, digamos que el tratamiento moral se constituyó como la base de la praxis manicomial en el periodo 1860-1910, a pesar de todas las limitaciones que vimos, pues en todo momento orientó la asistencia y terapéutica de La Canoa y de San Hipólito. Las “mejoras” y deficiencias de estos asilos se evaluaron en relación con los fundamentos de la terapéutica psicológica. En definitiva, el tratamiento moral dominó la práctica manicomial capitalina con todo y la infinidad de las deficiencias asilares y obstáculos extra-hospitalarios.

Como observamos, sobre todo en las tres primeras décadas de esta etapa se intentó poner a efecto los principios del manicomio terapéutico y de la terapia del movimiento en ambos establecimientos. Y si bien su realización fue restringida y siempre se consideró que estos asilos eran inapropiados para cumplir puntualmente su objeto, en estos años la praxis manicomial aún tenía la firme voluntad y el anhelo de cumplir con los cánones del tratamiento moral. Posteriormente, en los dos últimos decenios del nuestro periodo, las disposiciones implementadas fueron escasas y defectuosas debido a que las miradas estuvieron puestas en la construcción del aludido “manicomio moderno” y prácticamente se abandonaron los hospitales para dementes capitalinos. Y aunque las exiguas medidas de este momento siguieron teniendo como base el tratamiento moral, ahora ya sólo se esperaba dejar atrás los arcaicos establecimientos y alcanzar la bienaventuranza en la asistencia psiquiátrica con el nuevo asilo.

De este modo, contrario a los ímpetus médicos y humanitarios de los facultativos capitalinos, la puesta en marcha del tratamiento moral fue inasequible

Pilar Durante Molina, 1998, “Historia, filosofía y principios fundamentales de la práctica de la terapia ocupacional en la salud mental”, pp. 32-34.

porque no se pudo realizar cabalmente de acuerdo a su propio discurso a pesar de que la misma práctica psiquiátrica siempre giró en torno de esta terapéutica.

Conclusiones

En los cuatro apartados de este capítulo hemos visto el momento culminante de la medicina del alma en la ciudad de México. Desde la medicalización de los hospitales para dementes capitalinos en 1860 y hasta el primer decenio del siglo XX con la conclusión de la etapa germinal del alienismo ciudadano, el tratamiento moral se instituyó como soberano de la terapéutica y asistencia de la enfermedad mental. Es cierto, como veremos después, que otros métodos fueron tenidos en cuenta (el tratamiento farmacológico o quirúrgico), empero, ninguno de ellos consiguió la magnitud y trascendencia de la terapia moral de la locura.

Los resultados de esta investigación nos revelan que ningún médico capitalino puso en tela de juicio o al menos debatió alguno de los preceptos del tratamiento moral. La aceptación fue total y casi dogmática. La naciente psiquiatría local vinculó su destino de forma absoluta a dicha terapéutica e hizo de los fundamentos de ésta, sus principios más caros. Y aunque los facultativos mexicanos reconocieron que en la época no existía un tratamiento “específico” de la alienación, el tratamiento moral, para ellos, estuvo próximo a serlo.

Tal y como sucedió en España y Argentina, en la ciudad de México el tratamiento moral no causó polémica alguna a pesar de que su asimilación se produjo en el momento en que los países de mayor tradición psiquiátrica y que dictaban las normas de la medicina mental, como Francia, Inglaterra o Alemania, pusieron en duda este método terapéutico. En nuestro caso, la aceptación del tratamiento moral se presentó de forma tardía con relación a sus orígenes europeos e, igualmente, se dio a la par de la recepción de las teorías organicistas de la enajenación que privarían a partir de mediados del siglo XIX, situación que sin duda influyó en la razones del establecimiento de la terapia moral.

En el periodo 1860-1910 el tratamiento moral capitalino adquirió características propias. De los tres fundamentos morales, dos de ellos, el manicomio terapéutico y la terapia del movimiento, tuvieron gran importancia y, en

contraste, el otro, la relación psicológica médico-paciente, fue casi olvidado. En la etapa anterior (1830-1860), los tres elementos habían sido tomados en cuenta de manera similar, pero a partir de la medicalización hospitalaria de 1860, la incipiente psiquiatría local antepuso los principios morales que le permitieron poner a efecto terapias de tipo colectivo con un reducido personal médico en la praxis manicomial. Además, probablemente también influyó el hecho de que la psiquiatría de corte somaticista consideró al enfermo meramente como un objeto y estimó que la interacción entre el alienista y el enajenado era infructuosa, debido a que lo que éste último sentía formaba parte de su delirio y, por lo tanto, no era un dato objetivo.

Esta exclusión de la relación médico-paciente, nos permite ver que el tratamiento moral no fue un método terapéutico estático, sino más bien que se transformó de acuerdo a las circunstancias particulares del momento. Sus tres componentes, si bien estuvieron intrínsecamente unidos, tuvieron una significación distinta a partir no sólo del psiquiatra, sino también de la época y la latitud que los enunciaron.

En la ciudad de México, el discurso, pero sobre todo la práctica del tratamiento moral hizo hincapié en los fundamentos del asilo moral y la terapia del movimiento. Y con relación a estos puntos, ¿la praxis hospitalaria cumplió con los lineamientos dictados por la teoría psiquiátrica? Como aconteció entre 1830 y 1860, las medidas llevadas a cabo en los hospitales para dementes difirieron grandemente de lo que decían los textos al respecto, empezando con los edificios de los propios establecimientos que sufrieron de notables anomalías en el periodo. Las distracciones y el trabajo terapéutico fueron factores que recibieron un fuerte impulso, pero asimismo, ante las deficiencias arquitectónicas y económicas, su realización estuvo restringida y hacia finales de siglo tomaron un talante utilitario y servicial.

No obstante lo anterior, es posible afirmar que la práctica correspondió puntualmente al discurso del tratamiento moral. Como aseveramos en el capítulo anterior, la praxis manicomial giró en torno a esta terapéutica. Las reformas, mejoras y elogios, así como las limitaciones y las críticas realizados a los asilos, la

mayoría de las ocasiones respondieron a algún principio moral. Por consiguiente, se puede decir que la terapéutica de la enfermedad mental en la ciudad de México durante el siglo XIX estuvo orientada en todo momento por el tratamiento moral.

Por otro lado, al menos en la cuestión de la asistencia psiquiátrica, el alienismo capitalino fue fiel a la psiquiatría francesa “ortodoxa” que durante toda la centuria rechazó las alternativas asistenciales como los sistemas abiertos y se resguardó en el manicomio tradicional. Aquí, como vimos, el discurso psiquiátrico negó rotundamente la aplicación de tales opciones (como lo hizo Esquirol) y, en cambio, fijó su mirada en el asilo moral. En cuanto el aspecto terapéutico, no obstante, los alienistas ciudadanos de la segunda mitad del siglo XIX -cuando se verificó la consolidación del tratamiento moral-, se vieron “desfasados” respecto a Francia, su principal lumbrera de la época, pues si bien es cierto que este país siguió las normas de la institución psiquiátrica “cerrada”, el tratamiento moral ya no fue apreciado como una terapia psicológica, sino únicamente como un instrumento para mantener la disciplina y había dejado de ser el fundamento del asilo.

Justamente aquí yace la particularidad de nuestro caso. En la ciudad de México se instauró una práctica médica que no sólo en Francia sino en el resto de Europa ya no tenía cabida tal y como la concibieron sus creadores. Esto no quiere decir que la medicina mexicana, siempre interesada por estar al día en los avances médicos foráneos, estuviera “atrasada” en cuanto al tratamiento de la enfermedad mental. Por el contrario, significa que se adaptó a las circunstancias de la psiquiatría occidental -que conocía muy bien-, y que, ante el nihilismo terapéutico europeo, trató de tener un acercamiento “científico” en la asistencia de la locura. Pero éste es el tema de la segunda parte del presente trabajo.

Segunda parte:

Las razones de la asimilación del tratamiento moral en la ciudad de México durante el siglo XIX

Una vez determinado cómo se estableció el tratamiento moral en la ciudad de México, ahora toca dilucidar por qué sucedió tal acontecimiento. Ya anotamos que la consolidación local de esta terapéutica podría suponer una paradoja porque en la segunda mitad del siglo XIX, por un lado, la efectividad del tratamiento moral fue seriamente cuestionada en Europa, y por otro, en México –conforme a los cánones extranjeros- la mayoría de los médicos siguió la orientación anatomopatológica de la enfermedad y desdeñó los aspectos psicológicos en el seno de la medicina. Como veremos, la institución del tratamiento moral no se debió, como podría conjeturarse, a un rezago científico, sino más bien, a la confluencia de una serie de aspectos sociales y médicos propios de la circunstancia mexicana.

Esta segunda parte de la tesis aborda las causas fundamentales que condujeron a la instauración del tratamiento moral. Primero, en el capítulo 3, se explica de qué forma los factores culturales contribuyeron a este hecho y, posteriormente, en el capítulo 4, se expone cómo los elementos médicos fueron el punto decisivo de su adopción en la medicina de la ciudad de México.

3. LOS FACTORES SOCIALES

INTRODUCCIÓN

Toda teoría o práctica científica está enraizada en aspectos culturales. Los sistemas médicos son indisolubles a los factores sociales que los circundan. De tal forma, el tratamiento moral de la locura se define no sólo por sus características médicas, sino además, por sus componentes culturales. En este apartado revisaremos la influencia de dos puntos peculiares de la sociedad decimonónica (la forma de vida burguesa y la idea de la modernidad) en la asimilación del tratamiento moral en la ciudad de México.

Primero, se hablará acerca de la identificación entre los valores culturales burgueses de los médicos capitalinos y el contenido de los preceptos del tratamiento moral; luego trataremos sobre el discurso de la filantropía y de la medicalización como parte de una nueva actitud hacia la locura acorde a los “tiempos modernos”; y finalmente, se abordará la relación que se estableció entre el tratamiento moral y el mito del progreso. Así, veremos cómo la recepción de esta terapia respondió tanto a la circunstancia cultural y sociopolítica del país, como a las características propias de la medicina capitalina durante el siglo XIX.

3.1 El modo de vida burgués y el tratamiento moral

Como hemos dicho, la aceptación del tratamiento moral en la ciudad de México durante el siglo XIX se debió a la confluencia de una serie de factores sociales y científicos. Un primer punto que favoreció tal proceso de asimilación fue, como veremos a continuación, la afinidad entre los preceptos de la terapéutica moral y los ideales burgueses de la época. Esta relación permitió que ciertos elementos culturales pasaran como normas médicas en los hospitales para dementes capitalinos. De tal modo, la recepción de dicha terapia de la locura hizo posible justificar de manera científica y médica, la reproducción de la estructura social del mundo externo (un factor extra médico) en el seno de los asilos para locos, establecimientos concebidos por los facultativos decimonónicos como espacios estrictamente médicos.

En Europa, tanto el tratamiento moral como la propia psiquiatría, tuvieron su origen durante el ascenso de la burguesía a las esferas de poder. Las revoluciones burguesas de finales del siglo XVIII trajeron consigo la institucionalización de las libertades individuales y, como apreciaremos en los siguientes capítulos, una nueva actitud hacia los seres desposeídos. Los doctores, como parte de los profesionistas liberales de la emergente clase burguesa, se preocuparon por la situación de los insanos y constituyeron, conforme a sus principios médicos y a sus preceptos sociales, una disciplina que se encargara de

ellos. Entonces, los valores burgueses, hasta cierto punto, fueron incluidos en los fundamentos de la naciente psiquiatría europea.¹

Como cualquier otro recurso médico, el tratamiento moral se vio influido por consideraciones de tipo político, social y económico. Sus formuladores, como William Tuke en Inglaterra o Philippe Pinel en Francia, pertenecían al minoritario grupo burgués de su respectivo país, lo cual, sin lugar a dudas, injirió en las características de tal terapia. El *moral treatment* de Tuke proponía como medios para tratar la locura las mismas cualidades que la burguesía urbana consideraba como las claves del progreso: el trabajo arduo y la autodisciplina. Pinel, igualmente, planeó su *traitement moral* con base en el estricto orden burgués y en la censura de la ociosidad. Ambos médicos transformaron “en ‘naturales’, en biológicas, las normas éticas de la burguesía capitalista revolucionaria”.² Y el manicomio moral se estableció, al menos teóricamente, como un microcosmos en que se simbolizaron las grandes estructuras de la sociedad burguesa: “relaciones Familia-Hijos, alrededor de la doctrina de la autoridad paternal, relaciones Falta-Castigo, alrededor de la doctrina de la justicia inmediata, relaciones Locura-Desorden, alrededor de la doctrina del orden social y moral”.³

El tratamiento moral trató de transformar al loco en algo aproximado al ideal burgués del individuo racional. Enfatizó la convicción de que el hombre tiene que ser enseñado a interiorizar las reglas, a disciplinarse a sí mismo.⁴ La terapéutica moral fue “permeable” a los valores morales dominantes de la época: el orden, la disciplina, la santificación de los lazos familiares, el culto del trabajo como fuente de toda mejora y moralización, el respeto de las jerarquías, la aceptación de la posición asignada en el sistema social.⁵ Así pues, el tratamiento moral nació como una terapéutica burguesa, pues se erigió “como una práctica muy conforme con la

¹ Vezetti, 1985, pp. 81; Dörner, 1974, pp. 9; Huertas, 2001a, pp. 14.

² Pedro Marset, 1988, “La nueva psiquiatría de Pinel como expresión de la nueva situación europea en los comienzos del siglo XIX”, pp. 34; Scull, 1979, pp. 424-428; Peset, 1993b, pp. 147, 166.

³ Foucault, 2000, t. II, pp. 257.

⁴ Scull, 1979, pp. 425.

⁵ Castel, 1975, pp. 78.

sensibilidad de la clase que se estaba haciendo del poder, lo que facilitó su extensión y, con ello, el desarrollo de una especialidad médica: la psiquiatría”.⁶

A la postre, cuando el tratamiento moral llegó a la ciudad de México, una de las razones que hizo posible su asimilación fue su total compatibilidad con las normas sociales que mantenían los médicos mexicanos. A mi parecer, esta correlación fue fundamental no sólo para la recepción de dicha terapéutica, sino también, para su posterior consolidación en la segunda mitad del siglo XIX. El hecho que el tratamiento moral no contrariara los valores burgueses de los facultativos y, por el contrario, fuera afín a ellos, significó la condición inicial para su instauración definitiva en la medicina capitalina. Gracias a su trasfondo burgués, el tratamiento moral fue mucho más asequible para la medicina ciudadana. El primer paso para su aceptación estaba dado.

Por otro lado, hay que decir que la clase burguesa, de la cual formaba parte la élite médica, se distinguió por contar con una posición económica acomodada y un rango social elevado. Su modo de vida se caracterizó, a grandes rasgos, por aglutinarse en las costumbres y tradiciones moderadas. Para los burgueses, una conducta honorable debía regirse de acuerdo a virtudes morales y religiosas, entre las cuales, la autoridad paternal, la estructura familiar, el trabajo y la educación eran elementos trascendentales. Asimismo, mantenían un rígido sentido de la jerarquía y del orden. Y no sólo conservaron, sino que acentuaron incluso las distinciones sociales. Una barrera separaba a aquéllos considerados respetables de los que no lo eran.⁷

Ahora bien, a lo largo de esta tesis podemos ver los muchos aspectos en que fue patente la afinidad entre la ética burguesa y la terapéutica moral en el alienismo capitalino decimonónico. Ya hemos señalado el valor que tuvo para esta terapia el orden y la reglamentación de la vida cotidiana en el manicomio, la figura del médico como jefe único, las diversiones como medio de vigorizar el cuerpo y el alma, la educación como un intento de reestructurar al loco o la religión como un recurso de persuasión y consuelo. No obstante, con la finalidad de no extender

⁶ Martínez Pérez, 1993, pp. 63.

⁷ Guy Palmade, 1976, *La época burguesa*, pp. 133-155, 181-196.

demasiado este apartado, tan sólo vamos a revisar tres de los puntos más reveladores acerca del vínculo entre el estilo de vida burgués y el tratamiento moral en la medicina de la ciudad de México. Primero analizaremos el trabajo terapéutico en los asilos para locos, más tarde, el trato diferenciado de los enfermos por parte de los médicos y, finalmente, la separación espacial de los pacientes en tales establecimientos.

El trabajo, sobre todo a partir de “la revolución política e industrial-capitalista de la sociedad burguesa” de finales del siglo XVIII,⁸ dejó de ser estimado como una condena religiosa y moral, y pasó a tener una significación positiva para las clases medias y altas. Ahora el trabajo era considerado como una fuente inigualable de riqueza, progreso, mejora social y bienestar. La ociosidad, en contraparte, era tenida como la madre de todos los vicios; quien no hace nada, se decía, está a punto de hacer algo malo. El deber de los hombres de buena voluntad era honrar el trabajo y condenar la holgazanería.⁹ “El trabajo, la industria y la riqueza son los que hacen a los hombres verdadera y sólidamente virtuosos”, decía el pensador mexicano José María Luis Mora en el decenio de 1830.¹⁰

En este sentido, como ya hemos visto, el trabajo fue apreciado por la psiquiatría decimonónica como uno de los recursos más eficientes para curar la locura. Pinel decía que “tomarle gusto al trabajo, es la única salvaguarda de un restablecimiento rígido y durable”.¹¹ Pero la actividad laboral no sólo era útil para procurar el alivio de la locura, sino también, para asegurar la disciplina en el interior del manicomio, como lo expresó Scipion Pinel, sobrino de Philippe: “la garantía más segura y quizá única del mantenimiento de la salud, las buenas costumbres y el orden, es la ley de un trabajo rigurosamente ejecutado. [...] hay que hacer participar [a los locos] de un bienestar que honra a la humanidad”.¹²

Como parte de la terapia del movimiento, el trabajo trataba de que “el alienado obedeciera las reglas del movimiento del mundo”, de que “tomara su

⁸ Dörner, 1974, pp. 9.

⁹ Nora Pérez-Rayón, 2001, *México 1900. Percepciones y valores en la gran prensa capitalina*, pp. 275-301; Castel, 1980, pp. 264-265; Donzelot, 1980, pp. 33-40.

¹⁰ Citado por Leopoldo Zea, 1968, *El positivismo en México*, pp. 288.

¹¹ Citado por Weiner, 2002, pp. 210.

¹² Citado por Quétel, 1993c, pp. 449.

lugar correspondiente dentro del orden general” de la sociedad.¹³ Así, el trabajo terapéutico que proponía el tratamiento moral obedecía, en gran parte, a consideraciones culturales, como la condición económica o el género, que reproducían el orden establecido del mundo externo en los manicomios.

Con relación a la cuestión de género, el trabajo podía ser una terapéutica eficiente siempre y cuando respetara los roles imperantes. Tanto las mujeres como los hombres debían realizar actividades acordes con la concepción cultural de su sexo. De tal modo, aunque parezca obvio y como se ha visto ya, las pacientes tenían que emplearse en labores “mujeriles” y los enfermos en faenas varoniles. Por ejemplo, en 1864 se decía que en la construcción del moderno manicomio era necesario “un terreno extenso, dividido en dos partes: la mayor sería una huerta en donde los locos cultivarían las hortalizas necesarias para el consumo de la casa, y la otra más pequeña se destinaría a jardín en que las locas cultivasen flores”.¹⁴

Algunos años más tarde, en el proyecto del manicomio de 1881, se anunció que los pacientes, de acuerdo a su género, podrían ayudar en el servicio de la institución:

la costura de construcción y reparación de la ropa blanca, el lavado, cocina y despensa y otros oficios propios del sexo, pueden encomendarse a las mujeres, mientras que el tejido de géneros para vestidos, construcción de colchones, ligeras reparaciones de albañilería, cultivo de hortaliza y otros se pueden encomendar a los hombres.¹⁵

Del mismo modo, los pabellones planeados en tal proyecto respondían a consideraciones de tipo cultural. La sección dedicada a las mujeres estaba pensada en función de la idea decimonónica de la mujer como el “ángel del hogar”; y en cambio, la sección destinada a los varones era reflejo de la concepción del hombre como un ser de acción en el exterior de la morada familiar:

¹³ Foucault, 2000, t. I, pp. 498-499.

¹⁴ Andrade, [1864], pp. 159.

¹⁵ AHSSA, FBP, SEH, SeMG, L. 1, E. 2.

Debe construirse un departamento para cada sexo, y siendo distintas las necesidades que hay que satisfacer en uno y otro, es muy difícil construir las similares. El sexo femenino necesita mayor extensión en las habitaciones, por exigirlo así la naturaleza de las ocupaciones a que se dedica. Los hombres necesitan precisamente lo contrario, mayor extensión en el campo y menor en la habitación.¹⁶

Como se distingue, los estereotipos de género del periodo decimonónico marcaron una diferencia en el tratamiento que recibieron mujeres y hombres en los hospitales para dementes capitalinos. El trabajo terapéutico puso énfasis en estas divergencias culturales como si se tratase de cuestiones biológicas. Las actividades “naturales” de la mujer o del hombre usadas como medios curativos de la locura, fueron justamente aquéllas que garantizaban las identidades convencionales de género (para las mujeres tareas domésticas y para los hombres tareas productivas). Al realizar un trabajo *naturalmente* propio a su sexo, los pacientes reafirmaron las expectativas culturales de su género y trasladaron el modelo de la sociedad de la época al interior de los asilos para locos.¹⁷

Asimismo, el trabajo terapéutico tuvo un fundamento socioeconómico. Los enfermos debían llevar a cabo labores no sólo de acuerdo a su sexo, sino también, a su condición social. Según Philippe Pinel, todos los pacientes, incluso los pudientes, debían someterse a la disciplina laboral: “los nobles que con desprecio y altivez desdeñan todo trabajo mecánico, tienen la funesta ventaja de perpetuar su insensatez y su delirio”.¹⁸ Sin embargo, Étienne Esquirol sostenía que los enfermos opulentos no tenían la obligación de trabajar y podían dedicarse a actividades más propias de su ralea:

¹⁶ *Ibid.*

¹⁷ Algunos estudios que abordan cuestiones de género en el tratamiento de la enfermedad mental son: Constance M. McGovern, 1986, “The Myths of Social Control and Custodial Oppression: Patterns of Psychiatric Medicine in Late Nineteenth-Century Institutions”, pp. 3-23; James H. Mills, 1999, “Re-forming the Indian: Treatment Regimes in the Lunatic Asylums of British India, 1857-1880”, pp. 407-429; Elaine Showalter, 1985, *The Female Malady: Women, Madness and English Culture, 1830-1980*.

¹⁸ Pinel, [1801], pp. 195.

los individuos que no tienen ninguna costumbre de trabajar, cuando existen obstáculos invencibles que se oponen a que viajen, monten a caballo, o vayan en coche, deben dedicarse a juegos que repongan el espíritu y fatiguen el cuerpo, tales como la raqueta, el frontón, el balón, el billar, etc.¹⁹

En la ciudad de México, por su parte, el trabajo terapéutico adquirió un carácter afín al pensamiento esquiroliano y que podría denominarse como clasista, pues los médicos creían que no todos los enfermos debían realizar las mismas actividades. En el Hospital de San Hipólito, los pacientes pensionistas no se dedicaban a las labores de reparación del edificio –como algunos enfermos comunes-, sino a leer, escribir o simplemente deambular por su sección: “el departamento de distinguidos tiene su pequeño jardín especial, con su fuente de agua, en el que se ven vagar todo el día a aquellos desgraciados seres, la mayor parte gente de letras”.²⁰ Las mujeres del Hospital de La Canoa, del mismo modo, ejecutaban tareas distintas conforme a su condición social. Miguel Alvarado decía al respecto que

Las asiladas de humilde condición y acostumbradas a trabajos rudos lavan ropa y suelos, barren, acarrear agua, etc., cuyo servicio se les impone como *medio curativo*; las pensionistas no acostumbradas a estas tareas ni las sabrían desempeñar ni se prestarían a ello, y se ocupan sólo de coser, cuando gustan.²¹

Así pues, los hospitales para locos capitalinos, al igual que la sociedad que los produjo, establecieron claras diferencias económicas, sociales y de género entre sus distintos asilados. El trabajo terapéutico no sólo fue útil para procurar el alivio de la locura y la disciplina manicomial, sino también, para trasladar la estructura social de la época al interior de los manicomios.

De la misma manera, otro de los ejemplos en que se reconoce fácilmente la reproducción de los valores burgueses de los médicos mexicanos en los hospitales para dementes, fue el trato diferenciado que recibieron los pacientes a

¹⁹ Esquirol, [1838], pp. 253-254.

²⁰ Flores, 1888, t. III, pp. 290.

²¹ AHSSA, FBP, SEH, SeHDS, L. 14, E. 31. Las cursivas son mías.

partir de su condición socioeconómica. Hemos visto que en tales establecimientos se constituyó una clara diferenciación entre los “ricos” y los “pobres”. Los doctores argumentaban que el manejo de los enfermos debía regirse a partir de la posición social de cada sujeto. Así, un loco de clase media o alta debía ser tratado como él estaba habituado antes de su estancia en el asilo; y lo mismo sucedía con los insanos de escasos recursos. Por ejemplo, Thomas Monro, médico en jefe del asilo inglés conocido como Bedlam, decía que los medios violentos de contención eran

aptos solamente para los locos pobres; a un caballero no le agradaría que le encadenaran. No estoy de modo alguno acostumbrado a ver a caballeros entre cadenas; nunca he visto nada de este género: es algo tan completamente en contra de mis sentimientos, que nunca juzgaré necesario encadenar a un caballero.²²

Por su parte, los médicos del Hospital del Divino Salvador, sin duda menos drásticos, apuntaron que el departamento de distinguidas había sido arreglado de tal modo que las enfermas “nada extrañen de lo que pudieran tener en su propia casa”.²³ El director-médico Alberto López Hermosa señaló en 1901 que “la asistencia de enfermas pensionistas es laboriosísima por su propia naturaleza por tratarse de personas, en su mayor parte, de regular posición social y por lo mismo acostumbradas a un servicio esmerado”.²⁴ Miguel Alvarado mencionaba años antes que las pacientes “distinguidas” estaban

acostumbradas a un mejor servicio y pagando por éste sus respectivas familias, es también de mayor trabajo y atención. Multiplicadas son las piezas de ropa que cada una usa, las que se recosen, lavan y planchan; para levantarlas y acostarlas, asearlas y peinarlas se emplea más tiempo y esmero, lo mismo en el refectorio cuyo servicio es más minucioso.²⁵

²² Citado por Dörner, 1974, pp. 126.

²³ AHSSA, FBP, SEH, SeHDS, L. 6, E. 24.

²⁴ AHSSA, FBP, SEH, SeHDS, L. 19, E. 22.

²⁵ AHSSA, FBP, SEH, SeHDS, L. 14, E. 31.

En 1863 el administrador del Hospital de San Hipólito, ante la ausencia de un refectorio especial para los enfermos pensionistas, propuso que se les atendiera en su comedor particular, pues “por muy atendida que esté la cocina de comunidad nunca puede estarlo como la particular de una familia”.²⁶ Años más tarde, en dicho establecimiento surgió una polémica en torno a la alimentación que puso en la mesa el trato diferenciado que recibían los asilados. Todo comenzó cuando el director del asilo, Sebastián Labastida, mencionó en un informe que juzgaba “injusto y a propósito para abusos, el que se den dos clases distintas de comidas, una para los distinguidos y empleados y otra para la generalidad de los enfermos”. Y adujo en defensa de la igualdad que “un trato mejor a los que pagan algo no es decoroso, pues debemos procurar que la alimentación sea buena para todos, y por tanto igual”.²⁷

Miguel Alvarado, en ese momento visitador de la Comisión de Beneficencia, respondió a Labastida que “lo que se hace está bien hecho y así debe ser. [...] Las leyes de la naturaleza no están sujetas al capricho del hombre que no puede cambiar las costumbres de toda su vida sin grave peligro”. Y de acuerdo a la mentalidad burguesa de la época Alvarado alegó que

si el rico tiene la necesidad en esa desgracia acudir al que hoy se cree el agente terapéutico más poderoso, es decir, a la asistencia en un manicomio, la Comisión por más que busca no encuentra la razón para sujetar al rico que paga su comodidad al mismo régimen alimenticio del pobre que evidentemente está mejor en las condiciones normales de un hospital que en su propia casa. [...] ¿Por qué obligar al rico a perder su costumbre, su modo de ser, *su segunda naturaleza* que es su vida? [...] La Comisión ha tomado los nombres de rico y de pobre para distinguir a los acostumbrados al bienestar de los que no los están, sin darle otra significación, [...] esa diferencia de alimentación debe existir y proporcionarse a ciertas personas aun cuando no paguen pensión alguna. ¿Por qué? Ya lo hemos

²⁶ AHDF, FHISH, V. 2302, E. 129.

²⁷ AHSSA, FBP, SEH, SeHSH, L.2, E. 17; también se puede ver en Labastida, 1878, pp. 118.

dicho fundados en lo que hemos visto. Cambiar la costumbre, el modo de ser, en algunas organizaciones es la muerte.²⁸

Algunos meses después de esta breve controversia, Sebastián Labastida, quizá intimidado por los juicios de las autoridades o impulsado por una identidad de clase, cambió de opinión y se mostró mucho más acorde con las ideas de Alvarado. Esto sucedió cuando un enfermo no pudo pagar la pensión mensual de doce pesos y se le retiró la distinción y, con ello, la alimentación especial. Entonces, el loco lloró y suplicó a los doctores que lo regresaran a su antigua categoría. El director del asilo, Labastida, ante esta situación y contrario a su juicio anterior, decidió que el paciente gozara de la distinción eximiéndolo del pago de la pensión, “en consideración que sufriría su moral con el retiro de ella” y porque “no es posible ni humano retirar la pequeña mejora que disfrutaban estos enfermos, que por su educación y costumbre están habituados al buen trato”.²⁹

De igual modo, los médicos capitalinos adujeron que era necesaria la separación social de los enfermos en los hospitales para dementes. Según ellos, no era recomendable que los “pobres” y los “ricos” ocuparan el mismo espacio a razón de sus tan desiguales condiciones. Esta pretendida “división científica” fue justificada por los facultativos a partir de un precepto del tratamiento moral. Recordemos que la mayoría de los alienistas recomendaba la creación de varios departamentos en el manicomio de acuerdo a las diversas clases de locura. El punto era que, además de permitir la investigación, la disciplina y la vigilancia, la división de los enfermos evitara la imitación o el “contagio moral” entre las distintas especies de enajenación y que la convivencia de los locos de un mismo tipo influyera favorablemente en la curación de todos ellos.³⁰

Como es evidente, esta idea fue empleada no sólo para separar a los enfermos mediante clasificaciones nosológicas o “comportamentales”, sino además, por razón de su condición socioeconómica. El discurso psiquiátrico

²⁸ AHSSA, FBP, SEH, SeHSH, L. 2, E. 17. Las cursivas son mías.

²⁹ AHSSA, FBP, SEH, SeHSH, L. 2, E. 17. Este suceso es un ejemplo de que la asistencia psiquiátrica no es tanto el resultado de una actitud dictatorial por parte del médico hacia el enfermo, sino más bien, es el producto de una serie de negociaciones entre sus actores.

³⁰ Morel y Quérel, 1993a, pp. 120-122; Comelles, 1988, pp. 56-61; Ramírez, 1884, pp. 18-20.

sostenía que los locos de determinada clase social podrían hallar más pronto la curación sí se relacionaban con individuos de su misma posición. Entonces, el contacto entre las clases acomodadas y las clases menesterosas en el interior de los asilos para locos fue visto como un hecho funesto y “antiterapéutico”.

Al parecer, los departamentos de enfermos pensionistas existieron desde comienzos del siglo XIX en los hospitales para dementes capitalinos. En un primer momento, ante las múltiples carencias de los asilos, los pacientes “distinguidos” únicamente se distinguieron del resto de la comunidad porque disfrutaban de una ración de chocolate. No obstante, al avanzar la centuria, las atenciones en tales departamentos se mejoraron notablemente. Sus asilados casi siempre fueron personas de clase media. Por ejemplo en el Hospital de San Hipólito se decía que al “departamento de distinguidos solo van los enfermos de cierta posición (acomodados u hombres de carrera: médicos, abogados, ingenieros, artistas, etc.)”.³¹ El monto de las pensiones varió –de acuerdo a la categoría de la distinción- desde cuatro hasta veinte pesos al mes (una suma considerable si tomamos en cuenta que el salario mínimo diario era de alrededor de cincuenta centavos en 1910).³² Y contrario a lo que se ha creído, la población de pensionistas en los asilos para locos fue bastante numerosa (en ocasiones hasta un tercio del total de los enfermos), lo que llevó a una constante ampliación física de sus secciones para garantizar la parcelación socioeconómica de los locos.³³

Ahora bien, los médicos ciudadanos mantenían que “la división científica tan importante para el buen éxito de las curaciones” se basaba en la separación de “las enfermos, tanto por sus enfermedades como por las clases de personas por su educación y costumbres”.³⁴ Para Román Ramírez eran indispensables en el manicomio “tres secciones de apacibles en atención a su posición social, a su cultura intelectual y moral”.³⁵ De tal suerte, la división departamental resguardaba a los pacientes pensionistas “quedando absolutamente aislados de los otros

³¹ Flores, 1888, t. III, pp. 290.

³² Pérez-Rayón, 2000, pp. 372-373.

³³ AHDF, FHISH, V. 2300, L. 1, E. 34 y 184; V. 2302, E. 181; AHDF, FHDS, V. 2312, E. 11; AHSSA, FBP, SEH, SeHDS, L. 19, E. 8; AHSSA, FBP, SEH, SeHSH, L. 6, E. 33.

³⁴ AHSSA, FBP, SEH, SeHDS, L. 14, E. 13; L. 11, E. 5.

³⁵ Ramírez, 1884, pp. 18-20.

enfermos, entre los que se encuentran hasta de la clase más ínfima del pueblo; lo que hace tan necesaria una separación”.³⁶

La distribución social de los enfermos en los hospitales para dementes, a decir de los facultativos, se debía a un fundamento médico y terapéutico:

En todas las sociedades y en particular en la nuestra, hay una inmensa distancia entre las costumbres y la moral de las gentes medianas y acomodadas, y las que pertenecen al pueblo. Esta circunstancia es de un gran valor para establecer dos departamentos absolutamente independientes en una casa de locos. Cuando éstos recobran el juicio es indispensable que se vean entre personas de su clase, so pena de que las buenas costumbres padezcan, y de que estableciendo entre sí algunos términos de comparación, tengan presente a la memoria el triste estado en que se encuentran todavía y la enfermedad tome pábulo por sólo esta consideración.³⁷

El efecto psicológico que podría provocar la reunión de los enfermos “ricos” con los “pobres” fue estimado a todas luces como perjudicial (sobre todo para los primeros). Esto también fue patente en el caso de los locos de “buenas costumbres” que, a pesar de no poder costear su pensión, los facultativos, quizá como una muestra de su filiación de clase, los asignaron al departamento de pensionistas alegando razones médicas: “Bien se podría quitar la distinción a la persona que no pague con puntualidad, pero entre estas hay algunas que son decentes, y que con sólo ponerlos en la comunidad no distinguida, sería bastante para perjudicarles en su curación”.³⁸ Conocemos el caso de un asilado que al no pagar la mensualidad fue enviado a los departamentos comunes, pero como “el enfermo, viéndose mezclado con los que no son distinguidos, que por lo regular son faltos de proporciones y de educación, sufría extraordinariamente”, se le mandó de vuelta a la sección de pensionistas.³⁹

³⁶ AHSSA, FBP, SEH, SeHDS, L. 6, E. 24.

³⁷ AHSSA, FSP, SHP, SeIEP, C. 1, E. 16.

³⁸ AHDF, FHISH, V. 2302, E. 181.

³⁹ AHDF, FHISH, V. 2302, E. 170.

La atención médica recibida en los asilos para locos ciudadanos estaba en función de la clase social del enfermo. Es evidente que la clasificación en grupos definidos por la educación o el poder económico, no se fundamentó en argumentos médicos, sino culturales, como claro reflejo de la mentalidad social del siglo XIX. No obstante, los facultativos capitalinos creyeron firmemente que la separación socioeconómica de los enfermos era un recurso terapéutico que estaba fincado en preceptos científicos.

Como se ha visto, algunos preceptos del tratamiento moral permitieron calcar los aspectos sociales de la época en los hospitales para dementes. Y justamente, ésta fue una de las razones por las que dicha terapéutica fue aceptada por los médicos capitalinos decimonónicos, pues además de que fue afín con sus valores culturales, les permitió reproducir el modelo de la sociedad de la época en el interior de los asilos para locos y justificar este hecho de una forma científica y médica.

3.2 La filantropía y la racionalidad del tratamiento moral

En el presente apartado examinaremos de qué forma el discurso de la medicalización de la locura y de la filantropía del tratamiento moral fue un factor importante en la aceptación de esta terapéutica en la ciudad de México durante el siglo XIX. Primero, observaremos que la apropiación médica de la sinrazón fue vista por parte de los facultativos ciudadanos como un hecho científico y, por ende, moderno; luego, cómo el discurso psiquiátrico pregonó el carácter humanitario de los hospitales para dementes capitalinos con el afán de mostrar una imagen de civilización; y finalmente, de qué modo el uso de los medios de contención física, como la camisa de fuerza, contribuyó a presentar al naciente alienismo ciudadano como una disciplina racional, médica y moderna.

La idea de la modernidad entendida como progreso, civilización y cultura; fue uno de los mayores referentes occidentales a partir del periodo de la Ilustración y sobre todo durante el siglo XIX. La aparición de ideologías como el darwinismo social y el positivismo, produjo que este concepto se fundamentara en el desarrollo científico. La fe en la razón y en la ciencia se convirtió en la esencia de la modernización decimonónica. Y dentro de este proyecto, la medicina y la salud, se constituyeron como indicadores irrefutables del grado de prosperidad de una nación.

El movimiento ilustrado europeo presentó un ilimitado optimismo y fe en las posibilidades de perfeccionamiento del hombre. Creyó firmemente en el progreso y en la capacidad de la razón para dominar y transformar el mundo. Defendió la libertad frente al abuso de poder del absolutismo así como la posesión de una serie de derechos naturales inviolables. Dentro de sus planteamientos, fue central el respeto hacia la humanidad, punto que ulteriormente sirvió como modelo a la reforma filantrópica de finales del Siglo de las Luces que incluyó, entre otros aspectos, la transformación de las instituciones de tutela de la locura del antiguo régimen.

La revolución psicológica que formuló el tratamiento moral en la segunda mitad del siglo XVIII en Europa fue, en esencia, un movimiento filantrópico que, más allá de los mitos fundacionales e historiográficos, literalmente emancipó de

las cadenas a los locos y propugnó por un trato basado en el raciocinio y la benevolencia. Desde luego que esto significó un cambio sustancial con respecto al régimen tradicional fundado por lo general en mecanismos coercitivos y brutales.¹

A la vez, este proceso humanitario llevado a cabo tanto por reformadores y conserjes legos en medicina como por médicos reconocidos, condujo a la paralela medicalización de la locura y de los establecimientos encargados de ella. En este sentido, la figura de Philippe Pinel no sólo es significativa por su gesto filantrópico de la liberación de las cadenas de los enfermos de Bicêtre y Salpêtrière, sino también, por su labor propiamente psiquiátrica, pues él quizá fue el primer médico interesado en alejarse de la concepción popular de la locura y en dotar a ésta de un importancia científica. Pinel propuso sustituir el término vulgar *folie* por el de *aliénation mentale* con el propósito de incluir a la locura en la ciencia médica. Según él, la alienación mental era una afección en el sentido de las enfermedades orgánicas, una perturbación de las facultades intelectuales, es decir, de las funciones superiores del sistema nervioso.²

En la ciudad de México, por su cuenta, este doble proceso humanitario y médico fue uno de los puntos que los facultativos arguyeron para fundamentar la aceptación y consolidación del tratamiento moral en el siglo XIX, pues en la época se suponía que tales reformas contribuirían a enaltecer al país al nivel de las naciones modernas.

Hay que recordar que durante esta centuria el mito del progreso se convirtió para muchos pensadores mexicanos casi en una religión. Desde el momento mismo de la independencia y hasta el porfirismo finisecular, esta noción ocupó un lugar importante en el imaginario social de las clases medias y altas urbanas. Tanto las facciones conservadoras como las liberales pugnaron por modernizar el país a toda costa. Se proyectaron toda una serie de medidas encaminadas a lograr este propósito, desde programas políticos y económicos, hasta planes culturales y artísticos e, incluso, se dictaron los principios de conducta del ciudadano ideal de la pretendida nación moderna.

¹ Scull, 1979, pp. 424-425.

² Bercherie, 1986, pp. 17; Álvarez, 1999, pp. 27; Weiner, 2002, pp. 268.

Y precisamente, la medicalización de la locura formó parte de este pensamiento decimonónico. El loco, según la nueva concepción, había abandonado su estado ontológico de la animalidad y ahora había adquirido la condición de ser humano y enfermo, por lo tanto, habría que tratarlo como tales. Una nación moderna y civilizada, como México pretendía constituirse en aquellos tiempos, estaba obligada a condenar las ataduras, golpes y desdenes ejercidos hacia los enajenados mentales y, a un tiempo, abogar por un método dulce y racional. La imagen de un insano encadenado constituyó uno de los mayores signos de barbarie y, en contraparte, un loco “libre” tratado de modo indulgente en un asilo moderno resultó uno de los símbolos de las naciones “avanzadas”.

En la ciudad de México, la justificación del tratamiento moral a través de la pretendida “modernidad” de éste se dio desde el momento mismo del acercamiento inicial a tal terapéutica en la primera mitad del siglo XIX. Así tenemos que en 1837 el médico panameño José Pablo Martínez del Río, que había estudiado en Francia y ahora residía en la ciudad de México, consideró que el tratamiento moral era moderno y científico:

No hay cosa que más anime al facultativo en sus penosas tareas que el considerar *los progresos de la ciencia* y el beneficio que de ellos resulta para la humanidad doliente. Si hay alguno todavía que por un exceso de escepticismo dude de los *adelantos modernos* que se han operado en nuestro arte, creo que sería fácil disipar su preocupación comparando el tratamiento que en el día se aplica a las enfermedades mentales con el que se usaba generalmente antes de nuestro siglo.³

Como se advierte, Martínez del Río, de la mano del discurso del progreso científico, exaltó la terapéutica decimonónica de la enajenación y desestimó la precedente. El optimismo era evidente. Los “adelantos modernos” en el campo de la enajenación mental eran ciertamente los preceptos del tratamiento moral que el autor elogió más adelante en el mismo texto.⁴ Y esta nueva actitud científica hacia

³ Martínez del Río, 1837, pp. 366. Las cursivas son mías.

⁴ Ver el capítulo 1.1 de esta tesis.

el loco también incluyó una posición filantrópica. La medicina mental tenía razón de ser en cuanto se ocupaba de “la humanidad doliente”. La científicidad y la filantropía fueron dos aspectos que a partir de este momento se conjugaron en el discurso de la terapéutica moral y jugaron un papel importante en su establecimiento.

Los médicos capitalinos, al igual que Pinel y otros alienistas europeos, consideraron que el loco no perdía absolutamente el juicio y entonces parte de su razonamiento estaba incólume. Agustín A. Roa, en su tesis de titulación de medicina dedicada a la enajenación mental, censuró la concepción popular de la locura y, a la par, aseveró que la enfermedad mental no era un estado de desequilibrio total: “Nada es más falso que la opinión que el vulgo se ha formado de los enajenados [...] es un error creer que en esta temible enfermedad, siempre la asociación de ideas y los racionios no conservan indicios del estado funcional normal”.⁵

Esta consideración produjo a la vez que se mirara al loco como un enfermo susceptible de curación. En el periodo anterior a la revolución psicológica europea de la segunda mitad del siglo XVIII, por supuesto que la locura también era tenida como una enfermedad, sin embargo, la concepción de la época estimaba que el insano había perdido totalmente el entendimiento -aquello que por antonomasia definía al ser humano-, y por ello se encontraba a un paso de la animalidad, es decir, el loco ocupaba el peldaño más bajo de la especie humana.

El tratamiento moral, como sabemos, rechazó esta posición y formuló que el demente era un ser humano y además un enfermo que merecía atención y afecto: “ya no se considera al pobre demente *un animal feroz* que sólo se debía domar por las cadenas y la tortura, y que ya hubiese perdido todo derecho a la simpatía y a la consideración de la sociedad”.⁶ Además, la medicina científica se había adjudicado a sí misma el cuidado de la patología mental: “Estamos muy lejos de aquellos tiempos de que a los dementes se les recluía como a los animales, hoy, por fortuna el doctor ha tomado a su cargo la tarea de cuidar de

⁵ Roa, 1870, pp. 42.

