

Instituto

Mora

**INSTITUTO DE INVESTIGACIONES
DR. JOSÉ MARÍA LUIS MORA**

Las familias como usuarias del Hospital de Mujeres
Dementes en la ciudad de México, 1877-1910

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
DOCTORA EN HISTORIA MODERNA Y
CONTEMPORÁNEA

P R E S E N T A :
MARÍA TERESA REMARTÍNEZ MARTÍN

Directora: Dra. Marisa Margarita Pérez Domínguez

Ciudad de México

Agosto de 2018.

*Esta Investigación fue realizada gracias al apoyo del
Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología*

AGRADECIMIENTOS

Quisiera agradecer en primer lugar al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por su apoyo económico, sin él no hubiera sido posible la realización de este trabajo. Y al Instituto de Investigaciones Dr. José María Luis Mora por la oportunidad de aprender y desarrollarme como historiadora, camino que comencé lejos de mi patria en la Universidad Autónoma del Estado de México y que podido continuar gracias a esta excelente institución.

Asimismo, mostrar mi más profundo agradecimiento a la Dra. Marisa Margarita Pérez Domínguez, mi directora de tesis doctoral, por ser mi guía en este viaje que ya duró cuatro años y a las Dras. María Eugenia Chaoul Pereyra y María Dolores Lorenzo Río por sus siempre atinadas aportaciones y su generosidad a la hora de compartir sus conocimientos conmigo. Me siento afortunada de haber compartido este sendero con tan lúcidas maestras e investigadoras, pues gracias a ustedes siempre que me desvié, pude enderezar el rumbo.

A Álvaro Santos Flores, toda mi gratitud, porque leíste todos y cada uno de mis borradores, dibujaste los mapas y trazaste los caminos cuando yo no era capaz de verlos, porque fuiste paciente durante todo el tiempo en el que el único tema de conversación era mis mujeres dementes. Además, soportaste mis enojos, frustraciones y tristezas en un momento de gran crecimiento personal pero también de pérdida. A mi perrita, Canela,

chihuahua tesista porque siempre me acompañó junto al teclado y estoy seguro de que si pudiera escribir haría la bitácora más completa de este viaje.

A los miembros del Seminario de Historia Social de la Salud del Instituto Mora: gracias doctoras, maestras y futuras graduadas por sus comentarios, críticas y aportaciones. Cada sesión fue una oportunidad para aprender y para conocer lo reciente y lo clásico de un campo de investigación que me resulta fascinante. Al mismo tiempo, ha sido un verdadero privilegio poder compartir con otras colegas la pasión por la historia de la salud y de la psiquiatría en México.

También quisiera expresar mi gratitud a Rogelio Vargas, a la Mtra. Patricia Guadalupe Alfaro y a Patricia Olguín, miembros del personal del Archivo Histórico de la Secretaría de Salud por su amabilidad, buena disposición y apoyo durante las largas horas de trabajo. De su mano fue más fácil encontrar las huellas que nos dejaron las familias de las enfermas del Hospital de Mujeres Dementes de la Ciudad de México.

Un recuerdo especial para mi padre, Eloy Remartínez y para mi madre, Felisa Martín, a ellos les dedico este trabajo. No tuve la oportunidad de pasar sus últimos momentos con ellos, pero no hay día que no los lleve en mi pensamiento y que no recuerde algo que me transporte a un tiempo y a un espacio distante en el que ellos estaban conmigo. También, agradezco a mi hermana, Dolores Remartínez, su apoyo y su afecto en los tiempos aciagos. Sin ti, todo hubiera sido más complicado y más doloroso.

Por último, pero no menos importante a mis amigos. Estoy muy agradecida con Alejandro Gracida por acogernos en su casa y por ser siempre solidario con nosotros, eres un gran amigo. Además, quisiera expresar mi gratitud con el Dr. Víctor Lechuga y en especial, con su esposa Virginia Molina por ser mi mamá mexicana y la mujer más admirable del mundo. Te extraño mucho. A mis compañeros de generación, por los buenos momentos compartidos, gracias. Y a Sandra Ayala y a Lulú Bautista por vuestra amistad y por los cafés post seminario.

ÍNDICE

Introducción	
Estado de la cuestión	1
La metodología	7
Las fuentes	12
Los capítulos	16
CAPÍTULO I. LOS MARCOS INSTITUCIONALES DE LAS FAMILIAS USUARIAS	19
EL HOSPITAL DEL DIVINO SALVADOR Y LA CARIDAD CRISTIANA. ANTECEDENTES HISTÓRICOS	20
EL HOSPITAL DE MUJERES DEMENTES Y LA BENEFICENCIA PÚBLICA: DEL AYUNTAMIENTO A LA FEDERACIÓN	28
<i>El primer reglamento interior tras el traspaso de poderes</i>	32
LA CENTRALIZACIÓN DE LA BENEFICENCIA PÚBLICA Y SU REFLEJO REGLAMENTARIO	37
<i>Un reglamento adaptado a la nueva Beneficencia Pública</i>	41
UNA RESPUESTA REGLAMENTARIA A LAS DEFICIENCIAS	44
<i>El último reglamento del Hospital de Mujeres Dementes</i>	48
EL OCASO DEL HOSPITAL DE MUJERES DEMENTES	51
USOS Y COSTUMBRES, DISPOSICIONES Y PACTOS	58
CAPÍTULO II. UNA DECISIÓN ÚNICA	69
LAS INTERNAS DEL HOSPITAL PARA MUJERES DEMENTES (1877-1910)	72
<i>Mujeres en edad de trabajar</i>	74
<i>Niñas con imbecilidad y epilepsia</i>	82
<i>Ancianas y otras enfermas dependientes</i>	86

LAS FAMILIA USUARIAS	89
<i>“No tenía parientes que se interesen por ella”</i>	90
<i>Retratos de familia</i>	96
<i>Madres y esposos: los artífices del ingreso</i>	103
LAS NECESIDADES Y LOS INTERESES FAMILIARES	105
<i>El hospital como recurso económico</i>	106
<i>Los conflictos familiares</i>	110
<i>La incapacidad de los familiares para hacerse responsables</i>	117
UNA DECISIÓN ÚNICA Y MÚLTIPLES MOTIVACIONES	123
CAPÍTULO III. PARA SU CUIDADO Y TRATAMIENTO	126
ANTECEDENTES Y REQUERIMIENTOS PARA EL INGRESOS EN EL HOSPITAL	128
LAS ESTRATEGIAS FAMILIARES DURANTE EL INGRESO	136
<i>Estrategias familiares para la obtención de los certificados médicos</i>	137
<i>Discursos familiares en las solicitudes de ingreso</i>	142
LA INTERVENCIÓN DE LAS AUTORIDADES DURANTE EL INGRESO DE LA PACIENTE EN EL CASO DE LAS FAMILIAS USUARIAS	146
LA PARTICIPACIÓN FAMILIAR DURANTE LA ESTADÍA DE LAS ENFERMAS	149
<i>Informes y visitas</i>	150
<i>El vestuario de las internas</i>	152
<i>Tras el fallecimiento</i>	153
INTERACCIONES FAMILIARES: PRÁCTICAS Y NEGOCIACIONES	154

<i>Permisos y periodos de prueba</i>	166
<i>Las concesiones de altas</i>	169
“EN FAVOR DE MI RECOMENDADA”: EL USO DE REDES DE INFLUENCIA Y SOLIDARIDAD EN EL HOSPITAL	176
LAS FAMILIAS COMO USUARIAS DEL HOSPITAL DE MUJERES DEMENTES	180
Conclusiones	186
Bibliografía	196
Apéndices	208

LISTA DE GRÁFICAS

CAPÍTULO I

Gráfica 1. Número de internas registradas por años (1877-1910)

Gráfica 2. Número de registro de internas pensionistas por años (1877-1910)

CAPÍTULO II

Gráfica 3. Rangos de edad que tenían las internas asiladas en el Hospital de Mujeres Demente al momento de su primer ingreso (1877-1910) (n=420)

Gráfica 4. Familiar remitente (1877-1910) (n=107)

APÉNDICE

Gráfica 5. Estado civil de las mujeres ingresadas al nosocomio (n=420)

Gráfica 6. Comparativa de los tiempos de estancia según el promotor del ingreso (%)

LISTA DE TABLAS

CAPÍTULO I

Tabla 1. Población del Hospital de Mujeres Dementes, 1905-1910

Tabla 2. Proporción del número de empleados y médicos respecto al número de internas

CAPÍTULO II

Tabla 3. Tiempo de estancia de las enfermas según los registros oficiales de 1877 a 1910

CAPÍTULO III

Tabla 4. Recaudación mensual prevista en concepto de pensiones, agosto de 1903

APÉNDICE

Tabla 5. Porcentaje de lo recaudado en concepto de pensiones en relación con el presupuesto destinado al Hospital de Mujeres Dementes 1882-1890

Tabla 6. Número de ingresos, altas y fallecimientos registrados por años (1877-1890)

Tabla 7. Número de ingresos, altas y fallecimientos registrados entre 1891-1900, por años

Tabla 8. Número de ingresos, altas y fallecimientos registrados por años entre 1897-1910

LISTA DE IMÁGENES

APÉNDICE

Imagen 1. Portada, Reglamento Interno del Hospital del Divino Salvador, 1879

Imagen 2. Estado que manifiesta el movimiento de enfermas habido en el año de 1879, con expresión de las enfermedades y los fallecimientos

Imagen 3. Modelo de registro de enfermas, 1879

Imagen 4. Modelo de interrogatorio Hospital del Divino Salvador, 1879

Imagen 5. Solicitud del Gobierno del Distrito Federal al Prefecto del Hospital del Salvador, 1887

Imagen 6. Simón G. solicita por escrito el ingreso de su hija en el Hospital de Mujeres Dementes, 1898

Imagen 7. Certificado médico de María G., aportado por su padre durante el proceso de ingreso, 1898

Imagen 8. Certificado médico de Teresa O. entregado por su madre durante el internamiento de la paciente, 1908

Imagen 9. Interrogatorio del Hospital del Divino Salvador practicado a Jesús C., 1896

Imagen 10. Interrogatorio de Jesús C., transcripción de los datos personales a un formato de interrogatorio del Manicomio General, fecha del documento, 1896, el documento fue mecanografiado tras el traslado en 1910

Imagen 11. Talón del "Express" que corresponde a un bulto de ropa enviado por JR G. a su esposa, 1889

Imagen 12. Objetos pertenecientes a Liberata G. entregados a un familiar, 1908

Imagen 13. La madre de Teresa O. solicita una licencia de dos meses, 1911

Imagen 14. La tía de Macaria A. pide el alta para su sobrina, 1912

Imagen 15. Queja del esposo de una pensionista por el aumento del importe de las pensiones, 1903

Imagen 16. Petición de un diputado para que se difiera unos días la salida de su cuñada del Manicomio General, 1912

Imagen 17. Escrito del director de la Beneficencia Pública dirigido al director del Hospital de Mujeres Dementes solicitando se conceda un trato especial a una enferma, 1910

LISTA DE ABREVIATURAS

AHCDMX Archivo Histórico de la ciudad de México
F-AyGDF Fondo Ayuntamiento y Gobierno del Distrito Federal
S-H Sección Hospitales
Se-HDS Serie Hospital del Divino Salvador
F-MUN Fondo Municipalidades
S-Pol Sección Policía
S-Tacu Sección Tacubaya
S-Tlal Sección Tlalpan
Se-Sal Serie Salubridad
Se-Tacu Serie Tacubaya
AHSSA Archivo Histórico de la Secretaría de Salud
F-BP Fondo Beneficencia Pública
F- HYH Fondo Hospitales y Hospicios
F-MG Fondo Manicomio General
LRA Libro Registro de Asilados
S-CDA Sección Catálogo de Asilados
S-D Sección Dirección Beneficencia Pública
S-EC Sección Expedientes Clínicos
S-EH Sección Establecimientos Hospitalarios
S-DG Sección Dirección General
S-HDS Sección Hospital Divino Salvador
Se-MG Serie Manicomio General
Se-CC Serie Correspondencia Copia
C. Caja
Lg. Legajo
Exp. Expediente
f. Foja

“Ruego á Ud. Sr. director se sirva atender mi queja, pues la creo justa; y Ud. comprenderá que, al tratarse de mi madre enferma, estoy en el caso de hacer cuando esté de mi parte para minorarle sus males, ya que su desgracia la ha llevado á aquel lugar de desventura.”

Lic. J.M. Sánchez, México, 9 de agosto de 1913.

INTRODUCCIÓN

El tema de la locura ha despertado una gran fascinación en los seres humanos y ha formado parte de la conciencia colectiva de las sociedades desde la antigüedad. Fuente de inspiración para los artistas y de curiosidad para los científicos, en las tres últimas décadas, también ha generado un gran interés en las diferentes ciencias sociales. Solo hay que hacer una rápida revisión a los catálogos de las bibliotecas, de las hemerotecas y de las universidades para darnos cuenta de que han proliferado los trabajos de corte psicológico, antropológico e histórico interesados en conocer cómo ha evolucionado la noción de locura, qué implicaciones culturales tuvo y qué respuestas sociales ha generado en referencia a las enfermedades mentales a lo largo del tiempo. A mi modo de ver, la locura es un concepto asociado a la medicina y a la psiquiatría, pero al mismo tiempo a lo social: es un imaginario que genera representaciones, que trastoca las relaciones familiares y que conforma vínculos entre médicos, pacientes e instituciones de la beneficencia. Y son tantas las implicaciones de este tema, que a continuación, voy a hacer un breve repaso a la manera en la que la familia respecto a su vinculación con la locura ha sido abordada desde la historia.

El estado de la cuestión

Cuando comencé esta investigación, una de las primeras cosas de las que me percaté fue de la escasez de historiografía que tenía como tema principal a las familias y su relación con la enfermedad mental. Y aunque hubo desánimo por un momento, revisé los trabajos que sobre la locura y los manicomios habían sido publicados en México. En esas primeras lecturas, observé que las familias aparecían de soslayo dentro temáticas más generales, en las que las preocupaciones de los investigadores iban dirigidas a analizar al manicomio como instrumento de control social o buscaban reflexionar sobre la construcción del discurso alienista y la

implicaciones de la locura femenina.¹ Quizás el estudio de Andrés Ríos Molina titulado *La locura durante la Revolución Mexicana: los primeros años de la Manicomio General de la Castañeda (1910-1920)* es el que más aproxima a una explicación de la intervención familiar cuando expone que con el encierro los parientes buscaban controlar a los “mal portados” y servir de solución a la difícil convivencia entre los enfermos y sus familiares.² Este primer acercamiento a la actuación de las familias en el manicomio resulta general y por tanto limitado, porque no contempla otros tipos de pacientes que, por sus condiciones físicas y mentales, necesitaban ser atendidas fuera del entorno familiar y omite otras motivaciones y respuestas que los parientes buscaron en el encierro nosocomial.

En mi repaso por la historiografía latinoamericana hallé otra corriente interpretativa que vinculaba la intervención familiar con el ámbito jurídico, relación que se establecía al inhabilitar a un pariente e introducirlo a una institución nosocomial. En este aspecto, los trabajos de Cristina Sacristán son los referentes porque examinan la confluencia entre la locura y los derechos del individuo en el contexto mexicano.³ Y su principal hipótesis es que el juicio de interdicción fue una herramienta legal dirigida a aquellos individuos que tenían bienes. Sin embargo y en algunas ocasiones, la posibilidad de que se produjera el internamiento promovido por las familias hizo innecesario que éstas llegaran a utilizar

¹ Sirvan de ejemplo de cada una de estas preocupaciones investigadoras los trabajos de Inés García Canal y su análisis a partir de los trabajos de Foucault. Cristina Rivera Garza y las narrativas sobre la locura. Los de Marta Lilia Mancilla y Frida Gorbach sobre la locura femenina en México.

² Ríos, *Locura*, 2009, pp.85, 31, 99.

³ Entre otros artículos, véase: Sacristán, Cristina, “La locura se topa con el manicomio. Una historia por contar”, *Cuicuilco. Revista de la Escuela Nacional de Antropología e Historia*, vol. 16, no. 45, enero-abril, 2009, pp.163-188. Sacristán, María Cristina, “¿Qui peut exercer la tutelle d’un incapable? Évolution depuis le droit romain jusqu’à la codification”, *Ateliers. Anthropologie et histoire. Réflexion sur les cinq continents*, no. 17, 1996, pp.171-184. Sacristán, María Cristina, “¿Quién me metió en el manicomio? El internamiento de enfermos mentales en México, siglos XIX y XX”, *Relaciones. Estudios de Historia y Sociedad*, primavera de 1998, vol. XIX, no. 74, pp.201-233. <http://www.colmich.edu.mx/files/relaciones/074/pdf/MariaCristinaSacristan.pdf>

este recurso jurídico.⁴ Dentro de la misma línea, otras investigaciones recogen y exploran las voces expertas y legas de aquellos que intervinieron en los juicios de interdicción: médicos, jueces, enfermos y familiares. Entre ellas destacan autoras como Victoria Beltrán en México, María José Correa para Chile y María Silvia Di Licia para el contexto argentino.⁵

Después amplíé mi búsqueda fuera de Latinoamérica y encontré que desde mediados de los años 80 del siglo XX se habían realizado varias investigaciones que tuvieron como tema principal a las familias de los enfermos mentales. Por ejemplo, Mark Finnane, en 1985, analizó la vinculación de éstas con el hospital y el Estado y apuntó, entre otras causas, al uso popular del manicomio como respuesta a problemas domésticos e imperativos financieros y legales.⁶ Dos años más tarde, en 1987, Constance McGovern publicó un trabajo sobre la relación entre la comunidad, el hospital y los pacientes de clase trabajadora en el que estableció que el hospital para la clase trabajadora era una institución benevolente y que resultaba funcional ante múltiples circunstancias. Durante las siguientes décadas continuó este interés por analizar el papel de las familias en el proceso de admisión de pacientes en los manicomios de los Estados Unidos, Gran Bretaña y Australia.⁷ Prueba de ello son las aportaciones de Patricia Prestwich, Lynne Marks, Gertje Boschma, Mary- Ellen Kelm.

⁴ Sacristán, "Hacia", 1996, pp.55-80.

⁵ Victoria Beltrán en "El juicio familiar: calificación y asignación social de la locura (México 1910-1930)" y María José Correa en sus trabajos: "De la información rendida y de los expuesto por facultativos...Testimonios legos y medidas probatorias en el entendimiento judicial de la locura. El caso de Pablo Bartels. Valparaíso, Chile, 1869"; "Lo lego en la negociación de la autoridad médico judicial en Santiago de Chile, 1890-1892, Trinidad Álvarez y si idiotismo congénito" y "De la casa de orates al juzgado: pericia alienista y evaluación judicial de la locura en Santiago de Chile hacia 1860", María Silvia Di Liscia, "Mujeres, locura, e incapacidad civil en Argentina, 1890-1920."

⁶ Quizás lo aportación más novedosa del autor es mostrar como el asilo pudo suponer un refugio para algunas mujeres que eran agredidas por sus padres y sus esposos. Finnane, "Asylums", 1985, pp.136, 139.

⁷ Mary- Ellen Kelm, "Only", 1993; Patricia Prestwich, "Family", 1994; Lynne Marks, "Christian", 1998; Geertje Boschma, "Family", 2008.

El análisis de todos estos aportes historiográficos hizo que me planteara la necesidad de realizar un estudio histórico para el contexto mexicano que de una forma transversal, sistemática y estructurada abordara la vinculación de los familiares con sus parientes dementes durante el proceso de encierro, estadía y alta en el hospital. Pues durante mucho tiempo se dio por un hecho probado que las familias usaban el manicomio como un lugar donde perpetrar el abandono de sus parientes, basándose en un modelo explicativo que se limitó a establecer como causa del encierro la condición de mujer y redujo el ingreso manicomial a un ejercicio de control y de abuso familiar. Sin tomar en cuenta que el nosocomio fue un recurso cuando fallaba el cuidado en el entorno doméstico, que en determinados casos sirvió para custodiar a aquellas enfermas que tenían comportamientos violentos. Además, para algunas pacientes y sus familiares fue una estrategia de supervivencia económica y una forma de atención en el cuidado de otras enfermedades. Por último, significó un soporte para aquellas familias que no querían o se sentía incapaces de asumir la responsabilidad de tener un pariente enfermo. Razones que, aunque hoy nos parezcan que no son suficientes para justificar el encierro, incluso injustas y crueles, obedecieron a un intento de dar respuesta a una enfermedad cuando había pocas alternativas de curación y de difícil tratamiento doméstico.

De la necesidad de repensar el papel de los deudos afectados por la enfermedad mental surge el presente estudio que tiene como objetivo general reflexionar en torno a los usos que hicieron las familias de las mujeres consideradas como alienadas del establecimiento para dementes de la ciudad de México entre 1877 y 1910. En particular pretendo establecer el perfil de las familias usuarias a partir de sus características, sus motivaciones y de los fines que esperaban alcanzar con el ingreso de la enferma en un hospital especializado. Asimismo, me interesa explorar de qué manera éstas se relacionaron con los otros actores implicados: los médicos y los funcionarios de la Beneficencia Pública, encargados de la

gestión del nosocomio capitalino durante el periodo analizado. Por último, me propongo analizar qué discursos y estrategias utilizaron los usuarios para lograr el internamiento de sus familiares, obtener la concesión de permisos que facilitó que las familias pudieran convivir temporalmente con sus deudos, así como, la posibilidad de negociar el alta y los posteriores reingresos, resultando ser, a través de estas prácticas, una institución flexible y porosa, pero sobre todo benéfica a los intereses y necesidades familiares.

En cuanto al corte temporal obedece a dos momentos muy importantes en el devenir histórico de este hospital. En el año de 1877, el nosocomio capitalino pasó a depender de la Beneficencia Pública tras el periodo en que estuvo bajo la gestión del cabildo capitalino. Y en 1910 se clausuró el establecimiento y las internas fueron trasladadas al Manicomio General de la Castañeda. Asimismo, durante este lapso, la medicina alienista sentó las bases como disciplina científica y la Beneficencia Pública se encontraba en un proceso de centralización y burocratización dentro de una lógica de asistencia social residual en la que el Estado proporcionaba ayuda médica a aquellos habitantes que consideraba débiles económica y socialmente.⁸

Por todo ello, este trabajo favorece la comprensión de unos actores esenciales en la historia de la locura y la psiquiatría en México: Las familias. Sujetos históricos que se vieron impelidos ante el problema de la enfermedad mental y que se acercaron a una institución que se estaba modernizando en la búsqueda de una respuesta médica, de un apoyo económico, incluso, de una manera de liberar la tensión que se generaba al interior del grupo doméstico. Y al mismo tiempo, la investigación ofrece una imagen de la composición social de la ciudad de México durante el porfiriato. Y aunque este aporte no estaba contemplado en el proyecto, la ausencia de explicaciones integrales acerca de la familia de la época me

⁸ Reglamento de la Dirección de la Beneficencia Pública, 30 de noviembre de 1880, Álvarez Amézquita, *Historia*, 1960, p.301.

llevó a reflexionar sobre la conformación y las dinámicas familiares buscando dar cuenta de prácticas y fenómenos sociales vinculados a estas mujeres que pertenecían a distintos estratos sociales y que junto a sus familias vivieron el ocaso del XIX y el nacimiento del XX, grupos de los que todavía se conoce poco.

Esta investigación también aporta al conocimiento acerca de los hospitales para dementes durante las últimas décadas del siglo XIX y primeras del XX.⁹ Y en especial, contribuye a la historiografía sobre el Hospital de Mujeres Dementes, nosocomio cuya trayectoria abarcó dos siglos de la historia de la ciudad de México. Este establecimiento, ya sea por la complejidad y fragmentación de las fuentes conservadas, o por el interés que despierta el Manicomio General de la Castañeda sobre otras instituciones para insanos¹⁰, no ha sido suficientemente estudiado, así que una aproximación al mismo con la presente investigación es una veta para conocer su interacción.

Asimismo, esta disertación aporta otros puntos de vista sobre el funcionamiento de la Beneficencia Pública¹¹ y su relación con los centros hospitalarios para dementes. Pues, el análisis de la interacción entre los parientes, los directores, los prefectos, los facultativos del nosocomio y los funcionarios de la beneficencia muestra de qué manera desde esta entidad política se constituyó una red institucional de asistencia y contención de personas enfermas de la que también fueron parte los

⁹ El Hospital de Mujeres Dementes es una institución de larga tradición histórica al que no se le ha prestado demasiada atención, con la salvedad del trabajo pionero de Celia Bersktein, que fue publicado a principio de los años 80. En esta obra, la autora hace un repaso, aunque muy descriptivo, de la historia del hospital, de su estructura interna y del funcionamiento de la institución desde 1700 hasta su clausura en 1910. Sin embargo, las mujeres que fueron trasladadas de la Canoa a la Castañeda han sido objeto de varios trabajos, entre ellos, el de Alberto Carvajal que analiza esa transición y cómo afectó a aquellas mujeres que no tenían historia y al que el autor por medio de su trabajo intentó otorgar un marco histórico. Carvajal, "Mujeres", 2001, pp.31-55.

¹⁰ Insano es un sinónimo de loco y demente. Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, <http://www.rae.es/> [Consulta 10 de febrero de 2018]

¹¹ La Beneficencia Pública y privada y la labor en algunos de los establecimientos dependientes de esta dependencia gubernamental han sido ampliamente estudiados

familiares de los beneficiarios, convirtiéndose en usuarios de los establecimientos gestionados por la Secretaría de Estado y el Despacho de Gobernación. Mirada que contribuye al enriquecimiento de la historiografía de la asistencia social en México.

La metodología

Durante la presente investigación se utilizan varios elementos y palabras que sirven para perfilar un modelo interpretativo construido a partir de tres categorías fundamentales: usuario, decisión única y estrategia. Términos que, por otra parte, pueden causar confusión, por lo que considero pertinente hacer un cuadro explicativo para facilitar su entendimiento y comprensión que se expone a continuación.

El término usuario es definido por el diccionario de la Real Academia de la Lengua Española como aquella “persona que tiene derecho a usar una cosa ajena con cierta limitación”.¹² Este enunciado tiene dos elementos contrapuestos que merece la pena puntualizar. El primero es el asunto del “derecho”, no he encontrado documentos que propongan que la asistencia que proveía la beneficencia pública, en las últimas décadas del siglo XIX, fuera entendida como un derecho. Pues, durante el periodo analizado, a las enfermas que estaban en el hospital se las denominaba “asiladas.” Expresión que hacía referencia a la persona enferma a la que se le proporcionaba una estancia en un hospital.

Otro término que podría sustituir a la locución “usuario” es “beneficiario” adoptando el sentido de una persona que recibe una prestación.¹³ Efectivamente, el hospital de la Canoa estaba dedicado al cuidado y tratamiento de mujeres dementes y epilépticas, tanto pobres como pensionistas. Y, por este motivo, se puede entender que se trataba

desde la historia por autores como Antonio Padilla, Dolores Lorenzo, Juan Manuel Cerdá, Gloria Guadarrama.

¹² Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, <http://www.rae.es/> [Consulta 28 de febrero de 2018]

¹³ Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, <http://www.rae.es/> [Consulta 28 de febrero de 2018]

de una prestación de servicios enfocada a una asistencia médica, a la custodia y al cuidado de aquellas mujeres que habían perdido la razón, de forma permanente o transitoria, o tenían otros padecimientos relacionados con el cerebro.¹⁴ Pero de igual forma que ocurre con la palabra “usuario”, en ese tiempo no se nombraba con el término “beneficiario” a las pacientes o a sus familias. Pues como establece una circular, de 1877, de la Secretaría de Estado y Despacho de Gobernación, los fondos eran recaudados por la Beneficencia Pública o donados por los particulares y éstos se destinaban a una “humanidad doliente y miserable.” En virtud de ello, para la institución benéfica proporcionar este socorro era un “sagrado deber”, compromiso propio de los gobiernos ilustrados; y para los filántropos que también aportaban fondos a esta causa, se trataba de un acto de caridad.¹⁵ Sin olvidar que las familias también contribuían al sostenimiento del hospital primero y después a incrementar las arcas de la tesorería de la Beneficencia Pública gracias al pago de las pensiones.

Conforme a lo anterior, ninguno de los dos conceptos fue utilizado durante el periodo de estudio para explicar la relación familia-nosocomio para dementes, sin embargo, si me atengo a la segunda parte de la definición de usuario: “usar una cosa ajena con cierta limitación”¹⁶, la interacción entre los parientes con el establecimiento se puede entender como una utilización del hospital, restringida por las normas formales e informales establecidas por la institución y la beneficencia. Además, considerar a las familias como usuarios de los manicomios no es una aportación propia sino un préstamo, ya en 1994 Patricia Prestwich en un artículo sobre un tipo de enfermo mental, los “pacientes voluntarios”, expuso cómo las familias que internaron a su pariente en el hospital no fueron usuarios pasivos del establecimiento. En concreto, la autora quería

¹⁴ Reglamento de la Beneficencia Pública, 30 de noviembre de 1880, AHSSA, F-BP, S-D, Se-DG, Lg.2, Exp. 2, f.7.

¹⁵ Circular de la Secretaría de Estado y Despacho de Gobernación, 23 de enero de 1877, AHSSA, F-BP, S-D, Se-DG, Lg.2, Exp. 12, fs.1-2.

exponer como las familias, en su relación con la institución nosocomial, utilizaron estrategias, tomaron decisiones, acciones, buscaron el apoyo experto, pusieron en marcha mecanismos de negociación y llegaron a acuerdos.¹⁷

Además, y como se expuso anteriormente, la relación entre el establecimiento y los usuarios estaba sujeta a una serie de restricciones de índole normativa, impuestas por los directores del establecimiento y por el secretario de Estado y Despacho de Gobernación. Para el análisis de este aspecto regulatorio me apoyé en el trabajo del economista Douglas C. North de cuyo modelo teórico tomé algunos elementos como su definición de institución y la importancia que el autor atribuye, por un lado, a las normas formales e informales y, por otro, como éstas influyen en la toma de decisiones individuales.¹⁸ En esta misma línea también contemplé a Enrique de la Garza Toledo quien explica que la institucionalidad formal e informal limita o impulsa la acción racional, pues, en su opinión, las presiones de las estructuras políticas o culturales son importantes. Pero, además, este autor observa un elemento interpretativo que me resulta muy interesante: para que se produzca una acción, ésta debe pasar por el aparato subjetivo.¹⁹ La subjetividad entendida, por De la Garza, en un sentido amplio y no solo visto como la optimización de los recursos, propia de las teorías clásicas sobre instituciones, sino en toda forma de razonamiento formal y cotidiano que toma en cuenta valores cognitivos, estéticos y argumentativos.²⁰

Relacionado con los razonamientos que hicieron las familias durante el proceso de internación de su pariente y a medio camino entre la reflexión subjetiva y la acción, creo que se encuentra el terreno de la

¹⁶Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, <http://www.rae.es/> [Consulta 28 de febrero de 2018]

¹⁷ Prestwich, "Family", 1994, pp.799-818.

¹⁸North, Douglas C., *Instituciones, cambio institucional y desempeño económico*, México, Colección Economía Contemporánea, Fondo de Cultura Económica, 2006.

¹⁹De la Garza, "Neoinstitucionalismo", 2005, pp.171, 183-185.

²⁰ *Ibid.*, pp.183-185.

“estrategia”.²¹ Otro concepto muy importante para la interpretación del papel de las familias como usuarias del hospital. Dos autores, Patricia Prestwich y Marco Van Leeuwen han servido de base para la interpretación. Patricia Prestwich en el contexto del manicomio de Saint Anne (1876-1914) expuso cómo las estrategias utilizadas por los familiares habían desequilibrado el poder de los médicos. Sin embargo, Prestwich no definió qué entiende por estrategias familiares y aunque habla de “of family calculations”, más bien se centra en describir la decisiones y acciones que tomaron las familias en relación con su enfermo y cómo éstas influyeron en sus relaciones con los facultativos. Por otro lado, Marco Van Leeuwen analiza las estrategias de subsistencia de los pobres desde la sociología comprensiva y tomando en cuenta el contexto histórico, mirada que contempla al actor individual y su interés propio como motivo fundamental de la acción humana.²²

Sin embargo, cualquier razonamiento subjetivo, más concretamente la estrategia, puede o no derivarse en una acción, y, como apunta Amparo Gómez Rodríguez, cuando ésta se llevaba a cabo, la acción es intencional y es resultado de la evaluación que hace el individuo.²³ Así y conforme a la definición de Gómez Rodríguez, “decidir no solo en el sentido lógico (elegir una alternativa entre varias) sino también es la resolución de un estado de ambigüedad: ante un orden de acontecimientos el individuo cree que la acción adecuada es x. Ante un

²¹ Ese mismo año, Patricia Prestwich, ya en el contexto de las instituciones para dementes, publicó un trabajo que exponía cómo las estrategias utilizadas por los familiares habían desequilibrado el poder de los médicos en los casos de los ingresos “voluntarios” que tuvieron lugar en el manicomio de Saint Anne de París entre 1876 y 1914. Prestwich no define qué entiende por estrategias familiares y aunque habla de “of family calculations”, más bien se centra en describir la decisiones y acciones que tomaron las familias en relación con su enfermo y cómo éstas influyeron en sus relaciones con los facultativos. Prestwich, “Family”, 1994, pp.799-818.

²² Van Leeuwen en su texto de 1994 “Logic of Charity” señala que los pobres podían elegir distintos modos de vida para sobrevivir: la prostitución, la mendicidad, el robo y la asistencia pública. Y la decisión era tomada en función del coste, de los beneficios y las alternativas que se le presentaban. Van Leeuwen, “Logic”, 1994, pp.601-603.

²³ Gómez Rodríguez, “Actores”, 1992, p.121.

problema ¿Qué acto realizamos? La elección de una acción resolvería el problema.”²⁴ Una elección que estaba supeditada a que el actor examinara el escenario y actuara en la medida de sus posibilidades, desde su propio punto de vista y con criterios que pueden ser diversos.²⁵ En definitiva y después de reflexionar sobre el sentido del término estrategia, lo entiendo como los distintos caminos y alternativas que evaluaron y tomaron las familias, para proceder en las distintas situaciones que la enfermedad mental y el internamiento de sus parientes les presentaban.

Por otro lado, las decisiones y acciones familiares se encontraron a su vez con la normativa y el criterio los médicos y funcionarios y ante la interlocución de estos actores, los parientes buscaron establecer el diálogo y la negociación con miembros de la profesión médica, utilizando todos los recursos que estaban a su alcance. Respecto al término negociación, Peter Burke señala que fue utilizado en su origen por los sociólogos para hacer referencia a los “regateos” entre abogados y clientes, pero con el paso del tiempo, este concepto se ha adaptado al “toma y daca” entre médicos y pacientes, o en este caso entre médicos y familiares.²⁶

En resumen, la investigación presenta al hospital como una institución usada por los familiares para resolver los problemas derivados de la enfermedad mental. Y en los que la toma de decisiones, la adaptación de normas, el aprendizaje y el desarrollo de estrategias fueron medios para lograr fines. Esta forma de concebir a la institución y a los usuarios encaja, según lo presentado hasta el momento, con algunos elementos presentes en las teorías neoinstitucionales²⁷ y otros de las

²⁴Gómez Rodríguez, “Actores”, 1992, p.122.

²⁵ Ibid., p.121.

²⁶ Burke, *Historia*, 1997, p. 104.

²⁷ Douglas C. North es un claro exponente de lo que se ha denominado neoinstitucionalismo. Luis Rodríguez Castillo lo define como una corriente de pensamiento que se sustenta en el individualismo metodológico vinculada a las teorías de elección

teorías de la racionalidad práctica.²⁸ La primera nació con la economía, la segunda, con la filosofía y ambas han sido utilizada en otras áreas de conocimiento como la política y la sociología. Y aunque tomar en préstamo algunas partes de su aparato conceptual para usarlos al servicio de la argumentación histórica, y más concretamente a este trabajo, puede ser discutible, yo creo que es posible y necesario. Y como bien establece Peter Burke se pueden hallar ideas en lugares distintos y adaptarlos a los propósitos propios, siempre que se pueda encontrar la manera de demostrar su validez.²⁹

Las fuentes

El tratamiento de las fuentes primarias es quizás uno de los aspectos más importantes en este trabajo de investigación. En cuanto a su origen, dos repositorios han sido los fundamentales: el Archivo Histórico de la ciudad de México (AHCDMX) y el Archivo Histórico de la Secretaría de Salud (AHSSA.) En el AHCDMX se encontraban documentos relativos a los años en los que el Hospital de la Canoa estuvo bajo su gestión, es decir, hasta 1877. Y en el AHSSA, a partir de esta fecha y hasta su clausura en 1910. Empecé revisando los expedientes clínicos que se localizaban en el de Salud, en busca de vestigios que me hablaran de las familias de las enfermas y, entonces, me di cuenta de que había muchas lagunas en la información que iba localizando. Esta circunstancia hizo que ampliara mi búsqueda a otros fondos con carácter más administrativo. Mi curiosidad por saber cómo era el funcionamiento de la policía en el caso de los enfermos mentales también me llevó a consultar el AHCDMX y di con

racional y como técnica analítica la teoría de juegos proveniente de la economía. Ver: Rodríguez, "Neoinstitucionalismo", 2008, p.549.

²⁸Las teorías sobre la racionalidad práctica parten del supuesto que hay un ejercicio de razón que dirige la acción, no todas, solo aquellas con significado, voluntarias y libres a partir de hechos contingentes. Filósofos como Aristóteles, Tomás de Aquino, Immanuel Kant, Max Weber han reflexionado acerca de la razón práctica. Sobre estas teorías, en 2009, Mario Šilar y Felipe Schewember publicaron las memorias de las XLV reuniones filosóficas celebradas entre el 23 y 25 de abril de 2008 con el título "racionalidad práctica, intencionalidad, normatividad y reflexividad."

²⁹Burke, *Historia*, 1997, p.90.

indicios muy interesantes sobre la relación de la policía con las familias de las enajenadas mentales y, sobre todo, información del funcionamiento de los servicios médicos que se ubicaban en las demarcaciones y en las prefecturas políticas del Distrito Federal. La recopilación de documentos iba creciendo siguiendo el afán de unir las piezas de un rompecabezas al que le seguían faltando algunas.

Compilé cualquier documento que hiciera referencia a las familias, poniendo especial atención a una serie de aspectos que consideré relevantes: como quién había remitido a la enferma; qué médico o institución había realizado el certificado médico presentado durante el ingreso; quién había contestado el interrogatorio y si en el testimonio recogido había información relevante sobre los familiares; si los parientes habían pedido el alta en alguna ocasión, y si se les había avisado ante la muerte de la asilada, incluso si se habían hecho cargo del cadáver. Fueron escasos aquellos expedientes clínicos que contenían misivas escritas por las enfermas a sus deudos o viceversa, resultando estos documentos especialmente valiosos en esta investigación.

Por otro lado, los datos personales que no aparecían en los expedientes clínicos los fui completando con los Libros de Registro de Asilados. Respecto al número de mujeres que fueron trasladadas al Manicomio General, las estadísticas oficiales apuntaban a 418 mujeres, pero yo hallé anotaciones de 420 mujeres que, según los datos encontrados, llegaron procedentes de la Canoa a la Castañeda. El uso de una población, a diferencia de la utilización de una muestra aleatoria, me permitió conocer una suerte de dinámica interna de la institución. Además, estas mujeres convivieron de forma temporal o permanente en el mismo establecimiento. Factor que favoreció el descubrimiento de ciertos patrones de actuación y discurso, y permitió detectar singularidades en las prácticas y representaciones familiares. Por el contrario, al elegir unos casos sobre la totalidad, el investigador está consiguiendo demostrar aquello que quiere probar, pero no está teniendo en cuenta la

heterogeneidad de pacientes y familias que podemos encontrar en los archivos.

A pesar de tener la totalidad de la población, no resultaba una tarea fácil precisar la cantidad de éstas que fueron ingresadas por sus parientes, ni cuántas fueron remitidas por el Estado porque las fuentes consultadas no lo establecen claramente. La información sobre las familias fue construida a partir de las internas, en especial, con las respuestas a los interrogatorios, con los relatos sobre su enfermedad, pero también, con las cartas que escribían con la intención de que sus deudos las recibieran y las sacaran del hospital, las fueran a visitar o las llevaran regalos.

Las contestaciones de los interrogatorios, por ejemplo, estaban condicionadas por la manera en la que estaban planteadas las preguntas, por ejemplo, el formato del Hospital de Mujeres Dementes respecto a los padres se hacían las siguientes preguntas: “¿En su familia hay ó ha habido algún nervioso, loco, epiléptico, histérico, alcohólico, etc.?” buscando los antecedentes hereditarios o atávicos de su enfermedad mental. El interrogatorio, además, tenía una parte dedicada a la identificación personal, otra sobre la salud de los pacientes y otra sobre aspectos sociales como su religión y su estado civil. En cuanto a la datación de los documentos, también se iba ampliando porque, aunque se estableció un lapso que iba desde 1877 a 1910, en los expedientes clínicos hallé documentos que sobrepasaban ambos límites. Pues, los historiales médicos que se conservan fueron creados a partir del traslado, en 1910, pero muchos tienen fojas previas provenientes de la estancia en el hospital de mujeres dementes.

Y se incluyeron otros que se fueron generando desde el cambio de establecimiento hasta el deceso de la enferma. En su interior, encontré formularios de índole médica como interrogatorios y análisis clínicos; de carácter administrativos como cartas y telegramas del hospital dirigida a los deudos y viceversa; además, de cartas, dibujos y otro tipo de

comunicaciones entre la paciente y sus familiares. Además, localicé libros de registro, reglamentos internos, los listados de pagos de pensiones, comunicaciones entre el hospital, la Secretaría de Estado y Despacho de Gobernación y las familias, etc.

El cierre del nosocomio y la inauguración del Manicomio General de la Castañeda otorgó a la documentación, que sobre el Hospital de Mujeres Dementes se puede consultar en estos días, ciertas particularidades: la primera es que existe mucha información que no se conserva. Lo que obliga a cualquier investigador a cruzar fuentes de diversa índole y en distintos acervos.³⁰ La segunda se refiere a que algunos documentos fueron cumplimentados a consecuencia de la transferencia de los pacientes. Por lo que la información recogida en ellos fue analizada teniendo en consideración esta característica.

Las fuentes, una vez procesadas, dieron como resultado una base de datos relativa a la identificación de las pacientes y sus familias.³¹ También se incluyó las circunstancias en las que se produjeron los ingresos, las estadías y el fallecimiento de las enfermas.³² Esta base de datos sirvió de pilar para hacer un análisis cualitativo y, puntualmente, cuantitativo de las fuentes. Tablas y gráficas que se encuentran en el cuerpo de la tesis y en un pequeño anexo que se incluye al final de ésta. Muchos datos no fueron incluidos en la argumentación presente en los capítulos, pero he querido añadirlos en forma de apéndice para que sirvan de punto de partida de futuras investigaciones que tenga al Hospital de

³⁰ Por ejemplo, en el libro de registro de pacientes del Hospital de Mujeres Dementes y en los expedientes clínicos del Manicomio General aparece una serie de números que corresponden a los antiguos historiales médicos de las enfermas de la Canoa. Esos documentos no han llegado hasta nuestros días. Estas referencias numéricas indican que antes del traslado se compilaba cierta documentación perteneciente a cada interna.

³¹ Datos importantes como nombre, edad, lugar de nacimiento y residencia, grado de educación, ocupación, estado civil, tipo de enfermedad de la paciente, nombre y profesión de los padres, número de hermanos y de hijos, etc.

³² Recoge documentos variados como a petición de quién fue ingresada la paciente, la existencia o no de certificado médico, fecha del primer ingreso y posteriores reingresos, individuo que contestó el interrogatorio, fecha del alta o de la muerte, familiar o entidad que se ocupó del cadáver tras la defunción.

Mujeres Dementes como objeto de estudio. Las limitaciones de las fuentes no han impedido establecer una composición y caracterización de los pacientes del hospital, y de sus familias. Así como de sus discursos y prácticas. La tesis, por tanto, ha sido construida a partir de una serie de peculiaridades y elementos generales que se desprenden de los datos obtenidos en los siguientes tipos de documentos: personales, administrativos y médicos.

En cuanto a los discursos, en este trabajo traté de no demonizar ni santificar a las familias, sino de humanizar a personas que con sus necesidades, intereses, conocimientos e imaginarios tomaron una decisión complicada que no solo afectó a la que presentaba los síntomas de enfermedad sino a todo el núcleo familiar. Por eso, quise ver a las familias en un momento de vulnerabilidad, incluso de conflicto. Individuos que tuvieron que sopesar la situación en la que se encontraban, que pensaron estrategias para resolver las dificultades que se les presentaban y que tomaron acciones delimitadas por sus imperativos económicos, condiciones sociales, por sus creencias, incluso por la experiencia de la enfermedad y que pusieron en juego aquellos elementos que estaban a su alcance como los resquicios normativos que tenía la institución y establecieron una negociación dentro de unas prácticas culturales más amplias, en una sociedad, la de entre siglos, pactista y que busca construir lazos fuertes dentro las distintas redes de influencia y solidaridad que se trazaron durante el porfiriato.

Los capítulos

Toda esta información se organizó en tres capítulos que abarca el espectro explicativo sobre las familias como usuarias del hospital de mujeres dementes. El primer capítulo expone el devenir histórico de la institución. Su origen como obra pía y su misión de acoger a aquellas enajenadas mentales que vagaban por las calles de la ciudad de México, así como su consolidación como institución religiosa. En 1862, su

conversión en hospital nacional administrado por la Junta de San Vicente Paúl. Posteriormente, el ocaso de la gestión realizada por el ayuntamiento capitalino y, en 1877, el traspaso de ésta a la Beneficencia Pública. Historia que estuvo marcada por la progresiva secularización del establecimiento, consecuencia del triunfo del liberalismo y de las transformaciones de la asistencia pública y privada, que pasó de la caridad cristiana al deber cívico y la filantropía.

A partir de 1877, la administración porfirista se insertó dentro de un proceso de modernización caracterizado por la tendencia centralista y la progresiva burocratización del sistema. Cambios ideológicos y políticos que tuvieron su exigencia reglamentaria. Las normas se nutrieron principalmente de la experiencia clínica, sobre todo del doctor Miguel Alvarado, y de la práctica cotidiana, construyendo una serie de marcos normativos que rigieron el funcionamiento del establecimiento. Reglamentos y prácticas informales que establecieron los márgenes de negociación y de actuación de las familias como usuarias del hospital para mujeres dementes.

El segundo capítulo explora las circunstancias por las que los familiares se vieron inclinados a tomar una decisión única: la de internar a su pariente en un hospital especializado. Elección subjetiva pero razonada, basada en distintos factores sobre los que se reflexiona en este apartado y que sirven de hilo conductor para analizar las características de los familiares que se convirtieron en usuarios del nosocomio. Retrato esbozado a partir de la información recopilada sobre las internas (su edad, ocupación, estado civil, tipo de enfermedad) y sus familias (información sobre los padres, los hermanos y los hijos). Para, a continuación, establecer qué personas fueron los artífices del ingreso y qué intereses y motivaciones pudieron incidir en esta resolución.

Por último, el tercer capítulo examina las relaciones de las familias con el personal del hospital y con los funcionarios de la Beneficencia Pública. En concreto, trata sobre los discursos y las estrategias que los

familiares utilizaron para lograr el ingreso, mejorar la estadía de las enfermas, acceder a los permisos temporales, conservar sus privilegios como pensionistas y lograr el alta de sus internas. También se consideran los procesos de negociación en los que estuvieron involucrados los distintos interlocutores, situaciones en las que cada actor puso sobre la mesa sus puntos fuertes: los médicos el saber experto, los familiares su valor moral y legal y los funcionarios la legitimación política y administrativa del Estado. Negociaciones que no estuvieron carente de tensiones, mismas que se presentaran también en este capítulo.

Por último, se dedica un apartado a las conclusiones, en el que se reflexiona principalmente sobre los usos que dieron los parientes de las internas al hospital. Y a modo de cierre, aunque también puede ser vistos como un punto de partida, se incluye un anexo que recoge datos estadísticos relevantes que son fruto de muchas horas de archivo. Información que viene a complementar la presente investigación y que pretende servir de inspiración para futuras pesquisas, propias y ajenas, pues, en mi opinión falta mucho que conocer sobre este hospital capitalino. Sin más, solo me queda esperar que las siguientes páginas reflejen mi curiosidad investigadora, motor esencial para que este trabajo viese la luz.

CAPÍTULO I. LOS MARCOS INSTITUCIONALES DE LAS FAMILIAS USUARIAS

En 1877, el Hospital de Mujeres Dementes¹ pasó a ser gestionado por la Beneficencia Pública, una entidad dependiente de la Secretaría de Estado y el Despacho de Gobernación.² Los cambios burocráticos derivados de este traspaso de poderes, así como la práctica clínica que se desarrolló al interior del nosocomio tuvieron su correspondiente reflejo normativo. En consecuencia, durante el periodo de estudio se aprobaron tres reglamentos internos el de 1879, 1881 y 1896. Esta transferencia política y administrativa también afectó a las familias de las internas. Pues a partir de ella, los deudos que optaron por un tratamiento hospitalario para sus parientes se convirtieron en usuarios del nosocomio y en beneficiarios de la asistencia Pública, quedando sujetas a las disposiciones de la Secretaría de Estado y Despacho de Gobernación.

Pero no solo a ellas, el hospital de dementes estableció sus propios límites regulatorios. Y de acuerdo con la teoría de Douglas C. North, ésta es una característica que define a las instituciones, entendidas como las restricciones ideadas por el hombre y los márgenes que dan forma a la interacción humana. Y, en este sentido, el hospital de dementes funcionó como una institución en la que las familias usuarias estuvieron sujetas a una serie de normas formales o escritas, pero también a reglas informales como fueron los códigos de conducta, las prácticas clínicas, las rutinas y las tradiciones. Sin embargo, las familias, en la medida de sus alcances, desplegaron sus aptitudes y manejaron un conjunto de estrategias para

¹ En esta tesis se usarán indistintamente las denominaciones: Hospital de Mujeres Dementes, Hospital para Mujeres Dementes y Hospital de la Canoa. Puesto que los tres nombres eran utilizados durante el periodo de estudio para hacer referencia al establecimiento para enfermas mentales situado en la calle de la Canoa, número 39, en la colonia Merced. Sin embargo, el uso de Hospital del Divino Salvador estará restringido a aquellos hechos y procesos acontecidos antes de 1877, tiempo en el que el nosocomio capitalino estaba tutelado por el cabildo capitalino.

² Antes de este cambio, la Beneficencia Pública estaba bajo el control del Ayuntamiento de la ciudad de México.

conseguir sus fines.³ De esta manera y conforme con lo sostenido por Patricia Prestwich, los familiares no fueron usuarios pasivos de los establecimientos para dementes.⁴

Por todo lo expuesto, a lo largo de este primer capítulo presento el devenir histórico del Hospital de Mujeres Dementes y su vinculación con la Beneficencia Pública debida a la impronta regulatoria derivada de esta dependencia. Asimismo, expongo qué aspectos sobre las familias quedaron codificados en la normativa y planteo la influencia que pudieron ejercer los deudos en la elaboración de las normas recogidas en los reglamentos de 1879, 1881, 1896. Y, por último, analizo de qué manera estos lineamientos pudieron afectar a las prácticas de las familias usuarias del hospital.

EL HOSPITAL DEL DIVINO SALVADOR Y LA CARIDAD CRISTIANA. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

El origen del hospital para mujeres dementes se encuentra en la obra pía de un matrimonio, la del carpintero José Sáyago y su esposa que, en 1687, dieron acogida en su hogar a una prima aquejada de locura y en consecuencia con su padecimiento, asilo. Después, ayudaron a dos mulatas que se encontraban en la misma situación: Beatriz de la Rosa y Francisca Osorio. Así comenzó el primer hogar asilar para mujeres dementes en la Nueva España. Tras la Independencia, en 1824, este asilo pasó a ser propiedad de la federación y quedó a cargo del Ayuntamiento

³North, *Instituciones*, 2006, pp.13-19. Douglas C. North es un referente dentro de la corriente del neoinstitucionalismo económico. A propósito de este tema María Eugenia Chaoul divide a los teóricos sociales que estudian a las instituciones en dos vertientes analíticas: la primera, explica el papel de las instituciones como un modelo racional, la segunda, mediante el desarrollo histórico. Dicho de otra manera, los racionalistas parten de la existencia de un punto de equilibrio en el que se puede producir la cooperación social, lo cual facilita el funcionamiento de la institución. En cambio, los que abogan por el desarrollo histórico explican que el cambio es una consecuencia de procesos concretos y del análisis coyuntural de los mismos. Siendo, desde esta perspectiva, las elecciones de los actores parte del desarrollo de eventos. Chaoul, *Esperanza*, 2014, p.160.

⁴ Patricia Prestwich sostiene que las familias parisinas no fueron usuarios pasivos de los servicios del hospital de Saint Anne. Según esta autora sus demandas contribuyeron al desarrollo de la estructura de la institución. Prestwich, "Family, 1994, p.809.

de la ciudad de México. Más tarde, entre 1842 y 1845, el nosocomio fue responsabilidad de una junta de beneficencia encargada del buen funcionamiento del establecimiento. Y, desde este último año, la Sociedad de San Vicente Paúl y las Hermanas de la Caridad se ocuparon de gestionar este hospital.⁵ Una década después, en 1855 se firmó un acuerdo por el Padre Ramón Sainz, director de la misión de la Congregación de San Vicente Paúl, con el coronel Pedro Pablo Iturria y con Domingo Pozo pertenecientes a la Comisión Directiva del Hospital del Divino Salvador.⁶

Durante este primer periodo, entre 1821 y 1860, Antonio Padilla establece que la ayuda social estaba vinculada a las nociones de caridad y limosna cristiana, aunque durante esta etapa, este tipo de obras adquirieron el nombre de beneficencia. Un año más tarde, se produjo un evento fundamental en el proceso de transformación del auxilio caritativo a la asistencia pública, el 2 de febrero de 1861, se aprobó la nacionalización de los hospitales. El decreto, promulgado por el presidente interino Benito Juárez, estableció la secularización de los hospitales que hasta ese momento estaban administrados por corporaciones eclesiásticas, quedando el gobierno de la Unión como responsable de la gestión de estos.⁷ Esta ley incluyó a la casa de dementes por ser considerada un establecimiento de caridad pública. La caridad pasó, según Padilla y apoyándose en la aportación de Anne Staples, de ser considerada una virtud teologal cristiana a un deber cívico: la filantropía. Paralelamente se comenzó a cuestionar el sentido de la beneficencia con relación a los siguientes aspectos: la diferencia entre caridad y limosna; quiénes debían promoverla; cuáles eran los males

⁵ Mancilla, *Locura*, 2001, p.107.

⁶ Condiciones acordadas por el Padre Ramón Sainz, director de la misión de la Congregación de San Vicente Paúl, el coronel Pedro Pablo Iturria y Domingo Pozo, ambos pertenecientes a la Comisión Directiva del Hospital del Divino Salvador, AHSSA, F-BP, S-EH, Se-HDS, Lg.23, Exp.23, s/fecha, fs.1-3.

⁷ Leyes y Decretos relativos a la Beneficencia Pública de 1861. AHSSA, F-BP, S-D, Se-DG, Lg. 1, Exp. 21, 22 fojas.

sociales, grupos o sectores más afectados, y qué respuestas debían darse para prevenirlos o atajarlos.⁸

Posteriormente, en 1862, y como consecuencia de la nacionalización, antes mencionada, se creó la Dirección General de la Beneficencia Pública, organismo que estableció que el Hospital del Divino Salvador quedara a cargo del Ayuntamiento de la ciudad de México y de la Junta Particular de San Vicente Paúl. El primero supervisaba los establecimientos a través de regidores y suministraba lo que consideraba suficiente para el mantenimiento del hospital, mientras que la segunda estaba al mando de la organización y el buen funcionamiento interno del nosocomio. En ese momento, el doctor Miguel Alvarado⁹ fungía como director facultativo del establecimiento¹⁰ y las Hijas de la Caridad eran las encargadas de este. A pesar de la creación de esta dependencia gubernamental, no se produjeron modificaciones en el reglamento de 1859, mismo que se mantuvo vigente durante dos décadas. En él, las

⁸ Padilla, "Desamparo", 2004, pp.125-126.

⁹ El doctor Miguel Alvarado es considerado por Andrés Ríos como el más importante alienista mexicano del siglo XIX (Ríos, "Locura", 2008, p.75). Entre 1860-1867, Alvarado fue director del Hospital del Divino Salvador. Simultáneamente, ejerció como médico del Hospital de Hombres Dementes. En este tiempo organizó la distribución de los pacientes en San Hipólito, separó a los pensionistas y los enfermos epilépticos del resto de indigentes (Ballenger, "Modernizing", pp.73,81). Volvió a dirigir el Hospital de Mujeres Dementes en 1879 y salvo algún tiempo de excedencia, se mantuvo en el cargo hasta su muerte en 1890. Sus esfuerzos fueron encaminados al desarrollo del tratamiento moral del médico francés Philippe Pinel (1745-1826). Sobre este tema del tratamiento moral en México ver la tesis de Francisco Morales, "Apoteosis de la medicina del alma", 2008. En 1880, Miguel Alvarado fue nombrado director general de la Beneficencia Pública, quedando como director interino del hospital el doctor Francisco Morales Medina. Alvarado tampoco descuidó la investigación de las enfermedades mentales. Entre 1877 y 1883 estudió dieciséis casos de mujeres que sufrían epilepsia y publicó un trabajo en la *Gaceta Médica de México*, titulado "Breves apuntes para formar la historia del mal epiléptico" (Alvarado, "Breves", 1883, pp.450-459). Entre 1887 y 1890 dirigió la primera cátedra de enfermedades mentales en la Escuela Nacional de Medicina, materia que se suspendió tras el fallecimiento del doctor Alvarado (Sacristán, "Contribución", 2010, p.476.)

¹⁰ Villa, "Hospital," 2008, p.142.

familias usuarias del nosocomio tenían pocos derechos y deberes asignados.¹¹

Esta vinculación, la del cabildo con la junta de caridad, y la participación de benefactores configuraba un sistema de beneficencia mixto, público y privado, en el que los parientes de las enfermas también participaban en el sostenimiento del hospital. Por ejemplo, existía un grupo de asiladas por las que los deudos pagaban una “cantidad moderada que, conforme a sus lineamientos reglamentarios, era establecida por el presidente del consejo. El precio cubría únicamente la habitación, ya que los muebles, alimentos, criadas, ropa, etc., eran financiados por los familiares. Estas enfermas distinguidas, al menos en lo contemplado en estos estatutos, no eran prioritarias, pues la admisión estaba sujeta a la disponibilidad de espacio.¹² Esto parece indicar que el carácter caritativo de la institución, en este momento, primaba sobre otro tipo de intereses económicos. Además, los beneficios derivados de las distinciones debían ser destinados a las enfermas pobres.¹³

Por otra parte, llama la atención la limitada reglamentación interna dirigida a las familias. Una posible explicación es que una vez que el nosocomio tomó bajo su cuidado a la enferma, la institución se hacía cargo de su sostén económico y religioso, como parte de la obra de San Vicente Paúl y las Hermanas de la Caridad. Posiblemente, el carácter asilar y predominantemente caritativo del establecimiento marcó una asistencia basada en cubrir las necesidades de la enferma y no contempló un papel para las familias.¹⁴ O quizá tuvo que ver con que los médicos

¹¹ Reglamento para el hospital del Divino Salvador de la ciudad de México, aprobado por el Consejo Particular de la Sociedad de S. Vicente de Paúl de la misma ciudad, en sesión del día 19 de septiembre de 1859 en F-BP, S-EH, Se-HDS, Lg. 6, Exp. 15, fs.1-10.

¹² De las 95 camas disponibles en 1864, 11 estaban destinadas a pensionistas. Según la documentación presentada por José María Andrade al Emperador Maximiliano. García, *Informe*, 1907, p.62.

¹³ El Reglamento interno de 1859 en, su artículo 51, establecía: “Siempre que las circunstancias de la casa lo permitan, se prepararán en la casa aposentos para enfermas distinguidas.” F-BP, S-EH, Se-HDS, Lg. 6, Exp. 15, fs.1-10.

