

INDIGENCIA, MIGRACIÓN Y LOCURA EN EL MÉXICO POSREVOLUCIONARIO

Andrés Ríos Molina

Universidad Nacional Autónoma de México

El Manicomio General La Castañeda, la institución psiquiátrica más importante de México en el siglo xx, ha sido objeto de múltiples abordajes historiográficos. Las características arquitectónicas, la dinámica administrativa, las terapias ofrecidas, los discursos usados para comprender la enfermedad mental y el papel de la cultura en el diagnóstico, han sido algunos de los principales temas que han guiado las miradas analíticas.¹ Sin embargo, en los últimos años se han abierto nuevas áreas temáticas gracias al uso de los expedien-

Fecha de recepción: 26 de enero de 2009

Fecha de aceptación: 21 de mayo de 2009

¹ Las características arquitectónicas de La Castañeda son descritas por RAMOS DE VIESCA, “El proyecto y la construcción del Manicomio” y VALDÉS FERNÁNDEZ, “La salud mental en el porfiriato”. La dinámica administrativa ha sido ampliamente trabajada por SACRISTÁN, “La locópolis de Mixcoac”, “Reformando la asistencia”, “Entre curar y contener” y “Una valoración sobre el fracaso”. La implementación de nuevas terapias es abordado por SACRISTÁN, “Para integrar a la nación”, “Por el bien de la economía nacional”; RAMOS DE VIESCA, “La hidroterapia como tratamiento”, y MORALES RAMÍREZ, “La apoteosis de la medicina

tes clínicos de los pacientes de La Castañeda como fuente histórica. Dichos documentos contienen diagnósticos, datos personales, historias clínicas y transcripciones de entrevistas que los médicos sostuvieron tanto con los pacientes como con sus familiares. Además, en algunos casos encontramos cartas escritas por las instancias remitentes, por los mismos internos o por sus familiares. Es decir, los expedientes clínicos nos permiten acercarnos a las historias de casi 68 000 pacientes que estuvieron internados en el Manicomio General.²

Para abordar estos documentos se han recorrido varios senderos. El primero busca acercarse al punto de vista del “loco” sobre su propia afección, su tratamiento y el mundo que lo rodea; es decir, incursionar en la dimensión subjetiva de la enfermedad mental.³ Otra ruta analítica nos permite abordar la forma en que el bagaje cultural de los médicos, incluyendo prejuicios y valores, se mimetizó en el discurso

del alma”. Los discursos médicos son analizados en RIVERA GARZA, “Dangerous minds”; ARREOLA, “¿Locura o disidencia?”; LICÓN LUNA, “Enfermedades del cuerpo, padecimientos del alma”, y MANCILLA VILLA, *La locura de la mujer durante el porfiriato*. Un completo balance sobre la historiografía de la locura y la psiquiatría en México en SACRISTÁN, “Historiografía de la locura”.

² Una metodología para el análisis de los expedientes clínicos es expuesta por HUERTAS GARCÍA-ALEJO, “Las historias clínicas como fuente”. Una muestra del tipo de análisis que se puede hacer con las cartas de los pacientes se encuentra en BEVERIDGE, “Life in the Asylum”, “Madness in Victorian Edinburgh”.

³ El análisis de cartas escritas por pacientes de La Castañeda ha sido realizado por RÍOS MOLINA, “Locos letrados”; GARCÍA CANAL, “La relación médico-paciente”, y Francisco Jesús Morales Ramírez, “Las letras de la locura. Los escritos de locos en la naciente psiquiatría de la ciudad de México durante la segunda mitad del siglo XIX”. Ponencia presentada en el Seminario de Antropología Médica de la Dirección de Etnología y Antropología Social del INAH en agosto de 2008.

científico de pretendida “objetividad”.⁴ Aunado a lo anterior, los expedientes han develado una tercera ruta cuyos intereses se acercan a la demografía psiquiátrica, la cual busca comprender el aumento o la reducción de la población de pacientes en relación con las características sociales, políticas, económicas, culturales y epidemiológicas propias de cada contexto.⁵ Bajo esta óptica, una pregunta rectora en la historiografía de la psiquiatría es: ¿por qué en algunos momentos de la historia aumenta la población psiquiátrica y en otros decrece?

En el contexto mexicano, el constante crecimiento de la población psiquiátrica fue una de las razones que llevaron a la élite intelectual de fines del siglo XIX a planear la construcción de un nuevo manicomio que tuviera la capacidad de atender con eficiencia a quienes vivían hacinados en los muy deteriorados hospitales coloniales para dementes. El doctor Sebastián Labastida, quien fuera director del Hospital para Hombres Dementes de San Hipólito, publicó en 1879 un informe sobre dicho establecimiento en el que sugería la construcción de una nueva institución ya que “el número de locos está creciendo gradualmente, por lo que conviene tener un lugar donde recogerlos”.⁶ Pero no sólo Labastida percibió este fenómeno. El doctor Miguel Alvarado, director del Hospital para Mujeres Dementes El Divino Salvador, afirmaba en 1886 que la cantidad de locos continuaría en aumento constante ya que la enfermedad

⁴ RIVERA GARZA, “She neither respected nor obeyed anyone”; CARVAJAL, “Mujeres sin historia”, y RÍOS MOLINA, “Un mesías, ladrón y paranoico”.

⁵ Investigaciones que llevan la demografía psiquiátrica a contextos historiográficos son TIERNO, “Demografía psiquiátrica y movimientos de la población”, y SUTTON, “The Political Economy of Madness”.

⁶ LABASTIDA, “Estado que manifiesta el movimiento de enfermos”, p. 116.

mental era el “mal de la civilización”. Alvarado exponía que los establecimientos para dementes estaban rebasados en su capacidad ya que había 214 mujeres y 197 hombres, cantidad muy por encima de la capacidad normal. Viendo hacia el futuro, Alvarado suponía que en 10 años habría unos 600 locos, entre hombres y mujeres, que requerirían encierro. Y, en efecto, el aumento de la locura continuó ya que La Castañeda se fundó con 779 pacientes, lo que nos permite suponer el nivel de hacinamiento que se vivía en los últimos años en los viejos hospitales para dementes.⁷

Meses después de la inauguración del Manicomio General La Castañeda en septiembre de 1910, el presidente Porfirio Díaz abandonó el poder y se inició el complejo proceso de reestructuración social, política y cultural: la Revolución. Si bien podría pensarse que en medio de la guerra civil el Manicomio podía ser un refugio para cientos de enfermos que buscaban techo o comida, la realidad fue muy distinta: la población psiquiátrica decreció notablemente (tasa anual: -7.54). Construido con una capacidad para albergar 1 200 pacientes, durante la década en cuestión no se llegó siquiera a 700 internos.⁸ El descenso en la cantidad de ingresos no significa que en esta década hubiera menos enfermos mentales; más bien, hubo un cambio en los referentes usados por la sociedad mexicana de aquella época para definir la internación. ¿A qué se debió este fenómeno? Hubo dos razones. Por una parte, la cotidianidad propia de un país en guerra y la ausencia de una hegemonía consolidada, con el poder de definir los comportamientos,

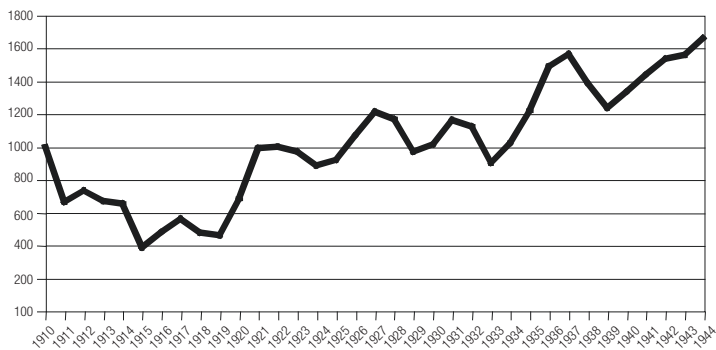
⁷ AHSS, F-BP, S-EH, Se-MG, leg. 1, exp. 2, ff. 5.

⁸ RÍOS MOLINA, “La locura durante la Revolución mexicana”, pp. 180-208.

actitudes e ideas que puedan ser consideradas anormales, hacen que los mecanismos de control social que posibilitan la internación sean escasos.⁹ Por otra parte, frente a la debilidad y falta de legitimidad de las instancias estatales encargadas del control social, las familias optaron por hacerse cargo de sus enfermos mentales.¹⁰

Gráfica 1

CANTIDAD DE PACIENTES QUE INGRESARON AL MANICOMIO LA CASTAÑEDA, 1910-1944



⁹ Estudios hechos sobre los traumas bélicos han demostrado que “durante la guerra disminuye en general la patología psiquiátrica y se presentan pocos problemas psicológicos. Se produce una rápida adaptación para sobrevivir y lo psicológico es un lujo poco factible que mostrar”. Vicente Ibáñez Rojo, “Consecuencias psicológicas y psiquiátricas de la guerra”, en *El Médico. Diario Electrónico de la Sanidad*, núm. 862, 2003. Consultado en www.medynet.com/elmedico/informes/informe/guerra.htm. En otros contextos se ha llegado a la misma conclusión. JONES, *A History of Mental Health Services*, p. 229, señala la reducción en la cantidad de pacientes que hicieron uso de los servicios psiquiátricos en Inglaterra durante la primera guerra mundial.

