

Año 4, Vol. 4, Núm. 7 enero-junio 2018 | ISSN 2448-5241

# Antrópica

Revista de Ciencias Sociales y Humanidades



latindex



# **Médicos contra jueces: la responsabilidad y la incapacidad de los individuos en los juicios de interdicción en la Puebla del Porfiriato**

Physicians against judges: the responsibility and incapability of the individuals in the sanity hearings during the Porfiriato in Puebla

**André Bojalil Daou**

Centro de Investigación y Docencia Económicas (CIDE) (Ciudad de México, México)

---

Recibido: 17 de julio de 2017.

Aprobado: 15 de diciembre de 2017.

## **Resumen**

El debate que se daba entre los médicos y los jueces, independientemente de las otras personas que participaban en los juicios de interdicción, en Puebla durante el Porfiriato, condujo a que los enfermos mentales tuvieran dos destinos: el hogar familiar o los hospitales para dementes. En ellos podemos ver que, a pesar de existir un reconocimiento científico, el que tenía la última palabra siempre era el juez, quien determinaba la interdicción de la persona. Sin embargo, el cuestionamiento nos ha hecho pensar que la forma y los tiempos, así como la orientación científica de los mismos médicos, hicieron que los peritajes pudieran estar en duda, lo que llevaría al juez a tomar la decisión final.

**Palabras clave:** juicios, interdicción, responsabilidad, locura, incapacidad.

## **Abstract**

The debate that took place between the physicians and judges regardless of other people who participated in the sanity hearings in Puebla during the Porfiriato led the mentally ill people to have two fates: the family household or the mental hospitals. In those it can be noticed that, regardless of existing a scientific acknowledgement, the one who had the last word was always the judge who ascertained the interdiction of the person. However, this questioning has made us think that the times and shapes, and the scientific guidance of the physicians themselves, made the reports could have been confusing enough for the judge during the time to make the final call.

**Key words:** Hearing, interdiction, responsibility, insanity, incapability.



## Introducción

Después de un largo vacío en la legislación, el último tercio del siglo XIX creó un recurso legal que la familia, o el Ministerio Público en caso de carecer de esta, interponía para asignar la tutela de un individuo, es decir, la guarda de la persona y la administración de sus bienes.<sup>1</sup> El juicio de interdicción restringía su libertad, pero era necesario constar, de una manera evidente, la necesidad de privarle del ejercicio de sus derechos civiles y del gobierno de su persona. En este juicio, se establecía la diferencia entre personas capaces e incapaces, siendo las primeras las que tenían el goce y el ejercicio de sus derechos, mientras que, las segundas, serían las que solamente tendrían el goce, pero no el ejercicio de estos (Mateos, 1885: 296-297).<sup>2</sup>

Ya sea porque la familia o los hospitales para dementes lo hubieran solicitado, el juicio debía comenzar en el Ministerio Público y las disposiciones siempre tenían que ser publicadas en el *Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Puebla*. Esta publicación nos ayudó a extraer información importante sobre cómo era el proceso que se seguía para declarar legalmente a una persona como incapacitada. Así, con base en el Artículo II del Código Civil de 1870, que declaraba que en ningún caso y por ningún motivo las personas incapaces quedaran abandonadas, una vez iniciado el juicio, se asignarían un tutor y un curador interinos que acompañarían el proceso, con el fin de asegurar que se respetaran los intereses de la persona.<sup>3</sup> Después, los Artículos 458, 459 y 469,<sup>4</sup> solicitarían el reconocimiento por parte del juez y de los médicos especializados, quienes proporcionarían un diagnóstico con base científica y judicial. Finalmente, se convocaría a estos médicos expertos, al juez, al tutor y curador interinos y al representante del Ministerio Público para hacer un reconocimiento del enfermo con el fin de establecer, entre todos, si se encontraba en pleno uso de razón o no.

Todos estos actores le harían preguntas que debería responder de manera cuerda para evidenciar su salud mental. En caso de existir dudas, se convocaría a un segundo reconocimiento en el que participarían los mismos médicos, más un tercero que certificaría el diagnóstico; se pediría la opinión del director, el Mayordomo o la Rectora de los hospitales para dementes -en caso de ya estar internado- y se solicitarían testigos que dieran fe del estado de salud mental de la persona.

---

1 Cristina Sacristán (1998: 205-207) propone que no fue sino hasta el establecimiento de las garantías individuales, producto de la Revolución Francesa, que tanto la Medicina como el estado tuvieron que buscar un mecanismo legal para que los alienados fueran internados en los asilos de manera involuntaria y así, lograr proteger a la sociedad. Ella explica que, a pesar de que en Francia se creó la Ley de 1838, que fue aplicada de manera general, en México durante todo el siglo XIX y principios del XX, se le dejó a los reglamentos internos de los hospitales para dementes decidir sobre las condiciones de ingreso, sin que necesariamente respetaran los derechos individuales.

2 Según el Código Civil Mexicano de 1884, el cual también fue adoptado en el estado de Puebla, todas las personas tenían el ejercicio de los derechos civiles, pero no siempre el goce de ellos, pues, aquel consistía en la aptitud legal para la adquisición de esos derechos, que era común a todas las personas, pero el ejercicio era la facultad de ejecutar los actos, de llenar las formalidades y condiciones necesarias para llevar a la práctica esa aptitud, es decir, para adquirir los derechos civiles, conservarlos, hacerlos valer y enajenarlos.

3 Según los Artículos 487 y 488 de este Código Civil, los actos del tutor interino eran de mera protección de la persona y de conservación de los bienes del incapacitado, a menos que hubiera alguna necesidad urgente de otros actos, por lo que el tutor debería de obrar como creyera más conveniente, previa autorización judicial.

4 Mateos (1885) nos cuenta en su estudio que estos artículos fueron trasladados al Código de Procedimientos y refundidos en los Artículos 1394 y 1400.



Al finalizar todo el proceso, se declararía el estado de interdicción y el nuevo tutor que, según la ley, tendría que ser algún familiar o, en el caso de no contar con alguno, alguien designado por el estado.

No obstante, a menudo estos juicios desencadenaban un debate entre médicos y jueces, ya que, a pesar de que el Código solicitaba la certificación pericial de dos facultativos, el peso de la decisión recaía en el juez que tenía “la obligación de dirigir al incapaz cuantas preguntas estime convenientes, haciendo constar literalmente éstas (*sic*) y [para hacer constar] las respuestas en el acta respectiva de la diligencia” (Código Civil, 1884, Artículo 460). Este acto otorgaba la autoridad para decidir sobre la responsabilidad o incapacidad del sujeto al juez, que como reconoce Mateos (1885):

si es necesario estar iniciado en los secretos de la ciencia médica para conocer las causas, la naturaleza y la intensidad de la demencia, no se necesita poseer esos secretos para conocer en el curso de una conversación con la persona que se supone demente, si realmente es víctima de esa desgracia y hasta qué punto llega el desorden de sus facultades mentales (p. 40).

La preocupación sobre este dilema llegó hasta el Primer Concurso Científico Mexicano en 1895, cuando Secundino Sosa -médico poblano- expuso lo que consideraba la primera demanda entablada por la Medicina en contra de la Jurisprudencia: la necesidad de entablar límites entre ambas disciplinas. Argumentaba la importancia de la preparación de los médicos legistas en psiquiatría, pero sobre todo, que los dictámenes judiciales hicieran caso del diagnóstico de los médicos. Así, objetaba este médico, si una persona que no era alienista, ni siquiera médico, ni había visto nunca un libro de Medicina, qué competencia tendría para resolver si una persona era o no responsable criminalmente o si era o no capaz, cuando se discutían estos temas. Comentaba al respecto:

Alguna vez he visto, en uno de los casos más difíciles y que más me han acongojado, esto que es digno de relatarse: después de seis meses de constante observación, estudiando á (*sic*) la persona objeto del juicio y meditando con laboriosidad, apenas pude dar un dictamen no exento de vacilaciones; en cambio, uno de los curiosos que concurrió, al primer reconocimiento, dijo magisterialmente: éste (*sic*) no es loco, éste (*sic*) no puede ser loco; ¿cómo ha de ser loco si platica tan bien? Y el ciudadano juez, que no leyó el dictamen pericial, en cambio muchas veces ha reflexionado muy seriamente en lo profundo de aquellas palabras: Este no es loco; éste (*sic*) no puede ser loco; ¿cómo ha de ser loco si platica tan bien? (Sosa, 1895: 240).

El cuerpo documental que utilizamos para esta investigación está conformado por los juicios de interdicción que fueron publicados en el *Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Puebla* durante el Porfiriato,<sup>5</sup> los expedientes de ingreso en los hospitales de para dementes de Puebla,<sup>6</sup>

5 La información en los procesos legales incluye datos como: quién promovió el juicio, los médicos que hicieron el reconocimiento y el diagnóstico que dieron, si existió un segundo reconocimiento o no, las fechas de las reuniones, si ingresó o no en los hospitales para dementes o, en caso de ya haber ingresado, si se solicitaba un informe del mayor-domo o la rectora, si parte de las observaciones se hacían en los hospitales o en el domicilio particular, algunos de los síntomas que se observaban para afirmar que estaba o no demente y si se declaraba la interdicción.

6 Desafortunadamente, los datos en los expedientes de ingreso en los hospitales para dementes de Puebla en esta época son bastante irregulares; sin embargo, podemos encontrar información personal como procedencia, edad, oficio y nombre de los padres, fechas de internación, alta, muerte y reingresos, así como de declaración de diagnósticos, enfermedades mentales y enfermedades que causen la muerte, personas e instituciones que solicitaban el ingreso o salida, si se había hecho un reconocimiento previo, si era pensionista o asilado de gracia y si el paciente venía acompañado





así como artículos y libros de la época publicados como producto de la preocupación de médicos y abogados en relación con este tema.<sup>7</sup> Aunque la teoría no siempre concordaba con la práctica, al cruzar la información entre ellos, nos pudimos dar cuenta de que las personas que eran sujetas a interdicción tenían dos destinos: el hogar familiar o los manicomios.

Así, como lo han propuesto los estudios de historia cultural en la actualidad, no había un criterio establecido sobre el procedimiento y los actores que determinarían su reclusión o no. Algunos autores sugieren que la familia determinaba el ingreso (Sacristán, 1998, 2002; Beltrán, 2014; Hidalgo, 2016), proponiendo que el vacío legislativo relacionado con los internamientos involuntarios fortaleció el papel de esta y debilitó el de la Medicina, o que eran un producto de la falta de control por parte de las familias sobre los individuos que ponían en peligro su patrimonio (Ríos, 2009). Asimismo, otros autores plantean que este tema expone que las autoridades federales y estatales no se preocuparon por los dementes, a menos de que la seguridad de la sociedad o los interés económicos se vieran comprometidos (Ayala, 2007).