¹⁴ Cristina Sacristán afirma que había dos posturas frente a la locura: la imagen del loco como un ser desvalido, parte de una cosmovisión cristiana y la de loco como un enfermo

consideraron que la secuestración y el alejamiento de sus familias podían tener propiedades curativas. Al respecto, Luis Muñoz y Revilla, de acuerdo con las ideas del médico Jean-Pierre Falret, afirmó:

Que si una persona que ve en los amigos o parientes que le rodean, enemigos imaginarios de su bienestar o de su vida; que si la causa del padecimiento mental han sido graves descuidos de la familia o misticismo exagerado; se comprende, digo, que en estos casos la secuestración, separando al enfermo de las condiciones en que su padecimiento se ha desarrollado y mantenido, puede modificarle favorablemente, y de hecho le modifica en muchas ocasiones;¹⁵

Estas ideas provenientes del alienismo francés tuvieron una mayor incidencia durante el Imperio de Maximiliano. En este aspecto, Hubonor Ayala explica que el Estado puso una mayor atención a la beneficencia y a la salubridad pública como resultado del advenimiento de los avances médicos y sanitarios galos, así como, a la discusión acerca de la asistencia social que existía en ese momento.¹⁶

En 1867, tras la derrota del régimen imperial y el triunfo de Benito Juárez, el liberalismo se impuso; y con él, la idea del individuo al amparo de una ley igual para todos. Teoría que se reflejó, haciendo puntuales referencias a la enfermedad mental, en los Códigos Civiles de 1870 y de 1884.¹⁷ En este sentido, el respeto a los derechos individuales precisaba el fin de las entidades corporativas tradicionales y entre ellas la más

que podía curarse dentro de los postulados alienistas franceses. La primera visión fue predominante en la última etapa del Divino Salvador (1859-1877), mientras que la segunda se fue posicionando a partir de que la Beneficencia Pública tomara el control de la institución en 1877. Además, estuvo relacionado con que el doctor Alvarado, a partir de 1879 y hasta su muerte en 1890, volviera a ejercer su labor médica y directiva en el Hospital para Mujeres Dementes. Sacristán, "Curar", pp.62-63.

¹⁵Muñoz y Revilla, "Tratamiento", 1875, p.10.

¹⁶Ayala, *Salvaguardar*, 2007, p.16.

¹⁷ Los códigos civiles de 1870 y 1884 recogieron algunos derechos y restricciones para los enfermos mentales en materia de matrimonio, anulación y separación de cuerpos. Lo que se reguló en mayor medida fue el patrimonio, la herencia y las figuras de los tutores y de los curadores. Ver Código Civil del Distrito Federal y Territorio de Baja California, 1870,

importante era la Iglesia. No obstante, el desacuerdo entre las facciones liberales limitó el alcance del proyecto¹⁸ En cuanto al hospital, siguió bajo la tutela del Ayuntamiento de la ciudad de México y de la Junta de San Vicente Paúl. Durante este periodo, el cabildo capitalino aprobó algunas normas propuestas por la organización religiosa, aunque no tuvieron su reflejo en los reglamentos internos.

Entre ellas, destaca una proposición, de 1871, promovida la Comisión del hospital que sugería la división de las enfermas distinguidas en tres clases de pensionistas: las de primera categoría, que pagaban cincuenta pesos y tenían derecho a una pieza amueblada con vistas a la calle, una criada exclusiva, desayuno, comida y cena,¹⁹ lavado de la ropa y un refresco por la tarde. Las de segunda, que abonaban un costo de veinticinco pesos por una pieza amueblada interior, el desayuno, comida y la cena.²⁰ Las de tercera, que por la cantidad de diez pesos ocupaban “una pieza baja con catre”, con muebles sencillos, desayuno, comida y cena con menos alimentos que en los casos anteriores.²¹ El pago de las pensiones debía producirse los primeros días de cada mes y en caso de que los deudos dejaran de costearla, sus familiares pasaban a ser considerados del régimen general.²²

pp.5-365. Y Código Civil de Distrito Federal y Territorios de la Baja California en Lozano, *Colección*, 1902, pp.1-416.

¹⁸ Mancilla, *Locura*, 2001, pp.92-94.

¹⁹ El desayuno de primera constaba de café con leche, chocolate, mantequilla, bizcochos; la comida de dos sopas, cocido, asado, guisado de aves, ensaladas, frutas y dulce, pulque o cerveza o vino, según las indicaciones del director; en la cena, arroz, asado y frijoles.

²⁰ En el desayuno de segunda, la paciente debía elegir entre el café con leche y el chocolate, la comida constaba de una sopa, cocido, asado con ensalada o guisado, fruta y dulce. En cuanto a la bebida era pulque, cerveza o vino. La cena era igual para las tres categorías.

²¹ El desayuno de tercera constaba de chocolate con agua, en la comida sopa, cocido, guisado, fruta, vino, pulque o cerveza.

²² Proposición sobre los tipos de pensiones enviada por la Comisión del Hospital Divino Salvador dirigida al Cabildo de la ciudad de México con fecha 29 de agosto de 1871, en AHCDMX, F-AyGDF, S-H, Se-HDS, Vol. 2312, Exp.25, f. s/n y escrito de la Comisión del Hospital Divino Salvador sobre destinar el importe de las pensiones a mejorar el vestuario de las enfermas y los sueldos atrasados de las hermanas de la Caridad enviado al Ayuntamiento de la ciudad de México con fecha 6 de diciembre de 1872 en AHCDMX, F-AyGDF, S-H, Se-HDS, Vol. 2312, Exp.43, f. s/n.

Con esta medida y ante la escasez de recursos, la Comisión buscó regular y recaudar ingresos obtenidos por pensiones. A cambio, el hospital prestaba un servicio que otorgaba mejores condiciones, sobre todo alimenticias, y mayores comodidades a las enfermas distinguidas frente al resto. Lo percibido por este concepto no era empleado completamente para el sostenimiento del hospital, sino que llegaba al administrador de rentas municipales. El que previa aprobación de los regidores del ayuntamiento destinaba extraordinariamente y para fines diversos una cantidad de lo cobrado. Sirva de ejemplo como, el 14 de noviembre de 1871, el cabildo aprobó utilizar el importe mensual de las distinciones para reparar la sala que anteriormente se usaba para llevar a cabo los sorteos de la Lotería Nacional y dedicarla al depósito de mujeres remitida por las autoridades.²³

A pesar de la percibido en concepto de pensiones,²⁴ el cobro de rentas, la recaudación de impuestos, las multas y donativos, que según la ley de nacionalización se debían destinar al mantenimiento del nosocomio, el sostenimiento económico del Divino Salvador parecía ser un gran problema para el administrador de las rentas municipales.²⁵ En su informe publicado en 1872 aparece que el costo de la asistencia ascendía a 4,407.50 pesos, importe destinado a la manutención de 150 pacientes, 34 depositadas²⁶, 8 hermanas, empleados y sirvientes. Cuatro años antes,

²³ Actas de Cabildo, Sala de Comisiones del Ayuntamiento Constitucional de México, 14 de noviembre de 1871, AHCDMX, F-AyGDF, S-H, Se-HDS, Vol.2312, Exp. 26, f. s/n.

²⁴ Hasta 1871 no existía una definición de los tipos de pensionadas ni una tabulación fija en el costo de las distinciones, quedando el precio bajo el arbitrio del presidente del Consejo de San Vicente Paúl. Según Capítulo 9º, Reglamento Interno de 1859, F-BP, S-EH, Se-HDS, Lg. 6, Exp. 15, fs.1-10.

²⁵ Ley de nacionalización de los Hospitales, 1861. AHSSA, F-BP, S-D, Se-DG, Lg.1, Exp.21, 22 fojas.

²⁶ El depósito de esposas era un mecanismo judicial que consistía en asilar temporalmente, en este caso en el Hospital de la Canoa, a una mujer mientras se practicaban ciertas diligencias legales como la aprobación de un enlace matrimonial cuando existía la oposición de los padres; durante un proceso de divorcio y en otro tipo de juicios civiles y criminales. Esta práctica se eliminó en el Código Civil de 1859, sin embargo, en los de 1866, 1871 y 1884 aparece que el depósito era obligatorio cuando la esposa era considerada responsable del divorcio como, por ejemplo, en los casos de

según su propia comparación, tenían un presupuesto superior y se atendieron únicamente a 80 enfermas.²⁷ Por supuesto, la población nosocomial había aumentado, en noviembre de 1873, ya ascendía a 168 pacientes, lo que representaba un desequilibrio entre el dinero destinado por parte del Ayuntamiento y los gastos reales del establecimiento.²⁸

Los problemas de financiación eran frecuentes; pues, como apunta Gloria Guadarrama, era un reducido grupo de personas distinguidas quienes ejercían la beneficencia y éstas hacían aportaciones limitadas. Por tanto, los capitales que estaban a disposición del establecimiento eran, en gran medida, los procedentes de la caridad individual, y en menor medida se nutrían de fondos públicos.²⁹ De esta manera, las contribuciones de benefactores, en dinero o en especie, servían para aliviar la situación de precariedad económica del nosocomio. A modo de ejemplo, El *Monitor Republicano* publicó una columna denunciando el mal estado de los baños del recinto y cómo gracias a la filantropía de algunas personas se pudo solventar esta necesidad. El diario, en este artículo, se preguntó en qué se gastaba el Ayuntamiento las recaudaciones, atribuyendo el problema a la “ineptitud del cuerpo municipal.”³⁰

Más tarde, en 1874, la Constitución proclamó la separación Iglesia-Estado e incorporó a su texto las Leyes de Reforma, certificando de esta manera la secularización del Estado. En consecuencia, las Hermanas de

adulterio. Aunque se podía conceder cuando la mujer lo solicitara. García Peña, *Fracaso*, 2006, pp.138-139.

²⁷ Según un informe comparativo del costo que tenía la asistencia del Hospital para Mujeres Dementes para los años de 1868 y 1872, en 1868 los gastos ascendieron a 4,645 pesos y con este presupuesto se mantenían 80 enfermas, no había depósitos de mujeres y, además, se recibían donativos particulares, en 1872 la población del nosocomio que se mantenía con el presupuesto destinado era doble. AHCDMX, F-AyGDF, S-H, Se-HDS, Vol. 2312, Exp.39, f. s/n.

²⁸La administración del Hospital del Divino Salvador envió un oficio al Regidor comisionado del Hospital con fecha 11 de noviembre de 1873 informando al superior sobre la toma de 130 pesos de lo recaudado en materia de pensiones para reforzar el presupuesto destinado al hospital. En AHCDMX, F-AyGDF, S-H, Se-HDS, Vol. 2312, Exp.56, f. s/n.

²⁹Guadarrama, *Caridad*, 2001, pp.95-96.

la Caridad fueron expulsadas y sustituidas por una nueva planta de empleados. La que estaba compuesta por un director médico cirujano, un administrador, el ecónomo, dos enfermeros, una cocinera y varios mozos.³¹ Por casi dos siglos, 1687-1877, el Hospital del Divino Salvador, bajo el principio de la caridad cristiana, atendió a un gran número de mujeres, niñas enajenadas, epilépticas y depositadas,³² pero muchas menos que en los años venideros.

EL HOSPITAL DE MUJERES DEMENTES Y LA BENEFICENCIA PÚBLICA: DEL AYUNTAMIENTO A LA FEDERACIÓN

El gobierno del general Porfirio Díaz se caracterizó por la centralización y el crecimiento progresivo de la administración pública del Estado. Lo que favoreció la configuración de amplias redes clientelares que surgieron a partir de la creación de nuevas dependencias federales y la necesidad de nuevos favores administrativos. De este modo, la gestión de la asistencia social se desplazó hacia élites políticas y médicas afines al régimen.³³ De tal suerte que el gobierno de Díaz designó a médicos destacados al frente de la Beneficencia Pública, entre ellos el ilustre director del nosocomio: Miguel Alvarado.³⁴ Estrechando, así, los vínculos entre prestigiosos profesionales y el gobierno, configurando una nueva política asistencial investida de un carácter científico, apolítico, altruista, eficiente y benéfico que sustituyó el modelo caritativo anterior.³⁵

³⁰Carlos de Olaguibel y Arista, "Los hospitales-Explicación del sr. Regidor Pérez Morgado-Economías necesarias-Como se sostienen los hospitales-La obra del Ejecutivo de la Unión.", *El Monitor Republicano*, 1º de septiembre de 1874.

³¹ Berkstein, "Hospital", 1981, p.116.

³² Villa, "Hospital," 2008, pp.146-147.

³³ Guadarrama, *Caridad*, 2001, p.101.

³⁴ El doctor Miguel Alvarado estuvo al frente del nosocomio para mujeres dementes entre 1877 y 1890. En 1880, fue nombrado director general de la Beneficencia Pública, siendo sustituido por Secundino Sosa en la gerencia del hospital. Boletín de la Dirección de Beneficencia Pública, sesiones de 2 y 8 de enero. Tomo I. México, enero de 1881, Núm. 1. Imprenta de la Escuela Industrial de Huérfanos, Tecpán de Santiago.

³⁵ Lorenzo, *Estado*, 2011, p.40.

Al mismo tiempo, el gobierno federal intervino contra elementos de la sociedad tradicional, como el cabildo capitalino,³⁶ en un intento de limitar el acceso que tenía el ayuntamiento a una fuente de poder y de influencia. Además de perseguir la centralización de funciones en éste y en otros ramos de la administración del Estado.³⁷ La circular que anunciaba el traspaso de poder enfatizó esta necesidad de centralizar y unificar el servicio, bajo el argumento de canalizar mejor los fondos destinados a la “humanidad doliente o miserable.” Como resultado de este propósito, el 23 de enero de 1877, los recursos de la Beneficencia Pública pasaron a ser gestionados por la Secretaría de Estado y el Despacho de Gobernación mediante una junta denominada Dirección de Beneficencia Pública.³⁸

Voces del Ayuntamiento de la ciudad de México se alzaron contra esta decisión. El gobierno porfirista, en respuesta y con el afán de legitimar su política, buscó desprestigiar a los regidores que estuvieron encargados de la asistencia social anteriormente. Se les acusó de corrupción y abuso, al tiempo que se cimentó el discurso que afirmaba que este cambio favorecía la eficacia y el buen funcionamiento de la beneficencia pública. Finalmente, la corporación perdió la jurisdicción de la entidad, pero, paradójicamente, se vio forzado a aportar fondos a una institución sobre la que ya no tenía responsabilidad directa.³⁹ Esta reforma, en opinión de Ariel Rodríguez Kuri, supuso que la beneficencia pública de la ciudad dejara de ser un ramo corporativo-asistencial para convertirse en un burocrático-asistencial.⁴⁰

Según Celia Berkstein, la nueva coyuntura política no cambió sustancialmente la figura de hospital-asilo. El nosocomio siguió considerándose como un establecimiento destinado al cuidado y

³⁶ Guerra, “México”, 1988, pp.268 y 310.

³⁷ Rodríguez Kuri, *Experiencia*, 1996, pp.139-140.

³⁸ Circular de la Secretaría de Estado y Despacho de Gobernación, sección 1ª. Ciudad de México, 23 de enero de 1877. AHSSA, F-BP, S-D, Se-DG, Lg. 2, Exp. 12, fs.1-2.

³⁹ Lorenzo, *Estado*, 2011, pp.97-98.

tratamiento de mujeres dementes y epilépticas, tanto pobres como pensionadas, con una capacidad estimada por la Beneficencia Pública de 150 mujeres, ampliables a 200 internas.⁴¹ Por entonces, el nosocomio capitalino tenía una población de 179 enfermas y en los siguientes trece años, en promedio ingresaron 88 mujeres por año, fueron dadas de alta 43 pacientes y fallecieron 35, lo que suponía que iban quedando encerradas unas 10 asiladas más por año.⁴²

Sin embargo, el cambio administrativo se dejó notar en los recursos económicos destinados al sostenimiento del hospital.⁴³ Se produjo el estancamiento del gasto municipal durante los primeros años, aunque el gobierno federal aportó extraordinariamente fondos. Este fenómeno tuvo como consecuencia una serie de problemas en el cumplimiento de los servicios.⁴⁴ La precariedad económica se palió, en la medida de lo posible, con donativos particulares tanto en dinero como en especie.⁴⁵ Por ejemplo, en mayo de 1880, Miguel Alvarado escribió a Magdalena G. de Ramírez para agradecerle a ella y sus colaboradoras haber confeccionado prendas de vestir para los establecimientos de la beneficencia sin recibir pago alguno. En su carta expresa: “Las lágrimas de estos seres inocentes, las bendiciones de los enfermos que se ven abrigados, merced a VV., sus bienhechores, son la mejor y la única recompensa que la Junta ofrece á

⁴⁰ Rodríguez, *Experiencia*, 1996, p.140.

⁴¹ Reglamento de la Dirección de la Beneficencia Pública publicado con fecha 30 de noviembre de 1880. AHSSA, F-BP, S-D, Se-DG, Lg. 5, Exp. 2, 1880, f.2. En el documento de la Beneficencia Pública del Distrito Federal publicado en 1881 aparece la misma descripción del hospital, pero sin mencionar el número de internas que podía contener, Pérez, *Leyes*, 1988, p.122.

⁴² Elaboración propia a partir de los datos extraídos del libro de gastos y lista de enfermos de 1873-1910. Libro de registro de asiladas del Hospital de Mujeres Dementes. AHSSA, F-HYH, S-HDS, libro 3, 1873-1910, fs.2-136.

⁴³ Lorenzo, *Estado*, 2011, p.40.

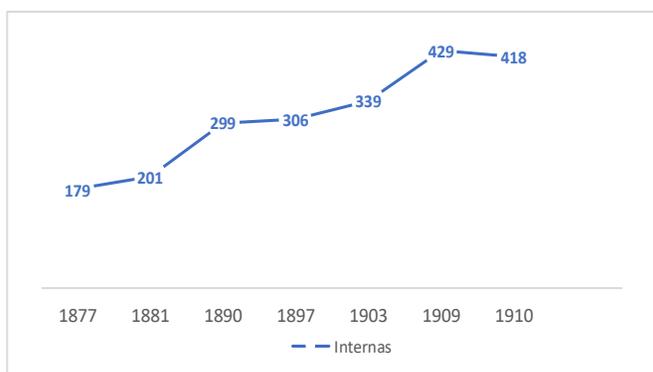
⁴⁴ Rodríguez, *Experiencia*, 1996, p.118.

⁴⁵ Reglamento interno, Hospital para Mujeres Dementes, 1879, Capítulo VI, “Donativos”. AHSSA, F-BP, S-EH, Se-HDS, Lg. 12, Exp. 16, 1879, f.7.

quien con su trabajo personal, ha proporcionado consuelo al que la sufre.”⁴⁶

Además de los problemas económicos y como se observa en la siguiente gráfica, la población del nosocomio iba en aumento.⁴⁷ La escasez de espacio se convirtió en el mayor problema para los directores de la Canoa.

Gráfica 1. Número de internas registradas por años (1877-1910) (n=418)



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos oficiales extraídos de los informes del Hospital de Mujeres Dementes enviados a la Beneficencia Pública⁴⁸

Para paliar este inconveniente, en 1877, el doctor Miguel Alvarado intentó retomar el plan de traslado al Ex Convento del Carmen de 1865

⁴⁶Boletín de la Beneficencia. Exposición que la junta de Beneficencia elevó a la Secretaría de Gobernación en 11 de mayo de 1880. Firmado por M. Alvarado y M. Carmona y Valle.

⁴⁷ En 1877, ya ascendía a 168 internas Movimiento de las enfermas, febrero de 1877, AHSSA, F-BP, S-EH, Se-HDS, Lg.11, Exp.16, f.1.

⁴⁸ Datos de diciembre de 1877, F-BP, S-EH, Se-HDS, Lg.11, Exp.16, f.11. De diciembre de 1881, F-BP, S-EH, Se-HDS, Lg.13, Exp.22, f.28. Julio de 1890, F-BP, S-EH, Se-HDS, Lg.17, Exp.16, f.37. A 31 de diciembre de 1897, F-BP, S-D, Se-DG, LG.8, EXP.31Fs.11-12. 2ª quincena de diciembre de 1903, F-BP, S-EH, Se-HDS, Lg.9, Exp.4, f.12. A 31 de diciembre 1909, F-BP, S-EH, Se-HDS, Lg.20, Exp.26, f.79. 1º de septiembre 1910, F-BP, S-EH, Se-HDS, Lg.23, Exp.15, f.13.

En las estadísticas oficiales aparece que se trasladaron 418 mujeres, sin embargo, he encontrado registros de hasta 420 mujeres. A efectos de esta gráfica he considerado el

solicitando los presupuestos y los planos del proyecto al ministerio de Justicia e Instrucción Pública, los cuales negaron tenerlos⁴⁹. Esto fue suficiente para que se desestimara la transferencia de las internas, lo que no se produjo hasta 1910 con la inauguración del Manicomio General. Como respuesta alternativa al desplazamiento, el espacio sufrió algunas transformaciones. En 1879 el lugar se dividía en tres departamentos: de patios, de pensionistas y enfermería.⁵⁰ El 30 de junio de 1881 se añadió la habitación que estaba destinada al prefecto.⁵¹ Quedó el establecimiento seccionado en cuatro: enajenadas y epilépticas, niñas, enfermería y pensionistas.⁵²

El primer reglamento interior tras el traspaso de poderes

En consonancia con los cambios en la gestión de los hospicios y de los hospitales, de 1879, el nosocomio para dementes aprobó su nuevo reglamento interno.⁵³ Estaba compuesto de dos títulos: el primero recogió lo que denominaban disposiciones generales y el segundo abordó el servicio general, por último, se dictaron tres artículos adicionales. Las disposiciones generales estaban contenidas en siete capítulos, de 46 artículos. En ellos se regularon aspectos como la distribución espacial, la enumeración de la planta de empleados con sus salarios y la normativa relativa a las pacientes. Concretamente, el capítulo segundo reglamentó la admisión, la salida temporal y definitiva de las enfermas; el tercero trató sobre el vestuario que era proporcionado por el establecimiento a las enfermas; el cuarto, de los productos y raciones que conformaron la

primer dato, ya que el resto de las cantidades también fueron extraídas de los números oficiales.

⁴⁹ En 1865 se proyectó cambiar el hospital de San Hipólito y el Divino Salvador al ex Convento del Carmen, en San Ángel, pero nunca se hizo efectivo el traslado.

⁵⁰ Reglamento interno, Hospital para Mujeres Dementes, Prevenciones Generales, Capítulo 1º, 1879. AHSSA, F-BP, S-EH, Se-HDS, Lg. 12, Exp. 16, f.2.

⁵¹ AHSSA, F-BP, S-EH, Se-HDS, Lg. 12, Exp. 28, f.3.

⁵² Reglamento interno, Hospital para Mujeres Dementes, 1881. AHSSA, F-BP, S-EH, Se-HDS, Lg. 13, Exp. 4, fs.13 y 28.

⁵³ Berkstein, "Hospital", 1981, p.50.

alimentación de las internas y el quinto describió el régimen de visitas. En todos estos capítulos había un estatuto diferente para las enfermas pensionistas.

En cuanto al servicio general, tenía seis capítulos con 87 artículos. Estos referían los puestos que componían la plantilla y sus obligaciones. Entre los deberes del director, relacionado con las familias, estaba el de indicar qué enfermas podían recibir visitas y cuáles podían salir de paseo. El prefecto, por su parte, debía recibir a las pacientes al momento del ingreso y cumplimentar el interrogatorio de la boleta de entrada. A la enfermera mayor le correspondía estar presente en las visitas generales y controlar que durante las mismas los deudos no perturbaran a las pacientes con sus conversaciones o les dieran alimentos “nocivos” y “sustancias peligrosas”. Asimismo, esta enfermera estaba comisionada para recibir las comunicaciones y regalos que las familias dejaban en la portería.⁵⁴

El documento fue diseñado por el doctor Miguel Alvarado y en él se reflejó la aplicación del tratamiento moral, procedimiento basado en la relación entre el médico y el paciente y que, además, establecía la posibilidad de transformación del comportamiento a través de rutinas diarias y del trabajo terapéutico.⁵⁵ En consonancia con estos principios, el código también estableció que a las enfermas se las debía tratar con cariño, buenas palabras y maneras, porque así lo reclamaba “la ciencia y la caridad.”⁵⁶ En cuanto a la terapéutica, se aplicaron tratamientos con fármacos tranquilizantes como el opio, anestésicos como el cloroformo, anti-espasmódicos como la valeriana, el almizcle, el ámbar gris, y la belladona. Se programó la nutrición, se utilizó la hidroterapia, la aplicación

⁵⁴ Reglamento interno, Hospital para Mujeres Dementes, Prevenciones Generales, Capítulo 1º, 1879. AHSSA, F-BP, S-EH, Se-HDS, Lg. 12, Exp. 16, pp.1-36.

⁵⁵ Sacristán, “Locura”, 2009, p.169.

⁵⁶ Reglamento interno, Hospital para Mujeres Dementes, 1879. AHSSA, F-BP, S-EH, Se-HDS, Lg. 12, Exp. 16, f.33.

de sangrías y el suministro de purgantes.⁵⁷ Del mismo modo, había una “encargada de la amiga” que tenía como misión la de enseñar a las pacientes a leer, escribir, aritmética y labores. Además, el hospital estaba encargado del cuidado de la moralidad de las enfermas, siendo para ellas “una madre cariñosa.”⁵⁸

Este reglamento también manifestó cambios sustanciales en la organización espacial y burocrática del establecimiento, pues en los últimos años había aumentado la nómina de empleados y sus funciones.⁵⁹ El espacio, dentro de la teoría del tratamiento moral, era un factor importante, pues éste podía favorecer la mejora en el estado psicológico de las pacientes, además, separar a unas pacientes de otras, en función de sus enfermedades, evitaba el “contagio moral” entre las internas. Asimismo, la presencia de jardines y talleres podía servir para distraer el delirio del paciente y con ello, el alivio de sus padecimientos.⁶⁰ En este sentido, durante el periodo analizado, la dirección del nosocomio hizo grandes esfuerzos para mantener los principios del tratamiento moral instaurados por Alvarado y adaptar el edificio con el objeto de paliar los problemas de espacio derivados del crecimiento de la población nosocomial.

En cuanto al personal, en 1877, la plantilla se componía de un director médico y de un administrador, además, se contaba con una enfermera mayor y una encargada por cada uno de los departamentos, nueve enfermeras y varios empleados destinados a la cocina y a la limpieza del nosocomio. Eran en total 27 miembros. Dos años después quedó constituida con el médico director, un prefecto, una enfermera mayor, una ecónoma, tres enfermeras menores, una encargada de la sala de labor, una veladora, trece celadoras, una cocinera, dos galopinas, una

⁵⁷ Muñoz y Revilla, “Tratamiento”, 1875, pp.7-52.

⁵⁸ Reglamento interno, Hospital para Mujeres Dementes, 1879. AHSSA, F-BP, S-EH, Se-HDS, Lg. 12, Exp. 16, fs.10 y 21.

⁵⁹ Para poder consultar datos de 1877, véase: AHSSA, F-BP, S-EH, Se-HDS, Lg. 11, Exp. 27, f.13.

molendera, dos criadas, un portero y dos torcedoras de cigarros. Éstas eran internas y debían recibir una gratificación de dos pesos por su trabajo.⁶¹

Respecto a las familias, el nuevo reglamento otorgaba un mayor control del médico frente a los parientes, éste determinaba la posibilidad de las visitas y perfilaba las condiciones en la que se desarrollaban. Además, se aprobaron nuevas normas para el ingreso de internas. Por ejemplo, en el reglamento anterior, de 1859, los parientes debían presentar un certificado de “algún médico” y una solicitud de ingreso dirigida a la Junta de San Vicente Paúl. Así, en 1861, Manuel Gallardo, profesor de Medicina y Cirugía, acreditó a petición de los parientes que Rita M. estaba demente desde hacía muchos años y no teniendo “su pobre familia”, ni donde tenerla, ni con qué asistirle necesitaba que pasase al Divino Salvador con el objeto de recibir la asistencia “en el que con tanta bondad se les da a estas desgraciadas indigentes.”⁶² Sin embargo, a partir del reglamento de 1879, las familias debían aportar dos certificados médicos y en el caso de las pensionistas, además, pagar por adelantado la mensualidad, presentar un fiador y prometer cumplir el reglamento. El primer ingreso era provisional con un periodo de observación de una duración de 30 días.⁶³

Además, los deudos podían tener noticias de sus enfermas en dos situaciones: dejándoles cartas, regalos y solicitando informes, o en las visitas generales que se producían una vez por semana. Las pensionistas recibían a sus parientes de nueve a once de la mañana y las indigentes

⁶⁰ Morales, “Apoteosis”, 2008, p.16.

⁶¹ Lista de empleados y sueldo, AHSSA, F-BP, S-EH, Se-HDS, Lg. 11, Exp. 27, f.13.

⁶² Se compilaron varios certificados médicos datados entre 1861 y 1864. Documentos entregados por familiares de las pacientes o por médicos de otros hospitales al director del Hospital del Divino Salvador. La redacción de éstos justificaba el ingreso casi siempre por motivos económicos como la falta de medios necesarios para ser atendidas por sus familias, en pocas ocasiones se mencionó el peligro que la mujer suponían para su entorno y en otras simplemente consta que se realizaron a petición de su familia. AHSSA, F-BP, S-EH, Se-HDS, Lg. 8, Exp. 16, fs.1-170

⁶³ AHSSA, F-BP, S-EH, Se-HDS, Lg. 12, Exp. 16, f.2.

de cuatro a cinco de la tarde.⁶⁴ La asignación, según este reglamento interno, era de veinte pesos mensuales para las internas de primera clase y de doce para las de segunda categoría. Todas las internas distinguidas debían estar equipadas de varias prendas de vestir y de la suficiente ropa de cama facilitada por la familia.⁶⁵ Todas estas medidas estaban en consonancia con la terapéutica instrumentada por el doctor Alvarado.

Además, las enfermas debían estar aseada, su ropa no podía estar rota o demasiado desgastada. Para lograrlo, tanto a las indigentes como a las pensionadas se les entregaba un vestuario, aunque variaba la cantidad y la calidad de las prendas dependiendo de esta distinción. A las internas de primera clase se les lavaba y cosía la indumentaria, derecho que no tenían las de segunda. A las de régimen general, indigentes, se les mudaba su vestimenta semanalmente.⁶⁶ En cuanto a los permisos eran concedidos a reserva de la opinión del director. Éste podía conceder una licencia temporal para que volvieran al seno de sus familias, tenía una duración máxima de un mes y se aplicaba en aquellos casos que pudiera resultar beneficioso para la curación de la enferma. Respecto de las defunciones, las pensionistas debían ser inhumadas por los familiares y el entierro de las indigentes corría por cuenta del hospital. Los efectos personales que se mantuvieran en el nosocomio se entregarían a quienes acreditaran el derecho a recibirlos después del alta o el deceso.⁶⁷

En definitiva, el reglamento de 1879 supuso un gran avance normativo respecto a su predecesor. Además, de concretar aspectos

⁶⁴ Según el Reglamento interno del Hospital para Mujeres Dementes de 1879, la enfermera mayor debía cuidar que el trato y que las conversaciones de las internas con sus familias no les perjudicaran, que no recibieran regalos dañinos o sustancias peligrosas. AHSSA, F-BP, S-EH, Se-HDS, Lg. 12, Exp. 16, f.5-6, 10, 15, 32.

⁶⁵ El vestuario se componía de seis camisas, dos chales o rebozos, seis enaguas, tres vestidos, seis pares de medias, seis calzoncillos y la siguiente ropa de cama: seis sábanas, dos zarapes, dos almohadas, seis fundas.

⁶⁶ A las enfermas indigentes se les vestía con una camisa, un calzoncillo, si se trataba de una enferma epiléptica, una enagua blanca, un vestido, un rebozo, si era invierno y un par de zapatos “si la enferma tuviere costumbre de usarlos.”

⁶⁷ Reglamento interno, Hospital para Mujeres Dementes, 1879. AHSSA, F-BP, S-EH, Se-HDS, Lg. 12, Exp. 16, fs.2-4.

esenciales del funcionamiento del nosocomio y del tratamiento de las pacientes, normó elementos importantes en la relación entre el nosocomio y las familias. Normativizó prácticas que anteriormente eran muy arbitrarias como, por ejemplo, las visitas. Los encuentros entre las internas y sus parientes, según el reglamento de 1859, estaban restringidos a cuando lo ordenara el facultativo y no había un espacio habilitado para los mismos. Pero, a partir de 1879 se estableció un régimen de visitas semanal, aunque la lista de internas que podían recibir a sus deudos también debía ser aprobada por el director. En este sentido, el reglamento intentó conciliar el deseo de las familias de ver y tener noticias de sus enfermas con el perjuicio para la curación que podía provocar la relación entre sus deudos y las pacientes.

LA CENTRALIZACIÓN DE LA BENEFICENCIA PÚBLICA Y SU REFLEJO REGLAMENTARIO

Dos años después, durante la presidencia de Manuel González, se produjo la efectiva centralización de la beneficencia pública. En ese momento, las instituciones pasaron a depender de la Secretaría de Gobernación. Lo que, en opinión de Dolores Lorenzo, facilitó la autonomía de los directores de los establecimientos. Especialmente en el caso de aquellos funcionarios que habían apoyado a la beneficencia durante estos primeros años mantuvieron sus puestos o se vieron recompensados.⁶⁸ Éste fue el caso de Miguel Alvarado. Miembro reconocido de la profesión médica, que se convirtió en presidente de la junta de Beneficencia Pública y director del Hospital de Mujeres Dementes.

Dos de los primeros elementos creados dentro de este nuevo sistema centralizado fueron la proveeduría general⁶⁹ y de la farmacia central. Estas nuevas dependencias desplazaron las transacciones que se producían entre los regidores del Ayuntamiento de la ciudad de México y

⁶⁸ Lorenzo, *Estado*, 2011, p.87.

⁶⁹ Peza, *Beneficencia*, 1881, p.11.

los prefectos de los establecimientos, encargados anteriormente de la compra de suministros para cada institución. A partir de ese momento, la proveeduría se encargó de proporcionar los víveres y las medicinas que juzgaban necesarios para el sostenimiento del nosocomio. Por otro lado, Miguel Alvarado fue quién estableció las raciones alimenticias para los internos de todos los establecimientos,⁷⁰ basándose en su experiencia como director del Divino Salvador.⁷¹ Estos cambios supusieron no pocas tensiones entre el visitador de la beneficencia y el director del hospital, el prefecto o la ecónoma.⁷²

A propósito de estos cambios, en 1881, se promulgó un nuevo reglamento de la Beneficencia Pública que señalaba que era un derecho de los habitantes que el Estado prestara ayuda médica y que era un deber de la sociedad contribuir conforme a sus posibilidades a la anterior erogación.⁷³ En este sentido, los hospicios y los hospitales estaban destinados a responder socialmente y a “satisfacer necesidades reales”, y según este reglamento lo harían gratuitamente para los verdaderos indigentes. Los demás deberían pagar alguna cantidad en concepto de pensión,⁷⁴ misma que iba a parar a la Tesorería General de la Beneficencia Pública, salvo una pequeña cantidad destinada a la mejora de la alimentación de las pensionistas.⁷⁵ Este tipo de sistemas, en opinión

⁷⁰ Lorenzo, *Estado*, 2011, pp.91-93.

⁷¹ Miguel Alvarado lo explicaba de esta manera: “Lo que propongo es practicable, es lo que se ha hecho y hace en el Hospital del Divino Salvador, solo he aumentado en una corta cantidad la de la carne, que no gravará el gasto en gran cosa.” Asimismo, expuso de qué manera varió los alimentos, siempre en función de lo que comían los pobres y legitimó la elección de alimentos y porciones en el buen estado en que se encontraban sus enfermas. Alvarado, “Exposición”, 1881, p. s/n.

⁷² Las desavenencias se atribuyeron, la mayoría de las veces, a la insuficiencia o la mala calidad de los víveres. En cuanto a la cantidad, y a modo de ejemplo, en enero de 1879, se calcularon 5580 estancias y en función de éstas el importe recibido de la Beneficencia Pública para la alimentación de las enfermas, según datos del hospital, las estancias ascendieron a 5715, muchas más de las previstas. Y a la calidad, los informes del visitador correspondientes a 1905, se observan las quejas de la ecónoma respecto al pan, la leche y la carne. HSSA, F-BP, S-E.H, Se- HDS, Lg. 20, Exp. 17, 1907, 9 fojas.

⁷³ Álvarez Amézquita, *Historia*, 1960, p.301.

⁷⁴ Pérez, *Leyes*, 1988, pp. 82, 111, 124.

⁷⁵ En 1883 se destinaba 50 pesos mensuales en concepto de mejora de la alimentación de las pensionistas, F-BP, S-E.H, Se- HDS, Lg.5, Exp.10, f. 4. En 1884 y 1885, subió a 60

de Gosta Esping Andersen, no era un mecanismo que corrigiera la **inequidad**, sino que era en sí mismo un sistema de estratificación que ordenaba las relaciones sociales dentro de un Estado corporativista.⁷⁶ Sin embargo, en el caso de los enfermos mentales, pudo favorecer la asistencia a pacientes con carencias económicas en establecimientos especializados, ya que, según Gloria Guadarrama, los usuarios tenían beneficios no asociados a una aportación de fondos.⁷⁷

Así el Estado corporativista porfiriano promovió distintos programas para distintas clases sociales,⁷⁸ aunque, cabe señalar, que el hospital contaba con pensionistas desde antes de la aprobación de esta norma, su número fue aumentando progresivamente.⁷⁹ Y a pesar de la adhesión, en 1881, de una sala más, el número de internas ya ascendía a 203 pacientes, superando la capacidad máxima de 200 internas, pernoctando, en consecuencia, de 25 a 30 enfermas en una habitación destinada a 8 mujeres. En 1882, los niveles de ocupación del hospital eran tan preocupantes que la dirección avisó que era “muy crecido el número de enfermas asiladas.” El director alegó que era muy lenta la curación de la locura y de la epilepsia, siendo escasas las salidas de las enfermas y que éstas no guardaban proporción con el número de ingresos. Fenómeno que parecía haberse dado, según sus propias apreciaciones, durante los últimos 20 años.⁸⁰

pesos por mes, F-BP, S-E.H, Se- HDS, Lg.15, Exp.5, f. 4 y F-BP, S-E.H, Se- HDS, Lg.15, Exp.16, f.4. Entre 1886 y 1890, se destinaron 70 pesos mensuales, F-BP, S-E.H, Se- HDS, Lg.15, Exp.22, f. 4, F-BP, S-E.H, Se- HDS, Lg.15, Exp.33, s/f., F-BP, S-E.H, Se- HDS, Lg.16, Exp.25, f.4, F-BP, S-E.H, Se- HDS, Lg.16, Exp.37, f.4, F-BP, S-E.H, Se- HDS, Lg.17, Exp.16, f.10 . En 1891 se incrementó a 100 pesos., F-BP, S-E.H, Se- HDS, Lg.17, Exp.34, f.7.

⁷⁶ Esping, *Three*, 1990, pp.23-24.

⁷⁷Guadarrama, *Entre*, 2001, p.42.

⁷⁸ Esping, *Three*, 1990, p.24.

⁷⁹ En 1881, el número de pensionistas ascendía a 20, Ver: F-BP, S-E.H, Se- HDS, Lg.5, Exp.10, f. 4. En 1896 eran el doble (F-BP, S-E.H, Se- HDS, Lg.18, Exp.23, f. 6)

⁸⁰ Escrito del Hospital de Mujeres Dementes, 9 de enero de 1882, enviada a la Secretaría de Estado y Despacho de Gobernación. AHSSA, F-BP, S-EH, Se-HDS, Lg. 14, Exp. 4, f.1 y 2.

Esta aglomeración de la población hospitalaria tenía, según el testimonio de Miguel Alvarado, consecuencias indeseables. El hacinamiento provocaba no solo problemas de higiene, sino que obligaba a las enfermas a “dormir estrechamente unidas”, lo cual importaba un ataque a la moral, además que se producían riñas derivadas por los comportamientos delirantes.⁸¹ De esta situación tampoco se libraban las pensionistas. Lo cual preocupaba especialmente a Alvarado, porque no brindar las mejores condiciones a las enfermas distinguidas podía generar una crítica severa por parte de sus familias, del público en general y de la prensa.⁸² Así lo expresó en una carta, de abril de 1883, dirigida al Secretario de Estado y el Despacho de Gobernación en el que le informaba de que atendiendo a “su suprema orden” de asilar a una pensionista de segunda categoría habían tenido que despojar de su cama a una enferma indigente.⁸³ Se limitó temporalmente el número de entradas, sobre todo se recortaron las solicitudes provenientes de las familias y se concedieron únicamente aquellas remitidas por el Gobierno del Distrito Federal.⁸⁴

Como respuesta al problema del espacio, el director propuso la adquisición de la vivienda contigua al nosocomio. Sin embargo, según el visitador de beneficencia, el propósito se frustró ante la negativa del propietario de vender al precio presentado. En virtud de lo cual se expusieron dos soluciones: negar el asilo “a una persona de cierta

⁸¹ La dirección del hospital envió un escrito, el 9 de enero de 1882, informando a la Secretaría de Estado y Despacho de Gobernación, explicando que a pesar de la situación el gobierno del Distrito Federal seguía mandando enfermas. AHSSA, F-BP, S-EH, Se-HDS, Lg. 14, Exp. 36, f.2,

⁸² Oficio de Miguel Alvarado enviado al Secretario de Estado y Despacho de Gobernación. Ciudad de México, abril de 1883. AHSSA, F-BP, S-EH, Se-HDS, Lg. 14, Exp. 25, f.1. Oficio del Visitador al Secretario de Estado y Despacho de Gobernación, ciudad de México, AHSSA, F-BP, S-EH, Se-HDS, Lg. 14, Exp. 25, f.2.

⁸³ Documento remitido por el director del Hospital de Mujeres Dementes al Secretario de Estado y Despacho de Gobernación, ciudad de México, abril de 1883. AHSSA, F-BP, S-EH, Se-HDS, Lg.14, Exp.25, f.1.

⁸⁴ Carta de Hospital de Mujeres Dementes al Oficial Mayor encargado de la Secretaría de Estado y Despacho de Gobernación, 3 de mayo de 1882, AHSSA, F-BP, S-EH, Se-HDS, Lg. 14, Exp. 13, f.1.

posición social” con el “inconveniente grave” que esto podía suponer o disponer del local que servía de capilla para hacer un nuevo dormitorio. Pues, mantener el oratorio y las prácticas religiosas en el seno del hospital, según el visitador y en referencia suponemos a Alvarado, “se explota por el fanatismo con el apoyo de la opinión de algunos médicos que pretenden sacar de las ideas religiosas la terapéutica para el tratamiento de la enajenación mental.”⁸⁵ La capilla finalmente fue desmantelada y se convirtió en dormitorios. Esta expansión del hospital buscó ajustar el espacio disponible al crecimiento poblacional, ya que el hospital no podía negar el asilo a aquellas mujeres enviadas por las autoridades, y por sus implicaciones, tampoco rechazar a las internas que podían pagar una pensión. En este sentido, la institución intentaba responder a la demanda de las familias y de las autoridades.

Un reglamento adaptado a la nueva Beneficencia Pública

Aunque la Beneficencia Pública no lo exigió, el 24 de septiembre de 1881, el director del Hospital de Mujeres Dementes envió el proyecto de reglamento interior para que la Secretaría de Estado y Despacho de Gobernación lo aprobara. Alvarado expuso que el reglamento era “fruto de un lento y prolijo estudio de las prácticas de aquel establecimiento cuales se debe el orden en que marcha.” Advirtió que en su mayor parte era el mismo que el de 1879, siendo solo modificadas las atribuciones del médico director para “ponerlo de acuerdo con la Beneficencia Pública”, concretamente, con capítulo V del Reglamento de la Beneficencia Pública del Distrito Federal.⁸⁶ Al mismo tiempo, aprovechó la ocasión para solicitar el aumento del número de celadoras y el sueldo de las mismas. Tras ser consultada la opinión del visitador Rafael Montaña, el documento se aprobó sin ninguna modificación, excepto por el aumento de la plantilla.

⁸⁵ Escrito de Miguel Alvarado enviado al oficial mayor encargado de la Secretaría de Estado y del Despacho de Gobernación. Ciudad de México, 3 de mayo de 1882. AHSSA, F-BP, S-EH, Se-HDS, Lg. 14, Exp. 13, fs.1-4.

⁸⁶ Reglamento de la Beneficencia Pública del Distrito Federal, 1881, Pérez, *Leyes*, 1988, pp.111-115.

La secretaría concedió que se contratara una celadora más en lugar de tres ayudantes solicitadas.⁸⁷ Respecto a los parientes, estos siguieron necesitando dos certificados médicos para ingresar a sus enfermas y los pensionistas debieron poner por escrito que se sujetaban al reglamento interno. Así lo hizo, en 1884, Miguel S., el que envió una misiva al director del establecimiento para dementes con el objeto de ingresar a su hermana Juana como pensionista de primera clase y puso como fiador de las pensiones al Lic. Santos de la Garza y Gutiérrez, prometiendo someterse al reglamento del hospital en la parte concerniente a las enfermas pensionistas.⁸⁸

Si se analiza el origen de este reglamento se ve, como plantea Douglas C. North⁸⁹, que el hospital consiguió aprobar una serie de reglas e hizo su propia organización a partir de rutinas que les resultaban funcionales. Estas prácticas pudieron ser consecuencia de la persistencia de limitaciones informales, tanto y de forma tan reiterada, que se transformaron en normas reglamentarias.⁹⁰ Al mismo tiempo, y tal como se mencionó anteriormente, la experiencia del establecimiento trascendió su ámbito de aplicación: las raciones alimenticias surgieron de la experiencia del Divino Salvador y fueron implementadas al resto de establecimientos de la Beneficencia Pública. Aunque existieron pocos cambios, el proceso de negociación de un nuevo reglamento se produjo con la intervención de actores con intereses contrapuestos como el director de la Beneficencia Pública, el visitador, y los directores de los establecimientos. Esta circunstancia está indicando la interacción

⁸⁷ El hospital de Mujeres Dementes envió con fecha 24 de septiembre de 1881 el proyecto de régimen interior de este hospital a la Secretaría de Gobernación. AHSSA, F-BP, S-EH, Se-HDS, Lg. 13, Exp. 4, fs.1-2.

⁸⁸ Expediente clínico de Juana S., núm. 171, E.C., C.3, Exp. 17, f.2.

⁸⁹ Douglas C. North define las instituciones como las reglas de juego de una sociedad. Reglas que no son solo escritas, como los reglamentos internos del Hospital para Mujeres Dementes, sino que existen otras como los códigos de conducta. Por su parte, los usuarios despliegan sus capacidades y manejan una serie de estrategias en aras de conseguir sus fines. Esta reciprocidad no ausente de tensiones entre los distintos actores involucrados supuso transformaciones normativas formales e informales.

⁹⁰ North, *Instituciones*, 2006, pp.100 y 110.

compleja que existía entre las reglas formales e informales en el Hospital de Mujeres Dementes. Y la necesidad de acuerdo puntuales entre el establecimiento, la instancia política superior y las familias.

En 1890, tras el fallecimiento de Miguel Alvarado, Secundino E. Sosa quedó a cargo del hospital. En ese momento estaban registradas 291 pacientes y 39 empleados laboraban en el nosocomio.⁹¹ Durante su gestión, entre 1891 y 1896, ingresaron unas 580 pacientes, fueron dadas de alta 311 y fallecieron 243 internas.⁹² La sustitución no derivó en un cambio normativo inmediato,⁹³ pues el reglamento interno vigente desde 1881 se mantuvo hasta 1896. Durante este periodo, nuevas tensiones surgieron entre las autoridades encargadas de la beneficencia y la salud pública con la dirección del hospital. En 1893, se produjo un brote de tifo, del cual dio debida cuenta el periódico católico *La Voz de México*. Publicó una nota en la que se explicaba que se habían registrado tres fallecimientos producidos por esta enfermedad. El diario también narraba que el doctor Sosa había dado parte de esta contingencia a salubridad, aunque, al parecer, esta institución no le habían prestado atención.⁹⁴ La prensa siguió publicando artículos que ponían en entredicho la labor que se llevaba a cabo a interior del nosocomio, pero ni las malas condiciones del establecimiento, ni las informaciones sobre malos tratos vertidas

⁹¹ En 1890, había un médico director, uno subdirector, un prefecto, una ecónoma, una enfermera mayor y varias enfermeras segundas, además de 9 empleados y 25 sirvientes, sumando un total de 39 empleados. En 1910, ya laboraban 61 personas. Movimiento de enfermas, agosto 1890, AHSSA, F-BP, S-EH, Se-HDS, Lg. 17, Exp. 16, f.43 y de empleados: En 1890, en AHSSA, F-BP, S-EH, Se-HDS, Lg. 17, Exp. 16, f.55 y de 1909-1910, AHSSA, F-BP, S-EH, Se-HDS, Lg. 23, Exp.11, f.1-2.

⁹² Elaboración propia a partir de los datos extraídos del libro de gastos y lista de enfermos de 1873-1910. Libro de registro de asiladas del Hospital de Mujeres Dementes. AHSSA, F-HYH, S-HDS, libro 3, 1873-1910, fs.2-136.

⁹³ Las pensiones se mantuvieron igual durante los primeros años de gestión de este director. Sin embargo, el 24 de mayo de 1892, las cuotas fueron aumentadas, quedando en 30 pesos, para la primera categoría, y en 20, la de segunda. El motivo que adujeron las autoridades fue el encarecimiento de los productos de primera necesidad y el cambio en los tratamientos médicos. Escrito de la Secretaría de Estado y del Despacho de Gobernación dirigido al visitado de la Beneficencia Pública Vicente J. Morales. Ciudad de México, 21 de mayo de 1892. AHSSA, F-BP, S-EH, Se-HDS, Lg. 17, Exp. 39, fs.6-8 y 10.

⁹⁴ "Tifo en un hospital", *La Voz de México*, 14 de febrero de 1893.

contra el Hospital de Mujeres Dementes tuvo como consecuencia que las familias dejaran de solicitar el internamiento de sus parientes.

UNA RESPUESTA REGLAMENTARIA A LAS DEFICIENCIAS

En mayo de 1895, el periódico *El Nacional* publicó un artículo que denunciaba las graves carencias del Hospital de Mujeres Dementes.⁹⁵ Un mes más tarde, otro diario, *El Demócrata*, ponía en conocimiento del directo del establecimiento varias acusaciones de maltrato vertidas por los familiares de las internas.⁹⁶ El doctor Secundino Sosa las desmintió y la *Voz de México* apoyó su versión, publicando que lo expuesto en el otro periódico era inexacto.⁹⁷ El nosocomio intentó remediar la situación y tanto el director como el visitador propusieron la modificación de la regulación interna, en vigor desde 1881, para subsanar los problemas que afectaban al establecimiento.⁹⁸ Sosa, como máximo responsable del hospital, redactó el proyecto, enviando el borrador para la revisión de la Secretaría de Gobernación. Aunque no pudo comprobar los resultados de la nueva normativa porque meses más tarde, el doctor Alberto López Hermosa le sustituyó.⁹⁹ La legislación interna de 1896 fue la última hasta el cierre del nosocomio capitalino en 1910.¹⁰⁰

Por otro lado, el establecimiento se mantenía en funcionamiento a pesar del deterioro físico que, a consecuencia de un temblor producido en 1894, sufría el edificio.¹⁰¹ La atención médica y asistencial resultaba insuficiente en proporción al número de internas. En consecuencia, se hizo cada vez más necesaria la defensa de la labor hospitalaria del

⁹⁵ Minuta de la Secretaría de Estado y Despacho de gobernación, Sección 4ª, 11 de mayo de 1895, AHSSA, F-BP, S-EH, Se-HDS, Lg. 18, Exp. 9, fs.1.

⁹⁶ "Al Sr. Dr. Sosa", *El Demócrata*, 16 de junio de 1895.

⁹⁷ *La Voz de México*, 27 de junio de 1895.

⁹⁸ Minuta de la Secretaría de Estado y Despacho de gobernación, Sección 4ª, 11 de mayo de 1895, AHSSA, F-BP, S-EH, Se-HDS, Lg. 18, Exp. 9, fs.1-4.

⁹⁹ No sabemos si el cese del doctor Sosa se debió a la mala prensa que había adquirido el nosocomio o se relacionó con la llegada de Manuel González Cosío, hombre cercano a Porfirio Díaz, a la Secretaría de Estado y Despacho de Gobernación.

¹⁰⁰ Lorenzo, *Estado*, 2011, p.103.

¹⁰¹ Berkstein, "Hospital", 1981, p.94.

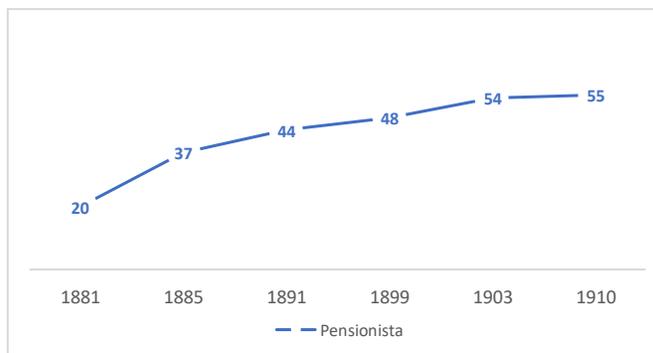
nosocomio para dementes. Tarea nada fácil dada la sombra de duda que había sobre el estado de conservación y la calidad servicio prestado dentro del nosocomio. A modo de ejemplo, en 1899, *El Diario del hogar*, publicó un artículo manifestando la ausencia de vigilancia en el establecimiento, la privación de alimentos sanos y de calidad, la falta de trabajo de algunos facultativos, la escasez en el abrigo y en el lecho. Mismos que guardaban, según el periódico, un estado deplorable de abandono, informando que en la época de invierno faltaban abrigos y camas hasta para cien pacientes. El hospital se defendió de tales acusaciones, alegando que eran inexactas, porque según sus argumentos, la Beneficencia Pública se había mostrado solícita con todas las peticiones hechas por el director, y con los fondos destinados a gastos extraordinarios se había confeccionado ropa de abrigo suficiente.¹⁰²

Sin embargo, el director del nosocomio utilizó lo argumentado por la prensa para solicitar el cambio a un establecimiento más amplio, pues, el número de internas indigentes seguía aumentando y también había crecido la demanda del servicio y la atención a las pensionistas, tal y como se muestra a continuación en el siguiente gráfico.¹⁰³

¹⁰² Escrito del director del Hospital de Mujeres Dementes, Alberto López Hermosa, dirigido al Secretario de Estado y Despacho de Gobernación con fecha 1° de junio de 1899, AHSSA, F-BP, S-EH, Se-HDS, Lg. 19, Exp. 4, fs.1-6.

¹⁰³ Estado que manifiesta las cantidades recaudadas mensualmente entre 1877 y 1899. AHSSA, F-BP, S-EH, Se-HDS, Lg. 17, Exp. 23, fs. s/n. y AHSSA, F-BP, S-EH, Se-HDS, Lg. 18, Exp. 10, fs.2, 6, 7, 11, 12, 16, 20, 24, 28, 29 y 33.

Gráfica 2. Número de registro de internas pensionistas por años (1877-1910) (n=55)



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos oficiales extraídos de los informes del Hospital de Mujeres Dementes enviados a la Beneficencia Pública¹⁰⁴

En 1899, el número máximo de internas distinguidas que podían albergar la sala que tenían destinada no solo estaba cubierto sino superado con ocho mujeres más.¹⁰⁵ El ingreso recaudado para las arcas de la Beneficencia Pública por este tipo de enfermas era considerable. Entre 1880 y 1895, el número de enfermas distinguidas pasó de 20 a 40. Asimismo, el precio de las pensiones subió de 12 pesos a 20 para la segunda categoría y de 20 a 30 para los de primera.¹⁰⁶ Lo cual supuso que en 15 años un incremento del 50% y el 66.66%, respectivamente. Si comparamos los ingresos obtenidos en 1880, estos ascendieron a 3,323 pesos; en 1885 a 5,839.39 pesos; para 1889 a 6,685.93 pesos y 1895 a

¹⁰⁴ Datos oficiales en función de la capacidad de los dormitorios para pensionistas. Por años, ver: 1881 F-BP, S-E.H, Se- HDS, Lg.5, Exp.10, f. 4. 1885 F-BP, S-EH, Se-HDS, Lg.15, Exp. 10, f.3; 1891, F-BP, S-EH, Se-HDS, Lg.17, Exp.18, f.3; 1899, F-BP,S-EH, Se-HDS, Lg.19,Exp.12,f.2; 1903, F-BP,S-EH, Se-HDS, Lg.20, Exp.6, f.1; 1910 F-BP, S-EH, Se-M.G, Lg.2, Exp.4, fs.2-3.

¹⁰⁵ Escrito del doctor Alberto López Hermosa, director del Hospital de Mujeres Dementes, dirigido a la Secretaría de Estado y Despacho de Gobernación. Ciudad de México, 1° de julio de 1899. AHSSA, F-BP, S-EH, Se-HDS, Lg. 19, Exp. 8, fs.1-2.

¹⁰⁶ Datos extraídos de las "Noticias de las enfermas pensionistas con expresión de las pensiones que pagan y sus deudas en la fecha", F-BP, S-E.H, Se-HDS, Lg.19, Exp.12, f.3.

7,226.57 pesos.¹⁰⁷ Ante la escasez de espacio, la dirección del hospital se podía ver obligada a rechazar la admisión de pacientes distinguidas. La solución provisional, con el propósito de aumentar el número de plazas designadas a las mismas, fue la de incorporar al hospital la casa que antes era utilizada por los directores facultativos.

El interés de la dirección de la Beneficencia Pública por aumentar el número de camas disponibles para internas pensionistas se puede explicar por las recaudaciones, sin embargo, no es tan sencillo precisar las causas del crecimiento en el número de deudos que deseaban tener en el régimen de distinción a sus parientes. Para empezar, las cuotas de pensionistas no estaban al alcance de todas las familias. En cifras, el salario mínimo en 1884, con ciertas variaciones regionales, ascendía 23 centavos diarios. Otros grupos de bajos ingresos, como celadores, maestros de primaria, o empleados ganaban 25 pesos mensuales. En cambio, dentro de los grupos de salarios altos, un ingeniero podía ganar un sueldo de 125 pesos y un directivo de la administración pública 333 pesos mensuales.¹⁰⁸ Sufragar una cuota de pensionista suponían pagar entre un 16% y un 9% de lo que ganaba el ingeniero y entre un 6% y un 3% de lo que ingresaba el administrador del ejemplo anterior. En 1899, los de primera categoría pagaban 30 pesos mensuales y los de segunda 20, si bien había pensionista que mantenían los precios anteriores. En cuanto a los salarios y los precios, a principios del siglo XX, según expone Samuel González, el ingreso mensual de los estratos medios era de 100 pesos, de los que se gastaba 25 pesos en vivienda, 10 en criados, 5 en ropa y el resto se destinaba a otros gastos.¹⁰⁹

Si se toman en cuenta estos datos, mantener a las enfermas como pensionistas suponía, en muchas ocasiones, un gran esfuerzo económico

¹⁰⁷ Estado que manifiesta las cantidades recaudadas mensualmente entre 1877 y 1889, F-BP, S-EH, Se-HDS, Lg.17, Exp.23, f. s/n y Lg.18, Exp.10, fs.2,6,7,11,12,16,20,24,28,29,33,36.

¹⁰⁸ Quirós, "Vivir", 2013, pp.125, 127, 129 y 131.

¹⁰⁹ González Navarro, "Pirámide", 1985, p.390.

para sus familias. A modo de ejemplo, el esposo de Carmen A. pagaban 20 pesos mensuales como pensionista de segunda categoría desde que ingresó en 1897. En 1899 envió, desde San Luis Potosí, una carta al director del Hospital de Mujeres Dementes Alberto López Hermosa exponiendo lo siguiente: “Habiendo explicado a Ud. verbalmente en nuestra entrevista que tuvimos en esa, tanto las dificultades que tenía con la cuestión de la ropa de Carmen, como las circunstancias tan apremiantes por que atravesaba, no he encontrado otro remedio que resolver a lo que ya manifesté a Ud.; y es que pase la enferma al departamento común, es decir, donde se encuentran las personas no pensionadas.”¹¹⁰ Asimismo, las familias de las enfermas distinguidas no siempre pagaban las cuotas con regularidad, entre otras, una pensionista de segunda clase, que abonaba mensualmente 12 pesos, había acumulado una deuda de 822 pesos.¹¹¹

El último reglamento del Hospital para Mujeres Dementes

La dirección de López Hermosa, en 1896, llegó a estrenar una nueva normativa. Ésta, además de los usos y costumbre del centro, recogió las prescripciones reglamentarias de la Beneficencia Pública, y conservó algunas partes del antiguo documento de 1881.¹¹² El texto modificó la función encomendada al establecimiento. A partir de ese momento, el nosocomio se debía dedicar no solo al asilo de mujeres y niñas afectadas de enfermedades mentales sino también a su tratamiento médico. Para lograr este fin se contempló incluir el personal científico y administrativo

¹¹⁰ Carta enviada al director del Hospital de Mujeres Dementes, el Dr. Alberto López Hermosa, ciudad de México, 11 de octubre de 1899. AHSSA, F-MG, S-EC, Caja 2, Exp.38, f.9.

¹¹¹ Escrito de la Secretaría de Estado y del Despacho de Gobernación dirigido al visitado de la Beneficencia Pública Vicente J. Morales. Ciudad de México, 21 de mayo de 1892. AHSSA, F-BP, S-EH, Se-HDS, Lg. 17, Exp. 39, fs.6-8.

¹¹² Documento elaborado por el director Secundino E. Sosa a partir de la sugerencia del visitador. Misma que se produjo tras la denuncia de un diario por las anomalías presentadas en el establecimiento. Reglamento del Hospital para Mujeres Dementes enviado a la Secretaría de Gobernación, 1896. AHSSA, F-BP, S-EH, Se-HDS, Lg. 18, Exp. 11, f.1.

necesario. En cuanto a la distribución espacial de las enfermas, se mantuvo el criterio definido en función de la enfermedad y también, como ya ocurría desde tiempos del Divino Salvador, de su condición económica. De este modo, las internas de asistencia gratuita se dividieron “científicamente” al momento de su ingreso y fueron alojadas en distintos departamentos en función de las siguientes categorías: locas, degeneradas y epilépticas.