¹⁰ Ríos MOLINA, “La locura durante la Revolución mexicana”, pp. 213-214.

A partir de 1920 inició un aumento notable en la cantidad de pacientes que ingresaron a La Castañeda. La tasa de crecimiento anual entre 1920 y 1929 fue de 3.99; 3.6 entre 1930 y 1939 y 4.5 entre 1940 y 1944. Al inicio de la década de 1940, los médicos de La Castañeda notaron que la institución no tenía la capacidad para dar una atención médica eficiente a los 3 500 pacientes que allí habitaban, cantidad que triplicaba su capacidad. En consecuencia, y bajo la idea de que el trabajo manual y el aire libre tenían efectos terapéuticos, las directivas del manicomio señalaron la perentoriedad de un nuevo modelo de atención psiquiátrica con mayor eficacia terapéutica y con una infraestructura que evitara la concentración de pacientes en un solo establecimiento. Este proyecto consistió en la construcción de 11 granjas ubicadas en zonas rurales y en diferentes estados de la República; la primera fue erigida en San Pedro del Monte (Guanajuato) e inaugurada en 1944.¹¹ La creación de las granjas significó una ruptura en la dinámica de la demografía psiquiátrica por dos razones. En primer lugar, La Castañeda dejó de ser la única institución estatal que albergaba enfermos mentales, lo cual dio inicio a un proceso de descentralización en la atención psiquiátrica. Y en segundo lugar, La Castañeda se convirtió en un sitio de paso para muchos internos ya que, para acabar con el hacinamiento, las directivas del manicomio remitieron a cientos de pacientes a las granjas.¹² En este artículo analizaremos las causas que posibilitaron el crecimiento de la población psiquiátrica de La Castañeda entre 1920 y 1944.

¹¹ SACRISTÁN, "Reformando la asistencia psiquiátrica en México".

¹² ÁLVAREZ AMÉZQUITA, *Historia de la salubridad y la asistencia en México*, vol. 4, p. 704.

LA DEMOGRAFÍA PSIQUIÁTRICA
COMO PROBLEMA HISTORIOGRÁFICO

Las discusiones que buscan dar cuenta sobre el crecimiento demográfico de la población psiquiátrica oscilan entre dos argumentos. El primero de ellos tiene como punto de partida *Historia de la locura en la época clásica* de Michel Foucault, publicado en 1961. En su disertación sobre el “Gran Encierro”, cuyo inicio es ubicado en 1656 con la fundación del Hospital General en París, el autor expone el modo en que durante el absolutismo de Luis XVI se encerró de manera indiscriminada a indigentes, discapacitados, alcohólicos, seniles, niños huérfanos, viudas, enfermos mentales y todos aquellos sujetos considerados como indeseables por las instancias de control social de aquellos días. Sólo a unos cuantos años de su fundación, el Hospital General albergaba a más de 6 000 sujetos que de manera arbitraria eran hacinados en el anonimato bajo una lógica policial y no terapéutica. A partir de este hecho histórico Foucault expone la forma en que la consolidación de un poder central moderno implicó la implementación de instituciones de control social que funcionaban legitimadas por el saber científico.¹³

Una crítica a este argumento fue planteada por Roy Porter, quien señaló que este fenómeno no tuvo lugar en toda Europa en el periodo señalado por Foucault. Porter argumenta que este tipo de instituciones y el crecimiento de la población psiquiátrica en algunos países de Europa — como

¹³ FOUCAULT, *Historia de la locura en la época clásica*, vol. 1, pp. 75-125.

Rusia, Portugal e Inglaterra— y Estados Unidos, tuvo lugar a mediados del siglo XIX.¹⁴ Por ejemplo, Inglaterra pasó de 10 000 pacientes en 1800 a 100 000 en 1900, Italia pasó de 8 000 en 1881 a 40 000 en 1907.¹⁵ El caso estadounidense es notable ya que entre 1880 y 1923, la población de los psiquiátricos pasó de 40 000 a 263 000.¹⁶

Las explicaciones ofrecidas por la historiografía reciente, seguidora de los referentes de Porter, para comprender el crecimiento de la población psiquiátrica, han expuesto la necesidad de evitar argumentos de corte general que ofrezcan una sola respuesta, para buscar la manera en que cada contexto particular da cuenta del crecimiento de su población psiquiátrica. Por lo tanto, es necesario comprender las especificidades del entorno social como factor determinante del cambio demográfico en los manicomios. En términos de Mark Finnane, es perentorio que la historiografía asuma los manicomios como instituciones cuyo papel y función fueron estructuradas por un amplio proceso popular de uso y costumbre, más que por los imperativos legales y financieros erigidos por el Estado. Por lo tanto, es necesario entender las diferentes estructuras sociales que le sirven al manicomio o que se ven reflejadas en él.¹⁷

Para el caso estadounidense, Gerald Grob afirma que este fenómeno se explica por la clausura de las llamadas *almshouses*: instituciones erigidas en 1820 que albergaban, principalmente, a niños huérfanos, viudas, enfermos y dementes. Al ser desmanteladas, el gobierno de Estados

¹⁴ PORTER, *Breve historia de la locura*, pp. 96-102.

¹⁵ PORTER, *Breve historia de la locura*, p. 113.

¹⁶ GROB, *Mental Illness*.

¹⁷ FINNANE, "Asylums, families and the State", p. 136.

Unidos implementó otras estrategias para el cuidado de los pobres, como el sistema de pensiones para las viudas y ancianos. Por ello, los *asylums* crecieron con población proveniente de los viejos *almshouses*, por lo que muchos de ellos eran enfermos que fallecían al poco tiempo de su internación.¹⁸ Siguiendo esta línea de reflexión, John Sutton concluye que “la expansión de los hospitales psiquiátricos tuvo lugar por la incapacidad del gobierno de Estados Unidos para generar soluciones sistemáticas al problema de la pobreza”.¹⁹

Para el caso francés, Edward Shorter sostiene que hubo tres factores que posibilitaron el aumento de enfermos mentales hospitalizados en el siglo XIX. Antes del periodo en cuestión, el loco era un asunto familiar, es decir, los parientes cercanos se encargaban de darle el cuidado y la atención necesaria. Sin embargo, en el siglo XIX tuvo lugar un cambio social que se gestó en el seno de las familias: muchas de ellas optaron por entregar sus pacientes mentales a las instituciones del Estado para que los protegieran y curaran.²⁰ Como segunda causa para comprender el aumento de internos en los hospitales psiquiátricos, Shorter afirma que hubo una redistribución de la población de las instituciones para pobres, enfermos y huérfanos. De allí salieron los que, además, tenían alguna enfermedad mental, posi-

¹⁸ GROB, *Mental Illness*, p. 181.

¹⁹ “The expansion of asylums was driven by the incapacity of U.S. government to generate systematic solutions to the problem of poverty.” SUTTON, “The political economy of madness”, p. 675.

²⁰ SHORTER, *A History of Psychiatry*, p. 68. El cambio en las estructuras familiares en Francia durante el siglo XIX está expuesto en SHORTER, *The Making Modern Family*, pp. 22-53.

bilitando el aumento de la población de los psiquiátricos. Y en tercer lugar, Shorter afirma que hubo un aumento en la cantidad de pacientes diagnosticados con esquizofrenia, psicosis alcohólica y neurosífilis.²¹

Para comprender el crecimiento de la población psiquiátrica de La Castañeda entre 1920-1944, es perentorio relacionar este proceso con los elementos del entorno social específico de México que lo posibilitaron. En consecuencia, hemos optado por hacer uso de la información cuantitativa que nos arrojan los expedientes clínicos, ya que al saber qué tipo de sujetos ingresaron, dónde nacieron, quién ordenó la internación, cuánto tiempo duró el encierro y qué enfermedades les diagnosticaron, podemos determinar factores contextuales que incidieron en el aumento poblacional. Para tal efecto, hemos elaborado una base de datos con una muestra de 20% de los 22 485 internados en dicho lapso. Registramos la información referente a edad, sexo, estado civil, lugar de nacimiento, sitio de residencia, ocupación, enfermedad diagnosticada, instancia remitente, fecha de ingreso, fecha de salida y condición de salida (trátase de curación, muerte, fuga u otros).