Con base en donde se decidía que permanecieran, pudimos encontrar 28 juicios en los que el individuo permaneció con su familia y 52 en los que tuvieron como destino los hospitales para dementes de San Roque o Santa Rosa.<sup>8</sup> Aunque no tenemos noticias sobre los que siguieron viviendo con sus parientes, estos números resultan muy interesantes, ya que en estos hospitales ingresaron al menos 1125<sup>9</sup> personas durante el Porfiriato, de las cuales se solicitó su interdicción en 249 casos, y de estos solamente se publicaron 52 juicios, lo que nos hace preguntarnos si en todos los casos se promovió el juicio o era una simple formalidad a la hora de ingresar.

Pero lo que más nos cuestionamos es cuál fue el criterio para decidir si el juicio procedía o no, ya que como lo mencionó Secundino Sosa (1895) en muchas ocasiones médicos y jueces tenían un largo debate sobre la responsabilidad o incapacidad del sujeto, incluso si se había practicado un segundo reconocimiento. Trataremos de demostrar que, más allá de la familia o la necesidad de seguridad, el debate entre estado y Medicina fue lo que determinó el lugar en donde deberían permanecer los enfermos mentales, sin tomar en cuenta la enfermedad misma. En palabras del médico J.M. Bandera (1891):

---

de un proceso de interdicción o no.

7 Los artículos pueden estar publicados en revistas especializadas como la *Gaceta Médica de México* o memorias sobre congresos o reuniones científicas que se volvieron comunes durante el Porfiriato. Los libros son parte de la preocupación de la época del efecto en el comportamiento que tenía el alcohol y el creciente debate sobre la responsabilidad criminal de los alcohólicos.

8 Estos dos hospitales fueron los encargados de la práctica psiquiátrica en la ciudad. El Hospital de San Roque fue fundado en el siglo XVI por Bernardino Álvarez y su congregación como un hospital para viajeros en su paso de Veracruz hacia la ciudad de México. Posteriormente, en algún momento del siglo XVII, se decidió enfocar únicamente en enfermos mentales, lo que continuó hasta 1990. A partir de 1863 San Roque únicamente conservó a las mujeres, mientras que los hombres fueron enviados al hospital de Santa Clara y posteriormente al exconvento de Santa Rosa (Bojalil, 2013).

9 De estos, 446 fueron mujeres y 679, hombres. Sabemos que este número fue mayor, sin embargo, no ha sido posible localizar los expedientes de los años 1894 a 1902. Archivo General del Estado de Puebla (en adelante AGEP), Beneficencia Pública, Hospitales de dementes, Asilados, expedientes 110-553 y 1995- 2673.



Hay cierto número de casos en que es fácil decir que un enajenado es o no peligroso, pero hay otros en que el médico más experimentado vacila para decidir sin reserva, teniendo en consideración que sus consejos y su determinación pueden ser trascendentales. En consecuencia cuando la enajenación mental está claramente diagnosticada y que haya que determinarse si el enfermo es o no peligroso, en caso de duda, debe aconsejarse el aislamiento, máxime si la enfermedad presenta probabilidades de curación o aun solamente de mejoría (p. 36).

### **La declaración de incapacidad del individuo**

La presidencia de Porfirio Díaz buscó 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. Dentro de todo este proyecto, la heterogeneidad de la población más la marcada división de clases, hizo que se buscara una uniformidad social basada en reglamentos, programas y disposiciones administrativas y judiciales (Munguía, 2010).

Por ejemplo: en Puebla se emitieron -en esos años- el 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.

En el Código Civil, que seguía la misma línea que a nivel federal, la declaración de incapacidad del individuo dependía de varias personas. Tanto el juez, como médicos -legistas y médicos alienistas,<sup>10</sup> tutor y curador -y a veces testigos- tenían que estar de acuerdo para definir el estado de salud mental de la persona. Sin embargo, principalmente el debate entre juez y médicos muchas veces podía llevar a buscar más opiniones, ya que el verdadero problema radicaba en la trascendencia del veredicto. No se trataba solamente de castigar a un inocente o liberar a un malvado (en el caso de los criminales) o encerrar al enfermo y liberar al cuerdo, sino de tomar una buena decisión. Por ejemplo: si en el caso de los delincuentes, el sospechoso era realmente un peligroso enfermo mental, podría ser enfrentado y cuidado por la ciencia, pero si no era más que un miembro podrido de la sociedad sabría escaparse arrasando con los verdaderos enfermos y sabiendo que en otras ocasiones sería considerado como loco (Olvera, 1889).

Es por eso que, para la ciencia, el que tenía verdadero conocimiento era el médico-legista, ya que, poseyendo todo el conocimiento y un “talento claro y perspicaz, podía con buen juicio y mesura, definir y resolver las cuestiones provocadas en juicio legítimo y decisión” (Ortega, 1896: 4).

---

10 Ambos términos no deberán confundirse mientras que los médicos-legistas eran los que aplicaban el conocimiento médico a los problemas legales, los médicos alienistas eran los encargados de la alienación, es decir, la enfermedad mental. Daniel Vicencio (2014) tiene un trabajo muy interesante en el que plantea que según los intereses propios de los médicos, sumado al lugar en donde podían hacer sus observaciones, fue que se definieron las enfermedades mentales que atacaban a las personas y la responsabilidad de los enfermos.



Así pues, basado en el estudio previo del estado mental del acusado, el jurado sabría apreciar las circunstancias y hacer una declaración justa de su situación (Zamarripa, 1892). No obstante, según Sosa (1893), esto podía causar complicaciones, ya que si era difícil tratar los hechos factibles, como las enfermedades biológicas, todavía resultaba más complicado tratar los no tangibles, y más con los medios tan restringidos con los que contaba la ciencia, como las leyes del espíritu.

Los conceptos de enfermedad mental y el de las enfermedades específicas, se encontraban constantemente debatidos entre las nacientes Psiquiatría y Neurología. Los médicos mexicanos, que conocían perfectamente a médicos franceses -como Charcot, Pinel y Esquirol<sup>11</sup>- buscaban explicar el comportamiento de la población en todos sus ámbitos. La Teoría Degeneracionista de Morel (1860) se volvió su punto de partida, ya que en ella se otorgaba a la herencia combinada con agentes causales como el alcoholismo, la miseria y el clima, entre otros, la explicación de los comportamientos de individuos molestos, peligrosos y extraños. En contraparte, los estudios del sistema nervioso crearon nuevas maneras de entender el cerebro y sus funciones. Las investigaciones de los médicos Camilo Golgi y después, el español Santiago Ramón Cajal (García, 2005), proponían la Teoría Neuronal, que sostenía que las neuronas eran la base del tejido nervioso y, por lo tanto, de las enfermedades mentales.

Por su parte, la conjunción entre ciencia y jurisprudencia produjo obras que trataron de crear una base y una estructura en el proceso legal. La *Introducción al estudio de la medicina legal mexicana: pudiendo servir de texto complementario a cualquier libro de asignatura extranjero que se adopte para la cátedra de aquel ramo de la Escuela de Medicina* de Luis Hidalgo y Carpio (1877), planteaba que para poder juzgar una acción era necesario colocarse en la posición del que había cometido el acto y no sobre su propio punto de vista, ya que “la futilidad del motivo no es frecuentemente más que aparente para el que mira la cuestión desinteresadamente” (Hidalgo y Carpio, 1877: 219). Según este autor, independientemente de la responsabilidad criminal, la ley marcaba que a los enfermos mentales se les debía dejar actuar siempre y cuando estuvieran en un intervalo lúcido, por ejemplo: en el caso de matrimonio o de recibir alguna herencia. No obstante, el verdadero debate siempre radicaba en saber en qué momento se encontraban afectados y en qué momento no, lo que confundía no solamente a médicos, sino también a jueces y a observadores de todo tipo.

Respecto a su responsabilidad criminal, Hidalgo y Carpio (1877) estableció que esta se limitaba a los actos que cometían cuando estaban en intervalo de razón. Entonces, el trabajo del médico consistía en descifrar, mediante un conocimiento científico, si la razón estaba siendo empleada en ese momento o no. El método consistía en recrear, seguido sin interrupción y por mucho tiempo, un diario de sus palabras y de sus actos, para saber cuáles eran sus “mentiras y artilugios” y la manera en la que trataban de ocultarlos. La labor del médico consistía en conocer los cambios en la organización de su carácter, de su humor, el abatimiento del nivel intelectual y moral, la

11 Quizás, estos sean los tres psiquiatras más famosos de Francia. Sus estudios se volvieron la base para todas las observaciones en cuanto a enfermedades mentales en Europa y América. Frida Gorbach (2013) tiene un trabajo muy interesante sobre el difusionismo en cuanto a las teorías psiquiátricas, en particular la histeria y cómo estas ideas llegaron a México en el siglo XIX.





perversión de los instintos y la aparición de los peores sentimientos que afectaban profundamente su responsabilidad y no lo dejaba en libertad necesaria para apreciar sus actos.

Años más tarde, Secundino Sosa (1893) escribiría en la *Gaceta Médica de México* sobre la responsabilidad en los epilépticos locos y en los epilépticos dementes,<sup>12</sup> ya que según él, “actualmente hay abogados y médicos, les llamaremos [...] testarudos, que suponen al epiléptico tan responsable como un individuo cualquiera” (s. p.). De acuerdo con su catalogación, existieron tres responsabilidades que se podrían aplicar a los enfermos mentales: la responsabilidad absoluta, la irresponsabilidad absoluta y la responsabilidad atenuada.<sup>13</sup> Sin embargo, como diría Porfirio Parra (1895) en el Primer Concurso Mexicano mencionado con anterioridad, el poder llegar a estas conclusiones implicaba un análisis de las acciones del hombre, producto de una larga serie de mecanismos que lo llevarían a la ejecución de un acto. Con esto, los médicos mexicanos dejaron atrás la vieja discusión sobre el libre albedrío; en otras palabras, la facultad indivisible y simple que llevaba a la ejecución de un acto para dar paso a un concepto, en el cual las acciones eran producto de actos o facultades mentales varias, que de una manera compleja determinaban el comportamiento.<sup>14</sup>

Este tema ya se había tratado varios años antes. El estudiante Eduardo Corral (1882), en su tesis, remarcaba la necesidad de que el juez, en el momento de pedir un dictamen médico, averiguara no solo el estado actual de la enfermedad, sino la que tenía en el momento de cometer un crimen. El conocimiento de todos los datos llevaría al juez a dar una verdadera significación de los hechos y al médico, a no emitir un juicio particular, sino un juicio total para proporcionar al jurado fundamentos científicos a la hora de tomar una decisión. Asimismo, la discusión central radicaba en la motivación en el momento de cometer alguna acción.

A la vez, Porfirio Parra (1892) publicó en la *Gaceta Médica de México* un artículo acerca de la irresponsabilidad criminal fundada en el impulso de naturaleza patológica de causa pasional.