Esta distribución fue posible porque, en aquel momento, el nosocomio estaba dividido en cinco espacios: locas para su observación y tratamiento; degeneradas, imbéciles e idiotas; la enfermería para tratamiento de infecciones intercurrentes, el cuidado de internas valetudinarias y tranquilas; el departamento de distinción; epilépticas y degeneradas adultas.¹¹³ Esta clasificación resulta mucho más compleja que la de 1879 en el que el hospital se dividía en patios, pensionistas y enfermería y que la de 1881 donde estaban los departamentos de enajenadas y epilépticas, de niñas, enfermería y pensionistas.¹¹⁴ Las pensionistas, sin embargo, nunca fueron clasificadas según el tipo de dolencia, siempre se mantuvieron alojadas en un mismo departamento, aunque en distintos tipos de cuartos. Probablemente mantener a todas las pensionistas en un mismo departamento favorecía el trato especial que se les daba por pertenecer a un grupo que pagaba por su comodidad y por mantener sus costumbres. Además, las teorías del tratamiento moral valoraban la separación por clases socioeconómicas como parte de la división científica de los enfermos.¹¹⁵

También se produjeron cambios en cuanto a las familias, en el reglamento de 1896 apareció por primera vez la figura del tutor legal.¹¹⁶

¹¹³ Reglamento interno, Hospital para Mujeres Dementes, 1896. AHSSA, F-BP, S-EH, Se-HDS, Lg. 18, Exp. 35, fs.1-9.

¹¹⁴ Reglamento interno, Hospital para Mujeres Dementes, 1879 y 1881. AHSSA, F-BP, S-EH, Se-HDS, Lg. 12, Exp. 16, f.2 y AHSSA, F-BP, S-EH, Se-HDS, Lg. 13, Exp. 4, f.13.

¹¹⁵ Morales, “Apoteosis”, 2008, pp.159-160.

¹¹⁶ En los requisitos para el ingreso de enfermas aparece, por primera vez en 1896, la mención al tutor legal, lo cual parece indicar dos fenómenos: la consolidación de esta

Otras normas se mantuvieron como que las visitas seguían sometidas a la opinión facultativa, pero aumentaron a dos veces por semana, organizadas en función de la división en departamentos existentes. También se observaba la posibilidad de que las enfermas salieran de paseo o permanecieran algunos días en sus domicilios.¹¹⁷ Al momento del alta, el hospital debía procurar entregar a la interna a su familia, pero si esto no era posible, las dejaba ir solas, siempre que fueran mayores de edad y si así lo autorizaba la Secretaría de Gobernación.

Por otra parte, los parientes podían solicitar el alta y ésta ser concedida, aunque no estuvieran curadas, siempre que no hubieran sido remitidas en calidad de presas y que no fuera peligrosas para la seguridad pública.¹¹⁸ En comparación con los reglamentos de 1879 y 1881, en cuanto a los permisos y las altas, notamos cierta modificación en la norma. En los reglamentos anteriores, los permisos estaban condicionados por el estado de la enferma, sin embargo, en este último, aunque se mantiene la opinión facultativa, no se hace referencia a si podía suponer un beneficio para la interna. Igualmente, se retiró la amenaza de no volver a ingresar a las enfermas que hubieran sido dadas de alta por petición de su familia sin estar curadas.¹¹⁹ En caso de defunciones, las pensionistas debían ser inhumadas por parte de la familia y las demás, por cuenta del establecimiento, salvo que los deudos expresaran lo contrario. El Hospital de San Andrés se encargaba de recoger los cadáveres que no fueran entregados a los parientes.¹²⁰ Alberto López Hermosa estuvo al frente del hospital entre 1896 y 1905,

figura jurídica recogida en los Códigos Civiles del Distrito Federal de 1870 y 1884 y la aparición de un mayor número de tutelas legales entre las internas del nosocomio.

¹¹⁷ Reglamento interno, Hospital para Mujeres Dementes, 1896. AHSSA, F-BP, S-EH, Se-HDS, Lg. 18, Exp. 35, fs.4 y 8.

¹¹⁸ Reglamento interno, Hospital para Mujeres Dementes, 1896. AHSSA, F-BP, S-EH, Se-HDS, Lg. 18, Exp. 35, f.4.

¹¹⁹ Reglamento interno, Hospital para Mujeres Dementes, 1879, AHSSA, F-BP, S-EH, Se-HDS, Lg. 12, Exp. 16, fs.2-3; 1881, AHSSA, F-BP, S-EH, Se-HDS, Lg. 13, Exp. 4, f.4 y 1896, AHSSA, F-BP, S-EH, Se-HDS, Lg. 18, Exp. 35, f.4.

¹²⁰ Reglamento interno, Hospital para Mujeres Dementes, 1879. AHSSA, F-BP, S-EH, Se-HDS, Lg. 12, Exp. 16, fs.3,10, 13, 28.

durante su dirección fue incapaz de solucionar los problemas económicos derivados de la masificación del hospital que para el año de 1900 ya tenía 403 internas.¹²¹

EL OCASO DEL HOSPITAL DE MUJERES DEMENTES

López Hermosa fue sustituido por el doctor Juan Peón del Valle y se comenzaron las obras de construcción del Manicomio General. Además, se promulgó una nueva ley sobre gastos y fondos, pasando éstos a ser un rubro independiente del presupuesto federal. Con este traspaso, las cuentas estuvieron a cargo de la Contaduría Mayor de Hacienda para, según el discurso oficial, conceder una mayor seguridad a los fondos, donativos e ingresos de la asistencia pública.¹²² En este momento, la Beneficencia describió el Hospital de Mujeres Dementes de la ciudad de México como un hospital fundado en 1700, donde ingresaban “las enfermas cuyas familias lo solicitan, previos requisitos del Reglamento y las que remiten las autoridades judiciales y gubernativas.” Se diferenciaban dos tipos de enfermas: pensionistas “que pagan una cuota módica y sirve para mejorar sus alimentos” y “pobres asiladas sostenidas con los recursos que proporciona el gobierno”, advirtiendo que todas ellas recibían la misma asistencia médica.¹²³ Lo que no explicaba la reseña eran los problemas que presentaba el nosocomio para dementes y en el recuento oficial de enfermas también se quedó corto.¹²⁴

¹²¹ Berkstein, “Divino”, 1981, p.84.

¹²² Lorenzo, *Estado*, 2011, pp.76-77.

¹²³ Alberto J. Steelman, de la Universidad de Chicago solicitó información para elaborar un estudio comparativo de los establecimientos que se encargaban del cuidado de niños. En respuesta, se envió un breve resumen de los establecimientos de la Beneficencia Pública, conteniendo su año de fundación y datos estadísticos sobre el número de asilados. Datos sobre los establecimientos de Beneficencia Pública, AHSSA, F-BP, S-D, Se-DG, Lg. 9, Exp. 14, fs.2 y 7.

¹²⁴ El documento enviado a Chicago exponía que el promedio de enfermas en el Hospital de Mujeres Dementes era de 350 con 50 pensionistas, y en otra foja se hablaba de 374, mientras que el recuento internas de 29 de junio de 1905 era de 394 internas, 40 pensionistas. AHSSA, F-BP, S-D, Se-DG, Lg. 9, Exp. 14, fs.2, 7, 28 y AHSSA, F-BP, S-EH, Se-HDS, Lg. 17, Exp. 20, fs.8-9.

En este momento, el nosocomio se encontraba en un “lamentable abandono.”¹²⁵ Así lo describió Enrique Aragón en una necrológica dedicada a Juan Peón del Valle, publicada años después: “El vetusto edificio de la calle de la Canoa que más que un hospital parecía una prisión de la época virreinal, con sus gruesos muros y paredes desvencijadas [...] celdas y crujías en donde se alojaban aglomeradas o se recluían las infelices enajenadas.”¹²⁶ El director propuso a la beneficencia una serie de modificaciones encaminadas a mejorar el servicio. Solicitó el aumento de la planta de empleados y sirvientes, la mejora de los sueldos de estos, el incremento en los gastos de alimentación y presupuesto para la reforma del edificio compra y arreglo de muebles, útiles, instrumentos, etc., “con motivo del constante aumento en el número de las enfermas asiladas en el Establecimiento, y de las exigencias de los más rudimentarios adelantos de la Ciencia Médica.”¹²⁷

Las numerosas obras de reparación se acometieron al año siguiente, éstas supusieron un obstáculo importante para el buen funcionamiento del nosocomio. Los arreglos impedían la limpieza del establecimiento, frecuentemente no funcionaban los sanitarios, se sufrieron cortes de agua y de electricidad. Además, favorecían que las enfermas se escaparan. También era notable la falta de ropa de cama y vestido para las internas.¹²⁸ Con frecuencia, la leche, la carne o el pan eran objeto de queja por parte de la ecónoma.¹²⁹ Durante el primer año de su gestión, el

¹²⁵ Mancilla, *Locura*, 2001, p.111.

¹²⁶ Aragón, “Necrológica”, 1911, p.305, publicada en la *Gaceta Médica de México*.

¹²⁷ Carta de Juan Peón del Valle a Beneficencia Pública en respuesta a una circular enviada desde la beneficencia. Ciudad de México, 27 de septiembre de 1905. AHSSA, F-BP, S-EH, Se-HDS, Lg. 20, Exp. 28, fs.1-7.

¹²⁸ Dirección General de Beneficencia Pública, Minuta del visitador, AHSSA, F-BP, S-EH, Se- HDS, Lg. 20, Exp. 17, Fs.1-9.

¹²⁹ Dirección General de Beneficencia Pública, Minuta del visitador, AHSSA, F-BP, S-EH, Se- HDS, Lg. 20, Exp. 25, fs.4-5 y 9-10.

Estado destinaba 22 centavos diarios para el mantenimiento de las enfermas y el doctor Juan Peón del Valle solicitó el aumento a 25.¹³⁰

En 1906, dos eventos complicaron aún más la precaria situación del hospital: se produjo el envenenamiento de veinte pacientes a causa de cocinar con un caldero que estaba en malas condiciones.¹³¹ Este año, además, una epidemia de tifo afectó a la ciudad de México. Con relación a este evento, se reportó que una enfermera, una celadora que laboraban en el hospital y una enferma enviada por una demarcación de la policía sufrieron esta enfermedad. En consecuencia, el hospital tuvo que solicitar a salubridad que procediera a la desinfección del establecimiento; la que se hizo solo en los lugares que se consideró foco de infección y no en todo el local como la dirección había solicitado. El hacinamiento y la desinfección incompleta provocó nuevos casos.¹³² El peligro de que se propagaran enfermedades contagiosas preocupaba especialmente al director Peón del Valle. De hecho, en una ocasión alegó que al interior del hospital se carecía de los medios necesarios para impedir el desarrollo de una epidemia. Misma que tendría consecuencias terribles debido a la aglomeración de internas, resultando más peligrosa al encontrarse en el centro de la ciudad.¹³³ A todos estos problemas se añadió otro más, por esas fechas se desplomó el quinto departamento del hospital.¹³⁴

Sin embargo, en 1907, se produjo un incremento considerable en el presupuesto destinado al nosocomio. No puedo afirmar que éste fuera

¹³⁰ Circular del director del Hospital de Mujeres Dementes al Director General de la Beneficencia Pública, con fecha 28 de septiembre de 1905, AHSSA, F-BP, S-EH, Se-HDS, Lg. 20, Exp. 25, fs.4-5 y 9-10.

¹³¹ Informes del visitador a la Dirección General de la Beneficencia Pública, 5 de enero de 1906, AHSSA, F-BP, S-EH, Se- HDS, Lg. 20, Exp. 25, 1905, fs.25-27.

¹³² Informes del visitador a la Dirección General de la Beneficencia Pública, 15 y 22 de junio de 1906, AHSSA, F-BP, S-EH, Se- HDS, Lg. 20, Exp. 25, fs.33-37 y 53-54.

¹³³ Hospital de Mujeres Dementes, quejas al Gobierno del Distrito, 23 de febrero de 1909, AHSSA, F-BP, S-EH, Se-HDS, Lg. 21, Exp. 26, fs.5.

¹³⁴ Informes del visitador a la Dirección General de la Beneficencia Pública, 15 de junio de 1906, AHSSA, F-BP, S-EH, Se- HDS, Lg. 20, Exp. 25, fs.50-52.

suficiente, más si se toma en cuenta el crecido número de internas, tal y como se puede observar en la siguiente tabla.¹³⁵

Tabla 1. Población del Hospital de Mujeres Dementes, 1905-1910

Fecha	Población
30 de mayo de 1905	393
15 de enero de 1906	379
15 de enero de 1907	391
16 de mayo de 1908	415
30 de abril de 1909	430
1° de septiembre de 1910	418

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos oficiales recogidos en los informes de la prefectura del hospital.¹³⁶

Este acrecentamiento de la población hospitalaria propició las tensiones entre el Gobierno del Distrito Federal y el nosocomio a causa del envío irregular de pacientes. Concretamente, el 19 de febrero de 1909, fue remitida en estado de coma una mujer que a las veinticuatro horas falleció en el establecimiento. En las averiguaciones, el director aseveró que dado su estado no era posible saber si la enferma estaba aquejada de enajenación mental, pero sí se podía afirmar que tenía un padecimiento contagioso, la erisipela. Solicitando a la dirección de la Beneficencia Pública que diera las órdenes oportunas para que no

¹³⁵ Según el movimiento y gastos de los Establecimientos de Beneficencia Pública, entre 1906 y 1907, se invirtió en el servicio 66,185, por día 0.4603.

¹³⁶ "Movimiento de enfermas", AHSSA, F-BP, S-D, Se- DG, Lg. 20, Exp. 24, f.2; AHSSA, F-BP, S-D, Se- DG, Lg. 20, Exp. 26, f.10; AHSSA, F-BP, S-D, Se- DG, Lg. 20, Exp. 24, f.14; AHSSA, F-BP, S-D, Se- DG, Lg. 21, Exp. 20, f.21. Informe de la Beneficencia Pública, AHSSA, F-BP, S-D, Se- DG, Lg. 10, Exp. 19, f.74.

fueran remitidas mujeres con este tipo de dolencias, pues alegó que no contaban con los medios adecuados para tratarlas.¹³⁷

Por otra parte, la relación entre la dirección del hospital y la Secretaría de Gobernación estaba mediada por el visitador de la Beneficencia Pública. Éste inspeccionaba el establecimiento una vez al mes, salvo que aconteciera alguna situación que requiriera una evaluación extraordinaria. Como norma general, en las visitas iba acompañado del director y del prefecto y se fijaba en la asistencia de los facultativos y enfermeros al servicio médico, computaba el número de enfermas, las necesidades de ropa, las características de la alimentación, el estado material e higiénico del edificio y el funcionamiento del servicio administrativo. Después, escuchaba las quejas de las enfermas y los problemas del personal, realizaba algunas averiguaciones y levantaba una bitácora.¹³⁸ El hospital dependía y buscaba el apoyo de la Beneficencia Pública para paliar las carencias que la situación provocaba, pero frecuentemente se encontraban con el freno del visitador que, como inspector de la institución, rara vez aceptaba las peticiones de los directores del nosocomio. En una inspección, de 1905, este funcionario anotó lo siguiente:

Resultan 394 de las cuales son pensionistas 32 y 8 consideradas como tales que por circunstancias especiales no pagan pensión [...] Exponiendo las quejas de costumbre; estar alimentadas de modo insuficiente y estar secuestradas sin motivo; algunas alegaron malos tratamientos por parte de las celadoras; a pesar del estado mental de estas enfermas procuro hacerlas investigaciones y acciones convenientes y recomendaciones respectivas.¹³⁹

¹³⁷Escrito del Hospital de Mujeres Dementes al Gobierno del Distrito Federal con fecha 23 de febrero de 1909. AHSSA, F-BP, S-EH, Se- HDS, Lg. 21, Exp. 26, fs.1-5.

¹³⁸ Dirección General de Beneficencia Pública, minuta del visitador. AHSSA, F-BP, S-EH, Se- HDS, Lg. 20, Exp. 25, fs.1-54.

¹³⁹ Dirección General de Beneficencia Pública, minuta del visitador. AHSSA, F-BP, S-EH, Se- HDS, Lg. 20, Exp. 17, fs.8-9.

El nosocomio no era la única institución que tenía problemas, en 1909, el director general de la Beneficencia Pública, Ángel Almada, tuvo que desmentir ante la opinión pública las acusaciones del periódico *El Gil Blas* que un artículo titulado “El justo horror a los hospitales” exponía las deficiencias de los hospitales dependientes de esta dirección, especialmente el Hospital General y denunciaba “el basto tren administrativo” de la Beneficencia Pública metropolitana, la alta mortalidad, el hambre, el abuso y el maltrato, afirmando incluso que la población los consideraba “mataderos.” En defensa de tan graves acusaciones sobre los establecimientos y su gestión, Almada invitó al director de la publicación a que visitara los hospitales para que comprobara por sí mismo si prestaban o no debidamente el servicio.¹⁴⁰ A pesar de la legitimación de la labor hospitalaria que hizo el director de la Beneficencia Pública, si se compara con el periodo en el que fue director Miguel Alvarado, se percibe un aumento significativo en el número de muertes al interior del hospital y con esto, un deterioro constante en la calidad de la atención médica y salubridad del hospital.¹⁴¹ El mismo año, falleció el doctor Peón del Valle, el cual fue sustituido por el doctor José Meza Gutiérrez.¹⁴²

En este estado de las cosas, el 1° de septiembre de 1910 se inauguró el Manicomio General. En un momento que supone, según Alberto Carvajal, un parteaguas histórico: la decadencia en la construcción de un país y el inicio de un movimiento revolucionario.¹⁴³ Sin embargo, el establecimiento se ha visto como la culminación de una

¹⁴⁰ Dirección General de la Beneficencia Pública, carta de la correspondencia particular de Ángel Almada, ciudad de México, 17 de julio de 1909, AHSSA, F-BP, S-D, Se- DG, Lg. 11, Exp. 21, f.16.

¹⁴¹ Durante la gestión de Miguel Alvarado, solo en 1888 se alcanzó el número de fallecimientos y 1889 se superó las cifras de 1906 y 1907. Elaboración propia a partir de los datos extraídos del libro de gastos y lista de enfermos de 1873-1910. Libro de registro de asiladas del Hospital de Mujeres Dementes. AHSSA, F-HYH, S-HDS, libro 3, 1873-1910, fs.2-136.

¹⁴² “Nuevo director del Hospital de Mujeres Dementes”, *El tiempo*, 19 de diciembre de 1909.

¹⁴³ Carvajal, “Historia”, 2001, p.33.

idea decimonónica basada en la modernidad, el progreso y la civilización. Encaminada a otorgar a la ciudad de México un manicomio a la altura de otras metrópolis,¹⁴⁴ aunque, también ha sido juzgada como una obra dentro de un plan más amplio: la construcción del país. En la que el régimen porfiriano quería “otorgar a cada cosa un lugar” y contar con “un buen manicomio” a la altura que la ciencia del momento.¹⁴⁵ Lo cierto es que el septiembre de 1910 fueron trasladados todas las mujeres y los hombres que permanecían ingresados hasta ese momento en los hospitales para dementes capitalinos.¹⁴⁶ A su llegada, los internos fueron clasificados y alojados en pabellones.¹⁴⁷ Y con este acto nació un establecimiento, un proyecto de grandes dimensiones y esperanzas, pero que enseguida comenzó a mostrar serios problemas de gestión y de sostenimiento derivados de la situación política, económica y social devenida de la revolución mexicana.

USOS Y COSTUMBRES, DISPOSICIONES Y PACTOS

A lo largo de este capítulo he presentado el devenir del Hospital para Mujeres Dementes durante las últimas décadas del siglo XIX y principios

¹⁴⁴ Mancilla, *Locura*, 2001, pp.125-127.

¹⁴⁵ Carvajal, “Historia”, 2001, pp.36-37.

¹⁴⁶ En el caso de las mujeres Andrés Ríos afirma que fueron enviadas 429 internas del hospital, Alberto Carvajal y Martha Lilia Mancilla apunta la cifra de 418 internas, cifra que coincide con el movimiento de enfermas a 1 de septiembre de 1910. Sin embargo, nosotros tenemos registrados 420 mujeres. De todas estas mujeres no se conservan los expedientes clínicos. Ver Ríos, *Locura*, 2009, p. 57; Carvajal, “Mujeres”, 2001, p.31; Mancilla, *Locura*, 2001, p.151.

¹⁴⁷ Reglamento Manicomio General, 1913, AHSSA, F-BP, Se-Mg, Lg. 2, Exp. 7, fs.9-10. Fueron alojados según la siguiente distribución espacial: Un pabellón de observación donde se encontraban los asilados que acababan de ser internados, los cuales permanecía allí mientras durara su “observación u clasificación científica.” El de peligrosos destinado a presos y pacientes violentos o agitados. “Tranquilas A” dirigido a las enfermas mentales crónicas y “Tranquilas B” en las mismas condiciones. Las mujeres epilépticas iban al pabellón de este mismo nombre independientemente de que fueran indigentes o pensionadas. Las imbéciles e idiotas también tenían su propio espacio y a él llegaban igual que en el caso de las epilépticas las mismas categorías. La enfermería estaba destinada al tratamiento, cuidados médicos y quirúrgicos, derivado de las

del XX. Una historia marcada por la secularización del establecimiento, los consiguientes cambios en la financiación y su especialización científica. Paralelamente, se produjo la centralización y la modernización en la gestión de la asistencia pública, con el consiguiente aumento en la burocratización de los servicios al interior del nosocomio. Ambas transformaciones, médicas e institucionales, estuvieron acompañadas de cambios en la administración del establecimiento y en el aumento en el número de personas que laboraba en el hospital. No obstante, la ampliación de la plantilla no fue proporcional en cuanto al número de facultativos que laboraban en el nosocomio, pues durante las dos primeras décadas solo existió la figura del director médico. Sin embargo, a partir de 1890, se añadió un subdirector facultativo a la lista de empleados y el reglamento de 1896 amplió el servicio médico con 2 practicantes. Y hay que esperar a 1909 para que en el establecimiento trabajaran 4 médicos y 7 practicantes.

enfermedades distintas a la mental. Y el de infecciosos que, como su propio nombre indica estaba dirigido a aquellos individuos atacados de enfermedades infecto-contagioso.

Tabla 2. Proporción del número de empleados y médicos respecto al número de internas

Año	Empleados	Proporción	Médicos	Internas	Proporción
1877	27	1/6	1	179	1/179
1881	33	1/6	1	201	1/201
1890	39	1/7	2	272	1/136
1900	39	1/8	2+2*	324	1/81
1910	61	1/6	4+7*	418	1/38

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos oficiales de los informes de la prefectura del Hospital de Mujeres Dementes.¹⁴⁸

Este periodo también se caracterizó por los cambios en la disposición espacial, devenida del aumento en el número de internas ingresadas en el nosocomio.¹⁴⁹ Ya que el crecimiento en la población del establecimiento fue un elemento constante en el periodo analizado. En materia normativa, además, se produjeron avances que se vieron reflejados en la aprobación de los tres reglamentos internos, síntoma de una mayor institucionalización y modernización del establecimiento.¹⁵⁰ Los dos

¹⁴⁸ *Practicantes

“Movimiento de enfermas”: 1877, F-BP, S-E.H, Se- HDS, Lg.11, Exp.16, f.11; 1881, F-BP, S-E.H, Se- HDS, Lg.13, Exp.22, f.28; 1890, F-BP, S-E.H, Se- HDS, Lg.17, Exp.16, f.65; 1900, F-BP, S-E.H, Se- HDS, Lg.19, Exp.18, f.11; 1910, F-BP, S-E.H, Se- HDS, Lg.23, Exp.105 f.13.

“Lista de empleados y sueldo” 1877, F-BP, S-E.H, Se- HDS, Lg.11, Exp.27, f.13; 1881, F-BP, S-E.H, Se- HDS, Lg.13, Exp.18, fs.1-30; 1890, F-BP, S-E.H, Se- HDS, Lg.17, Exp.16, f.55; 1900, F-BP, S-E.H, Se- HDS, Lg.19, Exp.18, f.11; 1910, F-BP, S-E.H, Se- HDS, Lg.23, Exp.11, fs.1-2.

¹⁴⁹ El espacio también aumentó, de tres departamentos en 1879 a 5 en 1896, pero fue insuficiente. Reglamentos 1879, AHSSA, F-BP, S-EH, Se-HDS, Lg. 12, Exp. 16, f.1 y Reglamento del Hospital para Mujeres Dementes enviado a la Secretaría de Gobernación, 1896. AHSSA, F-BP, S-EH, Se-HDS, Lg. 18, Exp. 11, 1896, f.1.

¹⁵⁰ A pesar de estos progresos regulatorios, por largos periodos de tiempo, entre 1881 a 1896 y de este año hasta 1910, los acuerdos puntuales entre la beneficencia pública y la dirección del establecimiento primaron sobre un marco normativo que elevara estos pactos a rango de norma.

primeros coincidieron con momentos importantes de la historia de la Beneficencia Pública. El de 1879 se promulgó apenas dos años después de la creación de la Dirección de la Beneficencia Pública y el de 1881 se produjo al mismo tiempo que la centralización de la institución y el traspaso del poder de esta dirección a la Secretaría de Estado y Despacho de Gobernación. En cambio, el de 1896 pretendió subsanar, tal como se expuso anteriormente, las deficiencias del servicio.¹⁵¹ Este último, aunque no estuvo motivado por un hecho vinculado a la institución de asistencia pública, fue el que presentó la impronta más notable de la influencia de esta dependencia gubernamental en la regulación interna del nosocomio.¹⁵² A pesar de las diferencias en los contextos en los que se originaron las normas, en los tres casos el proceso de elaboración y aprobación de estos estatutos siguió la misma vía de negociación: el director del hospital propuso un proyecto, que fue revisado y corregido por la Secretaría de Estado, previa opinión del visitador de la Beneficencia Pública, y luego reenviado para ser modificado o ratificado mediante el acuerdo entre el hospital y la secretaría.

En cuanto a su contenido, en los tres reglamentos internos primaron los articulados dedicados a la organización espacial y del servicio médico¹⁵³ sobre aquellos que hacían referencia a los parientes. Del mismo modo, la normatividad no establecía diferencias respecto al grado ni al tipo de parentesco. Parecían disfrutar de la misma regulación los padres, los hermanos, los tíos o los abuelos, incluso, podía

¹⁵¹ AHSSA, F-BP, S-EH, Se-HDS, Lg. 18, Exp. 9, f.4

¹⁵² La mayor injerencia de la Beneficencia Pública la tenemos en el reglamento que se aprobó para el Manicomio General de la Castañeda en 1913. El cual fue redactado por un inspector de la beneficencia y por cinco directores de hospitales públicos. En este documento se sistematizaron aquellos aspectos que las autoridades consideraron funcionales y efectivos para el establecimiento y no tanto se inspiró por la práctica cotidiana del manicomio capitalino. Rivera, "Salud", 2001, p.62.

¹⁵³ Reglamento interno, Hospital para Mujeres Dementes, 1879. AHSSA, F-BP, S-EH, Se-HDS, Lg. 12, Exp. 16, fs.1-36 y Reglamento interno, Hospital para Mujeres Dementes, 1881. AHSSA, F-BP, S-EH, Se-HDS, Lg. 13, Exp. 4, fs.13-38.

desempeñar este mismo papel, aquellas personas que tenían un vínculo simbólico con las enfermas como las madrinas.

En relación con el contenido, los reglamentos de 1879 y 1881 son prácticamente iguales. Esto se debió probablemente a la permanencia de Alvarado como director del hospital. Ya que, como aparece en los documentos, la normativa estuvo inspirada en la práctica clínica de este doctor.¹⁵⁴ El articulado reguló principalmente la admisión y la salida de las enfermas; los permisos, paseos y visitas; y las condiciones económicas de los pensionistas. Estos documentos, además, presentaban cierta continuidad en los derechos y deberes asignados a las familias de las internas del nosocomio.

Por lo que se refiere a los parientes resulta significativo que tanto en los ingresos, como permisos y en las altas, sobre todo en los reglamentos de 1879 y 1881, se limite la acción de los familiares. Por ejemplo, para el ingreso en ambos se solicitaban dos certificados médicos cada vez más especializados. Esto puede explicarse desde la experiencia personal del doctor Alvarado que presencié e intentó combatir, como expongo más adelante, los ingresos fraudulentos por parte de los deudos y de las autoridades. Lo cual pudo motivar la proposición de endurecimiento de los requisitos de internación. Del mismo modo, según el reglamento de 1879, el alta solicitada por los deudos que no tomara en cuenta el estado de salud de la enferma estaba penado con la prohibición de volver a ingresar a la misma paciente. Este celo del director del nosocomio, además, pudo deberse en su fe en los postulados del tratamiento moral y en la creencia de que la familia podía generar y agravar la enfermedad mental.

¹⁵⁴ Douglas C. North, para el contexto económico, afirma que en las instituciones puede producirse una diferencia en el uso de las normas, ésta provendrá de la discrepancia entre el conocimiento comunicable y tácito y aquel que proviene del aprender haciendo. Este “aprender haciendo” en una organización implica que la organización, en este caso el hospital, adquirió capacidades de coordinación y creó rutinas que funcionaban a consecuencia de una interacción repetida. Rutinas de organización que como se ha

La impronta de Alvarado de los dos reglamentos anteriores no está en el reglamento de 1896. Éste no fue elaborado por el médico y en él se elimina la advertencia descrita anteriormente. Incluso la nueva normativa estableció que se podía dar el alta a una enferma sin que su familia se encargara de ellas, siempre y cuando no fuera un peligro para ellas ni para la sociedad. Estas facilidades para la salida de las internas del nosocomio capitalino pueden ser interpretadas como el deseo de la institución de dar el alta al mayor número internas posible dentro del contexto de un establecimiento repleto, pero también está hablando de la preocupación por la curación de la enfermedad mental, y de la inquietud del nosocomio y de la Beneficencia Pública por el peligro que pueden suponer las enfermas mentales una vez que no estuvieran bajo la supervisión del establecimiento.

Las modificaciones en la reglamentación interna analizada, apoyándonos en Douglas C. North, fue resultado de los cambios institucionales que a su vez fueron consecuencia de dos elementos: de la relación simbiótica entre las instituciones y las organizaciones¹⁵⁵ y del proceso por el que los humanos percibimos y reaccionamos ante un conjunto de oportunidades.¹⁵⁶ De esta manera, la experiencia de Alvarado, el criterio del visitador de la Beneficencia Pública y las decisiones del secretario de Estado moldearon la regulación internas del Hospital de Mujeres Dementes. Aparte de estas normas formales, el hospital, la beneficencia y las familias debieron llegar a convenios puntuales. Pues, las circunstancias del establecimiento o de los parientes, en ocasiones, impedían la aplicación de la norma, lo cual dejaba ciertos márgenes de actuación a los actores sociales involucrados. Cuando esto

mencionado tuvieron su reflejo en la reglamentación interna del nosocomio. North, *Instituciones*, 2006, p.100.

¹⁵⁵ El economista define instituciones como reglas del juego de una sociedad y formalmente como las limitaciones ideadas por el hombre que dan forma a la interacción humana. Y las organizaciones u organismos serían el conjunto de individuos unidos por una identidad común hacia ciertos objetivos. Siendo su evolución dependiente del marco institucional. North, *Instituciones*, 2006, pp.13 y 15.

ocurría también intervenía el gobierno que actuaba para dar respuesta a las peticiones dirigidas por los deudos a la beneficencia o en situaciones de conflicto entre el hospital y los familiares. Así, en la práctica cotidiana se producían situaciones particulares y, ante ellas, no quedaba más remedio que negociar, desplegando cada uno de los actores sociales sus estrategias para conseguir sus objetivos o paliar sus necesidades.

Sin embargo, la relación no siempre fue fluida, frecuentemente, se producían tensiones devenidas de las características particulares de las familias usuarias, rasgos que modificaban la manera en la que éstas y el nosocomio interactuaban. Por ejemplo, los parientes tomaban las decisiones por las enfermas, porque éstas no elegían por voluntad propia ingresar o permanecer en el nosocomio. Asimismo, los deudos, salvo la intervención de un juez que dictara lo contrario, tenían toda la potestad legal sobre la enferma mental. Esta autoridad posicionaba a las familias en una situación aventajada a la hora de negociar, resultado un contrapeso frente a las decisiones del director del nosocomio. En este sentido, Cristina Sacristán propone que la ausencia de un marco jurídico, y añadiríamos algunas carencias reglamentarias, que protegieran los derechos de los psiquiatras y de los pacientes, obligó a los alienistas a buscar el diálogo con los familiares.¹⁵⁷ Del mismo modo, los parientes, a menudo, eran coadyuvantes de los gastos de mantenimiento de las enfermas, ya fuera mediante, las pensiones, los donativos o por contribuciones directas en ropa. Paralelamente, el establecimiento para dementes tomaba funciones que eran ejercidas por la familia, como proporcionarles el sustento, el cuidado ante la enfermedad y la seguridad, además, se convertían en vigilantes de su moralidad, de su guardia y custodia.

¹⁵⁶ North, *Instituciones*, 2006, p.19.

¹⁵⁷ Esta hipótesis la desarrolla Cristina Sacristán sobre el desamparo jurídico al que estuvieron sometidos los psiquiatras mexicanos entre 1870 y 1944. Ver, Sacristán, "Curar", 2002, pp.61-80.

La posición favorable de las familias era más notable en el caso de las enfermas distinguidas. La importancia que el establecimiento otorgaba a las pensionistas fue creciendo durante el periodo analizando dada la importancia que fueron adquiriendo como una forma de financiación de la Beneficencia Pública. Así, el reglamento de 1859 daba prioridad a las indigentes frente a las pensionistas dentro de la lógica de una institución de caridad, sin embargo, en los siguientes reglamentos se recogen un mayor número de prescripciones que regulan a este tipo de enfermas. Además, los deudos que pagaban una cuota resultaban ser más interventoras. Éstos podían exigir ciertos derechos simplemente porque pagaban por un servicio. Asimismo, creo que una opinión desfavorable vertida por los parientes era una preocupación para los directores, porque éstos sabían que muchas familias pensionistas tenían los medios económicos y las relaciones necesarias para perjudicar la reputación de los médicos y del establecimiento. En este sentido, conviene subrayar que los reglamentos internos pretendían evitar las tensiones con las familias, hasta el punto de regular, por ejemplo, que las enfermeras usaran “buenas palabras y finos modales” con los parientes, aunque sin perder su autoridad porque a la vez los médicos y las enfermeras eran los encargados de mantener el orden.¹⁵⁸

De igual manera, intentaban blindar el espacio, por ejemplo, estaba prohibido el ingreso de los familiares sin autorización para asegurar que no se produjeran quejas ante ciertas prácticas. Todo lo explicado anteriormente, no implica que se produjera el cumplimiento riguroso de la normativa ni por parte de los médicos ni de los deudos. Y por este motivo, al interior del nosocomio se produjeron desacuerdos que debieron solucionarse con la mediación de la Beneficencia Pública.

Así, aquellos elementos que no fueron debidamente legislados dejaron espacios para la tensión, la negociación y los acuerdos,

¹⁵⁸ Reglamento interno, Hospital para Mujeres Dementes, 1879, AHSSA, F-BP, S-EH, Se-HDS, Lg. 12, Exp. 16, f.15.

situaciones que se reflejaron en los distintos momentos en los que las familias intervinieron. Respecto al ingreso, las familias debían cumplir las exigencias reglamentarias que les hicieran beneficiarios de la asistencia hospitalaria y debían probar la condición de su pariente mediante certificados médicos. Lo cual no impedía, como veremos más adelante, que las familias buscaran alternativas para conseguir la internación de sus deudos como el uso de las demarcaciones de policía. Asimismo, la posibilidad de acceso al servicio estaba condicionada por la disponibilidad de espacio, sin embargo, algunas familias usaban su red de relaciones para conseguir un trato preferente durante el ingreso y la estadía de su pariente. En cuanto a la estancia, por poner un ejemplo, la capacidad de los familiares de pagar una pensión podía verse limitada en momentos determinados, sin embargo, éstos llegaban a acuerdos con la Beneficencia Pública y con el prefecto del hospital para el mantenimiento de la misma cuota de pensionista, la condonación de una deuda o el traspaso de una pensionista al estatus de paciente de gracia sin perder sus condiciones favorables de alojamiento, vestido o alimentación.

Todo ello, parece indicar que sus demandas, respecto a ciertos tipos de servicios, obedecieron al funcionamiento de una institución que se estaba desarrollando y normalizando, sobre la marcha y a través de sus prácticas. Y en este sentido, estimo que los marcos normativos eran conocidos, interpretados y utilizados como usuarias del Hospital de Mujeres Dementes. Esta afirmación es más clara en el caso de las familias de las pensionadas, pues éstas estaban obligadas a firmarlo al momento de ingresar a su pariente. En particular, Juana G. viuda de O. presentó el certificado médico de su hija, Ángela O. en la que se establecía que Ángela estaba aquejada de enajenación mental. Su madre solicitó su ingreso como pensionista de segunda clase, proponiendo como

fiador al doctor Lázaro Ortega y afirmó lo siguiente: “me sujeto a todas las prescripciones del reglamento del hospital.”¹⁵⁹

Incluso, el conocimiento de la norma fue usada a favor del interés de un familiar en el siguiente caso: El 8 de agosto de 1903, Sabas A. escribió al prefecto del Hospital de Mujeres Dementes, Jesús Flores, solicitando que pusiera en conocimiento al Director de la Beneficencia Pública que cuando él internó a su esposa, en 1887, firmó un reglamento en el que se recogían una serie de condiciones y que después, en 1896, se aprobó una nueva normativa con la cual no estaba conforme aduciendo lo siguiente: “si es cierto que un Reglamento no constituye una ley, sí se deben de respetar las disposiciones anteriores, puesto que fueron mencionadas por una dirección tan respetable como lo es la actual más cuando la parte interesada á cumplido con todas las condiciones que le fueron exigidas por medio de la fianza que otorgó a satisfacción de la mesa directiva”. Ante este alegato, la dirección de la Beneficencia Pública informó que el reglamento de 1896 derogaba el de 1881, no obstante, y como “una medida de gracia” se redujo la pensión a la cuota que el señor A. estaba pagando por el tratamiento de su esposa Francisca B.¹⁶⁰

En este otro caso, sin embargo, sirvió para legitimar la práctica de la dirección frente a los reclamos familiares. Francisca M. de G. buscó el apoyo del gobernador del Distrito Federal para que ordenara al prefecto del establecimiento de dementes con el objeto de que se le permitiera visitar a su hija, Herlinda G., cuando ella deseara. En respuesta, el director del nosocomio Miguel Alvarado, explicó lo siguiente: “El reglamento que ese Ministerio tuvo a bien mandar observar en este hospital, en el capítulo 5° del tit° 1°, confiere como es natural, solo al Médico Director la facultad de conceder las visitas á las enfermas supuesto que como facultativo es el único que puede apreciar la conveniencia de ellas.” Del mismo modo, apeló a la subordinación del

¹⁵⁹ Expediente clínico de Ángela O., núm.270, E.C., C.4, Exp. 41, f.2.

¹⁶⁰ Expediente clínico de Francisca B., núm. 359, E.C., C.5, Exp. 48, fs.9 y 11.

nosocomio a la Secretaría de Estado y Despacho de Gobernación, al Gobierno del Distrito Federal y a los Jueces: “Este Hospital es una oficina que depende exclusivamente de la Secretaría de su digno cargo de U. y por lo mismo creo que no debo recibir órdenes más que de ella y solo obsequiar conforme al Reglamento las que para la admisión de enfermas emanen del Gobierno del Distrito y Jueces.”¹⁶¹

En definitiva, los marcos institucionales se construyeron con reglamentos y acuerdos informales, los cuales definieron las oportunidades de acceso de las familias, ciertas posibilidades de acción ante situaciones como la subida de pensiones y conformaron el poder de negociación de los distintos actores sociales. Aunque, resulta significativo que ninguno de los reglamentos internos que estuvieron vigentes en el Hospital de Mujeres Dementes durante el periodo estudiado, tuvieron ningún apartado dirigido al incumplimiento de las normas vinculantes a las familias, más allá de pedirles que abandonaran el establecimiento en caso de que sus visitas resultaran perjudiciales para su pariente, quitarles el privilegio de pensionista a aquellas enfermas cuyos deudos no pagaran sus cuotas y la amenaza de si una familia solicitaba la salida de su enferma, sin estar curada, se le entregaría pero a condición de no volverla a admitir.¹⁶²

La práctica, a menudo, era distinta, sirva de ejemplo el caso de la pensionista Dolores M., la cual ingresó por orden del Gobierno del Distrito Federal el 7 de septiembre de 1883. Fue diagnosticada según el informe médico de locura hereditaria, lipemanía¹⁶³ parcial con delirio de persecución, con momentos de depresión y exaltación y con un pronóstico de “probablemente incurable.” El esposo solicitó el alta y la dirección del

¹⁶¹ Expediente clínico Herlinda G., núm. 369, E.C., C.5, Exp. 57, f.14.

¹⁶² Reglamento interno, Hospital para Mujeres Dementes, 1881. AHSSA, F-BP, S-EH, Se-HDS, Lg. 13, Exp. 4, f.14.

¹⁶³ La Lipemanía fue definida, en 1820, por Étienne Esquirol (1772-1840) como una enfermedad cerebral que se caracterizaba por delirios crónicos y enfocados sobre un tema fijo, sin que se presentara fiebre y con tristeza “debilitante y abrumadora” en Berrios, *Historia*, 2008, p.382.

nosocomio expresó su disconformidad, pero considerando que el marido era “enteramente libre para consentir o no en que se expresa goce de los beneficios del Establecimiento puede accederse a su petición y recibir a su enferma para llevarla a su propia casa; advirtiéndole antes, que encontrándose en el caso previsto por el reglamento del hospital en su artº 9º, Cap. 2º tít. 1º no podrá volverla a traer a él supuesto que la sacó si estar curada.” Esta amenaza de Miguel Alvarado no se llevó a cabo, al mes siguiente, agosto de 1883, la 2ª Sección del Gobierno del Distrito Federal ordenó al prefecto del hospital del “Salvador” que recibiera “para su curación y en calidad de libre” a Dolores M.¹⁶⁴

Este caso resulta interesante si se piensa, como afirma Douglas C. North, que las normas se crean sopesando los costos de su cumplimiento.¹⁶⁵ El hospital intentaba evitar que los intereses de las familias primaran sobre el bienestar de la paciente, desde luego, este principio loable legitimaba esta prohibición, lo que no contempló el doctor Alvarado al proponer esta medida fue que cumplir la prohibición de recibir a una enferma que hubiese sido dada de alta sin estar restablecida podía ser complicado por los siguientes factores: Suponía aseverar que la enferma salió curada; implicaba, también, negar que pudiera tener una recaída. Al mismo tiempo, la dirección estaba sometida jerárquicamente a otros poderes como la Secretaría de Estado y el Despacho de Gobernación, el Gobierno del Distrito Federal y a los jueces. Si la familia, como en este caso, pretendía imponer su voluntad recurriendo a otras instancias, y no únicamente a la dirección del establecimiento, la exigencia del cumplimiento de la norma y su uso como forma de castigo tropezaba con otros obstáculos que, como hemos explicado, estaban más allá de la reglamentación formal y más cerca de los acuerdos puntuales.

¹⁶⁴ Expediente clínico de Dolores M., núm. 260, E.C., C.4, Exp. 31, fs.10 y 11.

¹⁶⁵ North, *Instituciones*, 2006, p.68.

CAPÍTULO II. UNA DECISIÓN ÚNICA

Las familias fueron las primeras en percibir e interpretar los síntomas físicos, los cambios en el comportamiento y en el estado de ánimo como indicios de enfermedad mental. La duda, la certeza, un evento desencadenante, incluso, el uso de la locura como pretexto condujo a que los parientes acudieran a un experto. Tras la consulta realizada a un facultativo, a un boticario, incluso a la policía, los deudos dieron los primeros pasos para convertir a su familiar en “un paciente psiquiátrico”¹ y, al mismo tiempo, adquirieron la potestad para decidir sobre su custodia y tratamiento médico.²

Respecto a este momento, son escasos los testimonios como los de la familia de Sixta R. en los que se pueden conocer algunos datos sobre los días previos al ingreso. Según el relato familiar, Sixta sufrió ataques epilépticos durante doce años, siendo en los últimos tiempos más frecuentes. A tan solo cuatro días antes de su ingreso, Sixta tuvo un episodio en el que “quedó loca” y comenzó a hablar sola y querer salir a la calle.³ Esta información, aunque importante, es bastante parcial. No se sabe cómo era el ambiente familiar antes del encierro, tampoco se conoce cómo lidiaron los deudos con la enfermedad antes de llevarla al nosocomio, o si tomaron esta decisión después de averiguar otras alternativas o si fue la última solución en la búsqueda de respuestas diferentes al cuidado en casa.

¹ Ballenger, “Modernizing”, 2009, p.325. Andrés Ríos analiza el cambio ontológico de las personas con comportamientos anormales al estatus de enfermo mental y cita la etapa de pre paciente establecida por Erving Goffman dentro de su razonamiento. Ríos, *Locura*, 2009, p.142. Respecto a la “carrera” como “pre paciente”, Goffman considera que es un proceso de “expropiación” de los derechos y que tiene un carácter de “denuncia” sobre los daños ocasionados por los enfermos a sus parientes (Goffman, 2001, pp.138-139)

² La capacidad de las familias para detectar el padecimiento y convertirse en pieza clave del internamiento en un establecimiento especializado para enfermas mentales ha sido analizada por distintos autores, entre ellos, Sacristán, “Quién”, 1998, p.209; Suzuki, *Madness*, 2006, p.1; Ríos, *Locura*, 2009, p.212; y Rivera Garza, *Castañeda*, 2010, p.116.

³ Sixta R., núm.248, E.C., C.4, Exp. 58, f.6.

Además, y respecto al papel de la familia, la historiografía ha tomado dos posturas: para unos autores era un “objeto de culto” por ser un lugar para las relaciones afectivas, de solidaridad y de sentimientos y para otros era una institución sospechosa de ser responsable de la opresión del individuo.⁴ Aunque en relación con la locura, siempre cunde la sospecha del abuso de los deudos sobre sus parientes. Pero en el presente capítulo se ha mostrado como las familias presentaban esta dualidad, por un lado, muchas auxiliaban a la enferma mental y la ingresaban en los hospitales para dementes con la legítima esperanza de verlas recuperarse y reintegrarlas a su vida familiar, pero, por otro lado, también había familias que depositaban a las enfermas en los establecimientos como medio de castigo o de conveniencia.

Sin embargo, concuerdo con lo que apunta Mark Finnane quien en su trabajo *Asylum, Families and the State* establece que el hospital era una institución donde su papel y su función estaban contruidos con base al uso popular y a la costumbre mucho más que a imperativos legales o financieros. Y añade que fue para las familias una alternativa benéfica porque les liberaba de la tarea del cuidado de las enfermas mentales, pero, como afirma el autor debía ser horrible enfrentarse a recluir a un miembro de su familia.⁵ No obstante, que fuera una respuesta dolorosa no significa que no estuviera basada en una elección racional. Tanto si el encierro se debió al hartazgo o al cansancio de una enfermedad que superaba a los deudos; si éste ocurrió a causa de que lo consideraron lo mejor para su enfermo; o lo hicieron porque estaban buscando un beneficio propio o simplemente decidieron seguir el consejo médico, antes de que produjera este evento hubo un análisis subjetivo por parte de los familiares y eligieron acudir al nosocomio de Mujeres Dementes de la ciudad de México frente a otras alternativas.

⁴ Morant, “Amor”, 1998, p.11.

⁵ Finnane, “Asylum”, 1985, f.137.

Puesto que las enfermas podían quedarse en sus casas encerradas, dejarlas abandonadas a su suerte, incluso, con los recursos económicos suficientes, cabía la posibilidad de acudir a instituciones privadas como la Casa de Salud de Nuestra Sra. de Guadalupe en Tlalpan para Enfermas Dementes.⁶ Y probablemente otras familias, en circunstancias similares, tomaron estas otras vías, pero en el caso de las 420 mujeres que se han analizado, sus deudos eligieron el camino de la reclusión nosocomial en un establecimiento financiado con fondos públicos.

De acuerdo con esto, el Hospital de Mujeres Dementes resultó ser un lugar favorable para el entorno familiar: las enfermas podían recibir una asistencia médica y asilar patrocinada por la Beneficencia Pública y sus familias obtener una respuesta a su problema. Pero ¿Quiénes eran estas familias que recurrían al hospital? y ¿Por qué? Para dar solución a estas dos interrogantes se analizó conjuntamente tanto a las internas como a las personas con las que estaban emparentadas, pues hay que tomar en cuenta que las pacientes eran parte de un grupo familiar, cuya composición y características pueden explicar en qué contexto y bajo qué circunstancias los deudos se convirtieron en usuarios del establecimiento. De hecho, en un sentido amplio, el conocimiento de las internas y sus parientes ofrece información relevante sobre la composición y las dinámicas de las familias durante el Porfiriato. Y, al mismo tiempo, da cuenta de fenómenos sociales como el papel de la mujer en el medio doméstico, el nivel de escolaridad femenina, el grado y el tipo de incorporación al trabajo y la migración hacia la capital.

⁶ La Casa de Salud de Nuestra Sra. de Guadalupe en Tlalpan estaba dirigido por los doctores Adrián Garay y Guillermo Parra. Según la publicidad que aparece en la publicación de *La Escuela de Medicina* se anuncia como un edificio más amplio del que tiene el hospital, con huerta, jardín, baños, salones y departamentos independientes. En él se ofrecía el tratamiento moral e higiénico adecuado. Además, estaban especializados en hipnotismo. Por último, el servicio era ofrecido por enfermeras “católicas” e “inteligentes”. Anuncio publicado el 14 de mayo de 1896, t. XIII, núm. 24, p.549.

LAS INTERNAS DEL HOSPITAL PARA MUJERES DEMENTES (1877-1910)

Entre 1878 y 1910, más de tres mil mujeres fueron admitidas en este hospital de la ciudad de México.⁷ En la investigación se analizó la documentación relativa a las 420 internas que estaban internadas al momento del cierre del establecimiento y que fueron trasladadas al Manicomio General de la Castañeda en 1910. Con el objeto de conocer a las familias, primero realicé un seguimiento individual de las internas y sistematicé las preguntas de investigación lo que dio como resultado una base de datos. La información compilada abordó el origen y lugar de residencia de las internas, su edad (al momento de ingresar y cuando se produjo el traslado en 1910), su estado civil y su ocupación.⁸ En cuanto a los familiares, consigné el grado de educación, el carácter, los hábitos y las costumbres de los padres, así como cualquier otro dato de interés sobre los hermanos y los hijos. Asimismo, examiné las narrativas de las enfermas y de los parientes que estaban recogidas en los expedientes clínicos, en las cartas y los oficios y que, a menudo, daban cuenta a otros miembros de la familia extensa como tíos, abuelos y primos, datos que también fueron incluidos.

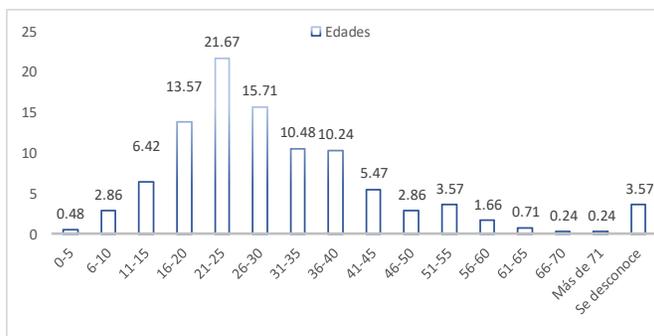
Más tarde, el análisis y la comparación de las variables antes mencionadas permitió la construcción de un perfil de las usuarias y sus familias. En términos generales se trataban de mujeres jóvenes, y como

⁷ Ballenger, "Modernizing," 2009, p.171.

⁸ Otros autores perfilaron las características de las mujeres que fueron internadas en el Hospital de Mujeres Dementes. Por ejemplo, Stephanie Ballenger hizo un análisis de la composición social de la población del nosocomio entre 1846 y 1900. Para ello dividió el periodo en dos partes, la primera de 1846 a 1864 en la que la clave que utilizó para poder diferenciar a las pacientes distinguidas del resto fue observar si las internas eran denominadas como señoras en los registros. Además, revisó los pagos que hicieron las familias en concepto de pensiones. La segunda, para analizar el periodo que transcurrió entre 1867 y 1886 se apoyó en el estudio elaborado por Mariano Rivadeneyra y los registros de ingreso del Hospital de San Hipólito entre 1886 y 1890. Su objetivo era observar a los pacientes de los hospitales para dementes, tanto hombres como mujeres, y estudiar cómo su condición social (edad, género, posición económica) pudo influir en su experiencia al interior del nosocomio. Ballenger, "Modernizing," 2009, pp.171-241.

se observa en la gráfica que se encontraban en edad de trabajar fuera del entorno doméstico o atender el hogar. La mayoría eran solteras, realizaban quehaceres domésticos en su domicilio, o eran sirvientas. Provenían de familias con una composición heterogénea y pertenecientes, en la mayoría de los casos, a estratos económicos bajos. En cuanto a las enfermedades que padecían, éstas eran muy variadas, aunque la más frecuente era la epilepsia.⁹

Gráfica 3. Rangos de edad que tenían las internas asiladas en el Hospital de Mujeres Demente al momento de su primer ingreso (1877-1910) (n=420)



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos extraídos de los libros de registro del Manicomio General y de los expedientes clínicos de las pacientes.¹⁰

Mujeres en edad de trabajar

En el año 2001, Martha Lilia Mancilla en su trabajo *La locura en la mujer durante el Porfiriato* estableció que el 57% de las internas que fueron

Asimismo, el estudio de Mariano Rivadeneyra fue retomado también por Martha Lilia Mancilla en *Locura*, 2001, pp.110-111.

⁹ Información recogida en la base de datos a partir de lo encontrado en el libro de registro de asiladas del Manicomio General, AHSSA, F-MG, S-LRA, registro 7-418 y 750 y en los expedientes clínicos del AHSSA, F-MG, S-EC, cajas de la 1 a la 7.

¹⁰ Libro de Registro de Asilados del Manicomio General, AHSSA, F-MG, S-LRA, libro 1 y expedientes clínicos de las enfermas, AHSSA, F-MG, S-EC, cajas de la 1 a la 7.

trasladadas de los antiguos hospitales para dementes tenían entre 21 y 40 años y estaban en una etapa en las que eran biológicamente reproductivas y socialmente productivas.¹¹ No estoy de acuerdo con el rango establecido por Mancilla para definir la capacidad laboral, pues éste no refleja el desempeño de muchas mujeres que ya desempeñaban un trabajo remunerado con menos o con más edad. Sirva de ejemplo internas como Virginia C., que con 17 años era empleada doméstica, o Dolores G. que laboraban con 50 años.¹²

Por otro lado, y respecto a la capacidad de reproducción de las internas se conoce poco. Conforme a los datos obtenidos, 59 mujeres de un total de 420, es decir, el 14.05% tenían hijos. De éstas, el 41% afirmaron tener un hijo; el 20%, dos; el 10%, tres; y el resto un número mayor a esta cantidad. Además, en el caso de 17 internas, el 29% de las madres, explicaron en el interrogatorio que perdieron a uno o varios hijos antes de ser internadas.¹³ Incluso, algunas internas llegaron al nosocomio embarazadas. Por ejemplo, Bibiana O. fue ingresada cuando estaba esperando un bebé, poco tiempo después, dio a luz a una niña en el hospital de maternidad.

Tras el parto, Bibiana regresó al establecimiento con la criatura, pero el director Secundino Sosa se negó a albergar a la pequeña y solicitó a la casa de maternidad e infancia que la recibiera. Sin embargo, antes de hacer efectivo el traslado, el esposo de Bibiana se las llevó. La interna estuvo en su domicilio conyugal durante el primer año, tras ese periodo fue nuevamente ingresada por orden del Gobierno del Distrito Federal, aunque se desconoce si la familia intervino en este reingreso.¹⁴ No fue el único caso, pues otras mujeres dieron a luz mientras permanecían como internas del nosocomio capitalino. Después del alumbramiento se

¹¹ Mancilla, *Locura*, 2001, p.152.

¹² Virginia C., núm.24, E.C., C.1, Exp.15 y Dolores G., núm.185, E.C., C.3, Exp.30.

¹³ Dada la complejidad para establecer una edad mínima y máxima para la maternidad, se consideró la población total, es decir, 420 mujeres. AHSSA, F-MG, S-LRA, libro 1 y AHSSA, F-MG, S-EC, cajas de la 1 a la 7.

produjeron dos situaciones: en algunos expedientes aparece que la interna entregó a la criatura a sus familiares y en otros que los bebés fueron remitidos a un hospicio. Así le ocurrió a la de hija de Matea O., quien fue enviada a la Casa de Expósitos.¹⁵

En cuanto a la ocupación, a partir de los datos obtenidos en la investigación se desprende que 196 mujeres se dedicaban a los quehaceres domésticos, 104 pacientes laboraban, 93 no tenían ninguna ocupación.¹⁶ En la ciudad de México, según las *Estadísticas Económicas del Porfiriato*, 151259 se dedicaban a las tareas domésticas, 102726 mujeres tenían una actividad remunerada, 23410 no hacían ningún trabajo. Si se comparan los porcentajes correspondientes a estos números reflejan algunas diferencias en cuanto a la fuerza de trabajo.¹⁷ Por ejemplo, un 24.76% de mujeres trabajadoras fueron ingresadas en el hospital y un 37.03% eran las que desempeñaban una actividad remunerada según datos del censo de 1910. La diferencia porcentual se puede interpretar como mujeres que, en condiciones de salud, al menos estadísticamente, podrían laborar se veían imposibilitadas para desarrollar esta actividad como consecuencia de la enfermedad mental. De igual manera, las enfermas antes de ser internadas se dedicaban en menor medida a los quehaceres domésticos (un 46.67% frente a un 54.53%), viéndose incrementado el porcentaje de mujeres, (un 22.14%), entre las pacientes del hospital que no trabajaban dentro ni fuera del hogar respecto al total de mujeres de la ciudad de México (8.44%). En

¹⁴ Bibiana O., núm.80, C.2, Exp. 8, fs.3-5.

¹⁵ Encarnación o Matea O., núm.165, C.3, Exp.11, f.5.

¹⁶ En las *Estadísticas Económicas del Porfiriato. Fuerza de trabajo y actividad económica* publicadas por el Colegio de México en 1960 se establece la diferencia entre mujeres económicamente activas e inactivas. Las primeras se dividían en fuerza de trabajo y sin ocupación; Las segundas en dedicadas a los quehaceres domésticos, menores o estudiantes. Conforme a estas estadísticas, en el Distrito Federal en el año de 1910 existían 126135 mujeres económicamente activas (laborando y desempleadas) frente a las 253018 mujeres económicamente inactivas. En cuanto a mis cifras, los datos fueron tomados del libro de registro de asiladas del Manicomio General, AHSSA, F-MG, S-LRA, registro 7-418 y 750.

¹⁷ Colegio de México, *Estadísticas*, 1960, pp.46 y 51.

consecuencia, en un número significativo de casos, las familias se encontraban con la situación de que uno de sus miembros no aportaba recursos económicos, pero tampoco se ocupaba de las tareas del hogar.

En este sentido, considero que el tipo o la severidad del padecimiento pudo resultar una limitación para el trabajo dentro o fuera del ámbito doméstico. Pues, mujeres que no podían aportar trabajo o salario a la unidad doméstica, se convirtieron en un problema y, en consecuencia, en un miembro improductivo para sus familias.¹⁸ María Angélica Ospina da cuenta de lo afirmado para el caso colombiano cuando expone que eran recluidas las mujeres que por su trastorno no podían cumplir satisfactoriamente con el rol tradicional asignado dentro de las familias.¹⁹ Más si se considera que el 46% de las familias mexicanas, según los datos de Ariel Rodríguez Kuri, necesitaban más de uno de sus miembros, incluido mujeres y niños, para cubrir sus necesidades básicas, porque el salario podía ser 2.5 veces menor que las mismas.²⁰

Respecto al tipo de trabajo que las mujeres realizaban antes de ser ingresadas, entre las enfermas indigentes predominaron las sirvientas o domésticas, pero también de otros oficios como cigarreras, cocineras, comerciantes, costureras, lavanderas, planchadoras, molenderas y tortilleras.²¹ En el caso de las mujeres pensionistas, éstas eran maestras de primera letras o normalista, comerciantes, empleadas, costureras, modistas, varilleras²² y cocineras. Además, si se coteja esta información con la obtenida en la clasificación de profesiones de las internas que hizo Mariano Rivadeneyra, entre 1867 y 1886, se observa que se mantienen las costureras, lavanderas o torcedoras y aparecen otras labores muy distintas como, por ejemplo, “empuntadoras de rebozos”, limosnera,

¹⁸ Ballenger, “Modernizing, 2009, p.170.

¹⁹ Ospina, “Notable”, 2006, p.313.

