

Administración pública e institución manicomial: la respuesta de los hospitales de dementes de la ciudad de Puebla a las políticas gubernamentales durante el porfiriato

Public Policy and Mental Institutions: How Madhouses in Puebla reacted to the “Porfiriatos” policies

ANDREÉ BOJALIL DAOU

Centro de Investigación y Docencia Económicas (CIDE), México [andree.bojalil@gmail.com]

Resumen:

El siguiente trabajo surge de la necesidad de explicar la sobrepoblación que van a sufrir los hospitales de dementes de México, y en particular de la ciudad de Puebla, durante el Porfiriato. Bajo este contexto el objetivo es tratar de entender la respuesta de la institución, y de sus administrativos, para comprender cómo las políticas públicas se vincularon con la institución psiquiátrica y cómo la respuesta de ésta intentó validarse a partir de la ciencia. En el caso de Puebla partimos de la base de que no existe un propósito único en la institución manicomial sino que éste responde al contexto histórico en el cual el Estado, y las instituciones que lo conforman, se conjugan para recibir a una población de internos que pueden o no estar locos. Pudimos darnos cuenta que entre 1877 y 1884 el ingreso a los hospitales era directo, sin la necesidad de presentar ningún tipo de diagnósticos, sin embargo, a partir de 1885, gracias a la sobrepoblación de los hospitales se hizo necesario crear un departamento de observación para definir quién estaba verdaderamente enfermo y quién no.

Palabras clave:

Locura, dementes, psiquiatría, administración, observación.

Abstract:

The following work arises from the need to explain the overpopulation that will be suffered by the insane hospitals of Mexico, and especially of the city of Puebla, during the Porfiriato. In this context, we will try to understand the institution and its administrators response to comprehend how public policies were linked to the psychiatric institution and how the institution attempted to validate its response using science. In the case of Puebla we start based on the assumption that there is no single purpose in the asylum institution but rather it responds to the historical context in which the State and the institutions that form it combine to receive a population of inmates who can or not be insane. Based on this we were able to determine that between 1877 and 1884, hospital admission was direct, without the need to present any kind of diagnosis, however, as of 1885, due to the hospitals overpopulation, it became necessary to create an observation department to define who was and was not really sick

Keywords:

Madness, insane, psychiatry, administration, observation.

Nº 7 (Julio-Diciembre 2018), pp. 7-27

www.revistadeprisiones.com

Recibido: 8-6-2018

Aceptado: 4-8-2018

REVISTA DE HISTORIA DE LAS PRISIONES

ISSN: 2451-6473

“Suplico a Ud. Ponga en conocimiento del C. Jefe del Ejecutivo que el facultativo de los hospitales de dementes me expresó que no deben ya recibirse enfermos en ninguno de los dos por no haber ya local suficiente” escribía el director de los hospitales de Puebla en 1882.¹ Los hospitales de dementes de México incrementaron fuertemente su población en la década de 1880 lo que provocó el descontento de los médicos que argumentaban que no todas las personas que entraban padecían de un problema mental. En el caso del hospital de San Hipólito, de la Ciudad de México, los galenos objetaban que muchos de los internos eran remitidos por la Jefatura de Policía sosteniendo que eran locos criminales pero que al poco tiempo de estar ahí los signos desaparecían (Vicencio, 2014, p. 100). En el caso del Estado de Veracruz la construcción de un manicomio, a finales del siglo XIX, estuvo enfocada en contener a las “clases perniciosas” que incluía un amplio espectro de integrantes como vagos, mendigos, locos y pobres (Ayala, 2006). En Puebla, los integrantes de la Junta Directiva de Beneficencia tuvieron un debate acalorado el 13 de septiembre de 1886 en el que se concluyó que el tener en los hospitales de dementes a personas que no tuvieran algún tipo de enfermedad mental era el equivalente a robar a los verdaderamente necesitados.² Las constantes quejas venían aparejadas de solicitudes en las que se buscaba que no se mandaran más este tipo de personas, sin embargo, las peticiones no eran escuchadas.

Planteamos que en Puebla la solución a este problema la estableció la Junta Directiva de los hospitales de dementes en 1884 cuando ordenó que se hiciera un departamento de observación para poder definir, a través de la clínica, quién estaba verdaderamente loco y quién no. La política de urbanización y modernización del país aceleró constantemente su paso para tratar de alcanzar el tan anhelado sueño: tener ciudades que pudieran ser comparadas con las grandes capitales europeas. En este sueño, las clases marginadas de la población tenían que ser atendidas desde la Beneficencia Pública que especificaba que “los establecimientos son para satisfacer necesidades reales y lo harán gratuitamente para sólo los verdaderamente indigentes”.³ Bajo este contexto el propósito de este trabajo tratará de entender la respuesta de la institución y de sus administrativos, para comprender cómo las políticas públicas se vincularon con la institución psiquiátrica y cómo la respuesta de ésta intentó validarse a partir de la ciencia.

Según Rafael Huertas (2012, p.95) cada modelo de salud crea su propio espacio de observación en el cual se hacen más evidentes ciertos problemas que tienen que ver con la población de la época pero que “responden también a las expectativas, compromisos y valores de los agentes sociales implicados: dirección y gerencia- profesionales- población atendida”. Estas expectativas y compromisos están relacionados con el concepto de hegemonía como proceso en el cual la política a todos los niveles encierra una red de poderes concursados, legitimados y redefinidos que intentan incorporar parcialmente aspiraciones y discursos a los nuevos proyectos hegemónicos (Malon, 1994, p.69).

1. Archivo General del Estado de Puebla “AGEP”, Beneficencia Pública, Hospitales de dementes, Caja 20, Expediente 2072.

2. AGEP, Beneficencia Pública, Hospitales de dementes, Acuerdos de la junta. 13 de septiembre de 1886.

3. Reglamento de la Beneficencia Pública 1880, AGEP, Beneficencia Pública, Administración, Caja 1.

Teniendo esto en mente, partiremos de que las políticas sanitarias tienen una fuerte influencia en la construcción del conocimiento psiquiátrico.

LAS FUENTES

En el debate historiográfico esta investigación contribuye al diálogo entre los hospitales de las grandes ciudades como las generadoras de control y represión social (Foucault, 1964; Szasz, 1961; Basaglia, 1978; Canguilhem, 1971) o los hospitales como generadores de conocimiento científico (Sacristán, 1991; Ríos, 2009). En el caso de México, bajo el segundo enfoque, las investigaciones se han centrado en los hospitales de la capital por lo que este artículo pretende ampliar, siguiendo la línea de Hubonor Ayala para el Estado de Veracruz durante el porfiriato, el estudio de las políticas públicas que fueron aplicadas en otros estados. Sin embargo, para el caso de Puebla partimos de la base que no existe un propósito único en la institución manicomial sino que este responde al contexto histórico en el cual el Estado, y las instituciones que lo conforman (Abrams, 1977, p.61), se conjugan para recibir a una población de internos que pueden o no estar locos.

En esta discusión, el tipo y accesibilidad de las fuentes jugarán un papel fundamental. Al hablar de las instituciones mentales como generadoras de conocimiento científico nos estamos refiriendo a un enfoque en donde las fuentes, de origen médico, nos proporcionan información sobre prácticas médicas, enfoques teóricos e innovaciones científicas y metodológicas. No obstante, cuando estudiamos a los hospitales de dementes de Puebla las fuentes tendrán un carácter administrativo. Aunque también podemos obtener información sobre prácticas médicas nuestro enfoque estará relacionado con la manera en la cual la institución se relaciona con otras instituciones que el Estado mantiene para el control y orden social. El diálogo entre ellas aportará información de tipo social, prácticas gubernamentales, esfuerzos conjuntos entre instituciones, ideologías, funciones y leyes.