---

12 La epilepsia fue una enfermedad que causó un gran debate entre los médicos europeos. No obstante, tales estudios fueron la base para los estudios hechos en México. Por ejemplo: para Pinel (1804) no existía acción más repulsiva y conmovedora para los otros pacientes que ver los gestos y movimientos de una persona al convulsionarse. Pinel explicaba que esta enfermedad rara vez le permitía a una persona llegar a una edad avanzada debido a la violencia y continuación de sus accesos, que el único cuidado que se les podía proporcionar era el evitar caídas o golpes serios. Por su parte, Esquirol y Hunt (1845) atribuyen algunos de estos ataques al comportamiento lunar; sin embargo, tomaron en cuenta también factores como edad, morfología craneal, sexo y tendencia a los placeres sexuales. Los primeros síntomas para un ataque eran el llanto y dolor de cabeza, para después convertirse en convulsiones que iban desde las muy simples hasta las más agresivas. A las mujeres y los niños se les atribuía la mayor propensión debido a que eran más impresionables que los hombres, ya que un gran susto podía desembocar en una convulsión. Grasset (1880) la consideraba una enfermedad crónica, caracterizada por ataques convulsivos, vértigos y enajenaciones que atacaban al individuo de una manera irregular. Podía tener su origen en padres alcohólicos, con uniones consanguíneas o mayores y se daba principalmente en la infancia, pubertad y adolescencia.

13 Bajo este esquema, la primera está relacionada con todo ser que tiene el completo uso de la razón, por lo que entiende las consecuencias de sus actos; la segunda, le daría total impunidad a aquella persona que no está empleando la razón; mientras que la tercera, es el punto medio, en el que al tener intervalos en los que la razón no operaba, se le quitaría la completa responsabilidad de sus actos sin dejarlo impune por completo de sus acciones.

14 Según este médico, para que un acto se pudiera completar era necesario, primero, el deseo de lograr cierto fin; después venía la deliberación o el entender si un acto está bien o está mal; y finalmente la resolución a obrar, la cual será cumplida si ninguna causa subjetiva u objetiva lo contraría.



Para él, comprender “las pasiones” como causa de una acción, generaba un problema en el momento de definir la responsabilidad en aquellos crímenes en los que no se contaba con un diagnóstico de locura determinado, pero que sí se podía percibir “cierta predisposición a una inclinación degenerada, excéntrica y desequilibrada” (p. 98). Por lo tanto, su cuestionamiento se dirigió a entender si era permisible admitir que en un neurópata<sup>15</sup> de facultades mentales desequilibradas, de carácter excéntrico y predispuesto a la locura pudieran producirse, bajo el influjo de ciertas emociones extraordinarias, impulsos que lo privaran de la libertad de decisión.<sup>16</sup>

También se discutió la responsabilidad en los alcohólicos,<sup>17</sup> que según los autores Trinidad Sánchez (1896), Julio Guerrero (1901), Carlos Rougmanac (1904) y Fernando Ponce (1911) era uno de los causantes de los grandes problemas del México porfiriano.<sup>18</sup> Ya desde 1877, Hidalgo y Carpio (1877) decía que aquella persona que cometía un crimen embriagada ignoraba lo que había puesto en juego, ya que carecía de razón para conocerlo, pero que antes de embriagarse conocía muy bien que en la embriaguez podía herir o matar, exponiéndose voluntariamente al riesgo de hacerlo. De esta manera, podía concluirse que el que se embriagaba conocía las consecuencias de sus actos, por lo que la herida o muerte hecha por su mano era voluntaria por haberlo sido también su voluntad de ingerir bebidas espirituosas. Como consecuencia, el delito era castigable, si bien, mucho menos que el del hombre que estaba en pleno uso de razón, pero finalmente castigable.

Todo esto nos lleva a preguntarnos acerca del estatus legal de estas personas, fueran criminales o no, para saber ¿A cargo de quién quedaban? ¿Quién administra sus bienes? Por ejemplo, en el Artículo 430 del Código Civil (1884) se definía el objeto de la tutela que era “la guarda de la persona y bienes de los que no estando sujetos a la patria potestad, tienen incapacidad natural y legal, o sólo (*sic*) la segunda, para gobernarse a sí mismos”.<sup>19</sup> La incapacidad natural y legal se aplicaría a los mayores de edad privados de inteligencia por locura, idiotismo o imbecilidad,<sup>20</sup>

---

15 La neuropatía era considerada una enfermedad del sistema nervioso que se producía cuando el germen masculino -o espermatozoide- degenerado formaba un sistema nervioso delicado que se estremecía desde las primeras impresiones en la infancia y se agotaba pronto gracias a las crisis repetidas de excitaciones producidas por las pasiones que afectaban al cerebro y a la médula espinal (Parra, 1895).

16 Su respuesta fue afirmativa, aludiendo que estos individuos estaban caracterizados por la violencia de sus pasiones, la energía de sus impulsos, la vivacidad de sus deseos, la irregularidad de su conducta, la movilidad de sus determinaciones, la exaltación de sus ideas y por lo desenvuelto de su imaginación.

17 El abuso de bebidas alcohólicas se definía como la segunda gran causa de alienación del que se derivaban enfermedades como el delirium tremens, la dipsomanía, la locura embriagante y la monomanía de la embriaguez (Postel y Quétel).

18 Para un análisis más profundo de este tema, ver los trabajos de Piccato (1995, 1997), Vicencio (2014), y Pérez Montfort (2016).

19 Este código definió la patria potestad como un derecho fundado en la naturaleza y confirmado por la ley, que da al padre y a la madre, por un tiempo limitado y bajo ciertas condiciones, la vigilancia de la persona, la administración y goce de los bienes de los hijos. En cuanto a la incapacidad natural y legal, se refiere, la primera, a las leyes naturales, es decir, a aquellas que Dios ha escrito en el corazón del hombre y que conoce a través de la razón, por lo tanto, el que no tiene uso de razón no puede entenderlas. De esto se desprende que la incapacidad legal se produzca cuando un hombre carente de razón deja a un lado sus deberes con la sociedad que produjo esas leyes para una mejor convivencia.

20 Pinel (1804) decía que era un mal heredado en el cual se les ponía la cara abotagada, las manos y la cabeza con un volumen desproporcionado, sentían poco las diversas presiones de la atmósfera y que permanecían en un estado habitual de estupor y entorpecimiento. Al crecer su cuerpo, notaban cierta torpeza y muy poca facilidad de movimien-



incluso aunque tuvieran intervalos lúcidos.<sup>21</sup> Al mismo tiempo, en el Artículo 458, el estado de demencia podía probarse a través de testigos o documentos, pero en todo caso siempre se requería la certificación de dos médicos que nombrara el juez y que en su presencia, en la del tutor interino y en la del funcionario que desempeñara el Ministerio Público, reconocieran al incapaz. En el Artículo 459 se facultaba al juez para llevar el interrogatorio y decidir si estaba cuerdo o no.

En cuanto a la tutela del loco, el Artículo 461 mencionaba que el juez, durante el tiempo que durara la declaración de locura, podía repetir el reconocimiento del demente, bien a petición de las personas que tenían derecho, bien de oficio<sup>22</sup> cuando lo creyera conveniente, pero siempre con asistencia del que pidió la interdicción, del tutor y del Ministerio Público. Se especificaba que las rentas y, si fueran necesarios, aun los bienes del demente, se aplicarían de preferencia para su curación.

Aunque los hospitales para dementes asumían el deber de dar asilo a los verdaderamente indigentes, el presupuesto constantemente estaba limitado, por lo que las personas que tuvieran los medios, serían recibidos como enfermos pensionistas que tendrían que pagar, con base en sus posibilidades, una cierta cantidad para su curación. Esto resulta muy interesante, ya que en proporción con todas las personas que tuvieron juicio de interdicción, son muy pocos los que pagaron una pensión, lo que nos hace preguntarnos sobre el estatus social de estas personas, dato que desafortunadamente desconocemos, ya que las solicitudes de ingreso contienen información muy irregular y sin dato alguno sobre estatus económico.<sup>23</sup>

### **Los juicios de interdicción de los que permanecían con sus familias**

No todos los que pasaban por un juicio de interdicción terminaban en los hospitales para dementes. Muchos de ellos permanecían con sus familias gracias a que la enfermedad no se consideraba peligrosa o porque las familias lo solicitaban. En el caso de las mujeres, parece ser que la locura

---

tos, por lo que la pubertad se retrasaba, pero los órganos de la generación se desarrollaban extraordinariamente, por lo que influía en que fueran lujuriosos y tuvieran mayor inclinación al onanismo. En contraposición, Esquirol (1856) no catalogaba el idiotismo como una enfermedad, más bien era un estado en el que las facultades intelectuales no aparecían, o bien no habían podido desarrollarse lo suficiente para que el idiota pudiera adquirir los conocimientos relativos a la educación que recibían los individuos de su edad y colocados en las mismas condiciones que él. Pedro Mata (1858) realizó también un tratado acerca de los idiotas e imbeciles, creando una separación entre ellos. Para él, los idiotas tenían negación completa de las facultades intelectuales y afectivas, y algunas veces hasta de movimientos, mientras que los imbeciles, parecidos a los idiotas bajo cierto punto de vista, ofrecían algunos fenómenos síquicos, con manifestaciones anímicas variadas en número y energía.

21 Esto se encuentra en el Artículo 31, fracción II.

22 *De oficio* es un término que se utiliza cuando una acción legal se inicia sin necesidad de que alguien en particular la haya solicitado, sino que es un organismo público el que lo hace cuando se rompe la ley.

23 Lo más cercano que tenemos en las solicitudes de ingreso a los hospitales de demente para poder establecer el estatus socioeconómico, es la ocupación que tenían las personas, sin embargo, es uno de los rubros menos presentes en los documentos. Las solicitudes se redactaban a mano y venían firmadas por el Secretario de Fomento y en muchas ocasiones solamente incluía el nombre del paciente y la fecha de solicitud.





histórica<sup>24</sup> y la locura epiléptica<sup>25</sup> eran enfermedades muy comunes con las cuales la familia estaba dispuesta a lidiar, a pesar de que para algunos autores se podrían considerar peligrosas<sup>26</sup>. Para otros, como Pilar Sánchez (1891) no lo eran.

Este médico, que recibió su título profesional con una tesis sobre la responsabilidad criminal de los epilépticos, la consideró como un tema de la Antropología Legal. Esta rama, gracias a sus grandes progresos, había enseñado que para que un acto fuera sancionado era necesario entender primeramente su ilegalidad, por un lado, y por el otro, la posibilidad del individuo para cometerlo o no. Sin embargo, reconoció que dichas consideraciones estaban ligadas a la fisiología psicológica y que la patología, es decir, el estudio de los cambios que producía una enfermedad, enseñaba que las desviaciones concernientes al cerebro colocaban a la persona en circunstancias muy diferentes a las que eran requeridas por la ley para que existiera una responsabilidad (Sánchez, 1891).