ESTADO, PODER Y PSIQUIATRÍA

En los 24 años que cubre este periodo (1920-1944) hubo profundos y numerosos cambios en el panorama político y social de México. Una vez concluida la etapa armada de la Revolución, inició un complejo proceso de estabilización y organización política liderada por militares de la fac-

²¹ SHORTER, *A History of Psychiatry*, pp. 48-49.

ción “trionfadora”, que comenzó con la presidencia de Álvaro Obregón (1920-1924) y concluyó con la de Manuel Ávila Camacho (1940-1946).²² En este amplio periodo de gobiernos militares se consolidó la ideología nacionalista tanto en el ejercicio de la política como en el campo cultural. Para construir una nueva nación, la educación y la salud destacan entre las prioridades de los gobiernos posrevolucionarios, que recibían un país en crisis económica, arrasado por epidemias, hambrunas y otros males propios de la guerra. Desde la salud y la educación se buscó, por una parte, potencializar el desarrollo de una nación sana y, por otro, controlar a los sujetos “degenerados” que con sus enfermedades pudieran amenazar el preciado proyecto de nación.²³ En consecuencia, ofrecer atención médica a los mexicanos fue la lógica que guió la acción del Estado paternalista. Campañas de vacunación, construcción de hospitales y la formación de médicos, enfermeras y sanitaristas fue la consigna.²⁴ A fin de alcanzar la regeneración física y mental de la pobla-

²² Después de las presidencias de Álvaro Obregón (1920-1924) y Plutarco Elías Calles (1924-1928) hubo tres breves gobiernos: de Emilio Portes Gil (1928-1930), Pascual Ortiz Rubio (1930-1932) y Abelardo Rodríguez (1932-1934). Este periodo (1924-1934), en el que Calles fungió como jefe máximo, se conoce como el Maximato, y concluyó con la presidencia de Lázaro Cárdenas (1934-1940), quien desterró a Calles de México.

²³ Una completa investigación sobre la educación en el México posrevolucionario en VAUGHAN, *La política cultural en la Revolución*. Un muy bien documentado artículo sobre las medidas implementadas por los gobiernos durante el periodo en cuestión en aras de construir una nación sana física y mentalmente es URÍAS HORCASITAS, “Degeneracionismo e higiene mental”.

²⁴ ARÉCHIGA CÓRDOBA, “Dictadura sanitaria”; CARRILLO, “Salud pública y poder”; AGOSTONI, “Las mensajeras de la salud”; BLISS, “The Science of Redemption”.

ción hubo proyectos para integrar a los indígenas, rehabilitar presos y menores infractores, educar campesinos y obreros, detectar y medicar a sifilíticos, así como internar a los enfermos mentales en el Manicomio La Castañeda.

Para alcanzar tales objetivos se consideró indispensable que especialistas estuvieran al frente de las instituciones que le daban sustento a las políticas del Estado posrevolucionario. En materia psiquiátrica, fue en este periodo cuando se consolidó un gremio encargado de la atención a los enfermos mentales. Antes de 1920 eran muy pocos los médicos que se reconocían a sí mismos como psiquiatras. Con excepción de Miguel Alvarado y José Mesa Gutiérrez, la mayoría de los médicos que pasaron por La Castañeda le dedicaron a la psiquiatría sólo un pequeño periodo de sus carreras.²⁵ Una muestra de ello es que entre 1910 y 1920 trabajaron ahí 98 médicos, de los cuales 82 dejaron de hacerlo antes de 1921. Esta situación cambió entre 1920 y 1944,

²⁵ El doctor Miguel Alvarado fue el director del Divino Salvador de 1861 a 1896. Tanto los historiadores de la medicina como los médicos de la época lo han considerado como el psiquiatra mexicano más sobresaliente de la segunda mitad del siglo XIX. De su gestión en El Divino Salvador se menciona que fue quien clasificó a las locas de acuerdo con sus afecciones y las dividió en secciones. Se dice que él fue el primero en llevar rigurosos registros de cada una de las enfermas con sus antecedentes y evolución; además de que contaba con una completísima biblioteca. SOMOLINOS D'ARDOIS, *Historia de la psiquiatría en México*, pp. 140-146. Fue el único en impartir la cátedra de Enfermedades Mentales en la Escuela de Medicina durante 1893, la que tuvo que ser cerrada cuando Alvarado enfermó ya que no hubo nadie capacitado para impartirla. CESU, fondo *Escuela de Medicina*, c. 1, exp. 12, ff. 29-31. José Mesa Gutiérrez fue el primer director de La Castañeda y formó parte de los primeros lectores de Freud en México. CAPETILLO, "Cuerpos sin historia", p. 209.

periodo en el que ingresaron 105 médicos. A diferencia de la década revolucionaria, cuando el manicomio tuvo 14 directores, en este periodo sólo hubo 5: Nicolás Martínez de Arellano, Leopoldo Salazar Viniegra, Samuel Ramírez Moreno, Alfonso Millán y Manuel Guevara Oropeza.²⁶ Estos médicos no sólo destacaron por su permanencia en la institución, sino por el trabajo de investigación que se reflejó en numerosas publicaciones que difícilmente se produjeron antes de 1920.²⁷

La labor de estos primeros psiquiatras no se limitó a la investigación. Frente al notable deterioro físico de los pacientes, los médicos que dirigieron La Castañeda optaron por implementar proyectos terapéuticos masivos. Como herencia ideológica del “tratamiento moral”,²⁸ los psiquiatras concluyeron que buena parte de la ineficacia curativa del manicomio se debía a la inactividad en la que estaban

²⁶ *Guía del Fondo Manicomio General*. Catálogo del Manicomio, Sección Expedientes de Personal, México, Secretaría de Salud, 1992.

²⁷ Múltiples artículos de los mencionados médicos fueron publicados en la *Gaceta Médica de México* y en la *Revista Mexicana de Psiquiatría, Neurología y Medicina Legal*, fundada en 1934 y dirigida por el doctor Samuel Ramírez Moreno.

²⁸ El “tratamiento moral” fue “un tipo de procedimiento psicológico nacido al calor del movimiento filantrópico que durante la segunda mitad del siglo XVIII, primero en Italia y después en Inglaterra y Francia, [que] procuró humanizar el trato dado a los enfermos mentales. Frente a los tradicionales medios ‘físicos’ de contención de la locura como las jaulas o las cadenas, el tratamiento moral apelaba a mover en el paciente sus resortes emocionales para transformar su conducta sin necesidad de recurrir al uso de la fuerza. Este método de acercamiento partía de la creencia de que era posible entablar una relación terapéutica con el loco gracias al resto de razón que aún le quedaba”. SACRISTÁN, “Por el bien de la economía nacional”, p. 678.

sumidos los pacientes. En consecuencia, durante la dirección de médicos como Ramírez Moreno, Millán y Guevara Oropeza, se introdujo la gimnasia, la elaboración de artesanías, bordados, tejidos, juegos, clases de canto y música como parte indispensable del tratamiento psiquiátrico.²⁹ Además de un manejo lúdico del tiempo libre, se introdujo el trabajo agrícola en los terrenos del manicomio. Según el decir de entonces, el loco se podría reintegrar a la sociedad en tanto fuera productivo.³⁰

Era una verdad de la época que la función del psiquiatra no se podía reducir a la del vigilante atento que contemplaba la eficacia terapéutica del encierro. Por el contrario, además de mejorar día a día la calidad de los tratamientos ofrecidos, el psiquiatra tenía la obligación de luchar por la “conservación del equilibrio psíquico” de la nación.³¹ En consecuencia, además de las mencionadas reformas terapéuticas, los psiquiatras en cuestión diseñaron proyectos que fueron más allá de la atención a pacientes y se enfocaron a la prevención de enfermedades mentales. Para tales efectos, en 1936 se fundó el Servicio de Higiene Mental en el Departamento de Psicopedagogía y Médico Escolar de la Secretaría de Educación Pública. La atención al público ofrecida por dicha institución tuvo lugar en el Centro de Higiene Mental y en la Clínica de la Conducta; el primero tenía como finalidad atender problemas que podían ser considerados de carácter colectivo, mientras que la clínica atendía casos particulares. Ade-

²⁹ Estas reformas son ampliamente desarrolladas en SACRISTÁN, “Para integrar a la nación”.

³⁰ SACRISTÁN, “Por el bien de la economía nacional”.

³¹ BUENTELLO, *Higiene mental*, p. 103.

más, el servicio se dedicó a imprimir propaganda que explicaba los desafíos para la salud mental derivados de la “vida moderna”. En 1939 se fundó la Liga Mexicana de Higiene Mental y su primer presidente fue Alfonso Millán; posteriormente, en 1946, se creó el Instituto de Higiene Mental bajo la dirección de Edmundo Buentello y Matilde Rodríguez Cabo.³² Si bien el funcionamiento de dichas instancias todavía no ha sido analizado por la historiografía, la presencia de ambas es una muestra del posicionamiento de los psiquiatras en las instancias para el control de la “anormalidad” implementadas por los gobiernos posrevolucionarios para construir una nación sana, física y mentalmente.

Esta incorporación de los psiquiatras a instituciones de control social nos acerca a un argumento esbozado por Foucault para explicar la forma en que el mismo proceso tuvo lugar en Francia a lo largo del siglo XIX. El Estado moderno, fundamentado ideológicamente en referentes positivistas, implementó una compleja red de instituciones —cárceles, manicomios, tribunales para menores, asilos para pobres, para niños huérfanos, para viudas, etc.— que, operando desde un discurso biologicista, ejercía poder sobre los sujetos que atentaban contra los principios de la modernidad y el progreso. En consecuencia, la consolidación de las estructuras de poder biopolítico, en términos de Foucault, implicaría el crecimiento de la población psiquiátrica.³³ Sin embargo, es necesario tener presente la propuesta de Porter: no sobredimensionar al Estado como único cau-

³² PROENZA PROENZA, “La higiene mental y el trabajo social”, pp. 21-24.

