

ENTRE CURAR Y CONTENER. LA PSIQUIATRÍA MEXICANA ANTE EL DESAMPARO JURÍDICO, 1870-1944

M.^a Cristina Sacristán

Instituto Mora. México D.F.

Resumen:

La lucha de los alienistas mexicanos por construir un espacio terapéutico bajo el control de la medicina, impulsada en un primer momento por el Estado, se vio entorpecida por la ausencia de un marco jurídico que diera transparencia a la actuación de la incipiente psiquiatría y que protegiera las garantías individuales de los enfermos recluidos. Ello provocó un efecto de desgaste entre los primeros alienistas, quienes destinaron buena parte de sus energías a un diálogo poco fructífero con las autoridades de salud, los juristas y las familias, y condujo a una definición del loco que hizo de la peligrosidad su quinta esencia.

Abstract:

The struggle of early Mexican psychiatrists (alienists) to construct a therapeutic space with some sort of guidelines from the medical field was initially backed by the state. In time, however, this effort found obstacles in the lack of legislation to give transparency to the procedures in the new field of psychiatry and rules to protect patients' rights. The alienists at the time were bogged down by a useless dialogue with health authorities, jurists and patients' families leading to a threat-centered definition of madness, one which viewed the mad as quintessentially dangerous people.

Los historiadores del Antiguo Régimen seguramente se sienten familiarizados con dos actitudes ante la locura que convivieron durante algunos siglos. La imagen del loco como un ser vulnerable, frágil e indefenso, objeto de burla, abusos y malos tratos, hombre finalmente necesitado de protección, ha pasado a la historia junto con aquélla donde la falta de razón convierte al insensato en un verdadero peligro por la amenaza que representa para él mismo y para quienes lo rodean, en cuyo caso no queda más alternativa que la de someterlo, por lo general haciendo uso de la violencia. Este doble acercamiento se fundamentaba en el deber de protegerlo, dada su condición de minusvalía, pero también en el derecho a defenderse de él, real o potencial amenaza a la paz pública y al orden social¹.

Cuando alrededor del 1800 los médicos interesados en el tratamiento de la locura dieron lugar al nacimiento de una nueva especialidad médica, conocida durante todo el siglo XIX bajo el nombre de alienismo, procuraron deslindarse tanto de las posiciones que veían en el loco a un hombre violento como de aquéllas que lo reducían a un ser frágil, necesitado de protección. La primera postura suponía que la locura sólo era controlable mediante medidas de contención como las jaulas, los grillos o las cadenas que inmovilizaban al enfermo. Según algunas interpretaciones, los primeros alienistas tomaron distancia de esta posición y se presentaron bajo un manto de humanitarismo que habría estado ausente en otras épocas de la historia, caracterizadas más bien por el uso de la violencia para contener la propia violencia del loco². La nueva terapéutica, denominada tratamiento moral, se fundamentaba, entre otras cosas, en la ocupación por medio del trabajo, en una estricta reglamentación de la vida en común con el resto de los internos y en una identificación psicológica con la voluntad del médico donde el convencimiento por medio de la palabra intentaría desterrar los viejos usos³.

¹ Esta percepción dicotómica se puede apreciar en los trabajos que se han ocupado del periodo anterior al 1800. Véase para diferentes latitudes ROSEN, G. (1974), *Locura y Sociedad. Sociología histórica de la enfermedad mental*, Madrid, Alianza Editorial; MACDONALD, M. (1981), *Mystical Bedlam. Madness, Anxiety and Healing in Seventeenth-Century England*, Cambridge, Cambridge University Press, pp. XIII-XIV, 1-12; LÓPEZ ALONSO, C. (1988), *Locura y sociedad en Sevilla: Historia del Hospital de los Inocentes (1436?-1840)*, Sevilla, Diputación Provincial, pp. 50-79; GONZÁLEZ DURO, E. (1994), *Historia de la locura en España*, vol. I. Siglos XIII al XVII, Madrid, Ediciones Temas de Hoy, pp. 47-52; ROTHMAN, D. J., (1971) *The Discovery of the Asylum. Social Order and Disorder in the New Republic*, Boston, Little, Brown and Company, pp. 3-45.

² Al respecto puede verse SCULL, A. (1983), Humanitarianism or Control? Some Observations on the Historiography of Anglo-American Psychiatry. En COHEN, S. y SCULL, A. (eds.), *Social Control and the State. Historical and Comparative Essays*, Oxford, Martin Robertson, pp. 118-140, y algunas revisiones historiográficas que sitúan el problema: PORTER, R. y MICALE, M. S. (1994), Introduction: Reflections on Psychiatry and its Histories, MICALE, M. S. y PORTER, R. (eds.), *Discovering the history of psychiatry*, Oxford, Oxford University Press, pp. 3-36; HUERTAS, R. (2001), Historia de la psiquiatría, ¿por qué? ¿para qué? Tradiciones historiográficas y nuevas tendencias. En *Frenia. Revista de Historia de la Psiquiatría*, 1 (1), pp. 9-36.

³ CASTEL, R. (1975), El tratamiento moral. Terapéutica mental y control social en el siglo XIX. En GARCÍA, R. (coord.), *Psiquiatría, antipsiquiatría y orden manicomial*. Barcelona, Barral Editores, pp. 71-96.

La otra postura, que veía en el hombre falto de juicio a un ser humano vulnerable y desvalido, se había nutrido en parte de la cosmovisión cristiana que promovía el ejercicio de la caridad con los necesitados, entre quienes se incluían los enfermos, los pobres o los mendigos. La enfermedad y, por ende la locura, fue vista durante siglos como uno de los tantos males sociales que de manera inexorable acompañaba al hombre en su derrotero terrenal. Aunque el recurso médico siempre estuvo presente para contender con ella, y de hecho no se diferenciaba sustancialmente del tratamiento destinado a otras enfermedades (sangrías, purgas, vomitivos, cauterios), era perfectamente compatible con otros modos de enfrentar la enfermedad, como invocar la intercesión de las fuerzas divinas o esperar pacientemente a que la naturaleza obrara por sí misma. Para poder distanciarse de este acercamiento a la locura, el alienismo concibió al loco como un enfermo que podía curarse si era sometido a condiciones muy severas de aislamiento bajo la dirección del alienista, separado de los lugares y las personas que hasta entonces le habían sido familiares, pues en este nicho había germinado y crecido su locura. La idea de que el confinamiento era en sí mismo terapéutico supuso una revolución en las formas de intervención sobre la locura y justificó tanto la creación de una nueva especialidad médica como de un nuevo espacio donde el loco debía ser recluso: el manicomio⁴.

Este proceso, que llevó a la concepción del loco como un enfermo susceptible de curación bajo un régimen de aislamiento, permitiría a los primeros alienistas abandonar tanto la idea de peligrosidad como la mirada benefactora, tomar distancia de estas dos posiciones y situarse en una diferente: la del profesional frente a su objeto. Sin embargo, por tratarse en buena medida de una construcción teórica, este proyecto se plasmó con mayor o menor éxito en cada realidad histórica.

En el caso que nos interesa, analizaremos de qué manera se vivió dicho proceso a través de una institución emblemática —el Manicomio General de la Ciudad de México—, considerada por propios y extraños como la cuna de la psiquiatría pública mexicana.⁵ Con ella se quiso hacer justicia, —en palabras de uno de los más destaca-

⁴ Este proceso puede verse con diferentes matices para el caso francés que es el paradigma en CASTEL, R. (1980), *El orden psiquiátrico. La edad de oro del alienismo*, Madrid, Las Ediciones de La Piqueta, GAUCHET, M. y SWAIN, G. (1980), *La pratique de l'esprit humain. L'institution asilaire et la révolution démocratique*, Paris, Gallimard, y GOLDSTEIN, J. (1987), *Console and Classify. The French Psychiatric Profession in the Nineteenth Century*, Cambridge, Cambridge University Press. SHORTER, E. (1997), *A History of Psychiatry. From the Era of the Asylum to the Age of Prozac*. New York, John Wiley & Sons, Inc. cree que la auténtica revolución procede no tanto de la creencia en la curabilidad de la locura, como en el carácter terapéutico del aislamiento.