Este estudiante, Pilar Sánchez, colocó a la Psiquiatría como una rama de la Antropología Legal, asignándole como objeto de estudio las perturbaciones cerebrales ante la responsabilidad, ya que las afecciones cerebrales podían modificar o suspender el libre albedrío y, con él, la voluntad y la responsabilidad. Estas afecciones las dividió en dos grupos: las que son más o menos transitorias, como la epilepsia, la histeria, los estados de ensueño, el delirio de las afecciones febriles agudas e intoxicaciones; y las más o menos durables, como la enajenación mental en forma de idiocia y cretinismo<sup>27</sup> (Sánchez, 1891).

Para él, el especialista encargado de entender las influencias modificantes a las que la responsabilidad se sometía, no era el juez, sino el médico-legista. A pesar de no ser el único perito competente, se encargaría de aplicar los principios médicos a los del derecho para llegar a una decisión satisfactoria. Se preguntaba si los actos criminales o delictuosos que el epiléptico podía cometer se referían a las modificaciones que la enfermedad imprimía a los atributos normales de sus actos. De esta manera, la locura epiléptica podía estallar en formas maniaca simple, furiosa y depresiva,<sup>28</sup> esta-

24 Aunque también había histéricos, se consideraba que esta enfermedad atacaba principalmente a mujeres de clase media y alta por ser emocionalmente más débiles. Para saber más, consultar los trabajos de Foucault (2005); Didi-Hüberman (2007), Huertas (2014), Libbrecht (1995), Briggs (2000), Morant y Zschoche (1980), Freedman (1982), Micale (1993), Agostoni (2002), Gorbach y Train (2005) y Gorbach (2007, 2008, 2013).

25 Los juicios de las personas que las padecían se encuentran en *Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Puebla*. Fechas: 10 marzo de 1887, 25 agosto 1896, 2 de diciembre de 1898, 19 de abril de 1901, 22 de marzo de 1901 y 26 de agosto de 1902.

26 Para Bandera (1891) la epilepsia y la histeria eran muy peligrosas. Para Román (1898) solamente lo era la histeria.

27 Recordemos que la definición de las enfermedades mentales pasó por un largo camino a lo largo del siglo XIX. Los médicos alienistas tomaron en cuenta muchos factores al momento de establecer las características de cada una de ellas como: el clima, la presión atmosférica, las estaciones, el sexo, el temperamento, la alimentación, el estilo de vida, entre otros, que repercutieron en la frecuencia, carácter, duración, crisis, finalización y tratamiento físico y moral de estas. A todo esto, le sumaron el estado de las facultades intelectuales, la herencia morbosa, los progresos de la civilización, las pasiones, las costumbres, las leyes y la situación política de cada pueblo.

28 Pinel (1804) definió la manía como una enajenación del alma que no producía lesión al entendimiento, pero sí en las facultades afectivas que se veía expresado en el dominio de una especie de furor. Propuso que la falta de educación o una mala educación, así como una “naturaleza perversa é indómita” podían ser la causa de este tipo de enajenación. Su principal característica era la violencia desatada por síntomas como un ardor vehemente en los intestinos, con



dos que afectaban el comportamiento y la lucidez del individuo, por lo que era totalmente necesaria la observación detallada del enfermo.

Eduardo Corral (1882), por su parte, ponía esta responsabilidad sobre el juez, ya que la sociedad, representada en su figura, ponía en sus manos sus intereses y los confiaba a su ciencia y honradez. No era el médico al que le tocaba presentar la acusación o la defensa del enfermo, solamente obraría de acuerdo con su conciencia y a lo que los preceptos científicos le ordenaran, ya que su opinión sería tomada también como evidencia. Además, agregaba, era completamente necesario que el lenguaje que se utilizara fuera comprensible para todos, que se incluyeran todas las conclusiones y pruebas con las que se definió si era epiléptico o no, el estado actual de sus facultades mentales y, sobre todo, el que tenía a la hora de actuar fuera de la ley.

Esto llama la atención, ya que cada disciplina maneja, hasta la actualidad, su propio lenguaje, no obstante, es probable que la confusión en cuanto a los términos pudiera provocar un debate todavía más acalorado entre médicos y jueces. A pesar de que ambos, en su formación profesional habían recibido nociones de medicina legal,<sup>29</sup> seguramente tendía a haber confusiones entre conceptos.

En el caso de los hombres, a pesar de haber algunos casos de locura epiléptica, las enfermedades que causaron que fueran sujetos a interdicción, en su mayoría, no se consideraban peligrosas. Estas iban desde el delirio religioso,<sup>30</sup> las facultades atrofiadas,<sup>31</sup> la lipemania<sup>32</sup> y la locura

---

inmensa sed y un fuerte estreñimiento; este calor se propagaba al pecho, cuello y cara hasta las sienes, logrando, un pulso en las arterias más fuerte que llegaba al cerebro, por lo que el enfermo se hallaba dominado por una inclinación sanguinaria e irresistible. La enfermedad se consideraba tan grave como para llegar al homicidio, sin embargo, el paciente, al tranquilizarse, sabía perfectamente cuáles habían sido sus acciones y sentía remordimiento. Posteriormente, Esquirol (1856) definió a la manía de una manera más específica. La consideró un tipo de locura en forma de afección general, ordinariamente crónica y sin fiebre, de las facultades intelectuales, afectivas e instintivas, con exaltación de gran parte de estas, alucinaciones y errores de sentido. La falta de armonía y atención era lo más notable en el delirio de los maníacos; vivían aislados del mundo físico e intelectual, como si estuviesen encerrados en una cámara oscura. Las sensaciones, ideas e imágenes se presentaban a su espíritu sin orden ni concierto, sin poder fijar su atención sobre objetos exteriores con extrema rapidez. Confundían tiempos y espacios y se aproximaban a los lugares más separados y a las personas más extrañas. Asociaban las ideas más disparatadas, con las imágenes más caprichosas y los discursos más extraños. El equilibrio entre las impresiones presentes y pasadas estaba roto.

29 Tanto médicos como abogados recibían en su formación clases de Medicina legal. Biblioteca Histórica José María Lafragua, Colegio del Estado, Planes de estudio, Fondo Adquisición 313-316.

30 La palabra “delirio” proviene del latín “de-lirare”, es decir, “salir del surco al labrar la tierra”. En términos médicos, se refiere a una persona que se sale de los conceptos culturalmente aceptados. Así, el delirio religioso en una persona manifestaba la creencia errónea sobre algún aspecto relacionado con la religión, como ver a santos y a vírgenes o hablar con ellos.

31 No hemos logrado encontrar una definición exacta de este término, pero probablemente sea una expresión coloquial de enfermedad mental.

32 Esquirol (1856) la definió como una enfermedad cerebral, caracterizada por el delirio parcial, crónico, sin fiebre, sostenida por una pasión triste debilitante u opresiva. Dormían poco, la inquietud, el terror, los celos, las alucinaciones los mantenían despiertos. Si se adormecían, su sueño era interrumpido o agitado por pesadillas siniestras que tenían relación con los objetos que causaban su delirio. La locura lipemaniaca, causada por el alcoholismo, se caracterizaba por alucinaciones que se relacionaban con la vista, el oído y el tacto, casi siempre de naturaleza triste y con delirio de persecución (Galindo 1879). Se pensaba que la lipemania duraba algunas semanas, rara vez meses; su terminación común, cuando no se podía evitar el uso del alcohol, era la muerte. Cuando el alcohol no producía desórdenes de con-



ambiciosa, hasta la demencia senil<sup>33</sup> y el delirio de persecución.<sup>34</sup> En este último caso, el individuo que lo padeció se mantuvo con su familia gracias a que, según los médicos, su muerte era inminente, por lo que no fue necesario secuestrarlo.<sup>35</sup>

Resulta muy interesante ver que, en algunos de estos casos, fue la madre o la esposa la que promovió el juicio de interdicción, quedando ellas como tutoras de sus esposos e hijos.<sup>36</sup> El Código Civil de 1884, a diferencia del de 1870, confirió esta tutela forzosamente, primero a los cónyuges, en quienes suponía un amor vivo, el mayor bienestar, prosperidad de la familia y en quienes existía la obligación gracias a la unión matrimonial; y después a los padres, hijos y abuelos gracias al afecto presumía debería de haber entre ellos (Mateos, 1885). Pero en algunos casos la carencia de bienes anulaba el juicio sin importar que fuera la esposa quién lo promoviera. Recordemos que estos juicios tenían como intención prohibir al incapacitado la libre administración de sus bienes, pero si estos no existían, no había nada que prohibir.

Por último, quisiéramos mencionar que de los 28 juicios que revisamos solamente en tres casos se pidió un segundo reconocimiento y este dio el mismo resultado, lo que hace preguntarnos si el hecho de que estas personas permanecieran en custodia de sus familias lo haría innecesario. Para apoyar esto, tomamos a Cristina Sacristán (1998) quien ha propuesto que la medicina tuvo un papel subordinado con relación a la familia que decidía en donde debería de permanecer el enfermo. No obstante, queremos objetar que no solamente era la familia la que tenía ese poder, sino también médicos y jueces podían decidir su futuro, como lo veremos a continuación.

### **Los juicios de interdicción de los que ingresaban a los hospitales para dementes**

Como se dijo anteriormente, durante el Porfiriato sabemos que ingresaron a los hospitales para dementes de Puebla, al menos 1125 personas, de las cuales 249 tienen en su expediente de ingreso la solicitud de interdicción. Hemos podido darnos cuenta que la mayoría de estas peticiones se hicieron a partir de 1903, empero, de las 452 personas que ingresaron hasta 1910, solamente se solicitó en 230 casos, dejando casi a la mitad sin este juicio. Antes de 1903, ingresaron 673 individuos, de los cuales presentan un juicio solo 19. Estos números plantean cuatro interrogantes, ya

---

sideración y que se pudiera evitar su uso, el pronóstico era favorable, pero en los casos en los que las alteraciones eran muy profundas y que no se podía impedir su uso, entonces no era posible detener la marcha destructora y el enfermo sucumbiría.

33 Esta enfermedad se daba solamente en personas de avanzada edad, por lo que su juicio podía estar nublado.

34 Según Bandera (1893), los lipemaniacos y melancólicos eran pasivos, a menos de existir amenaza de suicidio; los idiotas, imbeciles y débiles de espíritu, entre los que estaban los atrofiados de sus facultades, casi nunca eran peligrosos; los que sufrían de delirio parcial, en el que podría entrar el delirio religioso, eran muy peligrosos; los alcohólicos, dependiendo si eran crónicos o agudos, también podían ser peligrosos; y los atacados de delirio de persecución eran muy peligrosos. Los juicios aquí citados están en el *Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Puebla*. Fechas: 26 de junio de 1887, 23 de agosto de 1888, 18 de febrero de 1892, 1 de noviembre de 1892, 29 de agosto de 1893, 8 de noviembre de 1893, 19 de marzo de 1897, 19 de marzo de 1897, 18 de octubre de 1898, 2 de noviembre de 1900, 23 de noviembre de 1900, 27 de noviembre de 1900, 23 de agosto de 1901, 7 de enero de 1902, 1 de mayo de 1903, 21 de octubre de 1904 y 23 de octubre de 1903.