El cuerpo documental utilizado en este estudio incluye 221 expedientes de mujeres que ingresaron al hospital de San Roque y 435 de hombres que entraron al de Santa Rosa en Puebla. Estos documentos, de origen administrativo,⁴ incluyen de una manera muy irregular información como nombre; edad; estado civil; nombre de los padres; ocupación; reingresos; fecha de ingreso, salida y muerte; causas de muerte; así como institución a la que va dirigida la solicitud o de la que proviene. Desafortunadamente, la mayoría de los datos personales de los enfermos únicamente se incluían en caso de fallecimiento por lo que fue muy difícil establecer relaciones entre diferentes variables, sin embargo, sí fue posible realizar una estadística sobre ingresos a los hospitales así como la identifica-

4. Aunque sabemos que debería de haber una bitácora médica no fue encontrada ninguna en todo el archivo lo que nos hace preguntarnos si en realidad existió alguna.

ción de enfermedades únicamente para los años de 1877 a 1894 y de 1902 a 1910 ya que la información desaparece durante ocho años por cuestiones que desconocemos.⁵

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Sabemos que el ingreso en los hospitales de dementes de Puebla aumentó a partir de 1885 (Tabla 1). A pesar de que el proceso era el mismo, la solicitud oficial tuvo una transformación en cuanto al objetivo que tenía la Secretaría de Fomento. Desde 1877 a 1884 en casi todos los documentos expedidos se asumía el ingreso directo a los hospitales, incluyendo o no un diagnóstico previo del paciente, pero a partir de 1885 hasta 1910 el lenguaje se transformó incluyendo una palabra primordial: *observación*. Los oficios buscaban que, después de que un médico observara detalladamente a un paciente en un departamento especial, se diera cuenta del resultado en un lapso de 1 a 7 días.⁶



Tabla 1. Ingreso a los hospitales de dementes por años. AGEP, Beneficencia Pública, Hospitales de dementes, Asilados, expedientes 110- 340 y 1994-2432.

Los primeros años del Porfiriato mantuvieron un ingreso con números que no sobrepasaron los 25 individuos por año en miras de mantener una población estable y bajo las condiciones óptimas necesarias para su tratamiento. Sin embargo, las autoridades de dichos establecimientos solicitaron para el año de 1882 que ya no se mandaran más enfermos ya que ninguno de los dos establecimientos contaba con las condiciones necesarias para atenderlos. El verdadero problema

5. Los ocho años que faltan se llenaron en base a una estadística de ingreso hecha por parte de los médicos. En relación con las enfermedades para este estudio solamente se tomarán en cuenta las del primer periodo.
6. Se buscaba obtener una respuesta rápida pero no siempre sucedía así. A pesar de que la mayoría de los diagnósticos se daban en una semana había algunos pacientes que pasaban meses esperando esta respuesta.

de sobrepoblación vino en 1885 cuando las solicitudes de ingreso casi se duplicaron en comparación con 1882, fenómeno que también podemos ver presente en el Hospital de San Hipólito. Según Miguel Ramos (2015, p.279), en el mismo año, el nosocomio duplicó su capacidad gracias a que, la política social implantada por el régimen de Porfirio Díaz en relación con los establecimientos de beneficencia produjo una completa secularización e implantación de prácticas médicas modernas.

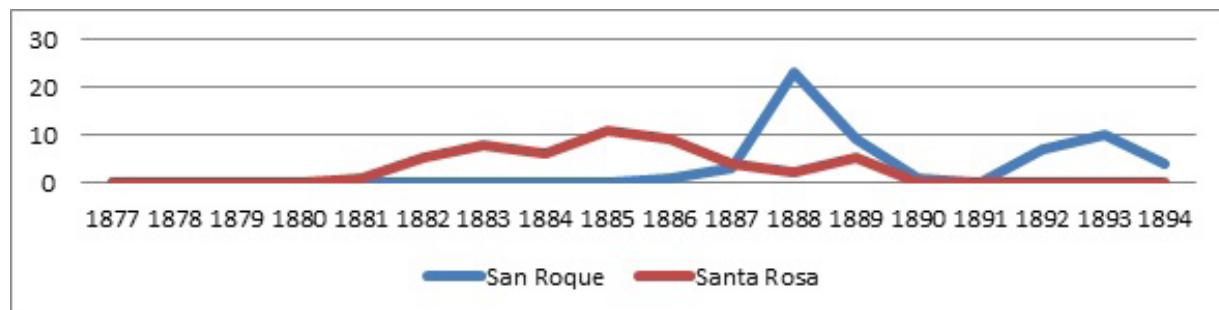


Tabla 2. Pacientes dados de alta en los hospitales entre 1877 y 1894. AGEP, Beneficencia Pública, Hospitales de dementes, Asilados, expedientes 110- 340 y 1994-2432.

Si comparamos la cantidad de ingresos con la cantidad de egresos en Puebla (Tablas 1 y 2) nos podremos dar cuenta de que a pesar de haber solicitado que ya no se mandaran más en 1882, lo continuaron haciendo, sin embargo, los hospitales tenían que encontrar una solución: dejar salir a los que no era necesario que estuvieran ahí. En ese mismo año se solicitó al Ingeniero Revilla que fuera al hospital de Santa Rosa para ver si era posible hacer una división para contener ahí a la población femenina pero, al no haber esa posibilidad, se decidió dejar de arrendar uno de los locales inferiores del de San Roque para poder expandir las plazas.⁷ Un año después, el oficio del 23 de agosto de 1883 del Licenciado José Nava remarcó la necesidad de contar con un practicante que observara constantemente a los enfermos y que pudiera rendir un informe médico ya que los encargados no tenían el conocimiento requerido. Pero lo más importante es que hizo un fuerte hincapié en que, a pesar de contar con un médico que asistía a dichos hospitales, ninguno de los enfermos se había curado ya que estaban a disposición de los medicamentos que éste les prescribía.⁸

7. AGEP, Beneficencia Pública, Hospitales de dementes, Acuerdos de la Junta, Caja 71, 12 de abril 1882.

8. AGEP, Beneficencia Pública, Hospitales de dementes, Acuerdos de la Junta, Caja 72, 23 de agosto de 1883.

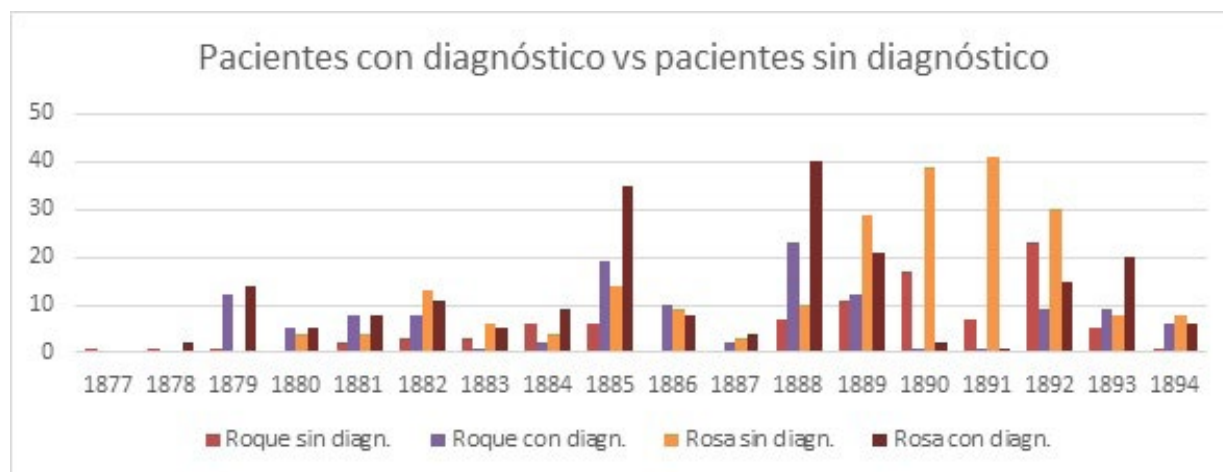


Tabla 3. Pacientes con diagnóstico específico y sin diagnóstico específico en el Hospital de San Roque. AGEP, Beneficencia Pública, Hospitales de dementes, Asilados, expedientes 110- 340 y 1994-2432.