⁵ En este trabajo se usarán de manera indistinta los términos «psiquiatra» y «alienista», así como «psiquiatría» y «alienismo» para referirse a la realidad mexicana tanto del siglo XIX como del XX. Igual que en otros países, en México quienes a sí mismos se denominaron psiquiatras consideraron a los alienistas como los «precursores de la obra psiquiátrica». Véase BUENTELLO, E. (1936), Orígenes y estado actual del manicomio de La Castañeda. En *Asistencia. Publicación mensual de la Beneficencia Pública en el Distrito*

dos psiquiatras de su tiempo— a quienes «durante siglos permanecieron reclusos en casas insalubres e inadecuadas, desatendidos en lo general, pero sobre todo en olvido y abandono del Estado y de la Sociedad»⁶. Popularmente conocido como La Castañeda por haberse construido en los terrenos de dicha hacienda sobre una extensión de 78,480 metros cuadrados, fue inaugurado en 1910 por el entonces presidente de la república Porfirio Díaz a escasos meses del estallido de la Revolución Mexicana. No deja de ser significativo que la apertura del manicomio haya servido para dar inicio a los festejos conmemorativos del Centenario de la Independencia de México, hecho simbólico que fue interpretado como una evidencia de la modernización del país⁷. La importancia del manicomio estriba también en su larga vida, durante la cual abrió sus puertas a más de 60.000 pacientes procedentes de cualquier punto de la república. Aunque su proceso de desmantelamiento se inició en los cuarenta con la creación de las llamadas Granjas-hospitales —a las que fueron remitidos muchos de sus pacientes—, y el establecimiento de la consulta externa —que procuró disminuir la sobrepoblación del mismo—, no fue definitivamente cerrado sino hasta 1968, otro año clave en la historia de México⁸.

Para acercarnos a este proceso, destacaremos en primer término, la lucha de los alienistas mexicanos por construir un espacio terapéutico bajo el control de la medicina, ajeno a los intereses de las familias o de los poderes públicos, donde la curación del paciente no se viera supeditada ni entorpecida por otros fines. Sin embargo, la falta de una legislación a nivel federal que regulara el internamiento de los enfermos mentales reclusos contra su voluntad, mostró en poco tiempo la desprotección jurídica del loco internado. Ello provocó entre los primeros alienistas el temor a ser acusados de incurrir en la violación de las garantías individuales y a ver deteriorada su

Federal, 3. Sin embargo, pese a la introducción del término psiquiatra subsistió el de alienista que fue abandonándose muy lentamente. En una fecha tan tardía como 1956 se hace uso del término «alienista» como sinónimo de «médico psiquiatra» para referirse a psiquiatras en activo en ese momento, véase BUENTELLO, E. (1956), *Higiene mental*, México, Talleres Gráficos de la Nación.

⁶ La cita corresponde a RAMÍREZ MORENO, S. (1950), *La asistencia psiquiátrica en México*, México, Artes Gráficas del Estado, p. 30. Véase también la opinión de la psiquiatría oficial en DE LA FUENTE, R., Ma. E. Medina-Mora y J. Caraveo, (1997), *Salud Mental en México*, México, Fondo de Cultura Económica/Instituto Mexicano de Psiquiatría, p. 15.

⁷ GARCÍA, G. (1911), *Crónica oficial de las fiestas del primer centenario de la Independencia de México*, México, Talleres del Museo Nacional, pp. 109-111. Con el tiempo el manicomio creció en extensión hasta ocupar una superficie de 141.662 metros cuadrados, véase RAMÍREZ MORENO, S. (1950), p. 30.

⁸ *Guía del Fondo Manicomio General*, (1992), México, Secretaría de Salud, pp. I-VIII. Para la sobrepoblación del manicomio véase SACRISTÁN, Ma. C. (2001), Una valoración sobre el fracaso del manicomio de *La Castañeda* como institución terapéutica, 1910-1944. En *Secuencia. Revista de historia y ciencias sociales*, 51, pp. 91-120. La primera granja para enfermos mentales se estableció en 1944, de ahí que ésta sea una de las razones de nuestra periodización, pues con ella inició un proceso de descentralización de la asistencia psiquiátrica en México.

imagen como especialidad médica, circunstancias que frenaron su capacidad de acción al interior del manicomio produciendo un efecto de desgaste, pues buena parte de sus energías fueron canalizadas hacia la aprobación de un marco jurídico que protegiera a los internos, labor que no puede ser considerada propiamente de orden médico.

En un segundo momento, analizaremos la posición asumida por estos mismos alienistas ante el agotamiento de la institución manicomial como proyecto terapéutico, evidenciado en la progresiva sobrepoblación que padeció La Castañeda. Conforme el problema fue creciendo, las razones esgrimidas para restringir la admisión de nuevos enfermos y aumentar el número de las altas fueron convergiendo hasta llegar a un concepto que acabaría por definir al loco dejando muy de lado su condición de enfermo: el de su real o potencial peligrosidad. En ambos casos, la psiquiatría mexicana se vio «compelida» a asumir un rol que no figuraba entre sus planes y del que renegaría en más de una ocasión.

Para documentar este proceso, contamos con los reglamentos internos de la propia Castañeda y de los hospitales receptores de enfermos mentales que antecedieron al Manicomio, San Hipólito y La Canoa, ambos de origen colonial. Revisaremos también las competencias que el Estado asignó a la psiquiatría mexicana en los códigos civiles y penales, de ahí que nuestras coordenadas temporales arranquen con el inicio de la codificación en 1870. Las reivindicaciones de los psiquiatras nacidas al calor de su propia práctica clínica permitirán conocer cómo la psiquiatría mexicana fue definiendo tanto la concepción del enfermo mental como los dispositivos asistenciales y hasta dónde el Estado mexicano permitió a esta nueva ciencia extender su intervención.

LAS PARADOJAS DEL DERECHO

Durante los años que estudiamos, nunca se legisló en México a nivel federal el procedimiento para el ingreso en un manicomio.⁹ El único mecanismo apegado a la constitución era el juicio de incapacitación que exigía presentar una demanda ante los tribunales y comprobar mediante un peritaje médico la existencia de la enfermedad.¹⁰ Tras la declaración de la incapacidad, el individuo en cuestión quedaba sujeto

⁹ La primera norma data de una fecha tan reciente como 1995. Véase «Norma oficial mexicana NOM-025-SSA2-1994, para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica» (1995). En *Diario Oficial de la Federación*, 16 de noviembre, pp. 10-16.

¹⁰ Todavía en 1967 el Dr. José Siordia, director de La Castañeda, afirmó lo siguiente: «si se acataran rígidamente en nuestro medio las prescripciones legales en vigor, resultaría sumamente difícil la hospitalización forzada de los enfermos mentales y, si consideramos el problema en sentido inverso, resultaría que sistemáticamente se viene violando la Constitución, ya que en todas las instituciones psiquiátricas se encuentran internados varios miles de pacientes que no han sido previamente restringidos de sus derechos

a tutela, pudiendo su tutor decidir su reclusión si así lo creía conveniente¹¹. Como este tipo de juicio solía ser complicado, lento y costoso, generalmente sólo se recurría a él cuando los bienes del incapaz eran de tal cuantía, que su manejo ameritaba enfrentar semejante complejidad. De hecho, la incapacitación figuraba, y lo sigue estando, entre las instituciones de carácter patrimonial y sólo de manera subsidiaria se utilizaba como mecanismo de ingreso en un manicomio, de ahí que el porcentaje de los enfermos mentales incapacitados previamente a su ingreso o de manera inmediata a éste se haya mantenido siempre en niveles ínfimos¹².