35 *Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Puebla*, 1 de noviembre de 1892.

36 También podía pasar de manera contraria. En el caso de las mujeres tenemos el caso de Emilia G., cuyo juicio fue promovido por su esposo, quedando él como tutor. *Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Puebla*, 10 de marzo de 1887.





que, en primer lugar, a partir de 1903 el incremento en las solicitudes de juicio fue exponencial, en comparación con el período anterior; además, en muchos casos, el que solicitó este juicio fue el médico-administrador de los hospitales para dementes y no la familia (Sacristán, Ríos, Beltrán y Aguas); ¿Cuál fue el criterio para excluir a la mitad de estas solicitudes? y, finalmente ¿Existe una correlación entre necesidad de juicio y estatus socioeconómico?

Sacristán (1996) ha propuesto que, como se ve en el Código Civil de 1884, el juicio tenía la finalidad de preservar los bienes materiales del demente, que sumado al caso de José S., de 1893,<sup>37</sup> en el cual en los comentarios finales se aclaró que no era procedente a falta de bienes que administrar, nos podría hablar el tercer punto. Sin embargo, la falta de promoción de juicios no respondía, añade, únicamente a esto, sino al vacío legal con relación a la locura, dejándolo como un recurso solamente cuando la familia lo considerara pertinente. Pero en el caso de Puebla, no fue la familia la que estaba solicitando el proceso siempre, sino que fue el médico el que lo hizo, lo que nos haría pensar en la necesidad del médico de proteger a sus pacientes (Ríos 2009) o en algún tipo de formalidad que no estuviera incluida en los códigos. Esto también nos haría conjeturar sobre si el criterio del médico respondía a algún interés particular. Sin embargo, lo que sí podemos saber es que aunque se solicitaban estos juicios no todos eran promovidos, lo que sí nos habla del proceso judicial que quizás respondió a la carencia de bienes o a la trascendencia de realizar estos procesos.

En lo que respecta a los anteriores a 1903, solamente tenemos 19 casos de interdicción, de los cuales 13 son de hombres y seis de mujeres, abarcando los años de 1881 a 1888.<sup>38</sup> En ellos, podemos ver que los enfermos ingresaban ya con la interdicción declarada, mientras que a partir de 1903, primero eran internados y después se solicitaba su interdicción. En estos casos, el juicio podía realizarse a los pocos días, meses, años o definitivamente nunca pasar, dejando a estas personas sin un estatus definido en relación con sus bienes, mas no en su calidad de dementes.

También pasaba que, a pesar de padecer alguna enfermedad peligrosa, y de ser formal la declaración de incapacidad, los familiares sustraían a sus enfermos alegando que sería mejor su curación en casa<sup>39</sup> o que los tendrían que llevar al Hospital General por estar en riesgo su salud física.<sup>40</sup> En consecuencia, el Artículo 64 del Reglamento de los hospitales para dementes,<sup>41</sup> fue reformado estableciendo que el administrador no debería permitir la salida de ningún enfermo de los que estuvieran sujetos a interdicción, incluso aunque hubieran sido dados de alta, sin la autorización previa del gobierno. Se argumentaba que muchos enfermos ingresaban en dichos nosocomios teniendo pendientes responsabilidades criminales y si se sacaban al momento de darlos de alta, se privaría a la justicia de actuar.

37 *Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Puebla*, 8 de noviembre de 1893.

38 AGEP, Beneficencia Pública, Hospitales de dementes, Asilados, Expedientes 154, 164, 175, 180, 223, 2046, 2075, 2076, 2077, 2079, 2081, 2092, 2093, 2101, 2109, 2111, 2148 y 2149.

39 AGEP, Beneficencia Pública, Hospitales de dementes, Asilados, Exp. 2076.

40 AGEP, Beneficencia Pública, Hospitales de dementes, Asilados, Exp. 2149.

41 *Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Puebla*, 30 de enero de 1900.



Lo anterior resulta interesante, ya que en muchas ocasiones, a pesar de haber ingresado en los hospitales, los enfermos no contaban con un diagnóstico específico por parte del médico del establecimiento y aunque se hubiera solicitado, ni siquiera se habría iniciado el juicio.<sup>42</sup> Como si esto no fuera suficiente, algunos de los enfermos eran internados en varias ocasiones a lo largo de los años, recibiendo diferentes diagnósticos,<sup>43</sup> lo que resulta significativo, ya que contribuía al debate entre médicos y jueces sobre la peligrosidad de las enfermedades y a la confusión respecto al motivo de internamiento, refiriéndonos a la acción criminal.

Esto lo podemos corroborar directamente en los juicios en los cuales se puede ver que, aparte del problema de diagnóstico que existía directamente en los hospitales cuando los médicos peritos, ya fueran reconocidos psiquiatras o no, realizaban el reconocimiento de los individuos, los dictámenes casi nunca coincidían con los hechos en el hospital. Así, por ejemplo, el juicio de Bibiana M.<sup>44</sup> decía que padecía de locura, mientras que en los hospitales para dementes se decía que estaba afectada por demencia alcohólica. En el de Adela H.<sup>45</sup> se diagnosticó locura histérica con forma de delirio religioso, pero había ingresado por epilepsia. En el de Elena F.<sup>46</sup> los peritos habían dicho que sufría de completa degeneración con pérdida de la memoria y dificultad para la emisión de ideas, pero la habían internado por lipemanía. Margarita M.<sup>47</sup> tenía enajenación sin delirio sistematizado, empero su expediente mencionaba la manía crónica. Antonio M.<sup>48</sup> padecía periencefalitis difusa, pero solo se había considerado como “enfermo” en Santa Rosa. Nicolás G.<sup>49</sup> estaba afectado de delirio de persecución, pero en el hospital tenía parálisis general.<sup>50</sup> Finalmente, Antonio H.<sup>51</sup> solamente estaba afectado de locura, pero en los años de 1895, 1904, 1909 y 1910 se le había diagnosticado parálisis general, lipemanía y epilepsia, recobrando varias veces el uso de razón.

Si buscáramos una explicación a esto, quizás podríamos apoyarnos en Germán Berrios (2013), quien trató de encontrar una respuesta a la transformación de los síntomas y signos de las enfermedades mentales a través de la clínica durante todo el siglo XIX. Este autor se preguntaba ¿Cómo se las arreglaron los alienistas para obtener descripciones estables, basados en observaciones longitudinales de cohortes de pacientes frecuentemente institucionalizados (por tanto, con tendencias al sesgo y con altos niveles de ruido social)? Esto lo responde a través de

42 Estamos hablando del 27% de las mujeres ingresadas en el hospital de San Roque y 37.5% de los hombres que ingresaron al de Santa Rosa.

43 AGEP, Beneficencia Pública, Hospitales de dementes, Asilados, Expedientes: 164, 180, 364, 456, 483, 2093, 2109, 2149, 2438, 2454, 2460, 2470, 2478, 2487, 2504, 2506, 2504, 2506, 2514, 2519, 2548, 2602, 2616, 2619, 2630, 2631, 2641, 2642, 2649, 2652, 2664, 2669, 2670.

44 *Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Puebla*, 14 de diciembre 1900.

45 *Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Puebla*, 9 de enero 1900.

46 *Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Puebla*, 29 de septiembre 1903.

47 *Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Puebla*, 19 de junio 1903.

48 *Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Puebla*, 26 de mayo 1893.

49 *Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Puebla*, 17 de enero 1905.

50 En 1824, Bayle la definió como una asociación de trastornos mentales a manifestaciones neurológicas, que tienen como origen la sífilis (Postel, 2000).

51 *Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Puebla*, 8 de noviembre 1895.



seis variantes: a) las necesidades descriptivas de los jefes de los nuevos asilos y las nuevas cohortes de paciente; b) la disponibilidad de teorías psicológicas que pudieran sostener descripciones estables; c) las cambiantes nociones de los signos y síntomas en medicina; d) la introducción de la sintomatología subjetiva; e) el uso del tiempo como dimensión contextual; y f) el desarrollo de la cuantificación.

De esta manera, los psiquiatras poblanos, ya fuera desde la medicina legal o la psiquiatría, intentaron diagnosticar las enfermedades desde su rama y formación, lo que agregaría mayor confusión a los diagnósticos.<sup>52</sup> Con base en esto, el 13 de septiembre de 1886,<sup>53</sup> en la sesión de la junta directiva de los establecimientos de Beneficencia Pública, se dio un acalorado debate entre sus integrantes en la que se concluyó. Se concluyó que el tener en los hospitales para dementes a personas que no tuvieran algún tipo de enfermedad mental, era el equivalente a robar a los verdaderamente necesitados, por lo que seguramente hubo una confusión constante entre enfermedades y diagnósticos de los que entraban a los nosocomios.

Podemos ver con esto que, si los médicos especialistas en enfermedades mentales tenían problemas, seguramente los médicos-legistas tuvieron más, ya que el reconocimiento se hacía en un solo día para poder rendir el informe al juez. Estas contradicciones propiciaron que tuvieran que apoyarse en un tercero, generalmente el médico de los hospitales para dementes,<sup>54</sup> en el mayordomo o la rectora de los hospitales,<sup>55</sup> o en caso de no estar ya internado, de mandarlo al departamento de observación de los mismos.<sup>56</sup>

Si bien, el Artículo 458 del Código Civil requería la certificación de los médicos, el 388 del Código de Procedimientos, al tratar la prueba pericial, permitía que cuando no hubiera peritos en el lugar de la prueba pudieran ser nombrados, al efecto, personas entendidas aunque cuando no tuvieran el título,<sup>57</sup> lo cual, aparte de todos los mencionados anteriormente, habilitaba también al juez para definir el estado mental de la persona. Todo esto dificultaba el proceso de interdicción, ya que la locura, a decir de algunos autores, no siempre se anunciaba por los síntomas ordinarios, sino también por formas especiales como caprichos, tendencias viciosas o “inclinaciones al mal” (Hidalgo y Carpio, 1877: 205). Por lo tanto, si para el ojo entrenado hemos visto que podía ser difícil dar un diagnóstico atinado, para el que no estaba capacitado seguramente era más complicado.

52 Como podemos ver, este periodo formativo de la Psiquiatría como especialidad estuvo marcado por muchas discusiones y debates entre médicos en cuanto a definición de enfermedades. A partir de 1893, la *Clasificación de las causas de defunción*, hecha por el Dr. Bertillón fue adoptada en varios países, incluyendo México, lo que poco a poco fue creando un lenguaje general entre médicos. Las enfermedades mentales estaban incluidas en las “del sistema nervioso y de los sentidos”; sin embargo, en Puebla esa clasificación no se muestra de manera constante en los expedientes de los enfermos ni en los juicios de interdicción.

