

## Los retos urbano-arquitectónicos en la edificación del Manicomio General, el primero de la modernidad en México (1881-1916)

### The urban-architectural challenges in the construction of the General Insane Asylum, the first of modernity in Mexico (1881-1916)

Consuelo Córdoba Flores<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Universidad Autónoma Metropolitana-Azcapotzalco, División de Ciencias y Artes para el Diseño, Departamento: Departamento de Evaluación del Diseño en el Tiempo, Ciudad de México, México, shake@azc.uam.mx, ORCID: 0000-0001-7970-450X<sup>1</sup>

**Artículo. Recibido:** 2023/07/14 | **Aprobado:** 2023/10/28

**Resumen:** Uno de los importantes progresos de la medicina de finales del siglo XIX y principios del XX fueron los estudios sobre el sistema nervioso en relación con las enfermedades mentales. Desde ese nuevo conocimiento no solo se amplió y precisó su clasificación, también se propusieron nuevos tratamientos aplicados en dos modalidades: integrando a los pacientes en la vida cotidiana de una comunidad, o bien, mediante el confinamiento en instituciones de salud mental. En ese contexto, el alienismo y el *higienismo* se conjugaron para redefinir los cánones para el diseño y gestión de manicomios, organizados con base en el pabellón. El nuevo paradigma se propagó en Europa y permeó en el continente americano, emergiendo variados arquetipos arquitectónicos. Este trabajo versa sobre las vicisitudes experimentadas entre 1881 y 1916 para construir el primer hospital de salud mental moderno de México, conocido popularmente como el Manicomio General La Castañeda. Se analizan las diferentes perspectivas del alienismo norteamericano y del alienismo francés durante la selección del modelo arquitectónico a seguir en el diseño del proyecto, así como los diversos acondicionamientos de la infraestructura sanitaria requeridos para su funcionamiento una vez edificado.

**Palabras clave:** alienismo; *higienismo*; pabellón; porfirato; procesos de urbanización.

**Abstract:** One of the significant advances in medicine of the late 19th and early 20th centuries were studies on the nervous system in relation to mental illnesses. From this new knowledge, not only was its classification expanded and specified, new treatments applied in two modalities were also proposed: integrating patients into the daily life of a community, or through confinement in mental health institutions. In this context, alienism and *hygienism* were concatenated to redefine the canons for the design and management of asylums, organized based on the pavilion. The new paradigm spread in Europe and permeated the American continent, emerging various architectural archetypes. This work deals with the vicissitudes experienced between 1881 and 1916 to build the first modern mental health hospital in Mexico, popularly known as the La Castañeda General Insane Asylum. The different perspectives of North American alienism and French alienism are analyzed during the selection of the architectural model to follow in the design of the project, as well as the various conditioning of the health infrastructure required for its operation once built.

**Keywords:** alienism; hygienism; pavilion; porphyrite; urbanization processes.

<sup>1</sup> Doctora en Diseño y Estudios Urbanos, en el Programa de Historia Urbana y Arquitecta de profesión por la Universidad Autónoma Metropolitana, donde es profesora de tiempo completo. Su investigación aborda las áreas de historia de la ciencia y la medicina en México, historia de la planeación urbana, diagnosis urbana para la recuperación de los espacios públicos y de los procesos de enseñanza-aprendizaje del diseño. Forma parte del Sistema Nacional de Investigadoras e Investigadores (SNI), del Consejo Nacional de Humanidades, Ciencias y Tecnologías (CONAHCYT).

## Introducción

“Los médicos eran entonces, en cierta medida especialistas del espacio. Planteaban cuatro problemas fundamentales: el de los emplazamientos (...) el de las coexistencias (...) el de las residencias (...) el de los desplazamientos”

Foucault (1979, p. 13)

La atención de las afecciones mentales desde sus orígenes se relacionó con la astrología, la magia y la religión, practicándose diversos tratamientos, desde los ejercicios físicos y la hidroterapia hasta exorcismos, trepanaciones, el aislamiento y el sometimiento. En México, durante la época prehispánica, las enfermedades mentales fueron asociadas con fuerzas externas al ser humano, creencia que cambió después de la Conquista al heredarse los cánones de la cultura clásica y del cristianismo que consideraban los padecimientos mentales como males espirituales, restringiendo su tratamiento al encierro, a la sujeción mecánica y a la sumersión en agua fría.

En la Ciudad de México, entre 1566 y 1567, se estableció el primer manicomio de América, el Hospital de San Hipólito para tratar a los hombres alienados, mientras que el Hospital del Divino Salvador, nombrado también de la Canoa (1699), se fundó para la atención de las mujeres dementes. A mediados del siglo XIX, Joaquín García Icazbalceta inspeccionó las condiciones de los establecimientos hospitalarios y de asistencia pública de la Ciudad de México, acentuando la necesidad de construir nuevas edificaciones para la atención de los alienados, dada la demanda creciente de sus servicios (Icazbalceta, 1864).

Para ese momento, y como consecuencia de la Ilustración, los hallazgos de los alienistas sobre la fisiología del sistema nervioso revelaron el vínculo entre sus afectaciones con las enfermedades mentales, posibilitando precisar y ampliar su clasificación. Asimismo, los alienistas decimonónicos propusieron una terapéutica conocida como tratamiento moral, basada en el trato humanitario de los pacientes, supliéndose el sometimiento de los enfermos mediante aparatos, sujeción y abusos, por la integración vigilada en la vida cotidiana o por el confinamiento en instituciones de salud mental. Simultáneamente, la ideología del *higienismo* se hallaba propugnando y procurando la salud en las ciudades y, apoyándose en los avances de la medicina moderna, se estableció un nuevo orden urbano-arquitectónico para los espacios hospitalarios, entre ellos, los manicomios.

El *higienismo* y el *alienismo* se propagaron en Europa y su eco permeó con pujanza en América hasta la segunda mitad del siglo XIX, razón por la que se planteó edificar el Manicomio General en la huerta del convento de San Ángel, en la Ciudad de México, ya desde 1865. Por lo tanto, el primer proyecto data de 1865, formulado por el doctor Miguel Alvarado, quien para ese entonces era director del Hospital de San Hipólito y del Hospital del Divino Salvador.

El régimen del presidente Porfirio Díaz Mori y su aspiración de progreso y modernización halló convergencia en el pensamiento higienista. Por ello promovió impetuosamente la creación de amplias avenidas arboladas, parques, jardines y plazas públicas. También dio continuidad a los proyectos del abasto del agua potable y del desagüe del Valle de México e impulsó en gran medida grandes proyectos de obra pública, de entre ellos los equipamientos de salud. Por esa razón, una vez que llegó a la presidencia en 1877, centralizó los servicios hospitalarios y asistenciales, reestructurando la Beneficencia Pública.

Bajo el periodo porfiriano, empero durante el gobierno del presidente Manuel González Flores, se ordenó en 1881 la construcción de las tres primeras instituciones de salud modernas del país en la Ciudad de México: el Hospital General de México en 1905, el Hospicio de niños en 1905, y el Manicomio General en 1910 (Secretaría de Gobernación, 1881, s.n.p.). Por ende, el segundo proyecto del Manicomio General se realizó en 1881 y estaba destinado a edificarse en el rancho San José. Estuvo a cargo del doctor Miguel Alvarado en conjunto con los doctores Juan Govantes y Eduardo Liceaga. En la misma coyuntura, el doctor Román Ramírez formuló el tercer proyecto en 1884.

En 1896, los doctores Antonio Romero y Samuel Morales Pereyra, en colaboración con el ingeniero Luis León de la Barra Quijano, concibieron el cuarto proyecto. El quinto proyecto, que fue el perentorio, lo diseñó el ingeniero Salvador Echegaray en 1905, edificándose en los terrenos de la antigua huerta La Castañeda. Es por esta razón que ha sido tradicionalmente conocido como Manicomio La Castañeda.

En esta investigación se analiza, dentro del periodo de 1881 a 1916, las implicaciones urbano-arquitectónicas para concretar la edificación del primer manicomio de la modernidad en México. En primer lugar, la elección de los médicos mexicanos para poner en práctica el tratamiento moral, el cual se encontraba en boga. En segundo lugar, la selección del arquetipo arquitectónico de manicomios, entre el modelo norteamericano y el modelo francés. Por último, las vicisitudes afrontadas para dotar de la infraestructura sanitaria necesaria a una zona lejana del tejido de los servicios urbanos de la

Ciudad de México, para la instalación de un equipamiento de salud de gran envergadura.

## Método y materiales

Los cuestionamientos de los que parte este estudio son: ¿Por qué se decidió en México atender los padecimientos mentales mediante el tratamiento moral en manicomios?, ¿cuáles fueron las teorías alienistas analizadas y los modelos arquitectónicos de manicomios examinados para la formulación del proyecto del Manicomio General de la Ciudad de México?, y ¿cuáles fueron los retos afrontados para poder edificar y hacer funcionar el Manicomio General? Para contestar estas interrogantes primeramente y como marco teórico, se esboza el cambio de paradigma en cuanto al tratamiento de la locura con el surgimiento del alienismo, el cual convergió con el *higienismo*. Lo anterior como preámbulo para tratar las directrices que fueron discutidas entre los médicos mexicanos en los proyectos de 1881, 1884 y 1896 sobre la organización y funcionamiento de manicomios y el tipo de tratamiento adecuado al contexto mexicano.