⁶ Martínez del Río, 1837, pp. 365-366.

ellos y ha convertido los manicomios en un medio terapéutico”.⁷ Y ahora la locura, a decir del pensamiento médico, era una enfermedad orgánica que tenía su localización en el encéfalo: “El ilustre Pinel, el insigne Esquirol y otros muchos, hicieron ver que el loco es un enfermo del cerebro, pues con su sabiduría decía a este propósito Esquirol: si por el cerebro se razona, evidentemente por él se sinrazona”.⁸

En el siglo XIX mexicano la medicalización de la locura fue vista como uno de los mayores “adelantos” en la cuestión de la asistencia psiquiátrica. Según el discurso médico, no sólo la animalidad de la enajenación mental había quedado atrás, sino también, la interpretación religiosa que veía en el loco un ente endemoniado: “hoy se mira y se trata a los locos como enfermos y no como criminales o poseídos del demonio”.⁹

Así, el incipiente alienismo citadino desdeñaba la antigua concepción de la sociedad preclásica, jerarquizada y no igualitaria, en donde el loco era considerado como un ser infrahumano (la bestia insensata) o suprahumano (la posesión divina); y se identificaba –al menos en teoría- con el pensamiento del mundo moderno, democrático e igualitario, en el que el demente ya no era tenido como el *otro* excluido sino como el *Alter-Ego*, es decir, como un sujeto enfermo.¹⁰

Los médicos capitalinos sostenían con entusiasmo que habían llegado tiempos nuevos a la terapéutica de las enfermedades mentales: “Una era de redención se abrió para la locura. Ya hoy no se desea castigar, sino curar la enajenación, ya no se quiere flagelar, sino comprender”.¹¹ De esta forma, la sinrazón se había integrado al seno de la medicina mediante el tratamiento moral. El nuevo proceder médico hacia la figura del loco consistía, entonces, además de abrigarlo en el regazo de la humanidad, en observar un trato suave y sereno:

⁷ AHSSA, FBP, SD, SeDG, L. 8, E. 21, F. 23.

⁸ Porfirio Parra, 1905, “¿A qué fenómeno normal corresponden las alucinaciones?”, pp. 210.

⁹ “Tratamiento antiguo de la locura”, 1901, *El Imparcial. Diario de la mañana*, 14 de marzo, pp. 3.

¹⁰ Con todo, tanto en el discurso médico europeo como en el capitalino sobre la naturaleza de la locura, aún es posible encontrar vestigios de la antigua concepción que veía al loco como un ser animal.

¹¹ Fernando Malanco, 1879, “Secretos fisiológicos. Sueño, locura, pasiones”, pp. 244.

Casi todos los alienistas modernos piensan que no por tratarse de un loco, el médico debe olvidar el carácter filantrópico que norma el ejercicio de su profesión, y aconsejan, por lo mismo, tratar a estos enfermos, tan desgraciados, con la ternura que los sentimientos de caridad dicen deben tratarse a los que sufren.¹²

Es evidente que la psiquiatría mexicana pretendía constituirse como una disciplina moderna a través del discurso de la filantropía del tratamiento moral. La asimilación y consolidación de esta terapéutica en la ciudad de México hizo posible que los facultativos locales se identificaran con los psiquiatras europeos que habían concebido el nuevo paradigma y, por lo tanto, se presentaran como paladines de la modernidad con respecto a la terapia de la enajenación mental.

En este sentido, la práctica psiquiátrica capitalina fue el ámbito en el que se hizo mayor énfasis sobre el aspecto filantrópico y modernizador. Los médicos reiteraron durante todo el siglo XIX que los hospitales para dementes, a pesar de sus múltiples inconvenientes, eran regidos por la dulzura y la benevolencia. Esta “dulcificación” de la terapéutica de la locura propuesta por el tratamiento moral fue uno de los fundamentos de éste que el discurso médico utilizó con más frecuencia para alardear que la atención médica en los asilos para locos estaba conforme con los progresos de la civilización y los requerimientos de la filantropía.

La mayoría de los directores de los dos asilos para locos, así como otros personajes relacionados con la asistencia psiquiátrica recalcaron el carácter humanitario de los mismos. Por ejemplo, Ramón Alfaro, a cargo del Hospital de San Hipólito entre 1862 y 1868, aseguró al inicio de su gestión que “ningún castigo se aplica, como se acostumbraba, por desgracia, en otro tiempo”.¹³ Y años después, al finalizar su cargo insistió: “Los enfermos están perfectamente asistidos [...] la asistencia médica de los enfermos es prolija, esmerada, se hace con inteligencia y con tanto cuidado como si cada uno de ellos fuera el único que llamara mi atención y la del administrador”.¹⁴

¹² Muñoz y Revilla, 1875, pp. 11.

¹³ AHSSA, FBP, SEH, SeHSH, L. 1, E. 9. F. 3.

¹⁴ AHDF, FHISH, V. 2302, E. 154.

Posteriormente, en 1873 Tiburcio Montiel, gobernador del Distrito Federal, aseguró acerca del mismo establecimiento:

Sus condiciones han ido mejorando conforme los progresos de la ciencia, suprimiendo el tratamiento cruel y casi brutal que antes se empleaba con esos desgraciados. Así es que se ha tratado borrar el aspecto triste y desgarrador que tenía ese hospital. [...] Allí, además, la medicina ha abandonado la rutina que en otros tiempos negaba a estos enfermos toda esperanza de curación, y hoy estudia, observa, adelanta, y obtiene algunos resultados favorables.¹⁵

De tal suerte, la ciencia y la filantropía se convirtieron en los encargados del cuidado de la enajenación. En el Hospital del Divino Salvador, a su vez, también se ponderó este enfoque humanitario. El propio Montiel declaró al respecto de este establecimiento que “el mecanismo interior es adecuado a la situación de las desgraciadas enfermas, y ya no se emplea la fuerza brutal para dominar los accesos de locura de aquellas infelices”.¹⁶ En 1881 Juan de Dios Peza apuntó que las enfermeras de La Canoa parecían “madres y hermanas de las enfermas, por la ternura y el cuidado con que las asisten y vigilan”.¹⁷

Al finalizar el siglo, el marido de una paciente agradeció a Alberto López Hermosa, director-médico de la misma institución, por las afables consideraciones que había recibido su esposa durante su estadía en el hospital, lo que sugiere que las prácticas cordiales y bondadosas, más allá del discurso médico, fueron preocupaciones reales de los facultativos de los asilos para locos capitalinos:

Damos a usted nuestros agradecimientos sinceros por el muy buen trato y finas atenciones que tuvo mi amada esposa en su curación en el Hospital de Mujeres Dementes haciendo extensivos nuestros agradecimientos a las señoras empleadas del Departamento de Distinción en que estuvo mi señora, quien como yo también no tenemos queja alguna, mucho menos cuando usted tomaba

¹⁵ *Memoria del gobernador del D.F., Tiburcio Montiel*, 1873, pp. 438.

¹⁶ *Ibid.*

¹⁷ Peza, 1881, pp. 26-32.

empeño, como me consta que lo tiene para con las demás enfermas en su curación y asistencia general.¹⁸

Es necesario recordar que, en principio, el tratamiento moral fue un movimiento humanitario. Los preceptos filantrópicos que le dieron origen provocaron un verdadero cambio en la asistencia de la enfermedad mental en la segunda mitad del siglo XVIII. Los alienistas morales que fueron partícipes de esta tendencia tuvieron iniciativas bienintencionadas y aspiraciones compasivas que realmente intentaron poner a efecto en la práctica manicomial.¹⁹ El tratamiento dulce y obsequioso, más que una recomendación teórica, fue a partir de entonces, una exigencia en la praxis hospitalaria y, en algunas ocasiones, una medida realizada a cabalidad.

Como se ve, la modernidad y científicidad tanto de la terapéutica de la locura como del manicomio se definieron a partir de sus medidas filantrópicas. Quizá por ello los médicos ciudadanos durante todo el siglo XIX se empeñaron en mostrar los hospitales para dementes como sitios dirigidos por sistemas humanitarios. Y ante las deficiencias económicas y arquitectónicas de tales establecimientos para llevar a cabo el tratamiento moral, el trato suave y dulce de la locura fue justamente uno de los pocos recursos con que contaron los facultativos para transformar las instituciones en espacios médicos, civilizados y modernos, pues, hasta cierto punto, su ejecución estaba en las propias manos de los directores-médicos. Sin embargo, cuando esta “dulcificación” del tratamiento tampoco era posible, los asilos para locos eran tenidos por la sociedad como meros lugares de encierro y opresión.

Los directores médicos, por su parte, siempre negaron que los hospitales para dementes estuvieran regidos por la violencia y el despotismo pues esto hubiera significado que no eran sitios médicos ni modernos. En cambio, invariablemente manifestaron que los principios filantrópicos del tratamiento moral eran los rectores de la asistencia psiquiátrica ciudadana, identificándose, así, con la racionalidad, la ciencia y la civilización. De esta forma, el tratamiento moral se

¹⁸ AHSSA, FMG, SEC, C. 6, E. 20.

¹⁹ Shorter, 1997, pp. 33-34.

posicionó como uno de los cimientos de la naciente psiquiatría capitalina pues le confirió a ésta el grado de una disciplina humanitaria y científica.

Por otra parte, uno de los elementos que ayudaron a configurar el discurso médico sobre el talante humanitario de la terapéutica moral de la locura fue, curiosamente, la contención física. La sustitución de las cadenas por medios restrictivos “racionales” basados en la dulzura, como sostenían los alienistas, fue uno de los recursos que éstos utilizaron para demostrar que la modernidad y la filantropía habían llegado a los manicomios.

En 1847 el gobernador del Distrito Federal, Luis Gonzaga y Vieyra, probablemente influido por el primer acercamiento al tratamiento moral, proscribió el uso de medios de contención como grilletes y cepos en los hospitales para dementes ciudadanos y “dispuso que tales instrumentos de horror y consternación se trasladaran a la Diputación”.²⁰ Antes de ese año, al menos en San Hipólito, existía un llamado “cuarto de prisiones” en donde había “5 bretes de fierro, 8 grillos completos, 3 esposas, 2 grilletes y 2 chaquetas de domesticar”.²¹

Así, de modo mucho menos espectacular que el caso pineliano, se produjo casi inadvertidamente la “liberación de las cadenas” de los locos en la ciudad de México. A partir de entonces, en efecto, en ambos establecimientos únicamente se utilizaron los dispositivos de sujeción recomendados, según los propios doctores capitalinos, por la razón y la bondad. Se crearon departamentos especialmente dedicados a los enfermos “furiosos” y se emplearon celdas de aislamiento (también designadas “bartolinas”), así como las “filantrópicas” camisas, chaquetas, cinturones y sillas de fuerza. Como mencionamos en el capítulo anterior, los directores médicos de los hospitales para locos justificaron el uso de tales mecanismos a través de argumentaciones médicas y humanitarias. Por ejemplo, el facultativo Sebastián Labastida, a cargo del Hospital de Hombres Dementes entre 1878 y 1880, manifestó que

En el establecimiento no existen grillos, ni instrumento alguno de tortura, ni se hace otra cosa, ni yo lo permitiría, que sujetar muy temporalmente y siempre por

²⁰ Tamés, 1857, pp. 2; Rivera Cambas, [1881], t. I, pp. 392.

²¹ AHDF, FHISH, V. 2300, L. 1, E. 18, F. 2; V. 2301, L. 1, E. 33, F. 1.

prescripción médica o por lo menos por acuerdo de los profesores o practicantes, alguno que otro enfermo por chaquetas de fuerza apropiadas para que no hagan mal a sí mismos o lo hagan a los demás en las fuertes excitaciones que suelen tener.²²

El discurso de “racionalización” de la terapéutica de las enfermedades mentales posibilitó que los hospitales para dementes ciudadanos, aún a pesar de sus propias deficiencias arquitectónicas, económicas y de servicio, así como de las continuas denuncias por parte de los enfermos y los familiares de éstos por maltratos de todo tipo, se apreciaran como lugares regidos por normas científicas y caritativas, en donde el manejo de los medios de sujeción física estaba sujeto a ellas y los métodos crueles y violentos habían sido totalmente desterrados. En otras palabras, más allá de la ejecución real y efectiva de estas medidas humanitarias en tales establecimientos, el carácter filantrópico del tratamiento moral permitió que los médicos capitalinos se jactaran de una práctica hospitalaria moderna, médica y racional.

El médico Secundino Sosa, director de La Canoa entre 1890 y 1897, aseguraba en uno de sus artículos dedicados a la patología mental:

Respecto al tratamiento moral debo decir que no ha tomado grande incremento debido a la falta de medios apropiados, dadas las condiciones del local; pero se profesa en México el sistema de la blandura y de la condescendencia, no apelando al encierro ni a la camisa de fuerza, si no es en caso de verdadera necesidad.²³

En el mismo sentido, Alberto López Hermosa, sucesor de Sosa en la dirección de tal institución, también hizo énfasis en el talante humanitario de la misma y, a un tiempo, se desvinculó de todo trato excesivo:

²² AHSSA, FBP, SEH, SeHSH, L. 2, E. 30, F. 4.

²³ Secundino Sosa, 1901, “Datos acerca del tratamiento de los epilépticos en México”, pp. 190.

He procurado que las enfermas sean tratadas con todas las consideraciones que su lamentable estado reclama y evitando toda violencia o brusquedad. Sólo se recurre a la camisa de fuerza para imposibilitar a las enfermas a que ellas mismas se hagan daño [...] y se les encierra en un cuarto a propósito, tanto para hacerlas tomar la medicación calmante, cuanto para aislarlas de las demás asiladas tan propensas a excitarse. Estos son los únicos recursos que empleamos durante los periodos de excitación y puedo asegurar que jamás se ha recurrido a otro sistema que pueda llamarse suplicio.²⁴

Evidentemente, en el campo de la atención psiquiátrica los médicos pretendían, por un lado, alejarse de la vetustez y la brutalidad y, por otro, allegarse a la civilidad y la filantropía. Asimismo, adoptaron estas herramientas restrictivas desde dos posturas: como elementos propiamente curativos y, sobre todo, como instrumentos para mantener el control manicomial. En ambas posiciones, su uso se justificó a partir de argumentos médicos y filantrópicos, es decir, el discurso psiquiátrico sostenía que los métodos de contención contribuían tanto al alivio de la enfermedad como al sometimiento “racional” de los enajenados “furiosos” y “deshonestos”.

Al igual que Pinel, Esquirol y Leuret, los médicos capitalinos apreciaron los medios de sujeción como verdaderos recursos terapéuticos. Pinel arguyó que los “efectos útiles de sujetar a los locos con rigor” a través del “camisón” y la “jaula” contribuían a curar la alienación.²⁵ José María Álvarez, practicante interno del Hospital de San Hipólito, expuso en 1880 algunos casos en los que los “medios coercitivos”, como el “aislamiento celular”, la “camisola de fuerza” y los “baños de afusión”, habían tenido éxito en el restablecimiento de los enfermos.²⁶

Tanto los alienistas europeos como los mexicanos mantuvieron que los sistemas restrictivos –con la camisa de fuerza al frente– solamente eran aplicados en situaciones de peligrosidad o desobediencia por parte de los enfermos y que siempre se hacía por el bien de la salud de los mismos. Esquirol, por ejemplo,

²⁴ AHSSA, FBP, SEH, SeHDS, L. 18, E. 32, F. 7-8.

²⁵ Pinel, [1801], pp. 92, 113.

²⁶ Álvarez, 1880, pp. 9-16.

aducía aplicar los “medios de represión”, como la “camisola de fuerza” y la “reclusión celular”, para demostrar al loco su error en los incidentes de indisciplina: “Hay que procurar ser cuidadoso, haciendo sentir al alienado que si se le reprime es porque se ha equivocado; hay que convencerle de que únicamente él ha forzado el tener que recurrir a esos remedios”.²⁷

En el caso mexicano, Manuel Alfaro, último director-médico del Hospital de Hombres Dementes, estipuló que a los pacientes agresivos “se les castiga sujetándolos con camisa de fuerza, se les encierra en un separo uno o dos días o se les priva de visita muy temporalmente y nada más”.²⁸ En los casos en que los enfermos eran demasiado violentos, los medios de sujeción se convertían en verdaderas medidas punitivas y de represión. En 1910 Alfaro redactó la historia de un enfermo diagnosticado con “delirio crónico de evolución sistemática” que

lesionó al Doctor Martínez; lo agredió intempestivamente con una piedra causándole dos heridas. [...] Dos meses permaneció en separo y al cabo solicitó vagar por el pabellón; se le permitió lo que deseaba, aunque siempre enchaquetado.²⁹

Del mismo modo, los métodos de contención fueron de utilidad para guardar un orden estricto de la decencia en los establecimientos. Así, tenemos que Miguel Alvarado, el primer alienista mexicano, incluso llegó a “inventar” un mecanismo de inmovilización, el “mandil de fuerza”, para evitar una de las mayores contrariedades de la práctica manicomial de la época: la desnudez de los enfermos con motivo de la destrucción de sus ropas por parte de ellos mismos:

Detenidamente he estudiado el modo de evitar esta situación y creo conseguirlo por medio de unos mandiles de fuerza contruidos de cuero, con sus correas y hebillas para adaptarlos a las enfermas y sin molestarlas ponerlas en la

²⁷ Esquirol, [1805], pp. 75.

²⁸ AHSSA, FBP, SEH, SeHDS, L. 7, E. 23, F. 5-7.

²⁹ AHSSA, FMG, SEC, C. 8, E 37.

imposibilidad de ejecutar desenfrenados movimientos y sus tendencias destructoras.³⁰

Los recursos de contención tuvieron una gran importancia para el naciente alienismo capitalino, pues permitieron, hasta cierto punto, que la praxis hospitalaria contara con medios de control –y represión- acreditados por la medicina científica y la filantropía. Los sistemas restrictivos recomendados por el tratamiento moral se sumaron al discurso de la modernidad y del humanitarismo de la terapéutica de las enfermedades mentales. Entonces, ya no existían las brutales cadenas y grilletes, porque ahora la camisa de fuerza, las “bartolinas” y los baños de cubos; eran los elementos utilizados de forma científica y racional en los casos “difíciles”. El carácter “humanitario” de tales mecanismos contribuyó a la aspiración de la psiquiatría capitalina por constituirse como una disciplina civilizada y alejada de la barbarie.

Y la camisa de fuerza, paradigma de los métodos de inmovilización, fue uno de los elementos centrales para este propósito porque, según el discurso médico de la “liberación de las cadenas” de los locos, los crueles eslabones –propios solamente para maniatar a los animales- habían sido sustituidos de forma bienhechora por un instrumento racional acorde con los tiempos nuevos.

Esquirol, por ejemplo, sostenía que la camisa de fuerza era una herramienta cuyo objetivo consistía en sosegar al paciente de manera pacífica: “las mangas son muy largas para que puedan juntarse y poder rodear los brazos y las manos; son mucho más fáciles de colocar, y no hay furioso que se resista a ella sin necesidad de torturarlo y agotarlo para vencer su resistencia”.³¹

Los médicos capitalinos estimaron que esta invención era insustituible e inestimable, como presumió Román Ramírez en 1884:

El uso de una camisa de lienzo, de mangas largas y cerrada por detrás o por uno de los lados, basta para prevenir los hechos de violencia y agitación. Ese vestido, que de ningún modo incomoda cuando está confeccionado convenientemente, y

³⁰ AHSSA, FBP, SEH, SeHDS, L. 14, E. 7, F. 1.

³¹ Esquirol, [1805], pp. 75.

que permite cierta libertad a los movimientos de los brazos, proporciona incontestables servicios; sería difícil sustituirle con otro medio más ventajoso. La práctica lo ha sancionado desde hace tiempo y no comprendemos la especie de desfavor de que ha sido objeto.³²

En 1897 Samuel Morales Pereira, subdirector médico del Hospital de Mujeres Dementes, respaldó el empleo de tal recurso restrictivo ante el cuestionamiento del visitador de la Beneficencia Pública al respecto de una enferma “agresiva” y que se encontraba herida en ese momento:

Primero fue cuidada por la enfermera y celadoras [...] con verdadero cariño y humanidad [...] y dispuse que se le pusiera el saco de fuerza, sin apretarlo y únicamente para imposibilitarla de llevar las manos a las excoriaciones. Usted sabe bien que aunque el saco de fuerza tiene ese nombre que intimida al vulgo, no sirve nunca para ejercitar ésta con las enfermas, sino para evitar que se hagan daño o hagan daño.³³

Para los facultativos ciudadanos, la camisa de fuerza formó parte del sistema humanitario propuesto por el tratamiento moral para “suavizar” el régimen de los asilos y tratar a los enajenados con benevolencia. Los métodos restrictivos, en general, estaban ligados al discurso filantrópico y a la medicalización de la locura del tratamiento moral porque eran afines a la concepción que reconocía al loco como un ser humano y un enfermo susceptible de cuidado médico. En este sentido, como hemos visto, tales mecanismos permitieron que el alienismo ciudadano fuera estimado, al menos por los facultativos y las autoridades, como una especialidad médica moderna y humana.

Y la asimilación del tratamiento moral, por último, hizo posible todo lo anterior. Esta terapéutica, al considerar al loco como un ser humano y un enfermo, merecedor no sólo de tratamiento médico, sino también de consideraciones filantrópicas y cuidados bondadosos, entre los cuales se encontraban los

³² Ramírez, 1884, pp. 35.

³³ AHSSA, FBP, SEH, SeHDS, L. 18, E. 32, F. 2-6.

“racionales” e “inofensivos” medios de contención, le confirió a la naciente psiquiatría capitalina un grado de racionalidad y humanitarismo acorde con la mentalidad decimonónica. El tratamiento moral fue aceptado, así, entre otros motivos, porque hizo posible que el alienismo se concibiera a sí mismo y se presentara ante el resto de la medicina y de la sociedad en general de la ciudad de México, como una disciplina alejada de la brutalidad de otra época y asentada en principios científicos y éticos.

La “liberación” y medicalización de la locura por parte del tratamiento moral significó, por un lado, rechazar las cadenas y la incurabilidad, y por otro, adscribirse a la filantropía y cientificidad de los “tiempos modernos”.

3.3 El tratamiento moral y el discurso del progreso y la civilización

Aunado a las características de humanitarismo y racionalidad que los médicos capitalinos le adjudicaron al tratamiento moral de la locura, se halla otro elemento relacionado a la “modernidad” de tal terapéutica que coadyuvó a la aceptación de la misma en la ciudad de México durante el siglo XIX. Tanto para algunos alienistas europeos como para el reducido sector médico que aquí se dedicó a la enfermedad mental, el manicomio terapéutico –fundamento central de la terapia psicológica- fue concebido no sólo como un lugar de curación, asistencia, docencia e investigación, sino también, como uno de los mayores indicadores del desarrollo de un país. Entonces, sí México quería constituirse como una nación moderna y civilizada, era ineludible contar con un establecimiento de este tipo que cumpliera con todos los preceptos morales. En este apartado observaremos cómo la conjunción de dos mitos –el del asilo moral y del progreso- contribuyeron a justificar la recepción del tratamiento moral en el seno del incipiente alienismo ciudadano.

Como ya se ha indicado, durante el periodo decimonónico la idea del progreso se convirtió en uno de los referentes más importantes del pensamiento occidental. Los adelantos económicos, técnicos y científicos, así como el ilimitado optimismo en la capacidad del ser humano, hacían pensar que la humanidad avanzaba, a partir de una situación inicial de barbarie, hacia un futuro promisorio. De hecho, varios pensadores, como Augusto Comte, consideraban que la evolución cultural del hombre en el siglo XIX se encontraba en su punto más álgido y que pronto se llegaría a la perfección.

Esta marcha creciente de la sociedad se vería reflejada en todos los aspectos de la vida porque se creía que el progreso implicaba totalidad. El verdadero progreso no estaba constituido únicamente por el desarrollo económico y material, sino también, por la prosperidad moral. Igualmente, se pensaba que el progreso no era un don exclusivo de un grupo o de una nación; tarde o temprano todos los hombres del mundo serían partícipes de él pues la humanidad se percibía como una unidad que se dirigía a un único propósito final. En cierta forma,

la idea del progreso contenía los preceptos ilustrados de igualdad, libertad y justicia.¹

Y uno de los elementos esenciales para conseguir dicho progreso auténtico era la ciencia. Ya he mencionado que ésta fue considerada como el motor del desarrollo de la civilización. Los “adelantos” del conocimiento humano y el dominio del hombre sobre el mundo natural atestiguaban la realidad del progreso científico. La fe en la ciencia era tal que incluso se llegó a pensar en una organización “científica” de la humanidad y de un control de todos los fenómenos sociales por parte de la ciencia.

En México, al margen de divergencias políticas e ideológicas, desde el momento mismo de la independencia, pero sobre todo durante el porfirismo con la influencia de la filosofía positiva, la ciencia representó el instrumento que incorporaría al país a la anhelada modernidad. Como en otras naciones latinoamericanas, “se depositó en la ciencia la esperanza de lograr una nueva educación, la transformación material de la sociedad y la obtención del bien común”.²

Igualmente, el hombre común de la clase media urbana, más allá del discurso de los intelectuales y políticos mexicanos, seguramente compartía este entusiasmo por los logros incesantes de la ciencia que finalmente se traducían en mejoras en su cotidianidad. Este capitalino clasemediero, al leer sobre el tema de la ciencia en los periódicos, podía sentirse como ciudadano del mundo y como gente civilizada porque el progreso galopante efectivamente transformaba su mundo ordinario.³

Así, la idea del progreso durante el siglo XIX en la ciudad de México, fue un tópico que impregnó el ambiente burgués de un halo de optimismo y entusiasmo por la pujante civilización occidental y la portentosa modernización tecnológica y científica. En este sentido, la capital del país, sobre todo durante el porfirismo, fue vista como una ciudad que debía reflejar el progreso nacional. La política de

¹ Robert Nisbet, *Historia de la idea del progreso*, pp. 254-331.

² Juan José Saldaña, 1996, “Introducción. Teatro científico americano. Geografía y cultura en la historiografía latinoamericana de la ciencia”, pp. 11.

³ Pérez-Rayón, 2001, pp. 232.

urbanización trataba de establecer una correspondencia entre el paisaje citadino y la imagen de “orden y progreso” que la elite porfiriana ostentaba. Para cumplir con tal propósito era indispensable tanto un estilo arquitectónico moderno como la higienización de la ciudad por medio de la salud pública. Entonces, se implementó una serie de medidas encaminadas a transformar la urbe en un lugar organizado, limpio y exento de focos de enfermedad que contribuyera a su mejor funcionamiento y apariencia. Entre estas innovaciones sobresalieron sin duda las edificaciones del Hospital General en 1905 y del Manicomio General en 1910, emblemas de la modernidad del régimen porfirista.⁴

La medicina, de tal suerte, tomó un lugar trascendental en la modernización del país y, al tiempo que enfatizó la aplicación práctica de los conocimientos científicos para fomentar el progreso, se constituyó en la encargada oficial de convertir a los ciudadanos “en personas sanas, trabajadoras y aptas para el desarrollo nacional”.⁵ Los adelantos prácticos en inmunología, cirugía, obstetricia, quimioterapia e higiene, fundamentalmente, acentuaron la confianza ilimitada que los propios doctores depositaron en el poder de la ciencia médica para alcanzar el perfeccionamiento humano. Los médicos, en consecuencia, “se convirtieron en importantes artífices de la modernidad porfiriana a la vez que la salud pública, la higiene y la atención médica eran presentados como símbolos de civilización y cultura”.⁶

A finales del siglo XIX, en efecto, “la salud y su cuidado se convirtieron en indicadores del grado de civilización y modernidad de una nación”.⁷ De forma retórica –aunque con algunas implicaciones prácticas- se decía que el nivel de progreso de un país se podía cuantificar mediante las condiciones de sus instituciones de salud y beneficencia. La medicina, entonces, se enfrentaba a la

⁴ Hira de Gortari y Regina Hernández, 1988, *La ciudad de México y el Distrito Federal: una historia compartida*, pp. 69; Agostoni, 2002b, “Práctica médica en la ciudad de México durante el porfiriato: entre la legalidad y la ilegalidad”, pp. 166; Gabino Sánchez Rosales, 2002, “El Hospital General de México: una historia iconográfica”, pp. 17.

⁵ Agostoni, 2002a, “Discurso médico, cultura higiénica y mujer en la ciudad de México al cambio de siglo, XIX al XX”, pp. 4; Agostoni, 2001a, pp. 98.

⁶ Agostoni, 2002a, pp. 5.

⁷ *Ibid.*, pp. 2.

difícil tarea de hacer compatibles tales establecimientos con el grado de modernidad que la elite presumía haber conseguido.

En este contexto, el manicomio moderno fue, precisamente, una de las instituciones que, según los propios doctores, reflejaba la proporción del progreso alcanzado por una nación. Y aquí reside una de las razones de aceptación del tratamiento moral en la ciudad de México durante el siglo XIX. Los médicos capitalinos consideraron que un asilo para locos convenientemente estructurado era signo de modernidad y racionalidad en la terapéutica de la enfermedad mental, así como de civilización nacional en el plano general. Y según el discurso psiquiátrico, el tratamiento moral, como hemos visto, era el principio teórico a partir del cual se organizaría esta institución hospitalaria moderna. Entonces, como en el caso de la filantropía, la asimilación del tratamiento moral significaba subirse al “tren del progreso” en el relegado terreno de la asistencia psiquiátrica. Una vez más, el tratamiento moral era visto como sinónimo de modernidad científica.

De tal modo, el manicomio que seguía las pautas de dicha terapéutica era estimado como un espacio médico, civilizado y moderno. Dos postulados célebres le dieron sustento teórico a este hecho. Primero, la sentencia esquiroliana mil veces repetida sobre el valor terapéutico del asilo. Y segundo, el aforismo psiquiátrico probablemente más reproducido en la historia de la medicina mental y que trata acerca de la modernidad del manicomio. Así, el primer paso para hacer del asilo para locos un lugar propio del progreso científico, se dio cuando los alienistas lo concibieron como un sitio médico exclusivo para el tratamiento de la locura. Y luego, una vez conseguido esto, se le concedió la impronta del progreso y la civilización, como veremos en las siguientes páginas.

Esquirol, como hemos observado, fue uno de los mayores promotores del asilo terapéutico. Para él esta institución constituía el recurso principal de tratamiento de la locura porque era un espacio médico y científico, como lo expresó en su famosa frase: “Una casa de alienados es un instrumento de curación. En manos de un médico hábil, es el elemento terapéutico más poderoso contra las enfermedades mentales”.⁸

⁸ Citado por: Claire Synodinou, 1993, “Aspectos de la psiquiatría en el mundo. Grecia”, pp. 258.

Como examinamos en la primera parte de esta tesis, el incipiente alienismo capitalino siguió al pie de la letra este pensamiento. Para los médicos locales el manicomio estructurado a partir del tratamiento moral fue el mayor recurso médico contra la locura. Así tenemos que Miguel Alvarado, el primer alienista mexicano, transcribió el postulado esquiroliano:

Una casa de enajenados es una casa de curación y el agente terapéutico más poderoso contra la enfermedad mental. [...] Nada de rejas, nada de lobrete, nada que recuerde al enfermo su mal; aire, calor, luz, sol y vida, éstos y sólo éstos son los elementos del hospital y principalmente de un manicomio.⁹

El asilo terapéutico se celebró como un triunfo de la ciencia, como una evidencia del progreso occidental. Se consideró como un sitio eminentemente médico y, por ende, científico. Ya Philippe Pinel a principios del siglo XIX le había conferido este carácter: “la observación médica solo puede ejercer su imperio en los hospitales, y de este modo hará progresos sólidos en la historia y curación de la enajenación del alma”.¹⁰ Para uno de los mayores alienistas españoles decimonónicos, Emilio Pi i Molist, contemporáneo de Alvarado, el asilo también era esencialmente terreno de la medicina: “Un manicomio es una obra consagrada de la ciencia médica, a cuyos progresos coadyuva”.¹¹

En 1885 un discípulo de Alvarado en el Hospital de La Canoa hacía énfasis, al igual que su maestro, en la científicidad y medicalización del manicomio: “Es una *verdad científica* conocida por el *mundo médico* que la secuestación y el aislamiento son de los medios que más eficazmente contribuyen a *la curación de la locura* y que algunas veces ellos solos bastan para conseguir un buen éxito”.¹²

De tal modo, los médicos capitalinos, herederos de los alienistas morales europeos como Pinel y Esquirol, y afines ideológicamente a los psiquiatras iberoamericanos, estimaron que el manicomio moral era primordialmente un espacio dedicado a la medicina y a la ciencia. La implicación central de este hecho

⁹ AHSSA, FBP, SEH, SeHSH, L. 2, E. 17, F. 18-20.

¹⁰ Pinel, [1801], pp. 81.

¹¹ Citado por Comelles, 1988, pp. 33.

¹² AHSSA, FMG, SEC, C. 5, E. 57. El resalte es mío.

fue que esta institución hospitalaria se convirtió en el único método de asistencia psiquiátrica que los facultativos mexicanos reconocieron como eficaz, seguro, humanitario, racional y científico. Entonces, el tratamiento moral fue aceptado, en parte, porque le proporcionó a la naciente psiquiatría citadina un carácter de cientificidad –la “ciencia del asilo”-¹³ y, a la par, una esperanza de alivio de la locura.

Asimismo, el asilo moral no sólo era tenido como morada de la ciencia, sino también, y en consecuencia, como un campo consagrado a la modernidad y la civilización. El discurso del progreso también surgió en la esfera de la asistencia y terapéutica de la enfermedad mental y fue arengado obstinadamente sobre todo al referirse al manicomio terapéutico. Como se mencionó, en la ciudad de México la máxima psiquiátrica sobre la modernidad del asilo fue repetida hasta el cansancio.

De hecho, fue la muletilla de muchos alienistas europeos durante la primera mitad del siglo XIX. Jean-Baptiste Parchappe (1800-1866) la condensó magistralmente a través de su célebre frase: “Mediante el perfeccionamiento sucesivo de la clasificación de los alienados se expresa y mide el progreso”.¹⁴ Parchappe se refería a la clasificación interna del asilo, es decir, a la distribución espacial de los distintos departamentos o pabellones para mantener separados a los enfermos mediante la nosografía psiquiátrica. En esencia, a mi juicio, la sentencia apunta al manicomio como un indicador de la civilización.

Con algunas diferencias, los facultativos citadinos reprodujeron reiteradamente este pensamiento que concebía al asilo para locos no únicamente como un producto característico de la modernidad, sino también, como el medidor más estricto de ésta. Y aquí es donde se conjugan tanto el mito del manicomio terapéutico como el mito de la idea del progreso. El manicomio médico y científico –una institución *ideal*- fue visto como el referente ejemplar del progreso de una nación –de una situación *ideal*-.

En la ciudad de México, este discurso relativo a la presunta modernidad del asilo estuvo relacionado, por un lado, con la condición real de los hospitales para

¹³ Porter, 2003, pp. 117.

¹⁴ Citado por Craplet, 1993, pp. 317-318.

dementes, y por otro, con los proyectos y peticiones acerca de la construcción del manicomio moderno.

En 1851, precisamente cuando surgieron las demandas iniciales para edificar un nuevo establecimiento psiquiátrico, una de las primeras publicaciones sobre medicina en la capital, la *Revista Médica*, señaló al criticar las reformas inconclusas que se realizaron en el Hospital de San Hipólito entre 1848 y 1850:

Ignoramos por qué se suspendieron sus trabajos, dejando a los infelices locos en el antiguo local y con el antiguo régimen. Una de las cosas con que más se conocen *los progresos de la ciencia y la cultura de un pueblo*, es en la buena organización de las casas destinadas a curar la enajenación mental.¹⁵

En el mismo sentido, veinte años más tarde, en el momento que acaeció la polémica relativa a la traslación del Hospital de La Canoa al ex-convento de capuchinas de la Villa de Guadalupe, los médicos que se oponían a la reubicación, aseveraron:

Los que abajo firmamos, seguros de interpretar el voto de los habitantes del Distrito Federal, y aún nos atreveríamos a decir que el de todos los de la República, nos interesamos en la erección, conservación y fomento de los establecimientos de beneficencia, pues ellos dan la medida de la cultura, ilustración y libertad alcanzadas por el pueblo que los protege.¹⁶

Una década más adelante el poeta Juan de Dios Peza manifestó al respecto de San Hipólito: “No debe el gobernador desatender por ningún motivo un hospital que en todas partes revela el grado de cultura de un pueblo”.¹⁷

A mediados de siglo, José María Reyes, eminente médico decimonónico, vinculó la situación de los asilos para locos ciudadanos con el nivel de desarrollo del pueblo mexicano:

¹⁵ “Hospital de locos”, 1851, pp. 16. El resalte es mío.

¹⁶ AHDF, FHISH, V. 2312, E. 31, F. 9.

¹⁷ Peza, 1881, pp. 55-62.

Desde que las ideas de *verdadera civilización y humanidad* cambiaron la suerte de los enfermos de enajenación mental, hubo una transformación completa en casi todos los asilos de estos desgraciados. [...] A imitación de Pinel, que en 1792 introdujo la reforma en Bicétre, todas las naciones se esforzaron en seguir el ejemplo de este ilustre médico; y la reforma ha continuado progresivamente *a la par con la civilización*. [...] Pero Méjico, [*sic*] que *en todas las materias parece condenado al atraso*, no puede enseñar sin ruborizarse sus hospitales de dementes.¹⁸

En 1869 uno de los regidores de la ciudad visitó el Hospital del Divino Salvador –que en ese momento se hallaba en buenas condiciones- e indicó al respecto: “Se ha dicho que la civilización de las naciones puede juzgarse por sus asilos de locos, el nuestro puede ser visitado a cualquier hora del día y el juicio que de él se forme es favorable a nuestra civilización”.¹⁹ En contraparte, unos años atrás José María Vértiz, distinguido oftalmólogo y cirujano, también relacionó el mal estado del Hospital para Hombres Dementes con el grado de cultura del país: “El hospital de san Hipólito, por desgracia, dista mucho de tener toda la comodidad que sería necesario para ponerlo al nivel de los establecimientos de ese género que se encuentran en *otras naciones cultas*”.²⁰

Ante las limitadas condiciones de ambos establecimientos para realizar cabalmente los principios del manicomio moral, hacia finales del siglo XIX los médicos capitalinos instaron al gobierno mexicano la construcción de una nueva institución psiquiátrica que, a decir de ellos mismos, estuviera acorde con el desarrollo alcanzado por la nación: “propongo se proceda a la realización de una idea tan fecunda en buenos y humanitarios resultados y que dejará señalada de una manera indeleble el camino del progreso y de la civilización, la filantropía del gobierno que hoy rige los destinos del país”.²¹

¹⁸ AHSSA, FSP, SHP, SeIEP, C. 1, E. 16. El resalte es mío.

¹⁹ AHDF, FHDS, V. 2312, E. 15.

²⁰ AHDF, FHISH, V. 2302, E. 126, F. 5. El resalte es mío.

²¹ AHSSA, FBP, SEH, SeMG, L. 1, E. 2.

Por esos mismos años, Francisco Patiño, reconocido médico y farmacéutico, también se sumó a la serie de peticiones hacia el Estado que enlazaba el manicomio moderno y la idea del progreso:

carecemos de un establecimiento de esos, en que las naciones civilizadas cifran su grande y legítimo orgullo. [...] Los Manicomios reflejan la civilización de los pueblos, y por esto es llegada ya la hora de que nuestros Gobiernos piensen seriamente en el pobre loco y le den un asilo digno, digámoslo así, de su infortunio.²²

En 1896, cuando por fin estas demandas parecían tener respuesta cierta por parte del régimen porfirista, los autores del primer proyecto encargado por éste para erigir el nuevo asilo para locos, se jactaban al respecto: “Con las nuevas construcciones dedicadas a la Beneficencia Pública y emprendidas por el Gobierno de México [el Hospital General y el manicomio], se habrá dado un paso que en todos los países civilizados es una demostración práctica de su cultura y progreso”.²³ Los mismos médicos agregaron de forma entusiasta y optimista:

Con las reformas hechas a muchos manicomios del mundo; con la erección de otros muy notables que hemos tenido a la vista, la patología mental ha avanzado mucho hacia la rigurosa observación de los enajenados y México, aunque tarde, por circunstancias especiales, se colará muy pronto, con un buen manicomio que reúna todas las condiciones que actualmente demanda el conocimiento de este difícil ramo de las ciencias médicas, *a la altura de los países civilizados y humanitarios*. La cultura de los pueblos, ha dicho algún gran pensador, se mide por su beneficencia: ya es tiempo de que se nos mida en ese cartabón.²⁴

De esta manera, el discurso del progreso y la civilización que floreció en el imaginario colectivo mexicano en la segunda mitad del siglo XIX, se entrelazó con el pensamiento psiquiátrico del naciente alienismo capitalino. El asilo moral, en

²² Patiño, 1882, pp. 28-29.

²³ “Proyecto de manicomio para ambos sexos en el Distrito Federal”, 1896, pp. 635.

²⁴ Comisión Especial, 1898, pp. 887. El subrayado es mío.

este sentido, contribuiría a transformar a México en una nación moderna e ilustrada.

Pero además, la construcción de la flamante institución, a decir de los facultativos mexicanos, también respondía al incremento de la locura que, como en todo país civilizado, desafortunadamente se estaba experimentando en nuestro país. Se descubría así, que el fastuoso progreso traía consigo una parte oscura de enfermedad y anormalidad. Al respecto, algunos pensadores europeos mantenían que la modernidad era un proceso ambivalente. Admitían que junto a las ventajas que ésta confería, se presentaban asimismo costes negativos. Observaron, del mismo modo, que la urbanización salvaje y la modernización industrial multiplicaron las patologías sociales, entre las cuales, destacaba la enajenación mental.

La relación entre el aumento de los casos de enfermos mentales y la civilización fue uno de los temas que los psiquiatras europeos discutieron con mayor ahínco. Pinel y Esquirol opinaban que la civilización en sí misma no era responsable directa de alienación, sino más bien de las situaciones que podían inducir a ella –los excesos, las desviaciones, las pasiones, la vida presurosa-. De hecho, Esquirol pensaba que el crecimiento del número de locos era sólo aparente, pues según él la mejor atención psiquiátrica de su tiempo provocó que muchos enfermos acudieran a recibir tratamiento en los manicomios en lugar de permanecer en sus casas. Guislain, por su cuenta, aseguraba que la sociedad moderna era una de las causas principales del ascenso de la patología mental: “A medida que la comodidad se esparce en las masas, el hombre se hace de una naturaleza más delicada e impresionable: soporta con menos facilidad las contrariedades”.²⁵ Así, para la mayoría de los alienistas el progreso se convirtió en un factor generador o bien en un agente predisponente de la locura.

Por su parte, los facultativos capitalinos se inclinaron más hacia la postura que ligaba directamente el aumento de la locura con los “adelantos” de la

²⁵ Citado por José Javier Plumed, 2004, “La etiología de la locura en el siglo XIX a través de la psiquiatría española”, pp. 79. Esquirol, [1838], pp. 54-56.

civilización. Por ejemplo, Enrique Aragón, médico interesado en la enajenación mental al despuntar el siglo XX, señaló al respecto:

Quiero referirme a una máxima de origen inglés, y tenida como axioma: “¿Queréis saber el grado intelectual de un pueblo? Contad su número de enajenados; están en razón directa.” En efecto, se dice: el pueblo cuyo cerebro trabaja más y se excede; tiene, por ley ineludible, que enfermarse. Por eso el mayor número de enajenados en los grandes centros y menor en los poblados y en los campos.²⁶

Algunos años antes, un alumno de la Escuela Nacional de Medicina expuso en una disertación interna que “el delirio aumenta de frecuencia con la civilización y en los centros de mayor cultura que exigen actividades más grandes de los territorios psíquicos; en razón de la gran ley de la Patología General que dice: “El órgano que más trabaja se enferma con mayor facilidad”.²⁷ En consecuencia, la ciudad de México, núcleo de la civilización nacional, mostraría un elevado número de enajenados, como reveló el jurista y sociólogo Julio Guerrero en su célebre libro *La génesis del crimen en México*, en donde no sólo alertó sobre los crecidos índices de criminalidad en la capital del país, sino también, de la alta incidencia de la locura: “Los neurópatas de toda especie que están aislados en los hospitales de San Hipólito y El Salvador son 817, o sean 25.8 por cada 10 000 habitantes, mientras que en París dan un coeficiente varias veces menor”.²⁸

Entonces, ante los inconvenientes que el progreso suscitaba, los médicos ciudadanos se preocuparon por edificar un manicomio que previera el inevitable incremento de la locura en el país:

Siendo visible nuestro progreso y aumento de civilización, la locura tiene más abundantes causas y por lo mismo México no podrá sustraerse de la plaga que

²⁶ Enrique Aragón, 1905, “La enajenación en México”, pp. 157.

²⁷ Carlos Viesca y Lobatón, 1899, “El delirio”, pp. 344.