³³ FOUCAULT, *Los anormales*, pp. 269-296.

sante de la dinámica psiquiátrica sino, más bien, buscar en el contexto social otros aspectos que incidieron en el crecimiento de la población.

A partir de una revisión de los expedientes clínicos encontramos dos factores que dan cuenta del aumento en el número de pacientes que ingresaron a La Castañeda durante el periodo en cuestión. El primero nos acerca al argumento de Foucault, ya que estamos hablando de pacientes que ingresaron por solicitudes de instancias de policía y judiciales, mientras que el segundo nos acerca a Porter en la medida en que es consecuencia de la migración propia de la población mexicana de aquellos días. Veamos en qué consistió cada uno de estos procesos.

INDIGENCIA, CONTROL SOCIAL Y LOCURA

Una mirada cuantitativa a los pacientes que ingresaron a La Castañeda entre 1920 y 1944 nos arroja tres datos que marcan una diferencia notable con la década que va de 1910 a 1920. Veamos las rupturas y las continuidades.

Reducción en la cantidad de defunciones

Hay una tendencia a imaginar el encierro psiquiátrico como el triste sitio donde muchos entran y pocos salen. Sin embargo, la información obtenida en la base de datos revela que la cantidad de pacientes que fallecieron en el encierro se redujo en comparación con la década revolucionaria: pasó de 37.8 a 31.9%. Por otra parte, si bien decreció la cantidad de pacientes que salieron “curados”, aumentó la cantidad de pacientes que “no regresaron de permiso”.

Cuadro 1
CONDICIÓN DE SALIDA DE LOS PACIENTES QUE INGRESARON
ENTRE 1910 Y 1944 (%)

<i>Condición de salida</i>	1910-1920	1921-1930	1931-1940	1941-1944
Fallecieron	37.8	31.6	35.6	28.7
Alta por solicitud de la familia	26.3	27.8	28.2	26
Curados	29.8	30.6	12.1	10.1
No regresaron de permiso	0	4.5	16.6	22.3
Fuga	3.8	1.6	2.4	3.8
Trasladado	0	1	3.2	6.4
Sin datos	2.3	2.9	1.9	2.7
Total	100	100	100	100

Reducción del tiempo de encierro

Si observamos el cuadro 2 encontramos que, en términos generales, a partir de 1920 se redujo notablemente el tiempo de encierro. Entre 1910 y 1920 fue de casi 6 años; en las décadas de 1920 y 1930 se redujo a poco más de dos años y entre 1940 y 1944 fue de 15.5 meses. Este fenómeno nos obliga a ver el manicomio, no sólo como un sitio de encierro, sino también como un sitio de paso.³⁴ En consecuencia, las preguntas que inevitablemente surgen son: ¿quién los enviaba y qué enfermedades les diagnosticaron?

³⁴ RÍOS MOLINA, "El Manicomio General La Castañeda".

Cuadro 2
MESES EN PROMEDIO QUE DURÓ EL ENCIERRO SEGÚN
LA CONDICIÓN DE SALIDA, 1910-1944

<i>Condición de salida</i>	1910-1920	1921-1930	1931-1940	1941-1944
Fallecieron	171	42.9	43	26.8
Alta por solicitud de la familia	31.2	8.8	11.8	10.4
Curados	81	8.4	9	5.2
No regresaron de permiso	0	25.5	24.7	19.6
Promedio	70.8	21.4	22.1	15.5

Cambio de instancias remitentes

Entre 1920 y 1924, durante el gobierno de Álvaro Obregón, la instancia que más internos remitió fue la policía, fenómeno que resulta altamente significativo en un gobierno de “mano dura”. En 1926-1930 se redujo notablemente la cantidad de pacientes remitidos por la policía y aumentaron los enviados por las demarcaciones. Pero lo que más llama la atención es que a partir de 1926 comenzó un aumento acelerado de la cantidad de ingresos gestionados por la Beneficencia Pública.

Cuadro3
INSTANCIAS QUE REMITIERON PACIENTES A LA CASTAÑEDA
ENTRE 1920 Y 1944 (%)

<i>Instancias remitentes</i>	1920-1925	1926-1930	1931-1935	1936-1940	1941-1944
Demarcaciones	13.7	50.4	29.4	11.2	11
Gobiernos (municipales o estatales)	7.6	3.7	4.2	4.2	1.75

Cuadro 3 (*conclusión*)

<i>Instancias remitentes</i>	1920-1925	1926-1930	1931-1935	1936-1940	1941-1944
Beneficencia Pública	4.4	23.1	30.4	68	75.3
Policía	32.7	9	6.6	0.8	0.13
Familia	25.2	0	21.4	7.2	0
Cárceles	1.5	3.1	2	2	1.25
Hospitales	6.3	5.8	2.4	2	6.88
Voluntario	0.9	0.2	0.2	0.6	0.13
Otras	7.8	4.7	3.4	4	3.63
Totales	100	100	100	100	100

Para comprender el aumento en la cantidad de ingresos tramitados por la Beneficencia Pública hemos tomado una muestra aleatoria de 100 expedientes de pacientes que fueron enviados por la mencionada instancia y que, además, no fallecieron en La Castañeda. En los casos revisados encontramos que la mayoría de los pacientes carecía de enfermedad mental alguna. Más bien, ingresaron por haber sido considerados como “locos” por las autoridades policiales, judiciales o de la Beneficencia Pública.

En un momento histórico en el cual se consideraba que el buen mexicano era quien era productivo económicamente, la indigencia fue una preocupación para los gobiernos posrevolucionarios, razón por la cual el gobierno de la ciudad y la Beneficencia Pública implementaron campañas con el objetivo de recoger a todos aquellos sujetos que deambulaban por las calles, carentes de domicilio fijo. La policía salía en camiones a realizar las razzias y, después de recoger gente, los trasladaban a la Beneficencia Pública donde se decidía a qué instancia enviarlos: asilos, hospita-

les, casas para huérfanos o al Manicomio La Castañeda.³⁵ Entre 1930 y 1939 fueron recogidos 7 230 indigentes de las calles de la capital en las cinco campañas que tuvieron lugar. No obstante, en la década de 1920, antes de las mencionadas campañas, también ingresaron numerosos sujetos que declararon ser mendigos de profesión y otros que se dedicaban a “vagar” por las calles. Este fenómeno nos explica la carta que el 24 de abril de 1931 envió Samuel Ramírez Moreno al director de la Beneficencia Pública, en la que señaló: “Existen en este Establecimiento algunos individuos que no presentan trastornos mentales los cuales fueron internados por implorar caridad pública”.³⁶

De lo anterior se desprende que los criterios usados por la policía, las demarcaciones y los gobiernos municipales para definir quién debía ingresar al Manicomio no eran precisamente médicos. Más bien, la locura a encerrar se definía en función del orden público, razón por la cual una cantidad notable de pacientes eran dados de alta después de un breve periodo de encierro. Nótese los siguientes casos.

Un indigente fue encontrado en la vía pública en estado delirante. Pronunciaba frases incoherentes y escuchaba voces que le impedían dormir. En esta condición fue remitido a La Castañeda; después de varios días se estabilizó y cuando los médicos le preguntaron a qué atribuía su enfermedad dijo que “a falta de alimentos”. Mencionó haber trabajado como albañil en unas obras de la colonia Roma y que no le habían pagado completo lo trabajado; se quejaba constantemente de tener hambre, pero después de comer y

³⁵ Una investigación muy completa sobre las campañas contra la mendicidad en OCHOA, “Coercion, reform, and the welfare state”, p. 46.

³⁶ AHSS, *Manicomio General, Administrativos*, c. 2, exp. 6.

dormir, parecía una persona normal. Estuvo cuatro meses internado ya que él manifestaba estar mejor en el manicomio que en la calle. Le dieron de alta “curado”.³⁷

Otro caso sugerente es el de un campesino de 14 años, proveniente del Estado de México, que fue recogido por estar vagando en las calles. En el interrogatorio hecho por la Beneficencia Pública no mencionó palabra alguna. Fue enviado al Manicomio y después de tres días en los que se le dio de comer, colaboró con gusto en los trabajos de aseo del pabellón. Después de un mes fue dado de alta porque no presentaba signos de perturbación mental.³⁸ De la misma forma, un hombre de 26 años fue remitido por la 5ª demarcación al ser encontrado en la calle y no poder demostrar su domicilio. En busca de algún síntoma de enajenación, los médicos asentaron en la historia clínica: “Un hombre que habla poco y dice que la policía lo detuvo en la calle Camelia y no está incómodo con nada. Come bien y duerme bien”. Después de seis meses fue dado de alta por solicitud de la familia.³⁹

¿Qué enfermedades les fueron diagnosticadas a pacientes como estos de breve estancia y rápida “recuperación”? 44.5% de los pacientes que salieron vivos de La Castañeda fueron diagnosticados con algún tipo de psicosis. Este término ha sido utilizado para clasificar los síntomas de quienes pierden los límites de sí mismos y de la realidad, razón por la cual escuchan voces, tienen visiones, ideas delirantes, trastornos

³⁷ AHSS, *Manicomio General, Expedientes clínicos*, exp. 6.409. Ingresó el 10 de agosto de 1920.