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

54 En la mayoría de los casos se llamó al Dr. Rafael Serrano para dar un tercer diagnóstico; él fue director de los hospitales para dementes desde 1885 a 1909.

55 Como pasa en el caso de José de Jesús M. y Adela H. *Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Puebla*, 17 de abril de 1900 y 9 de enero de 1900, respectivamente.

56 Como en el caso de Francisca R., Merced B, Antonio G. y Sábás A. *Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Puebla*, fechas: 1 de mayo 1896, 24 de agosto 1897, 27 de julio 1897, 8 de noviembre 1898.

57 *Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Puebla*, 20 de septiembre 1885.



Ahora bien, independientemente de la familia y el médico, también era obligación del Ministerio Público, gracias al Artículo 457 del Código Civil, el deber pedir la interdicción del demente si no la pedían las personas quienes la ley autorizaba a hacerlo. Quizás esto también podría explicar la gran cantidad de gente que, a pesar de haberse solicitado su juicio, nunca lo tuvo, quizás porque no se daban abasto o por no considerarlo necesario. Por ejemplo, en algunos casos, en particular de personas que tenían varios años internadas y cuyos familiares eran desconocidos, se solicitaba la interdicción. Así, Antonio M.<sup>58</sup> y Gabriel G.<sup>59</sup> entraron en 1891, pero su juicio inició en 1893 y 1894, respectivamente. Bernardo A. se incorporó a Santa Rosa en 1902 y se abrió el caso en 1903.<sup>60</sup> La solicitud de ingreso de Antonio C. es de 1905, pero su juicio se publicó hasta 1906.<sup>61</sup> Adela H. fue llevada en 1888 al hospital de San Roque y su juicio data de 1900.<sup>62</sup> Dolores J. fue internada en 1885, pero su juicio se realizó en 1905.<sup>63</sup> María N. pasó a ser parte de la población del nosocomio en 1895 y su juicio es de 1898.<sup>64</sup> Dolores G., que entró en 1885, pero cuyo juicio empezó hasta 1898.<sup>65</sup> Esto lo podemos corroborar, ya que todos estos pacientes referidos fallecieron en los hospitales para dementes sin que algún familiar reclamara su cuerpo,<sup>66</sup> lo que hace que nos preguntemos si en realidad serían enfermos mentales, indigentes o ambos.

La intervención del Ministerio Público puede que también se haya dado, en algunos casos, gracias a que las familias no querían hacerse cargo de sus enfermos o no tenía los medios para hacerlo. La madre de Rafael M.,<sup>67</sup> por ejemplo, mandó una carta al director del hospital para hombres dementes el 19 de septiembre de 1909 pidiendo que, aunque a su hijo se le hubiera dado de alta, lo retuvieran en el establecimiento debido a que le causaba muchos problemas. Cada vez que ella regresaba del trabajo, los vecinos se quejaban de los berrinches que el enfermo hacía, por lo que ella pedía, a manera de obra de caridad y en nombre de la pobreza que sufría, que no lo dejaran salir. Unos días después, el juez mandó un oficio al hospital diciendo que este tendría que salir porque ya era mayor de edad y ya estaba recuperado de sus males.

En el caso de Antonio R.,<sup>68</sup> su padre solicitó que se quedara en Santa Rosa porque en Tecamachalco, lugar donde vivían, no había un sitio propicio para atenderlo, pero sobre todo porque no tenía los recursos para cuidarlo personalmente. Irónicamente, su hijo ingresó como pensionista, pagando \$4 al mes para su manutención, a pesar de que por su argumento, podría haber solicitado que fuera asilado de gracia.

58 *Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Puebla*, 26 de mayo 1893.

59 *Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Puebla*, 24 de febrero 1894.

60 *Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Puebla*, 20 de octubre de 1903.

61 *Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Puebla*, 30 de enero 1906.

62 *Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Puebla*, 9 de enero 1900.

63 *Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Puebla*, 21 de noviembre de 1905.

64 *Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Puebla*, 15 de noviembre 1898.

65 *Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Puebla*, 23 de septiembre 1898.

66 En esos casos los gastos de defunción corrían a cargo de los hospitales de dementes que los depositaba en quinta clase en el Panteón Municipal.

67 AGEP, Beneficencia Pública, Hospitales de dementes, Asilados, Exp. 2626.

68 AGEP, Beneficencia Pública, Hospitales para dementes, Asilados, Exp. 2456.





Finalmente, tenemos que hablar de los diagnósticos de los sujetos a interdicción que ingresaban en los hospitales para dementes. En las mujeres, las enfermedades más comunes fueron la epilepsia, la histeria y el alcoholismo, que representan el 18.9%, 10.8% y 12.16% respectivamente; mientras que en los hombres lo fueron el alcoholismo, la parálisis general y la manía, con un 16.7%, 11.35% y 3.9%, proporcionalmente. Sin embargo, también hubo casos de lipemanía, delirio de persecución, delirio religioso y peri-encefalitis difusa<sup>69</sup> que también fueron diagnosticadas a los que se quedaron en sus casas. No sabemos cuál haya sido el criterio para que unas personas fueran internadas y otras o no; no obstante, sabemos que ingresaron varias veces al hospital, se haya realizado el juicio o no, a petición de sus familias.<sup>70</sup>

### Los juicios de interdicción de los criminales

Como dijimos anteriormente, si los locos acusados de crímenes no podían ser castigados igual que los culpables ordinarios, debían ser secuestrados en los hospitales para dementes, tanto para la tranquilidad y seguridad de la sociedad como por su propio interés. Esto respondía a los postulados de seguridad y avance social propuestos por el Porfiriato, que buscaba dar el gran salto a la modernidad, dejando atrás el sanitarismo, con el fin de adoptar el nuevo concepto de salud pública (Carrillo, 2002).

Este concepto requería que, en ciertos casos, era necesario primero establecer si se había cometido el crimen por padecer una enfermedad mental y si esta estaba activa o no cuando el individuo lo cometió. Hidalgo y Carpio (1877) propuso que las investigaciones debían extenderse a los locos de instintos irresistibles, es decir, a los que no podían controlar sus acciones; a la locura transitoria, definiéndola como los períodos específicos en que el individuo estaba atacado de esta; a los débiles de espíritu y a los epilépticos. Según este autor, no se podía contradecir que los actos criminales estuvieran influidos por la falta de voluntad, la imperfección física e intelectual del cerebro y la complicación de la locura con la epilepsia. Discutió también la monomanía en sus dos formas más notables: un delirio fijo en una sola idea o a un grupo de ideas, pero todas interconectadas; y la monomanía sin delirio o lesión parcial de la inteligencia, que eran evidencias importantísimas para entender las acciones de los delincuentes que no tenían una explicación bien motivada (Hidalgo y Carpio, 1877).

En cuanto a la responsabilidad de las pasiones,<sup>71</sup> también advirtió que había una mezcla de violencia y voluntad en aquellos delitos cometidos durante los primeros impulsos de una pasión, como la ira, el dolo y el orgullo que, por cegar el entendimiento, arrastraban casi inequívocamente a su perpetración. De aquí que, tales delitos no debían de castigarse con tanta severidad como los que se cometían voluntariamente o con pleno uso de razón, la cual mostraba en sus autores, un corazón corrompido, propenso al mal, que debía castigarse con una pena mayor (Hidalgo y Carpio, 1877).

69 Esta enfermedad también era causada por la sífilis que provocaba una inflamación del cerebro.

70 AGEP, Beneficencia Pública, Hospitales de dementes, Asilados, Expedientes: 2093, 2109, 2111, 2445, 2478, 2519, 2529, 2571, 2589 y 2671.

71 Esquirol (2000) propuso que la alienación mental depende tanto del cambio físico en alguna parte del cuerpo como del espasmo de los principales centros de sensibilidad que producen las pasiones.



En la lección sobre epilepsia que dictó en la Escuela de Medicina de México, Hidalgo y Carpio hizo una gran descripción sobre los síntomas que antecedían al ataque epiléptico, así como los que se daban durante y después de este. Los dividió en cuatro: en el primero, llamado tetánico o tónico, se notaba la palidez inicial de la cara, la rigidez de los músculos, la suspensión de la respiración y la hinchazón de las venas; en el segundo, nombrado espasmódico o clónico, se daba un espasmo clónico caracterizado por contracciones musculares, se regresaba a la respiración normal, reaparecía la saliva, se daba una insensibilidad de la pupila y el desarrollo normal del pulso, durante uno o dos minutos; el tercero, en forma de ronquido, palidez de la cara, descomposición del semblante, que duraba de tres a ocho minutos; y finalmente, el cuarto, en el que se retornaba a la sensibilidad y a la inteligencia normal (Hidalgo y Carpio, 1870). Su objetivo principal fue descubrir la epilepsia simulada por medio de síntomas que ni el doctor mejor informado sobre la enfermedad podría imitar:

Los que simulan la epilepsia la hacen subir generalmente á (*sic*) una época reciente, y si aciertan á referirla á alguna de las causas que la producen realmente, como á una herida de cabeza, se encuentra que la cicatriz que manifiestan es superficial y no adherente ni profundiza hasta el hueso.

Simulan la forma convulsiva grave, por ser la que han tenido ocasión de observar y conocer con el nombre de epilepsia, dejándose caer delante de las personas á quienes tienen interés de engañar. El modo de su caída nunca es de cara ni de una pieza, sino que van dejándose caer de manera que se maltrate su cuerpo lo menos posible, evitando los lugares peligrosos y la inmediación á los precipicios.

Las convulsiones y las contracciones tetánicas que simulan son generales y de larga duración, pero nunca más notables de un solo lado del cuerpo ni se acompañan del estremecimiento fibrilar de los músculos. El color de la cara tampoco pasa de la palidez lipotímica (que no puede simularse) á la lividez ó amoratamiento, sino únicamente del color natural al rojo propio de la cara de una persona que se entrega á violentos esfuerzos. No dan grito alguno al caer, ó (*sic*) dan varios sucesivos. Si suspenden la respiración no es más que por un momento é (*sic*) incompletamente, más nunca pueden simular que aquella necesidad instintiva de aspirar el aire que aparece en el que se ve amenazado de muerte por asfixia. El pulso del simulador es frecuente y desenvuelto, precisamente en que sucede todo lo contrario en el verdadero epiléptico (Hidalgo y Carpio, 1870: 139).

Al separar los síntomas simulados de los verdaderos, el médico-legista se encontraba en la posibilidad de establecer el grado de responsabilidad del enfermo-criminal. En consecuencia, era posible asentar que siempre que un epiléptico cometía un acto reprobado bajo la influencia de esa perturbación mental habitual, no era responsable al mismo grado, ni debería ser castigado con la misma severidad que debía de serlo en igualdad de circunstancias un hombre en pleno uso de sus facultades mentales.