Desde el punto de vista de la incapacitación, la psiquiatría mexicana fue reconocida como especialidad cuya competencia frente a la enajenación mental no podía ser suplida por la de otros médicos, pues en 1932 el código de procedimientos civiles exigió que los médicos encargados de los peritajes fueran «perfectamente alienistas»¹³. Sin embargo, la incapacitación no fue bien vista por los psiquiatras como mecanismo de ingreso ya que la medicina se encontraba subordinaba a los jueces, quienes finalmente dictaban la sentencia. Además, su lentitud la hacía poco operativa cuando el loco suponía un peligro para la seguridad pública, momento en que se requería de un mecanismo de ingreso más expedito¹⁴.

Ante tal estado de cosas, las instituciones mexicanas lucharon por establecer reglamentos internos que contaran con la aprobación de las autoridades de salud para tener un respaldo legal, lo que en principio protegía a los alienistas de una acusación por privación de libertad, tema delicado, ya que si bien el prestigio de la psiquiatría se fundamentaba en sus éxitos terapéuticos, requería una gestión transparente que

mediante juicio de interdicción», que seguía siendo el único mecanismo legal de internamiento, SIORDIA, J. (1967), *El enfermo mental ante la Legislación Penal Mexicana. Salud Pública de México*, 9 (4), p. 533.

¹¹ Código civil para el Distrito Federal y la Baja California (1879). En *Legislación mexicana o colección completa de las disposiciones legislativas expedidas desde la independencia de la República ordenada por los licenciados Manuel Dublán y José María Lozano*, México, Imprenta del Comercio, de Dublán y Chávez, a cargo de M. Lara (hijo), tomo 11, pp. 201-449, arts. 430, 431, 458, 594, 669 y 674.

¹² BERCOVITZ, R. (1976), *La marginación de los locos y el derecho*, Madrid, Taurus, pp. 32-36. Para el caso de México véase más adelante.

¹³ *Código de procedimientos civiles para el Distrito Federal y Territorios* (1947), México, Publicaciones Farrera, art. 905. Lo que no especificaba ninguno de los códigos eran las características de los peritajes, lo que motivó la demanda de algunos psiquiatras por establecer una normativa que sirviera de base tanto para los juicios de interdicción como para los certificados de internamiento o cualquier otro documento de carácter médico-legal, reglamentación que hasta donde sabemos no se aprobó en el periodo estudiado. Véase la queja en RAMÍREZ MORENO, S. (1934), Necesidad de que se establezca en México una legislación sobre alienados. *Revista Mexicana de Psiquiatría, Neurología y Medicina Legal*, 1 (2), pp. 5-7.

¹⁴ Este es un fenómeno bastante general detectado tanto por juristas como por médicos, LAURENT, F. (1894), *Principios de derecho civil*, México, Tipografía de Barroso Hermano y Cía., vol. V, pp. 565-567, y CASTEL, R. (1980), pp. 206-212. Para el caso de México, véase más adelante.

impidiera cualquier sospecha de internamientos irregulares apoyados en un supuesto diagnóstico de locura.

De entrada, este solo hecho —la ausencia de una legislación federal en materia de ingresos— marcará una gran diferencia respecto al modelo clásico, el francés, que fue imitado en algunos países, y dejará una huella indeleble en la psiquiatría mexicana por el desamparo jurídico en que durante décadas la mantuvo el Estado¹⁵. Mientras que la psiquiatría francesa se construyó sobre un modelo estatista que integró a la nueva especialidad médica en los aparatos del Estado por la ley de junio de 1838, normativa que entre otras cosas, estableció el mecanismo para «legalizar el secuestro de los alienados» sin necesidad de la incapacitación,¹⁶ los alienistas mexicanos destinaron muchas de sus energías a suplir la falta de certeza jurídica en la que vivieron, como ahora se verá.

A mediados del siglo XIX en los hospitales de San Hipólito y La Canoa solía pedirse un certificado médico que acreditara el padecimiento si el enfermo ingresaba por petición de su familia, pero si lo remitían los funcionarios autorizados se obviaba el diagnóstico probatorio de su locura, indicio del grado de subordinación de la naciente medicina mental respecto al poder público. Para el egreso, los pacientes podían salir estuvieran curados o no, a petición de quien hubiera tramitado su ingreso, hecho que evidenciaba el escaso control de la medicina pues, por lo general, quedaba sujeta a la voluntad de la familia¹⁷.

Conforme avanzó el siglo, las modificaciones introducidas en los reglamentos favorecieron el control de la incipiente psiquiatría, pero de manera aún muy restringida. Por ejemplo, en 1879 La Canoa exigía que el certificado estuviese firmado por dos médicos y avalado por el director del hospital, y reducía el número de las autoridades competentes para remitir enfermos, quienes debían hacerlo siempre por escrito, aunque sin necesidad del diagnóstico. Todos los ingresos eran de carácter «provisional» hasta comprobar su pertinencia mediante un periodo de observación que no podía exceder de 30 días, declarándose en ese momento el internamiento «definitivo». Si la familia solicitaba la salida de alguna paciente sin estar plenamente restablecida —este hospital sólo atendía mujeres—, se aceptaba su petición bajo la condición de no volverla a admitir en el futuro¹⁸, una medida de presión que no

¹⁵ Véase SACRISTÁN, M. C. (1998), ¿Quién me metió en el manicomio? El internamiento de enfermos mentales en México. En *Relaciones. Estudios de historia y sociedad*, 19 (74), pp. 201-233.

¹⁶ CASTEL, R. (1980), pp. 63-66, 250, GOLDSTEIN, J. (1987), pp. 276 y ss.

¹⁷ Archivo Histórico de la Secretaría de Salud (en adelante AHSS), Fondo Beneficencia Pública (en adelante F-BP), Sección Establecimientos Hospitalarios (en adelante S-EH), Serie Hospital de San Hipólito (en adelante Se-Hospital de San Hipólito), 1861, leg. 1, exp. 2, Archivo Histórico de la Ciudad de México, Hospitales, 1866, vol. 2302, exp. 148, AHSS, F-BP, S-EH, Serie Hospital del Divino Salvador (en adelante Se-Hospital del Divino Salvador), leg. 6, exp. 15, arts. 10-11, 13.

¹⁸ AHSS, F-BP, S-EH, Se-Hospital del Divino Salvador, leg. 12, exp. 16, arts. 4-5,9.

hacia sino mostrar la debilidad de la medicina mental frente a las familias de los internos.

Como en los hechos este reglamento dejó insatisfechos a los alienistas, porque con él no era posible «legalizar convenientemente la secuestación de un miembro de la sociedad» sin atropellar las libertades individuales, el director de La Canoa, Miguel Alvarado, propuso en 1883 a sus superiores que la orden de ingreso se presentara sólo por el representante legal de la enferma (el tutor nombrado en juicio) o por la autoridad competente acompañada de un certificado «científicamente fundado» firmado por dos médicos, cuya validez no podría exceder de quince días. Para argumentar su petición dio cuenta de «secuestros» inducidos por familiares que más tarde fueron descubiertos por él mismo¹⁹, pero su reclamo no fue escuchado.