²⁸ Julio Guerrero, 1996, [1901], *La génesis del crimen en México. Estudio de psiquiatría social*, pp. 38-39.

aqueja a las naciones civilizadas, y el número de enajenados deberá ser mayor no satisfaciendo el manicomio que hoy se proyecta a las necesidades futuras.²⁹

La modernidad en la asistencia psiquiátrica, a decir de los facultativos mexicanos, llegó con la inauguración del Manicomio General de La Castañeda al comenzar los festejos del centenario de la independencia en septiembre de 1910. Este acontecimiento fue tenido por “las elites porfirianas como una evidencia fehaciente del estado de prosperidad por el que atravesaba el país”.³⁰ Por ejemplo, el ingeniero Ignacio L. de la Barra, quien había participado en el último proyecto de construcción del manicomio, ostentó en el informe leído el día de la apertura de La Castañeda que las “fiestas jubilaires de la República” se abrían con puerta de oro, “con la satisfacción legítima y profunda de quien ve construida plenamente una nacionalidad animada por grandes, prácticos y nobles ideales, que marcha con firmeza por *el camino del verdadero progreso*, en el que no podrá ya retroceder”.³¹

Por más de media centuria, el manicomio se constituyó como uno de los mayores referentes de la modernidad y la civilización en el imaginario de las clases medias y altas mexicanas del siglo XIX. La fundación de La Castañeda representó la materialización de viejos anhelos médicos y sociales de la élite porfirista que, como bien señaló Eric Van Young, vio este hecho “no sólo como un signo de prosperidad y progreso, [...] sino también como un signo del ingreso de México al círculo encantado de las sociedades modernas”.³²

Como hemos examinado, la conjunción del mito decimonónico del progreso, visto de forma tanto positiva como negativa, y del mito psiquiátrico del manicomio terapéutico, hizo posible que los médicos ciudadanos consideraran que un asilo moderno era aquel que estaba planeado y organizado mediante los preceptos del tratamiento moral. Esta terapéutica, entonces, fue tenida como moderna, civilizada

²⁹ AHSSA, FBP, SEH, SeMG, L. 1, E. 2.

³⁰ Sacristán, 2001, “Una valoración sobre el fracaso del Manicomio de La Castañeda como institución terapéutica, 1910-1944”, pp. 93.

³¹ “Informe leído por el señor diputado e ingeniero don Ignacio L. de la Barra en el acto de inauguración del Manicomio General, el 1 de septiembre de 1910”, 1910, *El Imparcial*, 2 de septiembre, pp. 1. El resalte es mío.

³² Van Young, 2001, pp. 24.

y conforme al ascenso del país. De tal modo, una razón imperiosa para aceptar dicha terapia de la locura fue que el manicomio moral no sólo sería reflejo de la modernidad de la asistencia psiquiátrica, sino también, de la nación mexicana. La asimilación del tratamiento moral se debió, además de los otros puntos que hemos argüido, a que éste fue concebido, a través de la institución manicomial, como un principio activo dentro del desarrollo incesante de la civilización. La “modernidad”, así, llegó a la psiquiatría capitalina del siglo XIX de las manos del tratamiento moral.

Conclusiones

La aceptación de la terapéutica moral puede entenderse como un fenómeno que involucró la unión estrecha tanto de aspectos culturales como de factores científicos. Los primeros, como hemos observado, tuvieron razón de ser a partir de consideraciones médicas. La identificación de los valores burgueses con el tratamiento moral de la locura, así como el humanitarismo y la modernidad del mismo, fueron puntos que siempre presentaron un trasfondo médico o que, al menos, fueron justificados por los doctores de manera médica.

Tanto para los facultativos como para las autoridades fue importante explicar los elementos culturales de la aceptación del tratamiento moral con base en argumentos científicos y filantrópicos. El discurso de ambos personajes hizo hincapié en que la terapéutica moral respondía a preocupaciones tales como la curación de los locos o el trato humanitario hacia los mismos, aunque, como se ha visto, los intereses sociales siempre estuvieron presentes.

Para los facultativos decimonónicos, inclusive, quizá no existió una separación tajante entre lo que ahora podemos denominar como propiamente perteneciente al campo médico o al campo social. Para ellos en muchas ocasiones existió una homogeneidad o continuidad entre ambos puntos. Por ejemplo, si para nosotros la división manicomial fundada en apreciaciones de clase es una cuestión que se entiende a partir de aspectos sociales, para los doctores del siglo XIX, en cambio, no se trató más que de un asunto médico y terapéutico.

Con todo, aquí hemos considerado como factores culturales de la asimilación del tratamiento moral, los puntos que, desde nuestra perspectiva, trascendieron las explicaciones de la medicina y estuvieron más cerca de la situación social del momento.

Los tres elementos que se analizaron en este capítulo son clara muestra de que las prácticas médicas cuentan de forma intrínseca con un soporte extra-médico que, al igual que su componente propiamente científico, las define y transforma. Así, tenemos que el tratamiento moral fue instaurado en la ciudad de México durante el siglo XIX, por un lado, porque fue “compatible” con los valores burgueses de los médicos capitalinos, y por otro, debido a su carácter humanitario y “moderno” que, a final de cuentas, hizo posible que tanto la medicina como el gobierno mexicanos, se presentaran ante la sociedad como verdaderos paladines de la prosperidad.

A mi parecer, el hecho de que la terapéutica psicológica fuera afín con los valores sociales de la clase media ciudadana, fue el cimiento de todas las otras razones por las cuales se aceptó dicho tratamiento. Al no existir conflicto alguno entre lo cultural y lo médico, el tratamiento moral se instauró de manera sencilla y rápida sin mayores trámites o contratiempos. Incluso, no sólo no se presentaron desavenencias, sino que además, algunos preceptos de tal terapéutica garantizaron y reforzaron la reproducción de varios rasgos de la sociedad estamental mexicana (como los roles de género o la división socioeconómica), tanto en el discurso psiquiátrico como en la praxis manicomial.

En cuanto a la “modernidad” del tratamiento moral, podemos decir que si bien es cierto que la formulación original de esta terapéutica en Europa se dio casi un siglo atrás respecto a su consolidación médica en la capital del país, y que hacia 1860 era tenida como caduca en el viejo continente; en la ciudad de México, por su cuenta, entre 1830 y 1910 el tratamiento moral fue estimado como una terapia moderna debido a que, según los médicos capitalinos, había “medicalizado” y emancipado de las cadenas a la locura mediante un trato “racional” basado en la dulzura y el lenguaje y, a la vez, había abolido las prácticas brutales de los tiempos pretéritos y “bárbaros”. Y por si esto fuera poco, contaba

entre sus recursos terapéuticos con una institución “moderna” –el manicomio- que ciertamente era un símbolo de civilización.

Así, los factores culturales fueron de gran importancia para el establecimiento del tratamiento moral, pues permitieron que esta terapéutica de la enfermedad mental estuviera acorde con el escenario social mexicano, y no sólo con los valores morales de los médicos, sino también, con los intereses gubernamentales y de la élite capitalina. En Europa, el nacimiento del tratamiento moral se dio justamente en un contexto burgués, filantrópico y “moderno”. Y décadas más tarde, en la latitud mexicana, curiosamente tales elementos serían fundamentales en la instauración de esta terapéutica por parte del naciente alienismo capitalino.

4. LOS FACTORES MÉDICOS

INTRODUCCIÓN

Este último capítulo trata acerca de las causas que, a mi juicio, determinaron definitivamente la asimilación y consolidación del tratamiento moral en la ciudad de México durante el siglo XIX. Ya vimos que los discursos relativos al mito del progreso y a la filantropía de tal terapéutica y del manicomio moral, fueron factores importantes en este proceso de recepción médica. En dicho caso, la situación sociopolítica del país influyó de manera importante en el acontecer del naciente alienismo local. El empeño del Estado mexicano y de la elite urbana por modernizar la nación contribuyó a que la asistencia psiquiátrica capitalina se rigiera a partir de los preceptos de la terapia moral de la locura, concebida por los facultativos ciudadanos como humanitaria, científica y moderna.

Ahora, se examinarán los motivos propiamente médicos de la adopción de esta terapéutica. Se tratará de responder por qué se aceptó un tratamiento de corte psicológico en el seno de una medicina eminentemente organicista. Observaremos de qué forma los facultativos capitalinos resolvieron esta supuesta paradoja. Recordemos que en la segunda mitad del siglo XIX la concepción de la enfermedad mental como una patología somática de origen cerebral ganó terreno en la psiquiatría occidental y relegó la teoría psicologista a un segundo plano. En general, la medicina científica sostenía que las lesiones materiales de algún órgano del cuerpo humano deberían ser tratadas mediante terapia farmacológica, física o quirúrgica. Entonces, ¿por qué los doctores mexicanos, siempre preocupados por estar al día en el conocimiento médico de la época y por proyectar una imagen de modernidad científica, adoptaron un tratamiento de la locura que era seriamente cuestionado en Europa y que teóricamente no estaba acorde con el pensamiento médico en boga y con los adelantos médicos del momento?

Comenzaremos este capítulo con una revisión de la medicina mental anatomopatológica europea, con el objetivo de comprender el trasfondo psiquiátrico en el que se desarrolló el incipiente alienismo capitalino; luego, continuaremos con tres apartados que tratan de resolver concretamente el

cuestionamiento antes formulado. Primero, se abordará la interacción médica cuerpo-alma con respecto a la terapia de la enajenación mental; después, el fracaso de la terapéutica farmacológica de la locura; y por último, la “superioridad” teórica del tratamiento moral ante los escasos resultados de las investigaciones sobre las localizaciones cerebrales de la época.

4.1 La psiquiatría organicista europea en el siglo XIX

El incipiente alienismo capitalino que adoptó el tratamiento moral también siguió los lineamientos generales de la psiquiatría somaticista del viejo continente. Es por ello que he considerado pertinente presentar rápidamente las particularidades de esta tendencia médica para entender con mayor precisión los argumentos que los facultativos mexicanos desplegaron al explicar la asimilación del tratamiento moral.

Primero, hay que señalar que la psiquiatría organicista decimonónica se caracterizó, básicamente, por considerar que la enfermedad mental tenía su origen y asiento en el cerebro. En este sentido, determinadas lesiones materiales de este órgano serían las responsables directas de ciertos síntomas psiquiátricos. Los médicos anatomopatólogos, entonces, estaban dedicados a descubrir la correlación entre estos signos y aquellas alteraciones. A partir de mediados del siglo XIX, los estudios acerca de las localizaciones cerebrales adquirieron gran importancia y el cuerpo humano se constituyó como el principal objeto de estudio de la psiquiatría “científica”.

Desde la antigüedad la medicina occidental se interesó por los aspectos somáticos de la enfermedad. Sin embargo, no fue sino hasta mediados del siglo XVIII que apareció una medicina propiamente anatomopatológica. La nueva mirada médica sostenía que los síntomas y los signos patológicos eran producto manifiesto de la lesión –plenamente identificable- de algún órgano corporal. De esta forma, se establecieron dos procesos fundamentales para la medicina moderna: en primer lugar, la actitud clínica basada en la observación, descripción

y clasificación sistemática de los síntomas; y en segundo lugar, la correlación entre tales manifestaciones y las alteraciones anatómicas.¹

Por su cuenta, los alienistas fundadores de la medicina mental, aunque también compartieron las preocupaciones organicistas en boga, asumieron una posición un tanto opuesta a los principios de la medicina anatomopatológica. En pocas palabras, negaron o al menos dudaron del daño material del cerebro en las enfermedades mentales. Esta postura quizá se debió, por un lado, a la desconfianza que provocó la frenología en la comunidad médica por los estudios sobre la localización cerebral a principios del siglo XIX, y por otro, y sobre todo, a la actitud realista y práctica de estos primeros psiquiatras ante las limitaciones de tales investigaciones anatómicas.

Por ejemplo, el médico francés Joseph Daquin, uno de los formuladores del tratamiento moral, señaló que “la anatomía, a pesar de los progresos conseguidos en este siglo [el XVIII], no ha ofrecido soluciones para las causas de la locura y las lesiones que ocasiona”. Y sentenció con dejo de lamento que “la disección de cadáveres de quienes han muerto locos ni ha procurado nada nuevo sobre esta enfermedad ni ha proporcionado muchos recursos para su tratamiento y curación”.²

En la misma dirección, otro de los alienistas morales, Philippe Pinel, aseguró: “la enajenación del alma se considera generalmente como el producto de una lesión orgánica del cerebro, lo cual es en muchos casos contrario a las observaciones anatómicas”. Su práctica médica en los hospitales de Bicêtre y Salpêtrière confirmó esta noción: “en treinta y seis cadáveres de locos que se han abierto bajo mi dirección en los hospicios, no he hallado en lo interior del cráneo mas que lo que se observa en los cadáveres de otros enfermos”. Y seguramente en respuesta a las ideas frenológicas del momento, Pinel advirtió que “hay variedades del cráneo que son comunes a todas especies de personas, aun

¹ Pedro Lain-Entralgo, 1998, *La historia clínica. Historia y teoría del relato patográfico*, pp. 228.

² Daquin, [1791], pp. 150.

cuando no estén locas, y así no debemos hacer caso de ellas cuando hacemos investigaciones sobre las cabezas de los locos, a fin de evitar falsos raciocinios”.³

Étienne Esquirol, discípulo de Pinel, igualmente se mostró escéptico al respecto de la certidumbre de los estudios sobre las localizaciones cerebrales:

¡Cuántos trabajos hay sobre la anatomía del cerebro cuyo fruto se reduce a una descripción más exacta de dicho órgano!, trabajos que, además, se topan con la desesperante certeza de no poder jamás asignar a cada parte una función, por lo que no cabe extraer de ahí conocimientos sobre el libre ejercicio de las facultades del entendimiento o sobre sus desórdenes.⁴

Así, ante la imposibilidad de aplicar cabalmente el modelo anatomopatológico en el campo de la patología mental, dichos psiquiatras decidieron enfocarse más a la persona doliente que al cerebro enfermo. Esto propició, en parte, que el alienismo europeo adquiriera una postura contraria a la medicina anatomopatológica de la época; se convirtió, como bien manifestaron los mismos alienistas decimonónicos, en una “ciencia especial” que seguía parámetros propios alejados del enfoque somaticista.⁵

Décadas más tarde, hacia la mitad del siglo XIX, cuando comenzó a cuestionarse la efectividad del tratamiento moral ante la sobrepoblación que registraban algunos manicomios del viejo continente, la psiquiatría decidió renunciar a su aislamiento y voltear su mirada hacia la “medicina científica” anatomoclínica. En ese momento, los alienistas abandonaron completamente el escepticismo hacia la psiquiatría biológica debido a que aparecieron renovadas expectativas acerca de la localización cerebral de la locura. Desde entonces, la sala de autopsias o anfiteatro se convirtió en el mayor instrumento del psiquiatra somaticista, pues le permitía, de acuerdo con los lineamientos de la “medicina científica”, investigar *objetivamente* los síntomas clínicos a la luz de la verificación de las lesiones *post-mortem*.

³ Pinel, [1801], pp. 58, 123, 133-135.

⁴ Esquirol, [1805], pp. 23. También ver Esquirol, [1838], pp. 93-95.

⁵ Bercherie, 1986, pp. 23-24; Weiner, 2002, pp. 9-13.

El historiador español Rafael Huertas ha señalado que la somatización de la enfermedad mental en la segunda mitad del siglo XIX se debió a la confluencia de una serie de factores institucionales (el fracaso del tratamiento moral y del manicomio como institución terapéutica) y científicos (la influencia del pensamiento anatomoclínico de la medicina general y de la anatomía patológica en el estudio de la locura, el impacto de la teoría de la degeneración, el desarrollo de la psiquiatría forense y la aparición de la neurología).⁶

Un hecho que marcó un hito en la psiquiatría biológica fue el caso de la parálisis general progresiva. En 1822 un joven médico francés, Antoine-Laurent Bayle (1799-1858), destinó su tesis a la descripción anatomoclínica de la aracnoiditis crónica, una parálisis general de origen sifilítico. Con base en casos clínicos, estableció una correlación específica entre la alteración orgánica de las aracnoides y el trastorno de las facultades intelectuales que se presentaba en tal enfermedad. Años más tarde, sin fundamento alguno, generalizó esta noción de la lesión material como origen de la locura al afirmar que “la mayoría de las alienaciones mentales son síntoma de flegmasía crónica primitiva de las membranas del cerebro”.⁷

En el momento de su aparición, las ideas de Bayle no fueron tomadas en cuenta. Tuvieron que transcurrir treinta años para que se reconociera su descubrimiento. Sin embargo, durante el resto del siglo la perspectiva organicista se impuso en el mundo de la medicina mental y la “enfermedad de Bayle” se convirtió en el modelo de esta psiquiatría anatomopatológica.

Años más tarde, se verificó otro suceso significativo que vendría a reforzar la concepción somaticista de la locura. En 1861, Paul Broca (1824-1881) publicó sus primeros trabajos sobre la localización de la “facultad del lenguaje”. A partir de su experiencia clínica y conforme a la idea de que la corteza cerebral es el órgano inmediato de la inteligencia, Broca concluyó que la afasia, la pérdida del habla “con relativa indemnidad de las facultades e integridad de los órganos periféricos

⁶ Rafael Huertas, 1993b, “El saber psiquiátrico en la segunda mitad del siglo XIX. La somatización de la enfermedad mental”, pp. 66-67.

⁷ Citado por Morel, 1993, pp. 586. Sobre Bayle ver: Bercherie, 1986, pp. 51-55; Lanteri-Laura, 2000, pp. 104-108; Álvarez, 1999, pp. 48-59.

de la fonación, va acompañada de una destrucción mayor o menor del lóbulo anterior izquierdo del cerebro”.⁸ Este hallazgo, aunque no contó con resultados prácticos notorios, se convirtió en la prueba fehaciente de que el camino seguido era el correcto y, a un tiempo, infundió esperanzas respecto a la localización de otros tipos de enajenación, pues venía a corroborar el modelo de la neurosífilis que sostenía que un síntoma psiquiátrico podía ser ubicado en alguna parte certera del cerebro.

De tal modo, la descripción anatomopatológica de tan sólo dos padecimientos –la parálisis general progresiva y la afasia-, bastó para que la psiquiatría aplicara tal modelo sobre todas las enfermedades mentales y supusiera que el descubrimiento de la localización cerebral de las mismas era sólo cuestión de tiempo. La medicina mental, según los propios alienistas, se encontraba a un paso de alcanzar la “cientificidad” que tanto tiempo había añorado.

No obstante, este empeño por “somatizar” los trastornos mentales conforme al tipo de las enfermedades de Bayle y de Broca, condujo a la psiquiatría a una radicalización teórica que desembocaría finalmente en un callejón sin salida. Prueba de ello fueron tanto la teoría de la degeneración mental como la psiquiatría localizacionista que se vinculó con la neurología a finales del siglo XIX.

La primera de ellas surgió a mediados de la centuria de manos del médico francés Bénédict Augustin Morel (1809-1873) y sostenía que la degeneración era una desviación malsana de la especie humana producto de causas biológicas (la herencia morbosa) y sociales (la criminalidad, los vicios sexuales, el alcoholismo). Esta teoría presentó dos facetas claramente delimitadas. Por un lado, tuvo favorables implicaciones teóricas y prácticas para la psiquiatría europea (principalmente francesa). Y por otro, representó uno de los mayores excesos del pensamiento psiquiátrico biologicista de la época.

En el primer sentido, pareció darle un sustento *verdaderamente* “científico” a una medicina mental que se enfrentaba al fracaso de la anatomía patológica cerebral. Propuso métodos *objetivos* para identificar y diagnosticar a los “degenerados” (por lo general, locos y criminales), como las mediciones

⁸ Lain-Entralgo, 1998, pp. 281-282.

antropométricas, y ofreció fácil solución a los graves problemas sobre la etiología de la locura. Igualmente, trajo consigo sistemas de prevención de la enfermedad mental como la profilaxia y la higiene mental, y permitió a los psiquiatras decimonónicos –en beneficio de su consolidación profesional- dejar parcialmente el manicomio e intervenir de forma directa en el espacio social a través de métodos profilácticos.⁹

Por otra parte, como resultado de la concepción estrictamente somaticista de la enfermedad mental que mantuvo esta teoría, la psiquiatría se enfrentó ante un callejón sin salida. El degeneracionismo vio la locura como un padecimiento incurable de transmisión hereditaria que se hacía patente a través de los llamados estigmas físicos –malformaciones corporales- y morales –retraso intelectual o afectivo, desadaptación social-. Esta visión provocó, en parte, que la medicina mental del momento se caracterizara por factores negativos como la incurabilidad patológica, el pesimismo terapéutico y el custodialismo institucional.¹⁰ Así pues, las tajantes pretensiones somaticistas y cientificistas de la degeneración mental finalmente engendraron una psiquiatría pesimista, especulativa y rezagada con respecto al resto de la medicina.

En cuanto a la psiquiatría localizacionista que se relacionó con la neurología, si bien no fue tan drástica en sus implicaciones prácticas, hay que apuntar que también sucumbió ante el extremismo somaticista de la “medicina científica” de postrimerías del periodo decimonónico.

A diferencia de las pruebas materiales proporcionadas por Bayle y Broca, las siguientes generaciones de psiquiatras se hallaron frente al gran dilema de no hallar evidencia de alteraciones orgánicas en otras enfermedades mentales. Ante tal situación, algunos alienistas, en su afán por constituir a su disciplina en una *ciencia de hechos*, propusieron la unión de la psiquiatría y la neurología, pues, a decir de ellos mismos, existían sólidos puntos de convergencia entre ambos campos. La mayoría de los psiquiatras organicistas vieron con agrado esta posible alianza médica. Wilhelm Griesinger (1817-1868), por ejemplo, escribió poco antes

⁹ Rafael Huertas, 1987, *Locura y degeneración: psiquiatría y sociedad en el positivismo francés*, pp. 17; Ackerknecht, 1993, pp. 73.

¹⁰ Shorter, 1997, pp. 93-99; Huertas, 2004, pp. 113-131; Ackerknecht, 1993, pp. 73-77.

de su muerte que “la psiquiatría y la neuropatología no son meramente dos campos íntimamente relacionados; no constituyen sino un campo en el cual se habla un solo idioma y rigen las mismas leyes”.¹¹

A mediados del siglo XIX la neurología apenas comenzaba a ser una materia independiente de la medicina interna. Con el tiempo, cada vez más médicos se interesaron por este campo y en pocas décadas el estudio del sistema nervioso adquirió gran reputación científica. De esta suerte, ante las exitosas investigaciones anatómicas, el órgano encefálico –la “caja negra”- por fin parecía abrirse a las miradas escrutadoras de los anatomoclínicos. Al finalizar la centuria, se había completado la descripción de la corteza cerebral y se habían hallado ciertas áreas corticales correspondientes a determinadas facultades mentales o funciones sensitivas y motoras. Además, se habían realizado exitosas operaciones quirúrgicas en el cerebro con base en el localizacionismo anatómico.¹²

La neurología, entonces, se constituyó como una ciencia positiva pues describió y trató de manera brillante –y conforme a la teoría de la localización de la medicina anatomopatológica- enfermedades motoras (parálisis) y de lenguaje (afasias), así como otros padecimientos neurológicos o nerviosos.

Así las cosas, al término del siglo XIX, si bien el sueño de Griesinger no se había cumplido, la psiquiatría había establecido estrechos vínculos con la neurología. La orientación neurológica trajo consigo importantes frutos para la medicina mental de aquellos tiempos. Permitió una clínica objetiva con pruebas exploratorias rigurosas y diagnósticos convincentes y posibilitó también el acceso a otros espacios profesionales, como el gabinete especializado, el laboratorio y la sala de autopsias.¹³ Aparte, propició, como indica el historiador español Joseph Comelles, la sustitución del concepto de *alienación* por el de *enfermedades mentales*, “compuesto por un conjunto de entidades morbosas bien definidas constituidas a partir de observaciones sistemáticas de signos y síntomas

¹¹ Citado por Zilboorg, 1968, pp. 434.

¹² Albrecht Hirschmüller, 1999, “The Development of Psychiatry and Neurology in the Nineteenth-Century”, pp. 402-405; Martín García-Albea, 2006, “Cerebro, mente y síntoma”, pp. 441; Georges Lanteri-Laura y Jean-Guillaume Bouttier, 1993, “La evolución de las ideas sobre el sistema nervioso central”, pp. 421.

¹³ Álvarez, 1993, pp. 47.

apoyadas mediante el estudio anatomopatológico”.¹⁴ En suma, la vinculación de la neurología con la psiquiatría implicó la incorporación de ésta al discurso positivista y su definitiva aproximación a la medicina general anatomoclínica. Al fin, la psiquiatría parecía constituirse como una ciencia médica objetiva.

Sin embargo, de nueva cuenta las enfermedades mentales se mostrarían reticentes hacia la investigación organicista. Únicamente algunos desórdenes psiquiátricos aislados –la parálisis general, la afasia, cierto tipo de epilepsia y los estados demenciales- pudieron ajustarse cabalmente al modelo anatomopatológico de la neurología localizacionista.¹⁵

En el caso del resto de los padecimientos que conformaban la nosografía psiquiátrica de la época –manía, melancolía, delirios, locura circular, neurosis, histeria, entre otros-, los estudios sobre neuroanatomía no desvelaron ningún daño material concreto. No obstante, los psiquiatras decimonónicos continuaron considerando estas perturbaciones de acuerdo al modelo anatomopatológico, es decir, según la psiquiatría biológica –aunque en ese momento no se hubiera descubierto evidencia alguna para confirmarlo- toda enfermedad mental respondía a una lesión específica de cierta área cerebral y sólo era cuestión de tiempo hallarla a partir de las investigaciones anatomoclínicas. Se tenía la firme convicción de que las potencias de la mente y sus enfermedades pronto se desvelarían. La consigna general era descubrir las bases anatomopatológicas de las enfermedades mentales. En otras palabras, se vivía lo que se ha denominado como “la mitología del cerebro”.¹⁶

La primera psiquiatría biológica europea se enfrentaba, así, ante un callejón sin salida. Su pretensión por salir del aislamiento médico a que la había conducido el tratamiento moral, así como su anhelo por allegarse a la medicina general y constituirse como una disciplina científica, la empujaron a un dogmatismo teórico que estaba muy alejado de la realidad de la época. El paradigma psiquiátrico se vio superado por los resultados clínicos y prácticos. Casi un siglo de

¹⁴ Comelles, 1988, pp. 106.

¹⁵ Jean Bancaud, “La epilepsia antes del descubrimiento del electroencefalograma”, 1993, pp. 381-383; Ackerknecht, 1993, pp. 78; Hirschmüller, 1999, pp. 416; Lanteri-Laura y Bouttier, 1993, pp. 428-429.

¹⁶ García-Albea, 2006, pp. 442.

investigaciones sobre la patología mental no había producido casi nada con respecto a la localización anatómica de la locura y no se diga sobre la terapéutica de la misma. Al parecer, la obstinación por “somatizar” la enfermedad mental había llegado a un límite.

Una de las consecuencias más lamentables de la rígida concepción anatomopatológica de la psiquiatría organicista, fue que la locura se concibió como una afección incurable, lo que suscitó, a su vez, el nihilismo terapéutico de finales del siglo XIX. El historiador Edward Shorter ha enfatizado que el talón de Aquiles de esta tendencia psiquiátrica fue el cuidado del paciente. El impetuoso interés por los estudios anatómicos en el anfiteatro y ante el microscopio, así como la idea de la incurabilidad, propiciaron un escaso interés por el enfermo y su tratamiento. Puede decirse que, a pesar de la enorme literatura acerca de la patología mental, la clínica psiquiátrica se encontraba abandonada y la terapia no había hecho ningún desarrollo considerable. Como veremos más adelante, en aquel momento se vivió una imposibilidad práctica por conseguir resultados terapéuticos positivos. Realmente había poco que hacer al respecto. Entonces, privó en el sector médico un ambiente pesimista en cuanto a la curación de la locura: el nihilismo terapéutico.¹⁷

Además, hacia finales del siglo XIX surgió una nueva forma de ver la enfermedad mental que, ulteriormente, llevaría a su fin a la primera psiquiatría biológica. Ante los escasos resultados de los estudios acerca de la localización de las enfermedades mentales, el psiquiatra alemán Emil Kraepelin (1856-1926) vio con escepticismo la anatomía patológica en la psiquiatría y enunció una postura un tanto diferente –que no opuesta- a esta última. El nuevo acercamiento estimó la enfermedad desde una perspectiva histórica más que anatómica. Entendió los síntomas psiquiátricos de un momento en particular dentro del contexto de la historia vital del paciente, en contraste con la visión biológica que trataba de correlacionar los signos del momento con las lesiones neurológicas y las alteraciones cerebrales *post-mortem*. Kraepelin estaba interesado, más que en las causas, en la naturaleza interna de la enfermedad, en su prognosis, curso y

¹⁷ Shorter, 1997, pp. 77-80; Zilboorg, 1968, pp. 440.

resultado. Y si bien esta nueva visión del trastorno mental no cuestionó de modo directo el enfoque anatomopatológico radical, lo llevaría a su término como escuela dominante al acentuar no tanto la relación etiológica entre las alteraciones orgánicas y la sintomatología, sino más bien el desarrollo evolutivo de la patología.¹⁸

Así, al comenzar el siglo XX la primera psiquiatría biológica europea tocaba su ocaso ante sus propias limitaciones científicas. La discordancia –insalvable en ese momento- entre la noción organicista de la enfermedad mental y los casi nulos resultados de los estudios sobre la localización cerebral de la misma, desencadenó al respecto dos posiciones en el seno de la psiquiatría: una idealista que conservaba la esperanza por hallar la *materialidad* de la locura, y otra escéptica que si bien no negaba la anterior, prefería dudar de ella hasta confirmarla realmente. En cualquier caso, la medicina mental somaticista se encontró ante un *impasse* teórico y práctico que hacía dudar de su cientificidad como disciplina y de su autoridad en el cuidado de la locura. La postura de Kraepelin, entonces, después de la Gran Guerra y ante la “desilusión biologicista”, se presentó como la solución práctica en gran parte de Europa.¹⁹

Así las cosas, tenemos que durante gran parte del siglo XIX y hasta comienzos del XX se vivió el esplendor –y radicalización- de la primera psiquiatría biológica europea. En líneas generales, este fue el contexto psiquiátrico en el que el incipiente alienismo decimonónico de la ciudad de México aceptó y consolidó el tratamiento moral de la locura. Como veremos en los siguientes capítulos, esta asimilación médica puede explicarse, en parte, a partir de aquel *trance* de la psiquiatría anatomopatológica del viejo continente, la cual, después de todo, representó el modelo a seguir por parte de la medicina mental capitalina.

¹⁸ Shorter, 1997, pp. 99-109; Ackerknecht, 1993, pp. 99.

¹⁹ Shorter, 1997, pp. 99-109; Zilboorg, 1968, pp. 428-429, 465-466.

4.2 La conciliación cuerpo-alma en la medicina capitalina decimonónica

Después de revisar las características generales de la psiquiatría somaticista europea, vamos a presentar de qué forma el alienismo citadino, que se fundamentó en ésta, explicó la asimilación y el establecimiento de una terapéutica de carácter psicologista y que en Europa prácticamente era tenida como caduca. En este apartado valoraremos cómo la relación médica cuerpo-alma se constituyó en un factor fundamental para justificar el establecimiento del tratamiento moral de la locura por parte de la psiquiatría capitalina anatomopatológica del siglo XIX.

Ya hemos visto que durante esta centuria el interés principal de la medicina en occidente se concentró en la corporalidad del paciente. Dicha mirada, como sabemos, argumentaba que las enfermedades estaban localizadas en órganos específicos, que los síntomas se correspondían con las lesiones anatómicas y que los cambios en los órganos alterados eran los responsables de la enfermedad.¹ En el caso de México, la creación del Establecimiento de Ciencias Médicas en 1833 significó la introducción de la posición anatomoclínica, la cual, al transcurrir el siglo y sobre todo durante el porfirismo con la influencia de la filosofía positiva, se instituyó como la perspectiva oficial de la medicina científica mexicana.²

Por su cuenta, el incipiente alienismo que se conformó en la ciudad de México hacia la segunda mitad del siglo XIX, no fue ajeno a esta visión del fenómeno patológico. Como se revisará a fondo en la última parte de este capítulo, la mayoría de los médicos capitalinos interesados en la locura consideraron que ésta era una enfermedad somática que tenía su sede en el encéfalo y que sus síntomas eran el producto funcional de una alteración material de tal órgano. En este sentido, es posible decir que la psiquiatría mexicana nació con una inclinación eminentemente anatomopatológica.

Sin embargo, la novel disciplina psiquiátrica no se constituyó de una forma dogmática y mecánica, porque si bien es cierto que la enajenación mental fue estimada como una afección física, esto no significó para los médicos citadinos

¹ Porter, 2004, *Breve historia de la medicina. De la antigüedad hasta nuestros días*, pp. 123-134.

² Eli de Gortari, 1963, *La ciencia en la historia de México*, pp. 327-332.

que tendría que corresponderle estrictamente una terapéutica de tipo físico, como señaló Jean-Pierre Falret que sí sucedía en Europa:

Los somaticistas mantienen que, siendo la locura una enfermedad física, es absurdo intentar curarla por otros medios que no sean el de los medicamentos, y que los medios morales pueden tener, todo lo más, algún valor como consuelo o como alivio pasajero. Los psicólogos, al contrario, no viendo en la locura más que una afección del alma, sólo consideran eficaces los medios morales, análogos a los que se pueden emplear, en el estado normal, para eliminar un error o un pasión y ridiculizan el absurdo que supone recetar una purga o un emplasto para corregir un error del espíritu en lugar de emplear contra ello el único remedio realmente eficaz: unas objeciones.³

La realidad capitalina nos muestra otra situación: por un lado, la concepción médica de la locura como una enfermedad cerebral, y por otro, la predilección de una terapia de tipo psicológico (el tratamiento moral) destinada a tal padecimiento.

Esta supuesta contradicción nos muestra que, como han sugerido algunos historiadores europeos, las dos posturas fundamentales de la psiquiatría occidental –la psicologista y la somaticista- no han estado fatalmente enfrentadas entre sí y han mostrado puntos de contacto y concordancia. “Sería un error –nos dice Rafael Huertas- entender lo somático y lo moral (lo psíquico) como dos ámbitos antitéticos. [...] La separación es en realidad mucho más ambigua de lo que a simple vista puede parecer.⁴

Igualmente, a pesar de que ambos enfoques psiquiátricos han mantenido puntos de vista diferentes sobre el trastorno mental, prácticamente en ningún momento de la historia de la psiquiatría alguno de ellos ha excluido de modo absoluto al otro. De hecho, lo que ha sucedido normalmente es que ambas posiciones han incluido a la visión opuesta y la han supeditado a su propio pensamiento. Así, puede decirse –de forma un tanto esquemática- que los

³ Citado por Castel, 1975, pp. 74.

⁴ Huertas, 2004, pp. 147-149, 213. También ver: Robert Dowbiggin, 1991, *Inheriting Madness. Professionalization and Psychiatric Knowledge in Nineteenth Century France*, pp. 130-136.

psicologistas alegaban que la enfermedad mental, si bien podía ser afectada de forma indirecta por factores somáticos, era básicamente una perturbación del alma. En cambio, los organicistas sostenían que el alma, ser incorporeal, no podía, por lo tanto, convertirse en enfermedad, pues sólo el cuerpo es sujeto a enfermar; de esta forma, debajo de todo padecimiento psíquico habría un daño somático.⁵

El origen y telón de fondo de este dilema se encuentra en una de las grandes discusiones de la historia de la medicina: la relación cuerpo-alma. En realidad, este debate hizo posible la no exclusión y el vínculo mutuo entre el psicologismo y el somaticismo, pues ambas perspectivas, al menos en el siglo XIX, en el fondo compartieron la idea del ser humano como una dualidad psicofísica interaccionista. De tal suerte, el alma y el cuerpo podían influirse recíprocamente. Lo moral podía ser físico y viceversa. La diferencia entre una postura y otra, consistía en el papel que se le adjudicaba tanto a la acción del alma como del cuerpo. Así, como ya se comentó, los médicos psicologistas pensaban que el espíritu gobernaba sobre el cuerpo, y en contraparte, los organicistas presumían que la mente era reducible a la base somática en la que se asentaba.⁶

Desde la antigüedad, este interesante tema acerca de la interacción entre lo moral y lo físico, había sido abordado tradicionalmente por la teología, la filosofía y la medicina general, y había presentado un carácter especulativo. A mediados del siglo XIX, con base en las investigaciones de la psiquiatría, y ulteriormente de la neurología y la psicología, se intentó responder a dicha cuestión a partir de los patrones de la ideología científica materialista. Entonces, se llegó a aceptar el punto de vista de que el cerebro hacía el papel de órgano de la mente.⁷

A pesar de ello, en Europa durante tal periodo no existió un consenso absoluto sobre la relación cuerpo-alma. La única coincidencia entre las teorías que se formularon en ese momento –epifenomenalismo, interaccionismo, monismo de aspecto dual, teoría de la materia mental, entre otras- fue que todas ellas intentaron resolver lo que se ha denominado como “el punto muerto cartesiano”.

⁵ Ann Goldberg, 1999, *Sex, Religion and the Making of Modern Madness. The Eberbach Asylum and German Society, 1815-1849*, pp. 24.

⁶ *Ibid.*; Lain Entralgo, 1998, pp. 191; Olivier Faure, 2005, “La mirada de los médicos”, pp. 46-50.

⁷ Robert H. Wozniak, s/f, “Mente y cuerpo: de René Descartes a William James”, en <http://platea.pntic.mec.es/~macruz/mente/descartes/>

Hay que recordar que el filósofo francés René Descartes (1596-1650) formuló la primera explicación sistemática de las relaciones entre el alma y el cuerpo. Estableció una distinción radical entre ambos elementos, pues para él, el alma y el cuerpo eran dos sustancias de naturaleza distinta que se encontraban totalmente separadas. La primera era puro pensamiento y carecía de extensión; y la segunda era extensa e incapaz de pensar. Esta disyunción introdujo un problema de difícil solución: si alma y cuerpo son dos sustancias enteramente distintas, ¿cómo es posible que las acciones del cuerpo pueden producir las ideas de la mente y cómo las ideas de ésta pueden producir acciones en aquél? Para resolver este conflicto, Descartes propuso la existencia de un sitio en el cerebro humano (la glándula pineal, que él consideraba erróneamente que sólo se encontraba en los seres humanos) donde se establecería esta comunicación. Sin embargo, este dualismo interaccionista era inaceptable en términos filosóficos porque implicaba una contrariedad de los propios principios cartesianos al suponer la existencia del alma como pensante y corpórea a la vez, e igualmente, del cuerpo como espacial y etéreo a un tiempo. La gran pregunta aún estaba sin resolver: ¿cómo era posible que una sustancia incorpórea pudiera afectar o ser afectada por una entidad material?⁸

A partir de este momento, la reflexión sobre la relación entre la mente y el cuerpo se caracterizó por intentar solucionar el dualismo ontológico cartesiano. En el siglo XIX, desde enfoques muy diferentes entre sí, se trató de “reconciliar la evidencia alcanzada a partir de la localización de las funciones cerebrales y los desordenes nerviosos funcionales con las teorías prevalecientes en biología y psicología”.⁹

Por otra parte, como ya indicamos, este dilema sobre la interacción cuerpo-alma propició la dicotomía entre el psicologismo y el organicismo en la psiquiatría decimonónica europea. No obstante, a mi juicio la medicina mental se benefició e incorporó muy poco de las discusiones filosóficas de la época, y asumió al respecto una posición un tanto cómoda y pragmática, pues se limitó a aceptar la

⁸ *Ibid.*; Miguel Ángel de la Cruz Vives, s/f, “El problema cuerpo-mente: distintos planteamientos”, en <http://platea.pntic.mec.es/~macruz/mente/>

⁹ Wozniak, s/f.

injerencia mutua entre el alma y la corporalidad, sin explicar cómo o por qué sucedía tal fenómeno. En líneas generales, se observó un interaccionismo dualista, es decir, se defendió la idea de una conexión inexorable entre lo psíquico y lo corpóreo, en donde ya bien se daba la primacía de la mente sobre el cuerpo, o ya bien del cuerpo sobre la mente.¹⁰

En la segunda mitad del siglo XIX la psiquiatría se constituyó como una de las especialidades médicas que restableció “la corporalidad de la mente y la significancia psicológica del cuerpo”,¹¹ pues consideró que la etiología de la locura respondía tanto a factores psicológicos y sociales como a aspectos somáticos, y además, la propia terapéutica era entendida como una confluencia de medios morales y físicos. Entonces, la medicina mental fue vista como una de las disciplinas médicas en las cuales era posible observar insuperablemente la interacción cuerpo-mente. Ya bien lo decía en 1870 *El Observador Médico* –una de las revistas de medicina más importantes en México durante la centuria- al hablar acerca del alienismo: “qué ciencia más interesante en su estudio que la que demuestra la influencia moral sobre la física, las reacciones de la materia sobre el espíritu, esos fenómenos, en fin, que forman toda una clase de enfermedades separadas del círculo de la medicina ordinaria”.¹²

Ahora bien, en el naciente alienismo de la ciudad de México, el asunto sobre la relación entre lo moral y lo físico, si bien no se abordó de forma directa, se presentó implícitamente y fue hasta cierto punto frecuente en los textos médicos. Como ya propusimos, aquella interacción médica entre el alma y el cuerpo, justificó, en parte, la asimilación científica del tratamiento moral de la locura por parte de la medicina somaticista mexicana del siglo XIX. Así, tenemos

¹⁰ Sander L. Gilman, 2006, “Introduction to Special Issue: Mind and Body in the History of Psychiatry”, pp. 5. Por supuesto que existen excepciones de este esquema general. Por ejemplo, el neurólogo inglés John Hughlings Jackson (1835-1911), quien influyó enormemente en la psiquiatría de finales del siglo XIX, juzgaba inaceptable el interaccionismo pues para él –desde una postura allegada al paralelismo psicofísico- el espíritu y la materia eran dos sustancias diferentes que en ningún momento interactuaban entre sí. Para él, más bien cada fenómeno mental estaba correlacionado con un fenómeno físico de tal modo que cuando uno ocurría, también debía producirse el otro de forma paralela pero nunca conectados entre sí. German Berrios (int.), 2000, “Classic Text 43. Body and mind. C. K. Clifford”, pp. 311-314.

¹¹ Gilman, 2006, pp. 5.

¹² “El médico considerado moral y filosóficamente en diversos ramos de su profesión”, 1870, pp. 129-133.

que a pesar del protagonismo de la mentalidad anatomoclínica que definió la manera de concebir la enfermedad mental, la base anatómica no fue incompatible con el tratamiento moral, pues, según los médicos capitalinos, lo psicológico podía influir en lo orgánico y viceversa.

Al igual que la psiquiatría europea, el alienismo citadino no se preocupó por las cuestiones filosóficas que implicaba la relación alma-cuerpo. Para los facultativos mexicanos del siglo XIX era indiscutible que el ser humano estaba constituido por dos sustancias distintas –la mente y la materia- que interaccionaban una con la otra. No era necesario constatar de forma experimental este vínculo puesto que, a decir de los mismos médicos, era un hecho comprobado:

No es ya que dudar sobre la íntima conexión del físico y moral del hombre, ni sobre la poderosa influencia que la imaginación puede tener en un individuo para trastornar su máquina o para volverla sin más trámites ni medicamentos a su estado normal. No se trata ya de demostrar con hipótesis más o menos fundadas; los hechos existen y son verídicos.¹³

Los doctores de la ciudad de México no se interesaron por responder las incógnitas acerca de la naturaleza de la disyuntiva entre el alma y el cuerpo. Por qué y cómo sucedía este fenómeno fueron interrogantes normalmente ignoradas por la medicina capitalina. Lo importante era hacer uso de dicha relación con el objetivo de ayudar al enfermo, decían los médicos:

Sabiendo la influencia de la parte moral sobre la física en el organismo humano, conviene explotarla, ya haciendo obrar en el mismo paciente, que establece de este modo una lucha saludable en su interior, ya por la influencia del médico y de los agentes y medios exteriores sobre el enfermo.¹⁴

¹³ Fernando Malanco, 1897, "Fisiología psicológica. Conexión entre lo físico y lo moral del hombre. Ventajas que de ella puede sacar la medicina", pp. 411.

¹⁴ López y Muñoz, 1875, pp. 128.

De este modo, en la ciudad de México, tal y como ocurrió en Europa, la interacción entre la psique y lo corpóreo se entendió de una forma sencilla y práctica. Nada de problemas teóricos y preguntas filosóficas. Era evidente para los médicos decimonónicos que existía una interrelación íntima entre el alma y el cuerpo. No cabía duda de ello.