Enseguida, se examinan las disposiciones urbano-arquitectónicas basadas en el pabellón, emanadas de la dupla *higienismo*-alienismo. Se focaliza la selección de los manicomios modélicos del alienismo norteamericano expresa en el proyecto de 1884 y después, del alienismo francés, presentada y argumentada en el proyecto de 1896. Después, se comparan las cualidades de dichos modelos arquitectónicos, para argumentar las inferencias sobre la preferencia de los médicos mexicanos por el arquetipo del alienismo francés, plasmadas en el proyecto de 1896 y materializadas, aunque con variantes en la organización de los pabellones, en el proyecto definitivo de 1905.

Para tratar precisiones de los cinco proyectos arquitectónicos frente a la escasa y, en ocasiones, incompleta información de planos y de memorias descriptivas, se compila la información por medio de fuentes primarias, tales como documentos resguardados en archivos, fotografías históricas y reportajes de revistas de esa época. Por último y de igual modo con base en fuentes primarias archivísticas, se analiza cómo se resolvieron los problemas suscitados durante su construcción, por la falta de redes eléctricas, hidráulicas y sanitarias, al insertarse esta nueva institución en una localidad lejana a la Ciudad de México, donde la instalación de los servicios urbanos llegaría con dilación hasta 1916.

## Marco teórico

### El pabellón como arquetipo arquitectónico de manicomios

Durante el Renacimiento, la filosofía de la naturaleza, como conocimiento del mundo, empezó a dissociarse de la religión, hallando su culmen y plena separación durante la Ilustración (Outram, 2009, pp. 122-123). Desde esta revolución científica, los descubrimientos sobre la fisiología del sistema nervioso posibilitaron comprender su relación con las afecciones mentales. En ese contexto surgió el alienismo<sup>2</sup> como la disciplina médica que desde el ocaso del siglo XVIII se ocupó del diagnóstico y tratamiento de los padecimientos mentales. Si bien se le atribuye al francés Philippe Pinel (1745-1826) el origen del alienismo, en realidad el surgimiento de esta especialidad respondió a un proceso que se estaba desarrollando en toda Europa, con aportes de otros alienistas, de los que destacan Vincenzo Chiaruggi, Joseph Daquin, J. Theodor Held, Johann Christian Reil, F. Sabler y William Tuke (Stagnaro, 2015).

Una vez que los alienistas pudieron identificar el vínculo entre las enfermedades neurológicas y mentales, establecieron nuevas clasificaciones más precisas y una novedosa terapéutica basada en el tratamiento moral que inició Philippe Pinel, con el cual se liberó a los pacientes del sometimiento por medio de cadenas, grilletes, cinturones de restricción (entre otros) durante su confinamiento (González, 1998; Stagnaro, 2015). En contraparte, los tratamientos se basaron en la incorporación supervisada de los pacientes en la vida cotidiana (en familias o comunidades) o bien, en manicomios (Cantero y García, 2010; Huertas, 2015). Por otra parte, desde la segunda mitad del siglo XVIII emergió la ideología del *higienismo*, la cual propugnó y procuró la salud en las ciudades debido al impacto de la Revolución Industrial en el proceso de modernización. En consecuencia, se realizaron importantes transformaciones urbano-arquitectónicas en las estructuras de las ciudades por la integración de amplias vialidades, grandes plazas y jardines, para proveer de ingente ventilación e iluminación en las viviendas, hospitales y demás equipamientos urbanos, en correspondencia con la implementación de los sistemas de abastecimiento del agua potable y de evacuación de las aguas sucias, con la finalidad de solucionar los problemas de insalubridad (Rosen, 1985). El eco del *higienismo* permeó en América Latina a finales del siglo XIX, observándose una notable influencia del urbanismo y arquitectura higienista franceses. Así por ejemplo las renovaciones

---

<sup>2</sup> El antecedente de la psiquiatría.

urbanas en Argentina, Brasil, Chile, México y Venezuela se inspiraron en el modelo de George Eugène Haussmann (Almandoz, 2013; Sánchez, 2020).

En este contexto y basándose en los avances de la medicina moderna, el *higienismo* y el alienismo se conjugaron (Vallejo, 2011) estableciendo como uno de sus postulados un nuevo orden urbano-arquitectónico para los espacios hospitalarios, incluyendo los manicomios. Desde este nuevo cariz, los hospitales de salud mental debían localizarse alejados de las áreas urbanas, en terrenos con ingente vegetación y provistos de abundante agua potable. En cuanto a su arquitectura se dispuso al pabellón como el arquetipo ideal para proveer altos índices de ventilación e iluminación, y para facilitar la evacuación de los vapores nocivos o miasmas.<sup>3</sup> En consecuencia, emergieron diferentes sistemas constructivos, así como variadas configuraciones en cuanto la organización entre pabellones. Los dos arquetipos que aquí conciernen, y que se tratarán con detalle, son el modelo de manicomios norteamericano (variante del arquetipo inglés), conocido como Kirkbride Plan, y el modelo de manicomios franceses.

La influencia del *higienismo* y el alienismo que rápidamente se propagó en Europa, llegó a México en la segunda mitad del siglo XIX. Si bien los médicos mexicanos obtuvieron paulatinamente el conocimiento de las novedosas propuestas terapéuticas que integraban a los enfermos mentales a la sociedad, donde la terapéutica se basó en el trabajo agrícola (Anónimo, 1889), finalmente se decantaron por el tratamiento en manicomios (Sacristán, 2009; Ríos, 2008). Esta elección fue evidente en todos los proyectos del Manicomio General, la cual se explicitó públicamente durante la exposición del cuarto proyecto de 1896 (el antecedente del proyecto perentorio de 1905, los cuales se tratarán más adelante), en el Segundo Congreso Pan-Americano (sic). Ahí se argumentó con base en el contexto de la situación del país que:

...no puede tener lugar entre nosotros como se ha resuelto en las juntas generales habidas con este objeto, en atención a nuestro modo de ser social, costumbres, digámoslo de una vez, a la falta de educación, que haría muy difícil, sino imposible, la permanencia de los enajenados entre nuestros incultos jornaleros, para quienes el pobre enfermo sería un objeto de burla (...) o bien, pensionados entre familias, como se hace en Bélgica con el Sistema Gheel, que también es irrealizable entre nosotros por las mismas razones (de la Barra, Morales y Romero, 1898, p. 890).

---

<sup>3</sup> En aquellos días imperaba la teoría miasmática de la enfermedad, la cual sostenía que los miasmas, es decir, las emanaciones nocivas provenientes de la materia putrefacta eran la causa de las enfermedades infecciosas, así como el medio de contagio. Después, fue invalidada por la teoría microbiana de la enfermedad (Latour, 1995).

Como se mencionó anteriormente, el primer proyecto del Manicomio General, del año 1865, contemplado construirse en la Huerta de San Ángel, estuvo a cargo del doctor Miguel Alvarado. Debido a la influencia que tuvo de los alienistas europeos intentó aplicar en dichas instituciones el tratamiento moral, razón por la que es considerado el pionero del alienismo en México.<sup>4</sup> El doctor Alvarado argumentó su propuesta mediante directrices presupuestales y operativas con mención de los planos fraguados, no obstante, dichos planos no se encuentran anexos al documento de archivo consultado (Anónimo, 1861-1883, ff. 1-9). Ante la imposibilidad de adjudicación del terreno, el proyecto quedó suspendido.

El segundo proyecto fue formulado en 1881 por los doctores Miguel Alvarado, Juan Govantes y Eduardo Liceaga, durante el periodo presidencial de Manuel González que daba continuidad a la política de Porfirio Díaz, quien fungía como secretario de Gobernación al momento (Villegas, 2003). Es importante destacar aquí que a partir de este segundo proyecto y hasta el proyecto definitivo, se desarrollaron bajo la política de modernización del porfiriato, la cual se sustentó en el *higienismo* que ya imperaba en América (Agostoni, 2003; Carrillo, 2002; Sánchez, 2020; Rivera, 2010).

Para elaborar esta segunda propuesta del Manicomio General también se consultaron las investigaciones más innovadoras de la época sobre los padecimientos mentales, particularmente los aportes de los alienistas europeos Jean-Étienne Dominique Esquirol, Maximine Parchappe, Henri Girard de Cailleux, Guillaume-Marie-André Ferrus, Benjamin Desportes, Maximilian Jacobi, Joseph Guislain y Domenico Gualandi, así como la obra del norteamericano Thomas S. Kirkbride (Alvarado, Govantes y Liceaga, 1881-1886, f. 2).