²⁰ Rodríguez Kuri, *Experiencia*, 1996, p.90.

²¹ Datos tomados del libro de registro de asiladas del Manicomio General, AHSSA, F-MG, S-LRA, registro 7-418 y 750.

cirqueras, aguadoras y labradoras.²³ La mayoría de estas trabajadoras, según la categorización por ramas de actividad de las *Estadísticas Económicas del Porfiriato*, pertenecían a los servicios (comerciantes, sirvientes y profesionistas) y unas pocas a la industria de transformación y artesanales. Estos datos concuerdan con las cifras sobre el número de mujeres que laboraban en la ciudad de México, siendo la mayor fuerza de trabajo en la capital la compuesta por las mujeres que se dedicaban al sector terciario (78563 trabajadoras) frente a las que laboraban en el secundario (18420 mujeres).²⁴

Es fácil suponer que para la mayoría de las mujeres que padecían algún trastorno físico o mental era difícil obtener un trabajo, ejercerlo y conservarlo. Este fue el caso de Ramona M. que fue internada, en 1909, “por ser agresiva.” El acto desencadenante del encierro se produjo cuando Ramona se peleó en su lugar de trabajo con “la vieja Cancino.” A consecuencia de ese enfrentamiento fue detenida y llevada a la Octava Demarcación de la Policía donde el doctor Luis M. Gabilondo expidió un certificado médico que facilitó su ingreso en el hospital, en calidad de libre. En todos los interrogatorios practicados a la mujer, los médicos escribieron expresiones del tipo: “irrespetuosa”, de carácter “violento, fuerte.” Por estos documentos se puede conocer que la vida de Ramona no fue sencilla. Pasó su infancia en un hospicio y aunque recibió instrucción suficiente, acabó trabajando como doméstica. Su desempeño parecía agradar a sus “antiguos amos”, aunque el consumo frecuente de alcohol fue, según la opinión facultativa y su propio testimonio, la causa que sus arranques de agresividad. Fue dada de alta el 27 de noviembre de 1911, porque el contacto con las otras enfermas según opinión facultativa no le convenía, aunque el doctor Ernesto S. Rojas objetó que

²² Según la Real Academia de la Lengua Española, varillera viene de varilla: “mercancía menuda y barata”, siendo varillera “la persona que vende buhonerías.” Diccionario de la RAE, <http://www.rae.es/> [Consulta 1 de diciembre de 2017]

²³ Rivadeneyra, Cuadro resumen de los datos importantes en las enfermas, oficios, 1867-1886, de su tesis, “Apuntes”, 1887, s/n.

era necesario que su familia la vigilara para que no volviera a cometer ningún desatino. Nunca volvió a ingresar.²⁵ En este caso, al menos, el asilamiento truncó su desempeño laboral de Ramona y con ello, el aporte económico que podían hacer a sus familias.

Por otro lado, cabe señalar que fue común que mujeres sin familia ni recursos económicos propios recurrieran a la prostitución como medio de vida. Así lo hizo María Teresa F., oriunda del puerto de Veracruz, que a la edad de 7 años había emigrado junto con su familia a la ciudad de México. Frente a la ausencia del padre y la defunción temprana de la madre, María se metió “a una casa mala” aunque antes de ser internada por orden de la Cuarta Demarcación de la Policía a consecuencia de los ataques epilépticos que sufría afirmó que era doméstica.²⁶ Un caso similar se desprende del expediente de Telésfora R., quien abandonó su casa en 1902 y se trasladó a Puebla donde se inscribió como “mujer pública.” Estuvo en la cárcel de Belem numerosas veces, todas, según su testimonio, por pleitos, no por lesiones. Posteriormente, decidió dedicarse al servicio doméstico.²⁷ Otra de las condiciones presentes en alguna de las mujeres del nosocomio era vivir de “arrimada” en casa de alguna persona como lo hizo Rosario S., cuyos padres alcohólicos habían fallecido y quedó por esta situación al amparo de Carmen N., cuyo domicilio se encontraba en la Plazuela de Mixcalco de la ciudad de México.²⁸

A la precariedad económica familiar se sumó las condiciones laborales, especialmente en el caso de las empleadas domésticas. El 12.61% de las internas trabajaron prestando este servicio, cifra que podría ser superior si se toma en cuenta que algunas mujeres que afirmaron dedicarse a los quehaceres domésticos en realidad laboraron como

²⁴ Colegio de México, *Estadísticas*, 1960, pp.46 y 51.

²⁵ Ramona M., núm.72, E.C., C.2, Exp. 1, fs.2-5, 9-11.

²⁶ María Teresa F., núm.120, E.C., C.2, Exp.47, f.3.

²⁷ Telesfora R., núm.208, E.C., C. 3, Exp. 53, f.2.

²⁸ Rosario S., núm.146, E.C., C.2, Exp.73, fs.2 y 6.

sirvientas.²⁹ Con relación a este tipo de ocupación, Ann S. Blum estimó que el 43% de la fuerza de trabajo femenina se dedicó al empleo doméstico. Aunque existen dificultades para establecer una cantidad exacta, ya que como menciona la autora, estas trabajadoras laboraron en domicilios privados. Asimismo, conviene subrayar que, con frecuencia, las empleadas domésticas cambiaron en su naturaleza, y transitaron entre el trabajo y la dependencia debido a la falta de una remuneración económica. En este sentido, establece Blum que la existencia de una desigual obligación entre el patrón y la empleada doméstica limitaba la posibilidad de que ésta tuviera una vida familiar independiente, porque, con frecuencia, los sirvientes adultos fueron considerados como dependientes de sus empleadores y constituidos como una suerte de parientes.³⁰

Estas apreciaciones explican por qué los patronos, ante lo que ellos consideraron síntomas de enfermedad mental, internaron a sus empleadas domésticas en el hospital sin que el nosocomio les pusiera ningún tipo de inconveniente, pues no existía regulación especial para este tipo de situaciones. Sirva de ejemplo la historia de Concepción I. La mujer afirmó en el interrogatorio ser huérfana y soltera en el momento en que se enfermó. En aquel entonces laboraba como empleada doméstica y vivía en casa del licenciado Eduardo E. Zárate. Zárate quien la internó en el hospital en 1904 donde su diagnóstico fue el de demencia precoz. Murió diez años después en el Manicomio General.³¹ Del mismo modo, Refugio E. trabajaba como sirvienta en casa de María B. En 1910, la

²⁹Cuando hablo de sirvienta, doméstica, o empleada del hogar hago referencia a aquellas mujeres que desempeñaban tareas domésticas como actividad laboral remunerada. Por el contrario, cuando afirmo que se ocupaban en los quehaceres domésticos entiendo que son las labores realizadas por las mujeres en el interior de su hogar y éstas no eran retribuidas económicamente.

³⁰ Blum, "Cleaning", 2004, pp.69, 72 y 73.

³¹ Concepción I., núm.240, E.C., C.4, Exp.1; Refugio E., núm.36, E.C., C.1, Exp.27. También eran empleadas Zenaida M. en la casa de la señora Clara Solís Vda. de Navarrete, núm.264, E.C, C.4, Exp.35; Simona O., sirvienta en el domicilio de la señora Luz Tolsá, núm.79, E.C. C.2, Exp.7.

señora la llevó a consulta de dos facultativos, obteniendo de ellos los certificados médicos necesarios para internar a Refugio. Fue el mismo proceso que hicieron los patronos de Zenaida M. y Simona O.³²

Otro caso digno de destacar es el de Pilar O., quien estuvo en el nosocomio desde 1905. En 1914, el director del Manicomio General, Heladio Gutiérrez recibió una carta de Jesús María Rebollar pidiendo informes sobre la mujer. Hacía tres años que nadie se interesaba por su estado. El motivo de su misiva era saber si Pilar podía regresar con la familia que la había tenido a su cargo. Ante esta pregunta, el médico del pabellón la describió como una mujer muy trabajadora y útil para el servicio doméstico, pero con una inteligencia, según el facultativo, muy limitada. Pilar siguió entre los muros del manicomio, sin embargo, un año después, en 1915, la paciente solicitó su alta alegando que no tenía familia y que quería salir puesto que ya no le daban ataques desde hacía mucho tiempo.³³ Posiblemente, las buenas cualidades de Pilar incitaron al establecimiento a retenerla hasta el punto de alegar su falta de inteligencia para evitar su salida. En este sentido, las instituciones de la Beneficencia Pública se nutrieron de mujeres de los establecimientos o como afirma Ann S. Blum “de presas” para el cuidado de los hospitales y hospicios.³⁴ En particular, una interna, Consuelo B. trabajó por temporadas como ayudante de la maestra de labores en el Manicomio General, además, de en la Casa Cuna donde fungió como vigilante.³⁵

No solo las mujeres con escasos recursos laboraron, algunas pensionistas pertenecientes a los sectores medios urbanos se desempeñaron como maestras, cocineras, costureras y comerciantes. Con la enfermedad mental, este miembro que aportaba recursos a la economía doméstica dejó de ser beneficioso y, además, suponía un

³² Refugio E., núm.36, E.C., C.1, Exp.27; Zenaida M., núm.264, E.C., C.4, Exp.35; Simona O., núm.79, C.2, Exp.7.

³³ Pilar O., núm.271, C.4, Exp. 42, fs.3,4,11.

³⁴ Blum, “Cleaning”, 2004, p.71.

³⁵ Consuelo B., núm.398, E.C., C. 6, Exp. 29, fs. 6, 36, 45-49.

esfuerzo el pagar las pensiones de sus familiares. Este desgaste económico, en ocasiones, dificultaba la puntualidad y la constancia en el pago de las pensiones. Este fue el caso de Lucía F., quien ingresó en 1882 en el Hospital de Mujeres Dementes como pensionista de primera categoría. Su padre estuvo pagando la pensión durante dieciséis años y medio, hasta 1898. Durante todo ese tiempo el importe ingresado en las cuentas de la Beneficencia Pública ascendió a 3,960 pesos. Llegó un momento en el que padre de Lucía no pudo seguir abonando la cuota, lo que implicaba que Lucía tenía que pasar a un departamento para enfermas indigentes. La dirección del hospital evaluó la petición de este familiar y por medio del prefecto ayudó a que la interna se convirtiera en pensionada de gracia, es decir, conservó las prerrogativas de las enfermas distinguidas, pero sin costo alguno.³⁶

Además, del trabajo remunerado expuesto anteriormente, las distintas enfermedades complicaron o imposibilitaron el desempeño de los roles socialmente encomendados a las mujeres durante el Porfiriato. Por ejemplo, los quehaceres domésticos fueron responsabilidad femenina y la maternidad su función principal. Pues, la socialización de los hijos corrió a cargo de la madre. Y aunque se observó un interés por parte de la sociedad porfiriana en que la mujer accediera formalmente a una educación escolarizada, ésta se contempló como un complemento a la recibida en el hogar.³⁷ De esta manera, las 59 mujeres que habían tenido hijos antes de ser ingresadas en el nosocomio truncaron el desempeño de su papel de madres, viéndose obligadas a dejar a sus hijos a cargo de otros miembros de la familia. Muchas se mostraron deseosas de volver a sus casas a atender a su esposo y a sus hijos,³⁸ otras en los laberintos de

³⁶ Escrito del director del Hospital de Mujeres Dementes, Alberto López Hermosa, al Secretario de Estado y del Despacho de Gobernación. Ciudad de México, 7 de septiembre de 1898. AHSSA, F-MG, S-MG, Se-EC, C.5, Exp. 56, fs.11-12.

³⁷ Rocha, "Cultura", 1988, pp.74-76, 78 y 80.

³⁸ María V., núm.235, E.C., C.4, Exp. 7, f.15.

su memoria no reconocían a los hijos que las visitaban.³⁹ Y la separación de ellos, con frecuencia, mortificaba a las enfermas. El 1° de mayo de 1910, Dolores G. viuda, con siete hijos, expuso al doctor Ernesto S. Rojas: “Oigo en las noches unas voces que me dijeron que mis hijos están enfermos.”⁴⁰

Niñas con imbecilidad y epilepsia

Además de las mujeres adultas, en la población analizada coexisten 41 niñas ingresadas en el hospital cuando tenían menos de 15 años. Todas ellas eran solteras⁴¹ y en cuanto a su lugar de origen, la mayoría eran de la ciudad de México. Ocho habían nacido en distintos Estados de la república y dos eran extranjeras.⁴² Sobre el grado de instrucción de estas niñas y jóvenes: el 60% eran analfabetas o tenía una educación escasa, mientras que el 40% sabía leer, escribir o habían cursado algún tipo de educación primaria.⁴³ Respecto al trabajo, de las menores de 10 años

³⁹ Casimira A., núm.355, E.C., C.5, Exp. 44, f.2.

⁴⁰ Dolores G., E.C., núm.185, C.3, Exp. 30, f. s/n.

⁴¹ Según el capítulo V, artículo 164 del Código Civil de 1870, la edad legal de matrimonio para las mujeres era de 12 años.

⁴² En el Porfiriato existieron varios criterios temporales para definir lo que se consideraba infancia. Por ejemplo, en 1907, *el Informe sobre Establecimientos de Beneficencia y Corrección de esta Capital* recoge datos de la Casa de Niños Expósitos de la ciudad de México. En ellos ubica a los niños que estaban internados en el establecimiento dentro de cuatro rangos de edad: De pecho hasta los 2 años; de 2 a 7 años; de 7 a 14 y de 14 en adelante. Por otra parte, la tesis de Federico Martínez: “Ligeros apuntes sobre higiene de la primera infancia”, de 1899, segmenta los primeros años de vida del niño en dos periodos: primera infancia (desde el nacimiento hasta los 7 años) y segunda infancia (a partir de esta edad). El doctor Martínez no especificó en su trabajo un límite de edad para esta segunda infancia, sin embargo, un artículo publicado en *La Voz de México* de 1900 que abordaba la alimentación en esta etapa establece que: “la segunda infancia se extiende desde el fin de la primera dentición hasta el principio de la segunda”, es decir, de los 7 a los 12 años. Por otro lado, la pirámide de edad de la población del “Censo de la Municipalidad de México”, de 1890, estableció los rangos de edad para dividir la población de cinco en cinco años (0-5, 6-10, 11-15.) A efectos de la presente investigación y tomando en cuenta que para el análisis de ciertas temáticas he usado parámetros cuantitativos, he considerado la infancia hasta los 15 años, ya que, aunque el criterio médico pautaba el fin de esta etapa vital en los doce años, esta edad queda dentro del rango estadístico de 11 a 15 años.

⁴³De éstas, únicamente se cuentan con datos sobre el grado de educación de 20 mujeres. Por lo tanto, los porcentajes que aparecen se han calculado en función de las 20 mujeres. Datos tomados del libro de registro de asiladas del Manicomio General, AHSSA, F-MG, S-LRA, registro 7-418 y 750.

ninguna laboraban y de las mayores de esta edad, el 18.52% se desempeñaba en una actividad laboral, sobre todo eran sirvientas.⁴⁴ En cuanto al tipo de enfermedades, las menores de 10 años sufrían sobre todo imbecilidad y epilepsia. Las demás padecían algún tipo de demencia, manía, y en menor grado, imbecilidad o “idiocia”.⁴⁵ Todas ellas tenían en común enfermedades que, dependiendo del grado de padecimiento, podían requerir numerosos cuidados, una atención específica y ser especialmente demandantes para las familias.

Este tipo de enfermas no supone una cantidad elevada si se compara con la totalidad de la población estudiada, lo cual no resulta extraño si se contempla que la psiquiatría infantil se estableció en México mucho tiempo después, tras el proceso revolucionario, con la creación de la paidopsiquiatría ligada a la educación.⁴⁶ No obstante, conforme a lo expuesto por Ximena López Carrillo, este tipo de psiquiatría fue heredera de los médicos porfirianos y de la teoría de la degeneración que entendía que todas las características físicas y morales eran transmitidas por la herencia. Incluso, el concepto médico de “infancia anormal” fue usado, según López Carrillo, por primera vez en Francia en 1904. Año que este país creó una comisión para asegurar la educación de los niños ciegos, sordomudos o con deficiencia mental. En México, la aparición de este

⁴⁴Datos tomados del libro de registro de asiladas del Manicomio General, AHSSA, F-MG, S-LRA, registro 7-418 y 750.

⁴⁵ German E. Berrios en su *Historia de los síntomas de los trastornos mentales* y desde lo que denomina la psicopatología descriptiva da buena cuenta de la evolución en el diagnóstico de las enfermedades mentales. Por este autor se conoce que el idiotismo, la imbecilidad y el cretinismo son enfermedades que desde principios del siglo XIX eran consideradas como diferentes a la locura. Y también gracias al trabajo de Berrios como se fueron definiendo los trastornos mentales. Por ejemplo, en 1801, Philippe Pinel (1745-1826) definió el idiotismo como “obliteración total o parcial de las facultades intelectuales o defectos.” Más tarde, en 1838, Jean-Étienne Esquirol (1772-1840) la definió como un estado en el cual las facultades intelectuales no se manifiestan ni se desarrollan por la falta de educación. Respecto a la diferencia entre las tres enfermedades, el británico James Cowles Prichard (1786-1848) expuso que no existía una división exacta entre la idiocia y el grado de debilidad conocida como imbecilidad. Véase Berrios, *Historia*, 2008, pp.210-211,218, 221. En cuanto al cretinismo se consideraba una enfermedad congénita y durante el siglo XIX se estableció la relación entre este padecimiento con el bocio. Véase, Fabré, *Diccionario de los diccionarios de medicina publicados en Europa*, 1842-1846, p.316, <https://catalog.hathitrust.org>, [Consulta en línea, 10 de enero de 2018]

concepto se produjo en 1910, un año después de que se inaugurara el Departamento Antropométrico, en la sección de Higiene Escolar de la Secretaría de Educación Pública. Y se debió principalmente al trabajo de José de Jesús González, miembro de este departamento, quien publicó un libro sobre higiene escolar. Siendo los “anormales”, conforme a su definición, aquellos niños que por sus defectos físicos, intelectuales o morales no podían ir a la escuela.⁴⁷

Además de la ausencia de una rama de la psiquiatría especializada en infantes, existía un hospital de Infancia, así como hospicios y asilos encargados de atender a población infantil de escasos recursos. De este modo, si previamente eran enviadas a hospitales generales, las pequeñas podían ser diagnosticadas por los facultativos y, más tarde, remitidas desde estos centros al establecimiento para dementes, lugar en el que lograban recibir una atención más especializada. Estas transferencias obedecen a lo que Edward Shorter denomina la redistribución de enfermos.⁴⁸ Por todo ello, formalmente resultó sencillo que unos pacientes pasaran de un hospital a otro, dado que todos pertenecían a la Beneficencia Pública o Privada.

Por otro lado, la gran mayoría de este tipo de internas fue ingresada en el nosocomio en calidad de indigente, salvo tres casos que lo hicieron como pensionistas y una más que cambió su estatus del régimen general a distinguida. El escaso número de enfermas distinguidas parece indicar que las familias con mayor capacidad económica estaban sustituyendo la atención médica y asilar que ofrecía el hospital con otro tipo de cuidado en el ámbito doméstico. Y solo en casos severos de enfermedad acudieron a un establecimiento especializado. Sirva de ejemplo, Bozema M., nacida en Estados Unidos, de padres alemanes,

⁴⁶ López Carrillo, “Psiquiatría”, 2017, pp.90, 97-98.

⁴⁷ López Carrillo, “Psiquiatría”, 2015, pp.8-9, 15.

⁴⁸Lo que significa que personas procedentes de instituciones (la familia, los hospicios o las cárceles) son enviadas a otra más especializada como una forma de reorganización en el cuidado de estos. Shorter, *History*, pp.33, 50.

quien fue dictaminada por los doctores de padecer una microcefalia incurable causada por un fuerte golpe que sufrió cuando tenía cuatro meses. Esta circunstancia la dejó limitada en lo motriz y en el lenguaje: no podía hablar, caminar, sentarse, incluso masticar. A los cuatro años fue intervenida quirúrgicamente sin resultado alguno y durante mucho tiempo fue atendida en su casa por una empleada por la que la niña había llegado a sentir y demostrar su afecto. Sin embargo, la situación física y mental de la menor no mejoraba, motivo por el cual su tío decidió internarla.⁴⁹

Como se muestra en el caso anterior, antes de solicitar el ingreso y como alternativa al encierro, la familia buscó una solución: el cuidado de empleadas domésticas. Esto era posible cuando los deudos contaban con recursos económicos suficientes, pero a falta de éstos la atención recaía en los hermanos mayores u otros parientes. Asimismo, algunas familias, como la de María C., consultaron a varios doctores que le proporcionaron otros tratamientos antes de recurrir al Hospital de Mujeres Dementes.⁵⁰ Sin embargo, para otras familias, el hospital podía representar una respuesta a una necesidad que no podía ser satisfecha de otra manera.

Ancianas y otras enfermas dependientes

Andrés Ríos en su obra sobre el Manicomio General de la Castañeda (1910-1920) explica que en este establecimiento capitalino existían entre un 75% y un 80% de internos menores de 40 años.⁵¹ La población analizada concuerda con estos porcentajes y según los registros, únicamente el 20.1% tenían más de 40 años.⁵² Lo cual revela que si bien

⁴⁹ Bozema M., núm.435, E.C., C.6, Exp.36, f.5.

⁵⁰ La familia de María C. residía en San Pedro de las Colonias (Coahuila), según el testimonio de la madre, María se enfermó cuando tenía 13 años y estuvo al cuidado de su familia hasta los 27 años, cuando finalmente fue internada en el nosocomio como pensionista por orden de su hermano Gabriel C. Expediente de María C., núm. 21, E.C., C.1, Exp.12, f.6.

⁵¹ Ríos, *Locura*, 2009, p.43.

⁵² Datos tomados del libro de registro de asiladas del Manicomio General, AHSSA, F-MG, S-LRA, registro 7-418 y 750.

el manicomio era una institución nueva y moderna se observa cierta continuidad en los patrones de asilamiento con el Hospital de Mujeres Dementes, aunque éste no contaba con las mismas instalaciones. Por otro lado, ¿Se podía considerar a una persona de cuarenta años como anciana? No realmente, Juan Pablo Vivaldo, apoyándose en el criterio de los médicos del Manicomio General, expone que a partir de los 50 años eran considerados los pacientes como “ancianos o viejos” y en su trabajo se pregunta si estas personas fueron ingresadas por ser mayores o por las enfermedades que padecían.⁵³ Respecto a este tema, entre la población analizada en esta investigación, veintiséis mujeres tenían más de 50 años al momento de ser internadas en el nosocomio, lo que supone el 6.19%.⁵⁴ En cuanto a las enfermedades que las aquejaban, eran sobre todo distintos tipos de demencia (precoz, senil, post maniaca, pos vesánica).⁵⁵

Claro ejemplo de este tipo de paciente es Margarita J., internada en el nosocomio por su hijo Vicente S. a la edad de 61 años. En 1902, ingresó como pensionista de primera categoría, misma que perdió poco tiempo después. Su padecimiento era manía crónica⁵⁶. Los casos como

⁵³Vivaldo, “Ancianos”, 2017, p.20.

⁵⁴ Datos tomados del libro de registro de asiladas del Manicomio General, AHSSA, F-MG, S-LRA, registro 7-418 y 750.

⁵⁵ María Jesús C., núm. 8, sin expediente; Adalberto C., núm. 29, E.C., C.1, Exp.20; Teodora M., núm. 71, E.C., C.1, Exp.62; Antonia V., núm.178, E.C., C.3, Exp.23; Matilde W., núm. 228, E.C., C.3, Exp.72; Atanasia L., núm. 309, E.C., C.4, Exp.80. La demencia es una enfermedad que se caracteriza por la pérdida temporal o permanente de las funciones cerebrales y puede afectar a personas de diferentes edades. De ahí que se establecieron distintos tipos de demencia: precoz, senil, etc. El término “demencia” se debe a Phillipe Pinel quien en 1785 tradujo en el trabajo de William Cullen (1710-1790) *First Line of the Practice of Physic* la palabra “amencia” por “demencia.” Posteriormente, en 1814, el pupilo de Pinel, Jean-Étienne Esquirol estableció la diferencia entre la demencia y una forma depresión, la lipemanía. Además, estableció los síntomas de la demencia senil. Más tarde, en 1860, Bénédicte-Augustin Morel empleó por primera vez el término de demencia precoz. Shorter, *Historical*, 2005, pp.72, 181. En cuanto al término “vesánica”, éste hace referencia a una etapa terminal que se presenta en otras enfermedades como la manía, la melancolía, la esquizofrenia y la psicosis delirante y que se caracteriza por la violencia.

⁵⁶ La expresión manía fue utilizado en distintos sentidos. Por ejemplo, Emanuel Ernest Mendel, en 1881, dentro de su monografía *Mania* la definió como una aceleración patológica en la sucesión de ideas y el incremento en la excitabilidad de los centros

los de esta mujer constituyen un porcentaje muy pequeño que apoya la idea de Juan Pablo Vilvado de que estos enfermos fueron internados en un establecimiento para dementes no por su edad sino por otros padecimientos.⁵⁷ Sin embargo, cabe señalar que muchas de estas mujeres envejecieron durante su estancia, ya que el 16.91% permaneció ininterrumpidamente por más de 25 años en el Hospital para Mujeres Dementes.⁵⁸ María H. fue ingresada por primera vez, en 1884, cuando tenía 18 años y se mantuvo encerrada durante 30 años, hasta que en 1914 una gangrena pulmonar acabó con su vida.⁵⁹

Otra teoría que analiza a la población anciana del hospital para dementes es la de Martha Lilia Mancilla que haciendo referencia a los trabajos de Moisés González Navarro y de Fernando Rosenweiz afirma que la esperanza de vida a principios del siglo XX estaba entre los 24 y los 31 años.⁶⁰ Si estos datos son correctos, la edad de muchas de las internas del establecimiento superaba con creces esta cifra. En este sentido, es posible que las condiciones higiénicas y alimenticias del establecimiento, aunado a la vigilancia de los facultativos de las enfermedades intercurrentes fueran elementos suficientes para que las internas pudieran vivir mucho más tiempo de lo que dictaba la esperanza de vida.

En resumen, la población hospitalaria expuesta da indicios de la heterogeneidad de las pacientes,⁶¹ pero también de la sociedad porfiriana de la capital. En cuanto a la composición socioeconómica, por parte del hospital existió la diferenciación entre enfermas indigentes y distinguidas,

motores del cerebro. Antes de Mendel, la manía crónica era considerada como una demencia agitada. Shorter, *Historical*, 2005, pp.132-133.

⁵⁷ Vivaldo, "Ancianos", 2017, p.106.

⁵⁸ Información obtenida a partir de la base de datos construida con el libro de registro de asiladas del Hospital de Mujeres dementes (AHSSA, F-HyH, S-HDS, libro 3), el libro de registro de asiladas del Manicomio General (AHSSA, F-MG, S-LRA, libro 1) y los expedientes clínicos de las enfermas (AHSSA, F-MG, S-EC, C.1-7).

⁵⁹ María H., núm.197, E.C. C.3, Exp. 42.

⁶⁰ Mancilla, *Locura*, 2001, p.151.

⁶¹ Stephanie Ballenger en su trabajo habló de la heterogeneidad en el nivel económico de los pacientes internados en los Hospitales para Dementes de la ciudad de México.

pero como se trataba de un establecimiento público, en él se encontraban conviviendo y recibiendo la misma atención médica personas pertenecientes a distintos estratos económicos. Circunstancia que da cuenta de una composición social ni tan rígida en la definición de los estratos sociales, ni tan inmóvil como para no poder ascender o descender en la escala social. Incluso el hospital aceptaba el cambio de estatus, ya que el impago de la cuota por parte de los deudos podía poner en el mismo dormitorio a una persona que había disfrutado de cierta posición económica con mujeres pobres. Las familias, en ocasiones, trataban de impedir el traslado regularizando sus impagos o negociando con el hospital y la beneficencia ciertas prebendas. Lo que está denotando es que, a nivel simbólico, haber pertenecido a un estrato adinerado seguía siendo importante para algunos familiares. Haciendo lo posible por conservar su posición y seguir diferenciándose del otro. Elementos de sociabilidad importantes fuera del nosocomio.

Asimismo, el análisis de las internas muestra una población femenina que no solo se dedicaba a los quehaceres domésticos, sino que ejercía labores remuneradas y se desempeñaban como cocineras, sirvientas, comerciantes, maestras o costureras. Y, al mismo tiempo, revela el fenómeno de la migración, puesto que entre las internas se encontraban una gran cantidad de mujeres que nacieron en otros Estados y que emigraron con sus familias a la capital en la búsqueda de nuevas oportunidades laborales y económicas. Igualmente, hay varias enfermas que no nacieron en México como Margarita R. de nacionalidad alemana, Marina F. nacida en España y Zoe S. que era turca.⁶²

Por último, y como se expone a continuación, a partir de esta población se puede conocer las dinámicas familiares comenzando por el papel que ocupaba la enferma dentro de la familia, pues que fuera la madre, la hermana y la hija supuso distintos desafíos para la unidad,

⁶² Margarita R., núm.94, C.2, Exp.22; Marina F., núm.118, C.2, Exp. 45; Zoe S., núm.387, C.6, Exp.18.

convivencia y supervivencia familiar, pero cómo se planteaba al principio ¿Quiénes eran esas familias?

LAS FAMILIA USUARIAS

De las 420 mujeres que forman la totalidad de la población manicomial estudiada, 236 tuvieron a sus familias como usuarias del Hospital de Mujeres Dementes. Lo que significa que los parientes de las internas intervinieron activamente durante su ingreso, su estadía o en su alta. El resto podían tener parientes, pero no dejaron ningún registro de su participación en el hospital, siendo el establecimiento y la beneficencia pública las instituciones encargadas de la custodia y el cuidado de estas enfermas. Conuerdo con lo que afirma Cristina Sacristán, respecto a la ausencia de familiares, cuando establece que las internas que llegaron al establecimiento a través de las autoridades carecían de una red social o de elementos sólidos para su cuidado o sostenimiento, por lo cual, resultaba necesaria la intervención del Estado.⁶³ Sostenimiento y custodia de las mujeres carentes de pariente que no se agotaba con el encierro, sino que se mantenía hasta la salida o fallecimiento de la paciente. Pero antes de continuar con el tema de las familias usuarias, conviene analizar de qué manera influía la carencia o debilidad de estas redes familiares.

“No tenía parientes que se interesen por ella”

La policía a menudo detenía a las mujeres que deambulaban por la calle o que se veían involucradas en situaciones violentas. Tras la detención eran conducidas a la demarcación o prefectura correspondiente donde eran sometidas a una revisión. Si el facultativo observaba lo que a su juicio era síntomas de enajenación mental, la mujer se convertía en lo que Patricia Prestwich denomina paciente potencial del manicomio.⁶⁴ Este fue el caso de María Guadalupe R. a la que la policía de la Prefectura de Tlalpan, a

⁶³ Sacristán, “¿Quién?”, 1998, p.227.

finales de 1896, condujo a la cárcel por presentar signos de enajenación mental. La mujer, según recoge el documento, no era conocida en esa población y, por ello, se ignoraba su domicilio.⁶⁵ Probablemente María Guadalupe fue remitida al Hospital de Mujeres Dementes, aunque no aparece en el libro de registro. Caso muy distinto fue el de Benita O., recogida el 20 de diciembre de 1885 por el auxiliar del Barrio de Axotla y puesta a disposición de la prefectura de Tlalpan. Finalmente, Benita no fue trasladada al nosocomio para enfermas mentales porque su familia la reclamó dos días después de haber sido detenida.⁶⁶

De esta manera, los gobiernos locales y estatales podían solicitar el ingreso en la institución para enfermas mentales de aquellas mujeres que se encontraban vagando por la calle.⁶⁷ Conforme con lo planteado por Ubonor Ayala, el papel de los deudos y el grado de control de éstos era muy importante para evitar este tipo de internamiento. Porque de lo contrario, la demente podía escapar de su domicilio y en otros espacios sociales resultar más evidente su desorden mental, siendo en este caso

⁶⁴ Prestwich, "Family", 1994, p.799.

⁶⁵ Minuta acerca de los dementes remitidos a los hospitales de México. Escrito del prefecto Tito Arreola y el secretario Francisco P. Olivera, Tlalpan, 18 de diciembre de 1906, AHCDMX, F-Mun, S-Tlal, Se-BP, C.27, Exp.14, f. s/n.

⁶⁶ "Recibo y remítase la loca a su destino", escrito de José Pinel, secretario del Ayuntamiento Constitucional de Coyoacán enviado al Prefecto del Distrito de Tlalpan, 21 de diciembre de 1885. Acuse de recibo n°2355 dirigido al Presidente Municipal de Coyoacán. AHCDMX, F-Mun, S-Tlal, Se-Salub, Inv. 395, C.295, Exp.15, f.1-2.

⁶⁷ Stephanie Ballenger sostiene que la definición de la enfermedad mental por parte de los alienistas fue tan amplia y tan flexible que se acomodó a las peticiones de las instancias remitentes: familiares, policías y vecinos, resultando ser un medio institucional para paliar algunos de los problemas que se suscitaron en la capital mexicana a fines del siglo XIX. Ballenger, "Modernizing", 2009, pp.169-170. Aunque su explicación resulta muy sugerente, la autora no ha tomado en cuenta que, durante el siglo XIX, no se contaba una clasificación estandarizada para diagnosticar enfermedades mentales. Circunstancia que puede explicar la cantidad y variedad de enfermedades que aparecen consignados en los expedientes clínicos. Por otro lado, aunque es posible que los médicos se vieran forzados a recibir a aquellas mujeres remitidas por las autoridades, no estoy segura de que fuera así en el caso de las familias. Por ejemplo, en un escrito del 3 de mayo de 1882 enviado a la Secretaría de Estado y Despacho de Gobernación aparece el siguiente texto: "desde seis meses atrás no se reciben más enfermas que las que remite el Gobierno del Distrito y se desechan todas las pretensiones que las familias hacen por su parte." Carta de Hospital de Mujeres Dementes al Oficial Mayor encargado de la Secretaría de Estado y Despacho de Gobernación, 3 de mayo de 1882, AHSSA, F-BP, S-EH, Se-HDS, Lg.14, Exp.13, f.1.

susceptible de arresto o encierro por los policías o del gobierno.⁶⁸ En este sentido, cuento con algunos indicios sobre las circunstancias que propiciaron la intervención de las autoridades. Por ejemplo, hay documentos policiales que exponen que durante las rondas nocturnas se detenían a mujeres que participaban en riñas o estaban ebrias. Cuando había lesiones o enfermedades pasaban a los médicos de las demarcaciones, de las prefecturas o de la cárcel. Si durante el tiempo que la mujer estaba sometida a encierro, los facultativos o los guardas encargados de la custodia percibían alguna forma de “enajenación mental” en las detenidas y solicitaban a las instancias competentes el traslado al nosocomio.⁶⁹

En este proceso había dos instituciones implicadas, una era el Gobierno del Distrito Federal, entidad que tenía la responsabilidad de emitir una solicitud de ingreso dirigida al Hospital de Mujeres Dementes. La otra era el departamento médico que había hecho la evaluación a la enferma y que debía rubricar su diagnóstico mediante un certificado. Sin embargo, existe una ambigüedad, porque si bien en los reglamentos internos del nosocomio se establecía que las dependencias públicas debían enviar siempre una petición de ingreso, en la práctica existen expedientes en los que se encuentran órdenes emitidas por el Gobierno del Distrito Federal, pero no se sabe quién se encargó de llevarlas al establecimiento. En otros casos, hay documentos de la policía y certificados médicos de las demarcaciones, pero no se encuentra el oficio del Gobierno del Distrito Federal.

Otra vía de remisión fueron los nosocomios públicos y privados que buscaban en el Hospital de Mujeres Dementes una atención médica especializada en padecimientos mentales. De este modo, 16 mujeres fueron enviadas por petición de un establecimiento hospitalario. Entre

⁶⁸ Ayala, *Salvaguardar*, 2007, p.196.

⁶⁹ Parte de resguardo nocturno, Tacubaya, 2 de febrero de 1877, AHCDMX, F-Mun., S-Pol., Se-Tacub, Inv.371, C.3, Exp.23, f. s/n.

ellos: el Juárez, anteriormente de San Pablo; el de San Andrés, antecedente del Hospital General y el Morelos para sifilíticas. En particular, en 1898 María M. fue trasladada de este último nosocomio al de Mujeres Dementes. Los médicos del Morelos elaboraron el certificado médico sin establecer ningún tipo de comunicación con María, pues la mujer, según consta en el informe, no pudo contestar al interrogatorio porque estaba aquejada de “imbecilidad” y era incapaz de hablar. María M. estuvo recluida 16 años hasta que falleció a causa de tuberculosis pulmonar.⁷⁰ De igual manera, otras tres mujeres se recibieron de asilos y hospicios: Dolores R. y Antonia S. procedentes del Hospicio para pobres y Loreto M. del Asilo Betti, una casa para ancianas, de carácter privado.⁷¹

Las enajenadas mentales que vivían en lugares que no contaban con manicomios, según Hubonor Ayala, eran remitidas a establecimientos de Puebla o de la ciudad de México.⁷² La ausencia de nosocomios para dementes aunado con la centralización de la Beneficencia Pública favoreció que 9 internas fueran enviadas por los gobiernos de Hidalgo y San Luis Potosí. A propósito de este asunto, el periódico del Gobierno del Estado de Hidalgo publicó el 20 de noviembre de 1909 una noticia en la que informaba que una “desgraciada mujer”, con el nombre de Margarita G., originaria de la ciudad de Tulancingo, fue trasladada a México, al Hospital de Mujeres Dementes, por padecer enajenación mental.⁷³ No solo las publicaciones oficiales daban cuenta de esta práctica, en 1891 la *Voz de México* se hizo eco de la llegada de dementes provenientes de San Luis Potosí.⁷⁴ Así, Margarita y otras pacientes fueron transferidas e ingresaron bajo el régimen de pensionistas. Su cuota mensual, de cinco pesos, fue cubierta por los gobiernos estatales que las habían remitido.

⁷⁰ María M., núm.60, E.C., C.1, Exp.51.

⁷¹ Dolores R., núm.205, E.C., C.3, Exp.50; Antonia Segura, núm.211, E.C., C.3, Exp.56; Loreto Martínez, núm. 161, E.C., C.3, Exp.7.

⁷² Ayala, *Salvaguardar*, 2007, p.43.

⁷³ *Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Hidalgo*, tomo XLII, núm. 86, 20 de noviembre de 1909.

⁷⁴ *La Voz de México*, tomo XXII, núm. 83, 15 de abril de 1891.

Tras el alta o fallecimiento, las autoridades recibían un telegrama mediante el cual se informaba del suceso.⁷⁵

Además de facilitar el ingreso por parte de estos organismos públicos, la carencia de redes familiares en el tiempo que duraba su internación tenía otras consecuencias. Una de las más importantes era que la presencia de un familiar que se interesara por el estado de salud de su pariente obligaba a los facultativos a realizar un seguimiento del desarrollo del padecimiento. En caso contrario, podía ocurrir lo que le pasó a Virginia C., que estuvo internada diez años sin que ningún médico le practicara un interrogatorio, y sólo fue dada de alta cuando su madre lo solicitó en 1907.⁷⁶ Este también fue el caso de Plácida M., diagnosticada de demencia etílica⁷⁷ y que por tal motivo que fue encerrada, en 1905, por orden de una demarcación de policía. Al parecer, al momento de su muerte, en 1915, la dirección solicitó el expediente clínico de la paciente, pero al no encontrar datos en su interior, se exigió al doctor Miranda que rellenara un interrogatorio que el galeno dató con la misma fecha del traslado al Manicomio General, el 1° de septiembre de 1910.⁷⁸

La masificación del hospital, ya expuesta en el primer capítulo, sumada a la ausencia de vigilancia familiar favoreció que los médicos no practicaran los interrogatorios. Y mucho menos que realizaran un seguimiento continuado y profundo del estado en el que se encontraban las enfermas. En consecuencia, se produjo la invisibilidad de las pacientes. La falta de historias clínicas persistió tras el traslado al Manicomio General de la Castañeda. Por ejemplo, el doctor Emiliano Torres fue amonestado por el director del manicomio, en virtud de no haber recabado ningún dato sobre Luz M. En ese momento no había

⁷⁵ Entre las enfermas enviadas por San Luis Potosí estaba Pascuala S., núm.173, E.C., C.3, Exp.19 y del Estado de Hidalgo, María Dolores R., núm. 417, E.C., C.7, Exp. 5.

⁷⁶ Virginia C., núm. 24, E.C, C.1, Exp.15.

⁷⁷ La demencia, como se expuso anteriormente, es una enfermedad caracterizada por el extravío temporal o permanente de las funciones cerebrales, en este caso producido por una importante ingesta de alcohol.

⁷⁸ Plácida M., núm. 64, E.C., C.1, Exp.55.

ninguna narración del padecimiento que tenía Luz, ni registro de los síntomas; tampoco diagnóstico probable, evolución de la enfermedad o tratamiento.⁷⁹

Otra consecuencia de la ausencia de apoyo familiar se observa en el caso de los permisos temporales. Éstos tenían una duración máxima de dos meses y eran concedidos a los parientes que así lo solicitaban. Los motivos para requerirlos eran diversos, desde participar en festejos familiares hasta comprobar si era posible que la interna se reintegrara a la vida doméstica. Por tanto, si la enferma no poseía familiares era imposible que se le concediera una salida temporal. Además, en ocasiones, estos permisos se transformaban en altas definitivas. Sobre todo, cuando las enfermas no regresaban una vez finalizado el tiempo que había sido concedido o cuando las familias comunicaban al hospital que la interna iba a ser atendida en su domicilio.⁸⁰

La otra manera obtener el alta era que el facultativo estimara que la paciente podía salir del nosocomio. Sin embargo, en las ocasiones que intervino la familia, la opinión experta no resultó tan determinante. Pues con frecuencia, la exhortación de los deudos tuvo como resultado la salida de su pariente.⁸¹ En cambio, para las internas dependientes de la Beneficencia Pública, el criterio médico fue la única forma de abandonar los muros del nosocomio. Por ende, sin un seguimiento médico y sin la intervención de un familiar era probable que se produjeran los asilamientos definitivos. Incluso, el alta por curación se vio obstaculizada al no haber un allegado que pudiera responder por ella. Así le ocurrió a Antonia L. quien en 1915 solicitó su propia salida. El director no le

⁷⁹ Carta del director del Manicomio General remitida al Dr. Emiliano Torres con fecha 29 de septiembre de 1915, se conserva en el expediente de Luz M. E.C, C.2, Exp.58, f.3.

⁸⁰ Información obtenida a partir de la base de datos construida con el libro de registro de asiladas del Hospital de Mujeres dementes (AHSSA, F-HyH, S-HDS, libro 3), el libro de registro de asiladas del Manicomio General (AHSSA, F-MG, S-LRA, libro 1) y los expedientes clínicos de las enfermas (AHSSA, F-MG, S-EC, C.1-7).

⁸¹ Información obtenida a partir de la base de datos construida con el libro de registro de asiladas del Hospital de Mujeres dementes (AHSSA, F-HyH, S-HDS, libro 3), el libro de

concedió el permiso inmediatamente, sino que requirió al doctor Miranda que averiguara si la paciente tenía familia antes de autorizar la petición. Finalmente, salió del Manicomio General, después de ocho años de internamiento por una psicosis alcohólica.⁸²

Este caso ilustra el hecho de que la intervención y el apoyo familiar era fundamental al interior del nosocomio. Pues, aunque la institución era la responsable del cuidado de las internas que se encontraban hospitalizadas, la carencia de deudos o su falta de implicación supuso que la paciente no tuviera la oportunidad de disfrutar de licencias temporales, de recibir visitas u obsequios, incluso de que alguien se interesara por el desarrollo de su enfermedad. Y del mismo modo, una vez que la enferma se reintegraba a la vida doméstica, los parientes quedaban sin el soporte médico que el hospital brindaba. La discontinuidad en la relación nosocomio-familia puede explicar la reincidencia en los ingresos de algunas pacientes.

Por otro lado, a finales del siglo XIX, el papel de la familia también fue ejercido por otras personas sin vínculos sanguíneos con la enferma. Las amistades también fungieron como parientes en su relación con el Hospital de Mujeres Dementes, pues las visitaban, las llevaban regalos y solicitaban en su nombre permisos y altas. Y el nosocomio, al respecto, nunca puso restricciones. Tal fue el caso de Luz M. Ella declaró carecer de parientes, pero afirmó que antes de ser ingresada había entablado una relación de amistad con Magdalena de los Santos quien aseveró ser “su protectora” y con la señorita Zacarias, la que obtuvo un permiso para visitarla. En una ocasión la señorita De los Santos pidió el alta de Luz, aunque posteriormente la enferma volvió a ingresar. Años después, el Manicomio General envió un telegrama a De los Santos para informarle

registro de asiladas del Manicomio General (AHSSA, F-MG, S-LRA, libro 1) y los expedientes clínicos de las enfermas (AHSSA, F-MG, S-EC, C.1-7).

⁸² Antonia L., núm. 64, E.C., C.4, Exp.81. En cuanto a la psicosis alcohólica, se ha definido como la falta de contacto con la realidad en forma de alucinaciones, en este

sobre el fallecimiento de su protegida, aunque al parecer nunca lo recibió.⁸³

Retratos de familia

Julia Tuñón en referencia al contexto mexicano establece que el modelo que se pensaba ideal y universal, la llamada familia nuclear, no había sido una práctica tan arraigada.⁸⁴ Esta idea se ve confirmada con el perfil de las familias usuarias, las que resultaron muy diversas, especialmente en lo social. En cuanto a su composición se pueden encontrar nucleares, extensas y reconstruidas. Respecto a lo económico, la locura afectaba a personas de todos los estratos. La epilepsia, la demencia, la manía o el idiotismo eran muy diferentes a otro tipo de enfermedades como la tuberculosis o la lepra, presentes también en la sociedad mexicana de finales del siglo XIX y principios del XX y que parecía afectar principalmente a individuos de origen humilde. La causa de la enfermedad no dependía de condiciones monetarias o higiénicas, además, la enfermedad mental solía presentarse de una manera súbita, y en ocasiones afectaba o la habían padecido varios miembros de la misma familia.

Sin embargo, la etiología de la enfermedad mental si estaba vinculada con los antecedentes familiares y en este sentido, durante el proceso de confección de la historia clínica se realizaba un interrogatorio que tenía como objeto el de recopilar información no solo sobre la paciente sino de sus familiares.

Así y como parte de este cuestionario, los médicos solían realizar la siguiente pregunta: “¿En su familia ha habido o hay algún nervioso, epiléptico, histérico o alcohólico?” con la intención de encontrar factores

caso, producidas por el abuso prolongado de bebidas alcohólicas. Shorter, *Historical*, 2005, p.238.

⁸³ Teodora M., núm.71, E.C., C.1, Exp.62; Concepción I., núm.240, E.C., C.4, Exp.11; Luz M., núm. 163, E.C., C.3, Exp. 9.

⁸⁴ Tuñón, “Familias”, 1997, p.14.

hereditarios o atávicos⁸⁵ de la enfermedad mental. En las exiguas respuestas de las pacientes y sus familias se hacía referencia no solo a cuestiones orgánicas sino sociales y morales. En los interrogatorios de once de ellas, respecto a sus padres, aparece que: tres eran alcohólicos, tres estaban locos, uno un “perturbado psíquico”, uno era nervioso, uno “tenía el carácter raro” y dos sufrían de ataques, uno de ellos porque “se embriagaba con pulque”.⁸⁶

Las afecciones más comunes que padecían las madres de las asiladas era la locura, como en el caso de la madre de Luz G., que además era alcohólica. Otras habían tenido ataques nerviosos, histéricos o epilépticos. Algunas padecían “de los nervios” y otras tenían jaquecas. Al panorama de enfermedades que habían padecido los padres de las asiladas, había que añadirle que sus hermanos resultaron ser extravagantes, suicidas, histéricos, dementes, epilépticos, débiles de espíritu y alcohólicos.⁸⁷ Incluso la lista de familiares mórbidos se ampliaba a primas epilépticas, tías “locas”, un abuelo alcohólico y una abuela con jaqueca.⁸⁸

En cuanto a la composición del grupo doméstico, algunas familias estaban conformadas por la madre y los hijos, por ambos padres y numerosos hermanos. Otras habían sido reconstruidas, en ellas destaca

⁸⁵El término atávico según el diccionario de la RAE hace referencia al atavismo lo que significa “reaparición en los seres vivos de caracteres propios de sus ascendientes más o menos remotos.” Es decir, son aquellas características de los antepasados que se repiten en las siguientes generaciones. <http://www.rae.es/> [Consulta 13 de enero de 2018]

⁸⁶ Con padres alcohólicos: Inés F., núm. 44, C.1, Exp.35; Dolores G., núm. 185, C.3, Exp.30; Macaria A., núm. 108, C.2, Exp.36. Y además epiléptico: Lucrecia E., núm. 330, C.5, Exp.19. Padres locos: María C., núm.360, C.5, Exp.49; Dolores M., núm. 260, C.4, Exp.31; Susana M., núm. 162, C.3, Exp.8. El padre de Fecunda J. era perturbado psíquico, núm.406, C.4, Exp.77. De padres nervioso, de carácter raro, núm. 362, C.5, Exp.35. Padres que sufrían ataques: el de Rosario E. núm. 39, C.1, Exp.30. Y a causa del pulque el de Sixta R., núm. 287, C.4, Exp.58.

⁸⁷Respuesta de los interrogatorios de María C. de I., núm. 360, E.C., C.5, Exp.49; Luz G., núm.192, E.C., C.3, Exp.37; Isabel H., núm.396, E.C., C.6, Exp.27; Dolores M. de B., núm.260, E.C., C.4, Exp.31; María P., núm. 243, E.C., C.4, Exp.14; María V., núm.235, E.C., C.4, Exp.7; María Refugio P., núm.279, E.C., C.4, Exp.50; Sixta V. de P., núm. 234, E.C., C.4, Exp.6; Rosario E., núm.39, E.C., C.1, Exp.30.

la presencia de madrastras y padrastros.⁸⁹ En algunos casos las mujeres vivían con sus tías, con las abuelas, o con las hermanas y hermanos. Comúnmente, las enfermas relataron que alguno de sus padres había fallecido. Siendo las enfermedades que causaron la muerte en sus progenitores: el tifo, pulmonía, tuberculosis, neumonía, del corazón, de afecciones renales, tumores o en un parto.⁹⁰

Respecto a la formación y condiciones económicas de los padres, las respuestas eran igualmente heterogéneas. A la pregunta sobre el grado de educación, inteligencia, carácter y costumbre de los padres, las personas interrogadas contestaron que eran “sanos y buenos”, “trabajadores” y de “costumbres moderadas”. En cuanto al nivel de formación, la mayoría eran “poco” ilustrados, con “educación escasa” o con una “instrucción primaria.” En otras ocasiones, algunas de estas interrogantes eran respondidas con el oficio o la profesión del progenitor.⁹¹ Así se puede conocer que dos de ellos eran empleados, uno platero, otro carpintero, un agricultor, un jornalero, un minero, un comerciante, un artesano, un azucarero, un dependiente que viajaba, un garrotero, un artista, un escribiente, un médico de la Escuela Nacional de Medicina y un coronel.⁹² Las madres, por su parte, eran descritas como “buenas en todo”, aunque, según los testimonios, unas fumaban mucho. Alguna enferma interrogada afirmó que su mamá sabía leer, otras que

⁸⁸ Respuestas tomadas de los interrogatorios de Dolores M. de B, núm. 260, E.C., C.4, Exp.31; Concepción D., núm.362, E.C., C.5, Exp.51; Guadalupe O., núm. 84, E.C., C.2, Exp.12; María C. de I., núm.360, E.C., C.5, Exp.49; María F., núm.197, E.C., C.3, Exp.42.

⁸⁹ Por ejemplo, el padre de Magdalena S., núm.214, se casó dos veces. E.C., C.3, Exp.59, f.8.

⁹⁰ Interrogatorios de Concepción H. de M., núm.372, E.C., C.6, Exp.3; Zoe S., núm.387, E.C., C.6, Exp.18; Dominga C., núm.115, E.C., C.2, Exp.42; Margarita V., núm.236, E.C., C.4, Exp.8; Susana M., núm.162, E.C., C.3, Exp.8; Concepción H. de M., núm.372,E.C., C.6, Exp.3 y Concepción M. de O., núm. 68, E.C., C.1, Exp.59

⁹¹ Expedientes de Bozema M., núm.405, E.C., C.6, Exp.36; María V., núm.235, E.C., C.4, Exp.7; Teresa L. de C., núm.51, E.C., C.1, Exp.42 y Soledad J., núm.304, C.4, Exp.75

⁹² Expedientes de María O., núm. 86, C.2, Exp.14; Isabel H., núm.396, C.3, Exp.27; Elena A., núm. 23; C.1, Exp.14; Luz G., núm. 192, C.3, Exp.37; María P., núm. 89, C.2, Exp.17; María V., núm. 235, C.4, Exp.7; Francisca E., núm. 331, C.5, Exp.20; Guadalupe S., núm. 391, C.6, Exp.22; Dominga C., núm. 115, C.2, Exp.42; Josefa B., núm. 15, C.1, Exp.6; Margarita V., núm. 236, C.4, Exp.8; Elena O., núm.235, C.4, Exp.7; Marina F., núm. 118,

era “una persona instruida”. Pero no era lo común. En cuanto a su oficio, entre las progenitoras había domésticas, costureras, tejedoras, planchadoras, incluso, una de ellas trabajó en la tabacalera y otra era molendera.⁹³

En este listado de ocupaciones sobresalen las enfermas cuyas familias pertenecían a estratos humildes, aunque como se puede consultar en un documento del 5 de agosto de 1909, en el Hospital de Mujeres Dementes estaban internadas 87 pacientes consideradas como pensionistas, lo cual supone el 20.71% del total. Entre los parientes de las pensionistas había empresarios, abogados, militares, presbíteros, incluso ocupaban puestos de cierta importancia política como diputados y senadores.⁹⁴

La división espacial y material de los dos tipos de asiladas, pensionadas e indigentes, favoreció que las familias usuarias fueran heterogéneas ante una enfermedad con unas características muy particulares. Y aunque, con frecuencia, se ha asociado la pobreza con el confinamiento nosocomial, estos datos muestran lo que Stephanie Ballenger reconoce: la presencia de familias notables en el Hospital de Mujeres Dementes.⁹⁵ Y en este sentido, basta con revisar la lista de objetos confiscados a algunas de las asiladas para constatar el estrato socioeconómico al que pertenecía. Por ejemplo, Liberata G. de S. dejó en custodia entre otras pertenencias: una petaca de mano, un guardapelo de

C.2, Exp.45; Esther S., núm. 216, C.3, Exp.61; Ana María M., núm. 416, C.7, Exp.4; Rosina V., núm. 231, C.4, Exp.3.

⁹³ Soledad J., núm. 304, C.4, Exp.75; Isabel H., núm. 396, C.6, Exp.27; Francisca E., núm.331, C.5, Exp.20; María V., núm. 235, C.4, Exp.7; Dominga C., núm. 115, C.2, Exp.42; María C., núm.322, C.5, Exp.11; Elena O., núm. 267, C.4, Exp.38; Arcadia C., núm. 323, C.5, Exp.12.

⁹⁴ Ángela C. de G., núm.20, E.C., C.1, Exp. 11; Liberata G. de S., núm. 188, E.C., C. 3, Exp. 33; Casimira A., núm.355, E.C., C.5, Exp. 44; Rosina V., núm.231, E.C., C.4, Exp.3.; María H., núm.194, E.C., C.3, Exp. 39.

⁹⁵ Ballenger, “Modernizing”, 2009, p.179. Las familias con recursos económicos suficientes podían internar a sus parientes como pensionistas de primera, segunda y tercera categoría en el Hospital de Mujeres Dementes, pero, además, existían sanatorios privados como la “Casa de Salud de Nuestra Sra. de Guadalupe en Tlalpan dirigida por los doctores Adrián Garay y Guillermo Parra (Este establecimiento se anunciaba en 1896 en la publicación *La Escuela de Medicina*.)

oro con perlas y turquesas con dos retratos y una medalla de plata de la Sociedad de Defensores de la Patria. Así como dos boletas de empeño, un par de pulseras y una “reboleta” con valor de cuatro pesos.⁹⁶

Resulta significativo que entre las pertenencias Liberata se encontraran estas boletas, pero como afirma Marie Françoise en su trabajo “Vivir de prestado. El Empeño en la ciudad de México” durante el siglo XIX, los habitantes capitalinos vivieron la escasez de dinero en efectivo, por este motivo los estratos populares y medios pignoraron artículos de uso particular. Siendo las joyas de plata, oro y piedras preciosas las más vendidas.⁹⁷ Esto se debió a que durante el periodo de entre siglos se agudizó la diferencia entre los precios y los salarios, desequilibrio que afectaba a toda la población y pauperizaba especialmente a los estratos medios.⁹⁸

Quizá este fue el motivo por el que, un año después de ser internada, en 1908, la hermana de Liberata recogió los bienes que estaban bajo la custodia de la prefecta del hospital Josefa Villagrán de Acevedo y además de los mencionados, le fueron entregados dos retratos al óleo y cincuenta y seis tarjetas imperial, varias cajas antiguas, un diccionario de cocina, un rebozo, una camándula (un rosario), una máquina de coser usada y un retazo de terciopelo bordado.⁹⁹ Estos objetos conformaban el universo palpable de la enferma durante su encierro y que dan cuenta, como así lo hacen los documentos aportado por Françoise, de la cultura material de finales del siglo XIX y principios del XX.¹⁰⁰

Sin embargo, y a pesar de los problemas económicos que aquejaban a gran parte de la población residente en la capital, el número de pensionadas fue creciendo durante el periodo estudiado. Así, en 1881,

⁹⁶ Expediente de Liberta G. de S., núm.188, E.C., C.3, Exp. 33, f.9.

⁹⁷ Françoise, “Vivir”, 2005, pp.81-103.

⁹⁸ González Navarro, “Pirámide”, 1985, p.390.

⁹⁹ Expediente de Liberta G. de S., núm.188, E.C., C.3, Exp.33, f.10.

¹⁰⁰ Françoise, “Vivir”, 2005, p.81.

únicamente se alojaban a 20 enfermas distinguidas¹⁰¹ y en 1892, ya se albergaban 42 pensionistas.¹⁰² Más tarde, en 1899, se habilitó la casa del subdirector como espacio para este tipo de internas.¹⁰³ Con este nuevo espacio se consiguió asilar hasta 55 pacientes.¹⁰⁴ Este aumento, por supuesto, favorecía a las Tesorería de la Beneficencia Pública que, entre 1877 y 1910, vio casi triplicado el ingreso por este concepto. Pero, además, es una muestra de la diversidad de la población nosocomial y rompe con la idea de que al nosocomio público solo iban las mujeres pobres. Pero ¿Quiénes llevaban mayoritariamente a las mujeres al hospital para dementes?

Madres y esposos: los artífices del ingreso

El número de internas que fueron enviadas directamente por algún familiar¹⁰⁵ ascendió a 92 mujeres, lo que supone el 21.90% sobre el total. Esta cifra es superior a la aportada por Martha Lilia Mancilla quien analizó el número de pacientes tanto hombres como mujeres que fueron remitidos en 1910 al Manicomio General y estableció que 81 internas, el 19%, fueron enviados por sus familias. Por su parte, Andrés Ríos calculó que el 24.8% de los internos fueron asilados directamente por los deudos, aunque, según su opinión, indirectamente eran responsables del resto de los encierros. Si bien, la familia tenía un papel preponderante, resulta

¹⁰¹ Dato aportado por el doctor Miguel Alvarado en una solicitud que realizó como director del Hospital de Mujeres Dementes para usar la habitación anexa al nosocomio, que en ese momento era ocupada por el subdirector Samuel López Pereira, 1° de julio de 1899, AHSSA, F-BP, S-EH, SE-HDS, Lg.19, Exp.8, fs.1-2.

¹⁰² Minuta, sección 4a., visitador, 21, 23 y 24 de mayo de 1892, AHSSA, F-BP, S-EH, SE-HDS, Lg.17, Exp.39, fs. 6,8,10.

¹⁰³ Solicitud del director del Hospital de Mujeres Dementes para usar la habitación anexa al nosocomio, ocupada por el subdirector Samuel López Pereira, 1° de julio de 1899, AHSSA, F-BP, S-EH, SE-HDS, Lg.19, Exp.8, fs.1-2.

¹⁰⁴ Lista nominal de pensionistas, 1910, AHSSA, F-BP, S-EH, SE-MG, Lg.2, Exp.5, f.3.