En cuanto a la naturaleza de la relación cuerpo-mente, la medicina capitalina asumió una posición que podría calificarse dentro del enfoque del dualismo interaccionista. Como hemos visto, esta teoría argumenta, en líneas generales, que el hombre está constituido por dos sustancias diferentes (el alma y la materia) que interactúan entre sí. Para los médicos mexicanos, que asumieron esta postura de una forma un tanto empírica y, subrayamos, sin ocuparse de planteamientos teóricos, lo moral podía injerir en lo físico y lo físico en lo moral tanto en estado de salud como en enfermedad.

Esta concepción del cuerpo y la psique como dos sustancias ontológicamente distintas y separadas, pero armónicas entre sí, se percibió desde tres diferentes ángulos en la medicina capitalina del siglo XIX. En el primero de ellos, seguido por la mayoría de los médicos mexicanos, no había preeminencia de alguno de los componentes sobre el otro. En el segundo, profesado muy poco, se privilegio lo moral sobre lo físico. Y en el último, observado también de forma minoritaria, se vio una supremacía de lo material sobre lo psíquico. Cabe apuntar que en la ciudad de México no se dio un enfrentamiento entre tales posturas – como sí sucedió en Europa- y más bien se produjo una convivencia pacífica de las mismas. Tal parece que el punto significativo fue la propia interacción cuerpo-mente y no cómo se efectuaba ésta.

Casi ningún facultativo mexicano antepuso el papel del alma sobre el cuerpo o de éste sobre aquél. En general, esta relación fue considerada como una unión o una conciliación equilibrada entre sus partes. Así, toda afección física o moral implicaba, a su vez, perturbaciones corporales y espirituales. Es probable que esta posición tuviera alguna influencia de los ideólogos europeos (como Georges Cabanis) así como de los primeros alienistas (como Philippe Pinel), quienes entendían las relaciones entre lo físico y lo moral en términos de

interdependencia y reciprocidad.¹⁵ El médico Jesús González Ureña, en el caso mexicano, por ejemplo, advirtió que “el examen psíquico para ser útil debe acompañarse del de las funciones somáticas, porque no hay desórdenes del espíritu sin perturbaciones físicas simultáneas”.¹⁶

Igualmente, en 1876 quizá por primera vez en la historia de la medicina mexicana, apareció en un texto médico el término “psicosomático” para designar la interacción recíproca entre lo psicológico y lo orgánico. El pasante médico Ignacio Maldonado señaló que tanto las perturbaciones físicas como las morales podían reunirse y crear las ideas del suicidio y, por ello, era necesario “estudiar el estado psychico-somático del enfermo sometido a nuestra observación [*sic*]”.¹⁷

Por otro lado, el pequeño grupo de doctores mexicanos que estimó que la mente controlaba el cuerpo, quizá se vieron influidos por la medicina romántica y el vitalismo del siglo XVIII que convirtieron el alma (la fuerza vital) en la fuerza que regía el organismo. Concretamente, en la ciudad de México el más destacado defensor de esta tendencia fue José Olvera, quien aseveró que “el alma es la corona del rey de la creación. [...] es fluido como presidiendo a la vida orgánica y a la de relación”.¹⁸

Y finalmente, aunque no hemos encontrado algún testimonio directo que así lo corrobore, pensamos que, sobre todo al finalizar el siglo XIX, algunos médicos capitalinos, influidos por la medicina anatomoclínica y las teorías localizacionistas, creían que la mente estaba supeditada al cerebro. Suponemos la existencia de esta posición porque el mismo Olvera en 1889 criticó a sus compañeros que aceptaban el control de lo corporal sobre lo mental: “tiene el médico una gran tendencia a admitir muy generalmente, aun fisiológicamente, un dominio de lo físico sobre lo moral”.¹⁹

¹⁵ Faure, 2005, pp. 47-48.

¹⁶ Jesús González Ureña, 1903, “Clínica médica. Manera de explorar la personalidad psíquica de los individuos”, pp. 215.

¹⁷ Ignacio Maldonado y Morón, 1876, *Estudio del suicidio en México, fundado en datos estadísticos*, pp. 114. Recordemos que el alienista alemán Johann Christian Heinroth (1773-1843) fue quien acuñó el vocablo “psicosomático” para referirse a la influencia de las pasiones sobre la epilepsia y la tuberculosis.

¹⁸ Olvera, 1870, “Discurso sobre las causas de las neurosis en México”, pp. 49-54.

¹⁹ Olvera, 1889, pp. 38.

Ahora bien, uno de los asuntos de mayor interés para los doctores ciudadanos del siglo XIX fue la injerencia de la interacción cuerpo-mente en la etiología y terapéutica del fenómeno patológico.

Al respecto de la etiología, los facultativos indicaban que la mente podía ser la causa directa de algún trastorno corporal, e igualmente, el cuerpo podía provocar algún padecimiento espiritual. Por ejemplo, el alienista francés Joseph Daquin manifestó en 1791 que “la locura puede, en ocasiones, provenir de una alteración anímica que se comunica con los órganos del cuerpo y, a veces también, de un desorden en los órganos corporales que a su vez influyen en las operaciones mentales”.²⁰ Un estudiante de medicina de la ciudad de México, por su parte, decía un siglo más tarde que “hay una relación tan íntima entre el sistema orgánico y las funciones psíquicas, que las perturbaciones de aquél impresionan vivamente el estado moral haciendo germinar en el pensamiento la idea del suicidio”.²¹ En la misma época, dos grandes médicos mexicanos, Rafael Lucio y Juan María Rodríguez, apuntaban que “las pasiones, los excesos y las influencias morales, producen en tales o cuales partes del cerebro congestiones que serán pasajeras o permanentes según que la causa opere de esta o de aquella manera”.²²

Sobre el carácter terapéutico de la relación cuerpo-mente, la cuestión era aprovecharse de este valioso medio y utilizarlo de manera curativa no sólo frente a la locura sino ante las enfermedades en general. El alienista francés Étienne Esquirol recomendaba el empleo de la terapia moral para todo tipo de patología:

Este tratamiento no es exclusivo de las enfermedades mentales, se aplica también a todas las demás. ¿Cómo es posible que en un siglo en el que de forma tan clara se ha visto la influencia de lo moral sobre lo físico, no se han extendido estos principios a los hombres enfermos?²³

²⁰ Daquin, [1791], pp. 133.

²¹ Jesús Morán, 1891, *Ligeras consideraciones sobre el suicidio*, pp. 35.

²² Rafael Lucio y Juan María Rodríguez, 1879, “Informe pericial que los profesores de Medicina y Cirugía... rindieron ante el Señor Juez 6º. De lo civil, Lic. D. Luis G. del Villar acerca del estado mental de D.N.N., en el juicio de interdicción promovido por el padre del incapacitado”, pp. 198-199.

²³ Esquirol, [1838], pp. 108.

En el mismo sentido, los facultativos mexicanos instaban por el manejo de los “efectos curativos de la imaginación” sobre las enfermedades físicas. Por ejemplo, en 1881 un estudiante de medicina afirmaba que “el tratamiento moral debe ser considerado como uno de los grandes recursos de la medicina. ¡Cuántas enfermedades hay que la influencia de la moral ha hecho desaparecer!”.²⁴ Años más tarde, otro pasante médico mostraba la misma confianza al asegurar que “el alma ejerce su poderosa influencia, para que el organismo desprenda de un modo invisible fuerzas ocultas, impulsiones y fuerza poderosas que obran terapéuticamente en la curación de las enfermedades”.²⁵

Asimismo, como ocurrió en el caso del tratamiento moral, los médicos se otorgaron a sí mismos la facultad de utilizar terapéuticamente la relación cuerpo-alma. Por ejemplo, en 1897 Fernando Malanco exhortaba la aplicación de este medio curativo por parte de la medicina científica y arremetía contra los charlatanes: “a la Medicina le toca gobernar el tan precioso instrumento, arma de dos filos que no hay que seguir consintiendo en que sea el charlatanismo quien lo maneje y quien lo aproveche”.²⁶ A decir de los mismos doctores, la experiencia los acreditaba debido a “la ocasión frecuente de ser testigos de lo que influyen los padecimientos físicos sobre la moral de los hombres”.²⁷ El facultativo, según el propio discurso médico, era el único personaje calificado para resolver este “punto difícil de desembrollar”, como lo llamó Joseph Daquin, porque se requería conocer la naturaleza de la enfermedad, su tratamiento, etiología, evolución, y sobre todo, “distinguir, mediante signos ciertos, el foco de donde parten los desórdenes, determinar si es el físico el que reacciona sobre la moral o la moral sobre el físico”.²⁸ Debido a su conocimiento anatómico y a su influjo moral, el médico era el indicado para injerir tanto en el cuerpo como en la mente del paciente: “en el ejercicio de su profesión, adquiere, en lo general, un carácter de benevolencia que

²⁴ Ochoa Tapia, 1881, pp. 31.

²⁵ Roberto Cañedo, 1889, *Terapéutica. El magnetismo humano y su acción terapéutica en las enfermedades nerviosas*, pp. 54.

²⁶ Malanco, 1897, pp. 411.

²⁷ José Olvera, 1889, “Examen de los reos presuntos de locura”, pp. 38.

²⁸ Esquirol, [1838], pp. 108; Daquin, [1791], pp. 133.

le impele a procurar el bien de sus semejantes, ya sea que trate de *sanar o consolar*".²⁹

Por su cuenta, la enajenación mental –concebida como un trastorno físico– no fue la excepción de este escenario, pues según la medicina mental, la influencia psicológica del tratamiento moral podía injerir favorablemente en el órgano dañado. Por ejemplo, el psiquiatra francés Jean-Pierre Falret explicaba en 1854 que “todo medio llamado moral actúa al mismo tiempo sobre lo físico y todo medio llamado físico, dirigido sobre el sistema nervioso o incluso sobre los órganos, puede y debe actuar sobre lo moral”.³⁰ En el mismo sentido, el destacado médico mexicano José María Reyes señalaba que la terapéutica para “restablecer el juicio” requería “modificar el cerebro por el ejercicio de sus funciones o sea el tratamiento moral”. Y especificaba que

Al hablar de los medios morales de curación casi no es posible separarlos de los agentes físicos, pues la contemplación de los campos y jardines, los ejercicios y demás recursos morales, obran al mismo tiempo como agentes de distracción que por las modificaciones físicas que imprime al organismo.³¹

De esta forma, el tratamiento moral de la locura, terapéutica eminentemente de tipo psicologista, podía ser asimilada sin problema alguno por la medicina anatomopatológica mexicana del siglo XIX. Si la mente podía influir en los aspectos orgánicos, entonces el tratamiento moral estaba acreditado para injerir benéficamente en las enfermedades mentales con alteración cerebral.

La supuesta paradoja acerca del tratamiento de una afección física por medio de una terapéutica moral, estaba, así, resuelta. A la pregunta de cómo reconciliaron los médicos el tratamiento psicológico con la enfermedad somática, podemos contestar, junto con el historiador francés Robert Dowbiggin, que el camino más plausible, tanto en la teoría como en la praxis psiquiátricas, fue “minimizar la distinción dual entre mente y cuerpo, haciéndolo posible al concebir

²⁹ Olvera, 1889, pp. 38. El resalte es mío.

³⁰ Citado por Castel, 1975, pp. 76.

³¹ AHSSA, FSP, SHP, SeIEP, C. 1, E. 16.

una conexión cerrada y causal entre los dos elementos”.³² En efecto, como vimos en el caso del naciente alienismo capitalino, el enfoque del dualismo interaccionista permitió que el tratamiento moral fuera aceptado por una visión organicista del fenómeno patológico. Inclusive, la aparente hegemonía de la filosofía positiva hacia las últimas décadas de la centuria en los círculos intelectuales de la ciudad de México, y su consecuente desprecio por los hechos subjetivos, no logró desdeñar, en el seno de la medicina somaticista, la gran trascendencia que los propios facultativos le confirieron precisamente a aquella parte del ser humano intangible y exenta de todo tipo de cuantificaciones, es decir, la sustancia denominada por los propios médicos capitalinos como alma, mente, psique o espíritu.

El tratamiento moral, ante la conciliación entre lo psíquico y lo físico que manifestó la medicina citadina decimonónica, ya no fue estimado únicamente como una terapia psicológica, sino además, como un método integral que podía ser provechoso en toda clase de trastornos. Así, la aceptación y posterior consolidación de esta terapéutica en el seno de un incipiente alienismo organicista, fueron justificadas por los facultativos citadinos, en parte, gracias a la idea de la estrecha interacción entre la mente y el cuerpo.

³² Dowbiggin, 1991, pp. 130-136.

4.3 El fracaso de la terapia farmacológica de la locura

En 1875 un médico mexicano expresó en un discurso ante la Academia de Medicina de México que “las enfermedades mentales son principalmente aquellas que, más que drogas medicinales, requieren un *tratamiento moral*. El temor, la confianza, las pasiones, los recuerdos, deben ser sucesivamente suscitados en esta clase de enfermos”.¹

Como revisamos en la primera parte de este trabajo, la medicina decimonónica de la ciudad de México consideró que el tratamiento moral era la terapéutica más adecuada para hacer frente a la locura y que la terapia por medio de fármacos era simplemente un recurso accesorio y paliativo. En el presente apartado vamos a tratar de dilucidar por qué fue estimado de esta forma el tratamiento físico de la enajenación mental y cómo dicha apreciación influyó en la asimilación de la terapéutica moral por parte del alienismo capitalino. Adelantemos que el nihilismo terapéutico –una de las mayores limitaciones de la medicina mental europea de aquellos tiempos- fue un factor importante para que tal tratamiento se estableciera definitivamente en la ciudad de México durante la segunda mitad del siglo XIX. A continuación revisemos las circunstancias de la terapia farmacéutica en lo que se refiere, primero, a la medicina general; luego, a la psiquiatría de Europa; y finalmente, al naciente alienismo ciudadano.

Como se sabe, desde mediados del siglo XVIII la medicina occidental intentó abandonar las prácticas supersticiosas de las doctrinas herméticas, alquimistas y astrológicas, y centró su mirada en el método experimental de la ciencia mecanicista que buscaba leyes inmutables en los fenómenos naturales. La anatomía y la fisiología, por ejemplo, ya no entendieron el cuerpo humano y sus procesos orgánicos a partir de los humores y los astros, sino más bien, fueron explicados desde una perspectiva somaticista donde órganos, tejidos y células interaccionaban con los procesos químicos y energéticos de la vida.² El campo de la terapéutica, por su parte, también trató de dejar atrás los viejos tiempos de los

¹ López y Muñoz, 1875, pp. 131. Cursivas en el original.

² Porter, 2004, pp. 123-126; Lain-Entralgo, 1998, pp. 265-371; Elías Trabulse, 1997, *Historia de la ciencia en México*, pp. 81-101.

recursos milagrosos y del empirismo, y depositó su confianza en los métodos experimentales y estadísticos.³

En el siglo XIX, un grupo de grandes doctores, como Xavier Bichat, Francois Magendie, Claude Bernard, entre muchos otros, contribuyó notablemente al conocimiento médico de las drogas. Sus valiosas investigaciones sobre química orgánica, quimioterapia, endocrinología, fisiología y bacteriología; pusieron las bases científicas de la nueva disciplina farmacológica. La “materia médica” – nombre con el que se conocía en aquel tiempo el estudio de plantas y minerales para preparar medicamentos- se convirtió en la farmacología del laboratorio. A partir de entonces, las sustancias se sometieron a análisis químicos sistemáticos y a experimentos para descubrir cómo actuaban en el cuerpo humano. Ante estos indiscutibles avances, parecía que el sueño del galeno inglés Thomas Sydenham (1624-1689), acerca de que llegaría un día en que se tendría “una pastilla para cada enfermedad”, estaba pronto a cumplirse.⁴

Sin embargo, la verdadera situación de la terapéutica de la medicina general era otra, pues con todo que eran palpables aquellos adelantos, la farmacología apenas estaba conformándose como una profesión científica y las opciones de la farmacopea eran muy limitadas. De hecho, la mayoría de los medicamentos eran infructuosos o perjudiciales para la salud y pocos de ellos eran realmente eficaces, como la quinina para el paludismo, el opio como analgésico o la digital para estimular el corazón. Los médicos sabían que sus remedios servían de poco, “podían comprender las enfermedades de las que morían las personas, pero no evitar que murieran”.⁵ Ante esta precaria situación, el nihilismo terapéutico se hizo presente: la medicina decimonónica mostró una actitud pesimista y fatalista hacia muchas enfermedades. Estaba claro que la terapéutica había quedado “atrasada” respecto a otras ramas de la medicina.⁶

Y este rezago quizá era más evidente en la psiquiatría que en ninguna otra especialidad médica. Como ya se mencionó, desde mediados del siglo XVIII los

³ Miles Weatherall, 1993, “Drug Therapies”, pp. 16-29.

⁴ *Ibid.*; Porter, 2004, pp. 76-77, 162-177.

⁵ Porter, 2004, pp. 77.

⁶ *Ibid.*, 76-77, 91-92, 161-174; Weatherall, 1993, pp. 916-936.

doctores europeos manifestaron cierta desconfianza hacia los medicamentos en el tratamiento de la locura. Y aunque no los excluyeron categóricamente, e incluso en algunas ocasiones recomendaron el uso de varios de ellos (como el opio, el eléboro, el alcanfor, la quinina, los purgantes, los vomitivos, los evacuantes, entre otros), hay que señalar que fueron tenidos como meros recursos paliativos.

La mayor parte de los alienistas de la época mantenían que los fármacos únicamente maniataban la locura momentáneamente y sólo en muy pocas ocasiones la curaban de verdad. Daquin aseguraba que “de todos los males que nos afligen, la locura es quizá uno de los que exigen la menor cantidad de remedios farmacéuticos”. Y aventuraba que “llegará un día, quizás no muy lejano, en que el arte de la farmacia y el prescribir recetas serán inútiles”.⁷ Philippe Pinel, en el mismo sentido, apuntó que para interrumpir el “orden vicioso” de la enajenación era mejor valerse de “de medios morales, que de medicamentos”. Y acerca del uso de varias drogas expresó que “su administración se reducía a un ciego *empirismo*, ya que no estribaba en ningún fundamento sólido, esto es, en el conocimiento histórico de los síntomas y de las diversas especies de la enajenación del alma”.⁸

Opiniones de este tipo se repitieron a lo largo de todo el siglo XIX pues el arsenal terapéutico de la psiquiatría era escaso y poco efectivo. No se contaba con un tratamiento adecuado y mucho menos con un remedio “específico” de la locura. Por ejemplo, el médico inglés Daniel Hack Tuke (1827-1895), bisnieto de William Tuke, afirmó en 1881 con un dejo de pesimismo que

hay que admitir francamente que la medicina mental no puede jactarse todavía de poseer específicos, ni es probable que se jacte alguna vez de ello. Quizá sea difícil suprimir la esperanza, pero no podemos aceptar que un futuro Sydenham descubrirá un *antipsicosis* que interrumpa un ataque de manía o melancolía tan rápida y seguramente como la quinina interrumpe un ataque de fiebre.⁹

⁷ Daquin, [1791], pp. 114, 193.

⁸ Pinel, [1801], pp. 202, 211. Las cursivas son mías.

⁹ Citado por Zilboorg, 1968, pp. 428-429. Cursivas en el original.

En esos mismos años, los médicos de la ciudad de México, como hemos visto, estimaron que los medios morales de la terapéutica de la locura podían actuar como medios físicos, y éstos, a su vez, podían funcionar como aquéllos. Dadas las teorías de la época acerca de la interconexión entre el cuerpo y la mente, una distinción tajante sería engañosa, pues los objetivos y efectos de ambos tipos de terapias podían ser concebidos en términos tanto somáticos como psíquicos. Por ejemplo, el facultativo Román Ramírez señaló en 1884 que “el tratamiento de la insania se divide en higiénico, moral y farmacéutico; pero los mismos medios pueden obrar de varios modos a la vez, y todos en último resultado tienen por efecto modificar la circulación, nutrición y acción de los centros nerviosos”.¹⁰

Entonces, podríamos pensar que para la medicina mexicana los diversos métodos terapéuticos de la locura tenían un valor semejante. Sin embargo, como ya se ha dicho, aquí el tratamiento medicamentoso, como sucedió en Europa, tuvo poco prestigio. Los doctores capitalinos consideraron que la acción de la terapia farmacéutica de la locura era muy limitada y, en ocasiones, hasta inútil. En consecuencia, esta clase de terapéutica ocupó un lugar secundario en el tratamiento de la enfermedad mental y muchas veces fue objeto de críticas negativas por parte de la medicina mexicana.

Así las cosas, a pesar de que podría decirse que en el México decimonónico se vivió un “eclecticismo terapéutico” –pues se emplearon distintos recursos para tratar la locura-, siempre hay que tener en cuenta que, por un lado, el tratamiento moral fue apreciado invariablemente como el cimiento principal de la asistencia y la terapéutica de la alienación, y por otro, el tratamiento físico, en contraste, fue tenido como un mero método accesorio de función limitada.

Es por ello que las referencias acerca de los recursos farmacéuticos se multiplicaron enormemente tanto en los textos médicos como en la praxis psiquiátrica en los hospitales para dementes de la ciudad de México. En primer lugar, las revistas y tesis de medicina recomendaron una gran cantidad de medicamentos de toda índole para curar la enajenación. Asimismo, la práctica

¹⁰ Ramírez, 1884, pp. 8.

hospitalaria reportó el uso de numerosos fármacos con la misma finalidad.¹¹ Ante tales circunstancias, podría conjeturarse que los remedios físicos tuvieron gran importancia en el tratamiento de la locura durante el siglo XIX. Sin embargo, esta abundancia no fue más que reflejo de las limitaciones de la terapia farmacéutica, pues cuando una droga resultaba ineficiente, ulteriormente era abandonada y la atención se concentraba en otra sustancia que, al ser inoperante también, era sustituida del mismo modo por otra más y así sucesivamente.

Por ejemplo, mencionemos el caso esclarecedor del bromuro de potasio. Cuando esta sustancia comenzó a ser utilizada en 1870 tanto en la consultoría privada como en los hospitales de la ciudad de México, los médicos quedaron impresionados por sus efectos positivos sobre la epilepsia, las neurosis y algunos tipos de enfermedad mental. Las investigaciones realizadas en la década de 1860 a cargo de los alienistas franceses Henri Legrand Du Saulle (1830-1886), Auguste Félix Voisin (1829-1898) y Jules Falret (1824-1902), indujeron a los facultativos mexicanos a ensayar el bromuro de potasio

con tanto más empeño cuanto que habíamos fracasado con todas las aplicaciones que se oponen al mal comicial (belladona, óxido de zinc, jarabe de Henry Maury, senecio canicida, el cambio de ocupación, viajes, atropina, cauterios, yerba de Puebla, revulsivo, tártaro emético, vermífugos, yoloxochitl, cambiar de aire, antiespasmódicos, exutorios, etc.)¹²

Inicialmente, este fármaco fue probado en algunos casos de epilepsia, y los resultados, según Eduardo Licéaga, “nos autorizan a pensar que el bromuro de potasio es un agente que tiene una acción realmente eficaz”.¹³ Casi al mismo tiempo, la sustancia se experimentó en los asilos para locos y se presentó el mismo halo de optimismo: “grandes ventajas se han obtenido con la aplicación del bromuro de potasio [...] en la curación de la epilepsia”, decían los administradores

¹¹ En el listado de fuentes primarias al final de esta tesis se puede observar el gran número de medicinas sugeridas o usadas en el tratamiento de la locura en la ciudad de México.

¹² Eduardo Licéaga, 1871, “El bromuro de potasio en el tratamiento de la epilepsia”, pp. 393.

¹³ *Ibid.*

y directores-médicos.¹⁴ Más tarde, el medicamento desempeñaba, “a no dudarlo, un papel muy importante en el tratamiento de las enfermedades mentales”, como la manía furiosa, la locura epiléptica y la locura paralítica.¹⁵

No obstante, apenas una década más tarde, los propios médicos citadinos comenzaron a mostrar desconfianza acerca de las bondades del bromuro de potasio. Tras algunos años de probar la droga en su práctica médica, los facultativos se percataron de que no se trataba del anhelado tratamiento “específico” de la epilepsia, y que si bien ayudaba a disminuir los síntomas de esta enfermedad y a calmar los estados exaltados de varios tipos de locura, era un fármaco peligroso que podía provocar una seria “depresión del estado mental” e, incluso, la muerte del paciente.¹⁶

Así pues, después del entusiasmo inicial, los médicos capitalinos asumieron dos posiciones hacia el bromuro de potasio: unos, rechazaron su uso de forma categórica; y otros, aunque aceptaron su aplicación, recomendaban ciertas precauciones y la asociación con otros medicamentos.¹⁷

De tal suerte, de la aprobación total se pasó al escepticismo. El médico Juan Peón del Valle, por ejemplo, comentó en 1908 que “los bromuros nos proporcionan algunas ventajas que no debemos desperdiciar, sin limitarnos por eso a buscar en su empleo la salud de los epilépticos ni a hacer de ellos la base del tratamiento que la razón natural nos señala en otra parte”.¹⁸ Miguel Alvarado, por su parte, ante el “tratamiento limitado e ineficaz”, en la década de 1880 además de utilizar el bromuro, aconsejaba el régimen físico y moral, así como una infinidad de recursos (como nitrato de amonio, calomel, cáusticos, valeriano de amoníaco de pierlot, lavativas anti-espasmódicas y unciones en la cabeza).¹⁹

¹⁴ AHDF, FHISH, V. 2302, E. 174-177, 251.

¹⁵ Muñoz y Revilla, 1875, pp. 21-23; Alfaro, 1880, pp. 127-131; AHDF, FHISH, V. 2302, E. 251.

¹⁶ Arriaga, 1908, “Algunas consideraciones sobre la tolerancia excepcional que presentan los enajenados para la administración de los medicamentos sedantes del sistema nervioso”, pp. 201; Roque Macouzet, 1893, “Efectos del uso prolongado del bromuro de potasio a altas dosis”, pp. 494; “Lecciones del Dr. José Terrés. Décimatercia, décimacuarta y décimaquinta lecciones. Epilepsia esencial”, 109-132; “Tratamiento dosimétrico de la epilepsia”, 1886, pp. 127.

¹⁷ Arriaga, 1908, pp. 200-201; Juan Peón del Valle, “Notas acerca de la aplicación de los bromuros en el tratamiento de la epilepsia”, 1908, pp. 209-210.

¹⁸ Peón del Valle, 1908, pp. 210.

¹⁹ Alvarado, 1883, pp. 49-59.

Entonces, tras estimarse casi como un fármaco “específico” de la epilepsia, ahora el bromuro de potasio era un medicamento más entre el gran cúmulo terapéutico de dicha afección. Las terapias también sufren los giros de la moda.

Ahora bien, esta multiplicidad y desconcierto en la terapia farmacéutica tuvo su origen en la propia ineficacia de las medicinas, pero sobre todo, en la esperanza médica por encontrar el tan anhelado tratamiento “específico” de las enfermedades mentales. En otras palabras, la impotencia médica causó esa especie de babel terapéutica del siglo XIX.

Para los facultativos mexicanos, tal profusión de fármacos únicamente significaba que todos éstos eran ineficaces en menor o mayor grado. Por ejemplo, en 1896 el médico Demetrio Mejía (1849-1913), cuyos intereses se concentraron en la ginecología, la obstetricia y las enfermedades nerviosas, señaló al respecto de la histeria que “mientras la curación es más difícil y problemática, mucho mayor es el número de medicamentos propuestos y mayor también la confusión”.²⁰ Años antes un pasante de medicina comentó sobre la misma enfermedad que “muchas sustancias, como el carbonato y el valerianato de amoniaco, el acetato de plomo, el nitrato de plata, el ácido clorhídrico, etc., han sido recomendadas contra la histeria: su multiplicidad indica bien su ineficacia”.²¹ En el mismo sentido, otro estudiante aseveró que “incontables han sido los agentes farmacéuticos que se han empleado en la histeria. ¡Pésimo precedente! Pues sabido es que cuando se preconizan muchos medicamentos contra una enfermedad, ninguno de ellos obra con eficacia”.²²

El caso de la epilepsia, como vimos, es casi idéntico. Por ejemplo, en 1841 el doctor Francisco Ortega indicó que “innumerables medicamentos se han preconizado contra esta terrible enfermedad, pero todos en la práctica quedan sin resultado”.²³ Décadas más tarde, un alumno de la Escuela Nacional de Medicina apuntaba que “se han ensayado multitud de medicamentos. Grissolle dice que

²⁰ Demetrio Mejía, 1896, “Clínica interna. Sobre la histeria”, pp. 467.

²¹ Manuel Pérez Bibbins, 1885, *Bosquejo de un estudio sobre la influencia del médico en la regeneración de la especie humana*, pp. 56.

²² Vicente Montés de Oca, 1893, *Breve exposición de los principales tratamientos de la histeria y epilepsia*, pp. 7.

²³ Francisco Ortega, 1841, “El uso del añil en la epilepsia”, pp. 157.

pasan de trescientos: si algunos han dado resultados felices, no ha sido siempre, y ninguno de ellos puede considerarse como específico de la enfermedad”.²⁴ Era tal la cantidad y la clase de remedios utilizados en la epilepsia que inclusive otro estudiante comentó de forma un tanto irónica que “como medio medicamentoso todo se ha usado y alabado, desde el polvo de lombrices hasta el pene seco”.²⁵

Y en cuanto a la terapéutica propiamente de la locura, los recursos farmacéuticos, asimismo, no eran nada escasos. Por ejemplo, Secundino Sosa, uno de los pocos médicos ciudadanos interesados en la enfermedad mental y de quien ya se ha hablado, comentó en 1898 que un enfermo diagnosticado con “enajenación mental de forma mixta de origen infeccioso”, no había respondido “en modo alguno a los bromuros, el opio, la valeriana y demás medicamentos que constituyen el arsenal *empírico* para el tratamiento de las psicopatías”.²⁶ Una década más tarde, Javier Arriaga, facultativo interno del Hospital de San Hipólito, distinguió dos tipos de fármacos para la locura: los excitantes (entre los cuales incluyó la morfina y el opio) y los sedantes (como la hyoscina clorhidrato, la scopolamina bromhidrato y el ácido cianhídrico). Todos ellos, a decir del autor, en pocas ocasiones ayudaban al enfermo a llevar en “lo posible una vida normal” y en realidad no curaban la afección mental.²⁷

En los hospitales para dementes capitalinos, por su parte, también se ensayó un gran cúmulo de drogas en el tratamiento de la enfermedad mental. Además de los medicamentos citados en el párrafo anterior, se emplearon “modificadores de la inervación” (cloroformo, éter sulfúrico, láudano, hidrato de cloral), antiespasmódicos (valeriana, asa-fétida, amizcle, castoreum, valerianato de amoniaco), “modificadores de la motilidad” (solanáceas, beleño, estramonio), antimoniales (tártaros), “modificadores de la nutrición” (yoduros, arsénicos), bromuros, purgantes, revulsivos, entre algunos más.²⁸

²⁴ Juan Campos, 1870, “¿La epilepsia en qué condiciones conduce a la locura? ¿Cuál es su etiología? ¿Cuál su tratamiento?”, pp. 217.

²⁵ Montes de Oca, 1893, pp. 9.

²⁶ Sosa, 1898, “Infecciones y psicopatías”, pp. 464-465. El resalte es mío.

²⁷ Javier Arriaga, 1908, pp. 195-197.

²⁸ Muñoz y Revilla, 1875, pp. 15-37; Rivera Cambas, [1881], t. I, pp. 397-398, t. II, pp. 55-56; AHSSA, FBP, SEH, SeHDS, L. 21, E. 11; AHSSA, FBP, SEH, SeHSH, L. 7, E. 16.

A pesar de que se desconoce qué tanto eran aplicados o qué éxito tenían estos fármacos, podemos suponer a partir de los comentarios de los médicos en sus textos, que la mayoría de ellos tuvo un papel secundario, paliativo o calmante. Por ejemplo, en 1882 un pasante de medicina afirmó que “hasta ahora el tratamiento que consiste en modificar las condiciones higiénicas de los enfermos con una buena educación física y moral ha dado mejores resultados que los medicamentos”.²⁹ Y años atrás, José Peón Contreras, como ya vimos, manifestó que las drogas no eran “más que meros paliativos, más o menos eficaces [...] que no constituyen por si solos el remedio”.³⁰ Y por si esto fuera poco, en ocasiones los medicamentos únicamente cumplieron una función de contención: “a falta de camas especiales en que acostar a los enfermos de delirio agudo, o cualquiera otra forma de locura con exaltación, debemos concretarnos a la administración de los medicamentos somníferos”.³¹

Al mismo tiempo, los médicos mexicanos consideraron que la terapéutica farmacéutica de la locura no se fundamentaba en un “tratamiento racional” constituido por “el conocimiento exacto, no sólo de la sintomatología, sino también y principalmente de la etiología” de la enfermedad,³² sino más bien, se basaba en el empirismo médico. Según los facultativos, éste no era “un método científico” y tenía “la experiencia por base de sus teorías, pero en lo general, esta experiencia ni es completa ni es metódica”.³³ No obstante, como mencionó un estudiante de medicina, “no podemos desconocer que aunque nacido de la necesidad, el empirismo deje de haber sido la cuna de la terapéutica racional, la única permitida actualmente en muchos casos. Los adelantos de la ciencia no lo han podido desterrar: vive aún porque ésta es insuficiente”.³⁴ De tal modo, como expresó el médico Manuel Carmona, un médico empirista era aquel hombre que

²⁹ Jiménez, 1882, *La histeria en el hombre*, pp. 31.

³⁰ AHDF, FHISH, V. 2302, E. 159. F. 1.

³¹ López, 1886, pp. 40.

³² Sosa, 1898, pp. 468.

³³ Manuel Carmona, 1904, “Algunas consideraciones sobre el empirismo”, pp. 48.

³⁴ Montes de Oca, 1893, pp. 3-4.

sin soñar siquiera en las operaciones de la naturaleza, en las indicaciones, en los métodos, y en las causas de la enfermedad, y sobre todo, sin pensar en los descubrimientos de las diferentes épocas, se fija en el nombre de la enfermedad y administra sus drogas al azar, o las distribuye a su capricho, siguiendo su rutina y desconociendo su arte.³⁵

Igualmente, el facultativo positivista Porfirio Parra (1854-1912) decía que entre los distintos métodos terapéuticos

el que nos inspira menos confianza es el que está constituido por los medios farmacéuticos. Si a lo que hemos dicho sobre lo indirecto e incierto de su acción, agregamos que esta acción es desconocida para muchos de ellos, y que los administramos muchas veces solo por rutina, o por no tener cosa mejor que hacer, nos convenceremos de que salvo ciertos agentes de eficacia bien comprobada, este grupo se compone de sustancias administradas, por decirlo así, al acaso, y más bien para daño que para provecho del paciente.³⁶

En el mismo sentido, la medicina capitalina condenó el uso de los medicamentos usados empíricamente en la terapia de la enfermedad mental. Ya bien decía Miguel Cordero que “el tratamiento que se aplica a la sensibilidad orgánica y que se llama tratamiento físico, cuando es secundado por la higiene, cuando no es dirigido por el empirismo y por vías sistemáticas, contribuye constantemente a la curación de la melancolía”.³⁷ La aplicación de los fármacos – ante el escaso conocimiento que se tenía acerca de su acción en el cuerpo- fue tomada como peligrosa y nociva, como señaló Juan Peón Contreras en 1905: “el empleo de los baños disminuye mucho el uso de los bromuros y el de los narcóticos (cloral, trional, morfina, etc.) que tanto dañan el organismo de los enfermos mentales”.³⁸

³⁵ Carmona, 1904, pp. 49-50.

³⁶ Porfirio Parra, 1895, “Algunas consideraciones sobre la Terapéutica”, pp. 143-148.

³⁷ Cordero, 1841, pp. 108.

³⁸ AHSSA, FBP, SEH, SeHDS, L. 20, E. 11.

Así las cosas, aunque fueron profusamente empleados por la medicina capitalina durante todo el siglo XIX, los medicamentos provocaron suspicacias y críticas negativas sobre su uso en las enfermedades mentales. Los facultativos mexicanos nunca perdieron la esperanza de hallar el tan aludido tratamiento “específico” de la locura. De hecho, en la práctica médica experimentaron con la mayoría de las drogas aconsejadas por sus homólogos europeos e, incluso, al parecer por primera vez en la historia de la medicina mexicana, probaron de forma científica algunas plantas locales (como el “tumbavaqueros” o la “yerba de Puebla”) en la terapéutica de estas afecciones.³⁹

Ante todo, el objetivo, a decir de los médicos, siempre fue aliviar o al menos restablecer al ser enfermo. Sin embargo, los resultados pocas veces correspondieron cabalmente a tan bienhechoras intenciones. Como se ha apreciado, la ineficacia de la terapia farmacéutica fue la impronta de la medicina de la época.

Ante circunstancias tan poco alentadoras, los doctores capitalinos se asieron al tratamiento moral de la locura, y esquivaron, así, el nihilismo terapéutico que vivía la psiquiatría europea en aquellos momentos. Recordemos que en Europa el abandono de la terapia moral hacia mediados del siglo XIX no vino sustituido por una alternativa asistencial y terapéutica coherente. Entonces, los medios de tratar la locura eran más limitados que nunca, debido, en primer término, al rechazo del tratamiento psicológico, y luego, a la carencia de un medio terapéutico eficaz de naturaleza biológica o química acorde a la suposición de una alteración cerebral en la enfermedad mental. Esta imposibilidad práctica de conseguir resultados terapéuticos positivos dio origen al nihilismo terapéutico de la psiquiatría finisecular que, al igual que en el caso de la medicina general, trajo consigo un ambiente de pesimismo y cronicidad.⁴⁰

En contraste, en el caso del naciente alienismo de la ciudad de México, a pesar de que se experimentó –al igual que en la psiquiatría europea- el ya

³⁹ Montes de Oca, 1893, pp. 4, 41; Juan Govantes, 1894, “Tumbavaqueros”, pp. 126-127; Secundino Sosa, 1901, “Datos acerca del tratamiento de los epilépticos en México”, pp. 189-191; Maximino Río de la Loza, 1866, “Del Senecio en el tratamiento de la epilepsia”, pp. 345-368.

⁴⁰ Comelles, 1988, pp. 109; Zilboorg, 1968, pp. 440; Huertas, 2004, pp. 242; Álvarez, 1999, pp. 55.

comentado escepticismo hacia el tratamiento físico de la locura, no se dio ningún tipo de nihilismo terapéutico. La razón de ello se encuentra en que aquí, a diferencia de Europa, el tratamiento moral en la segunda mitad del siglo XIX no fue rechazado, y por el contrario, en ese momento vivió su mayor auge en la medicina citadina.

Entonces, conforme a lo que hemos visto en este apartado, la terapéutica moral fue aceptada por el alienismo capitalino porque, en primer lugar, la terapia farmacéutica era totalmente ineficaz; y en segundo lugar, debido a que los doctores mexicanos, así, trataron de evitar el pesimismo terapéutico y ese cariz de retraso científico que mantenía la psiquiatría europea. Como examinamos en el capítulo 3 de esta tesis, en el siglo XIX los médicos locales presentaron el tratamiento de la locura como una práctica filantrópica, moderna y racional. En este sentido, el nihilismo terapéutico contravenía los propósitos de la medicina capitalina. En cambio, el tratamiento moral era un método optimista que se suponía podía aliviar la locura. Esto, para los propios médicos y el resto de la sociedad, significaba que, al menos teóricamente, la enfermedad mental era curable y la naciente psiquiatría una disciplina conforme al progreso nacional. Después de todo, creo que el gobierno mexicano no habría invertido en un proyecto –el manicomio general- elaborado por una especialidad médica que se considerara a sí misma como pesimista, atrasada y vetusta.

4.4 Las limitaciones del localizacionismo cerebral y el triunfo del tratamiento moral

En el presente capítulo examinaremos la injerencia de otra de las grandes limitaciones de la psiquiatría europea del siglo XIX en la asimilación del tratamiento moral en la ciudad de México. Ya vimos que la ineficacia de la mayoría de los medicamentos en la terapia de la locura fue un factor importante en dicha recepción médica. Ahora observaremos cómo el escaso desarrollo de las investigaciones acerca de la localización cerebral tanto de las facultades intelectuales como de los síntomas psiquiátricos, fue otro punto fundamental para la aceptación de la terapéutica moral.

Hacia la segunda mitad del siglo XIX tanto la medicina general como la incipiente psiquiatría de la ciudad de México, influidas por la tendencia general del pensamiento médico europeo, adoptaron una concepción organicista del fenómeno patológico. Como se sabe, este modelo sostenía, en líneas generales, que la enfermedad era producto de las lesiones materiales de determinada parte del cuerpo humano y que los síntomas eran sus manifestaciones funcionales.

De esta forma, la enfermedad mental era tenida como un padecimiento que tenía su origen y sede en el órgano encefálico y sus síntomas eran el reflejo fiel de alguna modificación física del mismo. El cerebro, al ser considerado el “sitio de las facultades intelectuales”,¹⁹⁶ el “punto culminante de nuestro cuerpo, principalísima parte del organismo y condición material del pensamiento”,¹⁹⁷ se le estimó también como el lugar de la locura, pues según la lógica psiquiátrica, “si por el cerebro se razona, evidentemente por él se sinrazona”.¹⁹⁸ La enajenación se podía explicar, así, a partir de su materialidad. Jean-Pierre Falret, por ejemplo, observó en 1822:

Creó firmemente que en todos los casos, sin excepción alguna, puede encontrarse en los enfermos mentales lesiones apreciables en el cerebro o sus membranas; estas lesiones son lo bastante marcadas y son lo suficientemente constantes para

¹⁹⁶ Roa, 1870, pp. 6.

¹⁹⁷ Porfirio Parra, 1895, “Higiene de la inteligencia”, pp. 1-2.

¹⁹⁸ Porfirio Parra, 1905, pp. 210.

explicar de manera satisfactoria todas las perturbaciones intelectuales y afectivas de la alienación.¹⁹⁹

Los médicos mexicanos, de igual forma, creían firmemente que la enfermedad mental era una afección somática en este sentido. Román Ramírez, por tomar un caso, mantenía que “el trastorno intelectual que se conoce con el nombre de locura, no es más que un síntoma de una enfermedad de los centros nerviosos, en particular del cerebro”.²⁰⁰ En la misma dirección, Agustín Roa, en su tesis de medicina, argumentaba que “cualquiera que sea la causa, cualquiera que sea la forma de las alteraciones intelectuales, el hecho fundamental es idéntico en el fondo, el origen es el mismo, un cambio anatómico o de estructura de la sustancia cerebral”.²⁰¹

Pero tal y como ocurrió en la medicina general anatomopatológica, en la psiquiatría organicista llegó un momento en el cual se dio una fragmentación del cuerpo humano y se pensó que la etiología última de la enfermedad no residía en la totalidad del órgano dañado, sino más bien, en las lesiones específicas de ciertos tejidos o células corporales. La locura, entonces, era una afección que tenía su génesis ya no en la integridad del cerebro, sino en una porción de sus componentes más pequeños: las “celdillas nerviosas”, nombre con el que se denominó en el siglo XIX a las células hoy conocidas como neuronas. Conforme a la teoría de la “patología celular”, los facultativos capitalinos proclamaron que “las investigaciones del microscopio han comprobado ya que existen degeneraciones patentes en las células cerebrales y psíquicas de los enajenados”.²⁰² La modificación de las “celdillas”, entonces, fue considerada como la causante primigenia de la enfermedad mental:

¿Hay una alteración en las propiedades normales de la celdilla cerebral, que explique las perturbaciones psíquicas de la locura? Respondemos desde luego por

¹⁹⁹ Citado por Zilboorg, 1968, pp. 395.

²⁰⁰ Ramírez, 1884, pp. 8.

²⁰¹ Roa, 1870, pp. 41.