³⁸ AHSS, *Manicomio General, Expedientes clínicos*, exp. 10.009. Ingresó el 4 de agosto de 1925.

³⁹ AHSS, *Manicomio General, Expedientes clínicos*, exp. 10.599. Ingresó el 13 de abril de 1926.

del pensamiento, lenguaje desorganizado, comportamiento catatónico, entre otros.⁴⁰ El hecho de que los pacientes fueran diagnosticados como tal sugiere que los médicos vieron en ellos algún síntoma de los antes mencionados. Sin embargo, un síntoma sicótico puede tener múltiples causas. Por esta razón, las psicosis diagnosticadas fueron de diferentes tipos: alcohólica, alucinatoria, confusional, de angustia, de situación, encefalítica, maniaca, paranoide, postraumática o senil. Entre estos sicóticos, que “se curaron”, estaban los esquizofrénicos. Pero tratándose de un periodo en que se sabía muy poco sobre la esquizofrenia, que un alto número de pacientes se haya “curado” en poco tiempo, frente a la complejidad que reviste esta enfermedad, sugiere un diagnóstico errado.

Sin embargo, entre estos sujetos con “psicosis” hubo algunos que en verdad la padecían. Tenemos el caso de un hombre que veía una pequeña luz que “lo molestaba e insultaba constantemente”;⁴¹ otro vivía enojado y consideraba que “los cuadros en las paredes lo perjudicaban”;⁴² otro tenía actitudes místicas: “bendice, se da golpes de pecho y dice estar poseído y se golpea con fuerza”.⁴³

⁴⁰ Este criterio nosológico fue muy poco usado antes de 1920. Véase RÍOS MOLINA, “La locura durante la Revolución mexicana”, pp. 226-229. Una de las razones por las cuales comenzó a usarse fue el ingreso de las teorías de Emile Kraepelin, quien acuñó los conceptos de psicosis maniaco depresiva y demencia precoz. Sobre las teorías de Kraepelin y su impacto en las ideas sobre las psicosis véase GARRABÉ, *La noche oscura del ser*, pp. 42-53.

⁴¹ AHSS, *Manicomio General, Expedientes clínicos*, exp. 10.269. Ingresó el 16 de noviembre de 1925.

⁴² AHSS, *Manicomio General, Expedientes clínicos*, exp. 12.829. Ingresó el 25 de octubre de 1928.

⁴³ AHSS, *Manicomio General, Expedientes clínicos*, exp. 13.074. Ingresó el 4 de febrero de 1929.

Los alcohólicos fueron otro grupo de “sicóticos” que solían llegar con las razzias. Si bien desde los tiempos del porfiriato se consideraba a los inveterados consumidores de licor como sujetos que carecían de salud mental,⁴⁴ es notable que a partir de 1920 se redujo la cantidad de pacientes cuya entidad nosológica era “alcoholismo”, y que pasaron a ser diagnosticados con “psicosis de origen alcohólico”. Lo anterior evidencia una sofisticación del discurso médico, pero en la práctica nos encontramos con sujetos con los mismos síntomas. Por ejemplo, un jornalero nacido en Guanajuato ingresó con un diagnóstico de psicosis subaguda alcohólica en febrero de 1927 remitido por la Beneficencia Pública. Cuando la familia fue en su búsqueda afirmaron que comenzaron a notarlo anormal cuando dejó de tomar con amigos para embriagarse solo, hasta que “bebió durante cuatro días y dejó de comer, perdió el sueño y comenzó a sufrir alucinaciones auditivas”. Pese a su aparente cronicidad, a los cinco días era una persona “completamente normal” y fue dado de alta.⁴⁵

Por otra parte, tenemos sujetos que no eran indigentes, pero cuya internación pone de relieve la forma en que la policía y las autoridades delegacionales imponían sus propios criterios a la hora de tramitar el encierro psiquiátrico. Nótese los siguientes casos. Un joven de 20 años, nacido en Querétaro, fue enviado al manicomio por haber tomado un automóvil que estaba estacionado en la calle. Después de haberlo conducido durante media hora, volvió a dejarlo en

⁴⁴ CARRILLO, “La profesión médica ante el alcoholismo”.

⁴⁵ AHSS, *Manicomio General, Expedientes clínicos*, exp. 11.339. Casos similares se encuentran en los exps. 8.299, 10.399, 11.634, 12.024, 12.299, 24.044 y 26.019.

el sitio de donde lo había tomado. Fue capturado y enviado al Manicomio por la policía con una carta en la que decía: “Por todo lo anterior, podrá usted apreciar que en el presente caso no se trata de un hecho delictuoso, sino de un acto de un enajenado”. Fue dado de alta después de cinco días ya que no se encontró señal alguna de enfermedad mental.⁴⁶

Otro caso representativo es el de un hombre de 28 años, oriundo de Jalisco, que llegó a las puertas de La Castañeda en compañía de un policía. Este último afirmó que el candidato a “enfermo mental” les había robado a sus hermanos unos instrumentos quirúrgicos. Vendió lo robado y viajó a Aguascalientes donde dilapidó el dinero. Cuando cayó en la ruina nuevamente, después de haber llevado una vida disoluta, regresó a la capital en donde fue aprehendido por un grupo de policías. Sin embargo, afirmó el policía, “los familiares arreglaron que fuera trasladado a este manicomio para su curación”. Allí estuvo tres semanas y fue dado de alta por no presentar ningún síntoma psicopático.

Un obrero de 43 años, nacido en Morelia, ingresó a La Castañeda en 1929 en medio de una situación un tanto extraña. Este sujeto llegó a la comisaría profundamente indignado y enojado por haber sido asaltado en la vía pública y a plena luz del día por cinco hombres. Sin embargo, era tal su enojo al momento de poner la denuncia, que “sin llegar a ser agresivo, [estaba] tembloroso y hablando con profusión”. Su enojo lo llevó a hablar “sobre las injusticias de los hombres” y de los problemas que aquejaban al país. Después de un extenso y agitado monólogo, el comisario deci-

⁴⁶ AHSS, *Manicomio General, Expedientes clínicos*, exp. 14.639. Ingresó el 20 de febrero de 1931.

dió enviarlo al manicomio, donde estuvo quince días, fecha en que su propia familia solicitó el alta.⁴⁷

Otro es el caso de un hombre que dejaron en la puerta del Manicomio con una carta de la policía en la que decía que debía ingresar por “haber insultado a un policía de tránsito”.⁴⁸ Un caso similar es el de un zapatero que llegó a La Castañeda en compañía de un policía de la 6ª demarcación. La carta que justifica el ingreso no especificaba la afección del sujeto. Como el policía no supo dar razón de por qué remitían a este hombre y el paciente no presentaba signos de locura, el médico de turno le negó el ingreso. Empero, regresó semanas después con los documentos en regla y permaneció por un mes ya que “se curó” de una enfermedad que en ningún momento se especificó.⁴⁹

MIGRACIÓN Y ENFERMEDAD MENTAL

Si bien hubo internaciones tramitadas por la policía y la Beneficencia, cuyo interés era aislar a sujetos considerados “anormales” y peligros potenciales para el entorno social, también encontramos un factor social que posibilitó el crecimiento de la población psiquiátrica de La Castañeda: la migración.

La aparición de enfermedades mentales es una constante en los procesos migratorios. Llegar a una sociedad distinta,

⁴⁷ AHSS, *Manicomio General, Expedientes clínicos*, exp. 13.379. Ingresó el 13 de junio de 1929.

⁴⁸ AHSS, *Manicomio General, Expedientes clínicos*, exp. 26.554. Ingresó el 30 de octubre de 1942.

⁴⁹ AHSS, *Manicomio General, Expedientes clínicos*, exp. 10.854. Ingresó el 25 de julio de 1926.

donde muchos son explotados, marginados y agredidos en un contexto cultural ajeno, es causa predisponente para la aparición de diferentes psicopatías. Esta relación ha sido un tema relevante para la epidemiología psiquiátrica a lo largo de su historia. El primer trabajo sobre este tema, *Emigration and Insanity* (1932) de O. Odeggard, analizaba la esquizofrenia en dos grupos de noruegos: uno que había migrado a Estados Unidos y otro que había optado por quedarse en su tierra después de la primera guerra mundial.⁵⁰ Según el autor, había una tendencia mayor a la esquizofrenia entre la población migrante. Este fenómeno puso en entredicho el determinismo biológico, que en aquellos días imperaba, para comprender tan compleja enfermedad.⁵¹ Si eran únicamente factores orgánicos los que regían la historia natural de esta enfermedad, ¿por qué se presentaba con mayor frecuencia entre la población migrante?