La vida de estos hospitales a fines del siglo XIX probablemente no debió sufrir mayores cambios, pues en un reglamento de 1896 las autoridades facultadas para remitir enfermos continuaban haciéndolo sin presentar ningún certificado médico²⁰. Fue hasta la apertura del manicomio de La Castañeda, cuando los psiquiatras lograron que cualquier ingreso se acompañara del diagnóstico. Formalmente, el reglamento de La Castañeda, aprobado en 1913, logró hacer del criterio médico el fundamento de la internación al exigir, tanto para los ingresos por orden de la familia como para las órdenes procedentes de los poderes públicos, un certificado firmado por dos médicos que documentara el padecimiento mental y la necesidad de la reclusión²¹.

En relación con otros países, este procedimiento era muy sencillo pues únicamente requería la voluntad de dos médicos (no necesariamente alienistas) y la petición por escrito, ya fuera de la familia o de las autoridades competentes. Por tal motivo, los primeros alienistas de La Castañeda vieron con buenos ojos que la justicia se mantuviera a distancia dejando el territorio del manicomio bajo el control de la medicina. Sabemos que en España o Italia, donde el internamiento quedó bajo la competencia de los jueces, el procedimiento era lo bastante complicado como para

¹⁹ AHSS, F-BP, S-EH, Se-Hospital del Divino Salvador, leg. 16, exp. 4, ff. 10-12.

²⁰ *Reglamento del Hospital para mujeres dementes* (1896), México, Imprenta de la Escuela Industrial de Huérfanos, art. 4. Los infructuosos intentos de los médicos mexicanos durante la segunda mitad del siglo XIX por lograr que las autoridades se sometieran al igual que las familias a la acreditación de la enfermedad mental por medio de un certificado se describen en Sacristán, M. C. (2000), *Resistir y Asistir. La profesión psiquiátrica a través de sus instituciones hospitalarias en la ciudad de México, 1859-1933*. En Illades, C. y Rodríguez Kuri, A. (comps.), *Instituciones y Ciudad. Ocho estudios históricos sobre la Ciudad de México*, México, Ediciones ¡UnioS!, pp. 192-199.

²¹ Debido a que no existía aun la especialidad en psiquiatría, el reglamento exigía que el certificado estuviera firmado por dos «médicos legalmente autorizados para ejercer su profesión». Las autoridades que podían remitir enfermos eran la Secretaría de Gobernación, la Dirección General de la Beneficencia Pública, el gobierno y los jueces del Distrito Federal y la Inspección General de Policía. AHSS, F-BP, S-EH, Se-Manicomio General, leg. 3, exp. 25, 1913. Reglamento Interior del Establecimiento, véanse los arts. 10 y 11.

desalentar a las familias, aunque daba mayor protección jurídica a quienes iban a ser privados de su libertad²².

En este contexto y por razones que desconocemos, en 1919 el director del también llamado Manicomio General recibió un comunicado del Procurador General de Justicia del Distrito Federal donde se le ordenaba entregar en el juzgado correspondiente a la demarcación del manicomio la lista de todos los internos que no hubieran sido declarados incapaces con el fin de promover su interdicción, tarea a la que se abocaría un agente del Ministerio Público. La ley facultaba a este órgano del Estado a pedir la incapacidad si los familiares del enfermo no lo hacían, con el fin de proteger los intereses de la sociedad. Para ello, simplemente había que dar las evidencias del padecimiento mental en cuestión, pero tratándose de los internos del manicomio este paso podía obviarse²³.

Sin embargo, la psiquiatría mexicana no vio con buenos ojos una medida de esa magnitud, pues sembraría el terror entre las familias haciéndolas desistir de internar a sus enfermos, ya que al «estigma» de la locura se le añadía ahora el de la incapacidad jurídica, como si el derecho y la psiquiatría se hubieran confabulado. Así, el Dr. Agustín Torres, director de La Castañeda en ese momento, se dirigió a la Beneficencia Pública, institución de la que dependía el manicomio, explicando que de llevarse a cabo tal disposición, sus efectos serían perjudiciales tanto para los enfermos como para la percepción social de la psiquiatría, razón por la cual requería su mediación a fin de impedir que tales despropósitos se hicieran realidad. El director sostuvo que la diversidad de los padecimientos no aconsejaba actuar de la misma manera con todos los enfermos. Algunos pasaban por estados transitorios; en otros, los tratamientos aplicados a enfermedades que hasta hace poco se consideraban «fatalmente irreversibles» daban tan buenos resultados que enfermos ingresados «en pleno delirio, con gran excitación», podían «volver en término de uno o dos meses, al seno de la sociedad». Incluso padecimientos irreversibles y progresivos como la parálisis general, permitían «a los enfermos salir y desempeñar trabajos remunerados». Como puede verse, la psiquiatría mostraba un gran optimismo en relación con la curabilidad de los pacientes, de ahí que la interdicción pareciera un procedimiento demasiado drástico para quienes en breve tiempo podrían incorporarse a la sociedad, además de que suponía una doble sujeción para el loco, la de la medicina y la del derecho. En con-

²² Se trata de los decretos españoles de 1885 y la ley italiana de 1904, que en «situaciones de urgencia» concedían facultades a la policía de manera provisional, BERCOVITZ, R. (1976), pp. 93-103, 121-141. También puede verse BERTOLÍN, J. M. (1993), «Dispositivos de asistencia psiquiátrica en la España contemporánea del periodo de <entresiglos>», *Asclepio*, 45 (1), pp. 189-215.

²³ AHSS, F-BP, S-EH, Se-Manicomio General, leg. 9, exp. 4, 1919. Contestación a la solicitud del agente del Ministerio Público sobre las listas de asilados para promover su interdicción. Véase también el art. 457 del Código civil de 1883 ya citado: «El Ministerio Público debe pedir la interdicción si no la piden las personas a quienes la ley autoriza para hacerlo».

clusión, Torres le reiteraba a la Beneficencia Pública su negativa a «proceder de oficio con los asilados, porque sería en grave perjuicio de los mismos y *minaría la obra emprendida para elevar el Manicomio del carácter de asilo al de Hospital Psicopático*». Además, al director también le preocupaba cómo reaccionaría la opinión pública si tuviera conocimiento de interdicciones indiscriminadas:

Como este Manicomio está reglamentado médico-administrativamente, conforme a las ideas modernas de asistencia social y de tratamiento médico de los enajenados, a la inversa de los antiguos conceptos de medios de defensa de la sociedad contra los enajenados, tiene el carácter de Hospital al que entran y del que salen libremente los enfermos por curación o solicitud de pariente o persona idónea; y en relación con lo anterior, el Manicomio procura guardar con la discreción profesional el estado mental de los enfermos, para que al salir no lleven el estigma de la pasada enfermedad que les dificulte el trabajar; y *alarmará al público saber que en el Manicomio se promueve de oficio la interdicción de los asilados*²⁴.

La psiquiatría mexicana luchaba por desterrar las viejas formas de reclusión de los enajenados conducidas más por el temor a su peligrosidad que por la capacidad para asistirlos en su enfermedad, pero esta mirada terapéutica, base sobre la cual fincar su carácter científico, y por lo tanto su legitimidad, no podía sostenerse si al amparo de un ingreso motivado por razones de salud se declaraba legalmente loco a un individuo. La percepción social del manicomio como institución terapéutica se vendría abajo, anulando los esfuerzos por medicalizar a la institución, por hacer de los fines curativos el sentido de la misma.

Sin embargo, pronto se hizo evidente que la sencillez del procedimiento para internar a un enfermo mental —el diagnóstico médico— traía aparejadas otras consecuencias, entre ellas la indefensión jurídica de los pacientes no incapacitados, quienes con frecuencia eran objeto de abusos por parte de sus familiares. Algunas irregularidades incluso llegaron a los oídos de la prensa generando respuestas por parte del manicomio para borrar cualquier sombra de duda sobre su labor terapéutica²⁵.