²⁰² L. Vergara y Flores, 1893, “Neuropatía y aberración intelectual”, pp. 203.

la afirmativa, y designamos la excitabilidad exagerada de las celdillas del cerebro, afectas a la actividad psíquica, como constituyendo esta alteración.²⁰³

En este periodo, el sustrato material se concibió como un factor indefectible en la naturaleza de cualquier enfermedad. Por ejemplo, un estudiante de medicina señaló en 1885 que “ahora todos estamos convencidos de esta verdad: *un órgano funciona mal siempre que existe una lesión material*”.²⁰⁴ Y otro pasante médico aseveró terminantemente que “la existencia de la enfermedad sin alteraciones materiales es refractaria a las leyes fisiológicas”.²⁰⁵ De tal modo, como toda enfermedad era entendida como un fenómeno somático, las afecciones que anteriormente no se habían vinculado con una alteración física –como las enfermedades nerviosas-, a partir del siglo XIX experimentaron una especie de “somatización”: “es cierto que se ha disminuido el grupo de las *neurosis* llamadas *esenciales o sine-materia* en otro tiempo, empleando medios de investigación más avanzados que las han demostrado ligadas a perturbaciones orgánicas”.²⁰⁶ Así pues, “ese grupo de enfermedades que los antiguos nosologistas llamaban neurosis [...] no tienen en la actualidad razón de ser”.²⁰⁷

Al igual que el doctor francés Xavier Bichat (1771-1802), quien afirmaba que la alteración somática de un órgano causaba, a su vez, el trastorno de las funciones que le eran propias al mismo, los facultativos capitalinos indicaron que era “imposible que una función se altere sin que de igual modo haya la modificación estática, la lesión anatómica”.²⁰⁸ En cuanto a la enfermedad mental, se argumentó que “cuando digamos que el dinamismo cerebral está perturbado, profesamos implícitamente que existe en el estado estático del cerebro una alteración correlativa”.²⁰⁹ De igual forma, como parte de la visión

²⁰³ Porfirio Parra, 1878, *Ensayo sobre la patogenia de la locura*, pp. 33.

²⁰⁴ Francisco Rodiles, 1885, *Breves apuntes sobre la histeria, seguidos de un apéndice sobre la locura histérica*, pp. 46-47. Cursivas en el original.

²⁰⁵ Librado Pola, 1891, *Ligeras consideraciones sobre la patogenia de la epilepsia*, pp. 38-39.

²⁰⁶ Aragón, 1912c, pp. 190. Cursivas en el original.

²⁰⁷ Rodiles, 1885, pp. 46-47.

²⁰⁸ Mejía, 1896, pp. 465.

²⁰⁹ Porfirio Parra, 1878, pp. 12.

anatomopatológica, las perturbaciones psicológicas de la locura fueron señaladas como los mayores indicadores de la lesión orgánica del cerebro:

Apoyados en la más sana fisiología podemos inferir la lesión en el órgano comprobada la alteración de la función; ahora bien, supuesto un individuo cuyas facultades intelectuales, morales y afectivas ofrecen habituales y permanentes trastornos, se puede suponer que el órgano que preside a estas funciones está alterado.²¹⁰

Ahora bien, uno de los pocos mecanismos con que contó la medicina del siglo XIX para conocer las lesiones físicas del fenómeno patológico, fue el estudio de los cuerpos de los enfermos muertos. En Europa, la disección sistemática del cuerpo humano se realizaba desde el siglo XIII, pero no fue sino hasta el siglo XVIII que este procedimiento se convirtió en el fundamento de la medicina anatomoclínica. “La autopsia del cadáver permitió explicar con precisión y objetividad la enfermedad y la defunción del paciente. Gracias a ella, la inteligencia del médico logró ‘ver’, y por tanto ‘diagnosticar’, discernir con precisión y claridad”.²¹¹

De igual forma, se tiene constancia de que en México desde el siglo de las luces se llevaban a cabo necropsias con la finalidad de hallar las lesiones causantes de la enfermedad.²¹² Ya en el periodo decimonónico, las autopsias cobraron un gran valor tanto en la práctica privada como en los hospitales públicos capitalinos. La verificación *post-mortem* dio lugar a una mejor comprensión de los síntomas médicos y al multiplicarse permitió “diferenciar y definir mejor las entidades nosológicas, desvelar los efectos ocultos de la enfermedad y ayudar a su comprensión”.²¹³ Un visitador médico del Hospital del Divino Salvador, por ejemplo, decía en 1899 que “la patología mental ha hecho notables progresos en estos últimos tiempos; el estudio de la afecciones mentales ha recibido un impulso

²¹⁰ Porfirio Parra, 1892, “Medicina Legal. Irresponsabilidad criminal fundada en un impulso de naturaleza psicológica de causa pasional”, pp. 100.

²¹¹ Lain-Entralgo, 1998, pp. 185.

²¹² Trabulse, 1997, pp. 90.

²¹³ Faure, 2005, pp. 30.

notable con los estudios histológicos y con el de las localizaciones funcionales del cerebro”.²¹⁴ Para un pasante médico de la Escuela Nacional de Medicina, asimismo, “la experiencia de largos años de vivisecciones” demostraba, “con elocuente claridad, la relación íntima e inseparable de los síntomas nerviosos con las lesiones de tal o cual zona nerviosa”.²¹⁵

Según la medicina organicista, el único lugar apropiado para practicar cabalmente las disecciones era el anfiteatro. Este recinto desde mediados del siglo XIX se convirtió “en el gran aliado del alienista, contribuyendo a la aceptación de la causa morfológica –la lesión nerviosa- como primordial en la concepción de la enfermedad mental”.²¹⁶ A partir de dicho momento, la psiquiatría europea experimentó un auge del uso del anfiteatro de acuerdo a la mentalidad organicista dominante. Antes de ello, la sala de autopsias nunca había sido un sitio trascendental en el manicomio, pues, si bien los alienistas morales habían realizado estudios *post-mortem* de forma metódica, existía una actitud escéptica con respecto al método anatomopatológico en el estudio de la locura. Pinel, por ejemplo, nunca consideró incluir un anfiteatro en la construcción de los asilos para locos.²¹⁷

En cambio, los médicos mexicanos, embebidos totalmente por el pensamiento somaticista, mostraron una gran preocupación por contar con una sala de autopsias en los hospitales para dementes de la ciudad de México. Desconozco si en la primera mitad del siglo XIX estos establecimientos tenían un espacio adecuado para efectuar las necropsias, o si éstas, al menos, se llevaban a cabo. Las fuentes históricas indican que, al igual que sucedió con el tratamiento moral, la praxis de la visión anatomoclínica se puso en marcha de manera regular en los asilos para locos capitalinos a partir de la medicalización de los mismos. Entonces, en la década de 1860 aparecieron las primeras solicitudes para edificar los anfiteatros de tales hospitales.

²¹⁴ AHSSA, FBP, SEH, SeHDS, L. 19, E. 2.

²¹⁵ Pola, 1891, pp. 7.

²¹⁶ Huertas, 2004, pp. 100.

²¹⁷ Weiner, 2002, pp. 102.

En 1861 el primer psiquiatra mexicano, Miguel Alvarado, como director-médico de San Hipólito, propuso que “sería de suma utilidad para los adelantos de la ciencia la construcción de un anfiteatro pequeño en que comprobara mis estudios a favor de los enfermos que se me han encomendado”.²¹⁸ Pocos años más tarde, el director en turno del Hospital de La Canoa, Francisco Montes de Oca, se quejaba de “la falta de un anfiteatro para las autopsias y estudios anatomopatológicos”.²¹⁹ Casi inmediatamente después de este reclamo, la Beneficencia Pública aprobó un presupuesto y mandó erigir dicho local en el Divino Salvador.²²⁰ En el caso del Hospital para Hombres Dementes, no sabemos de modo exacto cuando se levantó el anfiteatro, pero en 1864 se decía que había “una pieza muy estrecha llamada *el descanso*, porque allí se depositan los cadáveres para que el facultativo verifique la autopsia”.²²¹

Estos primeros anfiteatros dedicados al estudio anatomoclínico de la enfermedad mental, a pesar de los esfuerzos tanto de los médicos como de las autoridades capitalinas por equiparlos adecuadamente, desde el comienzo carecieron de las instalaciones y las herramientas apropiadas para sus labores. Las limitaciones económicas y arquitectónicas de los hospitales fueron un gran obstáculo a este respecto durante toda la segunda mitad del siglo XIX. En San Hipólito, por ejemplo, la sala de autopsias era “tan pequeña que el médico prefiere salir a practicar esta operación al patio”.²²² Desde 1866 y hasta 1885, como parte de un “plan de reforma” de tal hospital, se planteó la construcción de un anfiteatro moderno pues las “autopsias se hacían en un cenador del jardín”.²²³ Juan N. Govantes, director-médico del establecimiento en el decenio de 1880, advertía la “urgentísima necesidad de que este hospital tenga un local para hacer las delicadas autopsias que las enfermedades mentales requieren”.²²⁴ Y de acuerdo a la mentalidad anatomopatológica preconizaba que

²¹⁸ AHSSA, FBP, SEH, SeHDS, L. 6, E. 25.

²¹⁹ AHDF, FHDS, V. 2312, E. 15.

²²⁰ AHDF, FHDS, V. 2312, E. 15; E. 17; E. 27.

²²¹ Andrade, [1864], pp. 53-59. Cursivas en el original.

²²² *Ibid.*

²²³ AHSSA, FBP, SEH, SeHSH, L. 3, E. 31; Alfaro, 1866, pp. 240; Labastida, 1878, pp. 115-116.

²²⁴ AHSSA, FBP, SEH, SeHSH, L. 3, E. 31.

es muy conveniente y útil que en los hospitales halla un pequeño anfiteatro o pabellón en que se haga el estudio anatomopatológico de las personas que fallecen en ellos para que la ciencia pueda recoger escrupulosamente los datos que indiquen las relaciones que existan entre los síntomas observados durante la vida y las lesiones que se encuentren en el cadáver, sin las cuales todo adelanto es imposible.²²⁵

Después de casi un par de décadas de peticiones, la Beneficencia Pública proveyó al Hospital de San Hipólito de varias “planchas” y material quirúrgico para realizar las disecciones. Sin embargo, cuando por fin parecía que uno de los mayores deseos de los alienistas ciudadanos se concretaría, en 1885 las autoridades dieron marcha atrás y dejaron la obra inconclusa, alegando ahora que la erección del manicomio “moderno” estaba en puerta y que entonces eran innecesarias las reformas hospitalarias que implicaran un desembolso mayor, como era el caso del anfiteatro.²²⁶

Otra de las demandas constantes de los directores de los establecimientos con respecto al examen anatómico, fue el aprovisionamiento de utensilios médicos, como “cajas de autopsias” y microscopios. En el Hospital de La Canoa, por ejemplo, en 1871 su director apremió “adquirir una caja de instrumentos quirúrgicos indispensables en las autopsias y en otras operaciones necesarias, por no tener el establecimiento ningunos instrumentos a propósito”.²²⁷

Del mismo modo, en la segunda mitad del siglo XIX el microscopio cobró gran importancia en la medicina general debido tanto a la moda de la “teoría de los gérmenes”, como al estudio pujante de los tejidos y las células en la práctica médica.²²⁸ En la psiquiatría, tal aparato también adquirió un papel decisivo para hallar las lesiones específicas del cerebro.²²⁹ Conscientes de ello, los facultativos mexicanos intentaron lanzarse al estudio celular de la enfermedad mental. En 1872 José Peón Contreras, director de San Hipólito requería la compra de

²²⁵ AHSSA, FBP, SEH, SeHSH, L. 3, E. 39.

²²⁶ AHSSA, FBP, SEH, SeHSH, L. 4, E. 17.

²²⁷ AHDF, FHDS, V. 2312. E. 27.

²²⁸ Faure, 2005, pp. 32; Porter, 2204, pp. 142.

²²⁹ Shorter, 1997, pp. 79, 103-109; Hirschmüller, 1999, pp. 402-405.

un microscopio que ayude al examen del cerebro de los desgraciados que mueren en este establecimiento. Lesiones hay que no pueden reconocerse a simple vista, y sería de una gran utilidad la adquisición del referido instrumento con cuyo socorro las autopsias que aquí se verifican, podrán ofrecer un resultado práctico en beneficio de la ciencia y el bien de la humanidad.²³⁰

En el Hospital del Divino Salvador incluso se pensó establecer un “gabinete de microscopía” para que los médicos cumplieran “la obligación de practicar la autopsia a los cadáveres de los enfermos que mueran en el hospital, preparar la pieza anatómica, [...] y enriquecer el mundo anatomopatológico de las enfermedades mentales”.²³¹

En la praxis psiquiátrica de los asilos para locos ciudadanos, la investigación anatomopatológica de la enfermedad mental siempre estuvo limitada por las dificultades financieras y arquitectónicas. En realidad, sólo conocemos el caso de un director-médico que se dedicó a este tipo de estudios. En 1881, el incansable Miguel Alvarado se encontraba en su segundo periodo al frente del Hospital de La Canoa y, a decir del poeta Juan de Dios Peza, estaba tan

consagrado al estudio del microscopio, que admira ver cuánta ha sido su constancia para dedicarse a observar las alteraciones de la masa encefálica y de la médula, y dan claro testimonio de ello los muchos frascos en que conserva pequeñas porciones de esas materias, y lo nuevo que para observar tiene siempre en aquel gabinete, que es un verdadero templo del estudio, digno del más reputado alienista europeo.²³²

Igualmente, los múltiples proyectos para la construcción del manicomio general, si bien estuvieron orientados por el tratamiento moral, también incluyeron elementos de tipo organicista. Por ejemplo, el proyecto de 1905 planeó la creación

²³⁰ AHDF, FHISH, V. 2302, E. 203.

²³¹ AHSSA, FBP, SEH, SeBP, HDS, L. 18, E. 24. El reglamento hospitalario de 1896 imponía al subdirector médico realizar las necropsias. Ver: AHSSA, FBP, SEH, SeHDS, L. 18, E. 35.

²³² Peza, 1881, pp. 26-32.

de un “pabellón destinado a Museo Patológico y Mortuorio”. Este último, constituido por una “Sala de cadáveres” y un “Anfiteatro”, se colocaría “a la extremidad del establecimiento para [...] dejar mayor libertad para las investigaciones anatómicas”.²³³ El Museo, de acuerdo a la visión anatomoclínica, tenía como objetivo tanto la conservación de “las piezas de anatomía patológica”, como la exhibición “macroscópica y microscópica de los órganos y tejidos enfermos”.²³⁴

Como se aprecia, los médicos mexicanos, al igual que sus homólogos europeos, creyeron firmemente que la enfermedad mental tenía su origen en las lesiones anatómicas del cerebro. No obstante, en ese momento las investigaciones anatomopatológicas no habían arrojado ningún dato cierto sobre ello. De hecho, la “materialidad” de locura únicamente era una especie de “deseo científico”, de creencia médica (una mera suposición) fundada en el paradigma de la medicina somaticista que veía toda enfermedad como un fenómeno biológico.

Con la investigación anatomopatológica subsiguiente a la obra del médico francés René Laennec (1781-1826) quedó esbozado el problema de ampliar la monarquía del signo físico a otras provincias de la medicina interna.²³⁵ Entonces, si gracias al estetoscopio se podía “ver” a través de las paredes del tórax, ¿sería posible hacer diáfano el interior del cráneo e imprimir el pensamiento organicista a las afecciones morbosas del sistema nervioso?

La respuesta de la mayoría de los médicos fue afirmativa. La mente y la locura podían “materializarse”. De tal modo, como se vio en el primer apartado de este capítulo, la mentalidad anatomoclínica se centró en la búsqueda de la patología lesional que explicara los trastornos mentales. Pero a medida que los estudios avanzaron, se reveló que la alteración anatómica específica no aparecía. Ante tal situación, podría pensarse que los psiquiatras desestimaron el origen orgánico de la locura, sin embargo, no fue así, pues su rígida ideología somaticista

²³³ AHSSA, FBP, SEH, SeMG, L. 49, E. 1.

²³⁴ Aragón, 1912c, pp. 190. Como parte del mismo enfoque organicista de la medicina capitalina, en 1867 la Escuela Nacional de Medicina creó un “museo anatómico” y, asimismo, en 1896 se fundó el Museo Anatomopatológico en el Hospital de San Andrés. González y González *et al.*, 1985, 727-728; Martínez Barbosa, 2005, pp. 86-117.

²³⁵ Lain-Entralgo, 1998, pp. 258-265.

no se los permitía. Los médicos arguyeron la falta de resultados al escaso desarrollo de las investigaciones encefálicas, así como a la falta de preparación de los alienistas. Por ejemplo, el médico francés Francois-Joseph Broussais aseguró que “si los cadáveres nos parecen a veces mudos, es porque no sabemos interrogarlos”. Y en la misma dirección, su contemporáneo alemán Johann Christian Heinroth apuntó que “si no se lograba encontrar una prueba física de la enfermedad mental era culpa del observador”.²³⁶

Al respecto, la medicina capitalina se manifestó en el mismo sentido. Para los facultativos locales no cabía duda que, como hemos visto, la locura era una enfermedad somática. El punto era que no se había podido localizar en el cerebro el sitio concreto de los síntomas psiquiátricos: “en las afecciones mentales las lesiones anatómicas han escapado hasta hoy a las investigaciones más pacientes”.²³⁷ Y a pesar de los múltiples esfuerzos, “traducidos en investigaciones anatómicas, microscópicas y experimentales, mucho de lo que se refiere a los padecimientos del sistema nervioso permanece aun indeterminado”.²³⁸ La psiquiatría se veía a sí misma como una disciplina limitada con relación a los estudios anatomoclínicos de la locura:

No hay anatomopatologista que tenga la plena seguridad de haber escudriñado todas las regiones del aparato de innervación, de haber examinado con escrupulosidad celdilla por celdilla, fibra por fibra, este conjunto inextricable que llamamos sistema nervioso, porque trabajo semejante está fuera de sus alcances científicos, así pues, en las necropsias, por más concienzuda y detalladamente hechas, tienen que pasar desapercibidas muchas lesiones anatómicas. Nuestros medios actuales de investigación no son suficientes para hacer un examen necrópsico completo y perfecto, tratándose especialmente del sistema nervioso, de modo que la anatomía patológica no puede dejarnos plenamente satisfechos.²³⁹

²³⁶ Citados por Zilboorg, 1968, pp. 433, 437.

²³⁷ Isaac Vázquez, 1882, *Ligero estudio de algunos de los accidentes de la gran histeria*, pp. II.

²³⁸ Domitilo Rodarte, 1901, *Relación entre la epilepsia y los padecimientos oculares*, pp. 5.

²³⁹ Pola, 1891, pp. 38-39.

Ante estas circunstancias adversas, sin embargo, los médicos mexicanos, como los europeos, no dieron marcha atrás y jamás cuestionaron la “organicidad” de la locura. Por ejemplo, el alienista Enrique Aragón aseguraba que en la enajenación “a veces no se encuentra lesión alguna, no porque no exista, sino o porque es muy pequeña o nuestros medios actuales de investigación son imperfectos y no la encuentran”.²⁴⁰ Porfirio Parra, en el mismo sentido y de acuerdo a su ideología positivista, afirmaba que la alteración anatómica de la locura “existe, aún cuando no siempre podamos descubrirla con los medios de investigación hasta hoy conocidos; esta conclusión se deduce lógicamente, y conforme a todo el rigor del razonamiento deductivo de la gran ley de Patología general”.²⁴¹

La medicina capitalina aducía que los estudios anatomoclínicos de la enfermedad mental se encontraban tan limitados debido al precario desarrollo de las investigaciones acerca de la localización cerebral tanto de las facultades intelectuales como de los síntomas psiquiátricos. Ante la pregunta “¿Se conocen acaso la estructura normal del cerebro y sus funciones fisiológicas de una manera rigurosa?”,²⁴² la mayoría de los médicos respondió de manera negativa. En México hacia finales del siglo XIX, se conocían muy bien las investigaciones localizacionistas europeas. Se hablaba de médicos como Broca, Jackson, Charcot, Flechsig, Fritsh, Hitzig, entre muchos otros. Es decir, la medicina mexicana estaba al corriente de los estudios contemporáneos del sistema nervioso en Europa y de sus limitadas condiciones.²⁴³

Por ejemplo, se sabía que la facultad de la inteligencia se localizaba en la corteza cerebral: “las facultades intelectuales tienen por sitio la capa cortical del cerebro”.²⁴⁴ Y de acuerdo a la medicina europea, los facultativos ciudadanos ubicaban el pensamiento concretamente en la materia gris del órgano: “los

²⁴⁰ Aragón, 1905, pp. 160.

²⁴¹ Porfirio Parra, 1878, pp. 43.

²⁴² Campos, 1870, pp. 212.

²⁴³ Entre otros se puede ver: Tomás Noriega, 1887, *Patología interna. Lesiones cerebrales*; Roque Macouzet, 1893, *Algunas consideraciones sobre la epilepsia Jacksoniana*; R. Colmenares, 1896, “Afasia. Estudio de patología general”; Porfirio Parra, 1901, “Las localizaciones cerebrales y la psicología”.

²⁴⁴ Francisco Armendáriz, 1888, *Breves consideraciones sobre el Hipnotismo*, pp. 38.

fisiologistas suponen que la sustancia gris periférica es la parte noble donde reside esa facultad que sólo el hombre posee, la inteligencia”.²⁴⁵ Y además, dicha parte era tenida como “el foco de la sensibilidad, del movimiento y de los actos complejos del juicio, de la percepción y de la determinación intelectual”.²⁴⁶

Igualmente, se departía sobre otras localizaciones cerebrales, como la de los centros motores, la del lenguaje hablado, las de los músculos de la cara y de la lengua, las de la sensibilidad táctil, visual, auditiva y olfativa, e incluso la “de la conciencia de la personalidad”.²⁴⁷

Es evidente que en la segunda mitad del siglo XIX el estudio anatómico del cerebro experimentó notables avances con respecto a la época anterior, no obstante, realmente eran muy pocas las localizaciones cerebrales ciertas. Y aunque Porfirio Parra en un momento de ciego optimismo se ufanara de que “hoy se puede decir sin jactancia, que el misterio del cerebro se ha aclarado, que no es ya aquella masa enorme y homogénea de hace un siglo”,²⁴⁸ la verdadera situación era otra, como los médicos citadinos sabían. Así lo expreso Roque Macouzet en 1893: “más como nuestros conocimientos sobre localizaciones cerebrales están en su cuna, por decirlo así, no nos es posible hablar con tanta precisión”.²⁴⁹

Pero no sólo las facultades intelectuales se escapaban a un asiento anatómico específico, sino también, los síntomas de la enfermedad mental. Y a decir del médico Tomás Noriega no se podía hablar de éstas sin conocer aquéllas:

las facultades intelectuales no han sido localizadas, y por tanto los síntomas a que dan lugar a sus alteraciones no pueden referirse a la lesión de un territorio determinado de la corteza cerebral. [...] Algunas facultades animales se han *acantonado*, más no repartido en regiones precisas y bien limitadas de la capa cortical del cerebro; pero aún suponiéndolas bien localizadas, no se puede

²⁴⁵ Campos, 1870, pp. 212.

²⁴⁶ Noriega, 1887, pp. 15.

²⁴⁷ Porfirio Parra, 1901, pp. 211; Macouzet, 1893, pp. 9-14.

²⁴⁸ Porfirio Parra, 1901, pp. 211.

²⁴⁹ Macouzet, 1893, pp. 27.

concluir, *seguramente*, de los resultados experimentales a los hechos patológicos.²⁵⁰

No obstante todo lo anterior, los médicos capitalinos, fieles a su mentalidad organicista, no perdieron la esperanza. Los escasos resultados positivos, como mencionó Noriega, “al menos tienden a demostrar que hay algo de cierto en la cuestión de las localizaciones”.²⁵¹ Otro médico instaba en 1910 que “debemos tener fe en los datos que nos proporciona la topografía cráneo-cerebral y la observación de las perturbaciones funcionales para poder localizar las lesiones de los centros nerviosos”.²⁵² Porfirio Parra, ahora mucho más prudente, confiaba que algún día los “laboratorios de fisiología experimental acabarán por darnos la clave completa de las funciones encefálicas”.²⁵³ De tal forma, los médicos, a través del daño anatómico, buscaban hacer de la psiquiatría una rama más de la medicina científica, aunque en los hechos se trataba de una “ciencia especial”. La tendencia organicista era más parte de un deseo que de una realidad concreta, pues en la época el desconocimiento del cerebro y de su patología era inmenso.

Pero mientras llegaba ese tiempo añorado, los facultativos tenían que hacer frente a la situación real de la psiquiatría de la época. Y justamente aquí hizo su aparición el tratamiento moral, pues, según los médicos mexicanos, al desconocerse el sitio anatómico de la enfermedad mental, se ignoraba, asimismo, la “causa primera” de la misma, y por lo tanto, era imposible dirigir una terapia farmacéutica o quirúrgica específica al área orgánica afectada y, entonces, la única opción viable para tratar la locura eran los medios morales.

El tratamiento quirúrgico, al igual que la terapia farmacéutica, era sumamente limitado en aquel momento. A lo sumo, a partir de los precarios conocimientos localizacionistas de aquel tiempo, se pensó que algún tipo de epilepsia y ciertas formas de perturbación mental, podían ser tratadas mediante operaciones quirúrgicas cerebrales. El practicante médico del Hospital del Divino Salvador en 1893 decía al respecto que “hoy la Cirugía con atrevida mano

²⁵⁰ Noriega, 1887, pp. 23-24. Cursivas en el original.

²⁵¹ Noriega, 1887, pp. 15.

²⁵² J. R. Icaza, 1910, “Un caso de epilepsia Jacksoniana curado por la trepanación”, pp. 26.

²⁵³ Porfirio Parra, 1888, “Prólogo”, pp. XIII.

penetra, hasta lo que antes se consideraba como impenetrable, el cerebro, haciendo así, al cuerpo humano todo, el campo de su acción”.²⁵⁴

Hacia el término de la centuria, tanto la epilepsia llamada jacksoniana (en honor a John Hughlings Jackson que trasladó los esquemas localizadores a esta afección), caracterizada por un traumatismo cerebral, como la epilepsia de origen tumoral, fueron susceptibles de tratamiento quirúrgico al conocerse el lugar exacto de lesión anatómica producto de un golpe o de un tumor. Desconozco si esta operación denominada “craneotomía” o simplemente trepanación, fue llevada a cabo en ese momento en México, pero, al menos, los médicos locales comentaban sobre ella y la consideraban como una verdadera posibilidad terapéutica. Por ejemplo, Librado Pola indicó que la epilepsia “ha suministrado repetidas veces, ocasión de trepanar el cráneo guiándose por las enseñanzas de las localizaciones cerebrales, y los buenos resultados operarios han confirmado semejantes indicaciones de terapéutica quirúrgica”.²⁵⁵ En este tenor, Roque Macouzet anotó que “los adelantos de la cirugía, ayudados poderosamente por la práctica de la antisepsia, que hace que la trepanación sea una operación cuya mortalidad es relativamente muy reducida, han contribuido a aliviar a estos desgraciados enfermos”.²⁵⁶

En cuanto a las enfermedades mentales, en Europa ya se planteaban las intervenciones quirúrgicas como recurso terapéutico. En 1890 el médico alemán Gottlieb Burkhardt (1836-1907) propuso y realizó en el Congreso Internacional de Berlín la extirpación de pequeñas porciones de las circunvoluciones cerebrales en una enferma, a fin de suprimir en el cerebro los elementos emotivos impulsores. Pocos años después, el doctor francés Jules Bernard Luys (1828-1897) sugirió la ablación de ciertos fragmentos de la corteza cerebral considerados como el punto de partida de perturbaciones psíquicas.²⁵⁷ En la ciudad de México, por su parte, no hemos hallado que se hablara al respecto durante el siglo XIX. A lo más, en 1901 Porfirio Parra apuntó que “los centros motores y la región excitable del cerebro

²⁵⁴ Macouzet, 1893, pp. 3.

²⁵⁵ Pola, 1891, pp. 16.

²⁵⁶ Macouzet, 1893, pp. 42.

²⁵⁷ Morel, 1993, pp. 610; Groote, 1972, pp. 257.

ocupan en la región rolándica una zona bien circunscrita, con localizaciones tan en ocasiones bien hechas, que la mano audaz del operador puede intervenir con buen éxito para remediar lesiones cerebrales”.²⁵⁸

Así, los recursos terapéuticos que comúnmente remediaban otros tipos de enfermedades orgánicas –los fármacos y la cirugía-, eran más que insuficientes en el caso de la locura. La razón de ello residía, según los médicos mexicanos, en el desconocimiento de las localizaciones y las lesiones cerebrales hacia las cuales dirigir cierto medicamento o determinada operación quirúrgica. Recordemos que para la medicina decimonónica el tratamiento “científico” de cualquier enfermedad consistía, en parte, en eliminar el agente etiológico. Por ejemplo, el estudiante de medicina Librado Pola señaló que según “la gran enseñanza terapéutica las enfermedades deben combatirse obrando principalmente sobre sus causas generadoras”.²⁵⁹ Y concretamente sobre la melancolía, Miguel Cordero decía en 1841 que “las vías terapéuticas serán dirigidas según las causas patológicas” de dicha afección.²⁶⁰ Román Ramírez, cuarenta años más tarde, afirmaba que en la insania “es por lo menos inútil, en la inmensa mayoría de los casos, atacar directamente la locura o el síntoma, lo que conviene atacar es la lesión cerebral”.²⁶¹

La cuestión era hallar la alteración orgánica para enfocar hacia ella la terapéutica de la enfermedad. Roque Macouzet expresaba acerca de la epilepsia que “no debemos contentarnos con hacer el diagnóstico de la enfermedad, sino también debemos conocer su naturaleza, y sobre todo su sitio, que tanta importancia tiene para el tratamiento”.²⁶² Sobre la histeria, el médico Demetrio Mejía comentaba que “la lesión estática, la perturbación anatómica es hasta hoy para la medicina un enigma y por lo mismo para la terapéutica un escollo”.²⁶³ Igualmente, el célebre facultativo José Terrés indicó en relación a las alteraciones cerebrales de la afasia que

²⁵⁸ Porfirio Parra, 1901, pp. 211.

²⁵⁹ Pola, 1891, pp. 32.

²⁶⁰ Cordero, 1841, pp. 108.

²⁶¹ Ramírez, 1884, pp. 8.

²⁶² Macouzet, 1893, pp. 36.

²⁶³ Mejía, 1896, pp. 466.

para el pronóstico y para el tratamiento es indispensable tratar de indagar el sitio de la lesión y su naturaleza. [...] Clarísimo es que cuando se trata de una dolencia susceptible de ser curada quirúrgicamente, se necesita conocer con toda precisión su sitio, con el objeto de hacer la intervención operatoria en el punto adecuado del cráneo.²⁶⁴

De tal suerte, si los médicos capitalinos desconocían la “causa primera” de la locura, es decir, la localización de la alteración orgánica del cerebro, entonces, el tratamiento no podía ser conducido de modo directo hacia el factor etiológico del padecimiento. Con respecto a la histeria se argumentaba que “ni la valeriana, ni ninguno de sus derivados, ni cualquier otro agente farmacéutico puede calmar un estado constitucional cuya localización cerebral nos es aun desconocida”.²⁶⁵

Ante tal situación, los facultativos optaron por otros tipos de terapéutica que, si bien tampoco atacaban las lesiones materiales del cerebro, al menos resultaban más eficientes que la terapia farmacéutica o quirúrgica. La revista *La Escuela de Medicina* recomendaba para la epilepsia, antes que cualquier otro remedio, “un plan regular de vida”, es decir, un tratamiento “puramente sintomático, puesto que en modo alguno conocemos todavía la naturaleza o esencia de las alteraciones epilépticas”.²⁶⁶ De la misma manera, el alienista mexicano Juan Peón del Valle aseveró que “si conociéramos las lesiones anatómicas que producen un delirio determinado, podríamos pensar en aplicarle pura y exclusivamente un tratamiento medicamentoso o tal vez quirúrgico”. Sin embargo, como no era así, el mismo médico declaró que “no podríamos prescindir del tratamiento psíquico, pues que es de observación cotidiana que, en muchos casos, según sea la actitud, el tono de la voz y las palabras dirigidas al paciente, así será la condición en que lo encontraremos”.²⁶⁷

²⁶⁴ José Terrés, 1906, “Lesión cerebral de varios focos”, pp. 35-36.

²⁶⁵ Joseph Ferrua, 1906, “Los derivados de la valeriana en el tratamiento de las enfermedades nerviosas”, pp. 271.

²⁶⁶ “Observaciones sobre el tratamiento de la epilepsia”, 1905, pp. 542.

²⁶⁷ Peón del Valle, 1906, pp. 263-264.

Así, el tratamiento moral fue aceptado en la ciudad de México porque, además de los otros puntos que hemos argüido, la psiquiatría occidental del siglo XIX presentaba serias limitaciones. Las localizaciones cerebrales, como expresó un doctor mexicano, se encontraban en la cuna de su desarrollo y, por ello, a decir del discurso psiquiátrico, las terapias farmacéuticas y quirúrgicas no eran nada efectivas. Ante la ausencia de una terapéutica física realmente útil, el tratamiento moral, que según los propios médicos también podía influir en lo orgánico, se levantó como el recurso más eficiente para tratar la locura. Al no encontrar una terapia de la enfermedad mental totalmente acorde con su mentalidad somaticista, los facultativos capitalinos no justificaron esta limitación a partir del “nihilismo terapéutico”, sino más bien, buscaron un fundamento particular que ocupara ese vacío teórico y práctico: la terapéutica psicológica. Si la naturaleza material de la locura no era tangible, al menos esta afección era susceptible de curación racional por medio del tratamiento moral. La medicina capitalina, así, demostraba que su idea de la enfermedad mental no estaba constituida en esperanzas médicas, sino más bien, en prácticas “modernas y científicas”.

Por último, digamos que a partir de las limitaciones psiquiátricas de la época y del triunfo del tratamiento moral ante el fracaso de los estudios de las localizaciones cerebrales, el naciente alienismo ciudadano tomó un derrotero propio que trascendió los senderos marcados por la medicina mental europea. Por un lado, compartió con ésta la concepción de la enajenación como una enfermedad orgánica; y por otro, discrepó con la misma, al convertir al tratamiento moral en el eje tanto de la terapéutica como de la asistencia de la locura y alejarse del nihilismo terapéutico.

Conclusiones

La condición inicial que dio lugar a la asimilación del tratamiento moral en la ciudad de México durante el siglo XIX, fue el *impasse* en que se encontraba la psiquiatría occidental en la segunda mitad de la centuria. En Europa la medicina mental era considerada, ante sus serias deficiencias (como las limitadas investigaciones anatomopatológicas y la ineficaz terapéutica de la locura), como

una disciplina oscura y atrasada con respecto al resto de las especialidades médicas.²⁶⁸ En México, aunque también se le tuvo como una de las materias médicas más difíciles y espinosas,²⁶⁹ se guardaron expectativas que se situaron en el manicomio modelo fundado en los preceptos del tratamiento moral. Se decía que la medicina mental mexicana no podría alcanzar una categoría científica sino hasta que la institución manicomial moderna fuera fundada. ¿Hasta qué punto fueron encubiertas de esta forma las limitaciones psiquiátricas de la época? No lo sé, pero al menos los facultativos creyeron firmemente que con la creación del flamante asilo llegarían nuevos tiempos en la asistencia psiquiátrica.

Sin la existencia de las graves dificultades del alienismo decimonónico, el tratamiento moral no habría sido aceptado de forma tan categórica como lo hizo la medicina de la ciudad de México. De haber existido aquel “antipsicótico” tan anhelado por todos los psiquiatras, el tratamiento moral habría ocupado, en el mejor de los casos, tan sólo un lugar secundario en la terapéutica de la enfermedad mental. Por ello, considero que los factores médicos fueron las razones decisivas para que se diera la aceptación de la terapia psicológica por parte del naciente alienismo ciudadano. Por supuesto que los aspectos sociales, como vimos, tuvieron un lugar importante en este proceso de recepción científica, pero sin las condiciones médicas tan peculiares que se presentaron, no habría sido necesaria su aparición. El tratamiento moral fue establecido en la medicina ciudadana debido a las insuficiencias psiquiátricas de aquel momento.

Los escasos resultados de los estudios sobre las localizaciones cerebrales y psiquiátricas, fueron tenidos por los doctores ciudadanos como un factor importante con relación al caótico estado de la terapéutica de la enfermedad mental. La ineficacia de los medios farmacéuticos y quirúrgicos en el tratamiento de la enfermedad mental, entonces, hizo voltear las miradas de los facultativos a la única opción terapéutica que tenía bases teóricas médicas importantes y que, a final de cuentas, era compatible con la forma de ser del mexicano y con los propósitos de la élite y del gobierno mexicano.

²⁶⁸ Porter, 2002, pp. 203, Scull, 1993, pp. 195; Ackerknecht, 1993, 11-12, 105; Zilboorg, 1968, 517-520.

²⁶⁹ Entre otros, ver: Muñoz y Revilla, 1875, pp. 7-8; Olvera, 1891, pp. 169.

Y a partir de ello, surgió toda una serie de elementos que hicieron posible que una terapéutica desacreditada en Europa y contraria a los cánones de la mentalidad anatomopatológica, se adaptara a la medicina mexicana organicista. La relación cuerpo-alma permitió salvar la aparente contradicción que se observaba entre una terapia psicológica y una enfermedad somática, pues lo moral podía injerir en lo físico y viceversa.

Al instaurar el tratamiento moral, el incipiente alienismo capitalino se alejó del nihilismo terapéutico del viejo continente y de su pesimismo en cuanto a la curación de la locura. Los médicos citadinos en todo momento admitieron que la terapéutica de esta afección era dificultosa e incierta, sin embargo, manifestaron que a partir de los medios morales, con el manicomio moderno a la cabeza, era posible su alivio. En ningún momento estos personajes aprobaron la incurabilidad o cronicidad de la enfermedad mental, y por el contrario, siempre se mostraron optimistas al respecto.

Gracias al tratamiento moral, el alienismo citadino se presentó ante la sociedad como una disciplina científica y moderna, alejada del fracaso psiquiátrico europeo. Y un mundo de esperanza llegaba con La Castañeda.

REFLEXIONES FINALES

La apoteosis de la terapéutica del alma

En junio de 1854 una mujer fue conducida por su familia al Hospital del Divino Salvador en el número 39 de la calle de La Canoa en la ciudad de México. El padre de la enferma alegaba que tras haber intentado su alivio de forma infructuosa mediante una multitud de “remedios y medicinas” en la casa familiar, y ante la escasez de recursos y la peligrosidad que suponían sus accesos furiosos para ella misma y para quienes estaban a su lado, decidió llevarla al hospital para mujeres dementes. El facultativo que extendió el certificado médico para que aceptaran a la joven en tal establecimiento, anotó como diagnóstico “Enajenación mental. Trastorno de sus facultades mentales”. Asimismo, señaló que “demasiado sabido es la necesidad de la reclusión de estos desgraciados en una casa a propósito”, y recomendó para la afectada que “para poder esperar algún alivio es preciso que sea confiada a personas extrañas e inteligentes a quienes respete y obedezca, obrando de esta forma favorablemente en la enajenación”.¹

La apoteosis de la terapéutica del alma significó que el tratamiento moral fue tenido como el recurso más seguro y efectivo en la terapéutica de la enfermedad mental en la ciudad de México entre 1830 y 1910. En esa época, el sector médico no excluyó del todo otros medios curativos de la locura (como los fármacos), pero tuvo mayor confianza en los preceptos de la terapia psicológica. La aceptación de este tratamiento en la medicina capitalina fue unánime y, hasta ahora, no hemos encontrado al menos un testimonio médico de la época que lo pusiera en duda ni mucho menos que lo desaprobara.

Es curioso que la asimilación de dicha práctica médica se haya realizado de este modo. Normalmente la recepción o el rechazo de alguna teoría científica ocurren sólo después de un proceso de reconocimiento y prueba que viene acompañado tanto por la proliferación de diversos sistemas explicativos como por la existencia de seguidores y detractores de todos ellos.²

¹ “Certificados médicos y órdenes de recepción de enfermas”, AHSSA, FBP, SEH, SeHDS, L. 1, E. 13, F. 1- 345. Ver, entre muchos otros, los casos de las fojas siguientes: 87, 89, 92, 145, 159, 171, 211 y 232.

² Thomas S. Kuhn, 2002, *La estructura de las revoluciones científicas*, pp. 112-148.

En el caso del tratamiento moral en el siglo XIX mexicano, no sucedió exactamente así, pues si bien dicha terapia triunfó sobre otros métodos terapéuticos de la locura, tales como el hipnotismo, la farmacología y la hidroterapia, en ningún momento tuvo opositores que la cuestionaran o criticaran. Desde un comienzo, el tratamiento moral fue aceptado casi dogmáticamente como una panacea de la locura. Su auge fue de tal magnitud, que incluso el Estado mexicano reconoció su eficacia y, de acuerdo a sus preceptos, mandó construir el Manicomio General. Este fenómeno, indudablemente, se debió a la confluencia de todo un conjunto de circunstancias. Tanto los aspectos sociales como los factores médicos fueron de gran importancia para que durante gran parte del siglo XIX se viviera en la ciudad de México el momento culminante del tratamiento moral de la locura, la apoteosis de la medicina del alma.

Esta terapéutica fue establecida por unos cuantos doctores mexicanos interesados en la enfermedad mental, quienes, de forma general, siguieron los lineamientos de los alienistas europeos –principalmente franceses-, aunque el tratamiento moral aquí adquirió características propias acordes al contexto local de la capital del país. El proceso de recepción de este recurso terapéutico no sólo fue científico, sino también cultural. El tratamiento moral se adaptó a las circunstancias particulares tanto de la medicina como de la sociedad mexicanas.

Tres fueron los momentos clave en la instauración de la terapia psicológica en la ciudad de México. Primero, en la década de 1830 inició el contacto con este tratamiento en las revistas médicas citadinas y en la praxis manicomial de los hospitales para dementes. Como ya se dijo, desde este momento la aceptación fue total y la terapéutica de la locura comenzó a girar en torno a los medios morales. Luego, en 1860 acaeció, a mi parecer, el acontecimiento más importante en este proceso, pues al tomar los médicos la dirección de los asilos para locos citadinos, el tratamiento moral tomó un lugar mucho más significativo y, entonces, se consolidó definitivamente como el eje de la asistencia y de la terapéutica de la locura. En las siguientes cinco décadas, se experimentó un auge y sus fundamentos fueron estimados de forma general como los únicos mecanismos terapéuticos provechosos en la curación de la enajenación. Finalmente, en 1910,

tras la apertura de La Castañeda, el tratamiento moral como tal dejó de tener esta trascendencia y sus preceptos, aunque no se abandonaron, sufrieron una transformación en consonancia con la psiquiatría europea del siglo XX. En adelante, los principios que había propugnado el tratamiento moral ya no estuvieron enmarcados de forma global por éste y perdieron su significación psicológica.

De tal modo, aún en el mismo momento en que se abandonó el tratamiento moral, no surgió ninguna voz de rechazo hacia él. Tal parece que en la década de 1910 los medios morales más que ser concebidos como recursos psicológicos, fueron tenidos como elementos habituales en la asistencia psiquiátrica tradicional. Así, se continuaba teniendo confianza en la mayoría de los fundamentos del tratamiento moral (como la institución manicomial, el aislamiento terapéutico, la dirección médica del asilo, el régimen cotidiano, la relación médico-enfermo, el trabajo terapéutico, las distracciones), pero ahora ya no formaban parte de éste, sino más bien, de la terapéutica general de la enfermedad mental.

Por otro lado, durante el siglo XIX la medicina capitalina consideró que el tratamiento de la locura se podía llevar a cabo por medio de tres métodos: el moral, el farmacéutico y el higiénico. De hecho, tanto en la teoría como en la práctica se recomendó el uso de todos ellos, sin embargo, cada uno tuvo una significación diferente. Las drogas y la higiene fueron apreciadas como meros recursos secundarios y paliativos, pues, a decir los doctores, únicamente maniataban a los enfermos, pero no los curaban. En contraste, la terapéutica psicológica fue tenida como el único medio realmente útil para aliviar la alienación.

Igualmente, como se había señalado, el tratamiento moral en la ciudad de México tuvo características propias. En principio, la formulación original de esta terapéutica en Europa contó tres grandes cimientos: el manicomio moral y el aislamiento terapéutico, la relación alienista-alienado y la terapia del movimiento. El punto era que la curación de la enajenación estaba fundada en la acción conjunta de estos elementos y no en su aplicación individual. Los facultativos capitalinos, por su parte, conocieron los tres principios pero la mayoría de las veces no tomaron en cuenta a uno de ellos. Exhortaron vehementemente la

“secuestación” de los enfermos en la institución manicomial, así como el uso de las ocupaciones terapéuticas y, en cambio, dejaron a un lado la persuasión moral del médico hacia el loco. La razón de ello quizá se encuentre tanto en la influencia de la psiquiatría esquiroliana que mantuvo esta postura, como en la colectivización de la terapéutica que se intentó llevar a cabo en los hospitales para dementes capitalinos (por medio del asilo, el trabajo y las distracciones, y que no permitía la terapia individual de la interacción médico-enfermo), ante la insuficiencia de personal.

Ahora bien, uno de los puntos que más nos interesó destacar en esta investigación fue la dicotomía teoría-praxis del tratamiento moral. Creemos que es importante diferenciar entre lo que los médicos decían en sus escritos y lo que efectivamente hacían en su práctica, pues la sincronía y la disonancia entre ambos aspectos pueden ser indicadores fehacientes de la instauración *real* de cualquier conocimiento científico.