La anterior pregunta se la formularon los psiquiatras mexicanos que vieron llegar al Manicomio General a más de un centenar de repatriados a quienes diagnosticaron a partir de 1931 con una nueva entidad nosológica propuesta por Leopoldo Salazar Viniegra, el entonces director del Manicomio General: “psicosis del repatriado”. Esta entidad clínica fue propuesta después de haber observado

⁵⁰ Este trabajo sentó un precedente que obligó a los psiquiatras a tomar en cuenta los problemas culturales que estaban implícitos en el fenómeno migratorio para comprender la demografía psiquiátrica en contextos multiétnicos. Véase una aplicación de este argumento en el contexto estadounidense en TIETZE, LEMKAU y COOPER, “Personality disorder and spatial mobility”.

⁵¹ SHORTER, *A History of Psychiatry*, cap. 7 y GARRABÉ, *La noche oscura del ser*, pp. 183-205.

el nuevo ingreso de pacientes que se habían ido a Estados Unidos para vincularse a las industrias agrícola y ferroviaria y allí “enloquecieron”. Algunos fueron entregados por los empleadores a las autoridades migratorias mexicanas, mientras que otros llegaron a la frontera como parte de los grandes contingentes de mexicanos indocumentados que fueron deportados masivamente en 1921, 1923, 1929, 1933 y 1938 debido a la crisis económica y la contracción del mercado laboral estadounidense.⁵² En esa última ocasión el presidente Lázaro Cárdenas los recibió personalmente en la frontera y les ofreció tierras, trabajo, servicios de salud, educación y tecnificación del agro, aprovechando que muchos de ellos habían adquirido experiencia manejando tecnología en Estados Unidos.⁵³ Quienes retornaban a su país tenían que pasar por una inspección sanitaria para detectar a los enfermos y remitirlos a las instituciones correspondientes. Cuando el repatriado presentaba algún síntoma de enfermedad mental, la Secretaría de Salubridad y Asistencia cubría el gasto que implicaba el transporte de estos trabajadores al Distrito Federal con el objetivo de internarlos en La Castañeda y ofrecerles tratamiento adecuado.

Cuando estos pacientes llegaron a La Castañeda presentaban cuadros de desnutrición y notable deterioro de algunas facultades mentales. ¿A qué conclusiones llegaron los psiquiatras mexicanos que analizaron a este grupo de

⁵² CARDOSO, “La repatriación de braceros en la época de Obregón”; GUERIN-GONZÁLEZ, “Repatriación de familias inmigrantes mexicanas durante la gran depresión”; ALANIS ENCISO, “No cuenten conmigo. La política de repatriación del gobierno mexicano”.

⁵³ DURAND, *Más allá de la línea*, pp. 127-129.

pacientes? En 1946 se publicó un estudio elaborado por la Secretaría del Trabajo y Previsión Social titulado *Los braceros*. El último capítulo de este completo análisis se dedicó a las enfermedades mentales. La investigación fue realizada por el psicólogo Santiago Ramírez con base en las historias clínicas de 25 trabajadores que fueron internados en el Manicomio La Castañeda. Una pregunta que regía su estudio era si la expatriación podía, por sí misma, generar alteraciones en las facultades mentales de los trabajadores. La enfermedad más diagnosticada entre los repatriados fue la esquizofrenia, fenómeno recurrente en los contextos migratorios. Sin embargo, Ramírez afirmó que esta enfermedad, por ser de naturaleza biológica, no podía “ser determinada por el ambiente”. Idea confirmada al encontrar que en la mayoría de los casos que él analizó aparecía la enfermedad mental, el alcoholismo, la sífilis o alguna enfermedad “degenerativa” como antecedente familiar que explicaba la psicopatía presentada.⁵⁴ En materia psicológica, Ramírez afirmó que en estos pacientes predominaba “el afán de aventura, proyectos desorbitados, programas fantásticos”, y destacaba que el factor migratorio no influía en la génesis de las psicopatías ya que, según la lógica completamente biologicista de la época, las causas se reducían a “la debilidad mental y la predisposición morbosa”.⁵⁵

En este mismo tenor, el doctor Edmundo Buentello en su libro *Higiene Mental* (1956) afirmaba que 71% de los braceros eran “desocupados, individuos que nunca habían trabajado en labores agrícolas, habitantes de ciudades; en una

⁵⁴ Secretaría del Trabajo y Previsión Social, “Los braceros”, p. 226.

⁵⁵ Secretaría del Trabajo y Previsión Social, “Los braceros”, p. 230.

palabra, sujetos de dudosa adaptación a su propio medio nacional y rural”. Entre ellos había “derrotados, inadaptados, ambiciosos, que hablan de millones de dólares como señuelo y esperanza en contraste con el hambre de sus cuerpos”. Sujetos con estas características sufrían un “contagio mental y fiebre de masa, pues se comunican sus esperanzas, sus proyectos dentro de un estado de nerviosismo colectivo que puede observarse fácilmente en los centros de reclutamiento”. Esto tenía que ver con algo innato al mexicano de herencia indígena: “el sentimiento de inferioridad, el resentimiento, la soledad, la irresponsabilidad, [...] el donjuanismo, el despecho”. Además de estar en desventaja debido al desconocimiento del idioma, según Salazar Viniegra, los mexicanos estaban “mal habituados” al trabajo duro debido a las breves jornadas de 8 horas y a las ayudas sindicales en México.⁵⁶ Al respecto, Pedro de Alba, en su estudio titulado “Siete artículos sobre el problema de los braceros” hablaba de la tendencia al “afán de la aventura”: “los mexicanos somos inclinados a conocer tierras lejanas y a explorar caminos peligrosos”. Aunque más adelante afirmaba: “El escapismo mental nos hace vivir en las nubes y emprender tareas descomunales y gigantescas que están fuera de nuestro carácter y se alejan de nuestra fisionomía orgánica [...] y nos embriagamos con quimeras al tratar de ser los primeros del mundo en determinadas direcciones de la actividad humana”.⁵⁷

Pero los migrantes que llegaban a La Castañeda no eran sólo aquellos provenientes de Estados Unidos: 68.7% de los internos nacieron fuera del Distrito Federal pero tenían su

⁵⁶ BUENTELLO, *Higiene mental*, pp. 318-323.

⁵⁷ ALBA, “Siete artículos sobre el problema de los braceros”, pp. 262 y 279.

residencia en la capital. La presencia de una notable mayoría de pacientes nacidos en distintas entidades de la república es el resultado de la composición demográfica de la capital en aquellos días: en 1940, 46.7% de sus habitantes había nacido en otras entidades federativas y 2.7% en el extranjero.⁵⁸ ¿De dónde provenían estos migrantes que enloquecieron?

Para conocer la procedencia de los pacientes hemos utilizado la clasificación usada por los demógrafos, quienes han dividido al país en nueve regiones, agrupando a los estados con elementos geográficos y económicos en común. El mayor porcentaje de pacientes migrantes (44.7%) provenía de los estados de la región 9, es decir: Guanajuato, Hidalgo, Michoacán, Morelos, Puebla, Querétaro y Tlaxcala (véase el cuadro 4). ¿Por qué venían más “locos” de estos estados? Por una parte, fue la región más densamente poblada en aquella época y la que más migración interna generó. Tengamos en cuenta que en 1930 la región 9 concentró 26.8% de la población nacional, duplicando la cantidad de habitantes de la región 7 (Distrito Federal y Estado de México).⁵⁹ Por otra parte, en Guanajuato, Michoacán y Jalisco (los estados que más pacientes enviaron) tuvo lugar la Cristiada (1926-1929): el conflicto armado entre el Estado anticlerical y agrarista enfrentado a una oposición de profunda tradi-

⁵⁸ Según el censo de 1941, en la capital había 1 757 530 habitantes, 888 653 eran nativos y 820 894 habían nacido fuera. Secretaría de la Economía Nacional, Dirección General de Estadística (1943), *Sexto censo de población 1940*, México. Usamos solamente el censo de 1941 debido a que en los anteriores no se especificó el sitio de nacimiento de los habitantes de la capital.

⁵⁹ PIMIANTA LASTRA, *Análisis demográfico de la migración interna*, pp. 34-38.

ción católica. Dicho conflicto generó una migración hacia Estados Unidos que fue ampliamente analizada por Manuel Gamio en 1930.⁶⁰

Cuadro 4

SITIO DE NACIMIENTO DE LOS PACIENTES MIGRANTES

Extranjero			3.1	
Regio- nes de México		<i>Estados</i>	%	93.2
	1	Baja California, Sonora y Sinaloa	2	
	2	Aguascalientes, Colima, Jalisco y Nayarit	9.8	
	3	Durango, San Luis Potosí y Zacatecas	6	
	4	Coahuila, Chihuahua y Nuevo León	3.6	
	5	Tabasco, Tamaulipas y Veracruz	6.6	
	6	Campeche, Quintana Roo y Yucatán	1.2	
	7	Estado de México y Distrito Federal*	13.8	
	8	Chiapas, Guerrero y Oaxaca	5.5	
	9	Guanajuato, Hidalgo, Michoacán, Morelos, Puebla, Querétaro y Tlaxcala	44.7	
	Sub-total			
Sin datos			3.7	
Total			100	

* Si bien el Distrito Federal forma parte de la región 7, no encontramos nacidos en esta entidad que fueran remitidos de otros estados.