¹⁰⁵ Cuando se hace referencia a que fueron enviadas directamente por la familia, esto quiere decir que un pariente solicitó el ingreso de su deudo y entregó la documentación necesaria para formalizar el internamiento. El parentesco entre ellos podía ser consanguíneo (ascendientes, descendientes o colaterales), afín (devenido del matrimonio) o civil (emanado de una situación legal, como una adopción o el nombramiento de un tutor.)

aventurado considerar que los deudos estaban involucrados en todos los ingresos, porque como se ha expuesto anteriormente, no sólo los familiares, también amigos, patrones y vecinos solicitaban el ingreso. En el 43.81% de los casos las mujeres fueron llevadas por distintas instancias públicas y la familia no aparecía ni durante, el ingreso, ni la estadía, ni el alta.¹⁰⁶ Es más, solo se tiene indicios de que el 3.57%, 15 casos, en los que las familias recurrieron a las autoridades para que desde estas instancias se hiciera efectivo el traslado y el ingreso de su deudo en el nosocomio para dementes. Incluso, en varios de los casos mostrados anteriormente se pone de manifiesto que varias pacientes no tenían familia.¹⁰⁷

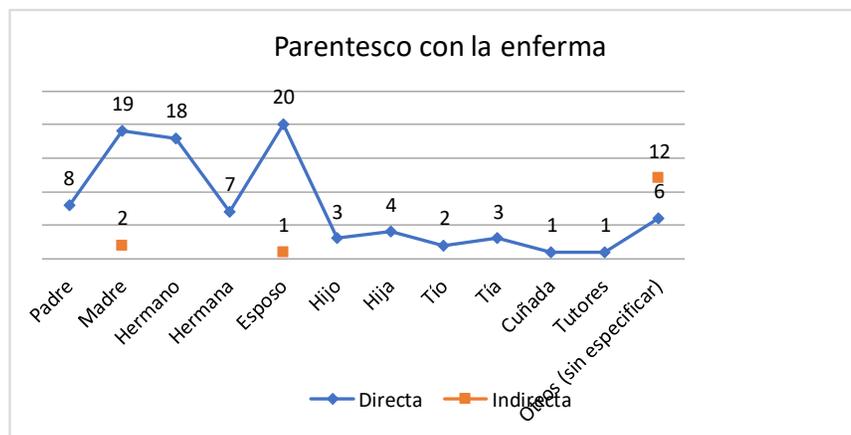
Al respecto sobre qué familiar tramitó las solicitudes de ingreso, Andrés Ríos establece que cuando las mujeres no tenían padres o esposos eran recluidas por los hermanos o los cuñados.¹⁰⁸ Sin embargo, para el caso del Hospital de Mujeres Dementes y según se puede observar en la siguiente gráfica: la madre y el esposo fueron los principales remitentes.

¹⁰⁶ En cuanto al ingreso, de 420 mujeres que componen la población hospitalaria analizada, 294 llegaron por primera vez de la mano de una autoridad (gobierno del distrito y estatales, gobernación, prefecturas, demarcaciones de policía) o provenientes de un hospital u hospicio; 93 fueron internadas por orden familiar; 4 por intermediación de sus patrones y de 29 se desconoce el origen del primer ingreso. Sin embargo, que las familias no estuvieran involucradas durante el primer ingreso no implica que, después, no fungieran con usuarias del hospital. De hecho, he contabilizado a 236 familias ejercieron este papel.

¹⁰⁷ Datos tomados del libro de registro de asiladas del Manicomio General, AHSSA, F-MG, S-LRA, registro 7-418 y 750.

¹⁰⁸ Ríos, *Locura*, 2009, p.58.

Gráfica 4. Familiar remitente (1877-1910) (n=107)



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos extraídos de los libros de registro del Manicomio General y de los expedientes clínicos de las pacientes.¹⁰⁹

Si se compara estos datos con el estado civil de las pacientes se constata que las madres en el caso de las mujeres solteras y los esposos cuando se trataban de casadas eran los que con más frecuencia remitían a sus parientes. Asimismo, cuando alguno de los progenitores no se podía encargar de la enferma o estos habían fallecido, la responsabilidad, si eran solteras era asumida principalmente por los hermanos varones. Y si se trataba de mujeres con descendencia ya de cierta edad, entonces, eran encerradas por solicitud de las hijas.

Estos resultados muestran distintos tipos de organización familiar y sobre quiénes recayó la decisión de ingresar a su pariente ante la enfermedad mental. Y, en este sentido, cabe subrayar que la asunción de la responsabilidad del ingreso de unos miembros y no de otros está

¹⁰⁹ Información recogida en la base de datos a partir de lo encontrado en el libro de registro de asiladas del Manicomio General, AHSSA, F-MG, S-LRA, registro 7-418 y 750 y en los expedientes clínicos del AHSSA, F-MG, S-E.C, cajas de la 1 a la 7. En la categoría otros están reflejados: una cuñada y una tutora. En cuanto a la denominación de familiar (sin especificar) se incluye a las personas que tienen el mismo apellido que la interna, pero en los documentos no aparece el tipo de parentesco.

mostrando ciertas prácticas arraigadas en las familias mexicanas. La primera que quiero señalar es que, en muchos entornos domésticos, las madres de familia eran el elemento principal de cohesión familiar. Esto acontecía principalmente cuando el padre estaba ausente, había abandonado a la familia o había fallecido tempranamente. La segunda que, en casos de familias nucleares recién conformadas, los esposos eran quienes asumían el compromiso del encierro frente a la posible intervención de otros parientes de la esposa. La tercera, que los hijos varones adoptaron este papel cuando los progenitores no podían o no deseaban asumirlo. La cuarta, que las hijas se encargaban del cuidado de sus madres cuando éstas eran ancianas o estaban enfermas y, por ende, se ocuparon de la reclusión en un nosocomio para dementes.

Por otro lado, con la acción de internar a su pariente no terminaba el papel de los familiares. En muchos casos y siempre que los parientes así lo quisieran, suponía adquirir una relación con el hospital y, al mismo tiempo, erigirse como sujeto de una responsabilidad legal, moral y hasta económica sobre la enferma mental. Compromiso que podía recaer en un miembro de la unidad familiar que por su orden en la jerarquía interna del núcleo doméstico (cabeza o jefe) o por su valía simbólica (personalidad, capacidad de liderazgo o de resolución de problemas) lo erigiera como apto para desempeñar tan difícil misión.

LAS NECESIDADES Y LOS INTERESES FAMILIARES

Al principio del capítulo planteaba la pregunta de por qué recurrían las familias al Hospital de Mujeres Dementes. En los interrogatorios cuando se pedía a los familiares que explicaran el motivo por el que decidieron internar a sus parientes a menudo respondían: “para su cuidado y tratamiento.” Otras simplemente no proporcionaban una contestación. Supongo que la desconfianza en los médicos y otras autoridades, el miedo a que una contestación inadecuada impidiera el ingreso, la

estandarización de la respuesta usando una fórmula preestablecida por el hospital, incluso que la propia familia no supiera expresar por qué solicitaba el ingreso fueron razones de la carencia de información sobre las motivaciones que impulsaron el encierro o qué era lo que buscaban los familiares con este acto.

Por ejemplo, en México, podía no participar la familia usuaria del hospital al momento de su ingreso, pero posteriormente contestaban el interrogatorio junto a la paciente. Aunque como bien establece Debjani Das, en el contexto de la India del siglo XIX, los médicos se encontraban con grandes dificultades para conocer los detalles de la vida y de la historia familiar de las enfermas, sobre todo, en el caso de pacientes que habían sido remitidas por las autoridades.¹¹⁰ Estos problemas también se pueden observar en los expedientes clínicos de las enfermas analizadas.¹¹¹ Por este motivo, hay que ahondar en las descripciones del “delirio” para tratar de interpretar el fin que perseguían las familias o en qué condiciones decidieron asilar a sus enfermas.

Los fines, al igual que los tipos de familias, eran muy variados. Según Constance M. McGovern en su trabajo sobre establecimientos de América expone que los deudos podían ver en el hospital una institución a la que acudir cuando era imposible custodiar a los enfermos violentos y si era necesario eliminar la tensión, que sufrían las familias, derivada de los padecimientos mentales de uno de sus miembros. Pero, también podía ser utilizados como beneficio económico, principalmente en el caso de los

¹¹⁰ Das, “Insanity”, 2011, p.25.

¹¹¹ No deja de resultar paradójico la falta de información sobre las familias en una disciplina médica, la alienista del siglo XIX, que daba tanta importancia a la herencia como elemento generador de enfermedad mental. Posiblemente esta carencia en los reportes médicos está más bien relacionada con otros factores de la práctica clínica como el sobrecupo de los manicomios o la ausencia en la Escuela de Medicina de una cátedra permanente dedicada a las enfermedades mentales que formara a los estudiantes y les inculcara la necesidad de asentar bien la información en los registros clínicos. Además, de la desconfianza que podían tener las familias a la hora de aportar datos de índole privada.

estratos económicos más bajos o cuando después de probar otras opciones, el hospital parecía la más adecuada.¹¹²

El hospital como recurso económico

El reglamento de la Dirección de la Beneficencia Pública de 1880 estableció entre sus principios básicos el derecho de los habitantes que eran débiles sociales y económicamente a que el Estado les prestara ayuda médica.¹¹³ La enfermedad mental¹¹⁴ ponía a cualquier familia en una situación económica extremadamente compleja sobre todo en las clases populares urbanas. Aquellas compuestas, entre otros, por obreros, jornaleros, industriales, artesanos, pequeños comerciantes, artesanos y vendedores ambulantes, quienes ganaban alrededor de 30 pesos mensuales en 1910. De los que dedicaban al menos 5 pesos en vivienda. En cuanto a los alimentos y el vestido, el maíz costaba 2 pesos con 50 centavos, el frijol 2 pesos, el chile 1 peso y unos zapatos 50 centavos.¹¹⁵ Por lo que, en la mayoría de los casos el sostenimiento del hogar, como se mencionó anteriormente, recaía en varios miembros del núcleo doméstico.

Por este motivo, que la esposa, la hija o la hermana tuvieran una dolencia mental implicaba, según el tipo y severidad del padecimiento, que no pudieran aportar un salario a la economía doméstica, incluso, que no fueran capaces de desempeñar su papel en el hogar. Sin contar con la repercusión en el presupuesto familiar de los gastos asociados al alivio de los síntomas de unas enfermedades que tenían una difícil curación. Por poner un ejemplo, los honorarios de los médicos que ejercían su profesión en la ciudad de México, durante el periodo estudiado, podían oscilar entre los 50 centavos y los 8 pesos, más el costo de las medicinas. Por eso

¹¹² McGovern, "Community", 1987, pp.20-27.

¹¹³ Álvarez Amezquita, *Historia*, 1960, p.301.

¹¹⁴ Entendida en un sentido amplio porque en los centros para dementes eran asiladas mujeres que tenían diversas perturbaciones físicas, neurológicas y mentales.

¹¹⁵ González Navarro, "Pirámide", 1985, pp.387 y 391.

muchas familias solo acudían a los facultativos cuando era un asunto de gravedad y después de haber usado otros medios para intentar sanar a la enferma como recurrir a los curanderos.¹¹⁶ Así, los deudos que no contaban con recursos económicos y asistenciales suficientes para atender a sus enfermas¹¹⁷ pudieron optar por el encierro como una manera de garantizar el cuidado de la enferma y de aliviar en parte la precariedad de su economía doméstica. De esta manera, el hospital pudo suponer un auxilio económico para las familias, pues una vez que conseguían ser beneficiarios de la asistencia pública y usuarios del hospital de dementes, el establecimiento proporcionaba a la enferma comida, alojamiento, vestido y tratamiento médico.¹¹⁸

Asimismo, la exención de pago permitía a los familiares usar los establecimientos para dementes como una forma de asegurar la supervivencia de una enferma por largo tiempo. Este fue el caso de Margarita P., enferma aquejada de epilepsia, a la que en 1907 ingresó su madre porque temía morir y no sabía dónde dejar a su hija.¹¹⁹ Incluso, la falta de solvencia económica complicaba la salida de las pacientes. Pongo por caso, el de un pariente de Cristina R. quien solicitó, en agosto de 1917, que permitieran la salida de Cristina todos los domingos y que pudiera regresar los lunes porque, a pesar de su mejoría, no podía sacarla definitivamente. Ya que este pariente estaba trabajando y no podía atenderla.¹²⁰

¹¹⁶ Agostoni, "Arte", 2001, p.105.

¹¹⁷ Solicitud del Dr. Ignacio Gama, de San Luis Potosí, al Dr. Alberto López Hermosa, director del Hospital de Mujeres Dementes, ciudad de México, 10 de noviembre de 1897, AHSSA, F-MG, S-EC, C.3, Exp.14, f.6.

¹¹⁸ Con frecuencia cunde la sospecha de que las familias llevaban a personas no enfermas mentales al hospital para obtener el beneficio de la internación. Y, efectivamente, se dieron algunos casos, sin embargo y como mencioné anteriormente, las familias pobres podían recurrir a otras instituciones que formaban parte de la Beneficencia Pública y que estaban dirigidas a auxiliar a la población que tenía carencias económicas.

¹¹⁹ Margarita P., núm.77, E.C., C.4, Exp.48, f.5.

¹²⁰ Carta de Teresa G. enviada al director del Manicomio General, el doctor Agustín Torres solicitando permisos temporales para la paciente Cristina R., ciudad de México, 2 de agosto de 1917. AHSSA, F-MG, S-EC, C.4, Exp.61, f.11.

También suponía un esfuerzo económico para las familias el pagar una pensión que para ese tiempo equivalía casi al salario de un mes de un trabajador, si se trataba de una distinción de segunda categoría, y casi la mitad de su sueldo si se quería acceder a una pensión de tercera clase.¹²¹ Por todo ello, entrar al régimen de pensionista estaba prácticamente reservado a estratos medios y superiores económicamente. Pues, conforme a lo establecido por Moisés González Navarro, en los albores del siglo XX, una persona de clase media ganaba en promedio 100 pesos mensuales y gastaba 25 en vivienda y 60 en comida.¹²² Con este emolumento, contribuir con 20 pesos mensuales implicaba pagar una cantidad considerable, casi equivalente al pago de la renta de un espacio para vivir. Lo que suponía una partida importante dentro del presupuesto de una familia perteneciente a un estrato medio de la sociedad porfiriana.

Por ende, la inestabilidad laboral y patrimonial también se dejaba sentir en el mantenimiento de la condición de pensionista. Por este motivo, muchas enfermas que fueron internadas como enfermas distinguidas pasaron durante su estancia en el nosocomio de pensionistas a indigentes.¹²³ Además, el importe de las distinciones fue incrementándose en el tiempo. En concreto, la pensión mensual de primera clase, en 1885, ascendía a 20 pesos mensuales y los de segunda a 12 pesos.¹²⁴ En 1899, los de primera pagaban 30 pesos y los de segunda 20, aunque había pensionista que mantenían los precios anteriores.¹²⁵ Así, los familiares de una enferma distinguida, que hubiera permanecido durante mucho tiempo en el hospital, habían visto el

¹²¹ Datos extraídos de la “lista nominal de pensionistas mujeres con expresión de las cantidades que han enterado en la Pagaduría de la Beneficencia Pública, según relación de esta, correspondiente a octubre de 1910.”, F-BP, S-EH, Se-MG, Lg.2, Exp.5, f.3.

¹²² González Navarro, “Pirámide”, 1985, p.390.

¹²³ Escrito del Dr. Hermosa al Director General de Beneficencia Pública, ciudad de México, 1° de octubre de 1904, AHSSA, F-MG, S-EC, C.1, Exp.16, f.11.

¹²⁴ Datos extraídos de un expediente sobre el pago de pensiones del año de 1885, F-BP, S-EH, Se-HDS, Lg.15, Exp.10, f.3.

¹²⁵ Datos extraídos de las “Noticias de las enfermas pensionistas con expresión de las pensiones que pagan y sus deudas en la fecha”, F-BP, S-EH, Se-HDS, Lg.19, Exp.12, f.3.

incremento de la cuota que liquidaban en concepto de pensiones. Aumentos que no siempre podían o querían asumir los parientes.

El esposo de la enferma Carmen A., pagaba desde que ingresó en 1897, 20 pesos mensuales como pensionista de segunda categoría. En 1899, envió desde San Luis Potosí, una carta al director Alberto López Hermosa exponiendo lo siguiente: “Habiendo explicado a Ud. verbalmente en nuestra entrevista que tuvimos en esa, tanto las dificultades que tenía con la cuestión de la ropa de Carmen, como las circunstancias tan apremiantes porque atravesaba, no he encontrado otro remedio que resolver a lo que ya manifesté a Ud.; y es que pase, la enferma, al departamento común, es decir donde se encuentran las personas no pensionadas.”¹²⁶

Tras el impago de las cuotas, las pensionistas pasaban a ser consideradas como indigentes y eran trasladadas con el resto de las internas a los departamentos de régimen general. Estos cambios en los estatus solían producirse en pacientes que fueron ingresadas una sola vez y que permanecía encerradas largos periodos de tiempo. Al convertirse en indigente, dejaban de ser para los familiares un gasto mensual importante, pero para las enfermas que pertenecían a un estrato económico elevado y que estaban acostumbradas a las comodidades que el propio nosocomio las proporcionaba, esto suponía una degradación significativa de su calidad de vida.

Por otro lado, la inseguridad financiera pudo devenir de acontecimientos ajenos al entorno familiar como la llegada de las tropas a la ciudad de México durante la revolución mexicana o las consecuencias económicas del conflicto bélico. En consecuencia, varias familias no pudieron seguir pagando las distinciones de las pacientes. Leopoldo R. expresaba su desasosiego de la siguiente manera: “y siendo yo un pobre

¹²⁶ Carta de Carlos A. G. enviada al director del Hospital de Mujeres Dementes, el Dr. Alberto López Hermosa, Ciudad de México, 11 de octubre de 1899. AHSSA, F-MG, S-EC, C.2, Exp.38, f.9.

individuo que debido a las actuales circunstancias del país no puedo hacer nada en favor de mi enferma para buscarle su alivio, le ruego por humanidad se compadezca de ella y le ayude en su infortunado estado, que si no yo al menos mis pequeños hijitos alguna vez en la vida, quizá, sabrán corresponderles debidamente a los suyos.”¹²⁷ Además, de un recurso económico, el ingreso de una enferma mental en el hospital podía obedecer a otras motivaciones e intereses.

Los conflictos familiares

Edward Shorter propone que a partir el siglo XVIII se produjo un cambio en los patrones de sentimientos en la vida familiar. En ese momento las familias se convirtieron en unidades emocionales, en las que la presencia de parientes transgresores comenzaba a ser vistas como intolerables. Y en este sentido y con frecuencia, se han citado las desavenencias familiares como las principales motivaciones para que los deudos decidieran internas a sus parientes. Andrés Ríos, al respecto, afirma que entre 1910 y 1920 los parientes enviaron a una “muchedumbre de mal portados.”¹²⁸

Es cierto que, en algunos casos, el diagnóstico de la locura se producía tras la transgresión de las normas sociales que se preconizaban dentro de un modelo de comportamiento femenino. Sobre todo, el conflicto se presentaba cuando el deber ser no coincidía con las prácticas y hábitos cotidianos de las mujeres.¹²⁹ Entonces eran prescritas como enfermas aquejadas de locura moral. Como muestra el expediente de Ymelda J., los pleitos entre su madre y ella fueron la causa de su internamiento. Según el testimonio familiar hasta que sufrió locura, la joven había sido “amorosa y comunicativa con su madre”, pero una falta de cariño progresivo, la llevó a querer golpear a “la autora de sus días”

¹²⁷ Carta de Leopoldo R., Ensenada, Baja California, 21 de mayo de 1916. AHSSA, F-MG, S-EC, C.6, Exp.16, f.16.

¹²⁸ Ríos, *Locura*, 2009, p.212.

¹²⁹ Esta es la tesis de Montaña, 2011, “Locura” y de Arreola, 2007, “Locura.”

cuando ésta la reprendía ante “las muchas faltas que cometía diariamente.” La familia, según los interrogatorios, se vio obligada a remitirla varias veces porque la muchacha no obedecía y cuando se le regañaba se mostraba impulsiva y agresiva. Además de la narración familiar, los médicos del Manicomio General ratificaron el diagnóstico y añadieron en su expediente que sus facultades mentales iban disminuyendo, aunque fuera de sus excitaciones en el establecimiento se mostraba obediente. Quizá fue su sumisión cotidiana, y a pesar de las exaltaciones puntuales, lo que logró convencer a los doctores que la atendía en la Castañeda de su mejoría y por este motivo, en 1914, fue dada de alta en “condiciones para vivir con su familia.” Finalmente, regresó al manicomio donde falleció tiempo después aquejada de demencia precoz y agotamiento.¹³⁰ Casos como el de Ymelda J. muestran lo aportado por Mark Finnane cuando afirma que el hospital jugó un rol importante como árbitro de los conflictos sociales y familiares.¹³¹

Otro ejemplo del encierro como una forma de corrección se observa en el testimonio de la madre de María I., quien mantuvo a su hija ingresada durante meses como escarmiento “por unas cosas” que le hizo. Este uso, del hospital como instrumento de castigo, parece que era frecuente.¹³² Andrés Ríos, en referencia a este tema, explica que las familias enviaban a las enfermas al manicomio para que éste ejerciera el control social y la disciplina doméstica que no resultaba imposible al interior del hogar.¹³³ Y aunque esta explicación resulta muy sugerente, parece que expone únicamente los casos en las que las pacientes eran hijas o hermanas. Sin embargo, los conflictos no solo se producían entre madre e hijas sino entre las segundas con las primeras. Sirva de ejemplo el de Elena A. y su única hija.

¹³⁰ Ymelda J., núm. 129, E.C., C.2, Exp.56, fs.1 y 2.

¹³¹ Finnane, “Asylums”, 1985, p.135.

¹³² María I., núm.152, C.2, Exp.79, f.3.

¹³³ Ríos, *Locura*, 2009, p.148.

Elena ingresó por primera vez en la Canoa, en 1899, se desconoce quién la internó en esa ocasión. Pero, ocho años después, en 1907, fue dada de alta a petición de su hija, aunque volvió a ingresar poco tiempo después. En todos los interrogatorios que contestó la Elena quedan patentes sus quejas, motivadas todas ellas por el abandono sufría la mujer por parte de su familia. Incluso comentó que tan desesperadas eran las circunstancias fuera del nosocomio que llegó a un punto en el que no tenía qué comer. Fue entonces cuando la paciente pidió su ingreso voluntario en el Manicomio General. Las severas diferencias que tenía con su hija no impidieron que en 1914 fuera dada de alta bajo la condición de que su familia se hiciera cargo de cuidarla. Y nunca más regresó al nosocomio.¹³⁴

A pesar de los ejemplos expuestos anteriormente, no he encontrado muchos más casos en los que la motivación de los familiares estuviera regida por los conflictos y desencuentros familiares. Sin embargo, cabe señalar que todos ellos tienen en común la coparticipación de las familias y de los médicos al momento de establecer un diagnóstico que conllevaba el encierro terapéutico. Éste se realizaba bajo las etiquetas de locura moral o de excitaciones maniacas.¹³⁵ Y los síntomas, casi siempre eran de tipo conductual, tales como la desobediencia, el mal carácter, los insultos, el desapego afectivo, incluso el odio hacia los parientes próximos.

Otras prácticas calificadas como inapropiadas por los familiares y ratificadas como síntomas de enfermedad por los doctores eran abandonar la casa o la escuela para salir a pasear con los amigos. Así como otras acciones tipificadas de inmorales como cometer las llamadas

¹³⁴ Elena A., núm.23, E.C., C.1, Exp.14, fs.5 y s/n.

¹³⁵ El término locura moral fue acuñado por James C. Pritchard, en 1835, haciendo referencia a una forma de locura parcial vinculada a una perversión enfermiza en las pasiones, pero en las que no hay alucinaciones o delirios sino en errores de juicio y de conducta. Shorter, *Dictionary*, 2005, pp.164 y 228. En cuanto a las excitaciones maniacas, la manía fue considerada por Phillippe Pinel, en 1809, como un tipo de locura en general,

“locuras de amor”, escribir cartas vehementes a un pretendiente, incluso, la mancebía. Todas ellas eran interpretadas como síntomas de perturbación mental. Además, que esta falta de “sentido moral” podían resultar perjudicial para ellas o sus familias.¹³⁶

Asimismo, si las enfermas mostraban comportamientos con un componente sexual más marcado o si el médico entendía que sus conductas eran inapropiadas solían ser etiquetadas con el diagnóstico de erotomanía.¹³⁷ Esta enfermedad, según Edward Shorter, tuvo dos tipos de definiciones. En primer lugar, había sido considerada como una clase de paranoia en la que existía una creencia delirante basada en que el amor de alguien por alguien más era correspondido, aunque esto no fuera real. Y, en segundo lugar, era interpretada como un deseo sexual excesivo o una obsesión sexual enardecida. Relacionado con la primera acepción del término, Jean-Étienne Esquirol escribió en su ensayo de 1838 que la erotomanía era un desorden médico crónico caracterizado por un amor excesivo sobre un objeto conocido o imaginario. Sin embargo, en el contexto mexicano de finales del XIX y principios del XX, la erotomanía era un diagnóstico vinculado a un comportamiento sexual excesivo o diferente a las ideas de una sexualidad femenina normal, enfocada a la maternidad, en el periodo de estudio. El diagnóstico de erotomanía tampoco fue habitual, del total de expedientes analizados únicamente dos mujeres fueron clasificadas con este padecimiento,¹³⁸ por lo que resulta complejo estar de acuerdo con los expuesto por Stephanie Ballenger cuando interpreta que las erotomanías eran consecuencia de los conflictos que se producían cuando las estructuras de control patriarcal se

es decir, un trastorno de la emoción y del intelecto, caracterizado por un furor persistente. Berrios, *Historia*, 2008, pp.517-518.

¹³⁶ Teresa O., núm.85, E.C., C.2, Exp.13, fs. 3-4; Carmen S., núm.147, E.C., C.2, Exp.74, f.5; Consuelo B., núm.398, C.6, Exp. 29, f.60-62; Guadalupe G., núm. 404, C.6, Exp.35.

¹³⁷ Shorter, *Dictionary*, 2005, p.99.

¹³⁸ Enfermas de erotomanía: Soledad J., núm.304, C.4, Exp.75 y Guadalupe G., núm.404, E.C., C.6, Exp.35.

erosionaban.¹³⁹ Más bien, era aplicado a los casos en los que el amor y la sexualidad de la mujer se había mostrado como demasiado intensa.

Soledad J. tenían 53 años, era casada y laboraba como doméstica. La primera vez que fue ingresada, en 1903, presentaba delirio alcohólico; la segunda, en 1905, fue internada por padecer erotomanía y con este diagnóstico se mantuvo internada hasta 1912. Tras el traslado al Manicomio General, en 1910, se le practicó un interrogatorio y en él aparece la descripción de que había sido encontrada encerrada inconvenientemente con otras asiladas del hospital, hecho que para los facultativos no hizo sino confirmar el diagnóstico.

En el otro caso, Guadalupe G. tenía 31 años, era pensionista y no ejercía ninguna actividad laboral. Según el informe que se mandó al juez el 28 de abril de 1882, la interna tenía una tendencia notable a estar acostada y dejar sin cubrirse las extremidades inferiores. Además, con este aspecto, Guadalupe dejaba que la vieran los empleados. También, se soltaba la ropa y dejaba libre el vientre. Pero lo más grave, a ojos del facultativo, era que les dirigía demostraciones cariñosas, mismas que había tenido con los criados “y los que se han de suponer son de clase inferior a la suya.”¹⁴⁰ No se sabe cómo era su comportamiento fuera de los muros del nosocomio, ni tampoco como era su relación familiar, solo que Guadalupe fue internada por su hermana.

Por otro lado, el Código Civil de 1870 designó a algunos miembros de la familia como sujetos aptos para promover la incapacidad de la enferma mental. Entre ellos, el cónyuge y los herederos legítimos podían pedir la inhabilitación de la demente.¹⁴¹ Por este motivo, las desavenencias conyugales también aparecen como móviles para el ingreso de las esposas en los nosocomios para dementes.¹⁴² Sirva de

¹³⁹ Ballenger, “Modernizing”, 2009, p.220.

¹⁴⁰ Soledad J., núm.304, E.C., C.4, Exp.75, fs.2-3 y Guadalupe G., núm.404, E.C., C.6, Exp.35, f.17.

¹⁴¹ Artículos 456 y 457, *Código Civil*, 1870, p.86.

¹⁴² María C., núm.360, E.C., C.5, Exp.49, f.4.

ejemplo, Eulalia G. quien fue conducida a la cárcel tras haber sido acusada de demente por su marido Ramón O. No sé cuáles fueron los motivos del tal acusación,¹⁴³ no obstante, otros esposos sugirieron la negligencia en el cumplimiento de los quehaceres domésticos como una señal de enfermedad mental.

Legalmente, el casamiento era el primer acto civil que mencionaba la enfermedad mental como obstáculo. En el código se especificaba: “la locura constante e incurable” como impedimento,¹⁴⁴ siempre y cuando el padecimiento fuera detectado antes de la celebración del acuerdo, porque en caso contrario se podía solicitar la nulidad,¹⁴⁵ pero no el divorcio. Pues, la demencia u “otra calamidad semejante” de uno de los miembros de la pareja no lo autorizaba, aunque el juez podía suspender la obligación de cohabitar para no perjudicar al cónyuge sano. Las otras condiciones maritales quedaban de la misma forma.¹⁴⁶ La ruptura del matrimonio truncaba el modelo ideal de familia y conllevaba, desde el punto de vista médico, perturbaciones afectivas.¹⁴⁷ Por todo ello, el hospital podía ser un mecanismo para los esposos que no querían seguir conviviendo o manteniendo a sus esposas. Aunque desconozco que fuera una forma de repudio. Por otro lado, los facultativos consideraban que las emociones expresadas y los actos realizados por las cónyuges, muchos devenidos de la resistencia a la separación del esposo, confirmaban la enfermedad mental.

Por otra parte, los hermanos que se habían hecho responsables del cuidado y sostenimiento de su hermana. Al complicarse esta tarea, en algunas ocasiones, optaban por internarla en un establecimiento para dementes. Pues, el compromiso de velar por ellas no estaba exento de

¹⁴³Parte de resguardo nocturno, Tacubaya, 2 de febrero de 1877, AHCDMX, F-Mun, S-Pol, Se-Tacub, Inv. 371, C.3, Exp.23, f. s/n.

¹⁴⁴*Código Civil*, 1870, pp. 38 y 39. Por su parte, el código de 1884, en el artículo 159, contempla la misma definición de matrimonio que la anterior, pp.52-53.

¹⁴⁵Artículo 280, *Código Civil*, 1870, p.58 y artículo 272 del Código Civil de 1884, *Colección*, 1902, p.78.

¹⁴⁶ *Código Civil*, 1870, p.54 y artículo 238, Código Civil de 1884, *Colección*, 1902, p.68.

conflictos, ya que, frecuentemente, veían a sus parientes como una carga. En concreto, Rosario E. fue internada más de cinco veces por su hermano. Al parecer, y en opinión de José, Rosario era muy problemática. Para sostener esta afirmación José expuso a los doctores no “poder aguantarla en casa” y la acusó de “irascible, intrigante, embustera y envidiosa”, incluso afirmó que “se iba a casas de mala nota.”¹⁴⁸ Los familiares, como José, usaron el hospital como una solución temporal a los problemas de salud de sus parientes, pero también a su indisciplina.¹⁴⁹

De este modo, conforme a lo expuesto por Stephanie Ballenger, las desavenencias familiares podían ser resueltas en el hospital, dada la ausencia de otras instituciones como las casas de depósito o los recogimientos.¹⁵⁰ Efectivamente, el hospital del Divino Salvador fungió como depósito de mujeres hasta 1877,¹⁵¹ pero fue utilizado en los últimos años por autoridades judiciales y gubernamentales, no por las familias. Sin embargo, no puedo negar que algunos parientes dieran al nosocomio el uso de depósito. Utilización que por otra parte resulta lógica en el caso de los esposos y ante las dificultades legales para obtener un divorcio o cuando se trataba de hermanos que querían controlar el patrimonio de la mujer y evitar que el Estado iniciara un juicio de interdicción.¹⁵² Pues como

¹⁴⁷ Esther N. de C., núm.378, E.C., C.6, Exp.9, fs.3-6.

¹⁴⁸ Rosario E., núm.39, E.C., C.1, Exp.30, f.48.

¹⁴⁹ Ballenger, “Modernizing”, 2009, p.180.

¹⁵⁰ *Ibid.*, p.230.

¹⁵¹ Director del Hospital Divino Salvador al vicepresidente de la Dirección de la Beneficencia, Francisco Montes de Oca, 9 de mayo de 1877, AHSSA, F-BP, S-EH, Se-HDS, Lg.11, Exp.32, f.2

¹⁵² Cristina Sacristán afirma que los juicios de interdicción no eran muy utilizados, ya que este mecanismo jurídico tenía como finalidad la preservar el patrimonio de la enferma, excluyéndose aquellas que carecían de bienes. Además, el internamiento hacía innecesario usar este recurso judicial. Sacristán, “Hacia,” 1996, p.55. En esta misma línea, está la consideración de Andrés Ríos. El historiador entiende que las familias usaron el manicomio como mecanismo para iniciar un juicio de interdicción y proteger los bienes familiares. Ríos, *Locura*, 2008, p.213. Victoria Beltrán posteriormente retoma ambas aportaciones y añade que el juicio de interdicción servía para protegerse “del loco peligroso y despilfarrador contra la propiedad privada” principio fundamental de la sociedad burguesa. Beltrán, “Juicio”, 2014, pp.101-102.

expone Geertje Boschman, la admisión en el asilo era la solución más práctica para no tener que pasar por tediosos y largos juicios.¹⁵³

La incapacidad de los familiares para hacerse responsables

Rosario Estenou en un artículo sobre el surgimiento de la familia nuclear en México afirma que desde el siglo XVIII la alta burguesía y la aristocracia mexicana estaba más volcada en la relación de pareja que de comunidad, dejando la atención de los marginales a la autoridad.¹⁵⁴ Más tarde, durante el siglo XIX, según Edward Shorter, las relaciones familiares resultaron ser más íntimas y se produjeron dentro del retrato de la pequeña familia unida, un cuadro en la que los enfermos mentales no tenían cabida.¹⁵⁵ Estas dos ideas dan cuenta de un escenario familiar en transformación, durante parte del siglo XVIII y todo el siglo XIX, en el que se alcanza a vislumbrar una vida familiar más privada y que se produce en el seno de una grupo con menos miembros.

Y aunque los núcleos domésticos en México eran muy diversos, esta tendencia pudo afectar al cuidado de las personas que se enfermaban. Y más en este caso, en el que muchas mujeres sufrían padecimientos mentales que implicaban considerables cuidados por parte de los parientes o ya habían adquirido una forma crónica como la epilepsia. Así, los cambios en la composición y en la dinámica internas de las familias pudo provocar la ausencia de miembros que se encargaran de cuidar a sus enfermas o también se podía producir un desgaste en los parientes tras largos años de atender y sostener a una persona. Con respecto a esta cuestión, Cristina Rivera Garza establece que las enfermedades crónicas como la epilepsia, el idiotismo y temporales como el alcoholismo, o que atentaban contra el honor como las erotomanías,

¹⁵³ Boschman, "Family", 2008, p.370.

¹⁵⁴ Estenou, "Surgimiento", 2004, p.109.

¹⁵⁵ Shorter, *History*, pp.33,50.

podieron influir en el tiempo de estancia y en el número de veces que la paciente ingresó.¹⁵⁶

Por otra parte, el comportamiento violento derivado de un estado mental pudo ser un acicate para que los parientes consideraran la opción de enviar a su enferma a un nosocomio. Entre otras, la familia de Ramona R. la ingresó cuando su carácter cambió y se volvió irrespetuosa y violenta a causa del consumo del alcohol.¹⁵⁷ Por su parte, el expediente clínico de Teresa O. expresa lo siguiente:

Le da por estar muy triste y varias veces ha tratado de suicidarse, una vez con una alcayata, otra con “pergamato”. Aborrece a los miembros de su familia; le da por molestar a los miembros de su familia, a veces los insulta; a veces le da por reírse mucho sin causa justificada; y otras veces llora mucho; otras le da por cantar y otras por pelearse con todo el mundo; le da por salirse a la calle, se va y es casi imposible detenerla; a veces se pone muy displicente; a veces le da por dormirse; otras veces no duerme; padece mucho de pesadillas; ha estado internada cuatro veces ante de ahora.

Fue ingresada por primera vez en 1905, posiblemente el grado de hostilidad de Teresa hacia su familia, los intentos de suicidio y su comportamiento errático hacían complicada su convivencia y probablemente este fue el motivo por el que solicitaron su ingreso. Sus deudos quisieron que volviera al domicilio familiar en varias ocasiones. Finalmente, falleció en el Manicomio General en 1915.¹⁵⁸

Además, había otras enfermedades que por su naturaleza no podían ser atendidas debidamente en el hogar.¹⁵⁹ Este fue el caso de Carmen R. que había nacido en Cádiz (España), pero residía en México. Cuando Carmen tenía 8 años fue ingresada por primera vez por su tía

¹⁵⁶ Rivera Garza, *Castañeda*, 2010, p.116.

¹⁵⁷ Ramona R., núm.72, E.C., C.2, Exp. 5, fs.4-5.

¹⁵⁸ Teresa O., núm.85, E.C., C.2, Exp. 13, fs.3-4.

¹⁵⁹ Casimira A., núm.355, E.C., C. 5, Exp. 44, f.40.

Rita G., quien la llevó al hospital buscando el “alivio de tan penosa enfermedad.” Fue ingresada en calidad de pensionistas de segunda clase, aunque la pensión fue satisfecha la mayoría del tiempo que estuvo ingresada por la Sanidad Española de Beneficencia.¹⁶⁰ El caso de Carmen R. coincide con el aporte de Cristina Rivera Garza quien establece que, si bien, parientes y vecinos eran los instrumentos de identificación y evaluación inicial de la locura, generalmente buscaban otros métodos de tratamiento y asistían al hospital para mujeres dementes como último recurso, cuando necesitaban ser liberados de una pesada carga o con la esperanza de encontrar una cura.¹⁶¹ Esta idea concuerda con la de otras investigadoras quienes establecen que las familias que tomaron la decisión de llevar a sus pacientes al nosocomio no lo hicieron en los estadios iniciales de la enfermedad, exclusivamente cuando la situación llegaba a ser desesperada, en momentos de crisis o cuando otras elecciones habían fallado.¹⁶²

Al mismo tiempo, el discurso médico pudo influir en la toma de la decisión que hizo la familia. Pues los facultativos preconizaban la necesidad del asilamiento del enfermo mental para la salvaguarda de la sociedad, el bienestar de la familia y, también, era considerado como un tratamiento eficaz para el padecimiento mental. Problemas que podían verse resueltas con el encierro terapéutico.¹⁶³ Además, se observa en la documentación que las familias que adujeron este motivo lo hicieron por mediación de los discursos de los facultativos y no por iniciativa propia. Aunque Teresa B. ingresó a su hermana Pomposa para su “estudio y tratamiento”¹⁶⁴ y la madre de Josefa B. buscando “su observación y tratamiento.” Estas expresiones eran usuales en los documentos de los médicos de las demarcaciones de policía y de los establecimientos para

¹⁶⁰ Carmen R., núm.142, E.C., C.2, Exp.69.

¹⁶¹ Rivera Garza, *Castañeda*, 2010, p.116.

¹⁶² Prestwich, “Family”, 1994, pp.804 y 805 y Beltrán, “Juicio”, 2014, p.146.

¹⁶³ Sacristán, “Ser”, 2010, p.14.

¹⁶⁴ Pomposa B., núm. 14, E.C., C.1, Exp.5.

dementes. En este sentido, la fe en los tratamientos era más médica que familiar y se fue agotando a medida que sus parientes pasaban años y años sin mejoría.¹⁶⁵

Pues, como se observa en la siguiente tabla, más del 30% de las enfermas pasaban entre 6 y 10 años internadas en el nosocomio. Y si se considera el criterio de Valeria Pita, para el caso del Hospital de Mujeres Dementes de Buenos Aires (1852-1890), las recluidas consideradas como incurables eran aquellas que después de “un año y medio o dos” no obtenían la curación.¹⁶⁶ Bajo estos parámetros casi la totalidad de mujeres analizadas podrían considerarse como crónicas.

Tabla 3. Tiempo de estancia de las enfermas según los registros oficiales de 1877 a 1910

Tiempo de estancia	Porcentaje %
Menos de 1 año	6.62
Entre 1 y 5 años	19.85
Entre 6 y 10 años	32.35
Entre 11 y 15 años	10.29
Entre 16 y 20 años	8.09
Entre 21 y 25 años	3.68
Entre 26 y 30 años	7.35
Entre 31 y 35 años	4.41
Entre 36 y 40 años	1.47
Más de 40 años	3.68
Se desconoce	2.21
Suma =	100

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos extraídos del Libro de Registro de Asiladas del Manicomio General y Expedientes clínicos de las pacientes.¹⁶⁷

¹⁶⁵ Rosario E., núm. 39, E.C., C.1, Exp.30, fs.15-17.

¹⁶⁶ Pita, Casa, 2012, p.116.

¹⁶⁷ Libro de Registro de Asilados, F-MG, S-LRA, Libro 1, clasificación 7-751 y expedientes clínicos, F-MG, S-EC, Libro 1-7.

Este aspecto había sido advertido tempranamente por el principal alienista mexicano, Miguel Alvarado, quien en 1882 ya hablaba de la dificultad de curación de la locura y la epilepsia.¹⁶⁸ En algunos de los casos se usa, incluso, la palabra “incurable”. Sirva de ejemplo el escrito que, en 1883, fue redactado a petición del Gobernador del Distrito Federal, en el que el doctor Alvarado certificó que el pronóstico de Dolores M. de B., aquejada lipemanía parcial¹⁶⁹ y delirio de persecución era “probablemente incurable.”¹⁷⁰

Otro caso en el que aparece la clasificación de incurable se produjo más tarde, cuando, el doctor Alfaro, del Manicomio General, se refirió a Liberata G. como incurable. Liberata era una antigua paciente de la Canoa y fue ingresada por primera vez en 1907¹⁷¹, mientras que Dolores M. fue etiquetada como probablemente incurable al año de su primer ingreso en 1882. No he encontrado escritos que definieran durante cuánto tiempo debía padecerse una enfermedad para ser considerada como incurable. Asimismo, el término crónico o cronicidad aparece en los expedientes clínicos en pocas ocasiones y casi siempre como etiqueta de otros padecimientos: alcoholismo crónico, delirio crónico, y en el sentido del agravamiento de una dolencia.¹⁷²

Además, si se toma en cuenta el número de altas, de 90 casos, 28 fueron bajo la denominación de “curación” o “mejoría” y sin más intervención que la opinión médica. Lo cual prueba un aspecto fundamental: las altas definitivas de pacientes psiquiátricos durante el

¹⁶⁸ Escrito del Hospital de Mujeres Dementes enviada a la Secretaría de Estado y Despacho de Gobernación, ciudad de México, 9 de enero de 1882. AHSSA, F-BP, S-EH, Se-HDS, Lg. 14, Exp. 4, f.1 y 2.

¹⁶⁹ Jean-Étienne Esquirol definió la lipemanía como una enfermedad del cerebro con delirios crónicos y enfocados en un mismo asunto, sin fiebre y caracterizada por una tristeza agotadora. Por otra parte, en 1852, Ernest Charles Lasègue (1816-1883) definió el delirio de persecución como un tipo de delirio paranoide que afectaba a todos los tipos de carácter y principalmente a las mujeres. Berrios, *Historia*, 2008, pp.382, 141-142.

¹⁷⁰ Dolores M. de B., núm.260, E.C., C. 4, Exp. 31, f.15.

¹⁷¹ Liberata G. de S., núm.188, E.C., C.3, Exp. 33, f.5.

¹⁷² Delirio crónico, Anastasia P., núm.382, E.C., C.6, Exp.13; Alcoholismo crónico, María Juana R., núm.408, E.C., C. 6, Exp. 39, f.8; Cronicidad, Rosaura R., núm.385, E.C., C.6, Exp.16, f.9.

periodo analizado suponían el 21.42%, y, por tanto, no eran muy frecuentes. La curación parecía estar al alcance de pocas personas durante el periodo estudiado, solo 4.04% de las 420 mujeres asiladas fueron dadas de alta por curación y no volvieron a ingresar.¹⁷³ El establecimiento, por tanto, podía dar respuesta a enfermedades de larga duración¹⁷⁴ y especialmente demandantes para las familias siendo, en este sentido, un recurso asistencial.

Por lo tanto, en casos de este tipo: enfermas crónicas y necesitadas de una atención constante y especializada, violentas o peligrosas era más común que las familias hicieran un único ingreso y mantuvieran a sus enfermas asiladas por largo tiempo. Incluso se observa algunos casos en los que la incapacidad para cuidar a su pariente era usada como disculpa para evitar el alta. Del expediente de Cristina R. se extrae como su madre no solicitaba el alta definitiva porque estaba trabajando y no podía atenderla.¹⁷⁵

UNA DECISIÓN ÚNICA Y MÚLTIPLES MOTIVACIONES

A lo largo de este capítulo ha quedado patente que las familias usuarias del Hospital de Mujeres Dementes resultaron ser muy heterogéneas en cuanto a su composición y características socioeconómicas. En relación con el primer aspecto, encontré grupos familiares de composición nuclear o extensa y también reconstruidas. Respecto al segundo factor, eran hijas, esposas y madres pertenecientes a familias de estratos populares en su gran mayoría, pero también acomodados. Los deudos, por tanto, poseían distintas necesidades, intereses y motivaciones a la hora de internar a las mujeres en un establecimiento, pero si algo tienen en común todas ellas

¹⁷³ Información recogida en la base de datos a partir de lo encontrado en el libro de registro de asiladas del Manicomio General, AHSSA, F-MG, S-LRA, registro 7-418 y 750 y en los expedientes clínicos del AHSSA, F-MG, S-EC, cajas de la 1 a la 7.

¹⁷⁴ Mary-ellen Kelm, respecto al asunto de los tratamientos de larga duración, apuntó que el mayor problema que tuvieron los administradores de los manicomios fue que las familias delegaron un tratamiento tan duradero que el sostenimiento de las enfermas llegaba a ser imposible. Kelm, "Only", 1993, p.70.

¹⁷⁵ Cristina R., núm. 290, E.C., C.4, Exp.61, f.11.

es haber tomado en un momento crítico una decisión única. ¿Fue ésta una decisión racional basada en la utilidad que las familias esperaban alcanzar? O simplemente ¿Una respuesta dolorosa a un problema que desestabilizaba el entorno familiar? Ambas cosas, como afirma Amparo Gómez Rodríguez “decidir” no solo implica elegir entre las opciones que se presentan sino solucionar un problema. Y para ello, el individuo ha tenido que actuar racionalmente.¹⁷⁶ En este sentido, las familias analizadas eligieron la vía médica y asistencial, frente al cuidado domiciliario. Resolvieron una situación doméstica complicada y que involucraba a los distintos miembros de la familia. Para ello, tuvieron que sopesar las necesidades de la enferma, pero también la de las otras personas que convivían con ella, sin saber si la decisión que estaba tomando iba a suponer la curación de la mujer.

Al respecto, Douglas North expone que cuanto más complejos y únicos son los problemas que se confrontan es mayor la incertidumbre en el resultado.¹⁷⁷ Entonces a la familia solo le quedaba confiar en el tratamiento médico o al menos reconocer los beneficios de internar a su pariente en una institución para dementes. Y en este punto conviene subrayar que los deudos tomaron una decisión considerando el consejo médico, pero también a partir de sus creencias, sopesando sus necesidades y los medios disponibles. Pues, como veremos a continuación, se obtuvieron los ingresos de sus parientes utilizando distintas estrategias. Y el uso nos está hablando de que la familia estaba realizando una elección que condujo a una acción concreta. Acto que, a su vez, pasó por la intervención de los facultativos, ya que los deudos necesitaron el soporte de la profesión médica para obtener los certificados necesarios para lograr el internamiento.¹⁷⁸ Pues, fueron aquellos

¹⁷⁶ Gómez Rodríguez, “Actores”, 1992, pp.122-123.

¹⁷⁷ North, *Instituciones*, 2006, p.158.

¹⁷⁸ Esta postura de Stephanie Ballenger diluye el papel de las familias y únicamente les concede el protagonismo como agentes detectores de la enfermedad, pero no se puede olvidar el uso que tanto parientes como autoridades hicieron del nosocomio.

individuos que representaban una autoridad formal sobre el paciente y los representantes de una cultura oficial médica los que tradujeron los problemas familiares y locales en problemas médicos y movilizaron todo el poder estar en un esfuerzo compartido por encontrar soluciones a la enfermedad mental.¹⁷⁹

Asimismo, no hay que pasar por alto, que si estas mujeres, con una motivación u otra de sus parientes, fueron internadas en un establecimiento de estas características fue porque existían una serie de elementos que así lo posibilitaban. La utilidad de la institución, según Douglas C. North está basada en las preferencias y éstas obedecieron a un autointerés.¹⁸⁰ Pues, el hospital resultaba una salida alternativa al sustento y cuidado de mujeres, niñas y ancianas en el hogar, parientes que por su condición no podían trabajar o crear una familia, resultando ser, el establecimiento, un recurso económico para un miembro improductivo. Pero, también, fue un recurso legal alternativo al tedioso y costoso juicio de interdicción y una válvula de escape para las familias que tenían con su pariente una relación conflictiva. Y no solo lo que establece Stephanie Ballenger, que las personas cercanas a la enferma, familiares, amigos y vecinos percibieron a estas personas como física o simbólicamente peligrosas. En este sentido, se trata de reconocer a los parientes como agentes que tomaron una decisión y las motivaciones antes expuestas dan cuenta de los distintos intereses y necesidades de los diferentes estratos sociales. Pero también, de las relaciones entre los distintos miembros de la familia.

Así, muchos parientes, sin importar su condición económica, utilizaron el nosocomio como respuesta a las distintas problemáticas y necesidades nacidas de la enfermedad mental. Y en este sentido, Enrique de la Garza apunta que para que se produzca una acción debe pasar por un aparato “subjetivo”. Siendo la subjetividad entendida no solo como una

¹⁷⁹ Ballenger, “Modernizing”, 2009, p.325.

¹⁸⁰ North, *Instituciones*, 2006, p.59.

forma de optimización, sino como una manera de dar sentido a valores cognitivos, valorativos, estéticos, en los que se utilizan formas de razonamiento formal y cotidiano que se ven reflejados o no en los discursos.¹⁸¹

¹⁸¹ De la Garza, "Neoinstitucionalismo", 2005, pp.183-185.

CAPÍTULO III. PARA SU CUIDADO Y TRATAMIENTO

A lo largo del capítulo anterior expuse las distintas características de las familias usuarias, sus necesidades y motivaciones y cómo éstas pudieron influir en la decisión de internar a sus parientes en un establecimiento para enfermas mentales. Con relación a este proceso, Andrés Ríos propone que las familias que durante la primera década del siglo XX ingresaron a sus deudos en el Manicomio General de la Castañeda no funcionaron como una institución sino como un mecanismo. Este planteamiento fue tomando del trabajo de Jacques Donzelot quien plantea que existió un desequilibrio dentro de la “arquitectónica social” entre los intereses individuales y los familiares. Desigualdad que obligaba al Estado a intervenir en los conflictos que se producían al interior del ámbito doméstico.¹ El aporte del autor francés, como se puede observar, pone el énfasis en el papel del Estado. Pues considera que la intrusión del gobierno en la vida privada formó un caldo de cultivo para un control social y de esta manera, las instituciones dieron respuesta a la marginalidad, pero también sustrajeron a las familias sus derechos privados.

En este debate sobre la superioridad del Estado frente a la de otras instituciones, Ríos se separa de lo expresado por Donzelot cuando otorga la autoridad principal sobre el enfermo mental a las familias. Más aún, el autor colombiano precisa que el funcionamiento del establecimiento y los criterios de los parientes no deben ser entendidos como elementos jerárquicos, sino que la definición de quienes iban a ingresar en el nosocomio estaba en las instancias remitentes. Y en este sentido, la opinión sobresaliente era la de los familiares frente a los facultativos.

¹ Pongo en duda la idea de Jacques Donzelot porque el alcance que tenía el Estado mexicano para ejercer la función de control social en este momento no era tan amplio. Por ejemplo y al contrario de lo que ocurría en Francia, desde 1848, México no contaba con una ley sobre enfermos mentales. Ríos, *Locura*, 2009, pp.31-32, Donzelot, *Policía*, 1990, p.95.

Incluso, Ríos considera que fueron las personas allegadas a las enfermas quienes se apropiaron del manicomio e hicieron uso de él con sus propios referentes y necesidades.²

Si bien concuerdo con la parte propuesta por Ríos en la que se otorga capacidad a los parientes para usar la institución en función de sus intereses y necesidades,³ discrepo en el papel que les otorga a los facultativos, pues el médico no solo confirmaba la internación propuesta, sino que supuso un contrapeso para las familias y este cometido se puede observar hasta en cuatro momentos. El primero, a la hora de emitir los certificados médicos; el segundo, durante el proceso de entrada de las pacientes en el establecimiento; el tercero, mediante el ejercicio de la capacidad para hacer permanecer a una interna en la institución, y, por último, por su potestad para conceder permisos y altas a las enfermas.

De igual manera, quisiera señalar que, en ese afán de no recaer en el discurso del control social por parte del Estado, el autor desatendió la importancia de la labor de la beneficencia como entidad gestora primero del hospital y luego del Manicomio General y, por ende, no contempló la vinculación de esta entidad gubernamental con los facultativos y los parientes. Pues, en definitiva, creo que no se puede entender el funcionamiento del Hospital de Mujeres Dementes sin reflexionar sobre las relaciones que se establecieron entre el Estado, los médicos y las familias. Más si se toma en cuenta que el modelo de asistencia pública durante el periodo estudiado era de tipo residual, es decir, las familias eran la vía principal para cubrir las necesidades básicas de las personas y cuando esto no era posible, el Estado intervenía,⁴ o lo más frecuente, los propios individuos o sus familiares acudían a los servicios de la asistencia pública.

² Ríos, *Locura*, 2009, p.212.

³ *Ibid.*, pp.121-122. En 1987, Constance McGovern propuso para el contexto estadounidense una postura similar a la de Ríos. Según la autora, las familias exigieron el uso del asilo y éste resultó ser diferente a lo que los médicos y los políticos planeaban.

⁴ Titmuss, *Commiment*, 1968, pp.20-22.

Asimismo, los distintos testimonios que se presentan en este capítulo evidencian la recurrente interacción entre parientes, galenos y funcionarios durante el proceso de ingreso, de estadía y de alta de las enfermas. En cada uno de estos momentos se percibe la flexibilidad y la tensión en el discurso de cada una de las partes. Pues, cada actor involucrado tomó una posición e hizo uso de una legitimidad basada en lo clínico, lo moral y lo normativo. Todo ello en un acto de negociación donde las familias empleaban toda clase de estrategias para obtener lo que sus problemas, intereses y necesidades demandaban.

Respecto al término “estrategia”, éste puede evocar la idea de un plan doloso, ilegal y malicioso de la familia contra el enfermo mental. Y sin negar la mala fe que algunos parientes pudieran tener a la hora de internar a las enfermas en el hospital, entiendo el concepto estrategia en un sentido similar al aportado por Marco Van Leeuwen, quien en su texto “Logic of Charity” señala algunos medios de supervivencia en los pobres como la prostitución, la mendicidad, el robo y la asistencia pública. Y a su modo de ver, la gente podía elegir entre las diversas estrategias. Decisión que era tomada en función del coste, de los beneficios y las alternativas que se le presentaban.⁵ Por todo ello, considero que las estrategias son los distintos caminos y alternativas de actuación que tomaron los familiares para proceder en las distintas situaciones que la enfermedad mental de sus parientes les presentaba.

ANTECEDENTES Y REQUERIMIENTOS PARA EL INGRESOS EN EL HOSPITAL

El encierro de mujeres en el nosocomio capitalino como ya se expuso en el primer capítulo estaba regulado por los reglamentos internos. El primero, de 1859, especificaba que los parientes debían presentar un certificado de “algún médico” y una solicitud dirigida a la Junta de San

⁵ Van Leeuwen, “Logic”, 1994, pp.601-603.

Vicente Paúl para poder obtener la autorización que facilitara el asilo de la mujer en el establecimiento.⁶ En el de 1879, las familias debían aportar dos certificados. Además, en el caso de las pensionistas, los deudos necesitaban pagar por adelantado la primera mensualidad, presentar un fiador que se hiciera cargo de las cuotas y comprometerse por escrito a cumplir el reglamento interno de la institución.⁷ El siguiente, de 1881, solo sufrió una modificación en este asunto, además de lo anterior, se debía aportar un escrito a manera de solicitud dirigido al director del establecimiento.⁸ Asimismo, en los reglamentos de 1879 y 1881 se estableció que la entrada se debía producir “a discreción del director”, es decir, él era quien finalmente daba el acceso.

Estos dos requisitos, certificados y solicitud de ingreso, formaban parte de la norma escrita porque en la práctica no siempre se cumplían. Esto ocasionó que el director del hospital, Miguel Alvarado, exigiera que fuera más rigurosa la entrega de documentación por parte de los familiares y de las autoridades. De hecho, en 1877, presentó una petición ante la Junta Directiva de la Beneficencia Pública en la que solicitaba que no se admitiera sin una orden judicial o del gobierno a ninguna enferma. Sin embargo, nunca se consiguió que el mandato legal fuera un requerimiento reglamentario, en cambio, la emisión de una petición por parte del gobierno del Distrito Federal si se incluyó como requisito en la regulación interna de 1879.

No obstante, estas prevenciones no evitaron el recelo que mostraba Alvarado respecto a la forma de ingreso. Lo que hace pensar que eran frecuentes las secuestraciones involuntarias. Más si se toma en cuenta que el Reglamento, de 1859, exponía que si como consecuencia del reconocimiento médico realizado por los facultativos del Divino Salvador

⁶ Capítulo 2°, artículo 12° del Reglamento interno del Divino Salvador, Ciudad de México, 19 de septiembre de 1859, AHSSA, F-BP, S-EH, Se-HDS, Lg.6, Exp.15, fs.1-10.

⁷ Reglamento interno del Hospital de Mujeres Dementes de 1879, AHSSA, F-BP, S-EH, Se-HDS, Lg.12, Exp. 16, fs.2 y 3.

resultara que la enferma no estaba demente y lo que se hubiese producido fuera una “ficción”; o cuando la paciente sufriera delirios semejantes a las “enajenaciones mentales” se daría parte al gobierno y al departamento correspondiente si la enferma hubiera sido ingresada por orden de la policía. Y si el internamiento hubiera ocurrido por conducto particular se entregaría a los parientes.”⁹

Al igual que esta reglamentación, la de 1879 prescribió que si durante la observación se consideraba que la persona no estaba “afectada de locura” se devolvería a la autoridad o a los parientes.¹⁰ Este reglamento tomó como medida adicional que la admisión fuera provisional y tuviera una duración máxima de treinta días. Además, se advirtió en la norma que el ingreso podría no resultar definitivo. Al parecer, todas las precauciones tomadas hasta ese momento resultaron insuficientes. Ya que las corrupciones en el uso de la normativa se mantuvieron, tal y como se evidencian en un documento del director del hospital en el que denunciaba que el sistema establecido no garantizaba que el proceso fuera transparente y completo, ni evitaba el encierro de mujeres por personas que afirmaban ser familiares sin serlo. Así lo expresó el doctor Alvarado:

Otras veces la falta de certificado ha sido la causa de que se consigne a este hospital enfermas atacadas de afecciones distintas de la locura. También se ha dado el caso de otra persona que, titulándose, sin serlo, madre de una enferma la haya puesto en el hospital por solicitud verbal, y habiéndose presentado después la verdadera madre a reclamar a la enferma, me ha acusado de haber contra su voluntad secuestrado a su

⁸ Reglamento interno del Hospital de Mujeres Dementes de 1881, AHSSA, F-BP, S-EH, Se-HDS, Lg.13, Exp. 4, f.13.

⁹ Reglamento interno de 1859, AHSSA, F-BP, S-EH, Se-HDS, Lg.6, Exp.15, fs.1-10.

¹⁰ Reglamento del Hospital de Mujeres Dementes, 1879, firmado por el director del hospital, el doctor Miguel Alvarado, en la ciudad de México con fecha 1 de agosto de 1879. AHSSA, F-BP, S-EH, Se-HDS, Lg.12, Exp.16, f.2.

hija; la falta de la solicitud por escrito me produjo dificultades, que con trabajo desvanecí.¹¹

En ese momento, era imposible que Alvarado tuviera herramientas normativas para comprobar la verdadera identidad de la persona que llevó a la mujer al establecimiento, ya que fue hasta 1913 que los deudos debieron aportar dos testigos y algún documento que acreditara su condición de pariente como parte del proceso de internación.¹²

Otra situación que preocupaba especialmente al alienista mexicano era que una persona que hubiera sido drogada o que hubiera consumido alguna sustancia enervante pudiera ser ingresada en el establecimiento. Así lo manifestó en un escrito de 1883 en el que expuso varios ejemplos en los que era posible que se entendiera como locura otros padecimientos y mostró su inquietud ante las nefastas consecuencias que se podían derivar de tal confusión:

Por la administración de alguna de las sustancias que la producen como la belladona, el beleño, la marihuana, el alcohol, etc. Ya se ha dado el caso de que a una persona disimuladamente se la haya administrado una de las sustancias dichas[,] ocasionándole una locura cuya duración fue de seis días, en los que se le reconoció por dos médicos que certificaron la locura, y a los [...] días cuando la supuesta loca estaba buena, haberla hecho ingresar al hospital en donde permaneció igual tiempo, que fue el necesario para observar y declarar que no era loca; aquí el médico cumpliendo con su deber fue innecesariamente cómplice de una secuestación indebida.¹³

¹¹ Escrito de Miguel Alvarado al Secretario de Estado y Despacho de Gobernación, ciudad de México, 12 de febrero de 1883. AHSSA, F-BP, S-EH, Se-HDS, Lg.13, Exp.4, fs.10-12. Oficio del visitador Rafael Montañó dirigido al Secretario de Estado y Despacho de Gobernación, ciudad de México, 3 de abril de 1883, AHSSA, F-BP, S-EH, Se-HDS, Lg.13, Exp.4, fs.36-37.