El dictamen versó sobre dos asuntos. El primero, acerca de la pertinencia de conjuntar a mujeres y hombres (máximo 500 en total) en el mismo recinto, cuya opinión de la comisión se mostró favorable, proponiendo la división de los espacios destinados para mujeres y para hombres y clasificando las afecciones mentales, arguyendo que esta organización ofrecía ventajas científicas y económicas. Aun cuando los alienistas mexicanos se decantaron por una edificación que conjuntara el servicio para ambos sexos, reconocieron ciertos inconvenientes: en el ámbito espacial, la dificultad de satisfacer las diferentes

---

<sup>4</sup> Desde 1868, hubo interés en establecer una cátedra sobre padecimientos mentales en la Escuela de Medicina, finalmente pudo instaurarse en 1887 como la "Cátedra de enfermedades mentales", dirigida por el Dr. Miguel Alvarado. A lo largo de su evolución, médicos como José Peón Contreras, Alberto López Hermosa, Roque Macouzet, Alfonso Ruiz Erdozaín y Secundino E. Sosa la impartieron. La especialidad se formalizó en 1906, marcando un hito significativo en el tratamiento de afecciones mentales (Patlán, 2000; Remartínez, 2018).

necesidades de hombres y mujeres. Desde el cariz moral se discutió la “buena elección de personal” dada “la reunión de empleados y sirvientes de los dos sexos” y, en el aspecto disciplinario, la búsqueda de un reglamento apropiado y la vigilancia continua entre superiores y empleados (Alvarado, Govantes y Liceaga, 1881-1886, f. 8).

La segunda cuestión tratada fue el lugar ideal para su edificación. En este punto se tildaron los postulados higienistas que precisaron las características que el terreno debía cumplir, para ofrecer, en conjunto con la orientación apropiada de los pabellones, vastas cantidades de aire y luz a las habitaciones de los enfermos. A saber, mínimamente una hectárea y como máximo hectárea y media por cada cien enfermos, de tierra fértil y con provisión de agua potable en abundancia, no solo para garantizar la higiene en el manicomio, también para el riego de árboles, plantas y cultivos de hortaliza (Alvarado, Govantes y Liceaga, 1881-1886, ff. 13-14). Para acatar estas pautas se estudiaron siete posibles terrenos que se encontraban, para ese entonces, lejanos al núcleo más densificado de la Ciudad de México, de los cuales la comisión consideró el rancho San José como la mejor opción. Igualmente, los planos de este proyecto no se encuentran adjuntos al dictamen.

El tercer proyecto del Manicomio General data de 1884 y estuvo a cargo del doctor Román Ramírez (1884). Con base en las investigaciones de alienistas europeos y norteamericanos que para ese momento representaban los últimos adelantos de las ciencias médicas, el doctor Ramírez recomendó reproducir un modelo de atención trifásico: el tratamiento “higiénico” (vigilancia y regulación de la alimentación y el trabajo moderado), el tratamiento moral (eliminación del sometimiento del paciente mediante sujeciones mecánicas —sistema no-restraint propuesto John Conolly y el tratamiento farmacéutico (suministro de los medicamentos, según el diagnóstico médico).

De acuerdo con el doctor Ramírez (1884) la ejecución de dicho modelo se llevaría a cabo mediante tres fases. La primera la “individualización”<sup>5</sup>, la segunda el “tratamiento en un hospital”<sup>6</sup>, y la tercera la “clasificación”<sup>7</sup>. Procedimiento practicado por los alienistas antes de internar al paciente, dada la diversidad de enfermedades mentales (Berrios, 2008; Caponi, 2009; Garnica, 2007).

---

<sup>5</sup> Identificándose las causas externas e individuales de la enfermedad con base en Esquirol, Buknill, Turke y Schüle (Ramírez, 1884, pp. 9-11).

<sup>6</sup> Los referentes fueron el sistema inglés de asilos, el de casas privadas de bajo costo y el Sistema Gheel, el aislamiento en el seno de una familia (Ramírez, 1884, pp. 11-16).

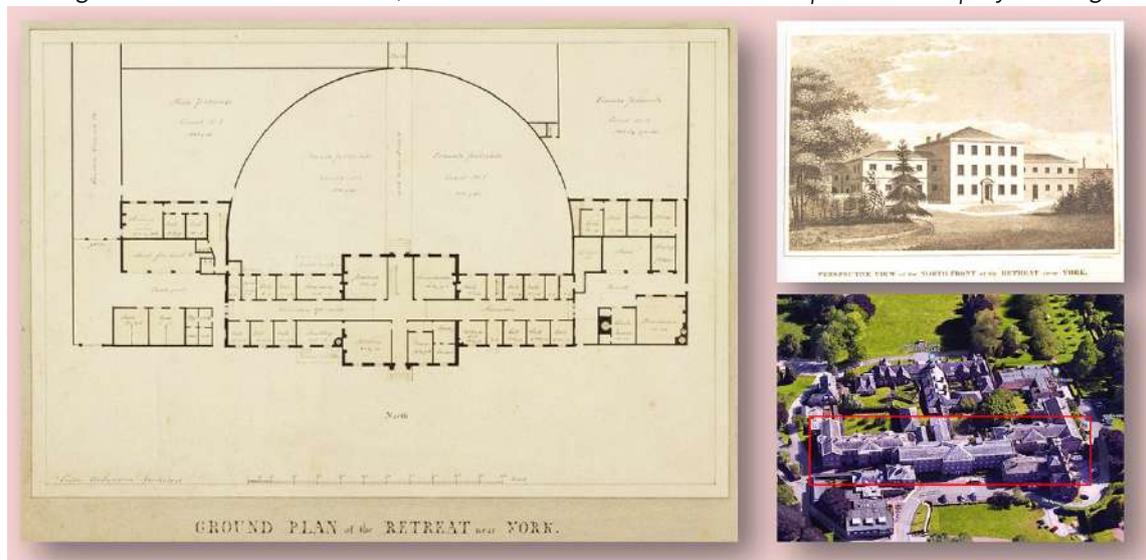
<sup>7</sup> Dicha organización contempló la separación de los géneros y de las edades (infancia y edad madura), así como seis secciones relacionadas con la clasificación propuesta por Louis Renaudin (Ramírez, 1884, pp. 18-19).

## El modelo arquitectónico del alienismo norteamericano

La relevancia del proyecto de 1884 del doctor Román Ramírez radica en que, si bien en el proyecto de 1881 se mencionaron directrices de diseño urbano-arquitectónico y algunos ejemplos de manicomios europeos y norteamericanos, en este tercer proyecto, además de que se enumeraron veintiséis directrices de diseño, se discutieron dos arquitecturas hospitalarias norteamericanas como modelo: el Illinois Central Hospital for the Insane, en Jacksonville, y el State Asylum for the Insane at Morristown, en New Jersey. Estas edificaciones se distinguen por su disposición de pabellones según el modelo para el diseño de manicomios conocido como Kirkbride Plan, el cual fue propuesto por el alienista Thomas Story Kirkbride, considerado junto con Benjamin Rush, precursor de la psiquiatría en Estados Unidos de Norteamérica.

Debido a su experiencia en intervenciones neurológicas y psico-quirúrgicas, así como en la dirección y organización de instituciones para enfermos mentales, el doctor Kirkbride fue el referente para la gestión de la salubridad mental y el diseño arquitectónico de manicomios norteamericanos desde mediados del siglo XIX (Curwen, 1875; Yanni, 2003; Yanni, 2007). Cabe aquí tildar que su modelo se inspiró en los arquetipos de pabellones lineales ingleses como el St Luke's Hospital de Londres y The Retreat Mental Hospital (más conocido como The Retreat York), fundado en 1796 por Samuel Tuke, siendo este último el de mayor correspondencia con la organización de pabellones (Tuke, 1813; Kibria y Metcalfe, 2014) (Figura 1).

**Figura 1.** Planta arquitectónica y perspectiva de la fachada norte del hospital The Retreat York, así como la fotografía satelital de su ubicación, en donde se observa la añadidura de pabellones al proyecto original



Nota: Fuentes: (Wellcome Collection, 1813, RET/2/1/2/1); (Tuke, 1813, s.n.p); Google Maps.

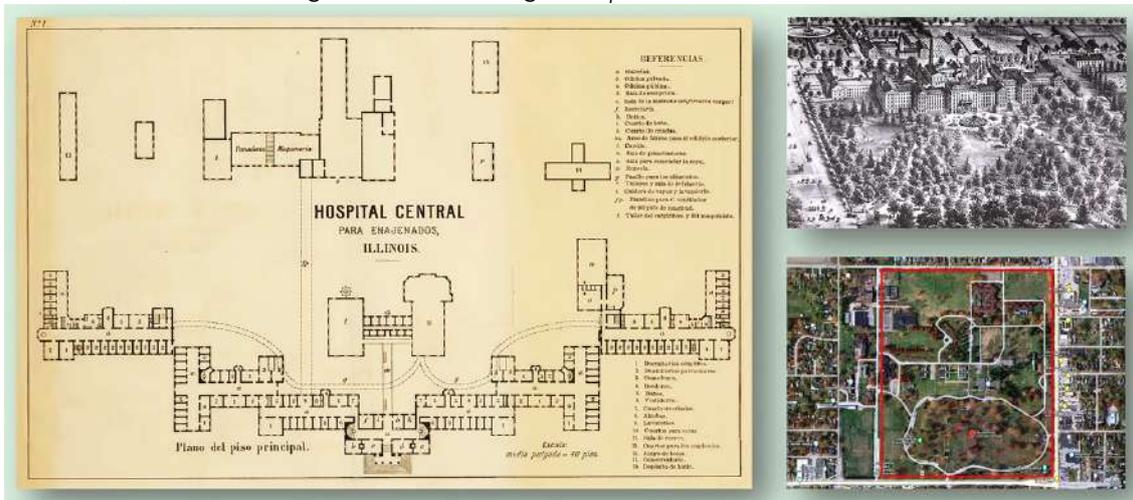
El Kirkbride Plan consistió en un edificio central que albergaba la administración y los servicios generales del manicomio y a partir del cual, en cada costado y simétricamente se disponían dos alas configuradas mediante la organización lineal de varios pabellones conexos y escalonados para posibilitar espacios compartidos en sus interiores (Figura 2 y Figura 3).