Esto nos lleva a preguntarnos sobre la cantidad de personas a las que se les pudo identificar alguna enfermedad concreta y sobre todo la calidad de ese diagnóstico que, a partir de ahora, estaría basado en la clínica⁹ (Tabla 3). Desde 1884, se empezó a elevar la cantidad de diagnósticos específicos que se dieron a los pacientes de ambos hospitales llegando a casi triplicarse en su punto máximo en 1888 en comparación con 1879, antes de establecerse la importancia del departamento de observación. La solicitud del 21 de enero de 1884 por parte del Secretario de Fomento estatal, el Licenciado Ferromo y que venía directamente del gobernador del Estado, resaltaba la necesidad de este espacio que fue autorizado casi de inmediato para establecer un departamento de vigilancia temporal que los mantuviera separados de los que ya habían sido declarados como dementes. Este oficio fue contestado por el administrador de los hospitales diciendo que hicieran el favor de autorizar el presupuesto para que se pudiera abrir el mes entrante y que era necesario contar con un enfermero y una enfermera que se hicieran cargo de ellos.¹⁰

Podemos ver que existió un interés por parte de la Junta de contener en los establecimientos únicamente a los que sí padecieran alguna enfermedad mental, sin embargo, resulta paradójico que aunque la tuvieran algunos de ellos fueron regresados a sus familias. En el año de 1885, de los 45 pacientes que ingresaron a los hospitales, 14 fueron enviados a continuar su curación en casa argumentando que su permanencia resultaría nociva, mientras que en 1888 de los 71 hombres y mujeres cuya solicitud se recibió, 28 fueron regresados a sus casas para continuar con su curación ahí. En base

9. La clínica permite hacer una discriminación de los síntomas separando los fenómenos constantes de los accidentales, reconociendo patrones de repetición, definiendo así un nombre para cada enfermedad y facilitando la predicción de su evolución y pronóstico. (Cárdenas Morales et. al, 2015, p.293)

10. Beneficencia Pública, Hospitales de dementes, Acuerdos de la junta, caja 72, Exp. 205, 21 de enero 1884.

a la especificidad de los diagnósticos y a la gran cantidad de enfermos que “recobraron el uso de razón” o que estaban lo suficientemente estables después del tratamiento en el hospital para poder irse a sus casas podríamos sugerir que es este momento cuando la práctica psiquiátrica poblana ingresó en la “política científica” (Hale, 2002).

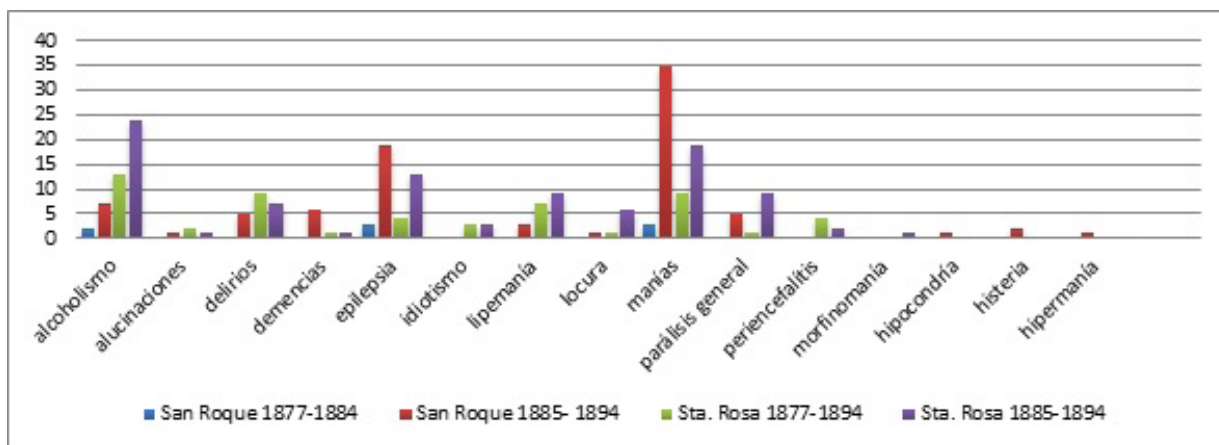


Tabla 4. Tipos de enfermedades diagnosticadas en los hospitales de San Roque y Santa Rosa entre 1877 y 1885. AGEP, Beneficencia Pública, Hospitales de dementes, Asilados, expedientes 110- 340 y 1994-2432.

En relación a las enfermedades (Tabla 4) la clasificación corresponde en su mayoría a la hecha por Etienne Esquirol (1859).¹¹ El padecimiento con mayor representación es la manía con un 27%, le sigue el alcoholismo con 19 %, la epilepsia con 16%, los delirios con 9%, la lipemanía con 8% la demencia con 3% para tener el resto distribuido entre las demás enfermedades. Cada una de ellas tenía variaciones que podrían ir desde la manía delirante o monomanía religiosa hasta el delirium tremens, la demencia senil o la demencia alcohólica.

Gracias a la clínica las categorías generales¹² como la enajenación mental, la locura y la falta de uso de razón poco a poco se fueron sustituyendo por las alucinaciones, la histeria, la morfomanía, la hipocondría y la famosa degeneración mental de Morel. Estas enfermedades no aparecen más que una vez en todo el periodo, no obstante, nos hablan de una práctica médica que poco a poco trató de abrirse paso hacia la modernidad. Esto llevaría a la práctica psiquiátrica a buscar una definición constante de lo que era la enfermedad mental y la manera de poder diagnosticarla.

11. Pinel clasificó a los alienados en cinco categorías: melancolía, manía con delirio, manía sin delirio, demencia e idiotismo. Esquirol retomó esta clasificación y la modificó un poco categorizando las enfermedades en lipemanía, monomanía, manía, demencia e idiotismo. Veremos a lo largo de este trabajo que el diagnóstico de las enfermedades estará relacionado tanto con esta nosografía como con la teoría de la degeneración de Morel que se explicará más adelante.

12. Nos referimos con esto al lenguaje utilizado de una manera indiscriminada en todo el siglo ya que en muchos expedientes primero podemos ver la definición de demencia o locura y páginas más adelante encontramos diagnósticos específicos.

EL PROYECTO MODERNIZADOR DEL PORFIRIATO

Los casi 30 años de la presidencia de Porfirio Díaz buscaron implantar un proyecto modernizador. La inversión extranjera, la creación de infraestructura y la construcción de una amplia red de ferrocarriles venían de la mano de una política agrícola que privatizaba la propiedad comunal campesina para dar paso a la gran propiedad terrateniente. Se crearon políticas públicas que promovían el desarrollo económico y que llevarían a un crecimiento y renovación de las estructuras y relaciones sociales a través de un Estado laico basado en los principios del liberalismo. Bajo esta directriz se mejoraron las ciudades; el alcantarillado; se secaron las zonas lacustres; se instaló luz eléctrica; se construyeron monumentos; y se limpiaron las zonas hediondas, sobrepobladas y peligrosas ya que la expansión urbana debería de llevar a la construcción de una ciudad flamante e higiénica (Agostoni, 2003).

De esta manera, las políticas higiénicas tomaron un papel muy importante. Como respuesta a la solicitud por parte del ejecutivo a finales de la década de 1880, se publicó un Código Sanitario (1891) que trataba de unificar los conceptos de salud pública en todo el país. En él se plasmaban las condiciones mínimas que debía de tener la población en casas, escuelas, fábricas y lazaretos, incluyendo un apartado sobre cómo debía de ejercerse la medicina en sus diferentes ramos. Se hicieron reglamentos para desinfectar los rastros; cerciorarse del correcto estado de la comida así como la inspección de la salud de los niños; y en las grandes ciudades se vacunaba a la gente (Rives, 2012, p.57).

En Puebla el proceso, que empezó a concretarse en la década de 1880, incluía varias políticas para poder mejorar las condiciones de la población. En el norte de la ciudad se construyeron las estaciones del Ferrocarril Mexicano, el Interoceánico y el Mexicano del Sur; se constituyó la Compañía Americana de Alumbrado Eléctrico de Puebla, en 1887; y, especialmente, entre 1884 y 1885 se hizo impostergable limpiar el cauce del Río San Francisco (Cuenya, 2010, p.71); también se iniciaron proyectos para la forestación al mismo tiempo que se buscaban implantar nuevas redes para resolver el problema de basura y corrientes de agua sobre la superficie de las calles (Montero, 2010, p.94-95).

Sin embargo, como lo ha notado Cuenya (2010, p.75), el mejoramiento urbano, que traía de la mano un incremento en la población, trajo también varios problemas. Los higienistas de la ciudad se dieron cuenta que la falta de un proyecto integral que fue conceptualizado e impulsado por el propio gobierno resultó en medidas parciales y poco operativas. La urbe, que había pasado de 72817 habitantes en 1882 a 91917 en 1895 (Boyer y Davies, 1973, p.47) no tenía un espacio de habitación suficiente y óptimo por lo que el hacinamiento y las condiciones insalubres en casas y accesorias, así como en varios lugares de la ciudad afectarían la higiene moral, social y dietética de sus habitantes (Cruz, 1992, p.256).