⁶⁰ Esta relación entre la Cristiada y la migración de habitantes de Michoacán, Guanajuato y Jalisco fue señalada por primera vez por Manuel Gamio en su estudio *Número, procedencia y distribución geográfica de los inmigrantes mexicanos a Estados Unidos*, de 1930, reproducido en DURAND, *Más allá de la línea*, p. 124. DURAND (comp.), *Migración México-Estados Unidos*, p. 32.

Estudios recientes han demostrado que la población migrante tiene mayor tendencia que la nativa a presentar perfiles psiquiátricos con características sicóticas, los cuales se suelen diagnosticar como esquizofrenia, depresión y ansiedad, principalmente.⁶¹ Estos trabajos nos han mostrado que la alta cantidad de enfermedades mentales entre los migrantes es multifactorial. Por una parte, obedece a factores de estrés como la marginación, el desconocimiento del idioma, la soledad y la explotación.⁶² Pero, por otra, cuando emerge la enfermedad mental en un sujeto que carece de redes parentales sólidas, como es el caso de los migrantes, crece la posibilidad de terminar en las puertas de una institución psiquiátrica. Esta estructura parental capaz de apoyar al individuo en momentos de crisis es lo que algunos epidemiólogos han denominado “densidad étnica”.⁶³

Si bien los procesos migratorios van de la mano con la recomposición de redes identitarias regionales, los sujetos que migraron a la ciudad de México durante el periodo pos-revolucionario tuvieron que enfrentar los retos que implicó la incorporación a una sociedad nueva, en proceso de industrialización y, además, cargando las secuelas de una guerra civil. En consecuencia, la migración interna fue uno de los factores que determinó la composición demográfica de La Castañeda.

⁶¹ Un estado completo de la cuestión frente a la relación entre migración y enfermedad mental se encuentra en BHUGRA, “Migration and mental health”, pp. 244-246. VEGA, KOLODY y VALLE, “Migration and mental health”; ALDERETE, VEGA, KOLODY y AGUILAR-GAXIOLA, “Depressive symptomatology”.

⁶² Un análisis reciente de la relación entre esquizofrenia y migración donde se busca integrar la mayor cantidad de factores posibles, está en CANTOR-GRAAE y SELTEN, “Schizophrenia and migration”.

⁶³ VELING, SUSSER, VAN OS, MACKENBACH, SELTEN y HOEK, “Ethnic density of neighborhoods”, p. 67.

CONSIDERACIONES FINALES

Hace ya varias décadas que la historiografía de la locura nos enseñó que tanto el loco como sus locuras reflejan valores, prejuicios, intereses, conocimientos, creencias y hábitos propios del contexto histórico. En este trabajo hemos querido mostrar que la influencia del entorno social en la enfermedad mental no sólo se refleja en el discurso de los pacientes o en los valores culturales usados para comprender a los “locos” sino, además, en la dinámica demográfica de la población psiquiátrica. El abordaje cuantitativo aquí expuesto señala que el aumento en el número de pacientes que ingresaron al Manicomio La Castañeda entre 1920 y 1944, y cuya estancia fue bastante breve comparándola con la década anterior, obedeció a dos causas fundamentales: 1) la preocupación de las autoridades de la ciudad por aislar a los indigentes y a todos aquellos que a sus ojos fueran una amenaza para el orden público y 2) el aumento de la población migrante que dividimos en dos grupos: una minoría de mexicanos repatriados de Estados Unidos y una mayoría de migrantes nacidos en diferentes entidades de la república y radicados en el Distrito Federal. Así, medidas políticas y procesos sociales convergieron en la dinámica de la población psiquiátrica en el México posrevolucionario.

SIGLAS Y REFERENCIAS

- AHSS Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, México, D. F.
CESU Centro de Estudios Sobre la Universidad, Universidad Nacional Autónoma de México, México, D. F.

ADAIR, Richard, Joseph MELLING y Bill FORSYTHE

“Migration, Family Structure and Pauper Lunacy in Victorian England: Admissions to the Devon County Pauper Lunatic Asylum, 1845-1900”, en *Continuity and Change*, 12:3 (1997), pp. 373-401.

AGOSTONI, Claudia

“Las mensajeras de la salud: enfermeras visitadoras en la ciudad de México durante la década de los 1920”, en *Estudios de Historia Moderna y Contemporánea*, 33 (2007), pp. 89-120.

AGOSTONI, Claudia (coord.)

Curar, sanar y educar. Enfermedad y sociedad en México, siglos XIX y XX, México, Universidad Nacional Autónoma de México, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, 2008.

ALANIS ENCISO, Fernando Saúl

“No cuenten conmigo. La política de repatriación del gobierno mexicano y sus nacionales en Estados Unidos, 1910-1928”, en *Mexican Studies/Estudios Mexicanos*, 19:2 (verano 2003), pp. 401-431.

ALBA, Pedro de

“Siete artículos sobre el problema de los braceros”, en DURAND, 2007, pp. 251-283.

ALDERETE, Ethel, W. A. VEGA, B. KOLODY y S. AGUILAR-GAXIOLA

“Depressive Symptomatology: Prevalence and Psychosocial Risk Factors among Mexican Migrant Farmworkers in California”, en *Journal of Community Psychology*, 27:4 (1999), pp. 457-471.

ÁLVAREZ AMÉZQUITA, José

Historia de la salubridad y la asistencia en México, México, Secretaría de Salubridad y Asistencia Pública, 1960, 4 vols.

ARÉCHIGA CÓRDOBA, Ernesto

“‘Dictadura sanitaria’, educación y propaganda higiénica en el México revolucionario, 1917-1934”, en *Dynamis*, 25 (2005), pp. 117-143.

ARREOLA, Betzabé

“¿Locura o disidencia? Un estudio sobre la locura femenina desde la ciencia psiquiátrica de finales de siglo XIX y principios del XX”, tesis de maestría en historia, México, Universidad Autónoma Metropolitana-Unidad Iztapalapa, 2007.

BEVERIDGE, Allan

“Life in the Asylum: Patients’ Letters from Morningside, 1873-1908”, en *History of Psychiatry*, IX (1998), pp. 431-469.

“Madness in Victorian Edinburgh: a Study of Patients Admitted to the Royal Edinburgh Asylum under Thomas Clouston, 1873-1908. Part. I”, en *History of Psychiatry*, VI (1995), pp. 21-54 y 113-156.

BHUGRA, D.

“Migration and mental health”, en *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109 (2004), pp. 243-258.

BLISS, Katherine

“The Science of Redemption: Syphilis, Sexual Promiscuity, and Reformism in Revolutionary Mexico City”, en *The Hispanic American Historical Review*, 79:1 (1999), pp. 1-40.

BUENTELLO, Edmundo

Higiene mental, México, Talleres Gráficos de la Nación, 1956.

CANTOR-GRAAE, Elizabeth y Jean-Paul SELTEN

“Schizophrenia and Migration: A Meta-Analysis and Review”, en *The American Journal of Psychiatry*, 162:1 (2005), pp. 12-24.

CAPETILLO, Juan

“Cuerpos sin historia. De la psiquiatría al psicoanálisis en México (1880-1920)”, en *Frenia. Revista de Historia de la Psiquiatría*, VIII (2008), pp. 207-220.

CARDOSO, Lawrence A.

“La repatriación de braceros en la época de Obregón, 1920-1923”, en *Historia Mexicana*, xxvi:4(104)(abr.-jun. 1977), pp. 576-595.

CARRILLO, Ana María

“Salud pública y poder en México durante el Cardenismo, 1934-1940”, en *Dynamis*, 25 (2005), pp. 145-178.

“La profesión médica ante el alcoholismo en el México moderno”, en *Cuicuilco*, xxvi:9 (2002), pp. 295-314.

CARVAJAL, Alberto

“Mujeres sin historia. Del Hospital de La Canoa al Manicomio La Castañeda”, en *Secuencia. Revista de Historia y Ciencias Sociales*, 51 (2001), pp. 31-55.

DURAND, Jorge

Braceros. Las miradas mexicana y estadounidense. Antología (1945-1964), México, Universidad Autónoma de Zacatecas y Miguel Ángel Porrúa, 2007.

Más allá de la línea. Patrones migratorios entre México y Estados Unidos, México, Consejo Nacional para la Cultura y las Artes, 1994.

DURAND, Jorge (comp.)

Migración México-Estados Unidos. Años veinte, México, Consejo Nacional para la Cultura y las Artes, 1991.

FINNANE, Mark

“Asylums, Families and the State”, en *History Workshop Journal*, 20 (1985), pp. 134-148.

FOUCAULT, Michael

Los anormales, México, Fondo de Cultura Económica, 2000.
Historia de la locura en la época clásica, México, Fondo de Cultura Económica, 1976.

GAMBOA, Erasmo

Mexican Labor and World War II: Braceros in the Pacific Northwest, 1942-1947, Austin, University of Texas, 1990.

GARCÍA CANAL, María Inés

“La relación médico-paciente en el Manicomio La Castañeda entre 1910-1920, tiempos de revolución”, en *Nuevo Mundo Mundos Nuevos*, Coloquios [en línea], puesto en línea el 2 enero de 2008, URL: <http://nuevomundo.revues.org/index14422.html>. Consultado el 24 de noviembre de 2008.