De acuerdo con Thomas S. Kirkbride, su modelo ofrecía varias ventajas, de entre ellas destacan la separación entre hombres y mujeres, la posibilidad de ofrecer mayor circulación del aire y grandes cantidades de luz debido a la colocación de grandes ventanas en ambos lados del pabellón, y, en consecuencia, varias perspectivas hacia el paisaje desde las habitaciones (Kirkbride, 1854). Asimismo, mayor capacidad de alojamiento al colocar habitaciones en ambos lados de cada pabellón, tanto para los pacientes como para el personal.

El primer manicomio diseñado bajo los postulados del Kirkbride Plan fue el New Jersey State Lunatic Asylum, localizado en Trenton, fundado en 1848 y diseñado por el arquitecto John Notman. A partir de ese momento, proliferó esta tipología arquitectónica edificándose 73 manicomios más hasta 1910 (Murphy, 2016). La relevancia de la obra de Tomas S. Kirkbride radica no solo en su modelo arquitectónico, también porque conjuntamente estableció los lineamientos para la organización y funcionamiento de los manicomios en respuesta a la creciente adjudicación de la responsabilidad de la salud pública por parte del Estado.

En ese contexto se diseñó el Illinois Central Hospital for the Insane, como el primer manicomio moderno del estado de Illinois, situado en Jacksonville. Se aprobó su edificación en 1847 y entró en funciones a partir de 1854 (Illinois Board of World's Fair Commissioners, 1893). Aunque la mayoría de sus pabellones se demolieron en 1970, cesó sus funciones como institución hasta febrero de 2012. En la actualidad su arboleda es un parque y en el perímetro en donde se localizaba existen algunos edificios (Figura 2).

Figura 2. Planta arquitectónica y litografía de una vista a vuelo de pájaro del Illinois Central Hospital for the Insane, así como la fotografía satelital del lugar en que se ubicaba

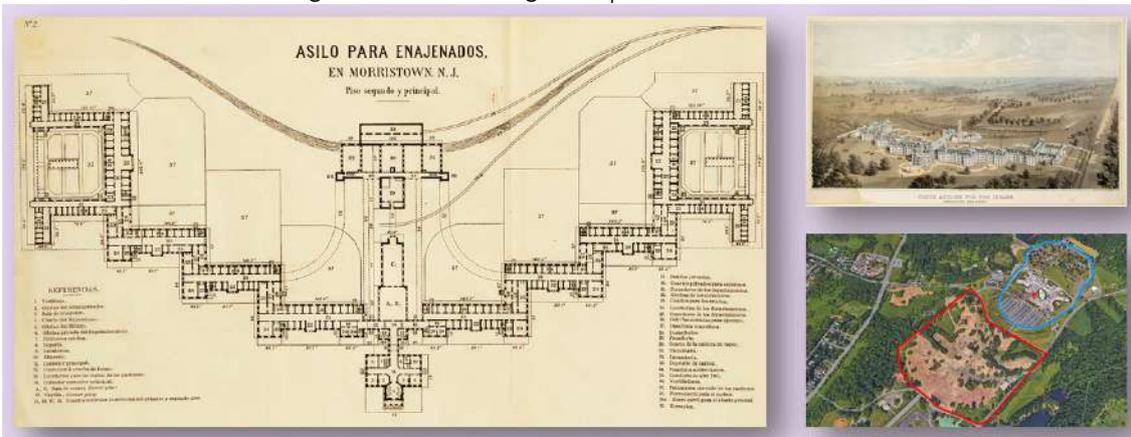


Nota: Fuentes: (Ramírez, 1884, s.n.p); (Carriel, 1960, p. 151); Google Maps.

Por otro lado, el State Asylum for the Insane at Morristown, ubicado en el condado de Morristown, Nueva Jersey, fue diseñado por Samuel Sloan, se construyó de 1871 a 1876 y abrió sus puertas el 17 de agosto de 1876. En el curso de los años, debido al daño por varios incendios y por el sobrecupo, sus pabellones se deterioraron cada vez más, razón por la que se reconstruyeron en 1930, modificándose el esquema inicial del Kirkbride Plan pero conservándose el edificio principal. Hacia 1970 la desinstitucionalización de la atención psiquiátrica ocasionó su abandono y consecuente deterioro, razón por la cual en 2005 se empezó a construir el nuevo hospital psiquiátrico nombrado Greystone Park Psychiatric Hospital en un área limítrofe, empezando a operar en 2008 (Tagliareni y Mathews, 2016).

En la nueva institución se contempló edificar además del hospital, un área de cabañas para alojar a cien pacientes como otra modalidad de su tratamiento terapéutico (Figura 3, perímetro azul). Si bien se mantuvo el edificio principal bajo la petición de la organización Preserve Greystone, se demolieron esos restos en 2015 (Figura 3, perímetro rojo).

Figura 3. Planta arquitectónica, litografía de una vista a vuelo de pájaro del State Asylum for the Insane at Morristown, así como la fotografía satelital del lugar en que se ubicaba



Nota: Fuentes: (Ramírez, 1884, s.n.p.); (Sloan, 1875); Google Maps.

Basándose en las anteriores arquitecturas norteamericanas, el doctor Román Ramírez (1884) presentó las características espaciales que desde el cariz higienista habrían de cumplir los manicomios en México (pp. 61-64), los lineamientos para el diseño de manicomios propuestas por la Sociedad de Superintendentes Médicos de los institutos americanos para enajenados (Ramírez, 1884, pp. 61-64):

1ª. Todo hospital de locos debe estar en el campo, por lo menos a dos millas de la gran ciudad, y debe ser fácilmente accesible en cualquier estación.

2ª. Ningún hospital de dementes, por limitada que sea su capacidad, tendrá menos de cincuenta acres de tierra dedicados a jardines y campos de recreo para los pacientes. Al menos debe poseer cien acres cada hospital del Estado y cualquiera otro construido para doscientos pacientes, a cuyo número se aplican estas proposiciones, a menos de advertencia especial.

3ª. Se procurarán los medios para elevar diez mil galones de agua, diariamente, a los depósitos que abastecer las porciones más altas del edificio.

4ª. No se construirá ningún hospital de dementes sin haber sometido el plano al examen de algún médico, o médicos que hayan tenido a su cargo establecimientos semejantes, o que conozcan prácticamente todos los pormenores de su arreglo de disposición, y que hayan mandado al plano su completa aprobación.

5ª. El número mayor que puede ser tratado de un modo conveniente es de doscientos enfermos; pero doscientos es un máximo preferible.

6ª. Los edificios se construirán con piedra o ladrillo, tendrán los techos de pizarra o de metal, y tanto como sea posible estarán "a cubierto" [sic] de un incendio.

7ª. Cada hospital, con provisión para doscientos o más pacientes, tendrá por lo menos ocho departamentos distintos para cada sexo, formando dieciséis clases para todo el establecimiento.

8ª. Cada departamento contendrá una sala con un corredor, dormitorios para un solo paciente, un dormitorio asociado comunicado con un cuarto para dos enfermeros, un guardarropa, un baño, un gabinete es secreto, un comedor, un torno y un tubo acústico que vaya a la cocina o a otra parte central del edificio.

9ª. Ninguna parte se destinará al confinamiento de los pacientes o a su habitación, si no está enteramente arriba del suelo.

10ª. No se construirá ninguna pieza, cualquiera que sea, sin ponerle alguna ventana que comunique con la atmósfera exterior.

11ª. Ningún cuarto para uso de un solo paciente tendrá menos de ocho por diez pies, ni los pechos deberán tener menos de doce pies de altura.

12ª. El piso de los departamentos para pacientes, será siempre de madera.

13ª. Las escaleras serán siempre de fierro, de piedra o de otro material indestructible, amplias por el número y el tamaño, y de ascenso fácil para suministrar una salida conveniente en caso de incendio.

14ª. Un hospital grande debe estar formado de una porción central y de las alas.

15ª. La construcción central contendrá las oficinas, los cuartos de recepción, y departamentos enteramente privados para el médico superintendente y su familia.

16ª. Las alas deberán estar dispuestas de tal modo que, si el corredor lleva una serie de cuartos por ambos lados, estará provisto en sus dos extremos de vidrieras para el paso libre del aire y de la luz.

17ª. El alumbrado será de gas, por razón de aseo, conveniencia, seguridad y economía.

18ª. Los departamentos para lavar, etc., estarán separados del edificio principal.

19ª. Los caños quedarán bajo de tierra, y todos los orificios asegurados para prevenir las emanaciones ofensivas.

20ª. Todos los hospitales serán calentados por una corriente de aire puro y abundante que pasa sobre unos tubos o láminas, conteniendo vapor a baja presión, o agua caliente cuya temperatura en la caldera no excederá de doscientos doce grados Fahrenheit; las láminas se colocan en las bodegas del edificio.