Los médicos Samuel Morales y Secundino Sosa (1888) así como el doctor Manuel Mena (1890), en la misma corriente positivista que sus contemporáneos en la ciudad de México, escribieron tratados en donde sostenían que la insalubridad, el hacinamiento de la gente de bajos recursos, la contaminación provocada por las aguas sulfurosas, la suciedad del río, la temperatura ambiental, la alimen-

tación, el consumo de licores, entre otros factores, producían en los individuos enfermedades físicas y morales como la histeria, la locura o el alcoholismo. La solución a estos problemas era un programa educativo higiénico eficiente así, la vacunación llevaría a erradicar las epidemias que constantemente azotaban a la ciudad, mientras que la instrucción moral exterminaría los problemas sociales.

EL ENFERMO MENTAL DESDE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Este proyecto modernizador implicaba una organización burocrática y de regulación de la sociedad que mantenía una constante interacción con los discursos médicos científicos y la centralización burocrática del Estado (Agostoni, 2003). Es por eso que, para poder entender la respuesta por parte de los hospitales de dementes a la política pública en torno al saneamiento de las ciudades durante el Porfiriato, tenemos que entender primero el debate en torno a la definición de enfermedades mentales desde la medicina y desde la administración pública ya que no necesariamente coincidían. Alienistas y administradores discutieron constantemente sobre las clasificaciones en psiquiatría durante el último tercio siglo XIX sin llegar a ningún acuerdo. Probablemente esto causó una confusión constante entre los mismos médicos y administrativos pero, al mismo tiempo, con la sociedad para definir al enfermo mental.

La creación de un cuerpo de teorías en donde la definición de las enfermedades estuviera unificada tardó hasta entrado el siglo XX (Ríos, 2016), sin embargo, el siglo XIX, con la nosografía de Etienne Esquirol y la teoría de la degeneración de Morel, permeaban las mentes científicas y sociales de una manera ecléctica causando constantes confusiones. Recordemos que las propuestas de Etienne Esquirol, probablemente uno de los discípulos más conocidos de Pinel llevaron a una nosografía¹³ de las enfermedades mentales. Desde la década de 1810 constantemente colaboró en el *Dictionnaire des sciences médicales*, editado por Panckoucke, en donde definió las enfermedades psiquiátricas como el delirio, la demencia, la demonomanía, la erotomanía, la locura, el furor, el idiotismo, las alucinaciones, la manía, la monomanía, la melancomía y el suicidio. Justamente en lo que define como “locura” dividió a la enfermedad mental en cinco “géneros”: lipemanía (melancolía de los antiguos), monomanía, manía, demencia e idiocia, que buscaba refinar la clasificación hecha por Pinel. Entre sus propuestas más interesantes está la diferenciación entre “ilusión” y “alucinación” en la que los convirtió en signos físicos para considerarlos como parte de la semiología psiquiátrica en lugar de la nosográfica; y la definición de “monomanía” como un delirio limitado solamente a un objeto con excitación y predominio de una pasión alegre o expansiva, la cual, era únicamente reconocida por los psiquiatras por su complejidad (Huertas, 1999).

Por su parte, la teoría de la degeneración de Morel otorgaba a la herencia, combinada con agentes causales como el alcoholismo, la miseria y el clima, la explicación de los comportamientos de indi-

13. La nosografía se entiende como la clasificación de las enfermedades.

viduos molestos, peligrosos y extraños. Esta teoría, que fue retomada por Valentín Magnan unos años después, argumentaba que las enfermedades mentales eran producidas gracias a las tendencias degenerativas que se heredaban de generación en generación, agravando la enfermedad hasta llegar a la extinción de la raza. Con esto se creaba

“un estado patológico del ser que, comparativamente a sus progenitores más inmediatos, es constitucionalmente inferior en su resistencia psicofísica y no reúne más que incompletamente las condiciones biológicas de la lucha hereditaria por la vida. Esta inferioridad que se traduce en estigmas permanentes, es esencialmente progresiva, salvo regeneración intercurrente; pero fuera de esta excepción aboca más o menos rápidamente en el aniquilamiento de la especie. Así tenemos en la primera generación: depravación moral, excesos alcohólicos. Segunda generación: embriaguez habitual, accesos de manía, reblandecimiento cerebral. Tercera generación: hipochondría, melancolía, suicidio. Cuarta generación: imbecilidad, idiotismo, esterilidad, extinción de la familia” (Morel, 1860).

De esta manera, podemos ver que los médicos que tocaban estos temas iban de una teoría a otra dependiendo el caso lo que, como mencionamos anteriormente, causaba una visión confusa y ecléctica de los dementes. Por ejemplo, en la ciudad de México Agustín Roa (1870, p.7) escribía en su tesis que las enfermedades mentales se producían gracias a una falta entre la integridad del tejido nervioso y la incesante renovación del influjo que evitaban el fenómeno dinámico. Porfirio Parra (1878, p.7) atribuía la locura a un origen patológico explicado en la fisiología y Germán Ochoa y Tapia (1881, p.12) decía que en realidad la locura casi no reconocía otra causa que las afecciones morales. En 1887, Mariano Rivadeneyra (p.9) atribuía la locura a la psique y a la reacción según la educación social del individuo mientras que en 1896 José Alberti (p.6) lo hacía a los defectos de evolución.

Los temas más frecuentemente explorados por los médicos eran la epilepsia, la histeria y el alcoholismo. Carlos Chaix (p.17), en 1870, reconocía que no existía uniformidad en el diagnóstico de la epilepsia ya que para algunos era una enfermedad esencialmente convulsiva mientras que para otros no era una enfermedad sino un síntoma de los más diversos padecimientos. Eduardo Corral (1882, p.10), decía que la epilepsia transitaba por tantas etapas que había signos que pasaban desapercibidos al ojo no entrenado mientras que el Doctor Luis Ruíz (1890, p.3), expuso en la Gaceta Médica de México un artículo en donde se atribuía el alcoholismo a la situación desamparada de la fortuna y en los mimados de la ignorancia de las clases bajas de la población.

En Puebla la definición de la locura tomó los mismos matices. En 1888 los doctores Samuel Morales y Secundino Sosa, a los que ya se hizo referencia anteriormente, publicaron el estudio *Puebla, su higiene, sus enfermedades* en el cual hicieron una categorización sobre las enfermedades que aquejaban a la ciudad. Según este estudio existían cinco causas para las enfermedades producidas por el descuido y las malas condiciones de higiene: “simóticas [sic]; á frigori; por el abuso de la ingesta; profesionales; y por hábitos, educación y herencia”. En el caso de las enfermedades mentales tanto la histeria como la locura pertenecía a las enfermedades producidas por los hábitos, educación y herencia mientras que el alcoholismo a las del abuso por la ingesta.

Los estudiantes de la Escuela de Medicina del Estado también buscaron definir la enfermedad mental. Así pues, Rafael Serrano (p.1), en 1884, la definió como una relación disfuncional entre la corteza del cerebro y la retina; José de Jesús Ortega (p.37), en 1885, atribuía la reacción al alcohol a la manera de ser moral del individuo que era el resultado de la impresión psico- moral que recibía el óvulo desde la fecundación, a mero estilo degeneracionista; Francisco Rodiles (1885, p.6) establecía que la histeria era una enfermedad que tenía tal multitud y variedad de fenómenos que no había enfermedad con la que no tuviera alguna semejanza; y Miguel Cabrera (p.38), en 1910, que las afecciones nerviosas estaban relacionadas con el alcoholismo de los padres que causaban trastornos cerebrales, otra vez recordándonos a Morel.

Si la medicina tuvo problemas para definir al enfermo mental la administración pública tuvo más ya que constantemente las categorías que se referían a los desvalidos se entrecruzaban. El reglamento de Beneficencia Pública, de 1877, establecía que esta institución daría asistencia en los establecimientos a los hijos del Estado que tuvieran la desgracia de ser *indigentes*. Sin embargo, dejó la responsabilidad de crear reglamentos específicos a cada uno de los establecimientos para poder definir a su población.¹⁴ Como ha señalado Dolores Lorenzo (2011) los últimos años del Porfiriato tenían diferentes conceptos sobre la ayuda al necesitado que se debatía entre asumir una responsabilidad social y una moral por lo que intelectuales y literatos mostraban su repudio mientras que reformadores y estadistas buscaban una solución.