La psiquiatría entonces pareció encontrarse en un callejón sin salida pues si favorecía la interdicción alimentaba el estigma en torno a la locura, pero si no buscaba mecanismos que protegieran a los internos, éstos quedarían a merced de conocidos y familiares debido a la facilidad para obtener un internamiento mediante el certificado médico. Como se verá a continuación, la psiquiatría mexicana luchó por encontrar alguna vía para proteger a los internos de estos agravios, pero en el camino terminó

²⁴ AHSS, F-BP, S-EH, Se-Manicomio General, leg. 9, exp. 4. Las cursivas son mías.

²⁵ Véase a manera de ejemplo «Un secuestro en La Castañeda por asunto de dinero», *El Universal Gráfico*, (13.oct.1933) y la respuesta del manicomio en AHSS, F-BP, S-EH, Se-Manicomio General, leg. 22, exp. 10. En la prensa aparecieron también algunos reportajes sobre malos tratos a los enfermos que igualmente fueron negados.

por pedir lo que con tanta energía rechazó en 1919 el doctor Torres: disponer de facultades administrativas para sujetar a los internos a un régimen de incapacidad jurídica, que leído en perspectiva histórica suponía asumir funciones de tutela y protección del loco, y que necesariamente habrían de distraer a los médicos de sus labores terapéuticas.

Con este objeto, el doctor Alfonso Millán, médico de La Castañeda, participó en 1932 en el X Congreso Médico Nacional donde presentó un anteproyecto de ley para «poner a salvo a la sociedad de internamientos irregulares», es decir, para evitar que la sociedad abusara de los enfermos confinados²⁶. Pretendía que su propuesta fuera aprobada por la cámara de diputados pues como «son muchos los alienados cuya situación civil no está dilucidada legalmente, porque no es obligatorio hacer juicio de interdicción», es frecuente «que se cometan, con más o menos facilidad, verdaderas privaciones ilegales de la libertad o aun secuestros y, además, los bienes de los alienados internados no tienen todas las garantías que fueran de desearse y que las leyes deben acordarles»²⁷. La psiquiatría mexicana salía así en defensa de los locos recluidos contra su voluntad, «secuestrados» por sus propias familias generalmente para hacer uso de sus bienes. Como tantos otros proyectos de ley, éste del Dr. Millán no pasó de los círculos académicos.

Con la misma intención el director del manicomio se dirigió un año después a la Beneficencia Pública. Tras relatar que «con frecuencia se presentan los familiares de los enfermos, tratando de que éstos firmen documentos de importancia durante su visita», Guevara Oropeza expuso el problema de la siguiente manera:

en vista de que los enfermos internados no tienen ningún juicio de interdicción que les imponga tutela y que les impida realizar actos de tal naturaleza, como la de firmar documentos, y por otra parte, teniendo en cuenta que en muchos casos los intereses de los enfermos pueden sufrir gravemente al disponer de ellos cuando sus procesos mentales están alterados, conviene aclarar si jurídicamente es suficiente el Certificado Médico de internamiento, para autorizar a esta Dirección a impedir en forma terminante y absoluta, los hechos a que me refiero²⁸.

²⁶ AHSS, Fondo Manicomio General (en adelante F-MG), Sección Administrativa (en adelante S-Administrativa), leg. 5, exp. 9, 1932-1960. Informes de los doctores que asistieron al Congreso Médico Nacional, celebrado en Morelia, en representación del Manicomio.

²⁷ AHSS, F-MG, S-Administrativa, leg. 43, exp. 16, 1941-1958. Expediente relativo a la legislación sobre alienados.

²⁸ AHSS, F-MG, S-Administrativa, leg. 10, exp.13. Oficio referente a impedir el que los familiares de los enfermos obliguen a éstos a firmar documentos de importancia durante su visita, 1933.

Al año siguiente, hechos similares fueron denunciados por Samuel Ramírez Moreno en la *Revista Mexicana de Psiquiatría, Neurología y Medicina Legal* que comenzó a editar después de haber renunciado a la dirección del manicomio, tras una gestión bastante atropellada en su relación con la Beneficencia Pública. En dicha publicación señalaba que la ausencia de una legislación federal sobre alienados favorecía «múltiples trastornos», entre ellos «quejas de supuestas secuestraciones [sic]» por parte de los internos²⁹.

De nueva cuenta en 1938 Millán, ya como director de La Castañeda, retrató con todo detalle a los locos en los días de visita firmando cualquier clase de documentos como cartas poder, recibos y contratos, con poca o ninguna conciencia de sus consecuencias jurídicas. De igual manera los internos firmaban notificaciones enviadas por los jueces (era el caso de los clasificados como «reos» que invariablemente ingresaban al Pabellón de Agitados) como si de personas capaces se trataran, cuando generalmente ignoraban las consecuencias de sus actos. Millán se quejaba de encontrarse en «una situación de impotencia material y legal para proteger debidamente los intereses de sus asilados», por lo que proponía simplificar el procedimiento para la designación del tutor, hacerlo gratuito y obligatorio para «todo aquel individuo que, por perturbaciones mentales, es segregado del seno de la sociedad», y conceder a las autoridades de estas instituciones «capacidad para intervenir» en esta materia, pues cuando mucho habrían sido incapacitados el 5% de los internos³⁰.

Sobre este mismo asunto volvió a insistir en 1943 Guevara Oropeza, ya como presidente de la Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría, al señalar en un documento dirigido a las autoridades de salud la ausencia de un «concepto legal» que normara el internamiento:

ni se sabe en qué condiciones debe estar un enfermo para que amerite el secuestro del Manicomio, pues queda casi al arbitrio y buena fe de quien lo lleva al establecimiento y sólo administrativamente es costumbre exigir tanto en el manicomio como en los sanatorios privados un certificado firmado por dos médicos que acrediten la necesidad de internamiento en vista de un padecimiento mental³¹.

²⁹ RAMÍREZ MORENO, S. (1934), pp. 5-7. Quince años más tarde volvió a repetir lo mismo en un congreso habido en París: «la inmensa mayoría de los enfermos que están contra su voluntad en los hospitales psiquiátricos, de acuerdo con la ley mexicana, están secuestrados, lo que trae con frecuencia conflictos legales suscitados por estos pacientes y sus familiares», véase RAMÍREZ MORENO, S. (1950), p. 59.

³⁰ MILLÁN, A. (1938), Consideraciones generales sobre la situación legal de los alienados en México. *Criminalia*, 4 (9), pp. 525-529.

³¹ AHSS, F-MG, S-Administrativa, leg. 43, exp. 4, 1941-1943. Informe titulado «La asistencia psiquiátrica en el Distrito Federal y en general el problema de la asistencia a alienados en la república».

Como se aprecia, ambos psiquiatras pedían que se les facultara para proteger a los internos de abusos e irregularidades, lo cual significaba poder declararlos incapaces sin recurrir a los tribunales, únicamente por una vía administrativa³², justamente a lo que Torres se había negado dos décadas atrás.

La petición de los alienistas mexicanos tenía un antecedente histórico, pues la mencionada ley francesa de junio de 1838 incapacitaba *de facto* a todo aquel que ingresara a un manicomio sin necesidad de juicio previo, ya que entre los médicos directores de la institución se le designaba a su representante legal.³³ Este poder otorgado a la psiquiatría en Francia, que reunía facultades médicas y jurídico-administrativas era muy peligroso, pues el paciente quedaba casi totalmente en manos de la medicina —podía recurrir a un juez si sus derechos eran atropellados—, pero es revelador de un entendimiento entre el Estado y la psiquiatría que en México no fructificó. Aquí, los locos recluidos posiblemente escaparon al control de la psiquiatría, pero sólo para caer en las redes primarias de la familia y los «amigos»³⁴.