Siguiendo esta directriz, Pilar Sánchez (1891) distinguió dos tipos de responsabilidades: la absoluta, como el período en el que no se presentaba el ataque y que hacía que el individuo fuera más o menos lúcido; y el de predisposición, incompleta o atenuada, es decir, en los períodos de remisión casi completa y la convalecencia posterior. De todo esto se puede deducir que no era posible entender un “estado mental general” (p. 39) de los epilépticos y para determinar su responsabilidad, en cada caso, debía ser examinado y juzgado individualmente. Quizás el único factor común que se podía reconocer era que, para un mismo epiléptico, su responsabilidad era periódica, al igual que su enfermedad, pudiendo implicar hasta cierto grado, el tipo de culpabilidad al que era acreedor. De esta manera, este médico contribuía al debate en torno a estos individuos que, a decir de la sociedad, podían ser completamente responsables o quedar impunes fácilmente de sus actos.



El Código Civil, hacía una diferenciación de circunstancias a la hora de determinar la responsabilidad criminal: el primero estaba relacionado con violar la ley en un estado en el que no se pudiera diferenciar la ilicitud del hecho; el segundo, era que existiera sospecha de estar afectado mentalmente; y el tercero, se consideraba atenuante -o que disminuía la responsabilidad- al violar una ley hallándose en estado de enajenación mental, si esta no quitaba enteramente al infractor su libertad o el conocimiento de la ilicitud de la infracción (Sánchez, 1891).

En 1893, Secundino Sosa publicó en la *Gaceta Médica de México* un trabajo para concursar por una vacante en la Sección de Medicina Legal. La responsabilidad en los epilépticos se estudió con base en la división de los actos, según la Medicina Legal. Los actos pasionales y los extravagantes, que pertenecían al elemento psíquico, estaban relacionados con dos tipos de personas: los criminales a los pasionales y los extravagantes a los locos.<sup>72</sup> Siguiendo esta lógica, cuando se analizaban las acciones criminales de una persona que iban en contra de la lógica del crimen era necesario indagar, primero, sobre los antecedentes de carácter y neuropáticos que se heredaban de la familia, ayudándose para su diagnóstico con el criterio y la experiencia del médico (Sosa, 1893).

Con esto, los criminales, cuya interdicción se promovió durante el Porfiriato en Puebla, fueron procesados por delitos que iban más allá de la lógica -según los médicos- como la violación, el robo, el homicidio o el incendio de edificios. Por ejemplo: Geudiel A.,<sup>73</sup> que ingresó varias veces entre 1884 y 1886, fue acusado de violación. Sin embargo, se argumentaba que el delito lo había cometido en estado de enajenación, por lo cual era peligroso hasta para sí mismo. A pesar de haber quedado varias veces en “observación”, los diagnósticos que obtuvo cada vez que ingresó fueron: desde el simple “demente” y “enfermo” hasta la manía aguda, el delirio religioso o la epilepsia, quedando varias veces a disposición del juez mientras se declaraba su interdicción. No sabemos cómo fue posible que entrara y saliera cinco veces sin que se decidiera su peligrosidad, pero esto estuvo relacionado con la confusión respecto a la definición de las enfermedades diagnosticadas, cuánto tiempo haya estado en observación, quién la hiciera y -quizás también- con la decisión de su familia.

Guadalupe M.<sup>74</sup> también fue acusado de “delitos contra el pudor” en contra de su propia hija. El tío materno de esta abrió un proceso legal argumentando que pudo detenerlo justo antes de que cometiera el acto, pero que no era posible que un padre cometiera tal perjurio en contra de su propia sangre. Este individuo, que presentaba alcoholismo, padecía alucinaciones de la vista y del oído, así como ataques nerviosos; también, sufría de una enajenación en la forma de delirio de persecución, la cual era muy peligrosa. Por sus alucinaciones decía que era propietario de varios terrenos y que por eso lo persiguieron y querían encerrarlo, por tal motivo se había vuelto muy violento. En el momento de hacer el reconocimiento médico para su interdicción, los médicos Manuel Vergara e Ignacio Farquet opinaron que era un alcohólico inveterado -es decir, que sufría la enfer-

72 Los actos pasionales eran producto de la excitación de los centros de sensibilidad nerviosa del cuerpo, mientras que los extravagantes lo eran de la mente.

73 AGEF, Beneficencia Pública, Hospitales de dementes, Asilados, Exp.2093.

74 *Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Puebla*, 11 de diciembre de 1900.



medad desde hace mucho tiempo-, pero al preguntar al mayordomo del hospital de Santa Rosa, este dijo que veía constantemente animales que lo espantaban y que en el hospital escuchaba la voz de Modesto Palacios, quien venía de Tepeji a la azotea para insultarlo y cobrarle las medicinas. En este caso, tenemos muchos síntomas de enfermedad mental que pudieron ser confundidos según el observador, el momento y el lugar en el que se hiciera el reconocimiento. No obstante, para todos, cualquiera de estos síntomas lo podría colocar en diferente nivel de amenaza.

Empero, la peligrosidad no la determinaban únicamente los médicos. En el caso de Esteban R.<sup>75</sup> que fue acusado de homicidio, se trajo a dos testigos que relataron que, poco a poco, se fue notando, un par de años atrás, cómo iba perdiendo la razón. Con base en esto, los médicos, cuando hicieron el peritaje, confirmaron que ya estaba en completo estado de enajenación mental en el momento de cometer el crimen, por lo que se declaró inmediatamente la interdicción y, a pesar de la insistencia de la familia, se confirmó que debería permanecer en el hospital para dementes por su peligrosidad. Lo mismo pasó con Lorenzo L.,<sup>76</sup> reo por el homicidio de Genoveva J., y Epifanio C.,<sup>77</sup> acusado de incendio. Ambas incapacidades se dieron en respuesta a testigos que decían que, a la hora de cometer los delitos, ya estaban en estado de enajenación, por demencia el primero y por delirio alcohólico el segundo. De tal manera que, aunque ninguno de los testigos tenía una preparación médica, sus observaciones tenían un peso muy fuerte a la hora de definir la enajenación mental.

En algunas ocasiones, los reos y sus defensores alegaban enajenación mental en los juicios en su contra, ya que esto los exculpaba del delito y, al menos, en lugar de terminar en la cárcel terminarían en los hospitales. Por ejemplo: aunque Emilio G.,<sup>78</sup> Manuel T.<sup>79</sup> y Domingo G.<sup>80</sup> arguyeron demencia a su favor, el reconocimiento de los peritos concluyó que no eran incapacitados y que su proceso legal debería continuar. El homicidio cometido por Manuel T. en contra de Concepción Q., por ejemplo, lo llevó a pasar muchos años en la cárcel a pesar de que en su juicio de interdicción hubo un gran debate entre los médicos que alegaban que nunca había tenido enajenación mental, y por el otro, que tenía locura moral declarada y esta lo había motivado para asesinar.

## **Conclusiones**

El juicio de interdicción fue un recurso legal que la familia -o el Ministerio Público en caso de carecer de esta- interponía para asignar la tutela, la guarda de la persona y la administración de los bienes de un individuo. No obstante, a menudo estos juicios desencadenaban un debate entre médicos y jueces, ya que, a pesar de contar con un diagnóstico hecho por médicos-legistas y especialistas en enfermedades mentales, el que decidía la responsabilidad o incapacidad del sujeto era el juez. Así, la declaración de incapacidad del individuo, aunque dependía directamente del

75 *Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Puebla*, 19 de junio 1900.

76 *Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Puebla*, 17 de agosto de 1890.

77 AGEP, Beneficencia Pública, Hospitales de dementes, Asilados, Exp. 2531.

78 *Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Puebla*, 27 de octubre 1887.

79 *Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Puebla*, 19 de julio 1888.

80 AGEP, Beneficencia Pública, Hospitales de dementes, Asilados, Exp.2454.





juez, también se apoyaba de varias personas como médicos-legistas y médicos alienistas, tutor y curador, y a veces hasta testigos que tenían que estar de acuerdo con el juez para poder definir el estado de salud mental de la persona.

De tal manera que, no todos los que pasaban por un juicio de interdicción terminaban en los hospitales para dementes, ya que muchos permanecían con sus familias gracias a que la enfermedad no se consideraba peligrosa o simplemente porque las familias así lo solicitaban. Otros, por lo contrario, eran internados en los hospitales para dementes en donde recibirían tratamiento para su curación. No obstante, en muchas ocasiones, a pesar de haber ingresado en los hospitales, los enfermos no contaban con un diagnóstico específico por parte del médico del establecimiento aunque se hubiera solicitado. Podemos ver con esto que, si los médicos especialistas en enfermedades mentales tenían problemas, seguramente los médicos-legistas que participaban en el juicio de interdicción, tuvieron más, ya que el reconocimiento se hacía en un solo día para poder rendir el informe al juez.

Ahora bien, independientemente de la familia, también era obligación del Ministerio Público, gracias al Artículo 457 del Código Civil, el deber pedir la interdicción del demente si no la pedían las personas quienes la ley autorizaba a hacerlo. Esto, tal vez también se haya dado en algunos casos debido a que las familias no querían hacerse cargo de sus enfermos o no tenía los medios para hacerlo. En los juicios de interdicción que hemos revisado y en los expedientes de ingreso en los hospitales para dementes, hemos corroborado que unos y otros podían solicitar el juicio, pero es principalmente, a partir de 1903, que al ingresar aumentan las solicitudes para que esto ocurriera y que venían directamente del director de los hospitales.