21ª. Es indispensable un sistema de ventilación forzada, unido con la calefacción para dar pureza al aire de un hospital, y cualquier gasto para lograr este objeto en totalidad, no podrá ser tenido como inútil o como poco meditado.

22ª. Las calderas de vapor para calentar el edificio estarán en una construcción separada, y en relación con ellas, las bombas, los aparatos para grabar y otras maquinarias.

23ª. Los gabinetes secretos, tanto como sea posible, se construirán con materiales indestructibles, tendrán una disposición sencilla y una ventilación forzada por la parte de abajo.

24ª. Los pisos de los baños, inodoros y almacenes inferiores, se harán con materiales impermeables a la humedad.

25ª. Los departamentos para la clase más excitada, tendrán cuartos sólo de un lado del corredor, por lo menos de diez pies de anchura, y las ventanas exteriores serán amplias y ofrecerán vistas agradables.

26ª. Donde fuere practicable, los campos de recreo estarán rodeados por una tapia colocada de modo que no se perciba desagradablemente desde el edificio.

El modelo arquitectónico de manicomios Kirkbride Plan, propuesto en el informe del doctor Ramírez, pudo haber sido una pauta para la formulación de los proyectos de instituciones de salud mental en México y, particularmente para

el proyecto arquitectónico del primer manicomio moderno. Sin embargo, hasta ahora, quien suscribe, no ha hallado huellas de haber sido tomado en cuenta como referente. Por el contrario, durante el Segundo Congreso Pan-Americano (sic) celebrado en 1896 en la Ciudad de México, los doctores Antonio Romero y Samuel Morales Pereyra, así como el ingeniero Luis León de la Barra Quijano<sup>8</sup>, los autores del cuarto proyecto del Manicomio General que diseñaron en 1896 citaron tres manicomios franceses como arquetipos arquitectónicos para su diseño: el Asile d'aliénés Sainte-Anne, el Asile de Ville Évrard, y el Asile de Vaucluse (de la Barra, Morales y Romero, 1898, p. 896).

## **El modelo arquitectónico del alienismo francés**

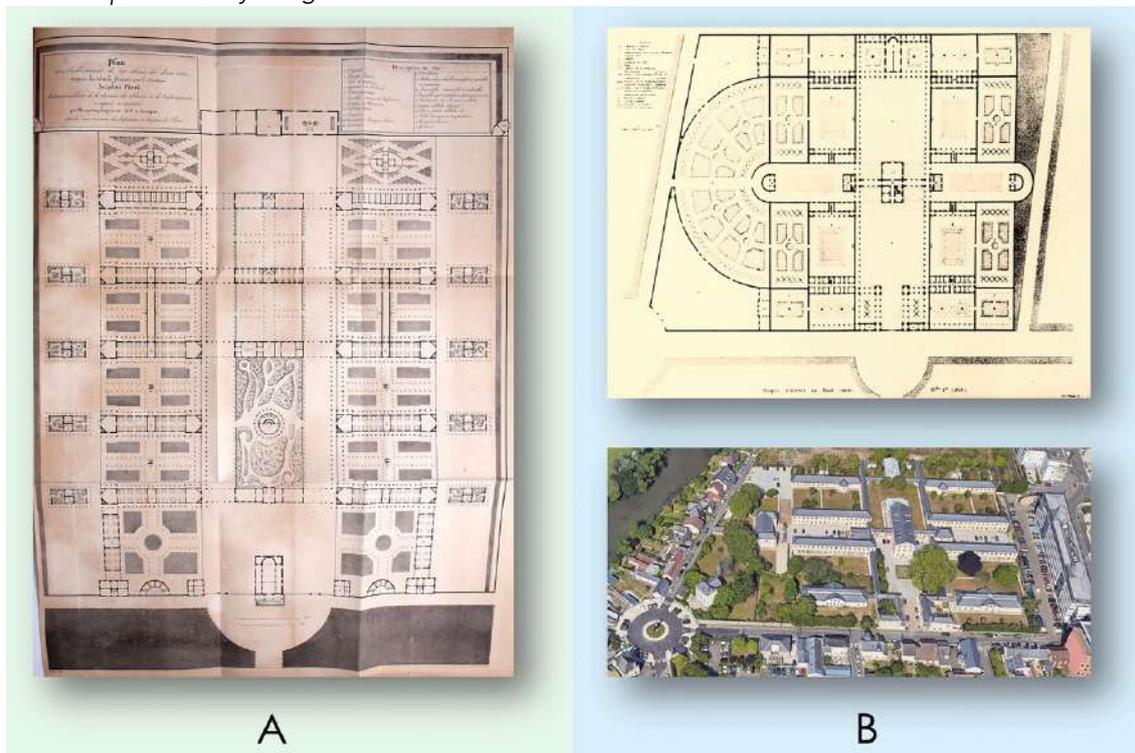
Símil a la experiencia norteamericana, el impacto del tratamiento moral se tradujo en una reforma de la organización y morfología de las instituciones mentales en Francia. Primeramente, Jean-Etènne Esquirol propuso en 1819 alojar a los pacientes en secciones de acuerdo con su padecimiento mental, en unidades arquitectónicas cuadradas con un patio central, rodeado por galerías, con otros patios, es decir, de orden claustral. El primer manicomio con esta tipología en Francia fue el Asile Saint-Yon, en Rouen, construido entre 1821 y 1827 (Laget, 2004).

Tiempo después, en 1821, Maximien Parchappe, en su papel como inspector general de asilos y prisiones presentó ante la comisión de hospicios civiles de París un modelo de manicomios franceses diseñado por Benjamin Desportes con aportes del hijo de Philippe Pinel, Scipion Pinel (Figura 4 A) con el objetivo de que fuera el estandarte del alienismo francés. Esta propuesta se caracterizó por la integración de pabellones con amplia separación entre sí, estableciendo un eje central en el que se dispusieron los pabellones destinados a los servicios comunes, localizando a sus costados los pabellones destinados a los hombres y, equidistantes a dicho eje central de composición, los pabellones en donde se alojaría a las mujeres. La conexión entre todos los pabellones se llevaba a cabo mediante galerías cubiertas. El primer manicomio que materializó esta tipología fue el Asile d'aliénés au Mans, diseñado por Pierre Félix Delarue, erigido en 1828 (Laget, 2004) (Figura 4 B).

---

<sup>8</sup> Este ingeniero militar era el hermano de Francisco León de la Barra, quien fue presidente interino de México después de la renuncia de Porfirio Díaz Mori, también hermano del ingeniero militar Ignacio León de la Barra Quijano quien fue director de Obras Públicas del Distrito Federal y del que se hacen referencias más adelante.

Figura 4. (A) Planta arquitectónica del prototipo diseñado por Benjamin Desportes y Scipion Pinel. (B) Planta arquitectónica y fotografía satelital del Asile d'aliénés au Mans



Nota: Fuentes: (A) (Pinel, 1836, s.n.p.). (B) (Goulier, Biet, Grillon y Tardieu, 1825-1836, pp. 152, 153); Google Maps.

Este fue el arquetipo que inspiró las subsecuentes arquitecturas de manicomios en Francia, a su vez, basado en el "hospital modelo" proyectado inicialmente desde 1777 por el doctor Jean Baptiste Le Roy y el arquitecto Charles François Viel, siendo concluido en 1786, por el médico cirujano Jaques René Tenon y el arquitecto Bernard Poyet. El hospital que materializó en su totalidad las directrices y el partido arquitectónico del "hospital modelo" francés fue el Hospital Lariboisière (Borne, 1898; Jaquemet, 1866).

Cabe tildar que, en este modelo de reforma arquitectónica hospitalaria de origen francés, la principal directriz consistía en medir la cantidad de aire en metros cúbicos por cama, para determinar las proporciones de los pabellones en relación con las dimensiones de las ventanas, las rejillas de ventilación, las puertas y la separación entre los pabellones. Cuanta más cantidad de aire por cama se proporcionara en los pabellones, se esperaba que se redujera en mayor medida la propagación de los miasmas (el riesgo de contagio de enfermedades), de ahí que se estableciera como parámetro mínimo  $20\text{m}^3$  y como el rango ideal entre  $65$  y  $70\text{m}^3$  por cama (Borne, 1898, pp. 342, 348). Desde esta perspectiva y como se observará a continuación, las arquitecturas de los manicomios franceses procuraron esta observancia, concediendo el mayor volumen de aire a las enfermerías.