La misma definición de la población de los hospitales de dementes causaba por sí misma un debate ya que al mencionar al “indigente” no se aclara si se refiere al “enfermo indigente” o únicamente a las personas que viven en las calles. Como podemos ver en los trabajos mencionados en la primera parte de este escrito, probablemente existió una dicotomía entre estos términos que fue lo que quizás haya causado el comportamiento errático en el ingreso a los nosocomios, ya que, tanto médicos como jueces, policías y la sociedad en general no encontraba un concepto definido sobre quiénes deberían de ser considerados como locos. Así, y aunque no podemos darles una respuesta concreta, lo único que podemos cuestionarnos es si la definición de este concepto tiene que ver con los cambios urbanos en la ciudad, como el de 1878 en que se empezó a construir el Ferrocarril Esperanza- Tehuacán; el de 1884-1885, cuando se comenzó con el saneamiento del Río San Francisco; el de 1887, que se instaló el alumbrado público; o el de 1897, cuando se iniciaron las obras del Ferrocarril Interoceánico; o si tiene que ver con cuestiones más políticas como la visita del Presidente Díaz a la ciudad o la visita de

14. Este punto también es muy interesante ya que el Porfiriato buscaba una definición de los diferentes grupos que conformaba la población del país, como si se quisiera hacer una clasificación científica de la sociedad. Recordemos que las tres décadas del gobierno de Díaz buscaban darle la estabilidad que no había tenido en los últimos 70 años al país por lo que esta tenía que estar acompañada de una reglamentación de su comportamiento. Así, en la década de 1880, se publicaron en Puebla, así como en otros estados, los reglamentos de Reglamento de Beneficencia Pública (1877), el Reglamento para el Orfanatorio (1883), el Reglamento para los Hospitales de dementes (1883), el Reglamento Interior de la Escuela de Artes y Oficios (1886); y se emitieron leyes, como la Ley para elecciones de Diputados y Senadores al Congreso de la Unión (1882), la Ley Orgánica del Poder Judicial del Estado (1883), la Ley Orgánica Electoral (1883), la Ley de Ingresos y Egresos (1884), entre otras, pero, particularmente, se reformaron el Código de Procedimientos Civiles así como los códigos Penal y Civil, en 1884.

la Conferencia Internacional Americana en 1901¹⁵; o con políticas sanitarias como la propuesta para un Código para el Estado de Puebla en 1905.

Otra pregunta es si el tipo de diagnósticos tendrán relación con la figura del administrador- médico. Sabemos que en algunos momentos el administrador no necesariamente tenía que ser médico, como el caso del Licenciado Luis de la Vega en 1881 o del Licenciado Alejandro Zertuche en 1915 y que en muchas ocasiones la figura del médico estaba ausente como en el caso de Manuel Nava desde 1871 a 1884.¹⁶ Sin embargo, en otros años el administrador fue un médico como en el caso de los doctores José María Marín en 1879 o de Rafael Serrano entre 1885 y 1895 y de 1909 hasta 1915 lo que podría sugerir una concepción diferente de enfermo e indigente.¹⁷

No obstante, existía una preocupación real sobre este tema. Por ejemplo, el *Periódico Oficial* escribía el 3 de enero de 1893 que si las leyes dejaban de cumplirse producían en la naturaleza el desequilibrio de las fuerzas físicas, en el hombre la degeneración y las enfermedades, y en los pueblos el atraso y la muerte.¹⁸ Más tarde, ese mismo año, R.D. Saldaña, en un concierto a favor de la Beneficencia Pública de Puebla, de la cual era director, atribuía desde un punto “meramente biológico”¹⁹ la supervivencia de los más capaces a que estos se sujetaran a los efectos de su propia naturaleza y de la línea de conducta que esta le impusiera.²⁰ Gracias a esto...

“Por todas partes se multiplica, de todas partes hace surgir nuevos motivos de bienestar; por donde quiera arranca con mano firme sus víctimas al infortunio, y en abierta y perpetua lucha con la desgracia, deja en el sendero que recorre un reguero de frutos que extienden sus benéficas emanaciones hasta los más lejanos confines de la orbe. Allí, dónde el hábito de la muerte se cierne satisfecho de encontrar seres que no puedan liberarse de sus golpes, por el abandono en que se encuentran por la degeneración orgánica que paraliza su esfuerzo ó por las anormales condiciones de vida en que se hallan colocados, hace que surja un hospital, que se erija un orfanatorio, que se levante un asilo, y recoge en ellos á los desvalidos, los cubre con su manto protector y aún á las veces consigue burlar los traidores amagos de la misma muerte”.²¹

La Beneficencia Pública, surgida gracias a las Leyes de Reforma, transformó por completo la atención a las clases desprotegidas de la población que dejaron de estar al cuidado de las instituciones religiosas para ser atendidos por el Estado.²² Creada por el presidente Juárez, se basó en los ideales

15. En ese año se mandó un oficio para pedir que los establecimientos de dementes estén en condiciones de ser visitados. (AGEP, Beneficencia Pública, Administración, exp.7)

16. A este médico se le despidió y recontrató varias veces por quejas de faltas injustificadas al trabajo.

17. Los nombramientos para ocupar el puesto de administrador o médico de los hospitales de dementes se encuentra en la sección de Personal de la Beneficencia Pública. AGEP.

18. *Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Puebla*. 3 de febrero de 1893.

19. Este comentario deja ver la confianza en la teoría degeneracionista.

20. *Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Puebla*. 2 de noviembre de 1893, Tomo LIII (38): 391-394.

21. Ídem. P. 393

22. En el artículo 1º del Decreto de hospitales y establecimientos de beneficencia decía que “Los establecimientos de beneficencia

liberales de los políticos mexicanos, en donde la pobreza y la miseria provocaban el retraso y decadencia del país, por lo que, la reivindicación de los grupos marginados se lograría mediante la enseñanza de las artes, las ciencias y las letras llevando al país a la prosperidad. En este escenario el concepto de “caridad cristiana” fue dejado a un lado para dar paso a una atención laica y científica que pudiera influenciar de manera positiva en la realidad de los grupos necesitados del país.

Porfirio Díaz, al tomar el poder, reorganizó el ramo de Beneficencia en enero de 1877 cuando se decretó que los hospitales, establecimientos de asistencia social y corrección serían administrados por la Dirección General de Beneficencia Pública que dependía del Ministerio de Gobernación.²³ Una de las primeras medidas tomadas por el presidente, y su círculo de científicos, fue el solicitar a los establecimientos se rindiera una noticia sobre las condiciones en las que se encontraba y la cantidad de asilados que tenía cada uno de ellos.²⁴ De esta manera, comenzó una transformación en cuanto a la atención y cuidado (Foucault, 1976) de las clases menesterosas que buscó encontrar alguna manera de “socorrer” a los más desamparados, llegando al punto que en 1886 el periódico *El Amigo de la verdad* se quejara de que por “todas partes se crean hospitales para la indigencia, asilos para la mendicidad; ya no se ve un pobre en las calles y en los templos: la sociedad está de enhorabuena”.²⁵

Los establecimientos de Beneficencia Pública recibieron mayor atención. En el caso de los dementes el interés por contar con lugares especiales para ellos se vio reflejado en varias ciudades. El periódico *La Patria*, por ejemplo, en 1885 señalaba que el Gobernador había ordenado la creación de planos y presupuesto para un asilo de dementes en el Estado de Oaxaca ya que solamente ingresaban o al Hospital General del Estado o al Hospicio que, a decir del autor, eran establecimientos mixtos que albergaban a todo tipo de personas enfermas o desamparadas.²⁶ En Orizaba se inauguró un manicomio en 1897 debido al incremento en la población de marginados, entre los cuales, estaban los dementes (Ayala, 2006); en Guadalajara se formó un presupuesto de gastos para crear un manicomio de hombres en 1898;²⁷ en Yucatán se empezó a construir uno en 1901;²⁸ en México se estableció

pública en la capital del Estado, por su carácter de generales y conforme a los que previene el artículo 7° del decreto de 2 de febrero de 1861, estarán bajo la dependencia del Ejecutivo, administrados de la manera que establezcan sus respectivos reglamentos e inspeccionados por una junta compuesta del Secretario de Fomento, como presidente, de un miembro del Ayuntamiento designado por éste, y de tres personas nombradas por el Gobernador”. *Colección de Leyes y Decretos*, 5 de Septiembre de 1879.