No deja de ser paradójico que durante estos años mientras en Francia, Estados Unidos y otros países se orquestó una campaña contra la institución manicomial, por considerar que los psiquiatras retenían contra su voluntad a los alienados, quienes además sufrían de malos tratos, en México hayan sido los propios psiquiatras quienes esgrimieran la defensa de los enfermos frente a los abusos de la familia.³⁵ En ambos casos la institución manicomial terminó por demostrar sus propios límites pues puso en riesgo la credibilidad de esta especialidad médica que privaba de la libertad en nombre de la ciencia.

Sincera o no la preocupación de los alienistas mexicanos en torno a este asunto que derramó tanta tinta, se constituyó en una de sus prioridades precisamente porque los vacíos legales —que en un principio pudieron parecer atractivos a los alienistas dada la facilidad para lograr un ingreso involuntario en el manicomio— en un segundo momento les restaron capacidad de acción frente a la familias, frente al poder judicial (en el caso de los pacientes remitidos por la justicia) e incluso ante las críticas de la opinión pública. Además, enturbió la relación entre la dirección del manicomio y las autoridades de salud, revelando el escaso apoyo del Estado mexicano que la psiquiatría deseaba ver materializado en una *Ley especial sobre alienados*, tantas veces exigida, y

³² Véase también ALFARO ALAMILA, A. (1939), *Los enfermos mentales en la legislación mexicana. Anteproyecto de ley federal*, México, Tesis de Licenciatura en Derecho, Facultad de Derecho y Ciencias Sociales.

³³ CASTEL, R. (1980), pp. 234-235.

³⁴ No está de más recordar en estos momentos a BERCOVITZ, R. (1976), p. 200, para quien «no es cierto que el enfermo mental es más libre si no ha sido incapacitado», pues al ser internados quedan «privados *de facto* de libertad y capacidad y sin ninguna garantía jurídica».

³⁵ La bibliografía sobre la crisis del manicomio es muy amplia. En CAMPOS, R. (2001), pp. 39-41 puede verse un pequeño recuento.

consumió buena parte de las energías de estos primeros alienistas en asuntos de índole administrativa que desviaron su atención de sus tareas propiamente médicas.

DE LA CURACIÓN A LA CONTENCIÓN

El otro problema que enfrentó la psiquiatría mexicana en su esfuerzo por hacer del manicomio una institución terapéutica fue el de seguir definiendo al loco como enfermo cuando se vio rebasada, como dice Shorter, por «la presión de los números», cuestión toral para la supervivencia de la propia psiquiatría como especialidad médica³⁶. De hecho, los reportajes periodísticos de los años treinta que magnificaron cualquier hecho medianamente turbio acaecido tras los muros de La Castañeda, no dudaron en señalar la saturación de todos y cada uno de los pabellones, contribuyendo así al desprestigio del manicomio³⁷.

Debido a que el reglamento de La Castañeda establecía los requisitos para entrar y salir de él, los alienistas hicieron lo posible por darle una interpretación que enduqueciera los criterios de admisión y facilitara las altas conforme el número de internos amenazó con hacer fracasar las metas terapéuticas del manicomio. En el primer caso el reglamento exigía un certificado médico que indicara el «diagnóstico» de la enfermedad y comprobara «la necesidad de ser internado el paciente en algún establecimiento adecuado para el tratamiento» de su mal³⁸. Si no fuera posible dar con el diagnóstico exacto, el reglamento pedía que se indicaran «cuando menos los síntomas más salientes, *principalmente los defectos de conducta y la falta de adaptación al medio social*»³⁹. Como se puede apreciar, a falta de una caracterización clínica del enfermo mental, éste podía ser recluido tras demostrar problemas de conducta que obstaculizaran o impidieran su desempeño social. Una lectura conservadora del reglamento sostendría que el alienado no era concebido como un individuo peligroso, sino únicamente como un inadaptado. Sin embargo, la práctica en el manicomio conforme éste se fue poblando reveló una realidad muy distinta.

Además de la indefinición del enfermo mental, hecho que permitía sin demasiada astucia internar prácticamente a cualquier persona, los médicos de La Castañeda se enfrentaron a funcionarios de la Beneficencia Pública poco afectos a cumplir con

³⁶ SHORTER, E. (1997), pp. 34-48. Como se sabe, Shorter alude aquí al hecho de que el crecimiento de pacientes confinados en los manicomios frustró las mejores intenciones de los psiquiatras.

³⁷ Encabezados de las noticias como los siguientes pueden ser ilustrativos de lo que decimos: «Plétora de locos en La Castañeda», «En espantosas condiciones viven hoy los locos alojados en el Manicomio», «El Manicomio es deficiente», «Un infierno: es La Castañeda», «Los horrores del Manicomio de La Castañeda», «El Manicomio es una vergüenza para el país», etcétera.

³⁸ AHSS, F-BP, S-EH, Se-Manicomio General, leg. 3, exp. 25, art. 11. El reglamento es de 1913.

³⁹ *Ibid.*, arts. 38 y 39. Las cursivas son mías.

las leyes, fenómeno que también contribuyó a la sobrepoblación del manicomio. Aunque las autoridades públicas estaban obligadas a remitir a los pacientes con el certificado médico correspondiente, a menudo se ahorraban este «trámite» para hacer más rápido el ingreso, sobre todo de los indigentes. En consecuencia La Castañeda albergaba internos que no necesitaban del aislamiento para ser curados, ni siquiera a juicio de los propios psiquiatras. En unos casos se trataba de pacientes con lesiones cerebrales que requerían un tratamiento diferente; en otros, de individuos que pasaban por trastornos pasajeros; en unos más, de enfermos que podían vivir con su familia si ésta les brindaba cierto apoyo, y hasta de mendigos, posiblemente enfermos pero no dementes, que eran recibidos «por implorar la caridad pública». Los médicos, pese a sus constantes ruegos ante las autoridades, no lograron deshacerse de todos ellos⁴⁰, por lo que con el tiempo, los ingresos por orden de los poderes públicos contribuyeron al problema del hacinamiento que se volvió alarmante en los años treinta.

De una población inicial de 1300 camas, el manicomio «guardaba» a fines de dicha década más de 3000 almas en condiciones absolutamente insalubres, atendidas por unos cuantos médicos que en promedio tenían a su cargo cada uno de ellos a 300 internos⁴¹, al grado de que en 1943 su director se atrevió a sostener que las condiciones de asistencia «a los alienados son en la actualidad *tan graves como pudieron haberlo sido antes de 1910*»⁴², es decir, antes de ese momento de euforia terapéutica tan prometedora.

Con el fin de detener esta marcha ascendente, los directores del manicomio invariablemente empezaron a poner restricciones a los ingresos y a facilitar las altas, acentuando aún más la cuestión de la falta de adaptación social en la definición de la locura. Así, en 1931 Ramírez Moreno le pedía a la Beneficencia Pública que las comisarías sólo remitieran los «casos absolutamente indispensables», teniendo en cuenta «*las reacciones antisociales de los pacientes, y la imposibilidad de que éstos vivan en el medio familiar*». Para alcanzar estas metas, las instituciones debían hacer ver a los parientes «*la obligación que tienen de atender a sus enfermos, cuando éstos no se encuentren en conflicto con el medio*». En esa misma carta el director le recordaba al funcionario que tiempo atrás había dado instrucciones a las comisarías para que sólo mandaran a los enfermos cuyos trastornos los obligaran a «*estar segregados del medio social*», pero co-

⁴⁰ Para mayores detalles puede verse SACRISTÁN, M. C. (2000), y SACRISTÁN, M. C. (2001).