Al mismo tiempo, los juicios de interdicción también se enfocaban en determinar la responsabilidad de los criminales. Según esto, si los locos acusados de crímenes no podían ser castigados como los culpables ordinarios, debían ser internados por su propio interés y para la tranquilidad y seguridad de la sociedad. Para que esto sucediera era necesario establecer primeramente si habían cometido el crimen por padecer una enfermedad mental y si esta se hallaba activa o no cuando lo cometieron. Esto se debe a que, en algunas ocasiones, los reos y sus defensores alegaban enajenación mental en los juicios en su contra, buscando exculparlos del delito y en lugar de terminar en la cárcel, permanecieran en los hospitales. ☯



## Referencias

- AGOSTONI, CLAUDIA (2002). “Discurso médico, cultura higiénica y la mujer en la ciudad de México al cambio de siglo (XIX-XX)”. En: *Estudios Mexicanos*. Núm.18. AYALA, HUBONOR (2007). *Salvaguardar el orden social. El manicomio del estado de Veracruz (1883-1920)*. Zamora: El Colegio de Michoacán.
- BANDERA, J. M. (1891). “Medicina legal. Los locos dañosos”. *Gaceta Médica Periódico de la Academia Nacional de Medicina de México* (1 de abril), Tomo 26.
- BELTRÁN, VICTORIA (2014). *El juicio familiar: Calificación y asignación social de la locura, México, 1910-1930*. Tesis de licenciatura inédita, UNAM, México.
- BERRIOS, GERMÁN (2013). *Historia de los síntomas de los trastornos mentales. La psicopatología descriptiva desde el siglo XIX*. México: Fondo de Cultura Económica.
- BOJALIL, ANDREÉ (2013). *El desarrollo de la psiquiatría en Puebla en el siglo XIX y principios del XX*. Tesis de doctorado inédita, Universidad Iberoamericana, México.
- BRIGGS, LAURA (2000). “The Race of Hysteria: Overcivilization and the Savage, Woman in Late Nineteenth-Century Obstetrics and Gynecology”. En: *American Quarterly*. Núm. 52.
- CARRILLO, ANA MARÍA (2002). “Economía, política y salud pública en el México porfiriano (1876-1910)”. En: *Manguinhos*. Vol. 9.
- Código de Procedimientos Civiles* (1884). Puebla: Imprenta del Hospicio.
- CORRAL, EDUARDO (1882). *Algunas consideraciones médico- legales sobre la responsabilidad criminal de los epilépticos*. Tesis, Escuela Nacional de Medicina, México: Tipografía de Barrueco Hermanos.
- DIDI- HUBERMAN, GEORGES (2007). *La invención de la histeria. Charcot y la iconografía fotográfica de la Salpêtrière*. Madrid: Ediciones Cátedra.
- ESQUIROL, ÉTIENNE (2000). *Sobre las pasiones*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- (1856). *Tratado completo de las enajenaciones mentales, consideradas bajo su aspecto médico, higiénico y médico legal*. Madrid: Librería de Don León de Pablo Villaverde.
- ESQUIROL, E y E.K. HUNT (1845). *Mental Maladies: A Treatise on Insanity*. Philadelphia: Lea and Blanchard.
- FOUCAULT, MICHEL (2005). *El poder psiquiátrico*. Madrid: Ediciones Akal.
- FREEDMAN, ESTELLE (1982). “Sexuality in Nineteenth-Century America: Behavior, Ideology, and Politics”. En: *Reviews in American History*. Núm. 10.



- GALINDO, JOSÉ AGUSTÍN (1879). *Apuntes sobre el alcoholismo. Tesis que presenta al jurado calificador, en su examen profesional, el alumno José Agustín Galindo*. Tesis, Puebla: Imprenta del Hospital General.
- GARCÍA, LUIS MIGUEL (2005). “Ramón y Cajal y la neurociencia del siglo XXI”. Recuperado de <http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/0/1583/16/1v0n1583a13081799pdf001.pdf>
- GORBACH, FRIDA (2007). “El encuentro de un monstruo y una histérica. Una imagen para México a finales del siglo XIX”. En: *Debates*. Recuperado de <http://nuevomundo.revues.org/index3123.html>
- (2008). “Los caprichos de la histeria: cuadros para una identidad”. En: *Historia y Grafía*. Núm. 31.
  - (2013). “Salir del difusionismo”. En: *Maguare*. Núm. 27.
- GORBACH, FRIDA y MATTHEW TRAIN (2005). “From the Uterus to the Brain: Images of Hysteria in Nineteenth-Century Mexico”. En: *Feminist Review*. Núm. 79.
- GRASSET, J. (1880). *Enfermedades del sistema nervioso*. Barcelona: Imprenta Peninsular.
- GUERRERO, JULIO (1901). *La génesis del crimen en México*. México: Librería de la Vda. De CH. Bouret.
- HIDALGO, FERNANDO (2016). *La locura en Aguascalientes y sus cuatro estados de influencia durante el porfiriato*. Tesis de doctorado inédita, Universidad Autónoma de Aguascalientes, Aguascalientes.
- HIDALGO Y CARPIO, LUIS (1870). “Medicina legal. Lecciones sobre Epilepsia, considerada bajo el punto de vista de la Medicina legal, dadas en la Escuela de Medicina de México por el profesor del ramo, D. Luis Hidalgo y Carpio, los días 20 y 22 de Setiembre de 1869”. *Gaceta Médica de México* (junio), Tomo 5.
- (1877). *Compendio de medicina legal arreglado a la legislación del Distrito Federal*. México: Imprenta de Ignacio Escalante.
- HUERTAS, RAFAEL (2014). *¿Qué sabemos de la locura?* Madrid: Catarata.
- LIBBRECHT, KATRIEN (1995). *Hysterical psychosis: a historical survey*. Londres: Transaction Publishers.
- Ley de Ingresos y Egresos* (1884). Puebla: Imprenta del Hospicio.
- Ley Orgánica Electoral* (1883). Puebla: Imprenta del Hospicio.
- Ley Orgánica del Poder Judicial del Estado* (1883). Puebla: Imprenta del Hospicio.
- Ley para elecciones de Diputados y Senadores al Congreso de la Unión* (1882). Puebla: Imprenta del Hospicio.



- MATA, PEDRO (1858). *Tratado de la razón humana*. Chamberi: Imprenta de Bailly- Bailliere.
- MATEOS, MANUEL (1885). *Estudios sobre el Código Civil del Distrito Federal*. México: Librería de J. Valdés y Cueva.
- MICALE, MARK (1993). “On the disappearance of Hysteria: A Study in the Clinical Deconstruction of a Diagnosis”. En: *Isis*. Núm. 84.
- MORANTZ, REGINA y SUE ZSCHOCHE (1980). “Professionalism, Feminism, and Gender Roles: A Comparative Study of Nineteenth-Century Medical Therapeutics”. En: *The Journal of American History*. Núm.67.
- MOREL, BENEDICT (1860). *Traité des maladies mentales*, París.
- MUNGUÍA, ESTELA (2010). *Puebla. Algunos capítulos de su historia educativa*. Puebla: BUAP.
- OLVERA, JOSÉ (1889). “Medicina Legal. Examen de los reos presuntos de locura”. *Gaceta Médica de México. Periódico de la Academia Nacional de Medicina de México*. (1 de febrero), Tomo 24, Núm. 3.
- ORTEGA, MANUEL (1896). *La medicina legal y el médico legista. Pequeña memoria presentada al 2º congreso México Pan- americano en Noviembre de 1896*. México: Oficina tipográfica de la Secretaría de Fomento.
- PARRA, PORFIRIO (1892). “Medicina Legal. Irresponsabilidad criminal fundada en un impulso de naturaleza patológica de causa pasional”. *Gaceta Médica de México. Periódico de la Academia Nacional de Medicina de México*, Tomo 27.
- (1895). “¿Según la Psiquiatría, puede admitirse la responsabilidad parcial o atenuada? En: *Primer Concurso Científico Mexicano*. México: Oficina Tip. De la Secretaría de Fomento.
- PÉREZ MONTFORT, RICARDO (2016). *Tolerancia y Prohibición*. México: Debate.
- PICCATO, PABLO (1995). “El Paso de Venus por el disco del sol. Criminality and Alcoholism in the Late Porfiriato”. *Historia Mexicana*. Vol. 47, Núm.1.
- (1997). “La construcción de una perspectiva científica: miradas porfirianas a la criminalidad”. En: *Estudios Mexicanos*. Núm.11.
- PINEL, PHILIPPE (1804). *Traité Médico-Philosophique sur l’aliénation mentale*. Paris: J.A. Brosson.
- PONCE, FERNANDO (1911). *El alcoholismo en México*. México: Antigua Imprenta de Murguía.
- POSTEL, JACQUES (2000). “La parálisis general”. En: *Nueva Historia de la Psiquiatría*. México: Fondo de Cultura Económica.
- POSTEL, JACQUES y CLAUDE QUÉTEL (2000). “El avance de la creciente alienación alcohólica”. En: *Nueva Historia de la Psiquiatría*. México: Fondo de Cultura Económica.





*Reglamento de Beneficencia Pública* (1877). Puebla: Imprenta del Hospicio.

*Reglamento para los Hospitales de dementes* (1883). Puebla: Imprenta del Hospicio.

*Reglamento Interior de la Escuela de Artes y Oficios* (1886). Puebla: Imprenta del Hospicio.

*Reglamento para el Orfanatorio* (1883). Puebla: Imprenta del Hospicio.

RÍOS, ANDRÉS (2009). *La locura durante la Revolución Mexicana, los primeros años del Manicomio General La Castañeda, 1910-1920*. México: El Colegio de México.

ROMÁN, ALBERTO (1898). *Responsabilidad legal en las personas afectadas de histeria*. Tesis, México.

ROUGMANAC, CARLOS (1904). *Los criminales en México: ensayo de psicología criminal*. México: El Fénix.

SACRISTÁN, CRISTINA (1996). “¿Quién puede tutelar a un incapaz? Su evolución jurídica desde el derecho romano hasta la codificación “. En: *Ateliers. Antropología e historia. Reflexión en torno a los cinco continentes*. Núm. 17.

- (1998). “¿Quién me metió en el manicomio? El internamiento de enfermos mentales en México, siglos XIX y XX”. En: *Relaciones*. Núm. 74.
- (2002). “Entre curar y contener. La psiquiatría mexicana ante el desamparo jurídico, 1870-1944”. En: *Frenia*. Vol. II.

SÁNCHEZ, PILAR (1891). *Algunas consideraciones sobre la responsabilidad criminal del epiléptico*. Tesis, México: Imprenta y encuadernación de “La Patria”, callejón de Santa Clara 6.

SÁNCHEZ, TRINIDAD (1896). *El alcoholismo en la República Mexicana. Discurso pronunciado en la sesión solemne que celebraron las Sociedades Científicas y Literarias de la Nación, el día 5 de Junio de 1896*. México: Imprenta del Sagrado Corazón de Jesús.

*Código Civil del Distrito Federal y territorio de la Baja-California, adoptado al Estado de Puebla* (1884). Puebla: T. F. Neve y comp.

SOSA, SECUNDINO (1893). “La responsabilidad en los epilépticos”. En: *Gaceta Médica de México*, (1 de febrero), pp.96-106.

- (1895). “Valor de los dictámenes médicos en los casos de irresponsabilidad criminal y de incapacidad por trastornos mentales. Discurso pronunciado en la sesión del día 15 de julio de 1895, por el Sr. Dr. D. Secundino E. Sosa”. En: *Primer Concurso Científico Mexicano*. México: Oficina Tip. De la Secretaría de Fomento.

VICENCIO, DANIEL (2014). “Locos criminales en los años del Porfiriato. Los discursos científicos frente a la realidad clínica, 1895-1910”. En: *Estudios de historia moderna y contemporánea de México*. Vol.47.



ZAMARRIPA, JOAQUÍN (1892). *Contribución al estudio médico- legal de los alienados*. Tesis, México: Tip. de la Escuela Industrial de Huérfanos.

**Contacto de la colaboradora:**

André Bojalil Daou < andree.bojalil@gmail.com >