23. Circular del 23 de enero de 1877

24. Además, a finales de 1876, se pedía saber sobre los capitales y deudas con los que contaba cada uno de los establecimientos AGEF, Beneficencia Pública, Acuerdos de la Junta, 29 octubre de 1876.

25. *El amigo de la verdad*. 31 de julio de 1886.

26. En este artículo se hizo un hincapié muy fuerte en la población que entraba a estos lugares que incluían individuos de todas clases, corporaciones y procedencias como soldados y heridos; enfermos de las cárceles públicas con el carácter de presos; mujeres de la misma procedencia y condiciones; enfermos de ambos sexos que se asistían en la caridad; los que sufrían de infecciones contagiosas o epidémicas; niños, indigentes y hospicianos; y mendigos, asilados y niños de cuna. *La Patria*. Miércoles 21 de octubre de 1885.

27. *El amigo de la verdad*. 12 de marzo de 1898.

28. *El Tiempo*. 16 de Julio de 1901.

un departamento para epilépticos en Texcoco para mejorar las condiciones de los dementes de San Hipólito;²⁹ y en 1910, después de casi 30 años de resaltar la necesidad de cerrar los hospitales de San Hipólito y el Divino Salvador, se inauguró La Castañeda (Sacristán, 2013).

En este punto sería importante preguntarnos quiénes serían los individuos que engrosarían sus filas ya que si el concepto de indigentes era confuso el de enfermos mentales lo fue todavía más. Como se dijo anteriormente, la Beneficencia Pública dejó en manos de los establecimientos la determinación de su población por lo que en el Reglamento de los hospitales de dementes de Puebla, de 1883, que no fue modificado hasta la década de 1930, definía que “los hospitales de dementes son Establecimientos de caridad pública que el Estado de Puebla sostiene para dar asilo, asistencia y curación a los hijos del mismo, que hayan tenido la desgracia de perder el uso de la razón”.³⁰ Sin embargo, unos años después, en 1896, el hospital de mujeres dementes del Divino Salvador de la ciudad de México decía que sus funciones eran para “la medicación y asilo de mujeres ó niñas afectadas de enfermedades mentales”.³¹ Pero lo más interesante es que ambos reglamentos establecieron que el ingreso a los hospitales tenía que ser mediado por la Secretaría de Fomento a través de la declaración de estado a que se refería el Código Civil y la orden del Gobierno. De esta manera, para poder ingresar se necesitaba de un reconocimiento previo por parte de médicos legistas y administrativos que consideraban que la ciencia psiquiátrica estaba subordinada a la autoridad de los jueces y magistrados (Vicencio, 2014, p.114).

Aquí también es necesario detenernos, ya que, en otros trabajos (Bojalil, 2018) hemos podido darnos cuenta que existió un constante debate entre médicos, abogados, jueces y administrativos. Los juicios de interdicción³² dejaban ver que los enfermos mentales no tenían que ingresar necesariamente a los hospitales y que podían permanecer con sus familiares para su curación, como lo hemos visto anteriormente.³³ Pero más allá de eso, el que tenía la decisión final sobre su ingreso o permanencia era el juez que tenía la capacidad de poner en duda el diagnóstico médico. No obstante, a diferencia de lo que propone la visión de los hospitales de dementes como instituciones generadoras de control y represión social citadas anteriormente, pareciera que en Puebla los que hicieron un fuerte reclamo sobre la mala decisión de internar a estas personas fueron los médicos o administradores de los hospitales que constantemente pedían que ya no se incrementara su población creando como recurso el “departamento de observación”.

29. *El Tiempo*. 4 de abril de 1905.

30. Reglamento de los hospitales de dementes de Puebla. 1883 AGEP, Beneficencia Pública, Hospitales de dementes, caja 1.

31. Reglamento del hospital de mujeres dementes. 1896. México, Imprenta de la Escuela Industrial de Huérfanos.

32. El juicio de interdicción es un recurso legal en el cual se priva de la libertad de disponer de sus bienes al individuo afectado de alguna enfermedad mental para garantizar su seguridad y la de sus bienes.

33. Al principio de este artículo hemos hecho una relación de los ingresos y altas de los pacientes en ciertos años debido a que no se contaban con los recursos necesarios para poder mantenerlos a todos en los hospitales de dementes de Puebla.

Esta situación confusa también la podemos ver en otros estados como en Veracruz, en donde la necesidad de buscar una solución a los problemas que causaba la sobrepoblación en Orizaba se conjugó en la participación de las diferentes clases sociales, en particular las acomodadas, que trataban de mantener el orden social, la propiedad privada y su posicionamiento en la sociedad. Inaugurado en enero de 1897 el nuevo edificio logró concretar la constante búsqueda, desde principios de la década de 1880, por mantener el orden social. De esta manera, marginados y dementes compartieron un espacio común con epilépticos y alcohólicos que fueron remitidos por las secciones de policía. Sin embargo, Hubonor Ayala ha hecho notar que la definición del enfermo y de la enfermedad no tenía nada de científico por lo que

“... tanto la identificación de los dementes como la decisión sobre su remisión y encierro en el nuevo manicomio recayó en los jefes políticos y en municipios, no en los médicos de los hospitales, lo que da cuenta de lo arbitrario del juicio respecto de la salud mental de los presuntos dementes. Los argumentos eran contradictorios: las fuentes oficiales señalaban que el objeto del nuevo edificio era el tratamiento médico de enfermos mentales y epilépticos que necesitaran curación, pero el criterio de identificación utilizado no se sustentó en un fundamento médico, sino en el particular punto de vista de las autoridades locales” (Ayala, 2006, p.81)

En Puebla no fue sino hasta 1905 cuando se propuso una ley para organizar el servicio de salubridad, higiene pública y policía sanitaria. En ella, siguiendo la misma directriz que en la ciudad de México, el responsable de los servicios sería el Consejo Superior de Salubridad Pública cuyas atribuciones, entre otras más de saneamiento y prevención de enfermedades, incluían la organización y distribución de servicios médicos para enfermos indigentes, personal policiaco y a los establecimientos dependientes del gobierno entre los que estaban los manicomios y hospitales.³⁴

EL HACINAMIENTO EN LOS HOSPITALES DE DEMENTES Y SU SITUACIÓN ECONÓMICA

El Reglamento de la Junta Directiva de Beneficencia de 1880³⁵ categorizó a estos establecimientos como dependientes del Estado, lo que los llevó a una situación económica complicada ya que vivían de una pensión al mes, de los réditos que causaban los fondos dotales y de la caridad de personas que en ocasiones ayudaban con productos. El objetivo del régimen porfirista era poner en práctica muchas de las ideas de ayuda a las clases desprotegidas que implicaba un estado moderno. La primera reflexión se centraba en que el Estado, con ayuda de particulares, estaba obligado a socorrer a los desamparados; la segunda, planteaba que la subsistencia era un derecho de cada uno de sus habitantes; mientras que la tercera pretendía eliminar las instituciones de beneficencia pública porque generaban una baja productividad en la población favoreciendo la holgazanería (Lorenzo, 2011, p.38-39), sin embargo, la economía no ayudaba a que estos problemas desaparecieran.

34. AHMP, Salubridad, Exp. 17 letra H 1905

35. *Periódico oficial del Estado de Puebla*, 20 de junio de 1877.