⁴¹ Aunque no disponemos de datos para todo el periodo sabemos que, por ejemplo, en 1946 el hospital daba cabida a 3139 pacientes que eran atendidos por 40 médicos, entre los que se encontraban además de los psiquiatras, especialistas de otro tipo como cirujanos, oftalmólogos, dentistas, de manera que en promedio cada psiquiatra se ocupaba de 300 pacientes, véase RAMÍREZ MORENO, S. (1946), Anexos psiquiátricos en los hospitales generales. *Revista Mexicana de Psiquiatría, Neurología y Medicina Legal*, 13 (75-76), pp. 15-35.

⁴² AHSS, F-MG, S-Administrativa, leg. 43, exp. 4. 1941-1943. Informe titulado «La asistencia psiquiátrica en el Distrito Federal y en general el problema de la asistencia a alienados en la república». Las cursivas son mías.

mo las peticiones de ingreso seguían incrementándose se permitía volver a insistir de nuevo⁴³. Al año siguiente le recordó otra vez que las comisarías evitaran «enviar a todas aquellas personas que no reclamen la necesidad imperiosa de recluirse», y que todos los certificados médicos justificaran plenamente «*los síntomas que coloquen al paciente al margen de la sociedad o en conflicto con ella*», pues no basta que el enfermo sea un enajenado, sino que sus perturbaciones mentales le originen errores de conducta que impidan pueda vivir en el seno familiar»⁴⁴.

También podemos apreciar el peso que la peligrosidad del loco estaba teniendo sobre su definición como enfermo en el mecanismo para la salida de los pacientes, la cual podía obedecer a distintas razones: «por estar curados», por solicitud de las personas que se declararan responsables de ellos sin importar su estado de salud, y por «petición de ellos mismos siempre que no hayan sido remitidos en calidad de presos», no sean «peligrosos para la seguridad de otras personas o para la de su propia vida», y el médico del pabellón no se oponga. En este último caso existía una excepción porque si el Gobernador del Distrito Federal autorizaba su salida, el médico no podía negar el alta aun cuando se tratara de locos peligrosos⁴⁵. Esta manera de concebir las altas de los enfermos daba cierto margen de libertad a los propios pacientes y a las familias, pero dejaba en un lugar secundario los fines terapéuticos del internamiento, pues los pacientes podían salir sin estar restablecidos y pese a la negativa del médico. Sin embargo, el principal argumento sostenido por la psiquiatría para defender la autoridad del médico no se centró en la necesidad de que permanecieran internados hasta lograr su curación sino en la peligrosidad de dichos pacientes.

En 1932 Millán lo decía con todas sus letras ante la concurrencia reunida en el X Congreso Médico Nacional, al que ya aludimos, al asegurar que en La Castañeda, dada la legislación existente, muchos «enfermos abandonan el manicomio siendo aún peligrosos, bajo la responsabilidad hipotética e indefinida legalmente de sus familiares»⁴⁶. Y lo volvería a repetir en 1938:

los enfermos internados en el Manicomio pueden abandonar el establecimiento en cualquier momento y con simple solicitud de sus familiares. Muchos casos hay en los cuales nuestro criterio médico nos hace prever posibles reacciones antisociales graves; pero na-

⁴³ AHSS, F-BP, S-EH, Se-Manicomio General, leg. 17, exp. 3, 1931.

⁴⁴ AHSS, F-MG, S-Administrativa, leg. 4, exp. 14, 1932-1935.

⁴⁵ AHSS, F-BP, S-EH, Se-Manicomio General, leg. 3, exp. 25, art. 38. El inciso 4º. del artículo 38 decía: «en los casos de ser peligrosos para la seguridad de otras personas o para la de su propia vida, sólo serán dados de alta con orden expresa del C. Gobernador del Distrito».

⁴⁶ AHSS, F-MG, S-Administrativa, leg. 43, exp. 16, 1941-1958. Expediente relativo a la legislación sobre alienados.

die nos autoriza [a] impedir la salida solicitada, porque se nos podría acusar de privación ilegal de la libertad y porque los amparos están al alcance de cualquier persona⁴⁷.

Pero no sólo la familia, también los jueces podían obrar a su antojo al margen de la medicina, ya que «los pacientes que se encuentran a disposición de la Corte, salen del establecimiento a juicio de las autoridades judiciales cuando cumplen con los requisitos que éstas estipulan, sin que los médicos del manicomio puedan oponerse»⁴⁸.

En contrapartida la legislación francesa permitía que, incluso un paciente internado de manera voluntaria sufriera un cambio en su estatuto jurídico si a juicio de los médicos su estado de peligrosidad le impedía entrar en contacto con la sociedad, y convertían su ingreso en involuntario, sujetándolo a una autoridad policiaca. En América Latina, Perú se encontraba en el mismo caso, donde los médicos pudieron hacer valer su autoridad recurriendo al viejo concepto del loco como peligro⁴⁹. Sucedió también que los pacientes fueran dados de alta sólo si el director del hospital lo autorizaba tras comprobar su curación o su falta de peligrosidad, como en Cuba, donde la familia estaba prácticamente excluida en la toma de decisiones⁵⁰. Por el contrario en México, los alienistas se vieron sujetos a imperativos totalmente fuera de su control, pero en su esfuerzo por convencer de la legitimidad de sus demandas construyeron un imaginario en torno al enfermo mental que lo presentaba como una amenaza social por su peligrosidad, al grado de que Millán llegó a plantear la necesidad de una profilaxis en este terreno como parte de las obligaciones del Estado, al igual que se estaba haciendo en otros campos de la salud:

En efecto, para proteger la salud pública, los médicos estamos obligados, por las disposiciones legales en vigor, a declarar ante el Departamento de Salubridad los casos de enfermedades infecto-contagiosas que conozcamos en el ejercicio de nuestra profesión. Nadie discute lo legítimo y útil de dicha medida. Pues lo mismo deberíamos hacer los médicos ante determinados estados de alienación mental, en los cuales el índice de peligrosidad de los enfermos aparece manifiestamente elevado. Todos los que ejercemos nuestra profesión de neuro-psiquiatras, hemos tenido que luchar enormemente contra la ignorancia y los prejuicios para convencer a los familiares de la necesidad urgente del internamiento, y no es raro el caso en que dicho internamiento haya podido realizarse sino después de lamentables desgracias. En algunos casos, pues, el médico debería estar obligado a declarar las enfermedades mentales desde el punto de vista de la profilaxia [sic]

⁴⁷ MILLÁN, A. (1938), pp. 525-529.

⁴⁸ *Ibid*, p. 527.

⁴⁹ CASTEL, R. (1980), RUIZ ZEVALLOS, A. (1994), *Psiquiatras y Locos. Entre la modernización contra los andes y el nuevo proyecto de modernidad. Perú: 1850-1930*, Lima, Instituto Pasado & Presente, p. 65.

⁵⁰ Reglamento de la Secretaría de Sanidad y Beneficencia de Cuba. En PANI, A. J. (1916), *La higiene en México*, México, Imprenta de J. Ballezá. El reglamento fue aprobado en 1909.

del crimen. Y en estos casos, una vez más, parece más conveniente dirigirse a una autoridad administrativa que a una judicial⁵¹.