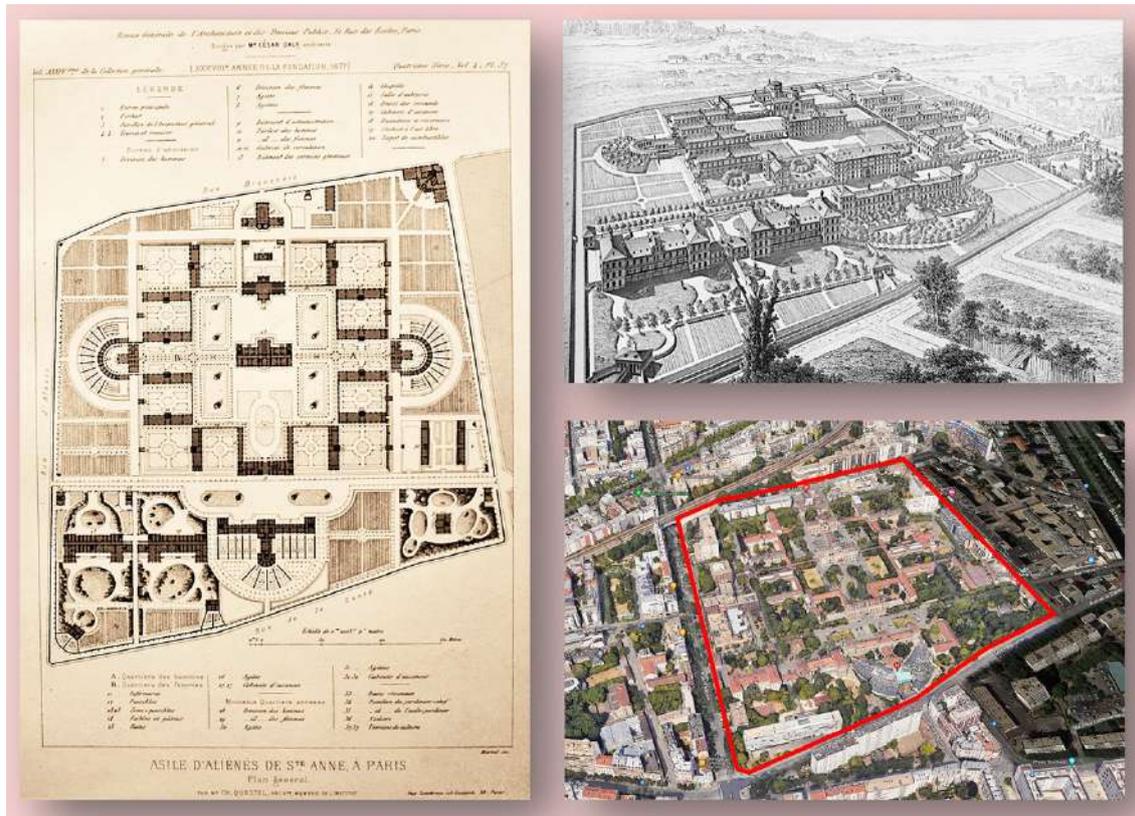
Posteriormente, el gobierno francés, de carácter centralista, estipuló mediante la Ley del 30 de junio de 1838 "...la obligación de tener un establecimiento para recibir y tratar a los locos, o tratar sus efectos en una institución pública o privada, ya sea de este departamento o de otro departamento" (Borne, 1898, p. 245).

De este modo, el Conseil Général du Département de la Seine determinó las seis directrices que normarían los hospitales para enfermos mentales: 1. Separación de hombres y mujeres; 2. Cada género estaría dividido por tipos de enfermedades en el siguiente orden: agitados, pacíficos, medio pacíficos, débiles y generosos, alienados en enfermería y convalecientes; 3. El tratamiento de cada categoría de los enajenados se llevaría a cabo en cuartos separados conjuntos en edificios con patios, cada edificio con dos pisos no podría contener a más de cincuenta alienados; 4. Sería obligado que cada división estuviera provista de baños con hidroterapia; 5. Habría edificios especiales para tareas generales, administración, capilla y mortuario; 6. Se construiría un pequeño edificio para el departamento de admisión, examen y distribución de los dementes (Préfecture du Département de la Seine, 1883).

Con esta encomienda y ante la insuficiencia de espacios para la atención de la salud mental en París, el entonces prefecto del Département de la Seine, el reconocido Georges-Eugène Haussmann, promovió en 1860 la edificación de varios manicomios, entre ellos, los considerados como arquetipo para la concepción del primer manicomio moderno del país.

El alienista André Ferrus creó la esencia del proyecto del Asile d'aliénés Sainte-Anne (Figura 5), el manicomio moderno que suplió al asilo de enfermos mentales Bicêtre y al anexo en donde trabajaban los asilados: la hacienda Sainte-Anne. Su fundación representó la materialización del pensamiento ilustrado que revolucionó la atención de la locura porque aplicó los nuevos tratamientos terapéuticos, y reforzó la enseñanza de la Medicina al establecerse ahí la clínica de la Facultad de Medicina (Borne, 1898, 246, 256). Los trabajos de su construcción se le asignaron a Charles-Auguste Questel, que comenzaron hacia 1863. Inaugurado en 1867, esta arquitectura higienista de 13 hectáreas dispuso en sus espacios, los dormitorios con 26m<sup>3</sup> de aire, la enfermería con 30m<sup>3</sup> y las estancias (salas de día) con 6m<sup>3</sup> (p. 346).

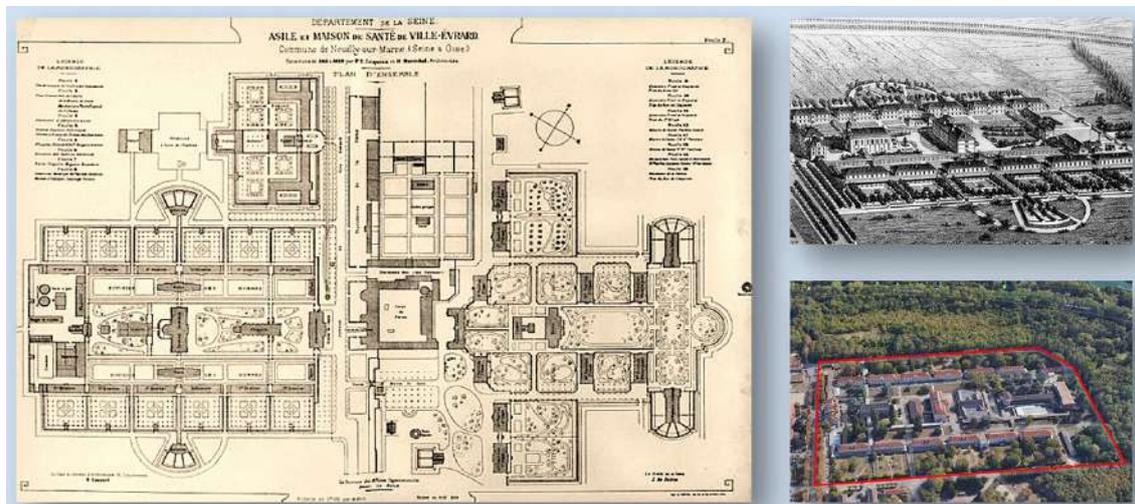
Figura 5. Planta arquitectónica, litografía de una vista a vuelo de pájaro y fotografía satelital del Asile d'aliénés Sainte-Anne



Nota: Fuentes: (Questel, 1877); Google Maps.

El Asile de Ville Évrard (Figura 6) fue obra del Arquitecto Paul-Egène Laqueux. Inició su construcción en 1863, y diseñó el conjunto de edificios en una superficie de 280 hectáreas, con una capacidad de 600 pacientes. Al morir Laqueux en 1873, le sucedió el Arquitecto Georges Morin-Goustiaux. Este manicomio se inauguró en 1868 ofreciendo en sus dormitorios 25m<sup>3</sup> de aire, en la enfermería 32m<sup>3</sup>, y en las demás estancias (salas de día) 6m<sup>3</sup> (Borne, 1898).

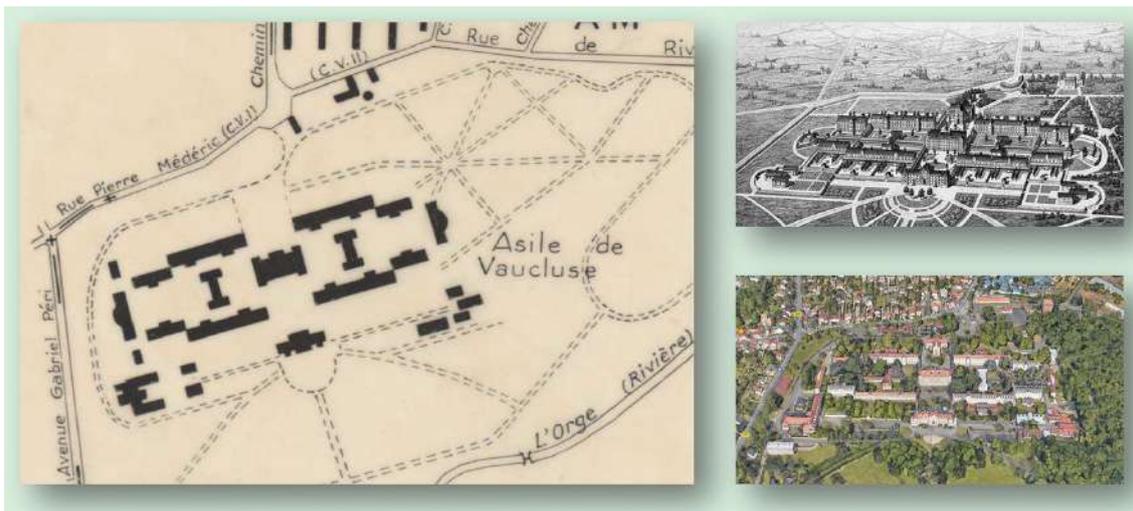
Figura 6. Planta arquitectónica, litografía de una vista a vuelo de pájaro y fotografía satelital del Asile de Ville Évrard



Nota: Fuentes: (Département de la Seine-Saint-Denis, s.f., IVR11\_03931145NUCB\_P); (Narjoux, 1883, s.n.p); Google Maps.