¹² Reglamento interno del Hospital de Mujeres Dementes de 1896, AHSSA, F-BP, S-EH, Se-HDS, Lg.18, Exp. 35, fs.3 y 4 y Reglamento interno del Manicomio General de 1913, AHSSA, F-BP, S-EH, Se-MG, Lg.3, Exp. 25, fs.3 y 4.

¹³ Carta de Miguel Alvarado al Secretario de Estado y Despacho de Gobernación, Ciudad de México, 12 de febrero de 1883. AHSSA, F-BP, S-EH, Se-HDS, Lg.13, Exp.4, fs.10-12.

Los dos testimonios del doctor Alvarado resultan muy reveladores por los siguientes motivos: en primer lugar, si el director del establecimiento quería endurecer la norma y su aplicación era porque se estaban produciendo casos alarmantes; en segundo lugar, los documentos reflejan los sorprendentes mecanismos (la usurpación de la identidad en el primer caso y el uso de sustancias narcóticas en el segundo) que estaban dispuestos a desplegar algunas personas cercanas a la enferma para obtener el objetivo de internarla en un establecimiento. Y lo que resulta más preocupante es el tiempo considerable que precisó Alvarado y los otros facultativos para poder comprobar la falta de locura. El visitador Montaña respecto a este asunto alegó:

Si la mente de Sr[.] Dr[.] Alvarado es de prevenir la perpetración de un abuso de autoridad haciendo indebidamente en el Hospital a una persona sana bajo el pretexto de locura al Director del Establecimiento que se supone ser un Médico Alienista consumado, toca aclarar el delito y denunciarlo a quien corresponda. Pero exigir que los funcionarios públicos tengan absoluta necesidad de acompañar a la orden de admisión que se expida, dos certificados científicamente fundados y con los requisitos que pide la reforma indicada, es querer restringir tal vez indebidamente sus facultades; entorpecer por un tiempo ilimitado la entrada de un enfermo que requiera pronta asistencia, y por último poner en duda la pericia y honradez del Médico Director.¹⁴

En este sentido, el visitador no solo estaba poniendo en entredicho la capacidad profesional de los alienistas, concretamente de Miguel Alvarado, para diagnosticar la enfermedad, sino que se rehusaba a que los médicos impusieran unas normas más estrictas a las entidades responsables. Medidas que sin duda podían facilitar una gestión más

¹⁴ Escrito del visitador Rafael Montaña al Secretario de Estado y Despacho de Gobernación, ciudad de México, 3 de abril de 1883, AHSSA, F-BP, S-EH, Se-HDS, Lg.13, Exp.4, f.37.

eficaz, pero que implicaban más trabajo para los funcionarios encargados de la remisión de los pacientes.

Otro factor añadido es que los galenos, en general, no estaban tan familiarizados con las enfermedades mentales. Pues hay que señalar que en 1887 se impartió por primera vez la materia de enfermedades mentales y no fue hasta 1906 que se estableció la especialidad de psiquiatría en la Escuela de Medicina.¹⁵ Además, entre 1887 y 1906, la enseñanza debió ser muy limitada porque, en 1896, José A. Malberti en su tesis titulada “El tratamiento sugestivo de la locura” abogó por la creación de una asignatura dedicada a la patología mental, pues consideraba como insuficientes las lecciones que se recibían dentro del programa de patogenia general y en medicina legal.¹⁶

Los médicos, además, se mostraron preocupados por el vacío normativo que existía sobre los encierros. En concreto, durante el Concurso Académico, de 1895, el doctor José María Bandera pronunció un discurso titulado: “Necesidad de una ley que reglamente la admisión y salida de locos en establecimientos públicos o particulares destinado a esta clase de enfermos.” En él ponía de manifiesto que le resultaba extraño que una legislación “tan celosa de las garantías individuales” no contemplara un “deber de protección y un derecho de defensa” antes un ser que el médico consideraba débil y peligrosos a la vez. Para solucionar estas limitaciones jurídicas, el doctor Bandera proponía una serie de medidas legales y de carácter administrativo dirigidas a que el loco no

¹⁵ Sacristán, “Contribución”, 2010, p.474. Durante el periodo analizado, el desarrollo del alienismo en México fue de la mano de la práctica clínica. Por ejemplo, en 1893, Vicente Montes de Oca publicó una obra titulada “Breve exposición de los principales tratamientos de la histeria y la epilepsia” en la que defendía el empirismo terapéutico por ser hijo de la necesidad y lo consideraba un método tan válido como lo eran el patogénico y el fisiológico, en espera de que la ciencia alienista siguiera avanzando. Montes de Oca, “Breve”, 1893, p.3. Por otro lado, los médicos y los practicantes de los hospitales de dementes escribían tesis sobre cuestiones relacionadas con la enfermedad mental para titularse de especialidades como médico, cirujano y obstetra. Por ejemplo, Ernesto S. Rojas fue médico entre 1909 y 1910 del Hospital para Mujeres Dementes y al mismo tiempo publicó su tesis “La histeria psíquica” para obtener su título de médico y cirujano.

¹⁶ Malberti, “Tratamiento”, 1896, pp.5-7.

fuera tratado como un criminal, sino como un enfermo que podía tener curación. Además, sugería que los funcionarios visitaran, a modo de la ley francesa, los asilos como una tarea tutelar.¹⁷

Las posturas de Alvarado y Bandera dan cuenta de una preocupación acerca de las condiciones y derechos de los alienados frente a su familia y el Estado. Estos facultativos estaban intentando proteger su práctica clínica y los derechos individuales de los enfermos ante los distintos usos que la familia y el gobierno estaban haciendo de los hospitales para dementes. En este aspecto, Cristina Sacristán apunta que la carencia de una legislación a nivel federal que regulara los internamientos de los enfermos mentales recluidos exponía a los alienistas de ser acusados de violar las garantías individuales de las pacientes.¹⁸

No obstante, en Francia existía una ley que reglamentaba a los locos desde 1848. La cual no había conseguido evitar las acusaciones de secuestro vertidas por la prensa y los cuerpos policiales. Es más, en 1876, los alienistas se vieron obligados a introducir la fórmula de “pacientes voluntarios” para aquellos internos que no eran ingresados por las autoridades sino por los parientes y allegados. Esta nomenclatura, según Patricia Prestwich, no involucraba el consentimiento del enfermo, sino que supuso una herramienta implementada por los galenos. En un momento en que, con frecuencia, se les acusaba de secuestro arbitrario.¹⁹ Por todos estos motivos, los médicos y los funcionarios necesitaban encontrar una forma de proteger sus funciones.

En México, ni las solicitudes de Alvarado, ni el debate médico sobre la necesidad de una ley para “locos” tuvieron ningún tipo de reflejo normativo. Solo, a partir de 1896, se burocratizó más el proceso. Por ejemplo, cuando los facultativos que expedían los certificados ejercieran su labor fuera de la capital, sus firmas debían ser legalizadas en el lugar

¹⁷ Bandera, “Necesidad”, 1895, pp.3-5.

¹⁸ Sacristán, “Curar”, 2002, p.64.

¹⁹ Prestwich, “Family”, 1994, p.800.

de procedencia. Pero por el contrario se quitaron dos filtros que podían evitar el ingreso indebido de las pacientes. A partir del reglamento de 1896, no era necesario que el director diera su conformidad al ingreso. Y durante la admisión de la paciente, la mujer debía ser clasificada según el tipo de enfermedad como requisito previo a ser trasladada al departamento correspondiente, pero se prescindió del periodo de 30 días de observación.²⁰ Sin embargo, si durante un primer reconocimiento se dudaba del diagnóstico, se podía destinar al departamento primero de “Locas: para su observación y tratamiento”. Estas dos medidas implicaban otorgar una mayor credibilidad a los certificados, aportados por los deudos, que eran emitidos por facultativos particulares y, al mismo tiempo, limitaban el seguimiento que los médicos del establecimiento podían efectuar durante el primer mes de encierro, lo que hacía más vulnerable a la enferma frente a los abusos de los familiares y de las autoridades.

Esto era lo que establecía la regulación escrita, porque en la práctica los actores procuraban agilizar su proceso. Ante una administración cada vez más burocratizada, las autoridades intentaban no complicarse su actividad cotidiana y se negaban a mandar los oficios establecidos o lo hacían mediante una serie de formularios que eran rellenados mecánicamente. Los médicos, por su parte y con la titánica labor de atender a tantas enfermas, completaban los interrogatorios en los momentos críticos. En otras palabras, realizaban esta tarea cuando un evento de suma gravedad o la exhortación de los deudos y las autoridades judiciales así lo demandaban.

De esta manera, los cambios reglamentarios parecen confirmar lo que explica Stephanie Ballenger cuando afirma que, aunque técnicamente el criterio médico era el sobresaliente a la hora de la admisión, en la práctica era una decisión que previamente había hecho alguien más: las

²⁰ Es importante señalar que no se especifica quién es la persona o personas encargadas de hacer esta primera clasificación.

autoridades y los deudos.²¹ Y es cierto salvo por una apreciación importante, aunque el acto de internar a una mujer partía del Estado o de las personas allegadas, en el caso de éstas últimas, la petición debía ser sostenida por dos facultativos que previamente habían valorado a la enferma. Pues éstos tenían que redactar el certificado médico que avalaba el encierro. Requisitos médicos y administrativos que, como afirma Dolores Lorenzo, eran necesarios para definirse como beneficiarios del Estado y con ello, obtener los recursos que llevaban aparejados. Es decir, quién cumplía con los atributos recibía el servicio. Y en el caso concreto del hospital de mujeres dementes era quienes podían demostrar la enfermedad mental de sus parientes porque habían conseguido dos certificados médicos y, además, podían aportar una carta solicitud.²² Por lo que, ante la necesidad de cumplir un requerimiento, los familiares utilizaban las estrategias necesarias para obtener los documentos exigidos. A continuación, se van a describir algunas prácticas utilizadas por las familias para convertirse en usuarias del hospital y de la asistencia pública.

LAS ESTRATEGIAS FAMILIARES DURANTE EL INGRESO

Desde el momento en que se producía la detección de la enfermedad por parte de las familias hasta el encierro en un establecimiento para dementes, los parientes debían realizar un proceso marcado por la institución. Proceso que contemplaban el cumplimiento de dos requisitos: el primero era la obtención de dos certificados médicos; la segunda, que entró en vigor a partir de 1881, era la presentación de una solicitud de ingreso dirigida al director del establecimiento.

²¹ Ballenger, "Modernizing", 2009, p.178.

²² Lorenzo, *Estado*, 2011, pp.121-122.

Estrategias familiares para la obtención de los certificados médicos

En muchas ocasiones, la decisión y el proceso de encierro era iniciada por los deudos, pero como se explicó anteriormente debía ser ratificada por los facultativos.²³ Si se analiza cómo se produjo, en el caso de María de Jesús D., esta interacción médico-familia se observa la subordinación de la familia respecto al criterio de los galenos. Dos facultativos particulares fueron los que consideraron que la mujer estaba afectada de “una neurosis.²⁴” Y ellos hicieron la recomendación de “internar a la referida enferma, en un establecimiento apropiado para ser vigilada y medicada convenientemente.” En concordancia con esta opinión expedieron los certificados que hicieron posible el cumplimiento del requerimiento que, al menos normativamente hablando, era indispensable para obtener el encierro. Aunque, ciertamente, los documentos fueron redactados a petición de los interesados, en este caso, el hermano de María Jesús.²⁵

Entonces, si lo que se necesitaba eran dos documentos que acreditaban la enfermedad, acudir a dos facultativos privados era la vía más lógica para obtener un primer diagnóstico y los certificados. En sentido, la familia de Josefa B. tomó este camino dos ocasiones, pero recurrió a dos medios diferentes. La primera vez, consultaron a dos facultativos de su lugar de residencia Cautla. Más tarde, en 1913, Rómula M., madrastra de la enferma, se reunió con un doctor que ya

²³ La validación médica (los facultativos debían establecer si la mujer estaba enajenada mental) también era obligatoria en otros países, por ejemplo, en la Columbia Británica la ley prescribía este trámite, Kelm, “Only”, 1996, p.86. En el caso mexicano, esta práctica no era consecuencia de una ley sino un artículo en las disposiciones reglamentarias ratificadas por las autoridades de la Secretaría de Estado y del Despacho de Gobernación.

²⁴ En 1769, William Cullen acuñó el término neurosis para denominar a “las enfermedades de los sentidos y del movimiento, sin fiebre idiopática y sin afección local” de origen desconocido y sin que existiera ninguna lesión que afectara al cerebro. Más tarde, Sigmund Freud asoció este concepto a otros y estableció como padecimientos: la neurosis de ansiedad y la neurosis de angustia. En la actualidad, es una enfermedad que encaja dentro del espectro de la ansiedad y de la depresión. Ver, Sarundiansky, 2012, pp.258-259.

²⁵ María de Jesús D., núm. 373, E.C., C.6, Exp.5, f.9.

conocía en la ciudad de México: el doctor Ernesto S. Rojas para que le expidiera el certificado que le solicitaban para reingresar a su hijastra en el Manicomio General. Rojas ya conocía a Josefa, no solo la trató en 1909 durante su primera estancia en el hospital, sino que, en 1910, le concedió el alta por encontrarse mejorada de su “excitación maniaca” y de su “locura moral.”²⁶ Incluso, el diagnóstico de la primera enfermedad coincide con lo que aparece en el certificado de 1913, en el que facultativo además afirmó que Josefa necesitaba “para su seguridad y tratamiento” ser internada en el establecimiento de la Castañeda.²⁷

No resulta insólito que la madre de Josefa eligiera al doctor Rojas, pues éste había pertenecido al personal que laboró en el hospital de mujeres dementes y posteriormente al Manicomio General y formaba parte del pequeño círculo profesional que conformaban los alienistas durante el periodo estudiado. Su diagnóstico tampoco lo era: había tratado con anterioridad a la paciente por lo que fue considerado una recaída de su antigua dolencia. Haber estado previamente en el hospital podía incrementar la disposición de los facultativos para conceder el encierro. Más si los galenos llegaban a considerar que la vuelta de la paciente era una reincidencia de la dolencia que anteriormente había sufrido. Incluso existía una categoría médica: la de “locura intermitente” que era una patología mental de carácter temporal que presentaba intervalos de remisión o lucidez. Este fue el caso de Elena A. Vda. de R., paciente internada, tres veces entre 1899 y 1914, aquejada de esta enfermedad y que según la opinión experta tenía periodos de estar bien y otros en los que empeoraba, haciendo necesaria la vuelta a la institución cuando esto acontecía.

²⁶ Como se expuso en el capítulo anterior, la manía fue considerada en 1808 por Philippe Pinel como un tipo de locura en general, es decir, un trastorno de la emoción y del intelecto, caracterizado por un furor persistente. Berrios, *Historia*, 2008, pp. 517-518. De igual manera, el término locura moral fue acuñado por James C. Pritchard, en 1835, haciendo referencia a una forma de locura parcial vinculada a una perversión enfermiza de las pasiones, pero en las que no hay alucinaciones o delirios sino errores de juicio y de conducta. Shorter, *Dictionary*, 2005, pp. 164 y 228.

Por lo tanto, el aprendizaje familiar devenido de los ingresos anteriores se puede observar claramente en todos los casos de reingresos, pues, que la paciente hubiera estado recluida previamente en el hospital facilitaba dos aspectos: el primero, que la familia supiera a quién dirigirse y el segundo, conocer qué requisitos necesitaba para lograr el encierro y cómo obtenerlos. Otro caso particular en el que interviene el aprendizaje es el internamiento de varios miembros de la misma familia. En este sentido, Andrés Ríos apunta que haber tenido parientes afectados de locura hacía que existiera una mayor probabilidad de enviar a alguno de sus “anormales” al manicomio. De los 420 casos analizados en la presente investigación, en tres ocasiones estuvieron internados dos hermanas, y en un más, una hermana en la Canoa y un hermano en San Hipólito, ambos trasladados al Manicomio General en 1910.²⁸

Por ejemplo, Amparo y María D. eran hermanas, habían nacido en San Cristóbal Ecatepec y tenían 20 y 45 años respectivamente cuando fueron internadas en el hospital. La más joven fue diagnosticada de locura moral y la mayor de demencia precoz. Amparo fue asilada en 1903 y María, un año más tarde.²⁹ Por otro lado, Guadalupe y Dolores L. fueron ingresadas, también, con un año de diferencia. Guadalupe llegó al establecimiento en 1908, era viuda y tenía tres hijos y Dolores, en 1909, era soltera y sin hijos. Ambas hermanas eran jóvenes, de 27 y 24 años respectivamente. Y sufrían, según el diagnóstico médico, la misma enfermedad: epilepsia.³⁰ Se trataba, por tanto, de una enfermedad hereditaria que afectaba a dos miembros de la misma familia o fue una estrategia familiar. Pudieron ser ambas cosas. Por un lado, en 1910, Joaquín Cosío escribió un artículo denominado “La herencia en las enfermedades familiares” en el que apuntaba que ciertas dolencias podían producirse por herencias colaterales, es decir, que afectaban a los

²⁷ Josefa B., núm. 15, E.C., C.1, Exp. 6, f.14.

²⁸ Ríos, *Locura*, 2009, p.185.

²⁹ María D, núm. 34, E.C., C.1, Exp.25, y Amparo D, núm.35, C.1, Exp.26.

hermanos.³¹ Así que, que Guadalupe y Dolores tuvieran epilepsia o que Amparo y María sufrieran de los nervios entraban dentro de la posibilidad que apoyaba el discurso médico imperante. Por otra parte, Andrés Ríos afirma que al haber tenido otros parientes afectados de locura no implicaba, que tuvieran un patrón genético deteriorado, sino que la familia había creado una relación con las instancias psiquiátricas durante varias generaciones³² o al menos, como se ven en estos ejemplos, en dos momentos puntuales.

Llama la atención que las dos hermanas no fueron ingresadas al mismo tiempo, sino que ambas fueron llevadas al hospital con un año de diferencia. Aunque no puedo afirmar que no existía la enfermedad, pues esto no se puede probar con los documentos disponibles; lo que se sí es digno de recalcar es que este hecho está hablando de una suerte de aprendizaje por parte de los familiares. Tener un miembro de la familia en el nosocomio aportaba el conocimiento necesario sobre la forma de ingreso, el funcionamiento cotidiano de la institución y su reglamentación interna.

Además, en el caso de las hermanas L. se ve otra estrategia, las dos fueron ingresada por la séptima demarcación de policía. Lo cual no hizo necesario que sus parientes obtuvieran los dos certificados médicos necesarios y pagaran un timbre de 50 centavos que, en 1909, no estaba al alcance de todas las familias usuarias.³³ Respecto al uso de la policía, Cristina Rivera Garza apunta que frecuentemente se realizaban solicitudes gubernamentales en las que estaban implicadas las familias que iban buscando los certificados donde eran más baratos.³⁴ Tras la experiencia de los reingresos o de tener a varios miembros internados, los

³⁰ Guadalupe L., núm. 257, E.C., C.4, Exp.28 y Dolores L., núm. 258, E.C., C.4, Exp.29.

³¹ Cosío, "Herencia", 1910, pp.40-48, publicado en *La Gaceta Médica de México*.

³² Ríos, *Locura*, 2009, p.153.

³³ Certificado médico de Josefa B., emitido, el 27 de marzo de 1909, por dos médicos cirujanos "autorizados para ejercer su profesión," AHSSA, F-MG, S-E.C, C.1, Exp.6, f.6.

³⁴ Rivera Garza, *Castañeda*, 2010, p.115.

deudos podían acudir a los mismos facultativos que rubricaron los documentos las otras veces y a las autoridades.

Otra estrategia diferente que he observado en las familias es que recurrían a médicos que eran sus parientes o buscaban a personas de su confianza para obtener el mencionado requisito. Concretamente, el doctor Ladislao de la Pascua era padrino de Guadalupe G. y él fue el encargado de firmar uno de los certificados médicos que hicieron posible, en 1882, el ingreso de Guadalupe en el hospital.³⁵ Resulta llamativo este caso porque el reconocido facultativo era especialista en enfermedades infecciosas como la viruela y la lepra. Incluso para el año en el que certificó el padecimiento había abandonado su profesión y ejercía como canónigo de la Basílica de Nuestra Señora de Guadalupe.³⁶ Del mismo modo, el otro galeno que aportó el certificado fue el doctor Rafael Lucio. Y, casualmente, los dos fueron los últimos directores del Hospital de leprosos de San Lázaro antes que se produjera su cierre en 1862.³⁷ Además, resulta significativo lo que escribió en su certificado: “padece de una enajenación mental que podría ser calificada como de erotomanía y que hace indispensable se le coloque en un establecimiento en donde no pueda salir fuera de él, por los grandes males que pueden sobrevivirla a ella y a su familia, si no se le pone una reclusión completa mientras dura su enfermedad. Y a pedimento de su familia, doy esta certificación.”³⁸ Supongo que esta forma de exponer la enfermedad y sus consecuencias fue un reflejo de la preocupación familiar. Pero lo importante a efectos de la presente investigación es que la familia de Guadalupe G. acudió a un

³⁵ Guadalupe G., núm. 404, E.C., C.6, Exp.35, f.13.

³⁶ El doctor Ladislao de la Pascua fue un hombre muy polifacético, estudió medicina e ingeniería y ejerció como profesor de física médica entre 1838 y 1867. Además, en 1854, se ordenó como presbítero. Por lo que, a lo largo de su vida, alternó su función docente y militar con la vida religiosa. Piña, “Fuentes”, 2010, p.240.

³⁷ Ladislao de la Pascual fue director del Hospital de San Lázaro (1837-1842) y Rafael Lucio Nájera fue su sucesor (1842-1862). Piña, “Fuentes”, 2010, p.238 y Quijano “Lepra”, 1996, p.332.

³⁸ Guadalupe G., núm. 404, E.C., C.6, Exp.35. f.14.

médico con el que tenía un parentesco simbólico y a otro galeno que estaba relacionado profesionalmente con el primero.

Discursos familiares en las solicitudes de ingreso

Además de los certificados médicos, las familias necesitaban presentar un escrito en el que se expusiera su petición. Especialmente, Simón Gómez internó en 1898 a su hija María y en este escrito refirió lo siguiente: “El que subscribe ante Ud. respetuosamente expone que teniendo una hija afectada de enajenación mental, bajo la forma de manía crónica parcial³⁹[,] según lo acredita con los certificados que acompaño, y deseando que se recobre de su salud, como lo espero de la eficacia de dicho Establecimiento y careciendo de recursos por ser sumamente pobre.” En estas pocas líneas se resume las distintas fórmulas, muchas veces preconstruidas, que componían el contenido más habitual en las cartas de solicitud. Concretamente se advierte la descripción de la enfermedad, la fe en el cuidado que puede recibir en el sanatorio y la causa, esta vez económica, por la que la ingresa.

Respecto a la descripción de la enfermedad, Andrés Ríos considera que los familiares usaban los conceptos aprendidos del lenguaje médicos para justificar el encierro de lo que el autor colombiano denomina el “familiar incómodo.”⁴⁰ Sin embargo, si se comparan las solicitudes de ingreso con los certificados médicos, analizados en esta investigación, se observa más bien una copia literal de lo que fue expuesto por los facultativos que emitieron los certificados y no una apropiación de la retórica médica por parte de los deudos. Más si tenemos en cuenta el grado de preparación que solían tener la mayoría de los allegados y la complejidad de los términos clínicos. Pues, son casos muy concretos en

³⁹ En 1881, Emanuel Ernest Mendel (1839-1907) publicó una monografía en la que redefinió la manía, no lo consideró como un trastorno del ánimo sino como la aceleración patológica en sucesión de las ideas, que era acompañada de excitabilidad. En Shorter, *Dictionary*, 2005, p.133.

⁴⁰ Ríos, *Locura*, 2009, p.82.

los que los parientes tenían un mayor grado de formación académica y escasos aquellos con una preparación relacionada con la medicina o la abogacía.

En cuanto a los interrogatorios, éstos eran contestados frecuentemente por los parientes y puede parecer que los deudos aprendieron el lenguaje médico y lo utilizaban. Pero resulta complicado establecer qué parte del relato lo hizo la familia de la parte que interpretó o añadió el médico. Solo en algunas ocasiones aparecen frases entrecomilladas como queriendo destacar lo aportado por la paciente o su familia, y en este caso suelen tratarse de expresiones más coloquiales. Por todo lo expuesto, considero que afirmar que los familiares aprendieron el lenguaje médico resulta un tanto aventurado.

Otro elemento aportado por Simón G. que conviene subrayar es que apuntó a su pobreza como parte de su alegación. Este recurso retórico era cada vez menos utilizado en las solicitudes de internación, sobre todo si se confrontan los discursos de las cartas emitidas entre 1877 y 1910 (cuando el nosocomio estaba bajo el control de la Beneficencia Pública) con las aportadas entre 1861 y 1865 (cuando estaba gestionado por la Junta de San Vicente Paúl). Durante este último periodo, tanto los certificados médicos como las cartas ponían el énfasis en las necesidades económicas que tenían las familias y su incapacidad para sufragarlas tal y como se muestra el siguiente testimonio, además, las enfermas se presentaban como pobres desgraciadas que necesitaban ser internadas en un establecimiento dedicado a este tipo de padecimientos, insistiendo que no podían ser asistidas en su casa.⁴¹ Y por estos motivos apelaban a la caridad del establecimiento. Sirva de ejemplo, la familia de Rita M. quienes escribieron en 1861: “Está demente hace muchos años y no

⁴¹Solicitudes de ingreso al Hospital del Divino Salvador, F-BP, S-EH, Se-HDS, Lg.8, Exp.16, fs. 25, 33, 52, 91.

teniendo su pobre familia, ni donde tenerla y con qué asistirla, necesita que pase al Divino Salvador.”⁴²

En cambio, los escritos entregados en el Hospital para Dementes durante el periodo de estudio, 1877-1910, son cartas que no buscaban ser tan persuasivas como las anteriores. Ni tampoco alegaban tanto la pobreza como cabría esperarse si se pretendía ser beneficiario de la asistencia pública. Los parientes tampoco solicitaban el ingreso exigiendo su derecho como ciudadano, entonces, ¿a qué apelaban los deudos que pedían el servicio? Pues, rogaban les fuera otorgada una dádiva personal. Verbigracia, Manuela M., viuda de C., solicitó en 1911 el ingreso de su hija Dominga C., tras haber sido dada de alta anteriormente y en esta ocasión al Manicomio General de la Castañeda en Mixcoac. Según su petición buscaba la “curación y el tratamiento de su hija”, y con este ingreso iba a recibir “un especial favor.”⁴³

El hospital para dementes, por supuesto, suponía un gran auxilio económico, pero también sanitario para las pacientes. Más si se toma en cuenta lo que afirma Geertje Boschma, para el contexto anglosajón, cuando refiere que la familia estaba buscando un cuidado profesional digno y una potencial asistencia. Un cuidado que en el entorno doméstico seguramente parecía imposible.⁴⁴ En síntesis, estos documentos constatan un cambio en el argumento utilizado por las familias, un traslado del discurso de la apelación a la caridad cristiana al apoyo en el conocimiento experto. Un soporte que también se observa cuando se comparan las cartas con los certificados de ingreso. Pues como dije anteriormente, en la mayoría de las veces la nota de solicitud contenía las mismas fórmulas retóricas que estaban incluidas en el certificado médico que al mismo tiempo se adjuntaba.

⁴² Certificado médico de Rita M., expedido por, el Profesor de Medicina y Cirugía General, Manuel Gallardo, el 10 de septiembre de 1861, F-BP, S-EH, Se-HDS, Lg.8, Exp.16, f.19

⁴³ Dominga C., núm. 115, E.C., C.2, Exp.42, f.18.

⁴⁴ Boschma, “Family”, 2008, p.373.

Ante unas fórmulas preestablecidas y mediadas por el discurso médico, en contadas ocasiones se encuentran solicitudes que parecen ser una expresión de las dificultades familiares y de las necesidades que esperaban cubrir con el hospital. Tal es el caso del certificado aportado por los parientes de Carmen S., en el que los médicos que lo redactan interpretan el discurso familiar y exponen lo siguiente: “desde pequeña ha sido de carácter caprichoso y violento, desobedeciendo a su madre y abandonando la casa y la escuela para hacer paseos con sus amigos.” Aunque después de esta descripción, los firmantes vuelven a recuperar su alegato médico e incluyen una serie de síntomas físicos como dolores en la cabeza, calambres en las pantorrillas e hinchazón en los pies, en la mano y en los ojos. Y por último establecen el diagnóstico tentativo de “locura moral.”⁴⁵

De este modo, una solicitud que incluyera la descripción de comportamientos mórbidos no era lo habitual y resultaba más común encontrar en los interrogatorios esta mezcla de conductas y trastornos físicos. Pues era a partir de la información contenida en los interrogatorios, y no en las solicitudes, que los facultativos hacían su anamnesis y para ello usaban términos que, como afirma Geertje Boschma, se referían a un determinado contexto y que eran una muestra de los comportamientos socialmente inaceptables.⁴⁶ Además, de las dolencias físicas y de los comportamientos erráticos, las explicaciones científicas sobre la enfermedad mental también estaban relacionadas con el degeneracionismo. Pues, los patrones hereditarios servían, a menudo, como sustento para el diagnóstico de la enajenación mental.

Además, de recurrir a dos facultativos y de redactar una carta de solicitud, para lograr el ingreso de un pariente en una institución para dementes había otra posibilidad: la de acudir a la Beneficencia Pública, al

⁴⁵ Carmen S., núm. 174, E.C., C.2, Exp.74, f.5.

⁴⁶ Boschma, “Family”, 2008, p.372.

gobierno del Distrito Federal o la policía. Alternativas que voy a tratar a continuación.

LA INTERVENCIÓN DE LAS AUTORIDADES DURANTE EL INGRESO DE LA PACIENTE EN EL CASO DE LAS FAMILIAS USUARIAS

Del total de las internas estudiadas que fueron encerradas la primera vez por orden de una autoridad local o foránea, tengo la certeza de que en el 4.35% de los casos, los deudos recurrieron a la policía directamente. Un porcentaje que resulta muy pequeño. Esto pudo producirse por lo que Mark Finnane, en una investigación sobre la locura centrada en la clase trabajadora, denomina resistencia familiar a la policía y al resto de autoridades.⁴⁷ Además, en un caso se conoce que la participación del cuerpo de seguridad se debió a un momento circunstancial: Dominga C., de diez años sufrió en 1912 un ataque epiléptico en la calle. El médico que la asistió le dijo su madre que debía ingresar en el Manicomio y “así lo hizo ella.” Tras el incidente, el propio médico de la cuarta demarcación solicitó el ingreso, el que fue ratificado por orden del gobierno del Distrito Federal. A partir de este evento, la familia pudo aprender que podía usar a la policía para lograr el internamiento porque las otras veces que Dominga fue al manicomio también fue remitida por la sexta demarcación de policía.⁴⁸ Pero, no eran la única instancia a la que podían acudir, los deudos también se dirigieron a las prefecturas políticas locales y a los gobiernos estatales.

Así, en septiembre de 1907, José T. solicitó a la Prefectura de Tlalpan el ingreso de su esposa Ángela G. y aportó un certificado del doctor Genero Pacheco. Asimismo, redactó una carta dirigida al prefecto político de esta municipalidad en la que alegaba que su mujer llevaba años padeciendo ataques epilépticos y había sido atendida por diversos

⁴⁷ Finnane, *Asylum*, 1985, p.141.

⁴⁸ Dominga C., núm. 115, E.C., C.2, Exp.42, fs.10, 18 y 21.

médicos de la capital. También explicó que la enfermedad no tenía “remedio” y se había agravado, por todo ello solicitaba el ingreso y, además, porque no podía soportar “sus necesidades por el estado de locura é idiotismo” en que se encontraba. Asimismo, afirmó carecer de los recursos necesarios para su curación y cuidado. Por lo que apoyándose en la opinión médica solicitaba el traslado de su mujer al Hospital de Mujeres Dementes. La gravedad de Ángela no debió ser tal, pues en noviembre de ese mismo año, el director del establecimiento remitió un oficio al Inspector General de Policía solicitando que la enferma fuera devuelta a su familia.⁴⁹

En este caso el esposo pudo ser informado por la propia prefectura de que la solicitud la tenía que dirigir al gobierno del Distrito Federal, incluso aportó un certificado médico de un facultativo particular. Sin embargo, usó la prefectura de Tlalpan para obtener un trasporte que se encargara del traslado.⁵⁰ El proceso debió ser, más o menos, el siguiente: Una vez que el esposo se informó, reunió la carta y el certificado. Después, la prefectura política envió al gobierno distrital el certificado médico. Y, a continuación, el gobierno debió remitir un oficio al hospital con una fórmula parecida a ésta: “Tengo el honor de acompañar a Ud. el certificado expedido por el médico de la cárcel de esta villa por el que aparece que Joaquina D. se encuentra enferma de enajenación mental suplicándole se sirva ordenar sea expedida la boleta correspondiente para que pase al hospital.”⁵¹ En esta ocasión, el esposo utilizó a las autoridades para tramitar el traslado al nosocomio únicamente, pues el certificado fue emitido por un doctor privado. Sin embargo, en los documentos de otras pacientes aparece que el certificado también fue

⁴⁹ Oficio número 296 dirigido al secretario del Gobierno del Distrito, Tlalpan, 2 de septiembre de 1907, AHCDMX, F-Mun, S-Tlal, Se-BP, C.27, Exp.19, f. s/n.

⁵⁰ Carta de José T. dirigido al Prefecto Político de la Municipalidad, Tlalpan, 31 de agosto de 1907, AHCDMX, F-Mun, S-Tlal, Se-BP, C. 27, Exp.19, f. s/n.

⁵¹ Minuta número 684, emitida por la municipalidad de Tacuba de Morelos con fecha de 24 de agosto de 1901 enviada al Secretario de Gobierno del Distrito Federal, AHCDMX, F-Mun, S-Tlal, Se-BP, C.27, Exp.10, f. s/n.

realizado por el médico de la cárcel o de la prefectura y que la policía se encargó de llevar a las mujeres al establecimiento.

En definitiva, acudir a la policía facilitó que el esposo de Ángela la internara en el nosocomio para dementes. Sin embargo, esta estrategia no siempre surtía efecto, pues he hallado oficios en los que un pariente solicitaba ayuda a una autoridad local y ésta se la negaba. Entonces, el deudo solicitante tenía que apelar a una instancia superior y realizar el trámite correspondiente frente al gobierno del Distrito Federal.⁵² A pesar de la existencia de este tipo de casos, las autoridades, tal y como afirma Hubonor Ayala, solían coadyuvar a los parientes en el traslado de sus enfermas. Sobre todo, si se trataban de familias “pobres de solemnidad.” Ayala también asegura que los gastos que pudieran generarse también eran sufragados por las autoridades municipales. Además, fuera de la capital, para que los parientes ingresaran a un deudo en el hospital, la familia debía llevar una recomendación de la Jefatura Política del cantón.⁵³

Asimismo, los gobiernos estatales participaban junto a los familiares en el proceso de ingresar a sus parientes enfermas. Luisa G., originaria de Villaldama, fue internada por la solicitud del Lic. Jesús M. Cerda.⁵⁴ En 1910, Isabel H. de V., vecina de Monterrey, fue internada en el hospital capitalino por la petición del esposo. Concepción M. y María P., procedentes de Chihuahua; María Luisa R. y Dolores G. de Oaxaca. Para que las familias obtuvieran el acceso al hospital, los gobiernos estatales tuvieron que facilitar la intermediación de los solicitantes con la Beneficencia Pública. Los certificados que facilitaron los parientes fueron emitidos por los facultativos privados lo que parece indicar que los estados fueron un vehículo para llegar al hospital, aunque no los promotores del ingreso. Además, en el caso de las pacientes que fueron

⁵² Solicitud de David Méndez al Prefecto de Tlalpan, con fecha 3 de abril de 1907, AHCDMX, F-Mun, Se-Tlal, Se-BP, C.27, Exp.17, f. s/n.

⁵³ Ayala, *Salvaguardar*, 2007, pp.156-158.

trasladadas desde Oaxaca, un notario fue el encargado de verificar la legalidad de los documentos aportados. De todas ellas, solo Concepción M. fue internada en calidad de pensionistas.⁵⁵ Estos trámites eran ligeramente distintos a los que realizaban las autoridades con aquellas mujeres que recogían de la calle,⁵⁶ pero en ambos casos la intervención del gobernador del Estado obedecía al carácter de hospital nacional que adquirió el nosocomio para dementes durante el periodo estudiado.

LA PARTICIPACIÓN FAMILIAR DURANTE LA ESTADÍA DE LAS ENFERMAS

Los trabajos de algunas investigadoras⁵⁷ anglosajonas presentan al manicomio como un buen recurso para la comunidad y para las familias. Asimismo, exponen que la relación entre las familias y el establecimiento fue más allá del proceso de admisión y que la participación de los deudos

⁵⁴ Luisa G., núm. 189, E.C., C.3, Exp.34.

⁵⁵ Concepción M., núm.68, E.C., C.1, Exp.59; María P., núm.89, E.C., C.2, Exp.17; María Luisa R., núm.140, E.C., C.2, Exp.67; Dolores G., núm.247, E.C., C.4, Exp. 18.

⁵⁶ No hay que confundir estos casos en los que la familia pide ayuda a los gobiernos estatales y éstos fungen como mediadores ante la Beneficencia Pública y la Dirección del Hospital con otros casos en los que los propios organismos estatales remiten a mujeres sin soporte familiar. En esta situación, las entidades estatales tenían que contribuir al sostenimiento de las pacientes pagando una pensión cuyo importe era inferior al que abonaban las familias de la capital o foráneas para ser asiladas de primera o segunda categoría.

⁵⁷ En 1984, Nancy Tomes publicó: "A Generous Confidence: Thomas Story Kirkbride and the Art of Asylum-Keeping, 1840-1883", siendo una de las primeras autoras que analizó las complejas relaciones entre las instituciones, los patrocinadores y los pacientes a partir de los archivos de un hospital de Pennsylvania. Por su parte, Cheryl Krasnick Warsh realizó en 1989 un trabajo titulado: *Moments of nreason: The Practice of Canadian Psychiatric and the Homewood Retreat, 1833-1923*, en cuyo capítulo quinto abordó como las familias tenían la potestad para decidir obviar el comportamiento inadecuado de su pariente, cuidar a su enfermo o confinarlo en un manicomio o en una casa de retiro y afirmó que esa decisión podía ser una estrategia en tiempo de crisis. Más tarde, entre 1992 y 1993, Mary-Ellen Kelm en "The only place likely to do her any good": The Admission of Women to British Columbian's Provincial Hospital for Insane" partió de la idea de que los registros médicos oscurecían las reacciones de las mujeres frente a la enfermedad y los conflictos familiares, etc., pero otros documentos no psiquiátricos daban cuenta de que cómo los deudos usaban los hospitales para contener el conflicto y los comportamientos que eran considerados como socialmente inaceptables. Ya en 1994, Patricia Prestwich, "Family Strategies and Medical Power: 'Voluntary' Committal in a Parisian Asylum, 1876-1914", cuyo tema principal era el ingreso de pacientes "voluntarios" enviados por sus familias a un asilo de París analizó los intereses de los médicos y las estrategias utilizadas por las familias.

estuvo condicionada por sus características sociales y económicas. Circunstancias que eran únicas en cada grupo doméstico.

En este sentido, los testimonios analizados en la presente investigación apuntaron a que muchas de las familias usuarias del nosocomio no intervinieron durante el ingreso de las enfermas, sino que se hicieron presentes durante su estancia. Éstas enviaron cartas preguntando por el estado de salud de la interna, les llevaron regalos o comenzaron a visitarlas. También, aparecen en los documentos los nombres y las direcciones de las personas responsables a las que el nosocomio notificaba las novedades en el desarrollo de la enfermedad, sobre todo, les avisaba cuando la enferma se encontraba grave y mandaba un telegrama tras el fallecimiento. Así, la mayor o menor presencia de las familias, su grado de implicación y la relación con el hospital dan cuenta de los usos que éstas asignaron al establecimiento. Con respecto a la participación se puede observar su intervención en actos tan cotidianos como visitar a sus enfermas y pedir informes; enviar, lavar y remendar su ropa; pagar la pensión de su pariente; pedir permisos y solicitar el alta. Esta contribución estaba normada por los reglamentos internos de 1879, 1881 y 1896. Prácticas se van a analizar a continuación.

Informes y visitas

Reglamentariamente hablando no había ningún artículo en el que se especificara cómo se debían pedir informes y mediante qué canales podían recibirlos. Sin embargo, las familias que residían fuera de la capital buscaban la manera de conocer el estado de su enferma.⁵⁸ Entonces, el médico encargado del departamento o el director de la institución redactaban un parte que se enviaba por correo a la dirección suministrada por el pariente. Aunque no siempre, según reflejan algunos testimonios, la comunicación era posible. Por ejemplo, Leopoldo R., tras el traslado de su hermana al Manicomio General, en varias ocasiones reclamó a esta

institución que no sabía el verdadero estado de su hermana y les preguntó si existía la posibilidad de que recobrará sus facultades mentales.⁵⁹

En referencia a las visitas, Constance Macgovern establece que las familias podían querer encontrarse o conocer el estado de su enferma, pero podían ser limitados por los facultativos. Pues, en última instancia, los médicos eran quienes tenían la potestad, según se recogía en la normativa interna, de decidir si se concedían las visitas y de establecer cuándo y en qué condiciones se debían relacionar las familias con las internas.⁶⁰ De esta manera, los reglamentos de 1879 y 1881 explicaban que las visitas tenían lugar una vez a la semana. Las enfermas de régimen general, por la tarde, en horario de 4 a 5 p.m., y las pensionistas, por la mañana entre las 9 y las 11 a.m. Como se puede observar, los deudos de las pacientes distinguidas disponían de una hora más que los de las indigentes como beneficio al pago de la pensión.

A partir de 1896, el tiempo se distribuyó en función de los departamentos para las internas de asistencia gratuita. El martes correspondía a las enfermas alojadas en los departamentos primero y segundo, el viernes para las del tercero y el quinto.⁶¹ Las pensionistas eran visitadas los domingos, aunque en el reglamento aparecía que los parientes podían estar con las enfermas pertenecientes al régimen de distinguidas cualquier día de la semana. Por lo que no tuvieron problema en aceptar la petición de la hermana de la pensionista María P., quien, en 1906, solicitó a la dirección del nosocomio que les cambiara el día de visita por el jueves, momento en que recibían a sus deudos las internas indigentes. El motivo de la súplica era que semanalmente estaban viajando algunos familiares a la capital y quería aprovechar esta

⁵⁸ Ayala, *Salvaguardar*, 2007, p.141.

⁵⁹ Rosaura R., núm.385, E.C., C.6, Exp.16, fs.9, 14.

⁶⁰ MacGovern, "Community", 1987, p.24.

⁶¹ Reglamento interno, Hospital para Mujeres Dementes, Prevenciones Generales, Capítulo 1º, 1879. AHSSA, F-BP, S-EH, Se-HDS, Lg.12, Exp.16, f.8. Reglamento interno, Hospital para Mujeres Dementes, 1881, AHSSA, F-BP, S-EH, Se-HDS, Lg.13, Exp.4, f.16.

circunstancia para estar informada del estado de la interna.⁶² Además, de informes y visitas, las familias podían apoyar a sus parientes dándoles prendas de vestir y otros regalos.

El vestuario de las internas

Los reglamentos internos de 1879 y 1881 prescribieron que los deudos debían aportar un ajuar para la enferma. El esposo de Ángela C. cumplió con el mandato reglamentario y envió un paquete por el “Express” que contenía tres sobre fundas de almohada, dos camisones, una enagua, una toalla, un cobertor, entre otras cosas.⁶³ En cuanto a la limpieza y el mantenimiento de la ropa, en el caso de pensionistas de primera categoría, el establecimiento se encargaba de lavar y remendar las prendas. En cambio, las familias de las de segunda categoría debían hacer estas labores. Las indigentes, por su parte, recibían de la ropería del establecimiento el vestuario personal y de cama necesario.

Cumpliendo con la norma aplicable a las pensionistas de segunda categoría, la familia de María H. enviaba con regularidad medias, zapatos, camisas y calzones y su madre aprovechaba los paquetes para mandarles cartas.⁶⁴ Cuando los parientes no cumplían con este requisito eran amonestados por el nosocomio. Por ejemplo, en 1917, el Manicomio General exhortó a la familia de Trinidad J. a enviarle algunas mudas pues según los informes de las personas responsables del pabellón, la enferma carecía de ropa. Se desconoce si los parientes de Trinidad se desentendieron de sus necesidades, porque con anterioridad era frecuente que sus deudos le enviaran vestidos y zapatos.⁶⁵

De igual manera, aunque los deudos no tuvieran una obligación normativa, les expedían productos para el aseo, dulces, papel e hilos para

Reglamento interno, Hospital para Mujeres Dementes, 1896, AHSSA, F-BP, S-EH, Se-HDS, Lg.18, Exp.35, f.8.

⁶² María P., núm.381, E.C. C.6, Exp.12, f.10.

⁶³ Ángela C. de G., núm.20, E.C., C.1, Exp. 11, f.8.

⁶⁴ María H., núm. 194, E.C., C.3, Exp.39.

⁶⁵ Trinidad J., núm. 374, E.C., C.6, Exp.5, fs.8 y 15.

labor. Paula M. envió un bulto postal dirigido a la enferma Victoria A. y en su interior se encontraban cuatro polvorones, medio metro de cambray (un tejido fino de algodón), varios carretes de hilo, un jabón, un paquete de horquillas, una cinta y una madeja de seda.⁶⁶

Tras el fallecimiento

La última forma en la que la familia podía hacerse presente era tras el fallecimiento de la enferma. En esos casos, los parientes y los tutores podían encargarse del cuerpo para darle sepultura. El hospital ante la gravedad de la interna intentaba ponerse en comunicación con algún pariente para informarle del estado, en ocasiones, no era posible y simplemente informaban del deceso. Este aviso se hacía normalmente mediante un telegrama, aunque, con frecuencia, no llegaban a localizar a los destinatarios. En otras ocasiones, el hospital hacía las pesquisas necesarias para dar con los deudos. Así, con fecha 22 y 28 de septiembre de 1915 se enviaron sendos telegramas informando de la gravedad del estado de Enriqueta S. de M. Los mensajes iban dirigidos a Luis M. en Tampico. Ante la imposibilidad de establecer comunicación, el 10 de octubre se remitió una nota al doctor Alfredo Duplan, de la Dirección General de la Beneficencia Pública, pidiendo información sobre el paradero del hijo de Enriqueta. Éste supo donde localizarlo, lo cual hizo posible que se emitiera al día siguiente un telegrama al Hotel Londres donde se estaba hospedando el descendiente de la enferma. Finalmente, se le pudo avisar de la gravedad y posterior fallecimiento de su madre.⁶⁷

En el caso de las enfermas indigentes, si los familiares no se hacían cargo del cadáver, los trámites y los gastos corrían por cargo del hospital, tal y como se reflejó en el capítulo segundo, artículo undécimo de

⁶⁶ Victoria Á., núm. 315, E.C., C.5, Exp.4, f.3.

⁶⁷ Enriqueta M., núm. 377, E.C., C.6, Exp.8, fs.7-9, 11-12, 14-15.

los reglamentos internos de 1879 y 1881.⁶⁸ Los parientes de las enfermas pensionistas, sin embargo, tenían la obligación de sufragar los importes devenidos de la inhumación del cadáver. Así lo hizo el tutor de María de Jesús A., que en un escrito dirigido al director del Manicomio General le daba las gracias por haberse encargado de los gestiones y costos que se produjeron a la hora de enterrar a su tutorada y le rogaba que el monto sobrante fuera entregado a los pobres.⁶⁹

La participación de las familias durante la estadía no siempre fue constante pues como bien indica Yonissa Marmitt Wadi, haciendo referencia al “Falatório de Stela”, en los internamientos de larga duración los parientes que se encargaban de la enferma fallecían, se cambiaban de domicilio o simplemente se cansaban de visitarlos y los olvidaban.⁷⁰ En estas circunstancias, las pacientes se quedaban aisladas de su entorno.

Sin embargo, en todas las actividades en las que participaban, las familias usuarias conocían la normativa, pero no siempre podían o querían acatarla. Entonces, se producía un proceso de negociación en el que los deudos utilizaban distintas estrategias para satisfacer sus necesidades o el mantenimiento y la mejora de las condiciones de la estancia de sus parientes.

INTERACCIONES FAMILIARES: PRÁCTICAS Y NEGOCIACIONES

Uno de los procesos de negociación más frecuentes entre las familias y el establecimiento, y siempre en conformidad con la Secretaría de Estado, estaba relacionado con las pensiones que pagaban las familias de las enfermas distinguidas. Situaciones como el mantenimiento del importe de las pensiones, la condonación de las deudas contraídas, incluso, la otorgación del estatus de pensionista de gracia eran solicitudes habituales

⁶⁸ Reglamento interno del Hospital de Mujeres Dementes de 1879, AHSSA, F-BP, S-EH, Se-HDS, Lg. 12, Exp. 16, f. 3. Reglamento interno, Hospital para Mujeres Dementes, 1881, AHSSA, F-BP, S-EH, Se-HDS, Lg. 13, Exp. 4, f.14.

⁶⁹ María Jesús A. de V., núm. 357, E.C., C.5, Exp.46, f.17.

que fueron obtenidas por los deudos. Un ejemplo es el de Juan G. R. quien, en 1876, se dirigió al gobierno del Distrito Federal exponiendo que desde 1871 su hermana Guadalupe estaba en el Divino Salvador en calidad de enferma distinguida. En aquel entonces, la pensión que cubría tenía un costo de 25 pesos mensuales que pagaban otro de sus hermanos, Luis G. R. Para él que, según el testimonio, había cambiado su situación económica. Por este motivo, Juan recurría al regidor para que se acordara la reducción del importe de veinticinco a ocho o diez pesos mensuales. Para reforzar tal petición afirmaba que su hermana Guadalupe era una enferma con una notable quietud y en consecuencia, daba poco trabajo al personal del establecimiento. Sin ningún reparo, la comisión del ayuntamiento capitalino aprobó dicha rebaja, quedando la pensión de Guadalupe en ocho pesos por mes.⁷¹

Esto era posible porque, desde 1859 hasta 1879, no había un reglamento interno que estableciera el precio fijo de las pensiones, lo que facilitaba la desigualdad en el costo que el hospital repercutía en concepto de pensiones a los pacientes. Por poner un ejemplo, en 1877, Francisco de C. envió una misiva a la Junta de Beneficencia en la que expuso que su esposa, Clara era pensionista desde 1876 y pagaba treinta y cinco pesos mensuales porque, según el testimonio de Francisco, el hospital le había explicado que podría ser necesarios hacer algún gasto extraordinario como pagar a varios médicos, darle medicinas y proporcionar a Clara atenciones especiales. El esposo mostraba su disconformidad con esta tarifa porque en su opinión no había sido posible la curación de la enferma, por lo que solicitaba la rebaja del importe de la pensión a “una suma moderada” y “equitativa.” El hospital expuso, ante la queja de Francisco C., que no había sido necesario erogar estos gastos por lo que apoyaban la idea de disminuir la cuota y dejarla en un importe

⁷⁰ Marmitt, “Problematizando”, 2016, p.87.

⁷¹ Escrito dirigido al C. Regidor, ciudad de México, 21 de diciembre de 1876, AHCDMX, F-AyGDF, S-H., Se- HDS, vol. 2312, Exp. 73, fs. s/n.

de 20 o 25 pesos mensuales.⁷² Además, de la carencia reglamentaria no hay que pasar por alto que durante el periodo en el que el Ayuntamiento de la ciudad de México gestionaba el Hospital de Mujeres Dementes, la entidad operaba de una forma casuística y que orientaba la prestación de los servicios de una manera diferenciada y siempre en función de las demandas de la Junta de San Vicente Paúl. Después, con el traspaso de esta gestión a la Secretaría de Estado se produjo cierta modernización institucional, la que devino en una mayor burocratización y control de los recursos.

Modernización que, sin embargo, no impidió que, en 1903, existieran varios tipos de pensiones: las de primera clase con un costo de 30 pesos y los de segunda, de 20 pesos mensuales. Por otro lado, un conjunto de pensionistas de segunda clase que según el criterio del hospital pertenecían a una antigua clasificación y que continuaban pagando el precio anterior de 12 pesos por mes; un cuarto grupo que tenían tarifas especiales asignadas por acuerdo de los parientes con la Secretaría de Estado y otras pensiones correspondientes a las enfermas remitidas por los gobiernos estatales que abonaban cinco pesos mensuales por estancia de cada una.⁷³ Quedando la cuenta de la siguiente forma:

⁷² Escrito dirigido a la Junta de la Beneficencia, ciudad de México, 20 de mayo de 1877, AHSSA, F-BP, S-EH, Se-HDS, Lg.11, Exp.33, f.2.

⁷³ Escrito de Juan Flores, prefecto del Hospital de Mujeres Dementes, enviado al Director General de la Beneficencia Pública, ciudad de México, 4 de agosto de 1903, AHSSA, F-BP, Se-HDS, Lg.20, Exp.6, f.3

Tabla 4. Recaudación mensual prevista en concepto de pensiones, agosto de 1903

Pensionistas	Categoría	Precio pensión/mes	Total
10	<i>Primera</i>	30 pesos	300 pesos
31	<i>Segunda</i>	20 pesos	630 pesos
8	<i>Segunda anterior</i>	12 pesos	96 pesos
1	<i>Suprema Orden</i>	15 pesos	15 pesos
4	<i>Gobierno Estatal</i>	5 pesos	20 pesos
54 pensionistas			1061 pesos

Fuente: Elaboración propia a partir de datos oficiales.⁷⁴

Esta tabla refleja perfectamente cómo unos precios oficiales que había sido propuestos por el hospital y ratificados por la Secretaría de Estado se aplicaban de forma diferente a las internas. Este empleo discrecional de las tarifas era consecuencia de la flexibilidad en la aplicación de la norma y de la capacidad de negociación de algunas familias con los otros actores involucrados. Aunque con este proceso la tesorería perdiera dinero, posiblemente la institución veía en estas concesiones una forma de no tener problemas con las familias pensionistas y evitar la mala prensa.

Además, de conseguir la disminución de las cuotas en concepto de pensiones, las familias llegaban a otro tipo de acuerdos con las autoridades de la Beneficencia Pública y con la dirección del hospital. Éstos consistían en el aplazamiento en el pago de las pensiones atrasadas y en la condonación de las deudas. Ramón D., esposo de la enferma Guadalupe T., abonó, en 1904, doscientos pesos que

correspondían a los meses de febrero a diciembre de 1903, el resto se comprometió a cubrirlo posteriormente. El director de la institución en ese momento, Alberto López Hermosa, aseguró que gestionaría la deuda y haría cumplir todas las obligaciones reglamentarias al Sr. D. Sin embargo, la irregularidad en el pago se mantuvo hasta un año después cuando en marzo de 1905 Guadalupe T. fue enviada al departamento de indigentes donde según el testimonio del director Juan Peón del Valle se le guardaba las consideraciones apropiadas a su posición social y al tiempo que permaneció como pensionista (de 1898 a 1905). Ramón D., en su defensa, alegó que había dado órdenes a Jesús G. de hacer efectivos los pagos en concepto de pensiones puntualmente. Ante esos hechos, ofreció a la Beneficencia Pública regularizar su deuda mediante giro postal. Meses después Guadalupe T. fue remitida nuevamente a pensionistas.⁷⁵

Respecto a las pensiones, el reglamento interno de 1879 estableció que las familias de las pensionistas debían abonar por adelantado la primera cuota y aceptar el reglamento interno. Después, y en caso de que las familias dejaban de solventar las pensiones durante dos mensualidades consecutivas, el establecimiento tenía la potestad de trasladar a la paciente del departamento de pensionistas a indigentes. En la práctica, se daban dos circunstancias: en algunos casos el nosocomio aplicaba esta norma rigurosamente. Por ejemplo, los deudos de una paciente manifestaron que se encontraba carente de recursos, por lo que no podían continuar cubriendo la pensión de primera clase que estaban pagando hasta el mes de abril de 1888. En consecuencia, solicitaron que se incorporara a la interna al departamento general para enfermas indigentes.⁷⁶ Y en otros, podían pasar muchos meses sin que los deudos hicieran los pagos correspondientes y sin que el hospital aplicara la

⁷⁴ AHSSA, F-BP, Se-HDS, Lg. 20, Exp. 6, f.3.

⁷⁵ Guadalupe T. de D., núm. 221, E.C., C.3, Exp.65, fs.4, 6 y 7.

⁷⁶ Carta del director del Hospital de Mujeres Dementes, Miguel Alvarado, enviada al Secretario de Estado y Despacho de Gobernación Manuel Romero Rubio, ciudad de México, 1° de mayo de 1888, AHSSA, F-BP, S-EH, Se-HDS, Lg.16, Exp.9, f.1.

medida correctiva antes mencionada, llegando a acumular deudas importantes con el hospital.

En la mayoría de las ocasiones, las deudas estaban originadas por el desentendimiento de los deudos. Frecuentemente, se desconocía el paradero del familiar encargado de la entrega de las pensiones. Otros parientes alegaban pobreza o infortunio económico como así lo informó el esposo de la señora S.J que según su testimonio se había quedado sin un “capitalito” que poseían y por este motivo se encontraba en “la completa insolvencia.”⁷⁷ En otros casos, el impago se debía a causas extraordinarias como el fallecimiento de las personas responsables del pago. Este fue el caso de la encargada del desembolso de las pensiones de la señora Dolores.⁷⁸

Por otro lado, la labor que desempeñaban los prefectos en el cobro de las pensiones fue primordial no solo para el hospital sino para la Beneficencia Pública. Pues los prefectos, como afirma Dolores Lorenzo, eran los enlaces entre la beneficencia y los beneficiarios,⁷⁹ en esta investigación, las familias usuarias del Hospital de Mujeres Dementes. Tal era su importancia que Jesús Flores, administrador del hospital, solicitó que se le dieran una gratificación del 3% sobre el importe recaudado de las pensiones, a cuenta del esfuerzo que suponía buscar a los deudos de las enfermas para cobrarles las pequeñas cantidades mensuales que adeudaban y lo difícil que resultaba llevar al corriente las cuentas de las pensiones. La petición de Jesús Flores fue respaldada por el director del nosocomio, además, el prefecto adujo que esta renta ya se había concedido al administrador del Hospital para Hombres Dementes,

⁷⁷ Carta del director del Hospital de Mujeres Dementes, Secundino Sosa, enviada al Secretario de Estado y Despacho de Gobernación, ciudad de México, 30 de noviembre de 1895, AHSSA, F-BP, S-EH, Se- HDS, Lg. 18, Exp.8, fs.1-2.

⁷⁸ Carta del director del Hospital de Mujeres Dementes, Secundino Sosa, enviada al Secretario de Estado y Despacho de Gobernación, ciudad de México, 30 de noviembre de 1895, AHSSA, F-BP, S-EH, Se- HDS, Lg. 18, Exp.8, fs.1-2.

⁷⁹ Lorenzo, *Estado*, 2011, pp.104-105.

existiendo un precedente, por lo que la Beneficencia Pública aceptó su petición.⁸⁰

A pesar del porcentaje que obtenía el prefecto por realizar estas gestiones, a menudo, Flores se manifestaba incapaz de cobrar las deudas atrasadas. Incluso, en 1891, llegó a proponer a la Secretaría de Estado que interviniera el abogado de la beneficencia en el intento de cobrar los adeudos causados por varias pensionistas y cuyo monto ascendía a 745 pesos con 20 centavos. El letrado de la beneficencia tampoco logró hacer efectivos los pagos pendientes.⁸¹ Por todos estos motivos, y como se observa en la siguiente tabla, el importe de lo recaudado en concepto de pensiones oscilaba entre el 18 y el 40 por ciento del presupuesto que la Beneficencia Pública destinaba al nosocomio. Pero pudo ser mucho más alto si los familiares hubieran liquidado las cuotas sin retrasos. Por ejemplo, en octubre de 1885 el hospital tenía previsto recaudar 556.33 pesos mensuales y, en promedio, obtuvo 350 pesos por mes.⁸²

Respecto a la condonación de la deuda, el propio hospital intercedía ante la Beneficencia Pública con el objeto de obtener que la enferma fuera considerada de gracia. Es decir, con el mismo estatus de paciente distinguida, pero sin pagar la cuota correspondiente. Según el testimonio del director del nosocomio, en 1882, Juan F. internó a su hija Lucía en calidad de pensionista de primera clase. Juan, de origen francés y pintor de profesión, tenía muchos problemas para pagar las cuotas a tiempo, sin embargo, mostraba, según la dirección del establecimiento,

⁸⁰ Escrito de Miguel Alvarado, director del Hospital para Mujeres Dementes, dirigido al Secretario de Estado y Despacho de Gobernación, ciudad de México, 22 de febrero de 1890. AHSSA, F-BP, S-EH, Se-HDS, Lg. 17, Exp. 23, f.2. Contestación de Manuel Romero Rubio concediendo la solicitud del doctor Alvarado sobre la gratificación del 3% concedido a Jesús Flores, administrador del nosocomio, ciudad de México, 28 de febrero de 1890. AHSSA, F-BP, S-EH, Se-HDS, Lg.23, Exp.23, f.7. El administrador pidió también que esta bonificación tuviera un carácter retroactivo (desde 1877 hasta 1890), pero esta medida le fue denegada.