El tratamiento moral ciudadano manifestó, en efecto, tanto concordancias como divergencias entre el discurso y la praxis. En la parte discursiva los facultativos capitalinos presentaron, evidentemente, las condiciones ideales de dicha terapéutica, como el manicomio modelo dividido espacialmente y construido en una zona conveniente, el director-médico inteligente, bondadoso y apuesto que estaría entregado de modo absoluto a sus pacientes, el orden draconiano de los tiempos, los espacios y los cuerpos, el trabajo metódico que tenían que realizar los enfermos en lugares apropiados, etc. La práctica hospitalaria, asimismo, desde el periodo del primer acercamiento al tratamiento moral (1830-1860), pero sobre todo durante su consolidación (1860-1910), se estructuró básicamente a partir de los medios morales. A partir de 1850 los médicos recomendaron la clausura de los vetustos hospitales para dementes de la capital y la construcción de un manicomio “moderno” conforme con los principios del tratamiento moral. Como sabemos, esto no ocurrió así sino hasta 1910. Entretanto, en los asilos para locos se intentaron adaptar algunas medidas como la división de los enfermos para evitar el “contagio nervioso”, las estrictas reglamentaciones del orden cotidiano, la dirección única

por parte de un médico que tenía que residir en la institución, el trabajo terapéutico y las distracciones de los asilados, entre otras.

En general, se puede decir que la práctica manicomial correspondió con la teoría psiquiátrica del tratamiento moral. Es claro que en los hospitales no se efectuaron todas las reformas que los doctores hubieran querido, y tampoco las que se realizaron fueron ejecutadas a cabalidad. Los facultativos argumentaron que ante las limitaciones arquitectónicas y económicas de los establecimientos, era imposible cumplir con los requerimientos del tratamiento moral. Inclusive, en el periodo de entresiglos el servicio hospitalario decayó enormemente debido a que las autoridades decidieron que era innecesario hacer mejoras si se tenía en cuenta que pronto estaría edificado el nuevo manicomio. Además, otro factor que acentuó las diferencias entre la teoría y la praxis del tratamiento moral, fue que los actores manicomiales (médicos, empleados y enfermos) en muchas ocasiones realizaron actividades prohibidas que subvertían las reglas de esta terapia. Por ejemplo, los doctores no vivían en los hospitales, el personal obligaba a trabajar a los enfermos y éstos bebían alcohol o tenían relaciones sexuales entre ellos. El orden draconiano del tratamiento moral se veía superado por la vida íntima del manicomio.³

A pesar de todos estos contrastes entre las ideas y los hechos, considero que el establecimiento del tratamiento moral fue claro pues tanto el discurso como la práctica de la terapéutica de la locura giraron en todo momento en torno a él. Por ejemplo, en términos generales los proyectos para la edificación del manicomio moderno estuvieron orientados por el tratamiento moral. Y en los hospitales para dementes, si bien no se puso a efecto plenamente esta terapia, gran parte de la asistencia y de la terapéutica estuvo encauzada por los medios morales. Tanto las mejoras como las deficiencias de tales establecimientos casi siempre se midieron en función del tratamiento moral. Esto, a mi parecer, quiere decir que la práctica manicomial, con todo y sus deficiencias, estuvo regida por la

³ Este punto de la contraposición entre el orden propugnado por el tratamiento moral y las acciones evasivas en el interior de los hospitales no se trató en esta investigación, pero puede verse en: Francisco Morales Ramírez, 2008, "El control draconiano del tratamiento moral y la vida íntima del manicomio en la ciudad de México durante el siglo XIX", en prensa.

terapia psicológica de la locura. Por consiguiente, es posible afirmar que existió un consenso teórico-práctico que, finalmente, se vio expresado en la apoteosis de la terapéutica del alma.

Ahora bien, preguntémosnos cómo se constituyó este auge del tratamiento moral en la ciudad de México durante gran parte del siglo XIX, ¿por qué los médicos capitalinos aceptaron una práctica médica que se contraponía con su visión organicista de la enfermedad y que además en Europa ya no tenía cabida y era tenida como caduca?

Respondamos que, como se ha dicho, la reunión de una serie de ingredientes hizo posible la apoteosis de la terapéutica del alma. Como en toda asimilación científica, en el caso del tratamiento moral se conjugaron tanto factores científicos como factores culturales propios del escenario particular.

El valor de los aspectos no médicos en el establecimiento de la terapia psicológica residió en que éstos adaptaron el tratamiento de acuerdo a las circunstancias culturales de la ciudad de México. Además, la terapéutica moral, a su vez, permitió que los valores y las pretensiones sociales de los médicos y de las autoridades pasaran como preocupaciones científicas y filantrópicas tanto para ellos mismos como para el resto de la sociedad. Y aquí se halla una de las razones de la aceptación del tratamiento moral.

En Europa esta terapéutica se vio influida por la mentalidad burguesa pues sus formuladores pertenecían a la clase media europea. En la capital del país, los facultativos que aceptaron el tratamiento moral, igualmente, formaban parte del minoritario grupo burgués del país y, entonces, sus valores éticos se identificaron con los medios morales –que tenían un trasfondo burgués. Así, tanto la forma de vida burguesa como el tratamiento moral coincidieron en ponderar el valor de ciertos elementos, como el orden, la autoridad, las jerarquías, la estricta división socioeconómica de los individuos y una marcada diferenciación de los roles de género, entre otros.

A la par, el tratamiento moral fue visto como un recurso humanitario, racional y moderno. Recordemos que esta terapéutica censuró el uso de la violencia y aconsejó un cuidado dulce y afectuoso hacia los enfermos. De tal

suerte, los doctores y las autoridades capitalinas decían que este sistema estaba acorde con los “tiempos modernos” y con la ilustración de la élite mexicana a la que pertenecían ellos mismos. Igualmente, el manicomio moral fue considerado como uno de los mayores indicadores del progreso y civilización de una nación. Entonces, según los mismos personajes, México –que pronto ingresaría al concierto de los países modernos-, debía contar con una institución de este tipo para demostrar al mundo culto el grado de desarrollo que había alcanzado. De esta forma, la medicina y el Estado mexicanos, gracias al tratamiento moral, se presentaban como adalides del progreso nacional.

Del mismo modo, los aspectos propiamente médicos tuvieron un papel trascendental. Incluso, me atrevería a aseverar que fueron el factor decisivo en la asimilación del tratamiento moral. Me parece que sin la existencia de las deficiencias psiquiátricas de la época, esta terapia de la locura no habría sido aceptada de forma tan categórica como sucedió.

Como ya hemos señalado, el tratamiento farmacéutico y quirúrgico de la locura durante el siglo XIX era verdaderamente inocuo y servía únicamente como paliativo y, en ocasiones como medio de contención. Para los médicos capitalinos la enfermedad era un fenómeno somático que implicaba una lesión material en algún órgano, tejido o célula del cuerpo humano que, a un tiempo, se manifestaba mediante alteraciones funcionales (los síntomas y los signos). Conforme a esta visión, se pensaba que la perturbación mental se debía a una modificación física en alguna parte del cerebro. Pero en aquel tiempo, los estudios acerca de las localizaciones de las facultades mentales y de los síntomas psiquiátricos, habían arrojado muy pocos resultados. De tal modo, los facultativos aducían que no era posible administrar una terapéutica racional enfocada a la etiología de la enfermedad mental, pues se desconocía el asiento de la misma. La farmacología y la cirugía, entonces, tenían poco que hacer. Y aunque el tratamiento moral tampoco estaba dirigido al origen orgánico de la locura, se le calificó como el recurso más efectivo y seguro, además de que era congruente con los valores morales de los médicos y se le tenía como moderno, humanitario y científico.

Y finalmente, los doctores ciudadanos resolvieron la posible disyuntiva que podía suscitar el empleo de una terapéutica psicológica –el tratamiento moral- en una enfermedad orgánica –la locura-, mediante la interacción médica cuerpo-alma. De acuerdo a la posición del interaccionismo dualista, se consideraba que lo físico podía injerir en lo moral y éste en aquél. Los médicos, entonces, de una forma cómoda y sin plantearse cómo o por qué se producía tal relación, argumentaron que el tratamiento moral podía incidir favorablemente en el cerebro dañado y aliviar la locura.

De tal modo, las serias limitaciones de la psiquiatría decimonónica occidental (los escasos frutos localizacionistas y la ineficacia del tratamiento físico) llevaron a aceptar el tratamiento moral y a adecuarlo a las circunstancias médicas y sociales de la capital mexicana. Como se dijo, todo un cúmulo heterogéneo de factores se conjugó para que entre 1830 y 1910 se viviera la apoteosis de la terapéutica del alma.

Igualmente, el tratamiento moral fue aceptado en la ciudad de México a la par que se conocían otros sistemas explicativos de la enfermedad mental, específicamente la postura anatomopatológica. El incipiente alienismo ciudadano que se estaba conformando en la segunda mitad de la centuria admitió en su pensamiento tanto al tratamiento moral –que respondía a una concepción psicologista de la locura-, como a la corriente somaticista –que veía a la enajenación como un padecimiento netamente corporal. Aquí, aunque la psiquiatría fue tenida como una disciplina difícil y oscura, el tratamiento moral no la convirtió en una “ciencia especial” aislada del resto de la medicina científica, como ocurrió en el caso francés en la primera mitad del siglo XIX. Aquí, el tratamiento moral convivió pacíficamente con la tendencia organicista imperante en la medicina local.

Así pues, la asimilación del tratamiento moral en México se dio de acuerdo a las condiciones peculiares tanto de la medicina como de la sociedad. Y aunque el establecimiento de esta terapéutica estuvo enmarcado por la influencia europea, las condiciones que adquirió aquí fueron muy diferentes a la situación del tratamiento moral en Europa. El tratamiento moral tomó características propias del

contexto local; se podría decir que fue mexicanizado. La especificidad de nuestro caso radica en que el tratamiento moral fue instaurado por parte de una medicina somaticista y cuando en el viejo continente ya se había desechado. Todo esto debido a las propias deficiencias psiquiátricas del momento y a su exitosa adaptación a la situación médica y social de la capital mexicana.

En otros países similares a México científica y culturalmente, como España y Argentina, aconteció algo muy parecido con relación a la instauración del tratamiento moral. Desconocemos cuáles fueron los factores precisos de la recepción de esta terapéutica en tales países, pero en ambos casos el tratamiento moral fue aceptado en el contexto de una psiquiatría de corte organicista en la segunda mitad del siglo XIX. España y Argentina, al igual que México, eran naciones receptoras del conocimiento científico y contaban con una muy escasa producción científica original. La mayoría de las veces los hombres de ciencia se dedicaban a recibir y reelaborar las teorías científicas extranjeras después de algunos años o décadas de su formulación original. El tratamiento moral fue establecido en estos países en el momento que ya había sido cuestionado en Francia, Inglaterra y Alemania, y que el paradigma organicista comenzaba su dominio. Como en México, en España y Argentina el tratamiento moral se aceptó sin causar polémica alguna y de forma simultánea en la época que se instalaba también la visión anatomoclínica de la enfermedad mental.⁴

Esto quiere decir que el caso mexicano no fue totalmente excepcional y presentó características comunes con otros países afines. No deja de ser significativo que en ellos la asimilación del tratamiento moral se registrara de modo tan análogo al nuestro. Sin duda alguna un factor importante fue la gran cantidad de elementos culturales, socioeconómicos y científicos que comparten los pueblos iberoamericanos. En estas naciones el tratamiento moral, aunque fue instaurado de forma tardía –o quizá por ello-, no representó ningún conflicto, como sí ocurrió en Europa, y coexistió con la mentalidad anatomoclínica de la enfermedad mental.

⁴ Para el caso español: Huertas, 2002, pp. 38-39; Comelles, 1988, pp. 45-54, 255-264. En cuanto a Argentina: Eraso, 2002, pp. 36-61; Ingenieros, 1957, pp. 96-97.

Ahora bien, regresemos al escenario de la ciudad de México y digamos que la adopción tardía del tratamiento moral no se debió a un “retraso médico” propio de las zonas geográficas receptoras de las teorías científicas, sino más bien, al conocimiento preciso que tenían los doctores mexicanos de la espinosa situación por la que pasaba la psiquiatría occidental en la segunda mitad del siglo XIX. Las deficiencias de la medicina mental en la terapéutica de la locura, engendraron en Europa un ambiente de pesimismo, incurabilidad y cronicidad, que fue conocido como “nihilismo terapéutico”. La medicina local, al establecer el tratamiento moral, se alejó tanto en la teoría como en la praxis, de esa tendencia sombría que privaba en el viejo continente. El alienismo capitalino nació, así, con una postura optimista hacia la locura y evitó el callejón sin salida al que se enfrentaba el alienismo europeo. “Donde la psiquiatría había agotado sus esperanzas de cura y con ella de tratamiento efectivo de la enfermedad, la terapéutica moral prometía una recuperación menos incierta”.⁵

Además, los médicos ciudadanos, así como no desconocían las condiciones de la terapia y de los estudios anatomopatológicos de la locura que se realizaban en Europa, tampoco ignoraban que el tratamiento moral y el manicomio tradicional que seguía las pautas de éste, habían sido duramente criticados y que nuevos métodos asistenciales de la enfermedad mental estaban cobrando importancia, como las colonias agrícolas o los sistemas abiertos. Sin embargo, tanto los facultativos como las autoridades, resolvieron acoger la terapéutica psicológica y el manicomio moral, pues estos recursos les proporcionaron ciertas ventajas (científicas y sociales) que, al parecer, ninguno de los otros sistemas les podían conceder.

Ya anotamos que gracias al tratamiento moral los valores burgueses de los médicos se pudieron reproducir de forma “científica” al interior de los asilos para locos capitalinos y que, a un tiempo, la medicina y el Estado se revistieron de cualidades como el humanitarismo, la científicidad y la modernidad. Además, el establecimiento del tratamiento moral trajo consigo dos importantes

⁵ Eraso, 2002, pp. 61.

consecuencias para la medicina mexicana: la construcción de La Castañeda y el origen de la psiquiatría en el país.

Tras más de medio siglo de peticiones y demandas, los médicos capitalinos consiguieron que el gobierno federal invirtiera en la obra del manicomio. El tratamiento moral jugó un papel trascendente en este logro. Como vimos en esta investigación, en todo momento el discurso de esta terapéutica fue usado por los facultativos para exigir tanto el cierre de los antiguos asilos para locos como la edificación de un manicomio moderno. Los proyectos para realizar esta empresa, asimismo, estuvieron dirigidos por el tratamiento moral. Y finalmente, el propio Manicomio General fue construido de acuerdo a las premisas de los medios morales –aunque paradójicamente esta terapia de la locura ya no tuviera cabida en tal institución-. Así, la creación de La Castañeda fue producto de una negociación compleja entre diversos actores y estrategias.

Con base en el tratamiento moral, estos personajes consiguieron significativos beneficios para sí mismos. No por nada las autoridades porfiristas comenzaron los festejos del centenario de la independencia precisamente con la inauguración de La Castañeda. Se trataba de demostrar al mundo civilizado el progreso alcanzado por México en cien años como nación libre. Y el gobierno se arrogó como el autor de ese espectacular desarrollo nacional. Así, el manicomio – el lugar “natural” de la locura- se erigió como el signo decimonónico de la filantropía, la ilustración, la cientificidad y el progreso.

Igualmente, para los médicos del siglo XIX La Castañeda representó uno de sus más grandes triunfos. Significaba que el Estado mexicano confiaba en ellos y que sus conocimientos eran reconocidos como válidos y eficaces. Después de todo, se había construido uno de los primeros “hospitales” especializados en todo el país. Y ahora, por fin, el naciente alienismo mexicano tendría un lugar idóneo para poner en marcha adecuadamente la práctica manicomial.

Además, el tratamiento moral en la segunda mitad del siglo XIX coadyuvó, junto con la visión organicista de la locura, en la génesis de la psiquiatría capitalina. Son varios los factores que indican que en aquel tiempo una nueva disciplina médica se estaba conformando en la ciudad de México, como las

primeras cátedras de psiquiatría, la existencia de cierto número de doctores dedicados al estudio de la locura, el interés por ésta en las revistas médicas y en las tesis de medicina, la creación de establecimientos públicos y privados destinados a enfermos mentales o nerviosos, entre otros; pero me parece que el tratamiento moral y la tendencia somaticista, pusieron las bases de este novel alienismo. Gracias a estos elementos los facultativos contaron con una infinidad de instrumentos y mecanismos para conocer, tratar y metodizar la enfermedad mental (como las autopsias, las mediciones antropométricas, las drogas, el asilo, el trabajo terapéutico, las distracciones, el razonamiento, las charlas, los castigos, los baños, la contención, etc.) De tal modo, gracias a tal cantidad de recursos, los médicos interesados en la enajenación legitimaron su discurso y práctica no sólo ante el resto de la comunidad médica, sino también, ante la sociedad entera.

El valor del tratamiento moral para la historia de la psiquiatría en México es enorme si tomamos en cuenta no sólo que debido a él se fabricó una de las joyas más preciadas de la medicina nacional –La Castañeda-, sino además, porque contribuyó a institucionalizar la psiquiatría en el país. El tratamiento moral fue el eje de la terapéutica y de la asistencia psiquiátrica en la ciudad de México entre 1830 y 1910. Pero, el tratamiento moral, más que una simple terapia de la locura, representa toda una época para el alienismo capitalino y un verdadero paradigma en la forma de concebir y tratar la enfermedad mental. La apoteosis de la terapéutica del alma significó el nacimiento de la psiquiatría en México.

REFERENCIAS

- ARCHIVOS

- Archivo Histórico de la Secretaría de Salud (AHSSA)
Fondo Beneficencia Pública (FBP). Sección Establecimientos Hospitalarios (SEH).
 - Serie Hospital de San Hipólito (SeHSH). Legajo 1-10.
 - Serie Hospital del Divino Salvador (SeHDS). Legajo 1-23.
 - Serie Manicomio General (SeMG). Legajo 1.
 - Serie Hospital de Epilépticos (SeHE). Legajo 1.
- Sección Higiene Pública (SHP). Serie Inspección de Establecimientos Públicos (SeIEP).
- Fondo Manicomio General (FMG). Sección Expedientes Clínicos (SEC), caja 1-17.

- Archivo Histórico del Distrito Federal (AHDF)
 - Fondo Hospitales en general (FHG). Volumen 2299.
 - Fondo Hospital e Iglesia de San Hipólito (FHISH). Volumen 2300-2302.
 - Fondo Hospital de San Hipólito y Jardín de Riboulet (FHSJR). Volumen 2303.
 - Fondo Hospital del Divino Salvador (FHDS). Volumen 2312.

- Biblioteca del Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina de la UNAM
 - Hemerografía y tesis de medicina del siglo XIX.

- Biblioteca de la Academia Nacional de Medicina
 - Hemerografía del siglo XIX.

- Biblioteca Nacional de México
 - Fondo Reservado.

- FUENTES

- Abadiano, Juan, 1878, *Establecimientos de Beneficencia*, México, Imprenta Tecpan de Santiago.
- Abogado, Enrique, 1908a, "La arterio esclerosis y la neurastenia", *Crónica Médica Mexicana*, t. XI, n. 6, pp. 162-166.
- _____, 1908b, "Nuevos medicamentos", *Crónica Médica Mexicana*, t. XI, n. 6, pp. 166-167.
- _____, 1906a, "Algo de psiquiatría", *Crónica Médica Mexicana*, t. IX, n. 9, pp. 230-239.

- _____, 1906b, “El alcoholismo y la estricnina”, *Crónica Médica Mexicana*, t. IX, n. 9, pp. 250-251.
- _____, 1906c, “La neurastenia, su tratamiento y su curación”, *Crónica Médica Mexicana*, t. IX, n. 12, pp. 314-318.
- Ábrego, Federico, 1892, “¿Cuáles son las enfermedades que simula el soldado mexicano y qué medidas eficaces hay para su reconocimiento?”, *Gaceta Médico-Militar*, t. IV, pp. 13-22, 33-44, 65-74, 97-107.
- Aguirre, Adelfo, 1900, *La neurastenia*, México, 52p. (Tesis, Escuela Nacional de Medicina).
- Alcocer, Carlos, 1908, *Simulación de la epilepsia*, México, pp. 199-203, (Tesis, Escuela Nacional de Medicina).
- “Alcoholismo agudo. Delirium Tremens tratado por inyecciones subcutáneas de amoníaco”, 1888, *La Escuela de Medicina*, t. IX, pp. 408.
- Alfaro, Manuel, 1880, “Apuntamientos sobre las enfermas del Hospital del Divino Salvador”, *Independencia Médica*, t. I, n. 15, pp. 127-131.
- Alfaro, Manuel y Romero A., 1880, “Informe pericial sobre el estado intelectual de la procesada Juana B. De P.”, *Independencia Médica*, t. I, n. 18, pp. 152-155.
- Alfaro, Ramón, 1866, “Breve noticia histórica del hospital de San Hipólito de México”, *Gaceta Médica de México*, t. II, pp. 238-240.
- Altamirano, F., 1901, “Plantas que producen locura”, *Gaceta Médica de México*, 2ª serie, t. I, pp. 64-66.
- Alvarado, Miguel, 1883, “Breves apuntes para formar la historia del estado de mal epiléptico”, *Gaceta Médica de México*, t. XVIII, pp. 449-459.
- _____, 1881, “Casos clínicos de enfermedades mentales”, *La Escuela de Medicina*, t. III, pp.155-156.
- _____, 1873, “Hernia inguinal externa. (Vaginal-testicular de Malgaigne). En un niño de cuatro meses, estrangulación, herniotomía, curación”, *Gaceta Médica de México*, t. VIII, pp. 115-122.
- Álvarez, José M., 1880, *Estudio teórico práctico del tratamiento moral de la locura*, México, 25p. (Tesis, Escuela Nacional de Medicina).
- *Anales de la Escuela N. de Medicina. Parte médica. Año 1. 1904-1905*, 1905, México, Tip. De los Sucs. De Francisco Díaz de León, 371p.
- Andrade, José María, 1907, [1864], *Informe sobre los Establecimientos de Beneficencia y Corrección de esta capital, su estado actual, 1864, noticia de sus fondos, reformas que desde luego necesitan y plan general de su arreglo, presentado por...*, México, Moderna Librería Religiosa de José L. Vallejo.
- Aragón, Enrique O., 1913, “La compresión de los ovarios en las histéricas”, *La Escuela de Medicina*, t. XXVIII, n. 1, pp. 1-4.
- _____, 1912a, “Estado de la memoria en las histéricas, su alteración”, *La Escuela de Medicina*, t. XXVII, n. 2, pp. 25-28.
- _____, 1912b, “Los retrasados mentales”, *Gaceta Médica de México*, 3ª serie, t. VII, pp. 540-549.

- _____, 1912c, “Síndromes mentales”, *Gaceta Médica de México*, 3ª serie, t. VII, pp. 199.
- _____, 1905, “La enajenación en México”, *El Observador Médico. Revista Científica de la Asociación Médica Pedro Escobedo*, 2ª época, t. V, n. 11, pp. 157-170.
- Aragón, Manuel, 1881a, “El magnetismo. Nuevos experimentos hechos en México”, *El Observador Médico. Revista científica de la Asociación Médica “Pedro Escobedo”*, t. V, pp. 417-418.
- _____, 1881b, “El magnetismo animal”, *El Observador Médico. Revista Científica de la Asociación Médica Pedro Escobedo*, t. VI, n. 1, pp. 6-7.
- Aranda Díaz, Francisco, 1898, *Algunas consideraciones a propósito del alcoholismo*, México, 52p. (Tesis, Escuela Nacional de Medicina).
- Armendáriz, Francisco, 1888, *Breves consideraciones sobre el Hipnotismo*, México, 52p. (Tesis, Escuela Nacional de Medicina).
- Arostegui, Gonzalo, 1895, “Los excéntricos”, *Medicina Científica. Basada en la fisiología y en la experimentación clínica*, t. VIII, n. 18, pp. 285-287, n. 19, pp. 301-303.
- Arriaga, Javier, 1908, “Algunas consideraciones sobre la tolerancia excepcional que presentan los enajenados para la administración de los medicamentos sedantes del sistema nervioso”, *Gaceta Médica de México*, 3ª serie, t. III, pp. 194-205.
- _____, 1906, “Breves consideraciones sobre la locura de doble forma o manía-melancolía”, *Gaceta Médica de México*, 3ª serie, t. I, (apéndice), pp. 212-218.
- “Autosugestión gráfica en el tratamiento de la psiconeurosis”, 1910, *La Escuela de Medicina*, t. XXV, n. 8, pp. 189.
- Babinski, J., 1905, “Introducción a la semiología de las enfermedades del sistema nervioso”, *La Escuela de Medicina*, t. XX, n. 11, pp. 241-249.
- “Babinski”, 1902, *La Escuela de Medicina*, t. XVII, n. 6, pp. 127-131.
- Baker, John, 1893, “El crimen y la locura”, *Medicina Científica. Basada en la fisiología y en la experimentación clínica*, t. VI, n. 13, pp. 204-205.
- Balbuena, Patricio, 1841, “De la masturbación considerada como causa de enfermedad”, *Periódico de la Sociedad Filoiátrica de México*, t. I, pp. 70-72.
- Ball, Benjamín, 1881, “Teoría de las alucinaciones”, *La Escuela de Medicina*, t. II, n. 18, pp. 229-235, n. 19, pp. 273-277.
- Bandera, José M., 1895, *Necesidad de una ley que reglamente la admisión y salida de locos en los establecimientos públicos o particulares, destinados a esta clase de enfermos*, México, Oficina tipográfica de la Secretaría de Fomento.
- _____, 1893, “Dictamen sobre la memoria del Dr. Secundino E. Sosa”, *Gaceta médica de México*, t. XXIX, n. 3, pp. 93-96.
- _____, 1891, “Los locos dañosos”, *Gaceta Médica de México*, t. XXVI, pp. 133-136.
- Barreda, Gabino, 1883, “Algunas consideraciones sobre el suicidio”, *La Escuela de Medicina*, t. IV, pp. 159-161.

- Barrera, Jesús, 1870, *Del alcoholismo y algunas de sus formas*, México, 25p. (Tesis, Escuela Nacional de Medicina).
- Bartolache, José Ignacio, 1983, [1772], “Avisos acerca del mal histérico, que llaman latido”, en *Mercurio Volante, 1772-1773*, 2ª ed., México, UNAM, pp. 55-64. (Biblioteca del estudiante universitario, 101).
- Belina, 1883, “Bosquejo histórico de los progresos del magnetismo”, *El Observador Médico. Revista Científica de la Asociación Médica “Pedro Escobedo”*, t. VI, n. 24, pp. 361-368.
- _____, 1880, “El Magnetismo humano”, *La Independencia Médica*, t. I, n. 2, pp. 9-11.
- Blasques, F., 1881, “Patogénesis de la epilepsia”, *Independencia Médica*, t. 1, n. 36, pp. 296-297, n. 37, pp. 304-305.
- Brena, J., 1896, “El nitrato de plata en la epilepsia”, *Gaceta médica de México*, t. XXXIII, n. 9, pp. 479-482.
- “Bromuro de níquel contra la epilepsia”, 1885, *La Escuela de Medicina*, t. VI, pp. 248.
- Caballero Barcia, Juan, 1901, “La locura y la responsabilidad moral”, *La Escuela de Medicina*, t. XV, n. 19, pp. 439-445.
- Calderón de la Barca, Madame, 1997, [1843], *La vida en México. Durante una residencia de dos años en ese país*, tr. Y pról. Felipe Teixidor, México, Editorial Porrúa, 426p. (“Sepan Cuantos...”, 74).
- Campos Juan, 1870, “¿La epilepsia en qué condiciones conduce a la locura? ¿Cuál es su etiología? ¿Cuál su tratamiento?”, *El Porvenir. Periódico de la Sociedad Filoiátrica y de la Beneficencia de los alumnos de la Escuela de Medicina*, t. III, pp. 208-221.
- Cañedo, Roberto, 1889, *Terapéutica. El magnetismo humano y su acción terapéutica en las enfermedades nerviosas*, México, 129p. (Tesis, Escuela Nacional de Medicina).
- Caraza, Rafael, 1879, “Informe que el Médico cirujano del Hospital de San Hipólito que suscribe, rinde sobre el estado mental de Marcelino Domingo”, *El Observador Médico. Revista científica de la Asociación Médica “Pedro Escobedo”*, t. V, pp. 34-39.
- Carmona, Juan, 1910, “El Dr. José M. Bandera”, *Crónica Médica Mexicana*, t. XIII, n. 3, pp. 87-91.
- Carmona, Manuel, 1904, “Algunas consideraciones sobre el empirismo”, *Crónica Médica Mexicana*, t. VIII, n. 2, pp. 48-50.
- Carpio, Manuel, 1840, “Cuadro del estado actual de la medicina”, *Periódico de la Academia de Medicina de Méjico*, t. V, pp. 3-14.
- Casarín, Sabino, 1903, *Alcoholismo y matrimonio*, 31p. (Tesis, Escuela Nacional de Medicina).
- Castañeda, José, Máximo Silva y Carlos Aguilera, 1886, “Contribución a la estadística del suicidio en la República Mexicana”, *La Escuela de Medicina*, t. VII, pp. 103-108.
- Castro López, José J., 1902, “Irresponsabilidad por epilepsia”, *Crónica Médica Mexicana*, t. V, n. 10, pp. 237-240.

- Claridge, R.T., 1848, *Hidropathia o cura por medio del agua fría según la práctica de Vicente Priessnitz en Graefenberg, en Silesia, Austria*, tr. del inglés por D. Rodríguez, Guadalajara, 100p.
- “Clasificación de algunas enfermedades nerviosas orgánicas fundadas en la teoría de la neurona”, 1899, *La Escuela de Medicina*, t. XIV, n. 36, pp. 779-781.
- “Clínica nerviosa. Dr. Charcot, Hemiplegia histérica. Lección recogida por P. Marie”, 1884, *La Escuela de Medicina*, t. VI, pp. 63-64, 76-77.
- Colmenares, R., 1896, “Afasia. Estudio de patología general”, *Revista quincenal de anatomía patológica, clínicas médica y quirúrgica*, t. 1, n. 8, pp. 256-269.
- Comisión Especial, 1898, “Exposición y proyecto para construir un manicomio en el Distrito Federal”, en *Memorias del Segundo Congreso Médico Panamericano verificado en la Ciudad de México, Distrito Federal, República Mexicana, noviembre de 1896*, México, Hueck y Compañía impresores y Editores, t. 2, pp. 887-899.
- “Conferencias sobre la locura en la Escuela de Medicina”, 1891, *El Monitor Republicano*, 5 de febrero, pp. 3.
- Consejo Superior de Salubridad, 1910, *La salubridad e higiene en los Estados Unidos Mexicanos*, México.
- “Convulsiones puerperales de origen epiléptico”, 1900, *La Escuela de Medicina*, t. XV, n. 30, pp. 686.
- Cordero, Miguel, 1841, “Lypemania o melancolía”, *Periódico de la Sociedad Filoiátrica de México*, t. I, pp. 96-110.
- Corral, Eduardo, 1882, *Algunas consideraciones médico-legales sobre la responsabilidad criminal de los epilépticos*, México, 67p. (Tesis, Escuela Nacional de Medicina).
- Cosío, Joaquín, 1904, “Trastornos psíquicos de la neurastenia”, *Gaceta Médica de México*, 2ª serie, t. IV, n. 24, pp. 308-314.
- *Cuadro gráfico de los enfermos que han ingresado a los manicomios 1883-1895*, 1896, México, Gobierno del Distrito federal.
- “Cuándo debe ser trasladado un loco a un manicomio”, 1903, *La Escuela de Medicina*, t. XVIII, n. 9, pp. 208- 209.
- “Curación de la neurastenia”, 1903, *La Escuela de Medicina*, t. XVIII, n. 18, pp. 431-432.
- Chaix, Carlos L., 1870, *Estudio patogénico, diagnóstico y psicológico de la epilepsia*, México, 32p. (Tesis, Escuela Nacional de Medicina).
- David, Julio, 1890, “El amor considerado como neurosis”, *El Estudio. Semanario de ciencias médicas. Órgano de Instituto Médico Nacional*, t. II, n. 17, pp. 258-261, n. 18, pp. 278-281.
- Daquin, Joseph, 2000, [1791], *La filosofía de la locura*, tr. María José Pozo, prólogo de José Luis Peset, Madrid, Asociación Española de Neuropsiquiatría, pp. 109-196.
- “De la acción de las impresiones morales sobre el organismo”, 1879, *El Observador Médico. Revista científica de la Asociación Médica “Pedro Escobedo”*, t. V, pp. 340

- “De la epilepsia”, 1888, *La Escuela de Medicina*, t. IX, pp. 105-106.
- “De la parálisis histérica”, 1893, *La Escuela de Medicina*, t. XII, n. 20, pp. 426.
- “De la presencia de un parásito en la sangre de los epilépticos”, 1902, *La Escuela de Medicina*, t. XVII, n. 18, pp. 427.
- “Del asiento cerebral del suicidio y de los impulsos suicidas”, 1882, *La Escuela de Medicina*, t. IV, n.10, pp.121
- “Del tratamiento de la locura y otras neurosis por medio de la luz coloreada”, 1876, *El Observador Médico. Revista científica de la Asociación Médica “Pedro Escobedo”*, t. IV, pp. 43.
- “Delirios menstruales periódicos”, 1898, *La Escuela de Medicina*, t. XIV, n. 30, pp. 651.
- Deschamps, Albert, 1902, “La mujer nerviosa. Ensayos de psicología y psicoterapia”, *El Observador Médico. Revista Científica de la Asociación Médica Pedro Escobedo*, 2ª época, t. II, n. 20, pp. 299-311.
- Domínguez y Quintanar, 1870, *El alcoholismo: su historia, causas, efectos patológicos, sociales, su terapéutica y recursos legales para evitar el vicio*, México, 51p. (Tesis, Escuela Nacional de Medicina).
- “Drama en un asilo de alienados”, 1904, *La Escuela de Medicina*, t. XIX, n. 22, pp. 527.
- Duges, Alfredo, 1888, “Santa Teresa. Ligerio estudio sobre el éxtasis”, *Gaceta Médica de México*, t. XXIII, n. 15, pp. 312-321.
- “¿El bromuro es antihelmíntico?”, 1872, *El Observador Médico. Revista Científica de la Asociación Médica Pedro Escobedo*, t. I, n. 24, pp. 374-375.
- “El cráneo de Descartes, su capacidad y la de otros cráneos de hombres ilustres”, 1880, *Gaceta Médica de México*, t. XV, n. 10, pp. 237-239.
- “El crimen y la locura”, 1894, *La Escuela de Medicina*, t. XII, n. 43, pp. 877-879.
- “El Curaré en la epilepsia”, 1882, *La Escuela de Medicina*, t. IV, pp. 98.
- “El Dr. D. Juan Govantes”, 1894, *Anales del Instituto Médico Nacional*, t. I, n. 4, pp. 155.
- “El Dr. Juan Peón del Valle”, 1909, *La Escuela de Medicina*, t. XXIV, n. 24, pp. 552.
- “El Dr. Miguel Alvarado”, 1884, *La Escuela de Medicina*, t. V, pp. 312.
- “El hipnotismo”, 1886, *La Escuela de Medicina*, t. VII, pp. 140.
- “El Hospital de San Hipólito”, 1888, *La Escuela de Medicina*, t. IX, n. 17, pp. 133-135.
- “El médico considerado moral y filosóficamente en diversos ramos de su profesión”, 1870, *El Observador Médico. Revista Científica de la Asociación Médica “Pedro Escobedo”*, t. I, n. 9, pp. 129-133.
- “El peso del cerebro y la capacidad intelectual”, 1900, *La Escuela de Medicina*, t. XV, n. 30 pp. 132.
- “El suicidio en los ejércitos europeos”, 1891, *Gaceta Médico-Militar*, t. III, pp. 52-55.

- “El sulfato neutro de duboisina en el tratamiento de la alienación mental”, 1893, *La Escuela de Medicina*, t. XII, n. 6, pp. 125.
- “Electroterapia en la histeria”, 1890, *El Estudio. Semanario de ciencias médicas. Órgano de Instituto Médico Nacional*, t. II, n. 22, pp. 345-348.
- “Eliminación del nitrógeno y del ácido fosfórico en los enajenados”, 1885, *La Escuela de Medicina*, t. VI, pp. 112.
- “Enfermedades de la cabeza”, 1851, *Revista Médica*, agosto, pp. 4-7.
- “Enfermedades mentales de los niños, por el Dr. John Madison Taylor, de Filadelfia”, 1894, *La Escuela de Medicina*, t. XII, n. 39, pp. 809-810.
- Erimont, Enrique A., 1873, *Ligeros apuntes sobre la embriaguez considerada como enfermedad*, México, 28p. (Tesis, Escuela Nacional de Medicina).
- Escuder, “El magnetismo”, 1888, *La Medicina Científica. Basada en la fisiología y en la experimentación clínica*, t. I, n. 17, pp. 266-268.
- Espejo, José María, 1840, “Histérico”, *Periódico de la Academia de Medicina de México*, t. V, pp. 20-22.
- Esquirol, Étienne, 1991, [1838] *Memoria sobre la locura y sus variedades*, prólogo Rafael Huertas García, Madrid, Dorsa, 378p.
- _____, 2000, [1805] *Sobre las pasiones consideradas como causas, síntomas y remedios de la alienación mental*, tr. María José Pozo, prólogo de José Luis Peset, Madrid, Asociación Española de Neuropsiquiatría, 107p. (Historia, 8).
- Etchepare, B., 1905, “Locura comunicada entre dos hermanas”, *La Escuela de Medicina*, t. XX, n. 17, pp. 390-398.
- “Fatiga cerebral como signo de la parálisis general”, 1884, *La Escuela de Medicina*, t. V, pp. 317-318.
- Fenelón, 1888a, “Carta del Dr. Sr. Fenelón”, *La Medicina Científica. Basada en la fisiología y en la experimentación clínica*, t. I, n. 22, pp. 352.
- _____, 1888b, “El braidismo”, *La Medicina Científica. Basada en la fisiología y en la experimentación clínica*, t. I, n. 19, pp. 289-294.
- _____, 1888c, “Réplica”, *La Medicina Científica. Basada en la fisiología y en la experimentación clínica*, t. I, n. 22, pp. 340-342.
- _____, 1888d, “Respuesta del Dr. Fenelón”, en *La Medicina Científica. Basada en la fisiología y en la experimentación clínica*, t. I, n. 22, pp. 345-347.
- Ferdas, Rene, 1881, “Amor médico”, *La Escuela de Medicina*, t. II, n. 19, pp. 277-280.
- Ferreol, Labadie, 1885, *Reseña acerca de la historia de la parálisis general progresiva de los enajenados y sus formas cíclicas*, México, 30p. (Tesis, Escuela Nacional de Medicina).
- Ferrua, Joseph, 1906, “Los derivados de la valeriana en el tratamiento de las enfermedades nerviosas”, *Crónica Médica Mexicana*, t. IX, n. 10, pp. 270-271.
- Fleury, Luis, 1858, “Compendio de la obra Hidroterapia racional”, *La Unión Médica de México*, t. II, apéndice, 96p.

- Flint, Agustín, 1896, “Sobre el rol futuro del médico en el tratamiento científico del crimen y de los criminales”, *Medicina Científica. Basada en la fisiología y en la experimentación clínica*, t. IX, n. 17, pp. 265-270.
- Flores, Francisco A., 1888, *Historia de la medicina en México desde la época de los indios hasta el presente*, 3 t., México, Oficina Tipográfica de la Sec. De Fomento.
- Flores, Vicente, “Histeria”, 1906, *Anales de la Escuela Nacional de Medicina, año II. 1905-1906*, México, Tipografía Económica, pp. 233-239.
- “Formula para la histeria”, 1884, *La Escuela de Medicina*, t. V, pp. 260.
- Foville, 1875, “Los enajenados en los Estados Unidos del Norte. Legislación y Asistencia”, tr. Sánchez, D.J., *Gaceta Médica de México*, t. X, pp. 251-256, 269-273, 297-300, 354-359, t. XI, 1876, pp. 61-63, 76-80, 113-117.
- Galcerán, A., 1896, “El eterno disentimiento entre juristas y frenópatas”, *Medicina Científica. Basada en la fisiología y en la experimentación clínica*, t. IX, n. 11, pp. 173-175.
- Garay, A. de, 1899, “La bicicleta (Artículo humorístico)”, *La Escuela de Medicina*, t. XIV, n. 36, pp. 771-773.
- _____, 1879, “El Hospital del Divino Salvador”, *La Escuela de Medicina*, t. I, n. 2, pp. 10-12.
- García, Crescencio, 1888, “Armonicoterapia o sea la curación de las enfermedades por medio de la música”, *La Escuela de Medicina*, t. IX, pp. 416-423, 431-438, 447-454.
- García, Samuel, 1912, “El Dr. Porfirio Parra”, *La Escuela de Medicina*, t. XXVII, n. 17, pp. 393-394.
- _____, 1907, “Insanidad mental, sus formas, sus condiciones”, *Revista Positiva. Orden y Progreso*, t. VII, n. 85, 13 de agosto, pp. 533-548.
- Gaxiola, J. Antonio, 1908, *Relaciones de las células nerviosas entre sí*, 13p. (Tesis, Escuela Nacional de Medicina).
- Gómez, Elías, A., 1888, *Fenómenos psíquicos de la epilepsia*, 46p. (Tesis, Escuela Nacional de Medicina).
- Gómez, Marcos, 1873, *Apuntes biográficos de fray Bernardino Álvarez, del hospital de San Hipólito en México*, México, Imprenta del Colegio de Artes y Oficios, 8p.
- González Serveña, José, 1849, *La hidropatía o más bien la hidroterapia desde su origen hasta nosotros*, México, 70p. (Tesis, Escuela Nacional de Medicina).
- González Ureña, José de Jesús, 1914, *Los niños anormales psíquicos*, México, Librería Viuda de Bouret.
- _____, 1913, “Psicoterapia armada en los accidentes histéricos”, *Gaceta Médica de México*, 3ª serie, t. VIII, pp. 94- 105.
- _____, 1912, “Los niños retardados y los niños anormales”, *Boletín de Ciencias Médicas*, t. III, n. 2, pp. 68-70.
- _____, 1903, “Clínica médica. Manera de explorar la personalidad psíquica de los individuos”, *Gaceta Médica de México*, 2ª serie, t. III, n. 14, pp. 208-214.

- _____, 1902, “Dos notas de clínica neuropática” *Crónica Médica Mexicana*, t. V, n. 3, pp. 58-63.
- _____, 1901, “Un caso raro de perturbación del lenguaje”, *Crónica Médica Mexicana*, t. IV, n. 11, pp. 241-247.
- Gota, Antonio, 1909, “El nerviosismo creciente de nuestro tiempo”, *La Escuela de Medicina*, t. XXIV, n. 19, pp. 438-449.
- Govantes, Juan, 1894, “Tumbavaqueros”, *Anales del Instituto Médico Nacional*, t. I, n. 4, pp. 126-127.
- Gracieux, Philippe, 1904, “Locura por parejas”, *La Escuela de Medicina*, t. XIX, n. 20, pp. 457-459.
- Grasset, 1904, “Tratamiento de la parálisis general”, *La Escuela de Medicina*, t. XIX, n. 7, pp. 155-156.
- _____, 1903, “Tratamiento de la histeria”, *El Observador Médico. Revista científica de la Asociación Médica “Pedro Escobedo”*, 2ª serie, t. III, n. 16, pp. 252-254.
- Guajardo, Faustino, 1887, *Algunas consideraciones sobre el hipnotismo*, México, 31p. (Tesis, Escuela Nacional de Medicina).
- Guerrero, Julio, 1996, [1901], *La génesis del crimen en México. Estudio de psiquiatría social*, México, CONACULTA, 282p. (Cien de México).
- “Hechos nuevos relativos a la naturaleza de la histeria”, 1894, *La Escuela de Medicina*, t. XII, n. 42, pp. 863-864.
- Herrera, Mariano, 1881, *Algunas consideraciones sobre pediatría*, México (Tesis, Escuela Nacional de Medicina).
- Herreros y Duelos, Antonio, 1884, “Caso notable del histerismo crónico. Parálisis progresiva”, *La Escuela de Medicina*, t. VI, pp. 146-150.
- Hidalgo y Carpio, Luis, 1870a, “Epilepsia. Lecciones sobre esta enfermedad desde el punto de vista de la Medicina Legal”, *Gaceta Médica de México*, t. V, pp. 134-141, 145-158.
- _____, 1870b, “Magnetismo animal”, *Gaceta Médica de México*, t. V, pp. 143-144.
- _____, 1870c, “Moral Médica”, *El Porvenir. Periódico de la Sociedad Filoiátrica y de la Beneficencia de los alumnos de la Escuela de Medicina*, t. II, n. 1, pp. 1-15.
- _____, 1869, *Introducción al estudio de la medicina legal mexicana*, México, Imprenta de I. Escalante y Compañía.
- _____, 1840, “Delirio nervioso”, *Periódico de la Academia de Medicina de México*, t. V, pp. 429-440.
- Hidalgo Carpio, Manuel, 1866, “Delirio nervioso a consecuencia de una quemadura”, *Gaceta Médica de México*, t. II, pp. 220-221.
- Hinojosa, A., 1909, “Los enfermos y las medicinas de patente”, *Crónica Médica Mexicana*, t. XII, n. 12, pp. 316-320.
- “Histeria. Síntomas”, 1874, *El Observador Médico. Revista científica de la Asociación Médica “Pedro Escobedo”*, t. I, pp. 120-122.
- Horta, Pedro de, 1763, *Informe médico-moral de la penosísima y rigurosa enfermedad de la epilepsia, a pedimento de la M.R.M. Alexandra Beatriz de*

los Dolores, dignísima priora del convento del glorioso y máximo doctor señor San Jerónimo, que hace el bachiller..., Madrid, Domingo Fernández de Arroyo, XVI + 284p.