GARRABÉ, Jean

La noche oscura del ser. Una historia de la esquizofrenia, México, Fondo de Cultura Económica, 1995.

GOFFMAN, Erving

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

GOLDSTEIN, Jan

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

GROB, Gerald

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

GUERIN-GONZÁLEZ, Camille

“Repatriación de familias inmigrantes mexicanas durante la gran depresión”, en *Historia Mexicana*, xxxv: 2 (138) (oct.-dic. 1985), pp. 241-274.

HUERTAS GARCÍA-ALEJO, Rafael

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

JONES, Kathleen

A History of Mental Health Services, Londres, Routledge & Kegan Paul, 1972.

LABASTIDA, Sebastián

“Estado que manifiesta el movimiento de enfermos habido en hospital de San Hipólito en el año de 1878, con relación a sus diagnósticos”, en *Gaceta Médica de México*, 26 (1879), p. 112.

LICÓN LUNA, Miriam

“Enfermedades del cuerpo, padecimientos del alma. Histeria y melancolía en el siglo XIX”, tesis de licenciatura en etnología, Escuela Nacional de Antropología e Historia, 2006.

MANCILLA VILLA, Marta Lilia

La locura de la mujer durante el porfiriato, México, Círculo Psicoanalítico Mexicano, 2001.

McGOVERN, Constance

“The Myths of Social Control and Custodial Oppression: Patterns of Psychiatric Medicine in Late Nineteenth Century Institutions”, en *Journal of Social History*, xx: 1 (1986), pp. 3-23.

MORALES RAMÍREZ, Francisco Jesús

“La apoteosis de la medicina del alma. Establecimiento, discurso y praxis del tratamiento moral de la enajenación mental en la Ciudad de México, 1830-1910”, tesis de licenciatura en historia, México, Universidad Nacional Autónoma de México, 2007.

OCHOA, Enrique

“Coercion, Reform, and The Welfare State: The Campaign against ‘begging’ in Mexico City during the 1930’s”, en *The Americas*, 58:1 (2001), pp. 39-64.

ODEGAARD, O.

“Emigration and Insanity”, en *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 4 (1932), Suppl, pp. 1-206.

PIMIENTA LASTRA, Rodrigo

Análisis demográfico de la migración interna en México: 1930-1990, México, Plaza y Valdés, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, 2002.

PINEDA ORTIZ, Rodolfo

“El levantamiento del censo de mendigos en 1940 y sus resultados”, en *Asistencia. Órgano de la Secretaría de Asistencia Pública* (oct.-dic. 1943), pp. 21-32.

PORTER, Roy

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

POSTEL, Jacques y Claude QUETEL (comps.)

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

PRESTWICH, Patricia

“Family Strategies and Medical Power: ‘Voluntary’ Committal in Parisian Asylum, 1876-1914”, en *Journal of Social History*, xxvii: 4 (1994), pp. 799-818.

PROENZA PROENZA, Juana Luisa

“La higiene mental y el trabajo social”, tesis de licenciatura en trabajo social, México, Universidad Nacional Autónoma de México, 1951.

RAMOS DE VIESCA, María Blanca

“La hidroterapia como tratamiento de las enfermedades mentales en México en el siglo XIX”, en *Salud Mental*, 23:5 (2000), pp. 41-46.

“El proyecto y la construcción del Manicomio General La Castañeda”, en *Salud mental*, 21:3 (1998), pp. 19-25.

RÍOS MOLINA, Andrés

“Un mesías, ladrón y paranoico en el Manicomio La Castañeda. A propósito de la importancia historiográfica de los locos”, en *Estudios de Historia Moderna y Contemporánea de México*, 37 (2009), pp. 71-96.

“El Manicomio General La Castañeda en México. Sitio de paso para una multitud errante”, en *Nuevo Mundo Mundos Nuevos*, Debates, en línea desde el 17 de enero de 2009. <http://nuevomundo.revues.org/index50242.html?lang=fr>

“La locura durante la Revolución mexicana. Los primeros años del Manicomio La Castañeda, 1910-1920”, tesis de doctorado en historia, México, El Colegio de México, 2007.

“Locos letrados frente a la psiquiatría mexicana a inicios del siglo XX”, en *Frenia. Revista de Historia de la Psiquiatría*, VI: 2 (2004), pp. 17-35.

RIVERA GARZA, Cristina

“Dangerous Minds: Changing Psychiatric Views of the Mentally Ill in Porfirian Mexico, 1876-1911”, en *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, 56:1 (2001), pp. 36-67.

“‘She Neither Respected nor Obeyed Anyone’: Inmates and Psychiatrist Debate Gender and Class at the General Insane Asylum La Castañeda, México, 1910-1930”, en *The Hispanic American Historical Review*, 81:3-4 (2001), pp. 653-688.

“Por la salud mental de la nación: vida cotidiana y Estado en el Manicomio General de La Castañeda, México, 1910-1930”, en *Secuencia. Revista de Historia y Ciencias Sociales*, 51 (2001), pp. 57-89.

SACRISTÁN, María Cristina

“Para integrar a la nación. Terapéutica deportiva y artística en el Manicomio de La Castañeda en un momento de reconstrucción nacional, 1920-1940”, en AGOSTONI (coord.), pp. 99-123.

“Por el bien de la economía nacional. Trabajo terapéutico y asistencia pública en el Manicomio de La Castañeda de la ciudad de México, 1929-1932”, en *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, 12:3 (2005), pp. 675-692.

“La locópolis de Mixcoac en una encrucijada política: reforma psiquiátrica y opinión pública, 1929-1933”, en SACRISTÁN y PICCATO (coords.), 2005, pp. 199-232.

“Historiografía de la locura y de la psiquiatría en México. De la hagiografía a la historia posmoderna”, en *Frenia. Revista de Historia de la Psiquiatría*, v:1 (2005), pp. 9-34.

“Reformando la asistencia psiquiátrica en México. La granja de San Pedro del Monte: los primeros años de una institución modelo, 1945-1948”, en *Salud Mental. Revista del Instituto Nacional de Psiquiatría*, 26:3 (2003), pp. 57-65.

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

“Una valoración sobre el fracaso del Manicomio La Castañeda como institución terapéutica, 1910-1944”, en *Secuencia. Revista de Historia y Ciencias Sociales*, 51 (2001), pp. 91-120.

SACRISTÁN, Cristina y Pablo PICCATO (coords.)

Actores, espacios y debates en la historia de la esfera pública en la ciudad de México, México, Instituto Mora, Instituto de Investigaciones Históricas, 2005.

SANTOYO, Antonio

“Los afanes de higienización de la vida pública y privada (ciudad de México, último tercio del siglo XIX)”, en *Historias*, 37 (oct.-mar. 1996-1997), pp. 59-75.

SCULL, Andrew

The Most Solitary of Afflictions. Madness and Society in Britain 1700-1900, New Haven y Londres, Yale University Press, 1993.

SECRETARÍA DEL TRABAJO Y PREVISIÓN SOCIAL

“Los braceros”, en DURAND, 2007, pp. 156-230.

SHORTER, Edward

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

The Making Modern Family, Nueva York, Basic Books, 1975.

SOMOLINOS D'ARDOIS, Germán

Historia de la psiquiatría en México, México, Secretaría de Educación Pública, 1976, «SepSetentas, 258».

SUTTON, John

“The Political Economy of Madness: The Expansion of The Asylum in Progressive America”, en *American Sociological Review*, 56 (1991), pp. 665-678.

TIERNO, Raquel

“Demografía psiquiátrica y movimientos de la población del Manicomio Nacional de Santa Isabel (1931-1952)”, en *Frenia. Revista de Historia de la Psiquiatría*, 8 (2008), pp. 97-130.

TIETZE, Christopher, Paul LEMKAU y Marcia COOPER

“Personality Disorder and Spatial Mobility”, en *The American Journal of Sociology*, 48:1 (jun. 1942), pp. 29-39.

URÍAS HORCASITAS, Beatriz

“Degeneracionismo e higiene mental en el México posrevolucionario (1920-1940)”, en *Frenia. Revista de Historia de la Psiquiatría*, IV: 2 (2004), pp. 37-67.

VALDÉS FERNÁNDEZ, M.

“La salud mental en el porfiriato. La construcción de ‘La Castañeda’”, tesis de licenciatura en historia, México, Universidad Nacional Autónoma de México, 1995.

VAUGHAN, Mary K.

La política cultural en la Revolución: maestros, campesinos y escuelas en México, 1930-1940, México, Fondo de Cultura Económica, 2001.

VEGA WILLIAM A., B. KOLODY y J. R. VALLE

“Migration and Mental Health: An Empirical Test of Depression Risk Factors Among Immigrant Mexican Women”, en *International Migration Review*, 21:3, 79 (1987), pp. 512-529.

VELING, Wim, Ezra SUSER, Jim VAN OS, Johan MACKENBACH, Jean-Paul SELTEN y Hans HOEK

“Ethnic Density of Neighborhoods and Incidence of Psychotic Disorders Among Immigrants”, en *American Journal of Psychiatry*, 165:1 (2007), pp. 66-73.