⁸¹ Carta del director del Hospital de Mujeres Dementes, Secundino Sosa, enviada al Secretario de Estado y Despacho de Gobernación Manuel Romero Rubio, ciudad de México, 13 de agosto de 1895, AHSSA, F-BP, S-E.H, Se- HDS, Lg.18, Exp.8, fs.1-2.

⁸² AHSSA, F-BP, S-E.H, Se- HDS, Lg.15, Exp.10, f.3.

muy buena voluntad, pues llevaba más de dieciséis años costeadando el tratamiento de su hija. En este caso, el doctor Alberto López Hermosa expuso que “el arte de la pintura de la que vive, no le proporciona lo suficiente, sino de vez en cuando, en que los productos de su trabajo le han permitido entregar abonos de importancia.”

El Secretario de Estado aceptó otorgar, en 1898, a Lucía F. la condición de pensionista de gracia. Condición que mantuvo hasta su fallecimiento en 1915.⁸³ En el caso de Lucía F. el actuar de la dirección del hospital y de la secretaría muestra una flexibilidad en la aplicación de la norma sobre los pagos de pensiones y la singularidad de este caso recae en que, aparentemente, no fue la familia quien solicitó convertir a Lucía en pensionista de gracia, sino que fue una iniciativa del hospital. Lo cual indica que ciertos actores implicados fueron considerados como especiales y se les concedieron privilegios en los procesos regulatorios. Porque no en todos los casos, se produjo la buena voluntad del hospital. Por ejemplo, Carmen R. estuvo durante varios años como pensionistas gracias a los beneficios de la Sanidad Española, organismo que se encargaba de cubrir los gastos de la enferma. Tras la retirada del apoyo económico de la institución hispana, la tía de Carmen expuso su falta de recursos, pero el establecimiento no le ofreció ningún apoyo y, la mujer acumuló una deuda de treinta y seis pesos que no pudo abonar. En consecuencia, Carmen fue enviada al pabellón de indigentes.⁸⁴

Ante la incapacidad del prefecto del establecimiento de obligar a los familiares a pagar los importes atrasados, el director de la Beneficencia Pública acordó dejar en el departamento de pensionistas a varias enfermas distinguidas, condonándoles la deuda anterior, pero advirtió a sus familiares que, si dejaban de pagar nuevamente, aunque fuera una

⁸³ Lucía F., núm. 367, E.C., C.5, Exp.56, fs.11-13.

⁸⁴ Carmen R., núm. 142, E.C., C.2, Exp.69, f.19.

sola cuota, las pondría en el departamento común.⁸⁵ Esta medida no acabó con los impagos, porque los problemas que tenía el establecimiento para dementes para que las familias pagaran puntualmente eran recurrentes. En 1909, el director de la Beneficencia Pública envió un escrito al director interino del nosocomio, Ernesto S. Rojas, comunicándole que debía advertir a los familiares de las pensionistas que debían pagar las pensiones atrasadas en un plazo prudencial, de lo contrario, se iba a pasar a las asiladas a la comunidad.⁸⁶

Así, la condonación de las deudas siguió siendo una práctica habitual, por poner un ejemplo, la familia de Irene Argüelles debía a la Pagaduría la cantidad de 1,650 pesos, importe que correspondía al periodo de 1905 a 1909 y cuando los familiares afirmaron no poder hacerse cargo de la deuda anterior, pero se comprometieron a “sostener” en lo sucesivo la pensión de su pariente. El responsable de la Secretaría de Estado en turno aceptó la proposición de la familia e hizo la misma advertencia: en caso de que no se cumpliera este acuerdo, la enferma pasaría al departamento común sin previo aviso. Al mismo tiempo exhortó al establecimiento para dementes a cumplir con la orden de que toda enferma que no hubiera pagado su mesada debía ir al departamento común.⁸⁷ Cumplir con esta disposición de la Beneficencia Pública no estaba exenta de conflictos, pues muchos parientes se molestaban si se reubicaban a las enfermas en otros espacios. Por ejemplo, en 1915, el padre de la enferma María Trinidad J. mostró su indignación ante el traslado de Trinidad con las indigentes y legitimó su molestia afirmando

⁸⁵ Se trataba de las enfermas Ana G., Rafaela C. y Amalia G. cuyas familias ofrecieron abonar “lo que más pudieran” a condición de que sus enfermas permanecieran en el departamento. Sin embargo, aparece en el mismo documento que Dolores G., Trinidad L., Dolores G., Carmen Ch. y Manuela T. fueron pasadas a indigentes. “Acuerdo del Sr. ministro”, ciudad de México, 5 de agosto de 1909, F-BP, S-EH, Se-MG, Lg.23, Exp.12, f.6.

⁸⁶ Contestación de la Beneficencia Pública al escrito del director interino Ernesto S. Rojas, ciudad de México, 23 de junio de 1907, F-BP, S-EH, Se-MG, Lg.23, Exp.12, f.1.

⁸⁷ “Acuerdo del Sr. ministro”, ciudad de México, agosto de 1909, F-BP, S-EH, Se-MG, Lg.23, Exp.12, f.7.

que “aunque tardecito, todo pago” y aprovechó la ocasión para exigir que se le diera la mejor asistencia.⁸⁸

Estos problemas continuaron en el Manicomio General y se agudizaron durante la revolución mexicana. Este evento afectó especialmente a los ingresos de la Beneficencia Pública y también trastocó la capacidad de las familias de sufragar los gastos de las pensionistas. En 1914, Rosaura R. pasó a ser considerada enferma indigente. Su hermano residía en Guaymas, Sonora, y aunque no iba a visitarla, había pagado durante los cuatro años anteriores la pensión de Rosaura. En 1916, Leopoldo R. pidió informes sobre el estado de salud y en ellos confirmaron la incurabilidad de su hermana. Entonces, escribió lo siguiente: “y siendo yo un pobre individuo que debido a las actuales circunstancias del país no puedo hacer nada en favor de mi enferma para buscarle su alivio, le ruego que por humanidad se compadezca de ella y le ayude en su infortunado estado que sino yo al menos mis pequeños hijitos alguna vez en la vida, quizás, sabrán corresponderles debidamente a los suyos.”⁸⁹

Ante la escasez de fondos, la propia institución presionaba a las familias para que liquidaran su deuda o, al menos, fueran puntuales en sus pagos, sobre todo después de haber llegado a un acuerdo de condonación. La amenaza de enviar a una interna al dormitorio con las enfermas indigentes parecía no dar ningún resultado, sin embargo, el hecho de que se hiciera efectivo este ultimato solía ser suficiente para que muchos deudos quisieran liquidar su cuenta. Así, en 1916, el comodoro Luis H. de M., solicitó informes acerca de la cantidad que adeudaba, pues quería que su hermana volviera a “distinción” y se comprometió a enviar el importe pendiente a la mayor brevedad.⁹⁰

⁸⁸ María Trinidad J., núm. 375, E.C., C.6, Exp. 5, f. 6.

⁸⁹ Rosaura R., núm. 385, E.C, C.6, Exp.16, f.16.

⁹⁰ Concepción H. de M., núm. 372, E.C., C.6, Exp. 3, f. s/n.

No obstante, en los siguientes casos, las familias no pagaron los débitos, ni llegaron a un acuerdo con el hospital, por lo que la Secretaría de Estado y Despacho de Gobernación se vio obligada a declarar estos adeudos como incobrables y a cerrar las cuentas pendientes en la Tesorería de la Beneficencia Pública. Después, el director del hospital de mujeres dementes y el secretario de gobernación acordaron saldar de la contabilidad interna las cuentas de las enfermas pensionistas Carmen E., Encarnación F., Martina I., Blandunia J., Concepción de la T. y Jesús V. cuyo importe global ascendía a trescientos noventa y cuatro pesos con cincuenta y dos centavos.⁹¹

Aunque la Beneficencia Pública sostenía con fondos públicos y privados el establecimiento para dementes y con ello daba soporte a las familias, este órgano no veía el apoyo como un derecho ciudadano sino como el remedio a una necesidad y por ello daban lo preciso para cubrirla mientras duraba tal necesidad.⁹² Por este motivo, todas las enfermas que cumplían con los requisitos exigidos podían acceder a este servicio de forma gratuita. Prestación que contemplaba los cuidados básicos para las internas. Pero, por otro lado, no creo que el pago de distinciones fuera únicamente una imposición de la Beneficencia Pública que buscara excluir de la gratuidad a aquellas las familias que contaban con recursos suficientes, sino que la dirección desde tiempo atrás (al menos desde el reglamento de 1859) era consciente de la necesidad de establecer distintos tipos de servicios y, por eso, brindaba un trato diferencial y una mejor calidad de vida a las internas cuyas familias elegían el pago una pensión a cambio de disfrutar de mayores comodidades y atenciones. Pues, incluso, dentro del mismo sistema de distinciones, había categorías y precios.

⁹¹ Carta del director del Hospital de Mujeres Dementes, Secundino Sosa, enviada al Secretario de Estado y Despacho de Gobernación Manuel Romero Rubio, ciudad de México, 13 de agosto de 1891, AHSSA, F-BP, S-E.H, Se- HDS, Lg.17, Exp.18, f.4.

⁹² Peza, *Beneficencia*, 1881, pp.6-7.

Fuera de los muros del nosocomio, los distintos estratos socioeconómicos buscaban diferenciarse como parte de la construcción de su identidad y dentro de los mecanismos de sociabilidad del México porfiriano. Tras ser ingresadas en el hospital los deudos quisieron dar unas condiciones especiales a sus enfermas, pero también quisieron que mantuvieran cierta posición social dentro del establecimiento. En otras palabras, los deudos trataron de asegurar la comodidad de la paciente pagando una cuota, pero la distinción también poseía un valor simbólico: la mujer conservaba su estatus social incluso en el hospital, se diferenciaba y la diferenciaban por su origen. Por lo tanto, quitarles este estatus y suspender sus privilegios afectaba sobre todo a las pacientes, pero también a las familias. Puedo imaginar los reproches que debieron hacer las enfermas a sus deudos ante la pérdida de un espacio independiente, su enojo por el cambio en la alimentación, que para las enfermas indigentes era de peor calidad y en menor cantidad, el coraje de verse vestidas como las enfermas comunes gracias a la ropa que proporcionaba el establecimiento. Por todo ello, el paso de un régimen a otro era utilizado como un mecanismo de presión a las familias morosas.

En definitiva, los deudos pagaban una cuota por la prestación de un servicio de mayor calidad y por el uso de un espacio diferencial. Los deudos no lo veían como un derecho ciudadano, ni como un donativo, sino que pagaban una cuota para recibir una asistencia distinta. Y en esta lógica, el establecimiento trataba de no contrariar a las enfermas pensionistas, ni a sus familias, y éstas demandaban el beneficio por el que pagaban. Por su parte, las familias indigentes tampoco concebían la asistencia recibida como un derecho que emanaba de su condición de ciudadanos, sino como una dádiva del Estado y por ello, siempre se dirigían a la dirección del establecimiento desde el agradecimiento, buscando expresar su gratitud cuando lograba el favor de la institución nosocomial.

Permisos y periodos de prueba

Tanto las enfermas indigentes como pensionistas podían disfrutar de paseos en familia y de licencias temporales. Los permisos, según los reglamentos internos, debían ser aprobados por algún facultativo del hospital y con el beneplácito del director.⁹³ Por ejemplo, la hermana de Esther S. solicitó un permiso de dos meses con el objeto “de distraerla un poco”, ya que ella deseaba pasar unos días al lado de una tía suya. Esta familia era peculiar porque tenía a dos de sus miembros en el Manicomio General: a Esther y a Alberto. Y habían conseguido que Alberto saliera todas las tardes a dar paseos acompañado de su madre. Asimismo, estaban muy pendientes del estado de los hermanos, pues deseaban que estuvieran bien atendidos, por lo que constantemente exigían al nosocomio que les dieran sus tres comidas diarias y un servicio de ropa limpia.⁹⁴ Este caso resulta muy significativo porque los parientes de los dos internos vivían cerca del manicomio lo cual facilitaba el seguimiento familiar. Además, ambos habían sido ingresados por orden de sus familiares: la mujer según diagnóstico médico aquejada de alcoholismo y demencia y el hombre de idiotismo.

Esta familia no solo había aprendido el funcionamiento del hospital, sino que lo había adaptado a sus circunstancias particulares. El hecho de que vivieran cerca de sus enfermos hacía que usaran el establecimiento más como pensión o casa de descanso que como hospital. Para los médicos la cercanía de los parientes no resultaba tan beneficiosa, el doctor Mauricio Carrillo lo expresó de la siguiente manera: “Está enferma por el cambio de Pabellón, ha llegado a un grado extraordinario de

⁹³ En los reglamentos internos de 1879 y 1881 aparece que los permisos deben tener una duración máxima de un mes. Sin embargo, en el de 1896 no precisa el tiempo, simplemente afirma que pueden permanecer algunos días en sus casas. Reglamento interno del Hospital de Mujeres Dementes de 1879, AHSSA, F-BP, S-EH, Se-HDS, Lg. 12, Exp. 16, fs.2 y 3. Reglamento interno, Hospital para Mujeres Dementes, 1881, AHSSA, F-BP, S-EH, Se-HDS, Lg. 13, Exp. 4, f.16. Reglamento interno, Hospital para Mujeres Dementes, 1896, AHSSA, F-BP, S-EH, Se-HDS, Lg.18, Exp.35, f.8.

⁹⁴ Esther S., núm. 216, E.C., C.3, Exp. 61, fs.8, 9 y 22.

excitación; además está en contacto físicamente con su familia, por tener la casa habitación muy cerca de este lugar, lo que perjudica notablemente su estado mental.” En referencia a situaciones como ésta, Patricia Prestwich afirma que rara vez los médicos consideraban la presencia de los familiares como algo positivo para obtener la curación.⁹⁵ Probablemente por este recelo, todas las formas de comunicación, permisos y visitas debían ser aprobadas por los facultativos. Potestad basada en sus conocimientos psiquiátricos y en las prácticas clínicas, autoridad que podía chocar con el poder moral de las familias.

Por otra parte, los parientes usaban los permisos como una suerte de prueba con la que verificar si era posible la convivencia de la familia con la enferma. Así, en 1897, durante una licencia concedida para que Herlinda saliera de paseo, sus parientes informaron al hospital de que ésta se encontraba “en muy buen estado”, rogando a la dirección que prorrogara su estancia fuera del nosocomio mientras la familia permanecía en el campo. Este aplazamiento tuvo una duración de más de dos años, tiempo en que residió en casa de su madre. Tras este lapso, la propia paciente se presentó en el hospital donde el médico, Manuel Pereira, le realizó un examen del que concluyó que estaba otra vez aquejada de enajenación mental. El establecimiento esperó a que algún familiar pidiera informes o manifestara “su voluntad”, cosa que no ocurrió.⁹⁶

En otras ocasiones, la experiencia de reintegrar a la paciente con su familia no era posible. Por ejemplo, el padre de Trinidad J. admitió que había solicitado el alta de su hija con el objeto de “ver si podía estar en familia.” Tras la convivencia, sus deudos se dieron cuenta de lo contrario y, en consecuencia, reingresaron a Trinidad en el manicomio.⁹⁷ En otro caso, la familia, sin tener en cuenta el diagnóstico del médico que atendió

⁹⁵ Prestwich, “Family”, 1994, p.807.

⁹⁶ Herlinda G., núm. 369, E.C., C.5, Exp.57, fs.20, 21 y 25.

⁹⁷ Trinidad J., núm. 374, E.C., C.6, Exp. 5, f.9.

a Adela M., se llevó a la paciente a su domicilio. Poco tiempo después volvieron a internarla en el nosocomio, el galeno que la recibió señaló en su informe el poco tiempo que duró en su casa y como sus parientes se convencieron de que era imposible que conviviera con ellos.⁹⁸

En los casos de otras pacientes cuyas enfermedades no eran tan problemáticas, los médicos concedían los permisos sin oponerse y a pesar de que fueran solicitados constantemente. Las hijas de Adelaida M. solían pedir una licencia anualmente para celebrar la onomástica de su madre y las navidades. Cuando concluían los festejos decembrinos volvían a internarla en el nosocomio. Además, puntualmente solicitaban otras licencias, siempre con el objeto de que Adelaida participara de las fiestas familiares.⁹⁹ Sin embargo, los médicos solían negar los permisos cuando existía un posible perjuicio para la salud física o mental de la enferma, o cuando su dolencia las hacía agresivas o se excitaban fácilmente. Por ejemplo, el presbítero Honorato H. solicitó, en 1914, informes sobre el estado de su hermana María con el objeto de saber si era posible llevarla a su casa. El parte facultativo no fue positivo, pues, según el médico, María se excitaba con mucha frecuencia, lo cual hacía complicada su salida. La mujer falleció un año después sin regresar a su hogar.¹⁰⁰

En todos estos ejemplos se observa claramente la existencia de procesos de negociación entre los facultativos y los deudos. En ocasiones pesaba más el criterio médico y en otras los deseos familiares. Además, si después de una salida, la mujer no regresaba en el tiempo estipulado se concedía su alta, desvinculándose la institución del cuidado de la enferma. Constance MacGovern interpreta que la práctica de no devolver al paciente tras un permiso suponía una resistencia de la familia a la

⁹⁸ Adela M., núm. 376, E.C., C.6, Exp. 7, f.10.

⁹⁹ Adelaida M., núm. 67, E.C., C.1, Exp.58, fs.15, 16, 8, 21.

¹⁰⁰ María Herrera, núm. 194, E.C., C.3, Exp. 39, f.5.

autoridad médica.¹⁰¹ Sin embargo, para el caso del Hospital de Mujeres Dementes considero que, más bien, este fenómeno obedecía a la laxitud en la aplicación de la norma y por parte de la familia reflejaba la percepción que tenían del establecimiento y en consecuencia el uso que hacían de él. Siendo estas prácticas, en última instancia, una manifestación de las características del sistema de beneficencia pública en el que tanto médicos como usuarios estaban inmersos.

Las concesiones de altas

El proceso de alta era relativamente sencillo, los parientes escribían una carta dirigida al director del establecimiento en la que exponían los motivos por lo que estaban solicitando la salida de la interna. Después, el médico que estaba asignado al departamento hacía averiguaciones para determinar si la enferma estaba en condiciones de vivir en familia. Posteriormente, redactaba un breve informe que le era comunicado al director. Si se trataba de una paciente pensionista, su baja del nosocomio estaba condicionada a que los familiares abonaran la deuda que tuvieran pendiente hasta ese momento. Tras el cobro, el hospital informaba a la Secretaría de Estado de la liquidación de los adeudos y se hacía efectiva la salida.¹⁰²

Aunque fueran un trámite fácil, las altas originaban tensiones entre los médicos y los familiares. El criterio médico se consultaba en todos los casos, pero no siempre primaba sobre la petición familiar. Por ejemplo, en 1902, el doctor Alberto López Hermosa tuvo que conceder el alta a Mercedes S. por la exigencia de su familia y a pesar de que sus parientes no podían cuidarla en su casa.¹⁰³ O Dolores G., según el diagnóstico

¹⁰¹ McGovern, "Community", 1987, p.25.

¹⁰² Escrito del director del Hospital de Mujeres Dementes, Secundino E. Sosa, al secretario de Estado y Despacho de Gobernación, Manuel Romero Rubio, ciudad de México, 11 de agosto de 1891, AHSSA, F-BP, S-EH, Se-HDS, Lg. 17, Exp.19, f.2.

¹⁰³ Merced Silva, núm. 172, E.C., C.3 Exp. 18, f.6.

médico, no estaba curada de su paranoia de origen alcohólico¹⁰⁴, pero se le otorgó la salida, quedando al cuidado de su hija María R. cuya dirección era “La Estrella Náutica”, una cantina en El Oro, Estado de México, donde posiblemente sería difícil que ella pudiera mantenerse sobria.¹⁰⁵

Sin embargo, se produjeron otras situaciones en las que los facultativos hicieron imperar su opinión. Claro ejemplo fue el caso de Refugio V. En 1907, su hermana y su esposo solicitaron su alta y ésta no les fue concedida porque según el juicio médico su enfermedad la hacía sumamente peligrosa. La negativa creó malestar en los familiares de Refugio y el director del hospital para evitar que se agravara el conflicto escribió al responsable de la Beneficencia Pública para informarle sobre esta enferma. Tras estas gestiones, no se hizo efectiva el alta. Siete años después, Dolores M., su hija, volvió a requerir el alta y tampoco la obtuvo en esta ocasión. La justificación del manicomio fue que su madre estaba en calidad de detenida y que, además, presentaba alucinaciones del oído (escuchaba voces). En vista de lo sucedido, Dolores M. solicitó un trabajo como afanadora del manicomio para poder permanecer junto a su madre. Finalmente, en 1916, fue dada de alta gracias a la insistencia y perseverancia de su familia.¹⁰⁶ El caso de Refugio resulta especialmente particular porque el establecimiento para dementes fungió más como elemento de contención contra una mujer que había sido ingresada en calidad de “rea” que como un espacio para la atención de la enferma mental. Pues, la buena disponibilidad de la familia no resultaba suficiente para garantizar que la paciente no fuera un peligro para sí misma y para su entorno y ante esta perspectiva, los médicos y los funcionarios hicieron todo lo posible por mantener a Refugio confinada.

¹⁰⁴ El término paranoia, en sentido moderno, se debe a Johann C.A. Heinroth (1773-1843) quien publicó un trabajo en 1818 titulado: *Lehrbuch der Störungen des Seelenlebens* donde define la paranoia como una creencia fija y falsa, formada gracias al razonamiento lógico en la que aparte de este sistema ilusorio, la paciente razona de manera normal. En el caso de Refugio la enfermedad tuvo su origen en el consumo desmedido y prolongado de alcohol. Shorter, *Dictionary*, 2005, p.206.

¹⁰⁵ Dolores G., núm. 185, E.C., C.3, Exp.30, f. s/n.

Y en este sentido, el estado de la paciente era el elemento principal que los médicos tomaban en cuenta para conceder el alta, pero también evaluaban las razones que alegaban las familias para solicitarlas. Las más frecuentes eran la capacidad para atender a la enferma¹⁰⁷ y el deseo de los parientes de seguir cuidándola.¹⁰⁸ Los viajes, también, eran justificaciones continuamente utilizadas. Así, en 1900, la madre de María C. solicitó el alta de su hija porque deseaba llevársela al Jilotepec junto con el resto de su familia.¹⁰⁹ De la misma forma, los deudos de Pomposa B. expusieron a la dirección del Manicomio General que debían ir a Jalapa y aunque el doctor Andrés Contreras no recomendaba el traslado porque la mujer sufría accesos maniacos cada vez más frecuentes¹¹⁰ se concedió su petición dado que ya tenían “arreglado” el viaje. De hecho, si se revisa el resto del expediente de Pomposa se puede observar que sus familiares solicitaban periódicamente permisos temporales y altas, comenzando a ser menos frecuentes entre 1915 y 1928, posiblemente el deterioro de la salud de la enferma pudo suponer un obstáculo para que los deudos siguieran pidiendo permisos. El caso de Pomposa no era aislado, Guadalupe S. fue ingresada en el establecimiento para dementes al menos siete veces. Y en todas las ocasiones permaneció alrededor de un año. En 1912, fue ingresada por su hermano y se mantuvo en el hospital el periodo más largo y en 1914 no regresó de un paseo, finalmente, fue remitida por la primera demarcación de policía.¹¹¹

Asimismo, algunas circunstancias extraordinarias, como que la mujer tuviera que acudir al juzgado, motivaban que los deudos requirieran la salida de su enferma.¹¹² Otras situaciones ajenas a las familias también servían de argumento para solicitar el alta. Tal fue el caso de Cleofás B.

¹⁰⁶ Refugio V., núm. 225, E.C., C.3, Exp. 69, fs.12, s/n.

¹⁰⁷ Luz M. de O., núm. 66, E.C., C.1, Exp. 57, f. 6.

¹⁰⁸ Dolores G., núm. 186, E.C., C.3, Exp. 31, f. 21.

¹⁰⁹ María C., núm. 322, E.C., C.5, Exp. 11, f. 2.

¹¹⁰ Pomposa B., núm. 14, E.C., C.1, Exp. 5, f.15.

¹¹¹ Guadalupe S., núm. 391, E.C., C.6, Exp. 22, f. 7.

¹¹² Amalia G., núm. 370, E.C., C.6, Exp. 1, f. 8.

quien en 1915 solicitó la baja de su hija Nieves en vista de la carestía de artículos de primera necesidad que se estaba presentando en la ciudad de México a consecuencia de la revolución mexicana.¹¹³ Esta situación de precariedad fue un motivo más poderoso para la madre de Nieves que el accidente que sufrió, en 1911, cuando la enferma “se dejó caer” por una ventana que no tenía rejas.¹¹⁴

Otras familias estaban descontentas por la falta de mejoría de sus parientes y por este motivo decidían solicitar la baja del nosocomio, buscando en otros médicos la curación que no encontraban en los establecimientos públicos para dementes.¹¹⁵ En 1921, Catalina P. solicitó el alta para su hija María G., puesto que no se había logrado ningún alivio en su estado mental, incluso, los propios médicos habían perdido la esperanza de una curación.¹¹⁶ En este sentido, la incapacidad de los médicos para conseguir el restablecimiento de María chocó con las expectativas familiares depositadas en la institución, siendo durante 10 años, la causa de tensiones entre los parientes de la interna y sus doctores.¹¹⁷

Sin embargo, en otros casos las enfermas estaban curadas, pero los facultativos no hicieron efectiva sus salidas. La familia de Regina R. afirmó tener conocimiento de que su ahijada ya había sido dada de alta por el doctor Andrés Contreras, tras haber quedado “enteramente sana” y ya que no hacía falta que tomara medicinas. Por lo que solicitaban que se diera “por libre” para que pudiera ir a su domicilio. El doctor Contreras, en cambio, explicó al director del Manicomio General que Regina se encontraba en “un periodo de alivio” y que podía vivir con la familia. Pero

¹¹³ La madre de Nieves B. solicitó durante el mes de agosto poder llevarse a su hija. Por otra parte, el 14 de octubre de 1915, Manuel M. hijo de la paciente Adela M. instó al Manicomio General de la Castañeda a que concedieran a su madre un permiso temporal para salir de la capital. La entrada de los constitucionalistas en la ciudad de México ser produjo en agosto de 1915.

¹¹⁴ Nieves B., núm. 13, E.C., C.1, Exp. 4, f.2, 7-8.

¹¹⁵ Amaira o Amayda V., núm. 350, E.C., C.5, Exp. 39, f. 11.

¹¹⁶ María G., núm. 183, E.C., C.3, Exp. 28, f. 6.

¹¹⁷ Finnane, “Asylum”, 1985, p.139.

que no le había concedido su alta, sino que ordenó que la paciente trabajara en la cocina “como medida coadyuvante para su curación.” En este caso, la intervención de la familia favoreció que se ejecutara la salida.¹¹⁸

En definitiva, las altas por solicitud familiar estaban supeditadas a consideraciones que no eran únicamente médicas, sino que dependían de la capacidad que tenía el grupo doméstico de cuidar a la enferma tras su salida del nosocomio, la ausencia de peligrosidad para ella misma o para las personas de su entorno, pero estribaba, sobre todo, en la fuerza económica, social, incluso simbólica de la demanda. Pues, cualquier obstáculo podía ser sorteado si los demandantes presionaban a los funcionarios de la Secretaría de Estado o del gobierno del Distrito Federal y más si la enferma pertenecía a una parentela que tenía lazos políticos, médicos o militares.

Así, resultaba muy frecuente que la dirección del hospital concediera las altas por petición de la familia, aunque las enfermas no estuvieran curadas. De los 89 casos en los que se produjo la salida definitiva durante el periodo estudiado, en 40 de ellos se otorgó por petición de los parientes y, solo, 5 con la intención de que la enferma viviera en familia. Cuando los facultativos no estaban convencidos de que el estado de la paciente fuera lo suficientemente bueno para facilitar la salida, advertían a las familias de esta situación, pero de igual forma la permitían, pero bajo su “absoluta responsabilidad,” deslindándose de los efectos que pudiera tener la salida de la interna en la convivencia familiar.

Este tipo de las altas también se pueden interpretar como un indicio del interés de los deudos o de los médicos en que la enferma volviera a vivir en el seno familiar. Intento que no siempre resultaba y prueba de ello son los reingresos. Según la información que arroja la base de datos

¹¹⁸ Regina R., núm. 206, E.C., C.3, Exp. 51, f.2-3.

construida para la presente investigación, de las 236 familias usuarias¹¹⁹, 128 internaron a su pariente una sola vez.¹²⁰ La experiencia de la convivencia tras la salida se desconoce, lo único que se puede señalar es lo que indica el tiempo que trascurrió entre el alta y el siguiente ingreso.¹²¹ Algunas fueron especialmente breves. Véase el caso de Guadalupe S. En 1889, los parientes de Guadalupe solicitaron su alta tras seis años de permanencia en el hospital y en tan solo dieciocho días fue re internada en el establecimiento. Ya no volvió a salir.¹²² No obstante, otras estancias fuera del hospital tuvieron mejores resultados, las enfermas pasaban largos periodos de tiempo al lado de sus familiares, aunque regresaban tiempo después.¹²³

Por otra parte, había familias que no estaban dispuestas a recibir a sus parientes, aunque estuvieran aliviadas de su enfermedad. Por ejemplo, Rosario E. fue dada de alta en condiciones de volver al seno de su familia como había ocurrido en otras ocasiones. Su hermano José, no estaba contento con la decisión de los médicos y presentó una queja ante el gobierno capitalino, afirmando que su hermana había sido despedida del Manicomio General y exhortó a las autoridades a intervenir para que la Rosario fuera internada nuevamente en el establecimiento. En este caso, las ideas de la familia y el hospital no coincidían, pues los facultativos consideraban que lo mejor para la enferma era regresar a su domicilio dado que se encontraba curada, pero su hermano no estaba listo para recibirla.

¹¹⁹ Aquellas que dejaron huella en su participación durante el proceso de ingreso, estadia y alta.

¹²⁰ Datos obtenidos a partir de la base de datos construida con el libro de registro del Hospital de Mujeres Dementes (AHSSA, F-MG, S-LRA, libro 1) y los expedientes clínicos de las enfermas (AHSSA, F-MG, S-E.C, C.1-7)

¹²¹ Victoria Beltrán expone que el paciente enfermo tras su salida rompe la dinámica familiar y cuando se reinstala se usa para comprobar la recuperación, pero también fue un factor desequilibrante del grupo. Beltrán, "Juicio", 2014, p.102.

¹²² Guadalupe S., núm.141, E.C., C.2, Exp. 68.

¹²³ Luz R., núm. 281, E.C., C.4, Exp. 52.

El rechazo de José fue resuelto por el manicomio manteniendo temporalmente a Rosario E. como vigilante y afanadora, supliendo de esta manera el soporte familiar. Así, durante años, Rosario alternó su estadía en el manicomio con altas y licencias. Finalmente, en 1953, se encontró a la mujer acostada en una banca de los jardines del manicomio. Una empleada que la conocía facilitó su reingreso. Rosario en aquel momento se encontraba en un estado grave debido a la inanición. Un año después, una asistente social solicitó su pase a un asilo de ancianos, Rosario tenía 89 años. El traslado al Hogar Tepeyac para ancianos se produjo dos años después de este último ingreso, según la opinión facultativa ya no ser necesaria su estancia en el manicomio y, además, no tenía parientes que la cuidara y atendiera sus necesidades.¹²⁴ Las disputas familiares, ya comentadas en el capítulo anterior, explican que se produjeran casos como el de Rosario.

El desamparo familiar también afectó a Virginia G., quien se preguntaba por qué teniendo el alta y encontrándose bien, su familia no había ido a recogerla y tampoco le daban permiso para salir a buscarlos. El director del manicomio le sugirió que escribiera una carta a sus parientes. Finalmente, una tía la trasladó a casa de su madre, quien puso como condición para recibirla que, si se enfermaba otra vez, ella misma se la encargaría de reincorporarla al nosocomio. Incluso advirtió al doctor Morales que Virginia no iba a vivir con ella sino en una casa aparte. Probablemente la madre de interna esperaba que esta información persuadiera al médico de no concederle el alta. Sin embargo, ésta se hizo efectiva, aunque no pasó mucho tiempo para que la paciente regresara al manicomio.¹²⁵

Por otro lado, algunos deudos querían tener la certeza de que el hospital o el manicomio volvería a recibir a su pariente en el caso de que mostrara los mismos síntomas de enfermedad. Por ejemplo, el doctor

¹²⁴ Rosario E., núm. 39, E.C., C.1, Exp.30, fs.3, 14, 61, 71.

¹²⁵ Virginia G., núm. 337, E.C., C.5, Exp.26.

Jesús González comentó al hermano de Elisa M. que valdría la pena que la enferma pasara un tiempo en su domicilio para comprobar si la mejoría de la paciente se mantenía fuera del establecimiento, por este motivo, su hermano solicitó un permiso quince días, en el entendido de que si Elisa tenía una recaída no había ningún obstáculo para que la enferma volviera a ocupar su lugar en el manicomio.¹²⁶

Por último, la inminencia de la muerte motivó que varias familias solicitaran el alta con el afán de asistir a sus parientes en sus últimos momentos.¹²⁷ Este fue el caso de los familiares de la enferma Guadalupe G. quienes solicitaron, en 1935, un permiso de treinta días en el estado en que se encontrara la enferma y bajo su responsabilidad. El motivo fue que Guadalupe sufría disentería y caquexia y querían que estuviera en su casa dada la gravedad del pronóstico médico. Guadalupe había estado internada en el hospital desde 1885.¹²⁸

“EN FAVOR DE MI RECOMENDADA”: EL USO DE REDES DE INFLUENCIA Y SOLIDARIDAD EN EL HOSPITAL

Stephanie Ballenger apunta a que la posición social y la conexión de los familiares con redes sociales establecidas fuera del manicomio resultó ser un factor importante en la experiencia que tuvieron las internas en el hospital de mujeres dementes. Concretamente, Ballenger establece una conexión entre la duración del confinamiento, las condiciones de la admisión y el número de veces que la misma persona pudo ser internada con el origen social de la paciente.¹²⁹ Estoy de acuerdo lo aportado por esta autora, pero creo que merece la pena señalar como, a menudo, se producían acuerdos entre los familiares y las autoridades de la Secretaría de Estado, y de éstas con el director y el prefecto para obtener un trato favorable durante los ingresos, los permisos, las altas, y las rebajas de

¹²⁶ Elisa M., núm. 403, E.C., C.6, Exp. 34, fs. 11-12.

¹²⁷ Ángela O., núm. 270, E.C., C.4, Exp. 41, f.6.

¹²⁸ Guadalupe G., núm. 400, E.C., C.6, Exp. 31, f.34.

pensiones y condonaciones deudas. Acuerdos en los que influía la posición social de las familias demandantes.

Pues, la recomendación de una persona influyente podía abrir las puertas del nosocomio y facilitar mayores atenciones para la paciente. Por ejemplo, el 10 de agosto de 1910, Ángel Almada, director de la Beneficencia Pública, escribió una misiva al doctor José Mesa Gutiérrez que por entonces era director del Hospital para Mujeres Dementes en la que recomendaba a Leopoldo R., quien era su “paisano” y persona de toda su “consideración.” Además, exhortaba al hospital a tener con Leopoldo y con su hermana las mayores consideraciones científicas y administrativas, así como a facilitarle todos los datos que precisara sobre la enfermedad de Rosaura y su posible curación. Bajo estas condiciones, Leopoldo llevó a asilar a Rosaura R. en el régimen de “distinción de primera.”¹³⁰

De igual manera, los compañeros de profesión se prestaban a mediar entre esta institución y las familias. Así, el doctor Manuel F. Gallegos presentó al director del establecimiento a Francisca M., madre de una enferma que más tarde sería paciente del nosocomio para dementes.¹³¹ En este caso se trató de un trato privilegiado basado en la pertenencia a un mismo gremio profesional, vínculo que podía generar una estrecha solidaridad horizontal. Así, tener un cargo público, o estar relacionado con alguien que ostentaba uno suponía una mayor disposición de los directores del nosocomio hacia los familiares de las internas. Prerrogativa que no solo se reflejaba durante el ingreso sino en otras prácticas cotidianas como a la hora de recibir informes sobre el estado de la paciente. Por ejemplo, el esposo de Refugio V. era capitán primero de infantería en el ejército en 1897 y estaba destinado en aquel momento en Veracruz. Desconozco de qué manera el militar estaba

¹²⁹ Ballenger, “Modernizing”, 2009, p.224.

¹³⁰ Rosaura R., núm. 385, E.C., C. 6, Exp. 16, f.24.

¹³¹ Margarita M., núm. 375, E.C., C.6, Exp. 6, f.6.

vinculado con Juan de Dios Peza que, en ese año, ocupaba el puesto de Ministro de Comunicaciones y Obras Públicas, pero Peza escribió una carta al entonces director del establecimiento Alberto López Hermosa, al que se refirió como “mi fraternal y querido amigo” pidiendo informes sobre la paciente antes mencionada y preguntándole si había sido dada de alta y si se habían hecho las gestiones pertinentes para ello.¹³²

Por otra parte, si el personal del hospital no atendía a sus demandas, las familias recurrían a instancias superiores como fue el caso de Francisca M., madre de la paciente Herlinda G., quién en 1885 solicitó al oficial mayor del gobierno del Distrito Federal, Ignacio Bejarano, diera orden al prefecto del establecimiento de que la permitiera ver a su hija en cualquier momento. Ante esta petición, Miguel Alvarado, director del nosocomio, escribió a la Secretaría de Estado y en su defensa alegó que la secuestación y el aislamiento eran los medios más eficaces para la curación de la locura y que aceptar las condiciones impuestas por la madre de la enferma supondría, a su modo de ver, quitarle “las pocas probabilidades de curación” de las que disponía.

Y citó reglamento de 1881 que otorgaba potestad al médico director para conceder las visitas, además, recordó que existía un horario establecido: un día a la semana, de nueve a once de la mañana, lo que facilitaba que las empleadas pudieran guardar el orden en el nosocomio e intervenir cuando las familias quisieran introducir en el hospital alimentos nocivos y objetos peligrosos. Por lo que resultaba imposible, según la opinión de Alvarado, mantener la seguridad si los parientes podían visitar a las enfermas siempre que quisieran. Por último, apeló a la dependencia que el hospital tenía de esa secretaría frente a las órdenes emanadas del Gobierno del Distrito Federal.¹³³ En este caso, tanto la madre de Herlinda G. como el director del nosocomio recurrieron a instancias superiores; la mujer a sus contactos en el gobierno distrital y Alvarado a su superior

¹³² Refugio V., núm. 227, E.C., C. 3, Exp. 72, f.9.

¹³³ Herlinda G., núm. 369, E.C., C.5, Exp. 57, fs. 14

inmediato, buscando cada uno de ellos obtener la razón. Finalmente, la influencia de la Secretaría de Estado superó a la orden del gobierno capitalino y Francisca M. tuvo que atenerse a la normativa del establecimiento.

De este modo, se percibe entre las familias usuarias la utilización de redes de influencia compuesta por autoridades política, policiales y médicas. Personas que con su autoridad podían garantizar el acceso al servicio médico y a la asistencia que el Estado proporcionaba. Siendo un recurso especialmente útil en momentos en los que el Hospital de Mujeres Dementes se encontraba repleto como así ocurrió en 1882, en el que durante seis meses no se atendieron las peticiones de internamiento solicitado por las familias.¹³⁴ Ya que existía un orden de prelación en cuanto a los ingresos, en primer lugar se aceptaban a aquellas mujeres remitidas por el Gobierno del Distrito Federal¹³⁵ u otra autoridad, a continuación, tenían prioridad las pensionistas¹³⁶ y por último, las enfermas de régimen general ingresadas por orden de sus familias.

Los ejemplos anteriores son una muestra del buen trato que proporcionaban algunos actores con clara influencia política a los familiares y también era notorio como los parientes recurrían a personas que ocupaban cargos importantes para lograr sus peticiones. Prueba del intercambio de favores al interior del nosocomio se observa en las palabras de agradecimiento que los familiares utilizaban ante “las bondades” y “la eficacia” del director del establecimiento.¹³⁷

Porque, a pesar la existencia de una asistencia en un hospital adscrito a la Beneficencia Pública a la que cumpliendo con unos requisitos se podía acceder, los individuos seguían recurriendo a sus familias o a

¹³⁴ Escrito de la Dirección del Hospital de Mujeres Dementes, ciudad de México, 3 de mayo de 1882. AHSSA, F-BP, S-EH, Se- HDS, Lg. 14, Exp. 13, f. 1.

¹³⁵ AHSSA, F-BP, S-EH, Se- HDS, Lg. 14, Exp. 4, f. 1.

¹³⁶ Durante el año de 1899, se negó el acceso de enfermas remitidas por las familias, salvo pensionistas. AHSSA, F-BP, S-EH, Se- HDS, Lg. 19, Exp. 8, fs. 1-2.

¹³⁷ Elisa J., núm. 302, E.C., C. 4, Exp. 73, f.10.

sus compadres ante la enfermedad.¹³⁸ En este sentido, no hay que pasar por alto que la vida familiar era impredecible y esto imprimía un sello importante en las relaciones intrafamiliares.¹³⁹ Pero, además, como plantea Esping Andersen el propio sistema de estratificación que algunos Estados, como el mexicano durante el periodo estudiado, potenciaba este dualismo social. México era un Estado corporativista que proporcionaba distintos programas para los diferentes grupos sociales: indigentes y pensionados. Pero que, además, fomentaba las lealtades con el individuo.¹⁴⁰ Sin duda, germen de las relaciones y patrocinios en todos los ámbitos sociales. En este sentido, Peter Burke establece que en todos los países hay algún grado de patrocinio, siendo más frecuente en lugares en los que las normas burocráticas son débiles y la solidaridad vertical es fuerte (el que tiene mejor posición favorece al de menor). También existe lo que se denomina solidaridades horizontales o entre personas que pertenecen al mismo estrato social, económico o profesional.¹⁴¹

LAS FAMILIAS COMO USUARIAS DEL HOSPITAL DE MUJERES DEMENTES

Stephanie Ballenger expuso que los deseos y demandas de la sociedad mexicana encontró en el asilo la solución, a menudo dolorosa, a problemas individuales, familiares y comunitarios.¹⁴² Y en este sentido, he expuesto cómo los parientes buscaban respuestas a sus problemas y se convertían en usuarias del hospital para mujeres dementes, así como qué mecanismos utilizaba para lograr sus fines. Esa participación estaba condicionada por la reglamentación interna, la cual era un reflejo de la estructura burocrática que cada uno de los actores involucrados debían acatar y en cuya formación colaboraban las autoridades y los facultativos. En este sentido, Geertje Boschma considera que los deudos eran

¹³⁸ Gonzalbo, "La familia", 2004, p.108.

¹³⁹ *Ibid.*, pp.113-114.

¹⁴⁰ Esping, "Three", 1990, p. 24.

¹⁴¹ Burke, *Historia*, 1997, pp.87-89.

¹⁴² Ballenger, "Modernizing", 2009, p.238.

participantes activos en la estructuración de esta forma de cuidado público y a pesar de no tener autoridad sobre la admisión en el nosocomio¹⁴³ eran actores que llegaron a aprender los lineamientos normativos y en función de ellos fueron capaces de desplegar distintas estrategias y usar el hospital en función de sus ideas sobre la locura y de sus intereses familiares.¹⁴⁴ Incluso, en los momentos en los que disminuían los recursos aportados por la beneficencia pública y aumentaba el número de internas, era fundamental el apoyo que las enfermas recibían de sus familias en forma de ropa y comida.¹⁴⁵

Dentro de la institución, los deudos solicitaban, negociaban, e, incluso, utilizaban sus influencias para dar respuesta a sus problemas y necesidades. Además, tomando en cuenta el carácter poroso de la institución hospitalaria en este momento histórico, se puede ver de qué manera las familias mediante sus elecciones y ante las posibilidades que se le presentaban, como la negociación y la resistencia, participaron en la configuración y en funcionamiento del nosocomio.¹⁴⁶ Inclusive denunciaron aquellas situaciones o conductas que no les parecían adecuadas con mayor o menor fortuna.

Por ejemplo, los familiares de las enfermas se quejaban con frecuencia de la escasez y la calidad de la comida. No obstante, las reclamaciones rara vez eran atendidas porque al visitador de la beneficencia pública, que se encargaba de revisar el reparto de alimentos,

¹⁴³ El estudio de Geertje Boschma se apoya en trabajos históricos que exploran los procesos de negociación entre el ámbito privado y el público, entre la vida familia y las instituciones políticas.

¹⁴⁴ Al respecto, Stephanie Ballenger estima que las pacientes y las familias pobres encontraron una utilidad al asilo distinta a la de las élites. Utilidad vinculada a la subsistencia sobre todo en pacientes que estuvieron internadas durante mucho tiempo. Ballenger, "Modernizing", 2009, p.233.

¹⁴⁵ *Ibid.*, p.228.

¹⁴⁶ Este planteamiento se vincula más con las ideas de Douglas C. North sobre las instituciones en las que según este autor hay una relación simbiótica entre las normas formales e informales y los individuos. Por otro lado, si se infiere el planteamiento de este autor a las familias, éstas serían más bien un organismo, entendido como un conjunto de individuos unidos por una identidad común hacia ciertos objetivos. North, *Instituciones*, 2006, p.15.

siempre le parecían que éstos estaban bien condimentados y en la cantidad señalada. Y aunque en las minutas solía admitir que el pan, la leche y la carne eran regulares y la ecónoma también ponía reparos a los alimentos, frente a los familiares estas deficiencias eran negadas.¹⁴⁷ Las sospechas familiares eran fundadas porque incluso el establecimiento usó este argumento para obtener mejoras presupuestarias por parte de la Secretaría de Estado. Así, en 1905, el director del hospital señaló que la cantidad de 22 centavos que las enfermas y los empleados tenían asignados para su alimentación resultaba insuficiente, solicitando que se aumentara a 25 centavos diarios el importe destinado a esta necesidad.¹⁴⁸

Otro problema que manifestaron los parientes fue el descuido en la curación de las heridas de sus enfermas. En concreto, en 1906, varias pensionistas afirmaron que no se les curaba porque no había vendas. El visitador interrogó al director al respecto y éste afirmó que el almacén de la proveeduría de la Beneficencia Pública retardaba los pedidos de vendas y por este motivo escaseaba el producto.¹⁴⁹ Sin embargo, los malos tratos era el asunto más grave que periódicamente era denunciado por las enfermas. El funcionario que realizaba su labor, entre 1905 y 1906, escribía en su bitácora las quejas de algunas enfermas que afirmaban sufrir malos tratos por parte del personal del establecimiento o haber sido “secuestradas” injustamente. Dar o no credibilidad a estas acusaciones dependía del criterio del empleado de la beneficencia pública, pero este juicio estaba basado en la información que le proporcionaban los médicos, las enfermeras o los practicantes, miembros del personal hospitalario que lo acompañaban durante sus visitas al interior del hospital.

Casi siempre el visitador afirmaba que las denunciadas eran “impulsivas”, “locas” o “excitadas” y que, por tanto, sus acusaciones no

¹⁴⁷ Minuta del visitador de la Beneficencia Pública, ciudad de México, 1905-1906, AHSSA, F-BP, S-EH, Se- HDS, Lg. 20, Exp. 17, fs. 1-2, 4-5, y Exp. 25, f. 1-2.

¹⁴⁸ Minuta del visitador de la Beneficencia Pública, Ciudad de México, 1905-1906, AHSSA, F-BP, S-EH, Se- HDS, Lg. 20, Exp. 28, fs.1-7.

debían ser tomadas en cuenta. Pero, en al menos una ocasión, el inspector hizo caso a las alegaciones de las enfermas que se quejaban de secuestro y malos tratamientos. Este cambio de criterio se debió a dos motivos: el primero que, en todos los casos, las mujeres sufrían de “locura razonada” y el segundo, que el visitador o conocía a la enferma o éstas presentaban los hechos de forma muy coherente. Esto despertó el recelo del funcionario y con el afán de que el hospital confirmara o negara tales acusaciones, el visitador recomendó al prefecto que hiciera “averiguaciones cuidadosas.” Situaciones como éstas dificultaban la labor del visitador que se veía obligado a cuestionarse si lo denunciado por las pacientes era verdad o fruto de su razón trastornada. Esta sombra de duda, a ojos del visitador, era comprometedora, porque “tal apariencia de verdad” podía sugestionar a las personas que trataban con las enfermas.¹⁵⁰

Sugestión o realidad, las familias que visitaban a sus parientes podían conocer de primera mano las condiciones en las que vivían. Por lo que no resulta extraño que, en ocasiones, los deudos tomaran en serio las acusaciones vertidas en contra del hospital. Por ejemplo, la hermana de Tiburcia V. expuso que había observado que la enferma tenía ciertas heridas que no se estaban curando correctamente y solicitaba al director del Manicomio General que usara “su valiosísima influencia” para que se le proporcionara un medio más eficaz para curar estas lesiones. La respuesta del nosocomio fue que la enferma no había recibido “golpes” sino que sufría pequeñas escoriaciones en las manos y que en su estado de demencia no se dejaba curar y se pellizcaba las heridas.¹⁵¹

De igual manera, en 1914, Arturo de la V., esposo de la interna María S., acusó a los encargados del departamento de epilépticas de

¹⁴⁹ Minuta del visitador de la Beneficencia Pública, Ciudad de México, 1905-1906, AHSSA, F-BP, S-EH, Se- HDS, Lg. 20, Exp. 17, fs. 1-2, 4-5, 25-27, 40-41, 42-43.

¹⁵⁰ Minuta del visitador de la Beneficencia Pública, Ciudad de México, 1905-1906, AHSSA, F-BP, S-EH, Se- HDS, Lg. 20, Exp. 17, fs. 42-43.

¹⁵¹ Tiburcia V., núm. 230, E.C., C.4, Exp.2.

tratar con suma dureza a María, de encerrarla en su cuarto, de quitarle los tejidos que elaboraba para distraerse, incluso, de robarle su chal y sus alpargatas. Solicitando al director que se hicieran las pesquisas pertinentes. Cinco días después, el director del Manicomio General contestó a las alegaciones del esposo diciendo que cuando María sufría ataques epilépticos se le recogían sus pertenencias para evitar que otras internas se las escondieran, pues según el facultativo las enfermas que estaban aquejadas de ese padecimiento tenían tendencia a apoderarse de cuanto se encontraban y esconderlo, y le aseguró que, más tarde, se las devolvían.

Respecto a las acusaciones sobre el encierro, el director afirmó que era por prescripción médica y que tenía el objeto de calmar su excitación y para evitar que dañara a sus compañeras. Por último, le informó que había recomendado a la jefa de enfermeras que tuviera “especial consideración con la señora, su esposa.”¹⁵² Posiblemente, las acusaciones de Arturo de la V. fueron tomadas seriamente, pues éste laboraba en el Juzgado del Registro Civil de Tacubaya. El hospital intentaba frenar las acusaciones hechas por las familias mediante la realización de informes que intentaban si no esclarecer, al menos dar una explicación verosímil a los hechos expuestos por los parientes. Estos informes eran enviados a la secretaría de Estado, entidad que imponía su criterio de autoridad frente a los otros dos actores sociales. Sin embargo, el mayor peligro se presentaba cuando estas acusaciones trascendían los muros del hospital y llegaba a la prensa. Durante el periodo estudiado, todos los directores del nosocomio fueron puestos en tela de juicio por distintos periódicos. En una ocasión, el diario “La Patria” publicó un artículo en el que acusaban al director, el doctor Alberto López Hermosa, de “malos tratamientos” a la enferma Justa Palacios. Ante las graves acusaciones hacia López Hermosa, éste solicitó un informe al subdirector,

¹⁵² María S., núm. 470, E.C., C.4 Exp. 70, Exp. 7.

puesto que la interna había sido ingresada antes de su toma de posesión como gerente del hospital. Informada la Secretaría de Estado de los hechos y en ausencia de un informe del visitador que apoyara la versión del hospital. López Hermosa puso una denuncia contra el periódico en el Juzgado Segundo Correccional de la ciudad de México.¹⁵³

¹⁵³ AHSSA, F-BP, S-EH, Se-HDS, Lg. 18, EXP. 32, fs.1-2, 7-8, 12-13.

CONCLUSIONES

Entre 1877 y 1910, miles de familias recurrieron al establecimiento para dementes buscando una respuesta a la enfermedad mental. Su participación no empezó, ni concluyó al momento del encierro, pues previamente habían observado que su pariente tenía algún problema de salud, había cambiado su forma de comportarse o repentinamente sufrió un ataque. Este evento pudo ser el desencadenante del internamiento o el comienzo de un proceso de cuidado doméstico, de consultas a médicos, sacerdotes, curanderos y chamanes. Y que en la mayoría de los casos se desembocaría en las puertas de la “Canoa” para su tratamiento.

Acudir al hospital no fue una decisión del tipo que se toma de forma cotidiana, pues no todos los días una persona tiene que sopesar la conveniencia de internar a una mujer con la que compartes vínculos sanguíneos, morales, sociales, económicos, culturales y afectivos. Por su naturaleza, considero que fue una decisión meditada y para que se produjera, las familias necesitaron saber del establecimiento, haber consultado el proceso o tener un referente médico y conocer los documentos necesarios para tramitar el ingreso.

El Hospital de Mujeres Dementes tenía una larga tradición y se encontraba situado en los primeros cuadros de la ciudad, a pocas calles de la Plaza Mayor, del Portal de Santo Domingo y de iglesias como la de Santa Clara y de conventos como el de la Concepción. El referente médico, por su parte, debió ser un elemento importante, pues la teoría alienista del momento preconizaba la necesidad del asilamiento del enfermo mental para la defensa de la sociedad, el bienestar de la familia y se consideraba un tratamiento efectivo para el tipo de padecimiento. Discurso que pudo influir en la decisión de internar a su pariente. Por otro lado, la posibilidad de recibir cuidado hospitalario no era inherente a una condición de ciudadano o de residente de la ciudad de México, sino que estaba supeditado a una serie de documentos que afirmaba que la mujer

era una enferma mental y que necesitaba tratamiento. Proceso en el que de alguna manera supieron los familiares y en los que estuvieron involucrados los otros actores sociales: los médicos y funcionarios públicos.

Tras el ingreso, el siguiente paso que debieron dar las familias ocurrió ante el prefecto y el director del establecimiento, cuando las personas responsables de las enfermas contestaron a un interrogatorio y con su relato participaron en un diagnóstico que establecieron y ratificaron los médicos, contribuyendo, sin ni siquiera imaginarlo, al desarrollo de la medicina alienista mexicana y transformando a la mujer, con ese acto, en una paciente psiquiátrica. Además, aquellos que, antes o después del ingreso, tomaron la vía legal, se convirtieron en los gestores morales, económicos y legales de la enferma. Tutores que desde el momento que la mujer era diagnosticada con enajenación mental, la dejaron incapaz ante la ley de tomar decisiones propias sobre su vida y patrimonio. Tutela que también, tras la internación, fue compartida por los médicos y los funcionarios de la Beneficencia Pública.

Esta participación y vinculación clínica-benefactora con el nosocomio, fue posible porque durante el periodo analizado el nosocomio estaba inserto en un modelo de asistencia que, aunque estaba dirigido a los enfermos y desamparados, no contaba con los recursos suficientes, ni tampoco pretendía dar cobertura total a sus beneficiarios. Pues únicamente brindaba apoyo médico y sostenimiento gratuito durante el tiempo de la enfermedad. En una cantidad establecida por persona y día, cuando la paciente no tenía familiares, éstos estaban ausentes o no podían costear la estancia. Y aquellas mujeres alienadas que contaban con un deudo con recursos suficientes debía colaborar con una pensión, incluso, en determinados casos con prendas de ropa y abrigo. Además, de participar en el lavado y reparación de su vestuario. No obstante, no había diferencias en el tratamiento médico proporcionado por la institución, ya que éste se adaptaba a los padecimientos de las enfermas,

sin tomar en cuenta si eran o no pensionistas. Su misión era cumplir con lo que la familia no podía desempeñar, apoyar en un momento de debilidad familiar, pero siempre dentro de la capacidad y con las carencias del Estado porfiriano.

En definitiva, este contexto asistencial contribuyó a establecer la relación entre las otras partes actuantes, convirtiendo a los familiares en usuarios del establecimiento para dementes. Esta condición implicaba conocer y asumir un reglamento, pues, el funcionamiento estaba arbitrado por la reglamentación interna del establecimiento y por las medidas que de forma puntual fueron aprobadas por la Secretaría de Estado y el Despacho de Gobernación. Órgano rector de la Beneficencia Pública durante el periodo estudiado. Pero también estaban influenciada por la aplicación de reglas no formalizadas, devenidas de la práctica clínica. Normas que se construyeron desde la experiencia y también fueron fruto de los procesos de negociación entre el hospital y la secretaría. El sistema, por tanto, fue edificado desde lo casuístico, es decir, ciertas situaciones obligaban a la dirección y a los responsable gubernamentales a tomar decisiones que, a su vez, fueron aceptadas o negociadas por los deudos.

Los procesos negociadores suponen, además, una muestra del papel activo de los parientes, pues, para lograr un acuerdo, las familias apelaron a factores distintos y adoptaron posiciones de autoridad, sumisión y resistencia frente a los médicos. Asimismo, reaccionaron ante el conjunto de oportunidades que se le presentaban, tomaron acciones e iniciativas para cumplir las exigencias reglamentarias y, cuando esto no fue posible, las familias usaron las estrategias a su alcance como señalar los vacíos reglamentarios y acudir a redes de influencia y solidaridad. Estrategias encaminadas a tomar una mejor posición en la negociación. En otras ocasiones, los médicos y familiares precisaron equilibrar fuerzas, para lo cual dialogaron, mantuvieron las maneras y el buen trato. En definitiva, la relación estuvo basada en la aplicación de la norma, pero

también en la consecución de pactos puntuales. Y así se estableció una relación flexible, a veces elástica, basada en estos acuerdos. Aunque el acuerdo no siempre fue posible, con lo que se produjeron tensiones y confrontaciones, incluso como expuse anteriormente se llegó a denunciar ciertas irregularidades en la prensa y en los tribunales.

Si bien las familias y sus acciones sentaron precedentes informales, estos no condujeron a cambios en la reglamentación. Y en este sentido, considero que la interacción familia-nosocomio flexibilizó la posición del gobierno y la dirección del establecimiento ante la aplicación de la norma. Y tanto los marcos normativos como las medidas informales fueron conocidas e interpretadas por las familias usuarias durante el ingreso, la estancia y el alta de sus parientes. De este modo, los parientes aprendieron y usaron los márgenes de actuación y las probabilidades de acción que el establecimiento les proporcionaba. Sin embargo, la puesta en práctica de mecanismos y de estrategias da la sensación de que los parientes eran seres manipuladores y utilitarios, lo cual abunda en la idea de que los que llevaron a sus parientes al nosocomio fueron una suerte de villanos que usaron el establecimiento para desembarazarse de un miembro molesto. Sin embargo, creo, que las familias, a menudo, presentaban comportamientos variados. Por un lado, muchas socorrían a la enferma mental y la internaban en los hospitales con la genuina esperanza de verlas recuperarse. Y por ello, las visitaban, las procuraban y deseaban reintegrarlas a su vida familiar; pero, también había familias que dejaban a las enfermas en los establecimientos por su conveniencia y las desatendían; otras más apoyaron temporalmente a su pariente, pero la incurabilidad de algunas enfermedades supuso que, tras años de internación, la familia dejara su cuidado. Sin olvidar que, en muchas ocasiones, el desapego era involuntario, consecuencia de otro tipo de eventos como el fallecimiento de las personas que encargaba de su cuidado.

Y en este sentido, han sido más expuestos o son más impactantes los casos que reflejaban la notoria desidia de los deudos y la falta de su apoyo tras la salida del hospital. Estas imágenes pudieron propiciar la desacreditación de la familia en su proceder respecto a la enferma mental. Sin embargo, es necesario exponer que muchos deudos buscaron alternativas al cuidado de su pariente antes de ingresarla. En otros casos, parece haber sucedido un acto grave que precipitó la ruptura de la dinámica familiar hasta ser el detonante para el encierro. Además, el internamiento no siempre fue el alejamiento total y permanente de su núcleo familiar, pues muchas veces, las mujeres volvían a convivir con sus familias y no regresaban al nosocomio. Sin olvidar, que fuera del ámbito hospitalario, los parientes dejaban de tener el apoyo médico, haciendo más difícil la reintegración de la enferma a su vida cotidiana.