En Puebla la llegada de Rosendo Márquez como jefe del estado en 1885 venía acompañada de una intensificación en la crisis económica generada por Juan N. Méndez desde finales de la década de 1870 con la introducción de la moneda de níquel. ¿Cómo afectó esto a los hospitales? El hacinaamiento, que tantos problemas causaba, venía anunciándose desde el 4 de marzo de 1881, cuando el director de los establecimientos pidió que cuando se ingresara a una mujer al hospital de San Roque se tomaran en cuenta las observaciones hechas en su solicitud puesto que ya no había recursos ni extensión para contener a más asiladas.³⁶

Los antecedentes de esta situación empezaron entre 1871 y 1872, años en que se buscó reubicar el hospital de San Roque en la hacienda de Tlaxcolpala³⁷ debido a las malas condiciones en las que estaba el edificio.³⁸ Diez años después, en 1882, se volvió a hacer evidente la necesidad de buscar otro local para el hospital de San Roque y se previno que, mientras se encontraba, se utilizaran los locales que vendía el vecino para proporcionar más espacio.³⁹ Aunque nunca se concretó, esta propuesta ya tenía un antecedente desde el 1° de febrero de 1881 cuando se le pidió al Gobierno del Estado que donara la llamada Plaza de San Jerónimo que recientemente había sido adjudicada, y que se encontraba junto al hospital de Santa Rosa, para poder albergar allí al hospital de mujeres dementes. El motivo: “como saben las autoridades el hospital de San Roque es un local estrecho y malsano porque debajo de su pavimento pasan aguas insalubres y está rodeado de tenerías, por eso se ha pensado desde hace algún tiempo trasladarlas a otro edificio”.⁴⁰

Las condiciones de ambos inmuebles dejaban mucho que desear en cuanto a las necesidades de los enfermos. Desde 1875 hubo constantes quejas del mal estado y de la falta de agua.⁴¹ El 27 de agosto de ese año se reportaba que, ya que las condiciones del hospital de mujeres estaba muy mal en la parte de abajo, las enfermas dormirían solamente en la parte de arriba, incluyendo los cuartos de las enfermas distinguidas; en caso de no alcanzar los cuartos de arriba se tendrían a algunas con la condición de que no sufrieran de enfermedades del estómago, dolores reumáticos, parálisis, escorbuto, afección pulmonar, calentura o cualquier otra enfermedad.⁴² El 11 de octubre del mismo año,

36. AGEP, Beneficencia Pública, Hospitales de dementes, Acuerdos de la junta, Caja 72, Expediente 248.

37. Aunque en la actualidad Tlaxcolpala pertenece a la ciudad de Puebla durante el porfiriato era una hacienda que se encontraba muy retirada del centro de la ciudad.

38. AGEP, Beneficencia Pública, Hospitales de dementes, Acuerdos de la junta, Caja 1, oficios del 30 marzo y 22 de mayo.

39. AGEP, Beneficencia Pública, Hospitales de dementes, Acuerdos de la junta, 12 abril 1882.

40. AGEP, Beneficencia Pública, Hospitales de dementes, Acuerdos de la junta, 1 febrero 1881.

41. En 1876 hay un reporte sobre la escases constante de agua en el hospital de San Roque. AGEP, Beneficencia Pública, Hospitales de dementes, Acuerdos de la Junta, Caja 71, Exp. 86. Para el caso de Santa Rosa ese reporte es de 1882, en donde se denuncia la falta de agua que ocurría de manera periódica en el nosocomio siendo de consecuencias fatales su falta pues la higiene se resentía en ella y la salubridad de aquellas infelices podía sufrir profundas alteraciones. AGEP, Beneficencia Pública, Hospitales de dementes, Acuerdos de la Junta, Caja 71, Exp. 177.

42. Aunque muchas de estas enfermedades se trataron de erradicar en la ciudad constantemente causaban problemas a la población que, a pesar de estar aisladas, también incluía a las de los hospitales de dementes. AGEP, Beneficencia Pública, Hospitales de de-

se solicitó que se repararan los techos del hospital de hombres dementes y que se restaurara el estado de ruina del edificio. Gracias a estas denuncias, y a su evidente estado de decadencia, se solicitó la reubicación de los enfermos, que aunque se intentó hacer en 1882 y 1883, nunca sucedió.

La mala situación de ambas construcciones que eran de origen colonial, más los gastos corrientes para la manutención de los enfermos, crearon un constante déficit a los establecimientos. A finales de 1869 el déficit era de \$4867.42⁴³ que continuó hasta 1873 cuando se pidió un aumento en la subvención a los hospitales de dementes que únicamente fue otorgada por \$200⁴⁴ mientras que se había solicitado por \$1000.⁴⁵ El inicio del régimen de Díaz buscó conocer el estado de los establecimientos de beneficencia por lo que pidió un informe desde 1877 sobre el estado de los hospitales de dementes de Puebla haciendo un énfasis especial en sus deudas.⁴⁶ La solicitud de aumento en la subvención por la cantidad de \$1000 seguía haciéndose presente hasta 1879⁴⁷ e incluso, después del incendio de la iglesia de Santa Rosa en 1885 que estaba junto al hospital de hombres y que afectó su estructura, la misma cantidad se seguía solicitando.⁴⁸ Para 1902 el déficit era de \$1028.05 y la subvención por parte del estado seguía siendo de \$200.⁴⁹

LA OBSERVACIÓN

En la sesión de la Junta Directiva de los establecimientos de Beneficencia Pública, del 13 de septiembre de 1886, se discutió fuertemente la permanencia de los no enfermos en los hospitales. Se hizo hincapié en que, en caso de que se internara a alguien, era necesario hacerle un reconocimiento y si se veía que no estaba demente se le daría su libertad. Para que esto pudiera suceder era necesaria la observación y separación metódica de aquel que se sospechaba estuviera enfermo antes de dar un diagnóstico por lo que, desde el 21 de enero de 1884, se propuso se estableciera un departamento específico en cada uno de los hospitales para este fin, en caso de que no existiera ya alguno, y que se hiciera un presupuesto para su construcción, y para los sueldos de los enfermeros y enfermeras que fueran necesarios.⁵⁰ La respuesta fue inmediata ya que el mismo gobernador solicitaba que quedaran

mentes, Acuerdos de la junta 1875 a 1876 No.4 Libro de ordenanzas. Caja 1, Exp. 3.

43. AGEP, Beneficencia Pública, Hospitales de dementes, Acuerdos de la Junta, Caja 70, 25 de octubre 1869.

44. AGEP, Beneficencia Pública, Hospitales de dementes, Acuerdos de la junta, Caja 70, 29 de marzo de 1873

45. AGEP, Beneficencia Pública, Hospitales de dementes, Acuerdos de la junta, Caja 71, 26 de diciembre de 1872.

46. Este tipo de informes se solicitaron de manera anual durante todo el porfiriato ya fuera para incluirse en los informes del gobernador o del presidente o para formar parte de las estadísticas que también se elaboraban anualmente.

47. AGEP, Beneficencia Pública, Hospitales de dementes, Acuerdos de la junta, Caja 71, 14 enero 1879.

48. AGEP, Beneficencia Pública, Hospitales de dementes, Acuerdos de la junta, Caja 72, 10 de enero de 1885.

49. AGEP, Beneficencia Pública, Administración, Miscelánea, Caja 68, Exp. 8.

50. AGEP, Beneficencia Pública, Hospitales de dementes, Acuerdos de la junta, Caja 72, 21 enero 1884.

abiertos el mes siguiente y que se elaborara un reglamento especial para el ingreso de los enfermos a dicho departamento.

En respuesta a la necesidad de una observación sistemática, el 23 de agosto de 1883, se autorizó una plaza de médico practicante para que constantemente vigilara a los enfermos y que pudiera dar un informe con exactitud de los detalles que pasaban desapercibidos por los que los cuidaban y no eran expertos; para formar una historia de cada enfermo y recoger algunos datos que fueran importantes en lo sucesivo; para la observación y aplicación de medicinas peligrosas; y para que, en caso de cualquier accidente o exacerbación de cualquier enfermedad hubiera una persona inmediata para atenderlos.⁵¹

CONCLUSIONES

El ingreso a los hospitales de San Roque y Santa Rosa de Puebla, desde que comenzó el Porfiriato hasta que terminó se comportó de una manera diferente a lo que lo había hecho en años anteriores. Durante los treinta años que duró este periodo, incluidos los cuatro años de Manuel González, la cantidad de gente que ingresaba en estos nosocomios casi se duplicó⁵² en comparación con años anteriores lo que los llevó a una sobrepoblación. Debido a esto, la práctica tanto psiquiátrica como administrativa llevaron de la mano una situación económica muy complicada que afectó directamente a la definición del enfermo. Las órdenes emitidas por el Secretario de Fomento tuvieron dos objetivos, el de solicitar el ingreso directo del paciente de 1877 a 1884; y el de definir desde 1885, a partir de la observación clínica, si era necesario que ese individuo se uniera a la población del hospital por encontrarse en una situación específica que lo demandara. La población era cada vez más grande, los recursos cada vez menores y las necesidades aumentaban constantemente lo que llevó al Estado a buscar una solución: no se podría dar asilo a todos aquellos que decían que lo necesitaban, a pesar de que la familia lo solicitara. Solamente se podría aceptar a los que realmente estuvieran enfermos pero sobre todo a los pacientes cuya manutención fuera posible, y en el caso de encontrar una solución externa, se regresaría a sus familias para que continuaran con su tratamiento.