En conclusión, Millán pedía una *Ley Federal para Alienados* que considerara

la obligación del Estado de proteger los intereses de los enfermos mentales; la obligación del mismo Estado de proteger a la sociedad de los posibles actos antisociales de los enfermos mentales, haciendo obligatorio el internamiento en determinadas condiciones, aunque no hayan delinquido y tomado en consideración su índice de peligrosidad⁵².

La petición de internar a los locos aunque no hubieran cometido delito alguno se fundamentaba en la doctrina de la «defensa social» basada en la idea de que todo individuo es responsable por el hecho de vivir en sociedad y que ésta tiene derecho a defenderse y protegerse de quien represente una amenaza para su sobrevivencia, tanto si tuvo capacidad para conocer la licitud de sus actos como si no, de ahí que Millán pidiera al poder judicial hacerse a un lado en esta materia y dejársela a los psiquiatras, posición que no fue secundada por los juristas⁵³:

Queremos decir que nos parece más lógico y científico que el Poder Judicial suprima toda acción con respecto a los delincuentes alienados a partir del momento en que se les reconozca como tales, entregándolos entonces al órgano del Estado encargado de la ejecución completa de todas las medidas tendientes a la protección eficaz de la sociedad⁵⁴.

La psiquiatría mexicana estaba pidiendo dejar bajo su competencia la reclusión de individuos potencialmente peligrosos y el tratamiento de los delincuentes remitidos desde los tribunales, perdiendo los jueces toda jurisdicción sobre ellos⁵⁵.

Por estos años los alienistas comenzaron a pedir que se les permitiera establecer la consulta externa en el manicomio para atender a quienes no necesitaran estar aislados, es decir a los enfermos inofensivos, y para dar seguimiento a los pacientes

⁵¹ MILLÁN, A. (1938), pp. 528-529.

⁵² *Ibid.*

⁵³ La posición de los juristas siempre fue de apego a la constitución en el sentido de no poder privar de su libertad a nadie que no hubiera delinquido previamente. Véase CENICEROS, J. A., GARRIDO, L. (1934), *La ley penal mexicana*, México, Ediciones Botas, pp. 36-39, 60-62. CARRANCÁ Y TRUJILLO, R. (1935), Responsabilidad penal de los débiles mentales. En *Criminalia*, 2 (9), pp. 113-122. También los códigos penales de 1929 y 1931: *Código Penal para el Distrito y Territorios Federales*. México, Talleres Gráficos de la Nación, 1929, arts. 45 y 126, *Código Penal para el Distrito y Territorios Federales*, Concordancias, notas y jurisprudencia por Rafael de Pina, México, Ediciones Minerva, 1944, arts. 15, 68 y 69.

⁵⁴ MILLÁN, A. (1938), p. 527.

⁵⁵ Sabemos que las demandas de los psiquiatras en este sentido no prosperaron, véase el *Código Penal*, (1944), art. 68.

dados de alta, pero que todavía requerían de cierto tratamiento pues con frecuencia volvían a recaer⁵⁶. Aunque esta medida también buscaba disminuir el número de internos, en los hechos establecía terapéuticas diferenciadas en función de la peligrosidad de los pacientes, no de su enfermedad, ya que mientras unos podían ser atendidos en consulta externa, los otros debían ser aislados por amenazar el orden social.

Y aquí es inevitable traer a la memoria una voz tan influyente como la del psiquiatra francés Toulouse, quien desde principios de siglo había sostenido que la locura no era razón suficiente para privar de su libertad a un individuo. El alienado, como cualquier otro ciudadano, debía estar sujeto al derecho común y ser recluso sólo tras cometer un delito⁵⁷. En el contexto francés esta postura suponía una crítica al dispositivo manicomial ya que sus ideas atacaban la ley de 1838 según la cual era posible un internamiento de oficio (sin necesidad de hacer intervenir a los jueces) de quien pudiera «comprometer el orden público o la seguridad de las personas», es decir, de individuos potencialmente peligrosos. Con sus intentos de reforma el psiquiatra francés pretendía «desligar a la mayoría de los enfermos mentales del estigma de peligrosidad y habilitar formas de asistencia más liberales que el asilo», estableciendo terapéuticas diferenciadas en función de cada enfermedad⁵⁸.

Por el contrario, en el caso mexicano, dados los antecedentes históricos de cierto margen de libertad para las familias y los pacientes que vimos líneas arriba, el hecho de que los psiquiatras, presionados por el crecimiento desmesurado de los internos, percibieran al manicomio como el lugar destinado a tratar únicamente a quienes mostraran reacciones antisociales, pidieran su reclusión aunque no hubieran cometido delito alguno e hicieran responsable a la familia de la atención de los restantes, suponía una involución en la forma de percibir la enfermedad mental, pues alimentaba la concepción del manicomio como un espacio de contención más que de curación. En este contexto asimilar el manicomio, que había sido el lugar terapéutico por excelencia, a un espacio de contención de la locura, suponía que todo el sistema estaba haciendo crisis, hecho advertido por los propios psiquiatras. Uno de ellos señaló alrededor de 1933 que «no solamente se desconoce también el verdadero papel del neuropsiquiatra, sino que el manicomio mismo es tomado como un simple lugar de reclusión», creencia extendida por «la ignorancia de muchas gentes, comprendiendo a la mayoría de los médicos no especialistas en neuro-psiquiatría. Esa igno-

⁵⁶ Véanse varios testimonios en AHSS, F-MG, S-Administrativa, leg. 12, exp. 5, leg. 24, exp. 7, leg. 43, exp.4.

⁵⁷ CAMPOS MARÍN, R. (1997), Higiene mental y peligrosidad social en España (1920-1936). *Asclepio*, 49 (1), pp. 44-45.

⁵⁸ CAMPOS MARÍN, R. (2000). De la higiene del aislamiento a la higiene de la libertad. La reforma de la institución manicomial en Francia». *Frenia. Revista de historia de la psiquiatría*, 1 (1), pp. 37-64, 48.

rancia hacía y aún hace pensar que el médico psiquiatra es un ‘diletantti’ de la filosofía de la medicina o de los linderos entre la medicina y la literatura»⁵⁹.

Esta crisis fue «resuelta» con la clausura del manicomio, que simbólicamente se ha situado en 1968, año en que fueron trasladados los últimos internos del manicomio a diferentes hospitales psiquiátricos en un operativo que se conoció con el nombre de «Operación Castañeda», pero fue vivida desde los años cuarenta con el establecimiento de las primeras granjas hospitalares a las que hicimos alusión en un inicio.

Como se ha visto a lo largo de este trabajo, si bien el primer impulso a la psiquiatría mexicana provino del Estado, siendo el Manicomio General de la Ciudad de México su mayor expresión, este esfuerzo no se consolidó. Sabemos que coyunturas históricas específicas como la inauguración de La Castañeda en la antesala de la Revolución Mexicana influyeron de manera muy importante en el deterioro de la institución a causa de la bancarrota económica y la inestabilidad política que siguió a los años de guerra interna. Conocemos también que tendencias históricas de larga duración como el hecho de que el modelo del asilo-manicomio tarde o temprano terminaba por alcanzar sus propios límites, también se hicieron presentes en el caso mexicano pues la saturación de La Castañeda pareció desbordar cualquier intento de mejoría asistencial. Sin embargo, aquí quisimos destacar que la historia posiblemente habría tomado otro curso si la psiquiatría mexicana hubiera contado con un marco jurídico que diera certidumbre y transparencia a su actuación, y protección a los enfermos reclusos. La ausencia de este respaldo condujo a la psiquiatría a dividir sus fuerzas «entre curar y contener», lo que inevitablemente mermó sus alcances y por ende su credibilidad.

⁵⁹ AHSS, F-MG, S-Administrativa, leg. 3, exp. 8. Monografía de la Beneficencia Pública, 1931-1968.