El Asile d'aliénés de Vaucluse (Figura 7) fue construido por el Arquitecto Denis Lebouteux, iniciando las obras en 1805 y concluyéndolo en 1869 (Préfecture du Département de la Seine, 1883, p. 189). En un total de 125 hectáreas, que alojarían alrededor de 800 pacientes, se levantaron los diferentes pabellones en los que se dispuso espacialmente  $19\text{m}^3$  de aire en los dormitorios,  $18\text{m}^3$  en la enfermería y  $4\text{m}^3$  en las estancias o salas de día (Borne, 1898, p. 342).

**Figura 7.** Planta arquitectónica, litografía de una vista a vuelo de pájaro y fotografía satelital del Asile d'aliénés de Vaucluse



Nota: Fuentes: (Epinay-Sur-Orge, 1957); (Narjoux, 1883, s.n.p); Google Maps.

## Análisis y resultados

### La elección del modelo arquitectónico del alienismo francés

Cabe aquí el cuestionamiento del porqué los higienistas mexicanos consideraron como referente el arquetipo de manicomios franceses, en lugar de los manicomios diseñados bajo los lineamientos del Kirkbride Plan, cuando en ambos casos, las tipologías arquitectónicas fueron diseñadas para ejercer el tratamiento moral. Se podrían hacer varias suposiciones desde diferentes carices. Por un lado, la preferencia de la autarquía porfiriana por las ciencias y artes francesas, o bien porque fue en Europa (particularmente en Francia) donde emergieron destacables contribuciones de los estudios científicos sobre la locura. No obstante, dada la naturaleza de esta investigación, es pertinente abordar la interrogante desde la visión arquitectónica.

Si bien tanto para las edificaciones norteamericanas como para las francesas el pabellón fue la base que permitió la configuración de sus modelos, debido a las ventajas espaciales que ofrecía, como la promoción de la ventilación e

iluminación natural, así como la posibilidad de ofrecer numerosas vistas a las grandes extensiones de parterres (ya que contemplarlos contribuía a la tranquilidad de los pacientes), la diferencia más evidente yace en la funcionalidad de las circulaciones resultantes.

Nótese en los arquetipos norteamericanos que en cada encrucijada de pabellones se dispusieron espacios de interconexiones, en el caso del Illinois Central Hospital for the Insane, señalados en la Figura 2 con la simbología "a" "galerías" y, en el State Asylum for the Insane at Morristown, como en la Figura 3 con el número "27" a los "pasadizos conectivos". Esta organización posibilitaba recorrer en el interior toda una ala del complejo hospitalario, pero reducía la capacidad de observación y control (Bentham, 1787; Foucault, 1976), no solo porque los dormitorios eran cuartos separados, también porque en momentos de descuido o disturbios por alteración de alguno de los pacientes, los asilados podían escabullirse a otros sectores. Asimismo, la configuración lineal necesaria para organizar las encrucijadas escalonadas de cada ala de pabellones demandaba uniformidad en la superficie de desplante, es decir, un terreno raso para posibilitar las diferentes circulaciones conexas.

En contraste, en los arquetipos franceses la separación tajante entre bloques de pabellones coligados facilitaba su autonomía, de modo que los pacientes solo podrían mezclarse de forma controlada en ciertas actividades terapéuticas. Adicionalmente, la disposición en hilera de las camas a lo largo del pabellón favorecía su vigilancia y rápida asistencia, además de la versatilidad en el acomodo y orientación en diferentes niveles ante una superficie accidentada.

Después de todo, se descartó el modelo Kirkbride Plan de manicomios norteamericanos propuesto como arquetipo arquitectónico por el doctor Román Ramírez. Basándose en las teorías psiquiátricas de la época y en el modelo arquitectónico de los manicomios franceses (planteado por el ya mencionado dictamen de 1881 de Alvarado, Govantes y Liceaga), el ingeniero militar Luis León de la Barra Quijano y los doctores Samuel Morales Pereyra y Antonio Romero, diseñaron en 1896 el cuarto proyecto para el Manicomio General, integrando las recomendaciones de sus pares Vicente J. Morales, Ignacio Vado y Manuel Alfaro (de la Barra, Morales y Romero, 1898).

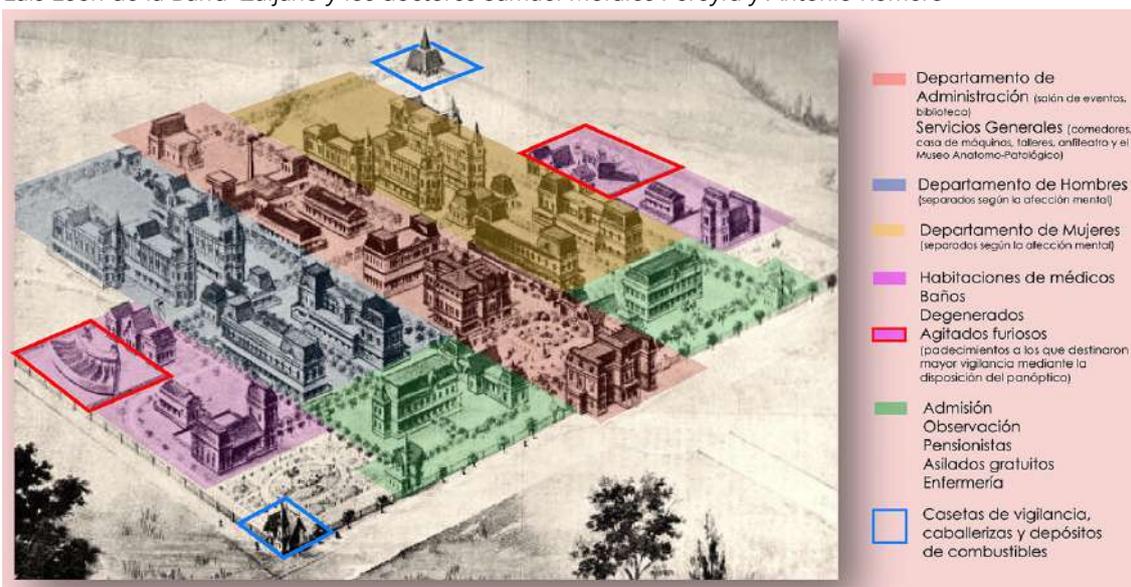
De este proyecto se publicó en 1898 una proyección axonométrica (Figura 8). Su programa edilicio albergaba 632 pacientes en una superficie de desplante de aproximadamente 133 500m<sup>2</sup> en el amplio terreno de la ex Hacienda de la Castañeda de 485 700m<sup>2</sup>. Los pabellones de Administración y Servicios Generales conformaban el eje central de la composición del complejo, situándose simétricamente a dicho eje, los demás pabellones situados

separados mediante grandes extensiones de jardines. Esto posibilitaba su autonomía y una rápida comunicación entre sus diferentes zonas a través de galerías (Anónimo, 1898, p. 803).

Por otro lado, se atisba que el edificio de los agitados furiosos presenta una organización radial de habitaciones y patios, separados para facilitar su vigilancia (de la Barra, Morales y Romero, 1898, p. 898) (Figura 8, perímetro rojo), similar a las tipologías francesas aquí tratadas e ilustradas por las vistas a vuelo de pájaro de las figuras 5, 6 y 7. Esta disposición arquitectónica para alojar a los dementes agitados se derivó del concepto del panóptico propuesto por el filósofo Jeremy Bentham (1787), que diseñó para el sistema penitenciario inglés, materializado por su hermano Samuel Bentham en un arquetipo arquitectónico. Por su disposición radial, el centro era el punto de vigilancia y control de las actividades y de la conducta, volviéndose un espacio disciplinario (Foucault, 1976).

En contraparte, obsérvese en la Figura 4 A que, en el prototipo de Pinel, el tratamiento de los pacientes furiosos se encuentra en el pabellón número 16 (superior derecho) que dispone de células lineales para contener a los pacientes de esta índole, oponiéndose a al panóptico de Bentham. Aun cuando el proyecto estaba terminado, las debidas gestiones para la edificación cesaron durante varios años en tanto el Estado reunía el capital requerido. Esto significó la suspensión del proyecto.

**Figura 8.** Perspectiva del cuarto proyecto del Manicomio General de 1896, elaborado por el ingeniero Luis León de la Barra Quijano y los doctores Samuel Morales Pereyra y Antonio Romero



Nota: Fuentes: Adaptado de la proyección axonométrica publicada en (Anónimo, 1898, pp. 803, 804), así como los datos proporcionados en (de la Barra, Morales y Romero, 1898, pp. 896-898).