La conferencia dictada por el doctor José Bandera, en el Concurso Científico de 1895, expuso la problemática en cuanto a la definición de los enfermos mentales en todo el país ya que en varios estados, así como en la capital del país, se buscaba contener a las clases perniciosas que incluía tanto a enfermos mentales como a vagabundos, indigentes, prostitutas y criminales. La transformación del México de finales del siglo XIX implicaba la modernidad en todos los sentidos. La sociedad, la configuración urbana, la educación y la salud, tanto física como social, sufrió una transformación

51. AGEP, Beneficencia Pública, Hospitales de dementes, Acuerdos de la Junta, Caja 72, 23 de agosto de 1883.

52. El total de ingresos en los hospitales de dementes de Puebla durante el Porfiriato fue de 1394 personas, de los cuales 584 fueron mujeres y 810 hombres.

radical en la que ya no había lugar para los que no fueran productivos, sin embargo, el Estado tendría que hacerse cargo de ellos. Es por esto que era necesario crear una reglamentación específica para el ingreso a los diferentes establecimientos de beneficencia. En el caso de los hospitales de dementes este doctor establecía que era de suma importancia “establecer precauciones tutelares para evitar cualquier atentado a la libertad individual, debiendo estas variar según que la entrada al manicomio sea voluntaria u ordenada por la autoridad”. (Bandera 1895, p.202). En el primer caso debería exigirse una solicitud firmada por un familiar acompañada de dos certificados de médicos reconocidos; en el segundo caso, el Comisario de Policía, previo el reconocimiento del médico de la Comisaría, ordenaría el traslado del enfermo al hospital respectivo, dando aviso a la autoridad administrativa, quien a su vez recibiría los informes del director del establecimiento.

BIBLIOGRAFÍA

AGEP Archivo General del Estado de Puebla.

Abrams, P. (1977). Notes on the Difficulty of Studying the State. *Journal of Historical Sociology*. 1(1). Issued online 27 oct.2006.

Agostoni, C. (2003). *Monuments of Progress. Modernization and Public Health in Mexico City, 1876-1910*. México: UNAM

Alberti, J. (1896). *Tratamiento sugestivo de la locura*. Tesis. México: Imprenta de “El Partido Liberal”.

Ayala, H. (2006). Salvaguardar el orden social. El manicomio del estado de Veracruz (1883-1920). Zamora: El Colegio de Michoacán.

Basaglia, F. (1978). “La institucionalización psiquiátrica de la violencia” en *Razón, locura y sociedad*, México: Siglo XXI.

Bojalil, A. (2018). “Médicos contra jueces: la responsabilidad y la incapacidad de los individuos en los juicios de interdicción en la Puebla del Porfiriato”. *Antropica*, 26 de abril 2018, 105-130.

Boyer, R. y K. Davies. (1973). *Urbanization in 19th- Century Latin America: Statistics and Sources*. Los Ángeles: UCLA.

Cabrera, M. (1910). *Dificultades del diagnóstico diferencial en las afecciones nerviosas*. Tesis. Puebla: Imprenta Guadalupana.

Canguilhem, G. (1971). *Lo normal y lo patológico*. México: Siglo XXI.

Cárdenas Morales et. al. (2015). La medicina en el siglo XIX. En Cortés, J. (Ed.) *Historia y filosofía de la medicina* (271-304). Puebla: BUAP.

- Chaix, C. (1870). *Estudio Patogénico, diagnóstico y psicológico de la epilepsia*. Tesis. México: Imprenta de la Viuda de Munguía.
- Código Civil de Puebla* 1884. Puebla: Cajica.
- Código Sanitario. (1891). México: Imprenta de la Patria I. Paz.
- Corral, E. (1882). *Algunas consideraciones médico legales sobre la responsabilidad criminal de los epilépticos*. México: Tipografía de Berrueco Hermanos.
- Cosío Villegas, D. (1955). *Historia moderna de México. El Porfiriato*. México: Hermes.
- Cruz, N. (1992). La higiene y la política sanitaria en Puebla. Su difusión y ejercicio en Puebla. *La Palabra y el Hombre*, no. 83, 255-273.
- Cuenya, M. (2010). *Salud, enfermedad y muerte en la ciudad de Puebla. De la Independencia a la Revolución*. Puebla: BUAP.
- Esquirol, E. (1859). *Mental Maladies: A Treatise On Insanity*. Philadelphia: Lea and Blanchard.
- Foucault, M. (1976). *Vigilar y Castigar*. México: Siglo XXI.
- Hale, Ch. (2002). *La transformación del liberalismo en México a finales del siglo XIX*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Huertas, R. (1999). Entre la doctrina y la clínica: la nosografía de J.E.D. Esquirol (1772-1840). *Cronos*, no. 2 (1), 47-66.
- _____ (2012). *Historia cultural de la psiquiatría*. Madrid: Catarata.
- Lorenzo, M. (2011). *El Estado como benefactor. Los pobres y la asistencia pública en la Ciudad de México. 1877-1905*. México: Colegio de México.
- Malon, F. (1994). Reflections on the Ruins: Everyday Forms of State Formation in Nineteenth-Century Mexico. En Joseph, G. y D. Nugent, (Eds.) *Everyday Forms of State Formation* (69-106). Durham: Duke University Press.
- Mena, M. (1900). *La ciudad de Puebla bajo el punto de vista de la higiene*. México: Imprenta del Gobierno en el Ex-Arzobispado.
- Montero, C. (2010). *Arquitectura y urbanismo. De la Independencia a la Revolución*. Puebla: BUAP.
- Morales, S. y S. Sosa. (1888). *Puebla, su higiene, sus enfermedades*. México: Oficina Tipográfica de la Secretaría de Fomento.
- Morel, B. (1860). *Traité des maladies mentales*. París, 1852-1853; 2.^a edición.

- Ochoa y Tapia, G. (1881). *Ligeras consideraciones sobre la influencia que tiene la moral en las enfermedades*. Tesis inaugural. México: Imprenta de Francisco Díaz de León.
- Ortega, J. (1885). *Algunas observaciones sobre el alcoholismo*. Tesis inaugural. Puebla: Imprenta de Ibáñez y Lamarque.
- Parra, P. (1878). *Ensayo sobre la patogenia de la locura*. Tesis. México: Tipografía Literaria.
- Ramos, M. (2015). "Aquéllos son los hombres locos". De los discursos científicos al internamiento en el Hospital de San Hipólito, 1886-1890. *Transhumante*. no. 5, 264-287.
- Ríos, A. (2009). *La locura durante la Revolución Mexicana*. Los primeros años del Manicomio General La Castañeda, 1910- 1920. México: El Colegio de México.
- (2016). *Como prevenir la locura*. México: Siglo XXI.
- Rivadeneira, M. (1887). *Apuntes para la estadística de la locura en México*. Tesis inaugural. México: Oficina tipográfica de la Secretaría de Fomento.
- Rives, R. (2012). La administración pública en México en el siglo XIX. En Rives, R. (Ed.) *Administración Pública del siglo XIX (78-92)*. México: Siglo XXI.
- Roa, A. (1870). *Consideraciones generales acerca de la enajenación mental precedidas de algunas nociones sobre facultades intelectuales*. México: Imprenta del Colegio de San Antonio.
- Rodiles, F. (1885). *Breves apuntes sobre la histeria, seguidos de un apéndice sobre la locura histérica*. Puebla: Imprenta de Miguel Corona.
- Ruíz, L. (1890). Algunas consideraciones acerca del alcoholismo. *Gaceta Médica de México*. 1° de enero de 1891.
- Sacristán, C. (1991). La locura y la psiquiatría en México. Un balance historiográfico. *Secuencia* no. 21, 65- 171.
- (2013). Los hospitales para dementes y el crecimiento de la ciudad. En Salmeron, A. y F. Aguayo (coords.) *Instantáneas de la Ciudad de México. Un álbum de 1883-1884*. México. UAM.
- Serrano, R. (1884). *Fragmentos de psiquiatría óptica*. Puebla: Imprenta de Miguel Corona.
- Szasz, T. (1961). *The Myth of mental illness: Foundations of a Theory of Personal Conduct*. New York: Harper and Row Publishers.
- Vicencio, D. (2014). Locos criminales en los años del Porfiriato. Los discursos científicos frente a la realidad clínica, 1895-1910. *Estudios de historia moderna y contemporánea de México*, no. 47, 79-119.