- “Hospital de locos”, 1851, *Revista Médica*, febrero, pp. 16.
- “Hospital del Divino Salvador”, 1889, *El Estudio. Semanario de ciencias médicas. Órgano de Instituto Médico Nacional*, t. I, n. 6, pp. 89-90.
- Hurtado, Francisco, 1914, “Estudio de los síndromes nerviosos infantiles familiares y de herencia neuropática”, *Boletín de Ciencias Médicas*, t. VI, n. 6, pp. 225-235.
- Icaza, J.R, 1910, “Un caso de epilepsia Jacksoniana curado por la trepanación”, *Gaceta Médica de México*, 3ª serie, t. V, pp. 21-26.
- Iglesias, M.S., 1911, “Enfermedades nerviosas”, *Gaceta Médica de México*, 3ª serie, t. VI, pp. 495-499.
- “Informe leído por el señor diputado e ingeniero don Ignacio L. de la Barra en el acto de inauguración del Manicomio General, el 1 de septiembre de 1910”, 1910, *El Imparcial*, 2 de septiembre, pp. 1 y 8.
- Ingenieros, José, 1910a, “Las razas inferiores”, *La Escuela de Medicina*, t. XXIV, n. 2, pp. 28-35.
- _____, 1910b, “Patología de las funciones psicosexuales”, *La Escuela de Medicina*, t. XXV, n. 12, pp. 278-284, n. 13, pp. 293-301, n. 14, pp. 318-321.
- _____, 1909, “Clasificación de los delirios de metamorfosis”, *La Escuela de Medicina*, t. XXIV, n. 6, pp. 125-129.
- _____, 1908, “Elogio de la risa”, *La Escuela de Medicina*, t. XXIII, n. 7, pp. 145-152.
- _____, 1907a, “La vanidad criminal”, *La Escuela de Medicina*, t. XXII, n. 18, pp. 413-421.
- _____, 1907b, “Nuevos rumbos de la antropología criminal”, *La Escuela de Medicina*, t. XXII, n. 14, pp. 313-322, n. 15, pp. 337-344.
- _____, 1906, “Trastornos del lenguaje musical en los histéricos”, *La Escuela de Medicina*, t. XXI, n. 2, pp. 30-40.
- _____, 1904, “La patología de la risa. Los paroxismos de la risa en la histeria. Su tratamiento por el hipnotismo”, *La Escuela de Medicina*, t. XIX, n. 7, pp. 150-155.
- “Investigaciones sobre la epilepsia”, 1899, *La Escuela de Medicina*, t. XIV, n. 36, pp. 773-774.
- J.H., 1896, “El biciclismo bajo el punto de vista higiénico y terapéutico”, *Medicina Científica. Basada en la fisiología y en la experimentación clínica*, t. IX, n. 12, pp. 182-184.
- Jiménez, 1851, “Osificación de la *dura mater*. Epilepsia”, *Revista Médica*, mayo, pp. 7-11.
- Jiménez, Buenaventura, 1882, *La histeria en el hombre*, México, 36p. (Tesis, Escuela Nacional de Medicina).
- Jiménez, Miguel, 1866, “Alcoholosis”, en *Gaceta Médica de México*, t. II, pp. 97-108.

- Kraepelin, 1903, “Diagnóstico de la neurastenia”, *La Escuela de Medicina*, t. XVIII, pp. 145-152.
- L.D., 1888, “Tratamientos de la epilepsia por los puntos de fuego”, *La Escuela de Medicina*, México, t. IX, n.12, pp. 262.
- L.M., 1885, “Un loco criminal”, *La Escuela de Medicina*, t. VI, n. 23, pp. 299-301.
- “La apormorfina en las neurosis”, 1886, *La Escuela de Medicina*, t. VII, pp. 259.
- “La epilepsia tratada por el bromuro sin sal común”, 1903, *La Escuela de Medicina*, t. XVIII, n. 1, pp. 14-15.
- “La hospitalización de los locos”, 1904, *La Escuela de Medicina*, t. XIX, n. 5, pp. 111-112.
- “La locura en la raza negra, por el Dr. J.B. de Lacerda de Río de Janeiro”, 1893, *La Escuela de Medicina*, t. XII, n. 24, pp. 502.
- “La menstruación como causa de irresponsabilidad mental en la mujer”, 1894, *La Escuela de Medicina*, t. XII, n. 45, p. 935-936.
- “La música en las enfermedades mentales”, 1878, *Gaceta Médica de México*, t. XIII, pp. 711.
- “La sordera histórica verdadera”, 1900, *La Escuela de Medicina*, t. XV, n. 30, pp. 298-299.
- La voz de México, 1888, “Deberes morales de los médicos”, *La Escuela de Medicina*, t. IX, n. 15, pp. 313-316.
- “Las conferencias del Sr. Dr. Sosa”, 1891, *El Monitor Republicano*, 15 de febrero, pp. 3; 7 de marzo, pp. 2; 14 de marzo, pp. 2; 11 de abril, pp. 3; 18 de abril, pp. 3.
- Labadie, Ferreol, 1887, “Contribución para el estudio del hipnotismo en México”, *Gaceta Médica de México*, t. XXII, pp. 450-461.
- Labastida, Sebastián, 1879a, “Acción del alcoholismo más allá del individuo”, *Gaceta Médica de México*, t. XIV, pp. 305-311
- _____, 1879b, “Estado que manifiesta el movimiento de enfermos habidos en el Hospital de San Hipólito en el año de 1878, con relación a sus diagnósticos”, *Gaceta Médica de México*, t. XIV, n. 26, pp. 112.
- _____, 1878, “Informe del director del Hospital de San Hipólito sobre el establecimiento presentado a la Dirección de Beneficencia Pública”, *Gaceta Médica de México*, t. XIII, pp. 64-73, 114-118.
- Lamiq, E., 1904, “Las enfermedades convulsivas”, *El Observador Médico. Revista Científica de la Asociación Médica “Pedro Escobedo”*, 2ª época, t. IV, pp. 304-313.
- “Lesiones de las células de la corteza cerebral en ciertas formas de confusión mental (psicosis polineurítica)”, 1898, *La Escuela de Medicina*, t. XIV, n. 24, pp. 523.
- Levy, Paul-Emile, 1913, “Las reglas del tratamiento educador en la neurastenia y neurosis”, *La Escuela de Medicina*, t. XXVIII, n. 5, pp. 118.
- Liceaga, Eduardo, 1871, “El bromuro de potasio en el tratamiento de la epilepsia”, *Gaceta Médica de México*, t. VI, pp. 334-353, 361-371, 393-402.

- Loeza, 1910, “Dos afásicos pitiáticos que llegaron a la curación completa”, *Gaceta Médica de México*, 3ª serie, t. V, pp. 287-298.
- _____, 1909, “Una hojeada a los modernos medios de exploración en las meningitis agudas, con motivo de un caso de práctica hospitalaria”, *Gaceta Médica de México*, 3ª serie, t. IV, pp. 563-575.
- Lombroso, César, 1894, “Amor en el suicidio”, en *Revista de Legislación y Jurisprudencia*, 2ª época, año I, n. 12, pp. 554-561.
- _____, 1893, “El amor en los locos”, *Medicina Científica. Basada en la fisiología y en la experimentación clínica*, t. VI, n. 12, pp. 190-192.
- López y Muñoz, Ramón, 1875, “Discurso pronunciado en su inauguración en la Academia de Medicina de México”, *Gaceta Médica de México*, t. X, pp. 128-131.
- López, Alejandro, 1886, *Algunos cuidados higiénicos especiales a los enajenados*, México, 46p. (Tesis, Escuela Nacional de Medicina).
- “Los locos en Francia”, 1880, *Gaceta Médica de México*, t. XV, pp. 308.
- Lucio Rafael y Juan María Rodríguez, 1879, “Informe pericial que los profesores de Medicina y Cirugía D. Rafael Lucio y D. Juan María Rodríguez rindieron ante el Señor Juez 6º. De lo civil, Lic. D. Luis G. del Villar acerca del estado mental de D.N.N., en el juicio de interdicción promovido por el padre del incapacitado”, *El Observador Médico. Revista científica de la Asociación Médica “Pedro Escobedo”*, t. V, pp. 193-202.
- Llorens, Ignacio de, 1896, “Enfermedad fin de siglo”, *Medicina Científica. Basada en la fisiología y en la experimentación clínica*, t. IX, n. 19, pp. 295-298, n. 20, pp. 312-314, n. 21, pp. 330-332, n. 22, pp. 343-346, n. 23, pp. 360-362, n. 24, pp. 379-383.
- Macouzet, Roque, 1893a, *Algunas consideraciones sobre la epilepsia Jacksoniana*, México, 56p. (Tesis, Escuela Nacional de Medicina).
- _____, 1893b, “Efectos del uso prolongado del bromuro de potasio a altas dosis”, *La Escuela de Medicina*, t. XII, n. 24, pp. 494-496.
- Malanco, Fernando, 1897, “Fisiología psicológica. Conexión entre lo físico y lo moral del hombre. Ventajas que de ella puede sacar la medicina”, *Gaceta Médica de México*, t. XXXIV, n. 15, pp. 406-411.
- _____, 1896, “Fisiología Filosófica. Importancia del sistema nervioso en la vida humana”, *Gaceta Médica de México*, t. XXXIII, n. 22, pp. 569-578.
- _____, 1895, “Fisiología Psicológica. Conócete a ti mismo”, *Gaceta Médica de México*, t. XXXII, pp. 387.
- _____, 1888, “El braidismo”, *La Medicina Científica. Basada en la fisiología y en la experimentación clínica*, t. I, n. 22, pp. 347-351.
- _____, 1879, “Secretos fisiológicos. Sueño, locura, pasiones”, *El Observador Médico. Revista científica de la Asociación Médica “Pedro Escobedo”*, t. V, pp. 242-244.
- Malberti, José A., 1896, *Tratamiento sugestivo de la locura*, México, 39p. (Tesis, Escuela Nacional de Medicina).
- Maldonado y Morón, Ignacio, 1876, *Estudio del suicidio en México, fundado en datos estadísticos*, México, (Tesis, Escuela Nacional de Medicina).

- Marroquí, José María, 1900, *La Ciudad de México*, 3 t., México, La Europea.
- Martínez del Río, José Pablo, 1837, “Establecimiento privado para la cura de locos en Vanves”, *Periódico de la Academia de Medicina de México*, t. II, pp. 365-367.
- “Masturbación: tratamiento con la hioscina”, 1901, *La Escuela de Medicina*, t. XVI, n. 20, pp. 480.
- Mazari, Marcos, 1885, *Breve estudio de algunas de las causas de la epilepsia en México*, México, 34p. (Tesis, Escuela Nacional de Medicina).
- “Medicación bromurada en la epilepsia”, 1901, *La Escuela de Medicina*, t. XVI, n. 14, pp. 420-421.
- Mejía, Demetrio, 1896, “Clínica interna. Sobre la histeria”, *Gaceta Médica de México*, t. XXXIII, pp. 458-468.
- _____, 1883, “Contribución al estudio de las enfermedades intercurrentes en los epilépticos bromurados”, *Gaceta Médica de México*, t. XVIII, n. 17, pp. 348.
- _____, 1878, “Nota sobre dos casos de histeria en el hombre”, *Gaceta Médica de México*, t. XIII, pp. 473-478.
- *Memoria del gobernador del D.F., Tiburcio Montiel*, 1873, México, Imprenta del Gobierno.
- *Memorias del Segundo Congreso Médico Mexicano. Verificado en la ciudad de San Luis Potosí, México, Noviembre de 1894*, 1897, México, Oficina Tip. De la Secretaría de Fomento, 439p.
- “Monomanía religiosa, ideas impulsivas y suicidios”, 1883, *La Escuela de Medicina*, t. V, n. 10, pp.127-128.
- Monsivais, Alejo, 1870, *Influencia moral del médico sobre el enfermo*, México, 48p. (Tesis, Escuela Nacional de Medicina).
- Montés de Oca, Vicente, 1893, *Breve exposición de los principales tratamientos de la histeria y epilepsia*, México, 41p. (Tesis, Escuela Nacional de Medicina).
- Morán, Jesús, 1891, *Ligeras consideraciones sobre el suicidio*, México, 64p. (Tesis, Escuela Nacional de Medicina).
- Moreno Toledo, Tomás, 1896, *El alcoholismo a través de la herencia*, México, 40p. (Tesis, Escuela Nacional de Medicina).
- Moreno, José María, 1849, *Método hidroterápico aplicado a las enfermedades agudas*, México, Impreso por Manuel F. Redondo, 452p.
- Muñoz y Revilla, Luis, 1875, *Breves apuntes sobre el tratamiento de las frenopatías*, México, 52p. (Tesis, Escuela Nacional de Medicina).
- “Neurosisismo”, 1888, *Revista Médica de México*, t. I, n. 8, pp. 303.
- Noriega, Tomás, 1887, *Patología interna. Lesiones cerebrales*, México, 24p. (Tesis, Escuela Nacional de Medicina).
- “Nuevo método de curar la epilepsia”, 1844, *Periódico de la Sociedad Filoiátrica de México*, t. IV, pp. 262.
- “Nuevos signos diagnósticos del histerismo”, 1899, *La Escuela de Medicina*, t. XIV, n. 33, pp. 734-736.

- “Observaciones sobre el tratamiento de la epilepsia”, 1905, *La Escuela de Medicina*, t. XX, n. 23, pp. 542.
- Ochoa Tapia, Germán, 1881, *Ligeras consideraciones sobre la influencia que tiene la moral en las enfermedades principalmente bajo el punto de vista etiológico y terapéutico*, México, 32p. (Tesis, Escuela Nacional de Medicina).
- Olea, Manuel, 1902, *Responsabilidad criminal. Epilépticos*, México, 24p. (Tesis, Escuela Nacional de Medicina).
- Olvera, José, 1899, “Algunas palabras sobre el suicidio”, *Gaceta Médica de México*, t. XXXVI, pp. 474-485.
- _____, 1895, “La epilepsia y la histeria, neurosis hereditarias y degenerativas, ¿Deben considerarse como impedimento del matrimonio?”, *Primer Concurso Científico Mexicano*, t. I, México, Oficina Tipográfica de la Secretaría de Fomento, 24p.
- _____, 1891, “Asilo-prisión para enajenados y reos presuntos de locura. Necesidad urgente de su creación”, *Gaceta Médica de México*, t. XXVI, n. 9, pp. 163-169.
- _____, 1889, “Examen de los reos presuntos de locura”, *Gaceta Médica de México*, t. XXIV, pp. 33-44.
- _____, 1870, “Discurso sobre las causas de las neurosis en México”, *El Observador Médico. Revista Científica de la Asociación Médica “Pedro Escobedo”*, t. I, n. 4, pp. 49-54.
- Orozco y Berra, Manuel, 1998, [1854], *La ciudad de México*, prólogo Ernesto de la Torre Villar, México, Porrúa, 353p. (“Sepan cuantos...”, 520).
- Ortega, Francisco, 1847, *Memoria sobre los medios para desterrar la embriaguez* (Tesis, Escuela Nacional de Medicina).
- _____, 1841, “El uso del añil en la epilepsia”, *Periódico de la Sociedad Filoiátrica de México*, t. I, pp. 157-161.
- Ortiz, Alfonso, 1878, *Estudio sobre el alcoholismo*, México, 54p. (Tesis, Escuela Nacional de Medicina).
- Ortíz de Ayala, Tadeo, 1987, [1832], *México considerado como nación independiente y libre*, México, INEHRM, 600p.
- Orvañanos, Domingo, 1909, “2do. Curso de clínica interna”, *Anales de la Escuela de Medicina*, t. V, n. 1, pp. 9-32.
- “Parálisis general. Anatomía patológica”, 1883, *La Escuela de Medicina*, t. IV, pp. 205-206.
- Parra, Guillermo, 1901a, “¿El hipnotismo puede producir la histeria?”, *El Observador Médico. Revista Científica de la Asociación Médica “Pedro Escobedo”*, 2ª época, t. I, n. 1, pp. 2-4.
- _____, 1901b, “¿Todos los sujetos son hipnotizables o solamente los histéricos?”, *El Observador Médico. Revista Científica de la Asociación Médica “Pedro Escobedo”*, 2ª época, t. I, n. 7, pp. 99-101.
- _____, 1900, “Algunas consideraciones sobre el hipnotismo desde el punto de vista terapéutico”, *La Escuela de Medicina*, t. XIII, n. 8, pp. 197.
- _____, 1897, “Contribución al estudio de algunos fenómenos hipnóticos”, *La Escuela de Medicina*, t. XIV, n. 6, pp. 113- 116.

- _____, 1896, “Algunas consideraciones sobre el hipnotismo desde el punto de vista terapéutico”, *La Escuela de Medicina*, t. XIII, n. 21, pp. 461-466.
- Parra, Porfirio, 1905, “¿A qué fenómeno normal corresponden las alucinaciones?”, *Gaceta Médica de México*, 2ª serie, t. V, n. 17, pp. 209-216.
- _____, 1902, “Enumeración y clasificación de las formas de la sensibilidad”, *Revista Positiva. Orden y Progreso*, n. 16, t. II, pp. 120-136.
- _____, 1901, “Las localizaciones cerebrales y la psicología”, *Gaceta Médica de México*, 2ª serie, t. I, n. 17, pp. 207-212.
- _____, 1899, “¿Se puede adquirir la moral médica asistiendo a una cátedra que lleve ese nombre?”, *La Escuela de Medicina*, t. XV, n. 1, pp. 1-3.
- _____, 1895a, “Algunas consideraciones sobre la Terapéutica”, *La Escuela de Medicina*, t. XIII, n. 7, pp. 143-148.
- _____, 1895b, “¿Según la psiquiatría, puede admitirse la responsabilidad parcial o atenuada?”, *Primer Concurso Científico Mexicano*, t. I, México, Oficina Tipográfica de la Secretaría de Fomento, 23p.
- _____, 1892, “Medicina Legal. Irresponsabilidad criminal fundada en un impulso de naturaleza psicológica de causa pasional”, *Gaceta Médica de México*, t. XXVII, n. 3, pp. 99-102.
- _____, 1888, “Prólogo”, en Francisco A. Flores, *Historia de la medicina en México desde la época de los indios hasta el presente*, 3 t., México, Oficina Tipográfica de la Sec. De Fomento, t. 1, pp. IX-XXXI.
- _____, 1879, *Contribución al estudio de la fuerza nerviosa*, México, 38p. (Tesis, para obtener la plaza de Fisiología en la Escuela Nacional de Medicina).
- _____, 1878, *Ensayo sobre la patogenia de la locura*, México, 46p. (Tesis, Escuela Nacional de Medicina).
- Patiño, Francisco, 1882, “El Hospital general y el Manicomio”, *La Escuela de Medicina*, t. IV, pp. 27-29.
- Peña, Cutberto, 1888, “El braidismo en la picota”, *Revista Médica de México*, t. I, n. 14, pp. 221-224.
- Peña y Peñurini, Manuel, 1875, *Breves consideraciones sobre el uso terapéutico del Bromuro de Potasio*, México, 41p. (Tesis, Escuela Nacional de Medicina).
- Peón Contreras, José, 1898, “Ensayo de Clasificaciones de las Enfermedades Mentales, basado en la responsabilidad legal”, *La Escuela de Medicina*, t. XIV, n. 12, pp. 243-253.
- _____, 1872, “Idiota microcefálica”, *Gaceta Médica de México*, t. VII, pp. 268-274, ils.
- Peón del Valle, Juan, 1910, “Apuntes para la clasificación práctica de los casos de afasia”, *La Escuela de Medicina*, t. XXV, n. 2, pp. 25-27.
- _____, 1909a, “Capacidad civil de los afásicos”, *La Escuela de Medicina*, t. XXIV, n. 19, pp. 434-438.

- _____, 1909b, “Contribución al estudio del delirio inicial del tifo exantemático”, *Gaceta Médica de Medicina*, 3ª serie, t. IV, pp. 419-426.
- _____, 1908a, “La introspección involuntaria. Contribución al estudio de las ilusiones de lo ya vivido”, *Gaceta Médica de México*, 3ª serie, t. III, n. 6, pp. 462-476.
- _____, 1908b, “Notas acerca de la aplicación de los bromuros en el tratamiento de la epilepsia”, *Gaceta Médica de México*, 3ª serie, t. III, pp. 205-211.
- _____, 1907, “Breves notas acerca de la terapéutica de la epilepsia”, *La Escuela de Medicina*, t. XXII, n. 17, pp. 385-394.
- _____, 1906, “Importancia de los sentimientos en la Genesiología del delirio de persecución. Ensayo de psicología patológica aplicada al tratamiento moral de la enajenación mental”, *Gaceta Médica de México*, 3ª serie, t. I, pp. 219-270.
- _____, 1904a, “Iscuria histórica”, *El Observador Médico. Revista Científica de la Asociación Médica “Pedro Escobedo”*, 2ª época, t. IV, n. 17, pp. 269-275.
- _____, 1904b, “¿Qué debe entenderse por psicosis puerperales?”, *El Observador Médico. Revista Científica de la Asociación Médica “Pedro Escobedo”*, 2ª época, t. IV, n. 6, pp. 81-89, n. 7, pp. 93-98.
- Peredo, Pedro, 1896, “Un caso de histerismo curado por la extirpación de un núcleo cicatricial del cuello del útero”, *La Escuela de Medicina*, t. XIII, n. 15, pp. 329-334.
- Pérez Bibbins, Manuel, 1885, *Bosquejo de un estudio sobre la influencia del médico en la regeneración de la especie humana*, México, 54p. (Tesis, Escuela Nacional de Medicina).
- Peza, Juan de Dios, 1881, *La Beneficencia en México*, México, Imprenta de Francisco Díaz de León.
- Pinel, Philippe, 1998, [1801], *Tratado médico-filosófico de la enajenación mental o manía*, prólogo Pedro Marset, Madrid, Ediciones Nieva, 247p.
- Pola, Librado, 1891, *Ligeras consideraciones sobre la patogenia de la epilepsia*, México, 85p. (Tesis, Escuela Nacional de Medicina).
- “Principios del tratamiento de la neurastenia”, 1901, *La Escuela de Medicina*, t. XVI, n. 21, pp. 497-498.
- “Programa para el curso teórico-práctico de enfermedades mentales”, 1897, *La Escuela de Medicina*, t. XIII, n. 40, pp. 914.
- “Proyecto de manicomio para ambos sexos en el Distrito Federal”, 1896, *Revista quincenal de anatomía patológica, clínicas médica y quirúrgica*, t. I, n. 17, pp. 635-637, 1 plano.
- Pruneda, Alfonso, 1905, “La música y su influjo moral”, *Revista Positiva. Orden y Progreso*, t. V, pp. 198-205.
- “Psicosis que ocurren durante el embarazo y el puerperio”, 1910, *La Escuela de Medicina*, t. XXV, n. 8, pp. 188-189.
- “Psicosis sifilítica”, 1903, *La Escuela de Medicina*, t. XVIII, n. 6, pp. 133.

- Quesada, Gilberto, 1908, *Breve estudio acerca de la localización cerebral de las funciones y de sensibilidad general*, 5p. (Tesis, Escuela Nacional de Medicina).
- Quevedo y Zubieta, Salvador, 1907, “La bicicleta médica y socialmente considerada”, *La Escuela de Medicina*, t. XXII, n. 7, pp. 145-148.
- Ramírez, Román, 1884, *El manicomio*, México, Secretaría de Fomento, 110p., ils.
- Ramírez de Arellano, Nicolás, 1895, “El alcoholismo en México. Medidas que debían adoptarse para prevenirlo”, *Primer Concurso Científico Mexicano*, t. I, México, Oficina Tipográfica de la Secretaría de Fomento, 18p.
- Ramón, Alberto, 1898, *Responsabilidad legal en las personas afectadas de histeria*, México, 46p. (Tesis, Escuela Nacional de Medicina).
- Ramos, Cornelio, 1896, *El alcoholismo y las inyecciones de estricnina*, México, 127p. (Tesis, Escuela Nacional de Medicina).
- Raso, E. del (tr.), 1891, “Las colonias de locos”, *La Escuela de Medicina*, t. XI, n. 12, pp. 243-264.
- Raymond, M.F., 1883, “Neurosis convulsiva y rítmica de forma tetánica en un hombre de 32 años”, *La Escuela de Medicina*, t. V, pp. 3-6, 20-21, 31-33.
- “Reflexiones sobre la trepanación y sus indicaciones en las afecciones cerebrales de origen traumático, 1899, *La Escuela de Medicina*, t. XV, n. 3, pp. 46-54.
- Regis, E., 1883, “Del delirio de las negaciones”, *La Escuela de Medicina*, t. IV, n. 20, pp. 244-246.
- *Reglamento del médico director del Hospital de San Hipólito, aprobado por el Ayuntamiento y por el Gobierno del Distrito*, 1870, México, Imprenta del Colegio de San Antonio en el Tecpam de Santiago.
- “Relaciones de la locura puerperal con la eclampsia y la infección”, 1893, *La Escuela de Medicina*, t. XII, n. 25, pp. 526.
- “Resección osteoplástica del cráneo por epilepsia jacksoniana”, 1900, *La Escuela de Medicina*, t. XV, n. 14, p. 297-298.
- “Reseña de los trabajos del Consejo Superior de Salubridad, correspondientes al año de 1856”, 1857, *La Unión Médica de México*, t. I, pp. 127-129.
- “Resumen sobre las causas de las neurosis en México”, 1870, *El Observador Médico. Revista Científica de la Asociación Médica “Pedro Escobedo”*, t. I, n. 4, pp. 56-70.
- Río de la Loza, Maximino, 1866, “Del Senecio en el tratamiento de la epilepsia”, *Gaceta Médica de México*, t. II, pp. 345-368.
- Rivadeneyra, Mariano, 1887, *Apuntes para la estadística de la locura en México*, México, 61p. (Tesis, Escuela Nacional de Medicina).
- Rivera Cambas, Manuel, 1986, [1881], *México pintoresco, artístico y monumental*, 3 v., edición facsimilar, México, Editorial del Valle de México.
- Roa, Agustín A., 1870, *Consideraciones generales de la enajenación mental: precedidas de algunas nociones sobre las facultades intelectuales*, México, 56p. (Tesis, Escuela Nacional de Medicina).

- Robleda, Manuel, 1900, “Proyecto de un manicomio general para la ciudad de Méjico”, *El Arte y la Ciencia*, v. II, n. 7, octubre, pp. 97-101, n. 8, p. 115-116, n. 11, pp. 167-169, (5 láminas).
- Rodarte, Domitilo, 1901, *Relación entre la epilepsia y los padecimientos oculares*, México, 23p. (Tesis, Escuela Nacional de Medicina).
- Rodiles, Francisco, 1885, *Breves apuntes sobre la histeria, seguidos de un apéndice sobre la locura histérica*, Puebla, 68p. (Tesis, Escuela Nacional de Medicina).
- Rodríguez Morini, A., 1905, “La locura de Don Quijote”, *La Escuela de Medicina*, t. XX, n. 13, pp. 289-292.
- _____, 1904, “Lección de apertura de la cátedra de clínica de enfermedades del sistema nervioso, por el Profesor Raymond”, *La Escuela de Medicina*, t. XIX, n. 3, pp. 65-67.
- Rodríguez Rivera, Ramón, 1875, *Profilaxia de las enfermedades hereditarias*, México, 58p. (Tesis, Escuela Nacional de Medicina).
- Rodríguez, Juan María, 1888a, “El asunto del braidismo”, *La Medicina Científica. Basada en la fisiología y en la experimentación clínica*, t. I, n. 22, pp. 342-345.
- _____, 1888b, “El braidismo en la picota”, *La Medicina Científica. Basada en la fisiología y en la experimentación clínica*, t. I, n. 17, pp. 265-266.
- _____, 1888c, “El braidismo”, *La Medicina Científica. Basada en la fisiología y en la experimentación clínica*, t. I, n. 22, pp. 339-340.
- _____, 1888d, “El Hombre Elefante”, *Revista Médica de México*, t. I, n. 18, pp. 117-121.
- Rojas, Ernesto, 1909, *La histeria psíquica*, México, 19p. (Tesis para sustentar el examen de especialista en psiquiatría, Escuela Nacional de Medicina).
- _____, 1908, *Los epilépticos criminales*, México, 29-36p. (Tesis, Escuela Nacional de Medicina).
- Ruiz S., Gustavo, 1877, *La Herencia en sus aplicaciones médico-legales*, México, 29p. (Tesis, Escuela Nacional de Medicina).
- Ruiz, E. Luis, 1896, “La ración alimenticia desde el punto de vista médico”, *Gaceta Médica de México*, t. XXXIII, pp. 221-224.
- Saenz de Santa María, A. y José J. Castro López, 1901, “Irresponsabilidad por enajenación mental”, *Crónica Médica Mexicana*, t. IV, n. 6, pp. 134-140, n. 7, pp. 163-166, n. 8, pp. 180-184.
- Salas y Vaca, José, 1903, “La neurastenia. Sus causas y tratamiento”, *La Escuela de Medicina*, t. XVIII, n. 18, pp. 409-418, n. 19, pp. 433-448.
- Salinas y Carbó, Antonio, 1882, *Breves consideraciones sobre la embriaguez bajo el punto de vista médico-legal*, México, 58p. (Tesis, Escuela Nacional de Medicina).
- Salinas y Rivera, Alberto, 1871, *Moral médica*, México, 33p. (Tesis, Escuela Nacional de Medicina).
- Salinas, Agustín, 1886, *Breve estudio sobre el tratamiento de la Histero-Epilepsia*, México, 24p. (Tesis, Escuela Nacional de Medicina).

- Sánchez Bustamantes, Pilar, 1891, *Algunas consideraciones sobre la responsabilidad criminal del Epiléptico*, México, 48p. (Tesis, Escuela Nacional de Medicina).
- Sánchez Herrero, Abdón, 1907 “El cambio de la materia y la alienación mental”, *La Escuela de Medicina*, t. XXII, n. 7, pp. 156-157.
- Sánchez Santos, Trinidad, 1896, *El alcoholismo en la República Mexicana, Primer Concurso Científico Mexicano*, t. IV, México, Oficina Tipográfica de la Secretaría de Fomento, 151p.
- Sanz, T., 1888, “Un párrafo de terapéutica de la parálisis general progresiva de los enajenados”, *La Escuela de Medicina*, t. IX, n. 9, pp. 181-183.
- “Sección de enfermedades mentales y del sistema nervioso y medicina legal”, 1896, *La Escuela de Medicina*, t. XIII, n. 30, pp. 673, n. 34, pp. 770-772, n. 35, pp. 790 y 796.
- “Segundo Congreso de Hipnotismo”, 1898, *La Escuela de Medicina*, t. XIV, n. 24, pp. 527.
- Serrano, Rafael, 1884, *Fragmentos de psiquiatría óptica*, Puebla, 101p. (Tesis, Escuela de Medicina de Puebla).
- Serret, R., 1888a, “Accesos epilépticos curados por sugestión hipnótica”, *La Escuela de Medicina*, t. IX, pp. 241-242.
- _____, 1888b, “Epilepsia parcial, tumor cerebral y trepanación”, *La Escuela de Medicina*, t. X, n. 4, pp. 83.
- Soriano, Manuel, 1875, “Hospitales”, *Anales de la Sociedad Larrey*, México, t. I, n. 3, pp. 48.
- Sosa, Secundino, 1901, “Datos acerca del tratamiento de los epilépticos en México”, *Gaceta Médica de México*, 2ª serie, t. I, pp. 189-191.
- _____, 1898, “Infecciones y psicopatías”, *Gaceta Médica de México*, t. XXXV, pp. 462-468.
- _____, 1897, “La meningitis y la epilepsia”, *Gaceta Médica de México*, México, t. XXXIV, n. 22, pp. 574-579.
- _____, 1895, “Valor de los dictámenes médicos en los casos de irresponsabilidad criminal y de incapacidad por trastornos mentales”, *Primer Concurso Científico Mexicano*, t. I, México, Oficina Tipográfica de la Secretaría de Fomento, 11p.
- _____, 1893, “La responsabilidad en los epilépticos”, *Gaceta Médica de México*, t. XXIX, n. 3, pp. 96-106.
- Tamés, Juan J., 1857, “Informe que el actual administrador del hospital de San Hipólito eleva al E. Ayuntamiento de Méjico”, *El Monitor Republicano*, 14 de septiembre, p. 2-3.
- “Terapéutica de la epilepsia por el trifosfato argénico”, 1882, *La Escuela de Medicina*, t. III, n. 13, pp. 202.
- Terrés, José, 1909, “3er. Curso de Clínica Médica”, *Anales de la Escuela de Medicina*, t. V, n. 1, pp. 111-142.
- _____, 1906, “Lesión cerebral de varios focos”, *Anales de la Escuela Nacional de Medicina, año II. 1905-1906*, México, Tipografía Económica, pp. 32-41.

- _____, 1890, “Algunas consideraciones acerca de la mejor manera de dirigir el interrogatorio a los enfermos”, *Revista Médica de México*, t. III, n. 9, pp. 129-137.
- Toledo, F., 1903, “Locura puerperal”, *La Escuela de Medicina*, t. XVIII, n. 5, pp. 113-116.
- Tournier, E., 1890, “Los histéricos y la morfina”, *Revista Médica de México*, t. III, n. 7, pp. 110.
- “Tratado de las enfermedades nerviosas por el Dr. H. Oppenheim”, 1903, *La Escuela de Medicina*, t. XVIII, n. 18, pp. 432.
- “Tratamiento de ciertas formas de enajenación mental por la hiosciamina”, 1882, *La Escuela de Medicina*, t. III, n. 6, pp. 73.
- “Tratamiento de la corea y de la epilepsia por los productos microbianos por Lannvis”, 1892, *La Escuela de Medicina*, t. XII, n. 2, pp. 41-42.
- “Tratamiento de la epilepsia”, 1901, *La Escuela de Medicina*, t. XVI, n. 14, pp. 328-329.
- “Tratamiento de la epilepsia por cloretona”, 1904, *La Escuela de Medicina*, t. XIX, n. 4, pp. 89.
- “Tratamiento de la epilepsia por los medios físicos”, 1903, *La Escuela de Medicina*, t. XVIII, n. 5, pp. 112-113.
- “Tratamiento de la locura por la morfina”, 1882, *La Escuela de medicina*, t. III, pp. 202.
- “Tratamiento de la neurastenia”, 1904, *La Escuela de Medicina*, t. XIX, n. 9, pp. 211.
- “Tratamiento del delirio agudo”, 1884, *La Escuela de Medicina*, t. V, pp. 285.
- “Tratamiento dosimétrico de la epilepsia”, 1886, *La Escuela de Medicina*, t. VII, pp. 127-129.
- “Tratamiento quirúrgico de la epilepsia”, 1851 *Periódico de la Academia de Medicina*, 2ª época, t. I, pp. 113-116.
- “Trepanación tardía del cráneo con motivo de una epilepsia traumática”, 1884, *La Escuela de Medicina*, t. V, pp. 128-129.
- Troconis, Alcalá, 1899, “Comunicación por el Sr. Dr. Sosa sobre algunos puntos relativos a la cloroformización de las histéricas”, *Gaceta Médica de México*, t. XXXVI, n. 22, pp. 558-562.
- “Un caso de epilepsia jacksoniana tratado por craneotomía. Curación”, 1899, *La Escuela de Medicina*, t. XIV, n. 36, pp. 777-779.
- “Un nuevo agente terapéutico en el tratamiento de la epilepsia”, 1905, *La Escuela de Medicina*, t. XX, n. 1, pp. 23.
- Un suscriptor de *El Universal*, 1888, “Sobre el hipnotismo”, en *La Medicina Científica. Basada en la fisiología y en la experimentación clínica*, t. I, n. 22, pp. 351-352.
- “Una curación de manía ansiosa por el opio”, 1885, *La Escuela de Medicina*, t. VI, pp. 150-151.
- “Uranostomatoscopia frenopática”, 1886, *La Escuela de Medicina*, t. VII, pp. 292-293.

- Vázquez, Isaac, 1882, *Ligero estudio de algunos de los accidentes de la gran histeria*, México, 34p. (Tesis, Escuela Nacional de Medicina).
- Vélez, D.M., 1911, "Una visita al sanatorio de Oak Grove, Hospital para el tratamiento de las enfermedades nerviosas y mentales establecido en 1891", *La Escuela de Medicina*, t. XXVI, n. 4, pp. 73-78.
- Verdugo, Agustín, 1895, "La responsabilidad criminal y las modernas escuelas de antropología", *Primer Concurso Científico Mexicano*, t. III, México, Oficina Tipográfica de la Secretaría de Fomento, 79p.
- Vergara y Flores, L., 1893, "Neuropatía y aberración intelectual", *Medicina Científica. Basada en la fisiología y en la experimentación clínica*, t. VI, n. 13, pp. 200-204.
- Vergara, Francisco, 1883, *El alcoholismo*, México, 23p. (Tesis, Escuela Nacional de Medicina).
- "Vértigos auriculares de los neurasténicos", 1903, *La Escuela de Medicina*, t. XVIII, n. 6, pp. 140.
- "Víctor Hugo, Clínico. Un caso de delirio de persecución observado y descrito por Víctor Hugo", 1902, *La Escuela de Medicina*, t. XVII, n. 12, pp. 265-268.
- Viera, Juan de, 1953 [1777a], *Breve y compendiosa relación de la ciudad de México*, México, Editorial Guauanía.
- _____, 1992, [1777b], *Breve y compendiosa narración de la ciudad de México*, México, Instituto Mora, 153 + 153p. (Colección Facsímiles).
- Viesca y Lobatón, Carlos, 1899a, "El delirio", *Crónica Médica Mexicana*, t. II, n. 11, p. 305-309, n. 12, pp. 340-344.
- _____, 1899b, "La higiene en la música", *Crónica Médica Mexicana*, t. III, n. 7, pp. 180-182.
- _____, 1897, "Hemiplejía con afasia y perturbaciones mentales", *Crónica Médica Mexicana*, t. I, n. 4, pp. 73-79.
- Villalva, Julián, 1900, *Simulación de la epilepsia*, México, 20p. (Tesis, Escuela Nacional de Medicina).
- Viramontes, Luis S., 1906, *Las perturbaciones oculares de la histeria y su valor diagnóstico*, México, 22p. (Tesis, Escuela Nacional de Medicina).
- Zamarripa, Joaquín Isaac, 1892, *Contribución al estudio médico legal de los alienados*, México, 33p. (Tesis).

- BIBLIOGRAFÍA

- Ackerknecht, Erwin Heinz, 1993, *Breve historia de la psiquiatría*, tr. Abelardo Maljuri, Buenos Aires, Eudeba, 134 p.
- Agostoni, Claudia, 2005a, "Las delicias de la limpieza: la higiene en la ciudad de México", en Anne Staples (coord.), *Historia de la vida cotidiana en México. Tomo IV. Bienes y vivencias. El siglo XIX*, México, El Colegio de México, Fondo del Cultura Económica, pp. 563-597, (Obras de Historia).

- _____, 2005b, “Los infinitamente pequeños: debates y conflictos en torno a la bacteriología (ciudad de México, siglos XIX a XX), en Agostoni y Speckman (eds.), pp. 167-192.
- _____, 2005c, “‘Que no traigan al médico’. Los profesionales de la salud entre la crítica y la sátira (ciudad de México, siglos XIX-XX), en Sacristán y Piccato (comps.), pp. 97-120.
- _____, 2003, *Monuments of Progress. Modernization and Public Health in Mexico City, 1876-1910*, Calgary, University of Calgary Press, University of Colorado, UNAM, Instituto de Investigaciones Históricas, 228p., ils.
- _____, 2002a, “Discurso médico, cultura higiénica y mujer en la ciudad de México al cambio de siglo, XIX al XX”, *Mexican Studies/Estudios Mexicanos*, v. 18, n. 1, pp. 1-22.
- _____, 2002b, “Práctica médica en la ciudad de México durante el porfiriato: entre la legalidad y la ilegalidad”, en Cházaro (ed.), pp. 163-184.
- _____, 2001a, “El arte de curar: deberes y prácticas médicas porfirianas”, en Agostoni y Speckman (eds.), pp. 97-111.
- _____, 2001b, “La publicidad de medicamentos en la ciudad de México al cambio de siglo (XIX-XX)”, en Rodríguez de Romo y Martínez (coords.), pp. 149-157.
- _____, 2001c, “Médicos y parteras en la ciudad de México durante el porfiriato”, en Gabriela Cano y Georgette José Valenzuela (coords.), *Cuatro estudios de género en el México urbano del siglo XIX*, México, UNAM, Programa Universitario de Estudios de Género, Miguel Ángel Porrúa, pp. 71-95.
- _____, 2001d, “Salud Pública y control social en la ciudad de México a fines del siglo diecinueve”, *Historia y Grafía*, n. 17, pp. 73-97.
- _____, 2000, “Médicos científicos y médicos ilícitos en la ciudad de México durante el Porfiriato”, *Estudios de Historia Moderna y Contemporánea*, v. 19, enero-julio, pp. 13-31.
- Agostoni, Claudia y Elisa Speckman (eds.), 2005, *De normas y transgresiones. Enfermedad y crimen en América Latina (1850-1950)*, México, UNAM, Instituto de Investigaciones Históricas, 386p., ils.
- Agostoni, Claudia y Elisa Speckman (eds.), 2001, *Modernidad, tradición y alteridad: La ciudad de México en el cambio de siglo (XIX-XX)*, México, UNAM, Instituto de Investigaciones Históricas, 340p.
- Aguirre Beltrán, Gonzalo, 1969, “El establecimiento de las ciencias médicas durante el romanticismo”, *Gaceta Médica de México*, v. 99, n. 11, pp. 1015-1020.
- Alfaro Guerra, Patricia Guadalupe, 2003, “El tratamiento médico a los alienados con sífilis en el Manicomio General, 1910-1958”, *Cuadernos para la historia de la salud*, México, Secretaría de Salud, pp. 59-86.
- _____, y José Luis Nájera Juárez, 2003, “Terapias ocupacionales a los alienados internos en el Manicomio General de México, 1910-1940”, *Cuadernos para la historia de la salud*, México, Secretaría de Salud, pp. 31-57.