Por todo ello, mi mirada ha pretendido ser sensible a los individuos y a sus acciones y mostrar el escenario complejo que enfrentaban, pero, sobre todo, exponer la diversidad social de la familia porfiriana, hacer una interpretación más incluyente y enriquecida de estos actores sociales. Pues, si algo ha mostrado la investigación ha sido que las familias usuarias eran heterogéneas en su composición, circunstancias económicas y sociales y que la única característica que era plenamente compartida era el hecho del encierro de un miembro del entorno familiar a causa de una enfermedad mental diagnosticada.

Asimismo, las motivaciones y los fines perseguidos por los parientes fueron variados. Unos encontraron en el nosocomio un recurso económico por medio del cual su enferma recibía ropa, comida y tratamiento médico gratuito, siendo un alivio no tener que mantener a un miembro improductivo en las economías domésticas paliadas por la inflación, los bajos salarios y la inestabilidad en el trabajo. Otros, dieron respuesta a los conflictos familiares que se desencadenaban a raíz de unos comportamientos que no eran entendidos y mucho menos aceptados por los parientes y que veían en sus dichos y en sus hechos

muestras de enfermedad mental. Algunos más, se sentían incapaces de atender a la enferma en los domicilios, ya fuera porque no contaban con personas que pudiera cuidarla, fuera mucho el desgaste familiar tras años de padecimientos o los momentos de crisis superaban a los deudos encargados de cuidar y custodiar a la mujer.

Por ello, creo que la familia usó el establecimiento de muchas maneras.¹ Una que ha sido apuntada por otros autores fue la de depósito de mujeres problemáticas o de aquellas que crearon una tensión en el seno familiar. En estos casos, menos frecuentes de lo que denota la historiografía, las desavenencias de la mujer con la madre, los hermanos o el esposo fueron el origen del encierro. En cuanto al ingreso, se caracterizó porque la familia influyó activamente, incluso los parientes recurrieron a la policía, a redes de solidaridad y de influencia para facilitar el internamiento. En algunas ocasiones, además, se promovieron juicios de interdicción. Los padecimientos más frecuentes eran la erotomanía, la manía y la locura moral.

De igual manera, si se analiza el discurso médico y el de los familiares se observa que éstos hacían referencia al mal comportamiento de la paciente y primó la labor de custodia que ofrecía el establecimiento sobre otros aspectos como el acceso a la gratuidad. Ya que en varios de ellos se trataba de mujeres pertenecientes a estratos acomodados. En cuanto a la estancia, con frecuencia, las familias se desentendieron de estas pacientes y fallecieron en el seno del hospital. Incluso, cuando los médicos sugirieron el alta de las enfermas, algunas de ellas se negaron a

¹ Los criterios analíticos que he tomado en cuenta para definir estos usos han sido los siguientes: las causas del ingreso expuestas por los parientes; otro de los más importantes fue en qué momento apareció la familia. Por ejemplo, si gestionó únicamente el ingreso y después no volvió a dejar vestigios de su participación; o por el contrario, contribuyó al sostenimiento de la enferma, la visitó, la envió cartas, solicitó permisos, incluso si recibió la comunicación del fallecimiento y recogió el cadáver. Por otro lado, cotejé esta participación con las enfermedades que presentaban las interna y éstas en relación con las condiciones económicas y sociales de los deudos. También reflexioné sobre el uso de estrategias para obtener sus fines. Por último, otros elementos que sopesé fueron: el número de ingresos, el tiempo de estancia, la petición de altas.

recibir las. En estos casos es notable el abandono y la utilización del nosocomio capitalino como forma de castigo.

Además de como depósito, el establecimiento también fue usado como residencia hospitalaria para enfermas crónicas y para mujeres con enfermedades con una alta dependencia familiar. En estos casos, los parientes, bajo distintas circunstancias sociales y motivaciones económicas, aprovecharon el servicio que el hospital les brindaba y lo utilizaron como respuesta terapéutica para la enfermedad. Estas familias usuarias se distinguieron por cuidar a la mujer desde el principio de la enfermedad y por haber buscado distintas soluciones (como el cuidado doméstico, clínicas privadas y tratamientos alternativos) antes de proceder a su ingreso. Así que la decisión de internarla estuvo mediada por la necesidad de atención especializada.

Asimismo, en la mayoría de los casos pudo estar aconsejada por otros facultativos, ya que la familia aportó los dos certificados médicos necesarios para el ingreso. En la carta de solicitud, los parientes, además, apelaron a la curación médica y a la incapacidad para hacerse responsables. Por todo ello, los deudos decidieron el tratamiento médico y el sostenimiento de la enferma. Los padecimientos más frecuentes en este tipo de internas fueron la idiocia, la demencia y los casos de epilepsia más severos. Se produjo un único ingreso y el tiempo de estancia fue muy amplio. Accedieron a que la enferma volviera su hogar, incluso pidieron permisos temporales y altas. Tras el fallecimiento, cuando los parientes contaban con medios económicos, se hicieron cargo del cadáver.

Otro uso del establecimiento fue como asilo para mujeres enfermas mentales que además eran pobres. Este tipo de ingresos puede despertar la sospecha de que los familiares estaban encerrando a mujeres que no padecían enfermedades de este tipo, sino que, más bien, eran víctimas de la pobreza y de la marginación. Y aunque en algunos casos pudo ser así, creo que la incidencia fue mínima, ya que existió una red de asilos y de hospicios pertenecientes a la beneficencia pública y privada

que estaba dedicada al cuidado de pobres y que estaba enfocada a mitigar las necesidades familiares. Aunque, como le ocurrió al hospital de mujeres dementes tenían sobrecupo, dejando a muchas personas sin asistencia. Además, cabe señalar que cuando en un hospital u hospicio se detectaba algún caso de enajenación mental se derivaba al nosocomio, para hombres o mujeres, correspondiente.

Por otro lado, al tener carencias económicas, la familia buscó estrategias como acudir a la policía y con ello conseguir los certificados médicos y el traslado al nosocomio. En estos casos, las mujeres sufrieron todo tipo de enfermedades, aunque no necesariamente fueron graves, pero sí incapacitante para aportar trabajo o dinero a la economía doméstica. El tiempo de estancia inicialmente fue corto, aunque se produjeron varios ingresos, así como, peticiones de permisos y altas. Con el tiempo, su padecimiento pudo convertirse en una enfermedad grave o crónica, incluso acontecer el fallecimiento en el trascurso de uno de los reingresos. Normalmente los familiares no se hicieron cargo del cadáver tras el deceso porque no tuvieron los medios para sufragarlo. Por ello, las familias que usaron el establecimiento como asilo buscaron sobre todo el sostenimiento económico antes que la custodia o el tratamiento.

En definitiva, los deudos que se enfrentaban a la enfermedad mental, y que no optaron por el cuidado en el hogar ni por el abandono del mórbido, utilizaron el establecimiento como depósito, asilo u hospital. Usos que solo demuestran la diversidad de experiencias familiares y la manera en que ellas asumían el compromiso de atender a un miembro enfermo de su grupo familiar. Responsabilidad que no asumieron solos porque, en este sentido, el Estado a través de la Beneficencia Pública y el nosocomio coadyuvaron en el sostenimiento, tratamiento y custodia de las enfermas porque el propio sistema de asistencia social necesitaba de esa colaboración.

Confío en que las páginas que exponen este trabajo hayan mostrado la importancia de las familias como actores sociales que deben

ser estudiados en otras instituciones para dementes. No es una tarea fácil porque las fuentes son complejas, fragmentadas y dispersas, pero no resulta imposible como se ha mostrado a lo largo de los capítulos. Solo requiere diversificar los acervos, revisar con esmero los documentos y hacer una nueva lectura a las fuentes secundarias. Además de las características de los documentos, otro reto de estudiar esta temática ha sido tomar distancia con la fuente e intentar no caer en el morbo por lo llamativo del tema, ni en lo reivindicativo por ser una mujer que estudia mujeres. Y aunque no cabe duda de que los testimonios sobre la experiencia de la locura son a la par sugestivos y conmovedores, espero no haber caído intencionalmente en esto último. Deseo, además, que la presente investigación sirva para que otros historiadores busquen acercarse a la historia de la locura y de la psiquiatría con otra forma de mirar, más humana, más comprensiva.

Por supuesto, el tema de la familia y el uso que hicieron de los establecimientos públicos (nosocomios y beneficencia) no se agota con esta investigación, espero haber contribuido a la historiografía dando a conocer cómo familias con una mujer diagnosticada con enfermedad mental vivieron el ocaso del siglo XIX y el nacimiento del XX. Asimismo, aspiro a que esta pesquisa sirva de ejemplo para que otros investigadores usen diversas fuentes médicas y administrativas provenientes de los hospitales para conocer a algunos actores sociales que de otra manera no tendríamos acceso, en mi caso la amplia y heterogénea familia porfiriana. Por otra parte, el análisis de los usos y los usuarios del nosocomio para dementes ha servido para demostrar el papel activo de las familias en las instituciones públicas y para exponer que la potestad del cuidado y la custodia de las enfermas mentales fue compartida entre los parientes, los médicos y los funcionarios de la beneficencia pública. Interpretación novedosa, ya que no focaliza el control en uno de los actores involucrados sino en todos.

Otras vías de indagación histórica que propongo a partir de esta investigación son la comparación de este hospital con los usuarios de otras instituciones como el de Hombres Dementes de la ciudad de México durante el mismo periodo. Incluso este trabajo puede servir como punto de partida para analizar a las familias usuarias de otros establecimientos públicos para enfermos mentales como el Manicomio General de la Castañeda. Asimismo, quedo deudora de un análisis de la forma en la que el nosocomio y la beneficencia pública percibió a las familias usuarias, reflexión complementaria a la realizada en esta investigación y que sin duda aportaría luz sobre el funcionamiento de la asistencia pública y el acceso a los servicios médicos. También queda pendiente el análisis de los mecanismos de integración doméstica tras la salida del nosocomio, pues las familias fueron las únicas responsables en el proceso de vuelta al entorno familiar y social después del alta. Pues todavía no se contaba con la figura de las trabajadoras sociales, ni los centros de atención ambulatoria para enfermos mentales, ni había una institución privada que estuviera preocupada por reinsertar a estas mujeres. Tarea que se antoja compleja porque supondría adentrarse en el terreno de lo privado, ámbito que no deja demasiados rastros, salvo aquellos devenidos de un nuevo ingreso.

Aspiro a que, en un futuro, dentro de mi quehacer investigador pueda adentrarme en estos terrenos y aún en otros que han emergido de las numerosas y ricas fuentes que he tenido el privilegio de consultar. En este sentido, dejo abiertos algunos caminos que transitar a partir de los anexos estadísticos que aparecen tras estas páginas, confío en que otros colegas investigadores elijan el Divino Salvador como objeto de estudio y hagan crecer el conocimiento sobre esta institución centenaria.

BIBLIOGRAFÍA

Archivos:

- AHSSA *Archivo Histórico de la Secretaría de Salud (AHSSA)*
- AHCDMX *Archivo Histórico de la ciudad de México Carlos de Sigüenza y Góngora*

Hemerografía:

- El Demócrata*, ciudad de México.
- El Monitor Republicano*, ciudad de México.
- El Tiempo*, ciudad de México.
- La Escuela de Medicina. Periódico dedicado a las ciencias médicas*, ciudad de México.
- La Gaceta Médica de México*, ciudad de México.
- La Voz de México*, ciudad de México.
- Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Hidalgo*, Pachuca, Hidalgo.

Bibliografía:

- Agostoni, Claudia, “El arte de curar: deberes y prácticas médicas porfirianas”, en Claudia Agostoni, Eliza Speckman, (Eds.), *Modernidad, tradición y alteridad: La ciudad de México en el cambio de siglo (XIX-XX)*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Históricas, 2001, pp.97-111.
- Alvarado, Miguel y Carmona y Valle, Manuel, *Exposición que la junta de Beneficencia elevó a la Secretaría de Gobernación*, Boletín de la Dirección de la Beneficencia Pública, México, Escuela Industrial de Huérfanos, 1881.

Álvarez Amézquita, José, Miguel E. Bustamante, Antonio López Picazos y Francisco Fernández del Castillo, *Historia de la salubridad y de la asistencia en México*. México, Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1960, 4 vols.

Andrade, José María, *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, 1907.

Arreola, Betzabeth, “¿Locura o disidencia? Un estudio sobre la locura femenina desde la ciencia psiquiátrica de finales del siglo XIX y principios del XX”, tesis de maestría en Historia, México, Universidad Autónoma de México, Unidad Iztapalapa, 2007.

Ayala, Hubonor, *La salvaguardia del orden social: El manicomio en el Estado de Veracruz, 1883-1920*, Zamora, Michoacán, El Colegio de Michoacán, Centro de Estudios Históricos, 2007.

Ballenger, Stephanie S., “Modernizing Madness: Doctors, Patients and Asylums in Nineteenth-Century México City”, tesis de doctorado en Filosofía de la Historia, Berkeley, Universidad de California, 2009.

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.

Beltrán, Victoria, “El juicio familiar: calificación y asignación social de la locura (México 1910-1930) tesis de licenciatura en Filosofía y Letras, México, Universidad Nacional Autónoma de México, 2014.

Berkstein, Celia, “El Hospital del Divino Salvador”, tesis de profesional en Filosofía y Letras, México, Universidad Nacional Autónoma de México, 1981.

Bernard, Carmen y Serge Gruzinski, “Los hijos del Apocalipsis: La familia en Mesoamérica, y en los Andes”, en André Burguière, Christiane Klapisch-Zuber, Martine Segalen, Françoise Zonabend, *Historia de la*

familia. *El impacto de la modernidad*, vol. 2, España, Alianza Editorial, 1998, pp.163-217.

Berrios, German E. *Historia de los síntomas de los trastornos mentales: La psicopatología descriptiva desde el siglo XIX*, México, Fondo de Cultura Económica, 2008.

Boschma, Geertje, "A Family Point of View, Negotiating Asylum Care in Alberta, 1905-1930" en *Canadian Bulletin of Medical History*, Toronto, Universidad de Toronto, Vol. 25, núm.2, 2008, pp.367-389.

Burke, Peter, *Historia y Teoría Social*, México, Polity Press, 1992.

Blum, Ann S. "Cleaning the Revolutionary Household. Domestic Servant and Public Welfare in Mexico City, 1900-1935," *Journal of Women's History*, Indiana University Press, vol. 15, núm. 4, Winter, 2004, pp.67-90.

Carvajal, Alberto, "Mujeres sin historia. Del Hospital de La Canoa al Manicomio de La Castañeda", *Secuencia. Revista de historia y ciencias sociales*, no. 51, septiembre-diciembre de 2001, pp.31-55.

Cerdá, Juan Manuel, Guadarrama, Gloria, Lorenzo, María Dolores, Moreyra, Beatriz (coord.) *El auxilio en las ciudades. Instituciones, actores y modelos de protección social*, Zinacantepec, Estado de México, El Colegio Mexiquense, Centro de Estudios Históricos, 2015.

Chaoul, María Eugenia, *Entre la esperanza de cambio y la continuidad de la vida. El espacio de las escuelas primarias nacionales en la ciudad de México, 1891-1919*, México, Instituto de Investigaciones Dr. José María Luis Mora, 2014.

Código Civil del Distrito Federal y Territorio de la Baja California, México, Imprenta dirigida por José Batiza, 1870, pp.5-635.

Colegio de México, *Estadísticas económicas del Porfiriato. Fuerza de trabajo y actividad económica*, México, Colegio de México, 1960.

Correa, María José, "De la casa de Orates al juzgado; pericia alienista y evaluación judicial de la locura en Santiago de Chile, 1860", *História, v Ciências, Saúde – Manguinhos*, vol.20, núm. 2, abr.-jun. 2013, pp.571-585.

Correa, María José, “De la información rendida y de lo expuesto por facultativos...Testimonios legos y medidas probatorias en el entendimiento judicial de la locura. El caso de Pablo Bartels. Valparaíso, Chile,1869”, en *Nuevo Mundo Mundos Nuevos*, [En línea], Coloquios, 2012, Puesto en línea el 29 marzo 2012 <<https://journals.openedition.org/nuevomundo/62736>>

Correa, María José, “Lo lego en la negociación de la autoridad médico judicial en Santiago de Chile, 1890-1892. Trinidad Álvarez y su *idiotismo congénito*” en *Sudhistorias*, núm. 5, julio-diciembre, 2012, pp.152-176.

Das, Debjani, “Is Insanity a ‘Female Malady’ Lunatic Women in The Asylums of Bengal in the Nineteenth Century” *Social Scientist Journal*, Nueva Delhi, vol. 39, núm. 5/6, Mayo-Junio, 2011, pp.23-47.

De la Garza Toledo, Enrique, “Neoinstitucionalismo, ¿Opción ante la elección racional?”, *Revista Mexicana de Sociología*, vol. 67, núm. 1, enero-marzo, 2005, pp.163-203.

Di Liscia, María Silvia, “Mujeres, locura e incapacidad civil en Argentina, 1890-1920” en *La Aljaba*, segunda época, vol. VIII, 2003, pp.89-105.

Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, <http://www.rae.es/>

Dirección General de Estadística, “Censo de la Municipalidad de México de 1890”, en *Estadística General de la República*, México, Imprenta de la Secretaría de Fomento, vol. VI, 1891.

Donzelot, Jacques, *La policía de las familias*, Valencia, Edit. Pre-Textos, 1990.

Esping Andersen, Gosta, *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, New Jersey, Princeton University Press, 1990.

Estenou, Rosario, “El surgimiento de la familia nuclear en México”, *Estudios de Historia Novohispana*, Universidad Nacional Autónoma de México, vol.31, núm. 31, julio-diciembre 2004, México, pp.99-136.

Fabré, *Diccionario de los diccionarios publicados en Europa ó tratado completo de medicina y cirugía práctica*, Traducción y aumentada por el Dr. Manuel Giménez, tomo III, Madrid, Imprenta Médica, 1843.

Francoise, Marie, Vivir de prestado. El Empeño en la ciudad de México”, en Anne Staples y Pilar Gonzalbo (Coords.) “Historia de la vida cotidiana en México, México, El Colegio de México, 2005, pp.81-118.

Finnane, Mark, “Asylums, Families and the State” en History Workshop, Oxford University Press, núm. 20, Autumn, 1985, pp.134-148.

García Izcabaleta, Joaquín, *Informe sobre los establecimientos de Beneficencia Pública de esta capital; su estado actual; noticias sobre sus fondos; reformas que desde luego necesitan y plan general de su arreglo*, México, Moderna Librería Religiosa, 1907.

García Peña, Ana Lidia, *El fracaso del amor: género e individualismo en el siglo XIX mexicano*, México D.F., El Colegio de México, Centro de Estudios Históricos; Toluca, Estado de México, Universidad Autónoma del Estado de México, 2006.

Goffman, Erving, *Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*, Buenos Aires, Amorrutu, 2001.

Gómez Rodríguez, Amparo, *Sobre actores y tramoyas: La explicación situacional de la acción individual*, Tenerife, Universidad de la Laguna, Edit. Anthropos, 1992.

Gonzalbo, Pilar y Rabell, Cecilia, “La familia en México” en Pablo Rodríguez, (coord.) *La familia en Iberoamérica 1550-1980*, Colección Confluencias, Colombia, Centro de Investigación sobre Dinámica Social, Universidad Externado de Colombia, Convenio Andrés Bello, 2004, pp.92-125.

González Navarro, Samuel, “La vida social”, en Daniel Cosío Villegas, *Historia Moderna de México, El Porfiriato, La Vida Social*, vol. 4, México, Buenos Aires, Editorial Hermes, 1957, 4ª Edición, 1985.

Guadarrama, Gloria, *Entre la caridad y el derecho: un estudio sobre el agotamiento de modelo nacional de asistencia social*, Zinacantepec,

Estado de México, El Colegio Mexiquense, Consejo Estatal de Población del Estado de México, 2001.

Guerra, François-Xavier, *México. Del Antiguo Régimen a la Revolución*, vol. 1, México, Fondo de Cultura Económica, 1a. ed., en español, 1988.

Herrera, María Lourdes, “La circulación de las ideas de asistencia y su impacto en las obras de beneficencia pública en Puebla durante la segunda mitad del siglo XIX” en Juan Manuel Cerdá, Gloria Guadarrama, Dolores Lorenzo y Beatriz Moreyra (coords.) *El auxilio en las ciudades. Instituciones, actores y modelos de protección social*, Zinacantepec, Estado de México, El Colegio Mexiquense, Centro de Estudios Históricos, 2015, pp.53-82.

Kelm, Mary-Ellen, “The only place likely to do her any good” The Admission of Women to British Columbia’s Providencial Hospital for the Insane en *BC Studies*, Vancouver, British Columbia Quarterly, núm. 96, winter 1992-1993, pp.66-89.

López Carrillo, Ximena, “La psiquiatría infantil en la Secretaría de Educación Pública y la emergencia de la Educación Especial” en Andrés Ríos Molina (Coord.), *La psiquiatría más allá de sus fronteras: instituciones y representaciones en el México contemporáneo*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Históricas, 2017, pp.89-132.

_____ “De la psiquiatría infantil a la educación especial: una reforma médico-pedagógica en torno a la infancia anormal en la Sep”, Tesis para obtener la Licenciatura en Historia en la Facultad de Filosofía y Letras, México, Universidad Nacional Autónoma de México, 2015.

Leeuwen, Marco H.D. van, “Logic of Charity: Poor Relief in Preindustrial Europe” en *Journal of Interdisciplinary History*, vol. XXIV, núm. 4 (Primavera), 1994, pp.589-613.

Lorenzo, Dolores, *El Estado como benefactor: los pobres y la asistencia pública en la ciudad de México, 1877-1905*, México, El Colegio de México, Centro de Estudios Históricos, 1a.ed., 2011.

Lozano, Antonio de J., "Código Civil del Distrito Federal y Territorios de la Baja California, promulgado en 31 de marzo de 1884", en *Colección de Códigos Mexicanos Vigentes*, México, Librería de la Vda. de Ch. Bouret, 1902, pp.1-416.

Malberti, José A., 1896, *Tratamiento sugestivo de la locura*, México, Tesis, Escuela Nacional de Medicina, Imprenta "El Partido Liberal", pp.1-39.

Mancilla, Martha Lilia, *Locura y mujer durante el Porfiriato*, México, Círculo Psicoanalítico Mexicano, 1a.ed., 2001.

Marmitt Wadi, Yonissa y Telma Beiser de Melo Zara, "Problematizando o mundo: Vida institucional e subjetivação no 'falatório' de Stela Do Patrocínio" en Yonissa Marmitt Wadi (Coord.), *Narrativas sobre loucuras, sofrimentos e traumas*, Curitiba, Maquina de Escrever, 2016, pp.65-93.

Marks, Lynne "Christian Harmony: Family, Neighbours, and Community in Upper Canadian Church Discipline Records in Upper Canadian Church Discipline Records" in Franca Iacovetta y Wendy Mitchison, *On the Case. Exploration in Social History*, Toronto, University of Toronto Press, 1998, pp.109-128.

Martínez, Federico, *Ligeros apuntes sobre higiene de la primera infancia*, México, Tesis Escuela Nacional de Medicina, 1899, pp.1-25.

McGovern, Constance M., "The Community, The Hospital, and The Working-Class Patient: The Multiple Uses of Asylum In Nineteenth-Century America", *Pennsylvania History: A Journal of Mind-Atlantic Studies*, Pennsylvania, Penn State University Press, Vol. 54, Núm. 1, January, 1987, pp.17-33.

Montaño, Claudia, "La locura en México un discurso médico. Análisis de Expedientes Clínicos, 1910.", Tesis de licenciatura en Psicología, México, Universidad Nacional Autónoma de México, FES Iztacala, 2011.

Montes de Oca, Vicente, 1893, *Breve exposición de los principales tratamientos de la histeria y epilepsia*, México, 41p. Tesis, Escuela Nacional de Medicina.

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

Morant, Isabel, *Amor, matrimonio y familia*, Madrid, Síntesis, 1998.

Moreyra, Beatriz, “Ideas y cambio institucional”, en Juan Manuel Cerdá, Gloria Guadarrama, Dolores Lorenzo y Beatriz Moreyra (coords.) *El auxilio en las ciudades. Instituciones, actores y modelos de protección social*, Zinacantepec, Estado de México, El Colegio Mexiquense, Centro de Estudios Históricos, 2015, pp.19-24

Muñoz y Revilla, Luis, “El tratamiento de las frenopatías”, tesis inaugural, México, Escuela Nacional de Medicina, Imprenta de Francisco Díaz de León, 1875, pp.1-52.

Muriel, Josefina, *Hospitales de la Nueva España*. Fundaciones de los siglos XVII y XVIII, tomo II, México, Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Históricas, 1991, en línea, formato PDF, <http://www.historicas.unam.mx/publicaciones/publicadigital/libros/hospitales/hne_t2.html> [Consulta: 12 de octubre de 2016]

North, Douglas C., *Instituciones, cambio institucional y desempeño económico*, México, Colección Economía Contemporánea, Fondo de Cultura Económica, 3a. reimpresión, 2006.

Olaguibel y Arista, Carlos, “Los hospitales-Explicación del Sr. Regidor Pérez Morgado-Economías necesarias-Como se sostienen los hospitales-La obra del Ejecutivo de la Unión”, *El Monitor Republicano*, año XXIV, núm. 208, 1 de septiembre de 1874, portada, p. s/n.

Ospina Martínez, María Angélica, “Con notable daño del buen servicio”: sobre la locura femenina en la primera mitad del siglo XX en Bogotá”, *Antípoda. Revista de Antropología y Arqueología*, Universidad de los Andes, Colombia, núm. 2, enero-junio, 2006, pp.303-304.

Padilla, Antonio, "Del desamparo a la protección. Ideas, instituciones y prácticas de la asistencia social en la ciudad de México, 1861-1910", *Cuicuilco*, Escuela Nacional de Antropología e Historia, vol. 11, núm. 32, septiembre-diciembre, 2004, pp.121-155.

Pérez, Luz, Molina, David y Álvarez, Ramón, *Leyes, decretos y reglamentos de la Beneficencia Pública, 1859-1914*, núm. 1, XLV Aniversario, 1943-1988, México, Secretaría de Salud, 1988.

Peza, Juan de Dios, *La Beneficencia en México*, México, Imprenta de Francisco Díaz de León, 1881.

Piña, Eduardo, "Fuentes para la biografía del profesor de física Ladislao de la Pascual Martínez, 1815-1891" en *Revista Mexicana de Física E, Historia y Filosofía de la Física*, México, Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Iztapalapa, vol. 56, núm. 2, 2010, pp.234-243.

Pita, Valeria, *La Casa de las locas: Una historia social del Hospital de Mujeres Dementes: Buenos Aires, 1852-1890*, Rosario, Protohistoria Ediciones, 2012.

Prestwich, Patricia, "Family Strategies and Medical Power: 'Voluntary' Committal in a Parisian Asylum, 1876-1914", *Journal of Social History*, vol. 27, No.4, summer, 1994, pp.799-818.

Quijano, Fernando, "La lepra de Lucio" en *Gaceta Médica Mexicana*, Primicias Médicas Nacionales, México, Academia Nacional de Medicina, vol. 132, núm. 3, 1996, pp.333-334.

Quirós, Enriqueta, "Vivir de un salario: El costo del consumo doméstico", en Alicia Salmerón y Fernando Aguayo (coord.), *Instantáneas de la ciudad de México. Un álbum de 1883-1884*, México, Instituto Mora, Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Cuajimalpa, 2013.

Ríos Molina, Andrés, *La locura durante la Revolución Mexicana. Los primeros años del Manicomio General La Castañeda, 1910-1920*, México, El Colegio de México, 2009.

Rivadeneira, Mariano, *Apuntes para la estadística de la locura en México*, México, Tesis Escuela Nacional de Medicina, 1887, pp.1-61.

Rivera Garza, Cristina, *La Castañeda. Narrativas dolientes desde el manicomio general, México, 1910-1930*. México, Tusquets, 2010.

Rocha, Martha Eva, "Cultura, educación femenina: la dama porfirista", *Pedagogía. Revista de la Universidad Pedagógica Nacional*, Universidad Pedagógica Nacional, vol. 5, núm. 13, enero-marzo, 1988, México, pp.73-85.

Rodríguez Castillo, Luis, "Neoinstitucionalismo en ciencia política" en *Economía, sociedad y territorio*, vol. 8, núm. 26, enero-abril, 2008, pp.549-560.

Rodríguez Kuri, Ariel, *La experiencia olvidada. El Ayuntamiento de México: Política y Gobierno, 1876-1912*, México, El Colegio de México, Universidad Autónoma Metropolitana, 1996.

Sacristán, Cristina, "La contribución de La Castañeda a la profesionalización de la psiquiatría mexicana, 1910-1968", *Salud Mental*, vol. 33, no. 6, noviembre-diciembre de 2010, pp.473-480.

_____ "Ser o no ser modernos. La salud mental en manos del Estado mexicano, 1861-1968", *Revista Espaço Plural*. Centro de Ciências Humanas, Educação e Letras, Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Brasil, vol. XI, no. 22, enero-junio de 2010, pp.11-23. <http://e-revista.unioeste.br/index.php/espacoplural/article/view/4830>

_____ "La locura se topa con el manicomio. Una historia por contar" en *Cuicuilco. Revista de la Escuela Nacional de Antropología e Historia*, vol. 16, no. 45, enero-abril de 2009, pp.163-188.

_____ "Entre curar y contener. La psiquiatría mexicana ante el desamparo jurídico, 1870-1944," *Frenia. Revista de Historia de la Psiquiatría*, Centro Superior de Investigaciones Científicas, CSIC, vol. II, núm. 2, febrero, 2002, Madrid, pp.61-80.

_____ “¿Quién me metió en el manicomio? El internamiento de enfermos mentales en México, siglos XIX y XX”, *Relaciones. Estudios de Historia y Sociedad*, primavera de 1998, vol. XIX, no. 74, pp.201-233. <http://www.colmich.edu.mx/files/relaciones/074/pdf/MariaCristinaSacristan.pdf>

_____ “¿Qui peut exercer la tutelle d'un incapable? Évolution depuis le droit romain jusqu'a la codification" en *Ateliers. Anthropologie et histoire. Réflexion sur les cinq continents*, no. 17, 1996, pp.171-184.

Sarudiansky, Mercedes, “Neurosis y ansiedad: antecedentes conceptuales de una categoría actual” IV, Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XIX, Jornadas de Investigación VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2012.

Šilar, Mario, Felipe Schewember, “racionalidad práctica, intencionalidad, normatividad y reflexividad” en *Memorias de las XLV reuniones filosóficas*, celebradas entre el 23 y 25 de abril de 2008, Cuadernos de Anuarios Filosóficos-Serie Universitaria, Pamplona, Servicios de Publicaciones de la Universidad de Navarra, 2009.

Shorter, Edward, *A Historical Dictionary of Psychiatry*, Nueva York, Oxford University Press, 2005.

_____ *A History of Psychiatric. From the Era of The Asylum to the Age of Prozac*, Toronto, New York, John Wiley & Son, Inc. 1997.

Suzuki, Akihito, *Madness at home: the psychiatrist, the patient, and tue family in England, 1820-1860*, Berkeley y Los Ángeles, California, University of California Press, 2006.

Titmuss, Richard, *Commitment to Welfare*, Londres, George Allen and Unwin, Ltd. 1968.

Tomes, Nancy, *A Genenous Confidence: Thomas Story Kirkbride and the Art of Axylum-Keeping, 1840-1933*, Cambridge Studies in the History of Medicine, Cambridge University Press, 1984.

Tuñón, Julia, "Introducción", en Soledad González y Julio Tuñón, (Comp.), *Familias y mujeres en México: Del modelo a la diversidad*, México, Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer, Colegio de México, 1997, pp.11-28.

Villa, Guadalupe, "El Hospital del Divino Salvador para mujeres dementes", *Boletín de Monumentos Históricos*, Instituto Nacional de Antropología e Historia, tercera época, núm. 12, enero-abril, 2008, México, D.F., pp.141-152.

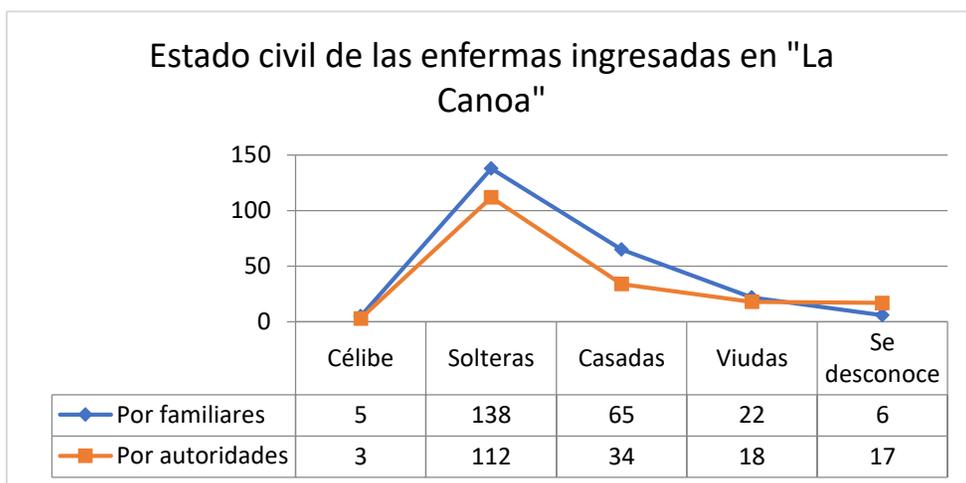
Vivaldo Martínez, Juan Pablo, "Los ancianos en la Ciudad de México. Interpretaciones Históricas de la Vejez", Tesis de Doctorado en Historia, Universidad Nacional Autónoma de México, 2017.

Warsh, Cheryl Krasnick, *Moments of unreason: the practice of Canadian psychiatry and the*

Homewood Retreat, 1883-1923, Montreal, QC: McGill-Queen's University Press, 1989.

APÉNDICE GRÁFICAS

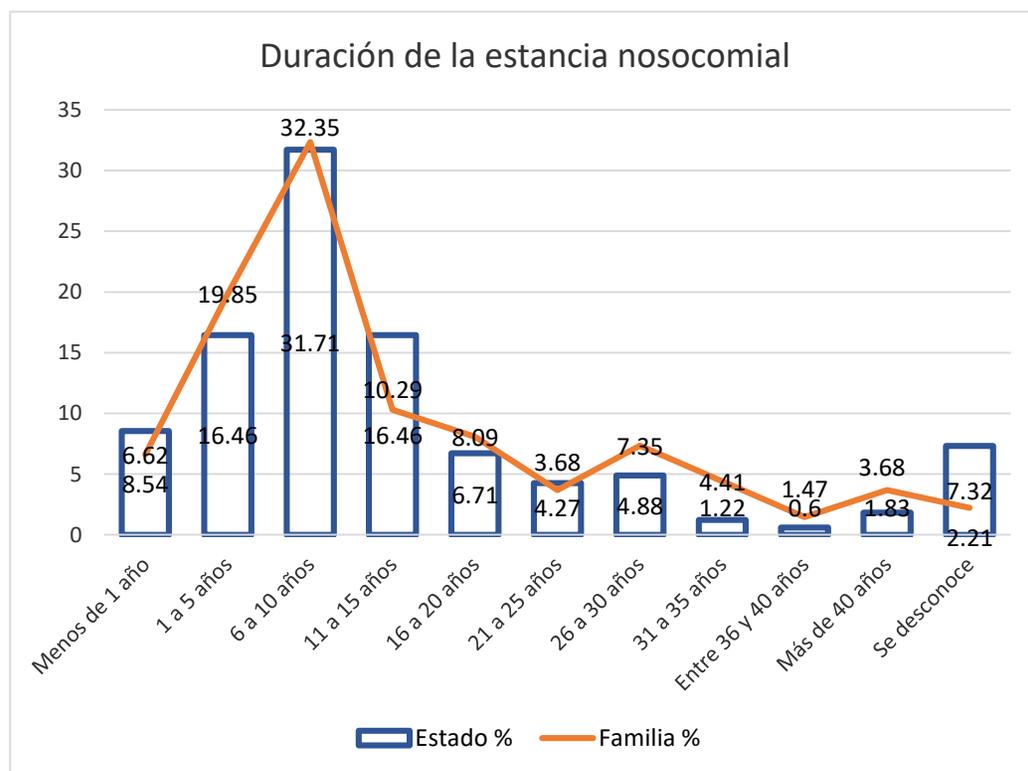
Gráfica 5. Estado civil de las mujeres internadas por las familias o por autoridades en el nosocomio entre 1877 a 1910 (n=420).



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos extraídos de los libros de registro del Manicomio General y de los expedientes clínicos de las pacientes.¹

¹ Libro de Registro de Asilados, F-MG, S-LRA, Libro 1, clasificación 7-751 y Expedientes clínicos, F-MG, S-EC, Libro 1-7.

Gráfica 6. Comparativa de los tiempos de estancia según el promotor del ingreso (%)



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos extraídos de los libros de registro del Manicomio General y de los expedientes clínicos de las pacientes.²

² Libro de Registro de Asilados, F-MG, S-LRA, Libro 1, clasificación 7-751 y Expedientes clínicos, F-MG, S-EC, Libro 1-7.

APÉNDICE

TABLAS

Tabla 5. Porcentaje de lo recaudado en concepto de pensiones en relación con el presupuesto destinado al Hospital de Mujeres Dementes 1882-1890

Mes	Año	Presupuesto de la Beneficencia	Recaudación de pensiones	Porcentaje diferencial
Enero	1882	1634.29	307	18.79
Abril	1883	1713.45	529.20	30.88
Febrero	1884	1726.18	453.33	26.26
Enero	1885	1761.75	346.67	19.68
Noviembre	1886	1859.87	754	40.54
Enero	1887	1908.94	574.70	30.11
Febrero	1888	1830.81	471	25.72
Abril	1889	1903.87	519.70	27.29
Agosto	1890	1968.94	600.66	30.50

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos oficiales obtenidos de los informes del Hospital de Mujeres Dementes a la Beneficencia Pública.³

³ "Movimiento de las enfermas", datos de 1882, AHSSA, F-BP, S-E.H, Se- HDS, Lg.14, Exp.19, f. 4; 1883, AHSSA, F-BP, S-E.H, Se- HDS, Lg.14, Exp.36, f.2.; 1884, AHSSA, F-BP, S-E.H, Se- HDS, Lg.15, Exp.5, f.4; 1885, AHSSA, F-BP, S-E.H, Se- HDS, Lg.15, Exp.16, f.4; 1886, AHSSA, F-BP, S-E.H, Se- HDS, Lg.15, Exp.22, f.4; 1887, AHSSA, F-BP, S-E.H, Se- HDS, Lg.15, Exp.33, f.s/n; 1888, AHSSA, F-BP, S-E.H, Se- HDS, Lg. 16,

Tabla 6. Número de ingresos, altas y fallecimientos registrados por años
(1877-1890)

Año	Ingresos	Altas	Fallecimientos
1877	86	61	12
1878	58	36	24
1879	79	33	28
1880	73	48	32
1881	81	35	28
1882	74	34	24
1883	86	39	24
1884	89	40	30
1885	80	32	43
1886	79	34	37
1887	83	33	42
1888	111	39	45
1889	83	41	54
1890	82	66	35
	<i>1144</i>	<i>571</i>	<i>458</i>

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos extraídos del libro de gastos y lista de enfermos de 1873-1910.⁴

Exp.25, f.4; 1889, AHSSA, F-BP, S-E.H, Se- HDS, Lg.16, Exp.37, f.4; 1890, AHSSA, F-BP, S-E.H, Se- HDS, Lg.17, Exp.16, f.10.

Tabla 7. Número de ingresos, altas y fallecimientos registrados entre 1891-1900, por años

Año	Ingresos	Altas	Fallecimientos
1891	111	67	33
1892	88	42	36
1893	93	50	59
1894	85	45	42
1895	93	42	35
1896	110	65	38
1897	127	63	39
1898	137	79	39
1899	141	92	59
1900	96	52	38
	<i>1081</i>	<i>597</i>	<i>418</i>

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos extraídos del libro de gastos y lista de enfermos de 1873-1910.⁵

⁴ Libro de registro de asiladas del Hospital de Mujeres Dementes. AHSSA, F-HYH, S-HDS, libro 3, 1873-1910, fs.2-136.

Tabla 8. Número de ingresos, altas y fallecimientos registrados por años entre 1897-1910

Año	Ingresos	Altas	Fallecimientos
1900	96	52	38
1901	107	58	52
1902	127	70	35
1903	122	75	49
1904	145	60	52
1905	160	96	52
1906	188	106	66
1907	203	116	71
1908	165	106	60
1909	118	67	38
1910	144	89	59
	1575	895	572

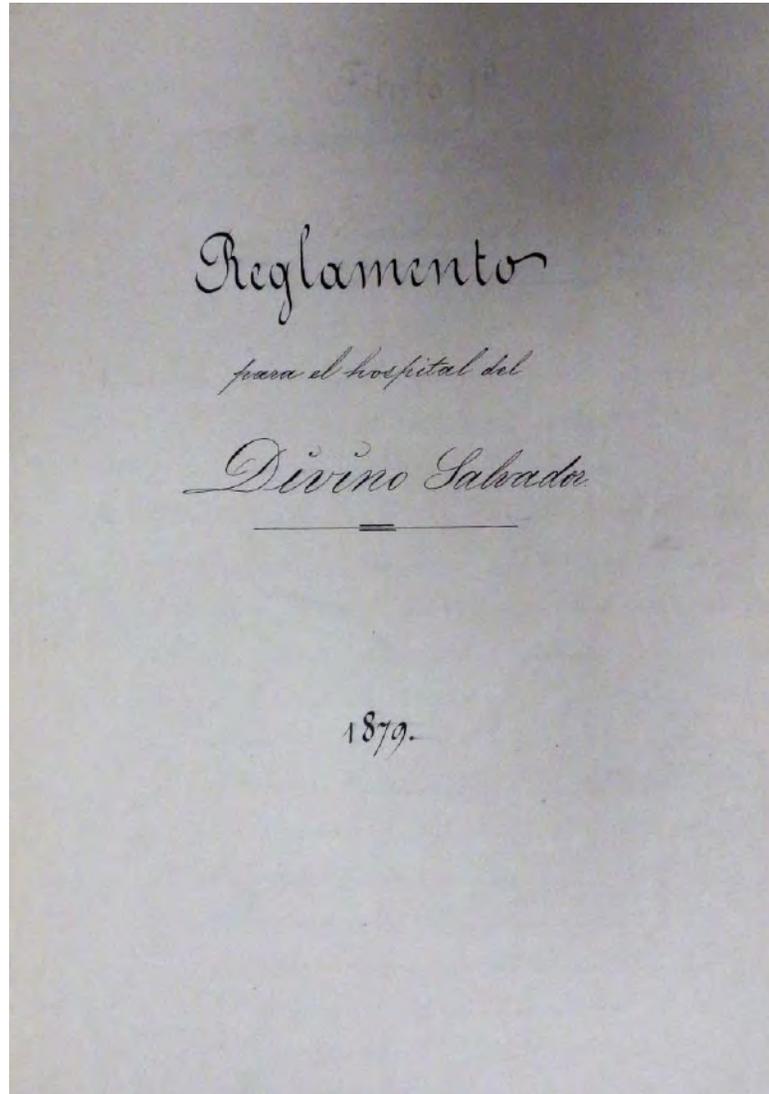
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos extraídos del libro de gastos y lista de enfermos de 1873-1910.⁶

⁵ Libro de registro de asiladas del Hospital de Mujeres Dementes. AHSSA, F-HYH, S-HDS, libro 3, 1873-1910, fs.2-136.

⁶ Libro de registro de asiladas del Hospital de Mujeres Dementes. AHSSA, F-HYH, S-HDS, libro 3, 1873-1910, fs.2-136.

APÉNDICE IMÁGENES

Imagen 1. Portada, Reglamento Interno del Hospital del Divino Salvador,
1879



Fuente: AHSSA, F-BP, S-EH, Se-HDS, Lg. 12, Exp. 16, f.1

Imagen 3. Modelo de registro de enfermas, 1879

The image shows a handwritten medical record form on a grid. The form is divided into several columns by vertical lines. The headers are written in cursive and include: 'Nombre', 'Salida', 'Edad', 'Estado', 'Oficio', 'Habitacion', 'Breve historia de la enfermedad', 'Breve historia de la enfermedad', 'Justificacion del ingreso', 'Diagnostico', 'Fecha de la salida', 'Fecha de ingreso', 'Fecha de la salida', and 'Fecha de la salida'. The form is mostly blank, with only the headers filled in.

Nombre	Salida	Edad	Estado	Oficio	Habitacion	Breve historia de la enfermedad	Breve historia de la enfermedad	Justificacion del ingreso	Diagnostico	Fecha de la salida	Fecha de ingreso	Fecha de la salida	Fecha de la salida

Fuente: AHSSA, F-BP, S-EH, Se-HDS, Lg. 12, Exp. 16, f.36

Imagen 4. Modelo de interrogatorio Hospital del Divino Salvador, 1879

Modelo n.º 7.

Hospital del Divino Salvador

Boleta de Entrada Núm. _____ Año de _____

INTERROGATORIO.

Nombre _____

Lugar del nacimiento _____

Edad _____

Ejercicio _____

Religion _____

Educacion _____

Estado Civil _____

Mestruacion _____

Ha tenido hijos? _____

Cuántos, y si son sanos _____

Causa _____

¿Usa ó abusa de bebidas espirituosas? _____

Si en su familia hay ó ha habido loco, nervioso, epiléptico
ó histérico _____

Qué enfermedades ha padecido? _____

Fuente: AHSSA, F-BP, S-EH, Se-HDS, Lg. 12, Exp. 16, f.34

Imagen 5. Solicitud del Gobierno del Distrito Federal al Prefecto del Hospital del Salvador, 1887

GOBIERNO
1887
Distrito Federal
SECCION PRIMERA
Núm. _____

El Prefecto del Hospital de Salvador
Agosto 10^o 1887 recibirá para su curación en calidad de libre
Alentado a Francisca [redacted]
Alvarado

México, agosto 10 de 1887
[Signature]

379. - Imprenta de la Escuela Correccional de Artes y Oficios.

Fuente: AHSSA, F-MG, S-EC, C.5, Exp.48, f.1

Imagen 6. Simón G. solicita por escrito el ingreso de su hija en el Hospital de Mujeres Dementes, 1898

C. Director del Hospital de Mujeres Dementes

El que suscribe ante Vd. respetuosamente expone que teniendo una hija afectada de enajenación mental bajo la forma de manía crónica parcial según lo acreditan los certificados que acompaño, y deseando que se recobre de su salud, como lo espero de la eficacia de dicho Establecimiento y careciendo de recursos por ser sumamente pobre

A V. suplica, se sirva acordar esta mi solicitud, en lo que recibirá especial favor y gracia

México, Mayo 1º de 1898

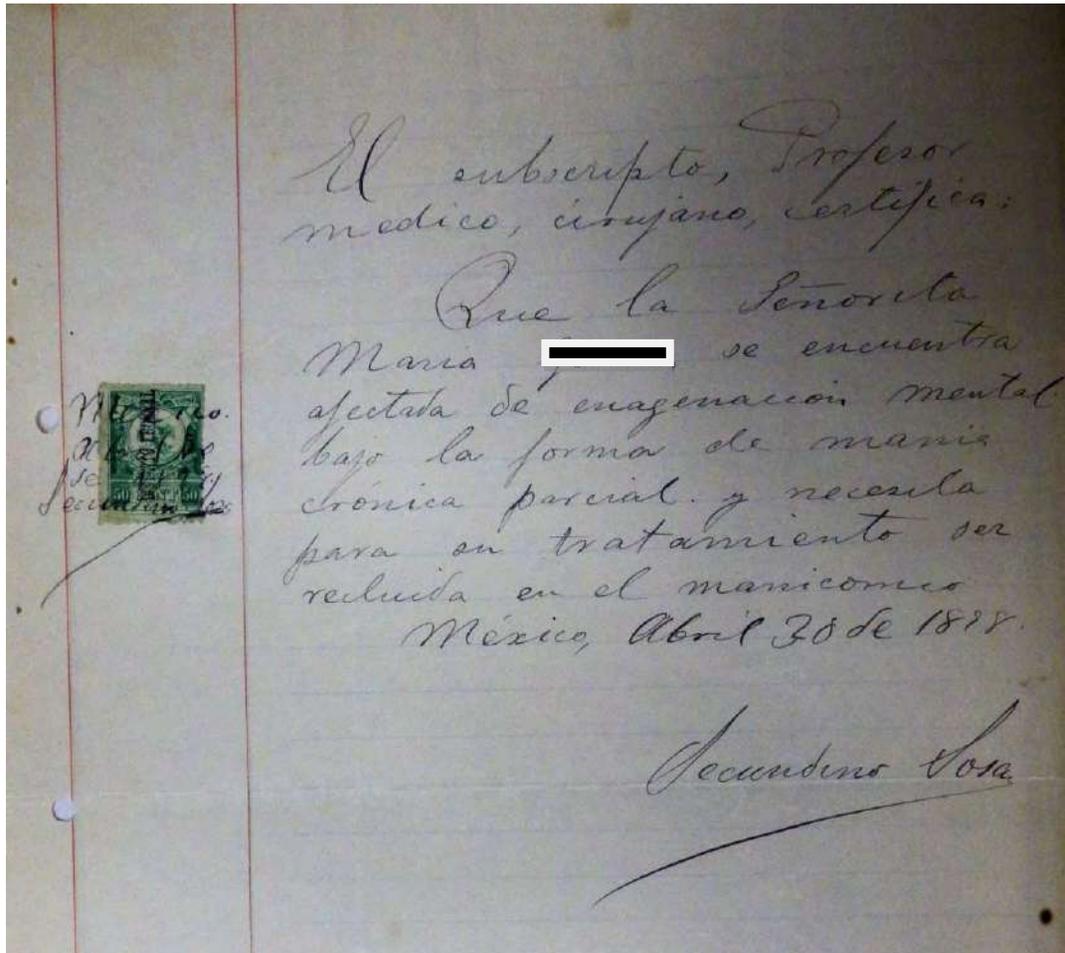
Simón G. [Redacted]

Mayo 1898 -
Admitido en observación
A Superintendente

3

Fuente: AHSSA, F-MG, S-EC, C.2, Exp.51, f.3

Imagen 7. Certificado médico de María G., aportado por su padre durante el proceso de ingreso, 1898



México.
Año de 1898.
Secundino Rosa

El suscrito, Profesor
médico, cirujano, certifica:
Que la Señorita
María [redacted] se encuentra
afectada de enajenación mental
bajo la forma de manía
trónica parcial. y necesita
para su tratamiento ser
recluida en el manicomio
México, Abril 30 de 1898.

Secundino Rosa

Fuente: AHSSA, F-MG, S-EC, C.2, Exp.51, f.4

Imagen 8. Certificado médico de Teresa O. entregado por su madre durante el internamiento de la paciente, 1908

El médico Cirujano que suscribe:
Certifica que la Señorita Teresa [redacted], está enagradada mentalmente, y presenta el delirio erotomaníaco, por lo que necesita aislarse en un establecimiento especial para su atención y seguridad.
México Marzo 10 de 1908.
A. Ruiz Esquivel
Estando conformado con el diagnóstico, doy mi firma de conformidad
Ignacio Ortega

Fuente: AHSSA, F-MG, S-EC, C.2, Exp.13, f.17

Imagen 10. Interrogatorio de Jesús C., transcripción de los datos personales a un formato de interrogatorio del Manicomio General, fecha del documento, 1896, el documento fue mecanografiado tras el traslado en 1910

Forma D, A.

MANICOMIO GENERAL

INTERROGATORIO

Edad ... 17 ... Fecha de admisión ... 4 ... de ... Mayo ... de 1896
 Sexo ... femenino ... Nombre ... María de Jesús ...
 Edad ... 41 años ... Nació en ... México, D.F.
 Ocupación ... molendera ... Reside en ... México.
 Estado Civil ... Casada, viuda. Constitución ... destruida.
 ¿Ha cambiado? ... ¿Patrio? ... Si.
 Religión ... Católica A.R. ... ¿La practica? ... escusísima.
 ¿Ha cambiado? ...

Grado de educación ¿antes? ... escasa
 ... y ahora?
 Grado de inteligencia ¿antes? ...
 ... y ahora?
 Carácter, ¿antes? ...
 ... y ahora?
 Desarrollo desde su niñez ...
 Hay o ha habido en su familia algún individuo neurótico, epiléptico, loco, histerico, alcoholico, estúpido o mudo?

Nombres { El padre ... Edad ...
 La madre ... Edad ...
 ¿Tienen parentesco? ...
 ¿Viven o han muerto? { El padre ...
 La madre ...
 ¿De qué enfermedades { El padre ...
 han padecido? La madre ...
 Grado de educación, inteligencia, carácter y costumbres de ellos { El padre ...
 La madre ...
 Datos relativos a los hermanos ...
 Datos relativos a los hijos ...
 ¿Qué enfermedades ha padecido? ...
 ¿Ha sufrido de enfermedades venéreas? ...

Fuente: AHSSA, F-MG, S-EC, C.1, Exp.8, f.2

Imagen 11. Talón del "Express" que corresponde a un bulto de ropa enviado por JR G. a su esposa, 1889

MEMORANDUM.

Sr. Doctor. Miguel Alvarado.
México.

11 de Noviembre 1889.

Sr. Director del Hospital de Mujeres Dementes.

Muy Sr. mío: Incluiré encon-
trará Ud. talon del "Express" amparando 1. bultito que contiene:

- 3 sobrefundas de almohada.
2. Camisones
1. enagua blanca
3. Visitas.
1. sobretodo
2. enaguas de color.
3. Sabanas
1. toalla
- 2 pares medias.
1. pañuelo
1. colcha
1. Cobertor.

Todo ello perteneciente a mi esposa D.^a Angela [redacted].
Próximamente remitiré a Ud. lo demás que prescribe el re-
glamento. Mientras tanto se repite a sus ordenes su atento
S. S. q. b. s. m.

J. R. G. [redacted]

Fuente: AHSSA, F-MG, S-EC, C.1, Exp. 11, f.8

Imagen 12. Objetos pertenecientes a Liberata G. entregados a un familiar, 1908

Recibí de la Sra Josefa Villagrán de Acevedo, los siguientes objetos pertenecientes á mi hermana la Sra Liberata

[REDACTED]

- 2. Retratos grandes pintados al oleo.
- 6. Retratos tarjeta imperial
- 50. id chicos.
- 1. Diccionario de cocina (grande).
- 1. Rebozo.
- 1. Camandula.
- 1. Rodapie tejido de hilo (4 metros.).
- Retazos de terciopelo brocado.
- 2. Cajas con un retrato antiguo cada uno.
- 1. Caja antigua.

México, Septiembre 25 de 1908.

Recibí - J. Morales y esposa.

70

Fuente: AHSSA, F-MG, S-EC, C.3, Exp. 33, f.10

Imagen 13. La madre de Teresa O. solicita una licencia de dos meses,
1911

C. Director
del Mancomio Ge-
neral.

Respetable Señor:

La que suscri-
be, ante V. respetuosamente, madre
de la enferma, Teresa [redacted]
quien está en observación y próxi-
ma a salir, le suplica conceda
su salida con licencia de dos meses
por si acaso en este intervalo de tiem-
po volviere a enfermarse; no tropiece
con dificultades para volverla a in-
ternar.

Dándole repetidas gracias, me por-
go á sus órdenes como
S. S. S.

Rosa [redacted]

México, Octubre 7 de 1911.

23

Fuente: AHSSA, F-MG, S-EC, C.2, Exp.13, f.23

Imagen 14. La tía de Macaria A. pide el alta para su sobrina, 1912

México, 13 de Noviembre de 1912.

SR. DIRECTOR DEL MANICOMIO GENERAL.

"LA CASTAÑEDA". MINCOAC, D.F.

Sr. Director de todo mi respeto:

Guadalupe [redacted], ante Ud. con el debido respeto y en la forma que mejor proceda, comparezco exponiendo:

Que habiendo ingresado desde hace siete u ocho años poco más o menos a ese Establecimiento al muy digno cargo de Ud. mi sobrina la señora Macaria [redacted] al Departamento de Mujeres dementes y encontrándose actualmente en el Pabellón de Epilépticos, a Ud. Sr. Director suplico atentamente se sirva dar sus respetables órdenes de acuerdo con el Médico de ese Establecimiento, sea dada de baja, en virtud de que la expresada paciente sólo sufre en la actualidad una enfermedad que creo poder atender.

No dudando de su benevolencia atentamente le suplico este favor por el que recibiré especial gracia.

S. Atta. y S.S.

Siempre informan sobre el particular al Médico del Pabellón si surge cualquier caso de enferma.

NOTA: Careciendo por completo de recursos suplico a Ud. atentamente no lleve el presente ocaso la estampilla de Ley.

Dirección:

Quinta calle de la Magnolia Núm. 121. Ciudad.

La enferma Macaria [redacted] está sujeta a dos o tres ataques epilépticos muy de tarde en tarde y después no queda malita por mucho tiempo; no hay inconveniente en darle su alta. Noviembre 19 de 1912 B. Manzanera

Fuente: AHSSA, F-MG, S-EC, C.2, Exp.36, f.3

Imagen 15. Queja del esposo de una pensionista por el aumento del importe de las pensiones, 1903

C. de M. México Agosto 8 de 1903

Señor J. Torres
Paseante

Muy señor mío y fino amigo

Contado a su favor
una fecha de ayer recibí de la fianza en conocimiento del
Señor Director General de Beneficencia Pública lo siguiente:
Que mi señora ingresó al Hospital el día diez de Agosto de
1887 habiendo llenado todos los requisitos que exige el Regla-
mento de esa oficina, que después vino el Reglamento vigente
de 1.º de Marzo de 1896 al cual no estoy comprendido, no
gana opinión de la misma Dirección, entiendo pues se basó
en que si es cierto que un Reglamento no constituye una
ley, ni se deben de aceptar las disposiciones anteriores,
puesto que fueron sancionadas por una Dirección tan
autorizada como la es la actual, mas cuando la parte
interesada se cumplió con todas las condiciones que
le fueron exigidas por medio de la fianza que otorgó
la satisfacción de la misma Dirección.

Si por estas razones no fueren suficientes para llamar la
consideración del Sr. Director General, suplico si nota-
mente lo indigne para dirigirme a la Secretaría del
ramo, pidiéndole por una gracia especial, no si-
no para la necesidad, se digné buscar en alguna
disposición en atención a mi escasez de recursos

Fuente: AHSSA, F-MG, S-EC, C.5, Exp.48, f. 9

Imagen 16. Petición de un diputado para que se difiera unos días la salida de su cuñada del Manicomio General, 1912

CAMARA DE DIPUTADOS
CORRESPONDENCIA PARTICULAR
MEXICO.

302

S. C.: 1^o Jan Agustín # 28. Noviembre 21, de 1912.
Señor Sr.
José M^o. Palacios.
Director del Manicomio General.
Maxaca, L. P.

Muy respetable y fino amigo:

Según sus indicaciones por
si hoy á la Dirección de ese Establecimiento, que
está á su digno cargo, y me informaron que que-
daba á mi disposición mi cuñada la señorita Eli-
sa [redacted] y la presente demostraré á Ud. mis
agradecimientos por sus bondades y eficacia con
que tan inmensamente me atendió en este asunto,
de gran interés para mi Señora Esposa.

Me permito suplicar á Ud.
atentamente me conceda la gracia de esperarme
unos días para llevar á mi mencionada cuñada
á Maxaca, lugar de mi residencia.

En tal virtud, espero aten-
derá mi suplica; quedándole eternamente agrade-
cido por su deferencia.

Sea su apmo.^o atto. amigo y f. f.
J. [redacted]

ARCHIVASE.

Fuente: AHSSA, F-MG, S-EC, C.4, Exp.73, f.10

Imagen 17. Escrito del director de la Beneficencia Pública dirigido al director del Hospital de Mujeres Dementes solicitando se conceda un trato especial a una enferma, 1910

*Compendencia particular del
Direc. Gen. de la Beneficencia Pública.* A.M.B.

México, 10 de Agosto de 1910.

Sr. D. José Mesa Gutiérrez,
Director del Hospital de Mujeres Dementes.

Presente.

Muy estimado y fino amigo:

El Sr. D. Leopoldo [redacted] paisano mío y persona de toda mi consideración, lleva á asilar á ese establecimiento de su digno cargo á la Srta. su hermana Rosaura [redacted], en distinción de primera, y á la cual le suplico ordene recibirla.

A más de las atenciones científicas y administrativas que ese establecimiento imparte á sus asilados, le suplico á Ud. encarecidamente se sirva hacer por su parte cuanto pueda en favor de mi recomendada. Igualmente le suplico á Ud. se sirva dar á su hermano, el Sr. [redacted], todos los datos que solicite sobre la enfermedad de la paciente y posibilidad de curación.

Anticipando á Ud. las gracias, quedo como siempre su muy afectísimo amigo atento y S. S.

Angel Blumado

Fuente: AHSSA, F-MG, S-EC, C.6, Exp.16, f.24