- Álvarez, José Ma., 1999, *La invención de las enfermedades mentales*, Madrid, Ediciones Dor.
- Álvarez, Raquel, 1993, “La fisiología cerebral y el desarrollo de la psiquiatría en el siglo XIX”, en González de Pablo (coord.), pp. 315-327.
- _____, Rafael Huertas y José Luis Peset, 1993, “Enfermedad mental y sociedad en la Europa de la segunda mitad del siglo XIX”, *Asclepio*, v. 45, n. 2, pp. 41-60
- Álvarez-Uría, Fernando, 1983, *Miserables y locos: medicina mental y orden social en la España del siglo XIX*, Barcelona, Tusquets, 364p.
- Ayala Flores, H., 2005, *Salvaguardar el orden social: el manicomio del estado de Veracruz. Orizaba, 1883-1920*, Xalapa, Veracruz, 263p. (Tesis de licenciatura, Universidad Veracruzana)
- _____, 2004, “Los dementes, la locura y el manicomio a través de los periódicos *El Reproductor* y *El Cosmopolita* de Orizaba: 1876-1911”, en *Bicentenario de la prensa provincial en México. Estudios sobre periodismo veracruzano*, Veracruz, Instituto Veracruzano de la Cultura, pp. 45-65.
- Azuela Bernal, Luz Fernanda, 2002, “Médicos y farmacéuticos en las sociedades científicas del siglo XIX”, *Boletín Mexicano de Historia y Filosofía de la Medicina*, México, v. 5, n. 2, pp. 15-20.
- _____, 1996, “La institucionalización de las ciencias en México durante el porfiriato”, en María Luisa Rodríguez Sala e Iris Guevara González (coords.), *Tres etapas del desarrollo de la cultura científico-tecnológica en México*, México, UNAM, Instituto de Investigaciones Sociales, pp. 73-84.
- Balbo, Eduardo, A., 1998, “Medicina y sociedad en la Casa de Dementes de Santa Isabel de Leganés: una historia clínica de 1858-1869”, en Ballester (ed.), pp. 265-275.
- _____, 1993, “El tratamiento ginecológico de las enfermedades nerviosas: una respuesta al nihilismo psiquiátrico del siglo XIX”, en González de Pablo (coord.), pp. 329-339.
- Ballester, Rosa (ed.), 1998, *La medicina en España y en Francia y sus relaciones con la ciencia, la tradición y los saberes tradicionales, (siglos XVIII a XX)*, Alicante, Instituto de Cultura Juan Gil-Albert, 333p.
- Bancaud, Jean, 1993, “La epilepsia antes del descubrimiento del electroencefalograma”, en Postel y Quérel (coords.), pp. 377-384.
- Bartra, Roger (int. y recopilación), 2004, *Trasgresión y melancolía en el México colonial*, México, UNAM, 320p.
- Bassa, Daniela, 2003, “Insania y justicia en el territorio nacional de la Pampa Argentina (1888-1930)”, *Frenia. Revista de historia de la psiquiatría*, Madrid, v. III-1, pp. 31-65.
- Bazant, Milada *et al.*, 1982, “La república restaurada y el Porfiriato”, *Historia de las profesiones en México*, México, El Colegio de México, pp.129-222.
- Bercherie, Paul, 1986, *Los fundamentos de la clínica. Historia y estructura del saber psiquiátrico*, Buenos Aires, Editorial Manantial.
- Berkstein, Kanarek Celia, 1981, *El Hospital del Divino Salvador*, México, 180p. (Tesis de Licenciatura en Historia, Facultad de Filosofía y Letras, UNAM).

- Berrios, German E. (int.), 2000, “Classic Text 43. Body and mind. C. K. Clifford”, *History of Psychiatry*, v. 11, n. 43, pp. 311-318.
- _____, 1996, *The History of Mental Symptoms: Descriptive Pathology since the Nineteenth Century*, Cambridge, Cambridge University Press.
- Bertolin, J. M., 1993, “Dispositivos de asistencia psiquiátrica en la España contemporánea del periodo de <entresiglos>”, *Asclepio*, v. 45, n. 1, pp. 189-215.
- Bing, Francois, 1993, “La teoría de la degeneración”, en Postel y Quérel (coords.), pp. 353-358.
- Brown, Theodore M., 1993, “Mental Diseases”, en Bynum y Porter (eds.), vol. 1, pp. 438-463.
- Bynum, W. F. y Porter, Roy (eds.), *Companion Encyclopedia of the History of Medicine*, 2 v., Londres-New York, Routledge.
- Campos Marín, Ricardo, 2000, “De la higiene del aislamiento a la higiene de la libertad. La reforma de la institución manicomial en Francia”, *Frenia. Revista de historia de la psiquiatría*, l-1, pp. 37-64
- _____, 1998, “La higiene mental en marcha: profilaxis, vulgarización e higiene mental en Francia y España (1918-1939)”, en Ballester (ed.), pp. 197-219.
- Cárdenas de la Peña, Enrique, 1979, *Mil personajes en el México del siglo XIX, (1840-1870)*, México, Banco Mexicano Somex, 3 t.
- _____, 1976, *Historia de la medicina en la ciudad de México*, México, Departamento del Distrito Federal, 218 p. (Metropolitana, 50)
- Carrillo, Ana María, 2005, “Vigilancia y control del cuerpo de los niños. La inspección médica escolar (1896-1913)”, en Cházaro y Estrada (eds.), pp. 171-209.
- _____, 1999, “El inicio de la higiene escolar en México: Congreso Higiénico Pedagógico de 1882”, *Revista Mexicana de Pediatría*, v. 66, n. 2, pp. 71-74.
- _____, y Juan José Saldaña, “La enseñanza de la medicina en la Escuela Nacional durante el porfiriato”, en Saldaña (coord.), pp. 257-282.
- Carvajal, Alberto, 2001, “Mujeres sin historia. Del hospital de la Canoa al Manicomio de La Castañeda”, *Secuencia. Revista de historia y ciencias sociales*, n. 51, septiembre-diciembre, pp. 31-56.
- Castañeda de Infante, Carmen (coord.), 1999, *Catálogo de tesis de medicina del siglo XX*, México, UNAM, Facultad de Medicina, Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina, 296p.
- _____ (coord.), 1988, *Catálogo de tesis de medicina del siglo XIX*, pról. de Martínez Cortés, México, UNAM, Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina, Centro de Estudios sobre la Universidad, 153p.
- Castel, Robert, 1980, *El orden psiquiátrico. La edad de oro del alienismo*, tr. José Antonio Álvarez, Madrid, Las Ediciones de la Piqueta, 343p. (Genealogía del poder, 5).
- _____, 1975, “El tratamiento moral. Terapéutica mental y control social en el siglo XIX”, en García (coord.), pp. 71-96.

- Castillo Troncoso, Alberto del, 2005, "Médicos y pedagogos frente a la degeneración racial: la niñez en la ciudad de México, 1876-1911", en Agostoni y Claudia (eds.), pp. 83-107.
- _____, 2003, "La visión de los médicos y el reconocimiento de la niñez en el cambio del siglo XIX al XX", *Boletín Mexicano de Historia y Filosofía de la Medicina*, México, v. 6, n. 2, pp. 10-16.
- Chauvelot, Diane, 2001, *Historia de la histeria. Sexo y violencia en lo inconsciente*, tr. José Miguel Marinas, Madrid, Alianza Editorial, 211p. (Ensayo, 16).
- Cházaro, Laura, 2005a, "'El fatal secreto'. Los fórceps médicos y las pelvis mexicanas, siglo XIX", en Cházaro y Estrada (eds.), pp. 145-168.
- _____, 2005b, "Reproducción y muerte de la población mexicana: cálculos estadísticos y preceptos higiénicos a fines de siglo diecinueve", en Agostoni y Speckman (eds.), pp. 55-81.
- _____, 2002, "Introducción. Historia, medicina y ciencia: pasado y presente de sus relaciones", en Cházaro (ed.), pp. 17-37.
- _____, 2000, "La ciudad ante la sanción de las estadísticas de mediados de siglo: entre los miasmas y la podredumbre de la civilización", en Illades y Rodríguez Kuri (comps.), pp. 167-185.
- _____ y Rosalinda Estrada, 2005, "Introducción. Cuerpos en construcción: entre representaciones y prácticas", en Cházaro y Estrada (eds.), pp. 11-35.
- Cházaro, Laura (ed.), 2002, *Medicina, ciencia y sociedad en México, siglo XIX*, México, El Colegio de Michoacán, Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, 355.
- _____, y Rosalina Estrada (eds.), 2005, *En el umbral de los cuerpos. Estudios de antropología e historia*. México, El Colegio de Michoacán, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, 356p.
- Comelles, Joseph, 1997, "Reforma asistencial y práctica económica. De la crisis del tratamiento moral a la hegemonía del kraepelinismo", en Víctor Aparicio Basauri (comp.), *Orígenes y fundamentos de la psiquiatría en España*, Madrid, Editorial Libro del Año, pp. 83-105.
- _____, 1988, *La razón y la sinrazón. Asistencia psiquiátrica y desarrollo del Estado en la España contemporánea*, PPU, Barcelona.
- Corraze, Jacques, 1993, "La cuestión de la histeria", en Postel y Quétel (coords.), pp. 403-414.
- Craplet, Michel, 1993, "La construcción de asilos", en Postel y Quétel (coords.), pp. 313-322.
- Díaz Guevara, Olga Leticia, 1989, "Historia de la psicología en México, contexto científico social intelectual en la década de 1900-1910", en *Memoria del Primer Congreso Mexicano de Historia de la Ciencia y la Tecnología*, México, Sociedad Mexicana de Historia de la Ciencia y de la Tecnología, t. 2, pp. 627-633.
- *Diccionario Porrúa de historia, biografía y geografía de México*, 1995, dirección y prólogo Miguel León Portilla, 6ª ed, México, Porrúa, 4 v., ils.

- Dieguez, A., 1999, “Psiquiatría y género: el naciente discurso médico-psiquiátrico en España y el estatuto social de la mujer”, en *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, n. 19, pp. 637-652.
- Donzelot, Jacques, 1980, “Espacio cerrado, trabajo y moralización. Génesis y transformaciones paralelas de la prisión y del manicomio”, en Robert Castel, M. Foucault, J. Donzelot *et al.*, *Espacios de poder*, Madrid, Ediciones La Piqueta, pp. 27-51.
- Dörner, Klaus, 1974, *Ciudadanos y locos: Historia social de la psiquiatría*, Madrid, Taurus, 442p.
- Dowbiggin, Ian Robert, 1991, *Inheriting Madness. Professionalization and Psychiatric Knowledge in Nineteenth Century France*, Berkeley, University of California, 217p.
- Durante Molina, Pilar, 1998, “Historia, filosofía y principios fundamentales de la práctica de la terapia ocupacional en la salud mental”, en Pilar Durante Molina y Blanca Noya (coords.), *Terapia ocupacional en salud mental: principios y práctica*, Barcelona, Masson, pp. 31-40.
- Eraso, Yolanda, 2002, “El trabajo desde la perspectiva psiquiátrica. Entre el tratamiento moral y el problema de la cronicidad en el Manicomio de Oliva de Córdoba en las primeras décadas del siglo XX”, *Cuadernos de Historia*, Córdoba, Universidad de Córdoba, Serie Economía y Sociedad no. 5, pp. 33-63.
- Espinosa, Julián, 1976, “La asistencia psiquiátrica”, en Pedro Lain Entralgo (dir.), *Historia Universal de la Medicina*, México, Salvat, v. 6, pp. 229-235.
- _____, 1975, “El nacimiento de los manicomios”, en García (coord.), pp. 33-51.
- _____, 1966, *La asistencia psiquiátrica en la España del siglo XIX*, Valencia, Cátedra e Instituto de Historia de la Medicina, 190p.
- Faure, Olivier, 2001, “El médico”, en Ute Frevert, Heinz-Gerhard y otros, *El hombre del siglo XIX*, versión española de José Luis Gil Aristu, Madrid, Alianza Editorial, pp. 111-143, 417p.
- Fernández del Castillo, Francisco, 1982, “Algunos datos históricos de la Academia Nacional de Medicina”, en *Antología de escritos histórico-médicos del Dr. Francisco Fernández del Castillo*, México, UNAM, Facultad de Medicina, pp. 590-604.
- _____, 1975, *Semblanzas de académicos*, México, Ediciones del Centenario de la Academia Mexicana de Medicina.
- _____, 1969, “Figuras médicas en México durante el periodo del romanticismo”, en *Gaceta Médica de México*, v. 99, n. 11, pp. 1020-1026.
- _____, 1954, *Historia de la Academia Nacional de México*, México, Fournier, 230p., ils.
- Foucault, Michel, 2005, *El poder psiquiátrico. Curso en el Collège de France (1973-1974)*, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica, 448 p.
- _____, 2000, *Historia de la locura en la época clásica*, tr. Juan José Utrilla, México, Fondo de Cultura Económica, 2 t. (Breviarios, 191).
- Fuente, Ramón de la, 1997, “Hacia un nuevo paradigma en la psiquiatría”, *Salud Mental*, v. 20, n. 1, marzo, pp. 2-7.

- _____, 1990, “Pinel, su tiempo y su obra”, *Salud Mental*, v. 13, n. 1, marzo, pp. 2-7.
- Gamwell, Lynn y Nancy Tomes, 1995, *Madness in America: Cultural and Medical Perceptions of Mental Ills before 1914*, New York, Cornell University, 182 p., ils.
- García, Ramón (coord.), 1975, *Psiquiatría, antipsiquiatría y orden manicomial*, Barcelona, Barral Editores, 257p.
- García-Albea Martín, J. y Esteban García-Albea Ristol, 2006, “Cerebro, mente y síntoma”, *Revista de Neurología*, v. 42, n. 7, pp. 439-443.
- Gay, Peter, 1992, *La experiencia burguesa. De Victoria a Freud*, México, Fondo de Cultura Económica, 2 t. (Sección de Obras de Historia).
- Gibson, Diane, 1998, “Evolución de la terapia ocupacional”, en Helen L. Hopkins y Helen D. Smith (coords.), *Terapia ocupacional*, Madrid, Editorial Médica Panamericana, pp. 535-543.
- Gilman, Sander L., 2006, “Introduction to Special Issue: Mind and body in the history of psychiatry”, *History of Psychiatry*, v. 17, n. 1, pp. 5-7.
- Goffman, Erving, 2004, *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*, Buenos Aires, Amorrortu, 378p.
- Goldberg, Ann, 1999, *Sex, Religion and the Making of Modern Madness. The Eberbach Asylum and German Society 1815-1849*, Oxford University Press, Nueva York, 236p., ils.
- Goldstein, Jan, 2001, *Console and Classify. The French Psychiatric Profession in the Nineteenth Century: With a New Afterword*, Chicago, University of Chicago, 432p.
- _____, 1993, “Psychatry”, en Bynum y Porter (eds.), pp. 1350-1372.
- González de Pablo, Ángel (coord.), 1993, *Enfermedad, clínica y patología: estudios sobre el origen y desarrollo de la medicina contemporánea*, Madrid, Complutense, 353p. (Cuadernos complutenses de historia de la medicina y de la ciencia, 1).
- Gorbach Rodoy, Frida, 2005, “La histeria y la locura. Tres itinerarios en el México de fin de siglo XIX”, en Cházaro y Estrada (eds.), pp. 97-116.
- _____, 2002, “El monstruo: un objeto inasible. La teratología mexicana de fines del siglo XIX”, en Cházaro (ed.), pp. 85-93.
- Gortari, Eli de, 1963, *La ciencia en la historia de México*, México, Fondo de Cultura Económica.
- Gortari Rabiela, Hira de, y Regina Hernández Franyuti, 1988, *La ciudad de México y el Distrito Federal: una historia compartida*, México, DDF, Instituto Mora.
- _____, (comps.), 1988, *Memoria y encuentros: La ciudad de México y el Distrito Federal (1824-1928)*, 2 v., México, DDF, Instituto Mora.
- Gourevitch, Michel, 1993a, “Esquirol y la nosografía”, en Postel y Quérel (coords.), pp. 154-160.
- _____, 1993b, “La legislación sobre los alienados en Francia desde la Revolución hasta la Monarquía de julio”, en Postel y Quérel (coords.), pp. 165-172.

- Grob, Gerald N., 1994, *The Mad Among Us. A History of the Care of America's Mentally Ill*, Cambridge, Harvard University Press.
- Groote, Ristich M. de, 1972, *La locura a través de los siglos*, tr. Jaime Piñeiro, Barcelona, Editorial Bruguera, 333p.
- *Guía de hospitales psiquiátricos del Fondo de Beneficencia Pública en el Distrito Federal*, 1986, México, Secretaría de Salud, 172p.
- Harris, Ruth, 1989, *Murders and Madness: Medicine, Law, and Society in the Fin of Siecle*, Oxford, Clarendon Press, VIII+370p.
- Hernández Elizalde, Teresa, 1993, “Apuntes para la historia de la psiquiatría en la ciudad de México. Siglo XIX y principios del XX”, *Cuadernos para la historia de la salud*, México, Secretaría de Salud, pp. 5-29.
- Hirschmüller, Albrecht, 1999, “The Development of Psychiatry and Neurology in the Nineteenth-Century”, tr. Magda Whitrow, *History of Psychiatry*, v. 10, n. 40, pp. 395-423.
- Huertas-García Alejo, Rafael, 2004, *El siglo de la clínica. Para una teoría de la práctica psiquiátrica*, Madrid, Frenia, 297p. (Historia y crítica de la psiquiatría).
- _____, 2003, “Elaborando doctrina: teoría y retórica en la obra de José María Esquerdo (1842-1912)”, *Frenia. Revista de historia de la psiquiatría*, Madrid, v. III-2, pp. 81-109.
- _____, 2002, *Organizar y persuadir. Estrategias profesionales y retóricas de la legitimación de la medicina mental española (1875-1936)*, Madrid, Frenia.
- _____, 2001a, “Historia de la psiquiatría, ¿por qué? ¿para qué? Tradiciones historiográficas y nuevas tendencias”, *Frenia. Revista de Historia de la Psiquiatría*, Madrid, v. I-1, pp. 9-36.
- _____, 2001b, “Historiografía de la asistencia psiquiátrica en España. De los “mitos fundacionales” a la historia social”, *Secuencia*, n. 51, septiembre-diciembre, pp. 123-144.
- _____, 2001c, “Las historias clínicas como fuente para la historia de la psiquiatría: posibles acercamientos metodológicos”, *Frenia. Revista de Historia de la Psiquiatría*, Madrid, v. I-2, pp. 7-37.
- _____, 1998, “Entre la doctrina y la clínica: la nosografía de J.E.D. Esquirol (1772-1840)”, *Cronos*, v. 2, n. 1, pp. 47-66.
- _____, 1993a, “Entre el nihilismo terapéutico y la higiene social: la asistencia psiquiátrica en el positivismo francés”, en González de Pablo (coord.), pp. 301-314.
- _____, 1993b, “El saber psiquiátrico en la segunda mitad del siglo XIX. La somatización de la enfermedad mental”, *Historia 16*, n. 211, pp. 66-73.
- _____, 1991, “Esquirol y la psiquiatría post-revolucionaria”, prólogo a Étienne Esquirol, *Memorias sobre la locura y sus variedades*, Madrid, Dorsa, pp. 11-23.
- _____, 1987, *Locura y degeneración: psiquiatría y sociedad en el positivismo francés*, Madrid, Departamento de Historia de la Ciencia, 181p.

- Illades, Carlos y Ariel Rodríguez Kuri, (comps.), 2000, *Instituciones y Ciudad, Ocho estudios históricos sobre la ciudad de México*, México, Ediciones ¡Uníos!/Soner, 277p. (Sábado Distrito Federal)
- Ingenieros, José, 1957, *La locura en Argentina*, Buenos Aires, Elmer, 120p.
- Jiménez Lucena, Isabel y Ma. José Ruiz Somavilla, 1999, “La política de género y la psiquiatría española de principios del siglo XX”, en Ma. J. Barral y C. Magallón (eds.), *Interacciones ciencia y género. Discurso y prácticas científicas de mujeres*, Barcelona, Icaria, pp. 185- 206.
- Kerouac, Jack, 2007, [1957], *En el camino*, tr. Martín Lendínez, Barcelona, Anagrama, 365p. (Compactos, 10).
- Kragh, Helge, 1989, *Introducción a la historia de la ciencia*, tr. Teófilo de Lozoya, Barcelona, Editorial Crítica, 283p.
- Kuhn, Thomas S., 2002, *La estructura de las revoluciones científicas*, tr. Agustín Contin, México, Fondo De Cultura Económica, 320p. (Breviarios, 213).
- Lain Entralgo, Pedro, 1998, *La historia clínica. Historia y teoría del relato patográfico*, Madrid, Triacastela, 775 p.
- _____, 1983, *La relación médico-enfermo: historia y teoría*, Madrid, Alianza, 491 p.
- Lanteri-Laura, Georges, 2000, *Ensayo sobre los paradigmas de la psiquiatría moderna*, Madrid, Triacastela, 335p.
- _____, 1972, “La chronicité dans la psychiatrie française moderne”, *Annales*, v. XXVII, n. 3, pp. 548-568.
- _____ y Jean-Guillaume Bouttier, 1993, “La evolución de las ideas sobre el sistema nervioso central”, en Postel y Quétel (coords.), pp. 415-434.
- Leiby, John, S., 1992, “San Hipolito’s Treatment of the Mentally Ill in México City, 1589-1650”, *Historian*, primavera, v. 54, fascículo 3.
- López Alonso, Carmen, 1988, *Locura y sociedad en Sevilla: historia del Hospital de los Inocentes, 1436?-1840*, Sevilla, Diputación Provincial de Sevilla, 329p.
- López Beltrán, Carlos, 2002, “Enfermedad hereditaria en el siglo XIX: discusiones francesas y mexicanas”, en Cházaro (ed.), pp. 95-120.
- Lugo, Concepción y Elsa Malvido, 1998, “Las epidemias en la ciudad de México, 1822-1850”, en Regina Hernández Franyuti (comp.), *La ciudad de México en la primera mitad del siglo XIX*, 2 t., México, Instituto Mora, t. II, pp. 303-364.
- Malvido, Elsa, 1992, “Las Hermanas de la Caridad en México en el siglo XIX. El origen de la enfermería actual”, *XIII Reunión Nacional de licenciados de enfermería*, México, UNAM, ENEO, pp. 23-36.
- Mancilla Villa, Martha Lilia, 2001, *Locura y mujer durante el porfiriato*, México, Círculo Psicoanalítico Mexicano, 323p., ils.
- Márquez Moreno, María Dolores, 1989, *La asistencia psiquiátrica en Castilla-La Mancha durante el siglo XIX*, La Mancha, 364p.
- Marset, Pedro, 1988, “La nueva psiquiatría de Pinel como expresión de la nueva situación europea en los comienzos del siglo XIX”, prólogo a Philippe

- Pinel, 1998, [1801], *Tratado médico-filosófico de la enajenación mental o manía*, Madrid, Ediciones Nieva, 247p.
- Martínez Barbosa, Xóchitl, 2005, *El Hospital de San Andrés. Un espacio para la enseñanza, la práctica y la investigación científica, 1861-1904*, prólogo de Fernando Martínez Cortés, México, Siglo XXI Editores, Hospital General de México, 196p.
 - _____, 2001, “La reorganización de los servicios en el Hospital de San Andrés”, en Ana Cecilia Rodríguez de Romo y Xóchitl Martínez Barbosa (coords.), pp. 125-134.
 - Martínez Cortés, Fernando, 2002, “El modelo biológico lesional de enfermedad en el siglo XIX mexicano”, en Cházaro (ed.), pp. 43-52.
 - _____, 1987, *La medicina científica y el siglo XIX mexicano*, México, Fondo de Cultura Económica, 164p. (La ciencia desde México, 45)
 - Martínez, Mónica, 2001, “La Castañeda desde dentro. Entrevista a Margarita Torres Mora, enfermera”, en *Secuencia. Revista de historia y ciencias sociales*, n. 51, septiembre-diciembre, pp. 147-175.
 - Martínez Pérez, José, 1998, “De la conducta excéntrica a la enfermedad mental: sobre las vías de vulgarización en España del pensamiento psiquiátrico decimonónico”, en Ballester (ed.), pp. 147-167.
 - _____, 1993, “Entre la filantropía y la ciencia. La medicalización de la locura en la primera mitad del siglo XIX”, en *Historia 16*, n. 211, pp. 56-65.
 - Maugealis, Patrick, 1993, “Los estupefacientes en el siglo XIX: nacimiento de las toxicomanías modernas”, en Postel y Quérel (coords.), pp. 394-402.
 - McGovern, Constance M., 1986, “The Myths of Social Control and Custodial Oppression: Patterns of Psychiatric Medicine in Late Nineteenth-Century Institutions”, *Journal of Social History*, v. XX, n. 1, pp. 3-23.
 - Mijares Bracho, Carlos, 1997, *San Ángel*, México, Clío, 128 p., ils.
 - Mills, James H., 1999, “Re-forming the Indian: Treatment Regimes in the Lunatic Asylums of British India, 1857-1880”, *The Indian Economic and Social History Review*, v. 36, n. 4, pp. 407-429.
 - Montiel, Luis, 2001, “Historia y enfermedad mental en dos historias clínicas de Dietrich Georg Kieser (1779-1862)”, *Frenia. Revista de Historia de la Psiquiatría*, Madrid, v. 1-2, pp. 67-85.
 - Morales Ramírez, Francisco, 2008, “Entre el control draconiano del tratamiento moral y la vida íntima del manicomio en la ciudad de México durante el siglo XIX”, en prensa.
 - Morel, Pierre, 1993, “Diccionario biográfico”, en Postel y Quérel (coords.), pp. 573-773.
 - Morel, Pierre y Claude Quérel, 1993a, “Balance de las terapias a fines del siglo XVIII”, en Postel y Quérel (coords.), pp. 116-122.
 - _____, 1993b, “Las terapéuticas de la alienación mental en el siglo XIX”, en Postel y Quérel (coords.), pp. 435-447.
 - Muriel, Josefina, 1990, *Hospitales de la Nueva España*, 2ª ed., México, UNAM, Instituto de Investigaciones Históricas, Cruz Roja, 1990, 2 v., ils.

- _____, 1974, “El modelo arquitectónico de los hospitales para dementes en la Nueva España”, en *Retablo barroco a la memoria de Francisco de la Maza*, México, UNAM, Instituto de Investigaciones Estéticas, pp. 115-125.
- Nisbet, Robert, 1981, *Historia de la idea del progreso*, tr. Enrique Hegewicz, Barcelona, Editorial Gedisa, 494p.
- Novo, Salvador, 1973, *Un año, hace ciento. La ciudad de México en 1873*, México, Porrúa.
- Núñez B., Fernanda, 2002, “Motines en el San Juan de Dios. La resistencia de las prostitutas al control médico en el México decimonónico”, en Cházaro, (ed.), pp. 263-292.
- Orozco Ríos, Ricardo, 2002, “Temas médicos y sanitarios en el Porfiriato” *Boletín Mexicano de Historia y Filosofía de la Medicina*, México, v. 5, n. 2, pp. 10-14.
- Palmade, Guy, (comp.), 1976, *La época burguesa*, México, Siglo XXI, 337p. (Historia Universal Siglo XXI, 27).
- Patlán Martínez, Elia, 2000, *Historia de la psicología en México, 1867-1910. Estudio de caso: el Hospital de San Hipólito*, México, 324p. (Tesis de Maestría en Historia de México, Facultad de Filosofía y Letras, UNAM).
- Pérez Loredó, Luz, 1992, “Características de los servicios de enfermería al inicio del siglo XX”, *XIII Reunión Nacional de licenciados de enfermería*, México, UNAM, ENEO, pp. 37-47.
- Pérez Rayón, Nora, 2001, *México 1900. Percepciones y valores en la gran prensa capitalina*, México, UAM Azcapotzalco, Grupo Editorial Miguel Ángel Porrúa, 400p., ils.
- Pérez-Rincón, Héctor, 1995, *Breve historia de la psiquiatría en México*, México, Instituto Mexicano de Psiquiatría, 119p., ils.
- Peset, José Luis, 2000, “Daquin y Esquirol: el miedo a las pasiones”, prólogo de Étienne Esquirol, *Sobre las pasiones...*, y Joseph Daquin, *La filosofía de la locura*, pp. 7-19.
- _____, 1993a, “Entre el gabinete y el manicomio: reflexiones sobre la psiquiatría española de fin de siglo”, en González de Pablo (coord.), pp. 281-299.
- _____, 1993b, *Las heridas de la ciencia*, Salamanca, España, Junta de Castilla y León, 183 p.
- Piccato, Pablo, 1997, “<No es posible cerrar los ojos>. El discurso sobre la criminalidad y el alcoholismo hacia el fin del porfiriato”, en Ricardo Pérez Monfort (coord.), *Hábitos, normas y escándalo. Prensa, criminalidad y drogas durante el porfiriato tardío*, México, CIESAS, Plaza y Valdés Editores, pp. 75-142.
- Pigeaud, Jackie, 1993, “La antigüedad y los comienzos de la psiquiatría en Francia”, en Postel y Quétel (coords.), pp. 125-143.
- Pirella, Agostino y Domenico Casagrande, 1975, “John Conolly: de la filantropía a la psiquiatría social”, en García (coord.), pp. 52-70.
- Plumed Domingo, José Javier, 2004, “La etiología de la locura en el siglo XIX a través de la psiquiatría española”, *Frenia. Revista de Historia de la Psiquiatría*, Madrid, v. IV-2, pp. 69-91.

- _____, 2002, “La introducción de las ideas degeneracionistas en la España del siglo XIX. Aspectos conceptuales”, *Frenia. Revista de Historia de la Psiquiatría*, Madrid, v. II-1, pp. 31-48.
- _____, y Antonio Rey, 2004, “Las historias clínicas del manicomio de Nueva Belén”, *Frenia. Revista de Historia de la Psiquiatría*, Madrid, v. IV-1, pp. 77-99.
- Porter, Roy, 2004, *Breve historia de la medicina. De la antigüedad hasta nuestros días*, México, Taurus, 302 p., ils.
- _____, 2003, *Breve historia de la locura*, México, Fondo de Cultura Económica, 226p., ils.
- _____, 1993, “Diseases of Civilization”, en Bynum y Porter (eds.), v. I, pp. 585-600.
- _____, y Wright David (eds.), 2003, *The Confinement of the Insane International Perspectives*, Cambridge, Cambridge University Press, 371p.
- Postel, Jacques, 1993a, “Del acontecimiento teórico al nacimiento del asilo (El tratamiento moral)”, en Postel y Quéstel (coords.), pp. 144-153.
- _____, 1993b, “Parálisis general”, en Postel Jacques y Claude Quéstel (coords.), pp. 323-334.
- _____, 1993c, “La demencia precoz y la psicosis maniaco depresiva. Kraepelin”, en Postel y Quéstel (coords.), pp. 344-352.
- _____, 1993d, “Las neurosis”, en Postel y Quéstel (coords.), pp. 359-367.
- _____, 1979, “Naissance et decadence du traitement moral pendant la premiere moite du XIX siecle”, *Evolution Psychiatrique*, n. 3, pp. 586-616.
- _____, y Francois Bing, 1996, “Philippe Pinel y los conserjes”, en *Pensar la locura. Ensayos sobre Michel Foucault*, Buenos Aires, Paidós, pp. 37-52.
- _____, y Claude Quéstel (coords.), 1993, *Historia de la psiquiatría*, tr. Francisco González, México, Fondo de Cultura Económica, 791p.
- *Presidentes de la Academia Nacional de Medicina*, 2006, pról. Emilio García Procel, México, Academia Nacional de Medicina, 126p., ils.
- Pruneda, Alfonso, 1950, “El Doctor Rafael Lavista”, *Gaceta Médica de México*, v. LXXX, n. 4, pp. 799-818.
- Pulido Esteva, Diego, 2004, *Imágenes de la locura en el discurso de la modernidad. Salud mental y orden social a través de las visiones médica, criminológica, legal y literaria (ciudad de México, 1881-1910)*, México, 232p. (Tesis de Licenciatura en Historia, UNAM, Facultad de Filosofía y Letras).
- Quéstel, Claude, 1993a, “El problema del encierro de los insanos”, en Postel y Quéstel (coords.), pp. 99-115.
- _____, 1993b, “La votación de la ley de 1838”, en Postel y Quéstel (coords.), pp. 173-179.
- _____, 1993c, “La vida cotidiana en un asilo para alienados a fines del siglo XX”, en Postel y Quéstel (coords.), pp. 448-454.
- Quevedo, Emilio y Francisco Gutiérrez, 1996, “La medicina científica y la salud pública en América Latina durante el siglo XIX”, en Saldaña (coord.), pp. 299-347.

- Ramírez Moreno, Samuel, 1950, *La Asistencia psiquiátrica en México*, México, Secretaría de Salubridad y Asistencia, 65p., ils.
- _____, 1936, “El Dr. Juan Peón del Valle (padre)”, *Revista Mexicana de Psiquiatría, Neurología y Medicina Legal*, v. II, n. 2, pp. 37-40.
- _____, 1935a, “El Dr. José Peón Contreras”, *Revista Mexicana de Psiquiatría, Neurología y Medicina Legal*, v. I, n. 5, pp. 33-35.
- _____, 1935b, “El Dr. Rafael Lavista y la Quinta de Salud de Tlalpan”, *Revista Mexicana de Psiquiatría, Neurología y Medicina Legal*, v. II, n. 7, pp. 25-28.
- _____, 1934, “Datos históricos sobre los manicomios y la psiquiatría en México”, *Revista Mexicana de Psiquiatría, Neurología y Medicina Legal*, v. I, n. 1.
- Ramos de Viesca, Ma. Blanca, 2004, “Transfusión sanguínea como tratamiento de las enfermedades mentales durante el siglo XIX en México”, *Psiquiatría*, Asociación Psiquiátrica Mexicana, septiembre-diciembre.
- _____, 2002, “La sangría como recurso terapéutico en las enfermedades mentales en el México del siglo XIX”, *Salud Mental*, v. 25, n. 6, diciembre, pp. 53-58.
- _____, 2000, “La hidroterapia como tratamiento de las enfermedades mentales en México en el siglo XIX”, *Salud Mental*, v. 23, n. 5, octubre, pp. 41-46.
- _____, 1999, “La neurosífilis y la introducción de la penicilina en el Manicomio General de La Castañeda”, *Salud Mental*, v. 22, n. 6, diciembre, pp. 37-41.
- _____, y Sonia Flores, 1999, “El tratamiento del alcoholismo en México en el siglo XIX”, *Salud Mental*, v. 22, n. 1, enero, pp. 11-16.
- _____, y Otón Tirado, 1993, “El Manicomio General de México. La anécdota de un terreno”, *Psiquiatría*, v. 9, n. 3, septiembre-diciembre, pp. 212-218.
- _____, y Carlos Viesca, 1998, “El proyecto y la construcción del Manicomio General de la Castañeda”, *Salud Mental*, México, v. 21, n. 3, pp.19-25.
- Ríos Molina, Andrés, 2004, “Locos letrados frente a la psiquiatría mexicana a inicios del siglo XX”, *Frenia. Revista de historia de la psiquiatría*, Madrid, IV-2, pp. 17-35.
- Rivera-Garza, Cristina, 2003a, “Becoming Mad in Revolutionary Mexico: Mentally Ill Patients at the General Insane Asylum, Mexico, 1910-1930”, en Porter y Wright (eds.), pp. 248-272.
- _____, 2003b, “Beyond Medicalization: Psychiatrists and Patients Produce Sexual Knowledge in Late Porfirian Mexico”, en Robert T. Irwin, Edward J. McCaughan, Michelle Rocio Nasser (eds.), *The Famous 41. Sexuality and Social Control in Mexico, 1901*, New York, Palgrave Press, pp. 267-290.
- _____, 2001a, “Dangerous Minds: Changing Psychiatric Views of the Mentally Ill in Porfirian Mexico, 1876-1911”, *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, n. 6, pp. 36-67.
- _____, 2001b, “Por la salud mental de la nación: vida cotidiana y Estado en el Manicomio General de La Castañeda, México, 1910-1930”, en

Secuencia. Revista de historia y ciencias sociales, n. 51, septiembre-diciembre, pp. 57-89.

- _____, 2001c, “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. 81, v. 3, pp. 653-688.
- Rodríguez de Romo, Ana Cecilia, 2002a, “Claudio Bernard en la medicina del siglo XIX: clínica y experimentación”, en Cházaro (ed.), pp. 65-83.
- _____, 2002b, “Los médicos como gremio de poder en el Porfiriato”, en *Boletín Mexicano de Historia y Filosofía de la Medicina*, México, v. 5, n. 2, pp. 4-9.
- _____, y Xóchitl Martínez (coords.), 2001, *Estudios de historia de la medicina: abordajes e interpretaciones*, México, UNAM, Facultad de Medicina, Sociedad Mexicana de Historia y Filosofía de la Medicina. 268p.
- Rodríguez, Martha Eugenia, 2001, “Los estudios médicos en México. Periodo virreinal y siglo XIX”, en *Boletín Mexicano de Historia y Filosofía de la Medicina*, México, v. 4, n. 2, pp. 16-22.
- Roselli, Humberto, 1968, *Historia de la psiquiatría en Colombia*, Bogota, Horizontes, 2 v.
- Ruiz López, Ignacio y Diana Morales Hienen, 1996, “Los primeros años del Manicomio General de La Castañeda (1910-1940)”, *Archivos de Neurociencias*, v. I, n. 2, pp. 124-129.
- Ruiz Somavilla, María José e Isabel Jiménez Lucena, 2003, “Género, mujeres y psiquiatría: una aproximación crítica”, en *Frenia. Revista de historia de la psiquiatría*, Madrid, v. III-1, pp. 7-29.
- Sacristán, María Cristina, 2005a, “Historiografía de la locura y de la psiquiatría en México. De la hagiografía a la historia posmoderna”, *Frenia. Revista de Historia de la Psiquiatría*, Madrid, v. V-1, pp. 9-33.
- _____, 2005b, “La Locópolis de Mixcoac en una encrucijada política. Reforma psiquiátrica y opinión pública, 1929-1933”, en Sacristán y Piccato (comps.), pp. 199-232.
- _____, 2005c, “Por el bien de la economía nacional. Trabajo terapéutico y asistencia pública en el manicomio de La Castañeda de la ciudad de México, 1929-1932”, en *História, Ciências, Saúde- Manguinhos*, v. 12, n. 3, pp. 675-692.
- _____, 2003, “Reformando la asistencia psiquiátrica en México. La Granja de San Pedro del Monte: los primeros años de una institución modelo, 1945-1948”, *Salud Mental*, v. 26, n. 3, junio, pp. 57-65.
- _____, 2002, “Entre curar y contener. La psiquiatría mexicana ante el desamparo jurídico, 1870-1944”, *Frenia. Revista de Historia de la Psiquiatría*, Madrid, v. II-2, pp. 61-80.
- _____, 2001, “Una valoración sobre el fracaso del manicomio de La Castañeda como institución terapéutica, 1910-1944”, *Secuencia. Revista de historia y ciencias sociales*, n. 51, septiembre-diciembre, pp. 91- 120.

- _____, 2000, “Resistir y asistir. La profesión psiquiátrica a través de sus instituciones hospitalarias, 1859-1933”, en Illades y Rodríguez Kuri (comps.), pp. 187-216.
- _____, 1999, *Locura y justicia en México. La psiquiatría, la familia y el individuo frente a la modernidad liberal: el caso de Raygosa (1873-1877)*, Tarragona, España, 297p. (Tesis de Doctorado en Antropología social y cultural, Facultat de Lletres, Univesitat Rovira i Virgili.).
- _____, 1998, “¿Quién me metió en el manicomio? En internamiento de enfermos mentales en México, siglos XIX y XX”, *Relaciones. Estudios de Historia y Sociedad*, v. XIX, n. 74, pp. 201-233
- _____, 1996, “Hacia una sociedad de individuos. Estado, familia y tutela de los incapaces según el Código Civil de 1870 para el Distrito Federal”, en Carlos Illades y Ariel Rodríguez Kuri (comps.), *Ciudad de México: instituciones, actores sociales y conflicto político, 1774-1931*, Zamora, Michoacán, El Colegio de Michoacán, pp. 55-80.
- _____, 1994, *Locura y disidencia en el México Ilustrado, 1760-1810*, Zamora, Michoacán, El Colegio de Michoacán, Instituto Mora, 281p.
- _____, 1991, “La locura y la psiquiatría en México: un balance historiográfico”; en *Secuencia*, n. 21, noviembre-diciembre, pp. 155-171.
- _____, y Pablo Piccato (coords.), 2005, *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, 283p.
- Saldaña, Juan José, 2005, “De lo privado a lo público en la ciencia: la primera institucionalización de la ciencia en México”, en Saldaña (coord.), pp. 34-82.
- _____, 1996, “Ciencia y libertad: la ciencia y la tecnología como política de los nuevos estados latinoamericanos”, en Saldaña (coord.), pp. 283-298.
- _____, 1996, “Introducción. Teatro científico americano. Geografía y cultura en la historiografía latinoamericana de la ciencia”, en Saldaña (coord.), pp. 8-41.
- _____, (coord.), 2005, *La Casa de Salomón en México. Estudios sobre la institucionalización de la docencia y la investigación científicas*, México, UNAM, Facultad de Filosofía y Letras, 410p.
- _____, (coord.) 1996, *Historia de las ciencias sociales en América Latina*, México, UNAM, Miguel Ángel Porrúa, 541p.
- _____, (comp.), 1989, *Introducción a la teoría de la historia de las ciencias*, México, UNAM, 391p.
- Sánchez Rosales, Gabino, 2002, “El Hospital General de México: una historia iconográfica”, en *Boletín Mexicano de Historia y Filosofía de la Medicina*, México, v. 5, n. 1, pp. 16-24.
- Santoyo, Antonio, 2001, “Burócratas y mercaderes de la salud. Notas sobre la política gubernamental e iniciativas empresariales en torno al equipamiento y los servicios hospitalarios, 1880-1910”, en Agostoni y Speckman (eds.), pp. 76-95.
- Scull, Andrew, 1993, *The Most Solitary of Afflictions. Madness and Society in Britain, 1700-1900*, New Haven, Yale University, 442p.

- _____, 1979, “Moral Treatment Reconsidered: Some Sociological Comments on an Episode in the History of British Psychiatry”, *Psychological Medicine*, Cambridge University Press, n. 9, pp. 421-428.
- “Semblanza del doctor Juan N. Navarro”, 1967, *Salud Pública de México*, México, v. XI, n. 5, pp. 568.
- Shorter, Edward, 1997, *A History of Psychiatry: From the Era of the Asylum to the Age of Prozac*, New York, John Wiley, 436p.
- Showalter, Elaine, 1985, *The Female Malady: Women, Madness and English Culture, 1830-1980*, New York, Pantheon.
- Somolinos D’Ardois, Germán, 1976, *Historia de la psiquiatría en México*, México, Sepsetentas, 149p, ils.
- _____, 1969, “La medicina mexicana en el periodo romántico”, *Gaceta Médica de México*, v. 99, n. 11, pp. 1014-1015.
- Speckman Guerra, Elisa, 2002, “El cruce de dos ciencias: conocimientos médicos al servicio de la criminología (1882-1901)”, en Cházaro (ed.), pp. 211-230.
- Staples, Anne, 1982, “La Constitución del Estado nacional”, en *Historia de las profesiones en México*, El Colegio de México, pp. 93-111.
- Suárez y López Guazo, Laura, 2001, “La salud mental en México: una visión desde la antropología y el evolucionismo, 1920-1960”, en Rodríguez de Romo y Martínez (coords.), pp. 173-189.
- Swain, Gladys, 1994, “Du traitement moral aux psychothérapies. Remarques sur la formation de l’idée contemporaine de psychothérapie”, en *Dialogue avec l’insensé*, París, Gallimard, pp.237-262.
- Synodinou, Claire, 1993, “Aspectos de la psiquiatría en el mundo. Grecia”, en Postel y Quérel (coords.), pp. 255-265.
- Trabulse, Elías, 1997, *Historia de la ciencia en México*, (versión abreviada), México, Fondo de Cultura Económica, CONACYT, 542 p., ils.
- Trillat, Etienne, 1993, “Una historia de la psiquiatría en el siglo XX”, en Postel y Quérel (coords.), pp. 457-486.
- Urías Horcasitas, Beatriz, 2005, “Locura y criminalidad: degeneracionismo e higiene mental en México posrevolucionario”, en Agostoni y Speckman (eds.), pp. 347-383.
- _____, 2004, “Degeneracionismo e higiene mental en el México posrevolucionario (1920-1940)”, *Frenia. Revista de historia de la psiquiatría*, v. IV-2, pp. 37-67.
- Valdés Fernández, Marisa, 1995, *La salud mental en el porfiriato. La construcción de La Castañeda*, México, 155p. (Tesis de Licenciatura en Historia, Facultad de Filosofía y Letras, UNAM).
- Van Young, Eric Van, 2001, “Estudio introductorio. Ascenso y caída de una loca utopía”, en *Secuencia. Revista de historia y ciencias sociales*, n. 51, septiembre-diciembre, p. 11-29.
- Vezetti, Hugo, 1985, *La locura en Argentina*, Buenos Aires, Paidós, 237p.
- Villasante, Olga, 2005, “Las instituciones psiquiátricas madrileñas en el periodo de entresiglos: asistencia pública frente a sanatorios privados”, *Frenia. Revista de historia de la psiquiatría*, Madrid, v. V-1, pp. 69- 99.

- Villaseñor, Sergio, 1993, "Influencia de la psiquiatría francesa en México", *Revista del Residente de Psiquiatría*, v. 4, n. 4, pp. 18-21.
- Weatherall, Miles, 1993, "Drug Therapies", en Bynum y Porter (eds.), v. 2, pp. 915-937.
- Weinberg, Gregorio, 1996, "La ciencia y la idea del progreso en América Latina, 1860-1930", en Saldaña (coord.), pp. 349-436.
- Weiner, Dora B., 2002, *Comprender y curar: Philippe Pinel (1745-1826): la medicina de la mente*, México, Fondo de Cultura Económica, 439p.
- Zea, Leopoldo, 1984, *El positivismo en México: nacimiento, apogeo y decadencia*, México, Fondo de Cultura Económica, 481p.
- Zilboorg, Gregory, 1968, *Historia de la psicología médica*, Buenos Aires, Psique, 589 p.