Hacia 1905 se emprendió el quinto proyecto, el cual fue el definitivo, momento en el que se incorporó el ingeniero militar Salvador Echegaray. Se integraron en esta última propuesta las recomendaciones del Consejo Consultivo de Edificios Públicos, conformado por el doctor Juan Peon del Valle, el ingeniero Alberto Robles Gil, y el licenciado Miguel Macedo. Nuevamente, los higienistas mexicanos estudiaron las últimas teorías alienistas francesas, inglesas y norteamericanas para elaborar el proyecto, decantándose una vez más, por la tipología de los manicomios franceses.

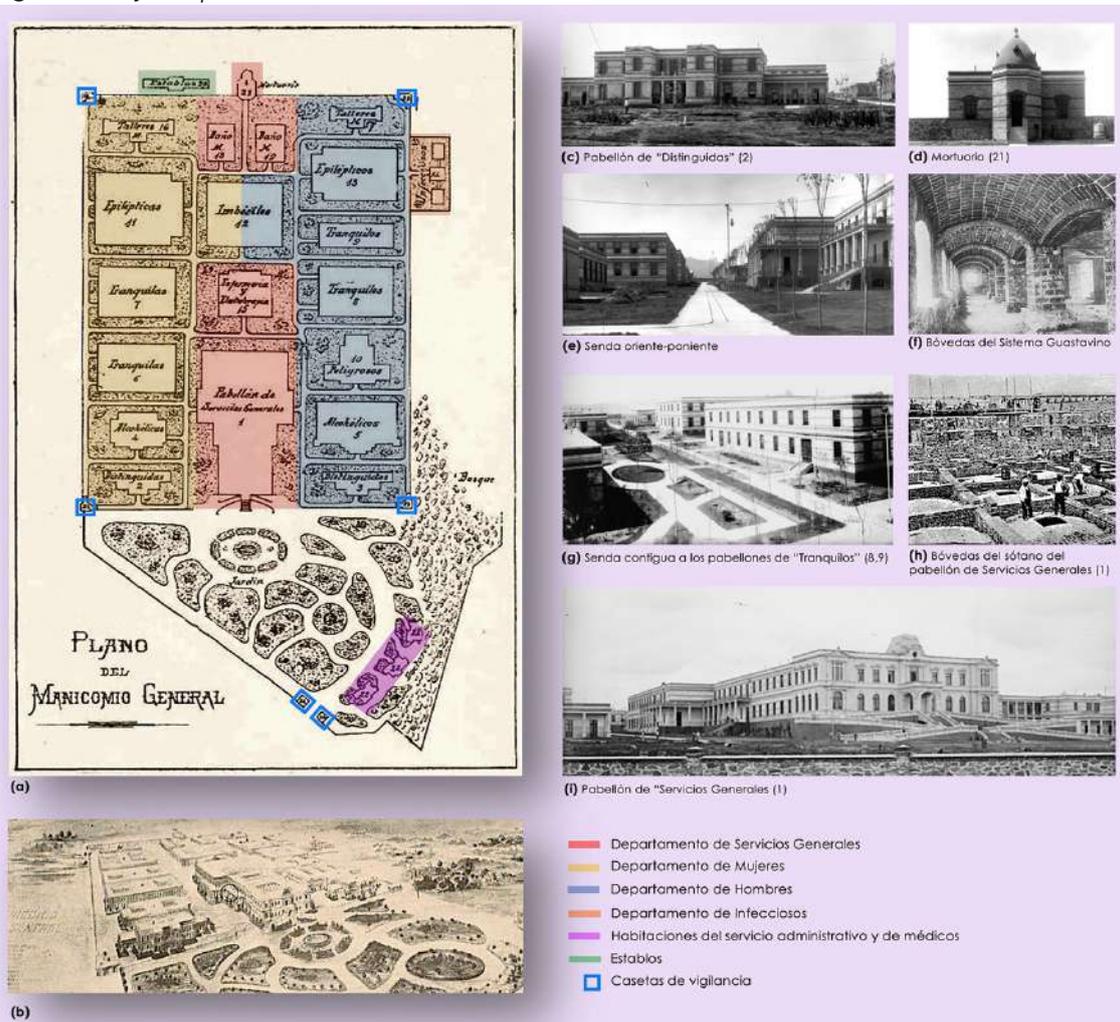
Durante el proceso de diseño se realizaron tres modificaciones al proyecto entre 1905 y 1907, concernientes a las distancias de separación entre pabellones, ya que, por un lado, los médicos higienistas propusieron grandes distancias entre pabellones y, por el otro, los administradores solicitaban reducirlas a razón de los altos costos de la edificación (Echegaray, 1906, ff. 3-4). Otros motivos para elaborar ajustes al proyecto fue que consideraron su decoración arquitectónica excesiva de pilastras, claves, cornisas y remates en general, los cuales, según la comisión, debían suprimirse bajo el argumento de ser costosa. Adicionalmente se cuestionó la carencia de patios en los pabellones de Distinguidos, Imbéciles, Alcohólicos e Infecciosos; de pórticos y de calles transversales que comunicaran los diferentes pabellones; así como la falta de iluminación bilateral y ventilación en algunos pabellones, en las salas de disección del anfiteatro y mortuorio y en sus respectivos baños.

El ingeniero Echegaray atendió sus observaciones integrándolas a las modificaciones que progresivamente fue realizando, no obstante, la réplica del ingeniero tildó el incremento de costos que ello significaría. Aunadas a las observaciones relacionadas con los postulados higienistas, se presentaron otras concernientes con las funciones y organización espacial interna de los edificios (Echegaray, 1906, ff. 4, 5-24). Desafortunadamente, todas estas modificaciones manifestadas textualmente, aunque constantemente aluden a los planos que el ingeniero Echegaray entregó en su momento, no pudieron cotejarse debido a que actualmente estos documentos carecen de los mencionados planos.

Una vez que se reflexionaron y consensuaron los diferentes puntos de vista entre médicos, ingenieros y administradores, se definió el proyecto arquitectónico perentorio. Ulteriormente, se recibieron varias propuestas para la contratación del ingeniero encargado de la realización de las obras de edificación, de las cuales "...encontrándose más ventajosa para el Erario la del ingeniero teniente coronel Porfirio Díaz, hijo, se celebró el contrato con fecha 9 de junio de 1908" (Anónimo, 1910a, p. 73), comenzando poco después las obras.

El Manicomio General se diseñó para atender a 1 330 pacientes en una superficie de 141,662m<sup>2</sup>. Comprendía veintiún pabellones de organización reticular ortogonal rodeados por amplios jardines y tres pequeños edificios más, separados de todo el conjunto, destinados para los dormitorios de los doctores. Al acceder se encontraba un extenso jardín que ofrecía diferentes recorridos. En el eje central del complejo (edificios indicados con color rojo) se situaron los pabellones de los Servicios Generales, localizándose hacia su parte posterior los pabellones de Enfermería y Electroterapia, el pabellón de Imbéciles, los baños, y el mortuario. Dicho eje central separaba tajantemente los pabellones de mujeres (edificios indicados con color amarillo) y de hombres (edificios indicados con color azul). Los establos, el mortuario, los pabellones de Infecciosos y las habitaciones del servicio administrativo y de los doctores, fueron situados en la periferia (Figura 9).

Figura 9. Proyecto perentorio del Manicomio General "La Castañeda"



Nota: Fuentes: (a) (f) (h) adaptado de (Díaz, 1910, s. n. p.); (b) (Anónimo,1909); (c) (Ramírez, ca.1910a, cat. 362260); (d) (Ramírez, ca.1910b, cat. 362330); (e) (Chávez, ca.1910, cat. 365443); (g) (Ramírez, ca.1910c, cat. 354046); (i) (Casasola, ca.1910, cat. 572081).

Contrastándose la Figura 8 con la Figura 9, se atisban cambios importantes entre el cuarto proyecto de 1896 y el definitivo de 1905, principalmente por el cambio de posición de los pabellones, que resultó en una configuración de bloques coligados al integrarse los patios, se cambió el panóptico de los dos pabellones de agitados furiosos (hombres y mujeres) por su integración únicamente en el departamento de hombres con el nombre de "peligrosos", igualmente, en un bloque de pabellones coligados con patios (semejantes al Hôpital Esquirol), y la sustitución de las mansardas por losas planas, la sobriedad de las fachadas de los pabellones exceptuando la fachada principal del complejo.

Cabe aquí tildar que, pese a las anteriores diferencias, el proyecto perentorio evidencia nuevamente su raigambre al arquetipo hospitalario francés. Sostiene quien suscribe que fue no solo por los beneficios de ejercer mayor control y por la versatilidad en el acomodo de pabellones, también para asegurar la coherencia entre el proyecto, de 1905, del Manicomio General con el Hospital General de México y el Hospicio de Niños, de 1905 también, cuya realización dotó de la experiencia suficiente al grupo higienista francófilo para imponerse a los seguidores del paradigma norteamericano, patentando además, la reconocida influencia francesa en la arquitectura mexicana del porfiriato (Moya, 2012; Lira 1990).

En suma, las directrices del proyecto definitivo del Manicomio General fueron un híbrido entre el nuevo paradigma del alienismo al integrar el tratamiento moral, y la práctica atávica al optar por el confinamiento en manicomios. Así también, se colocaron pabellones de talleres para la realización de diversas actividades que promoverían la integración social de los enfermos para suplir la terapéutica basada en el trabajo agrícola.

## **Análisis y resultados**

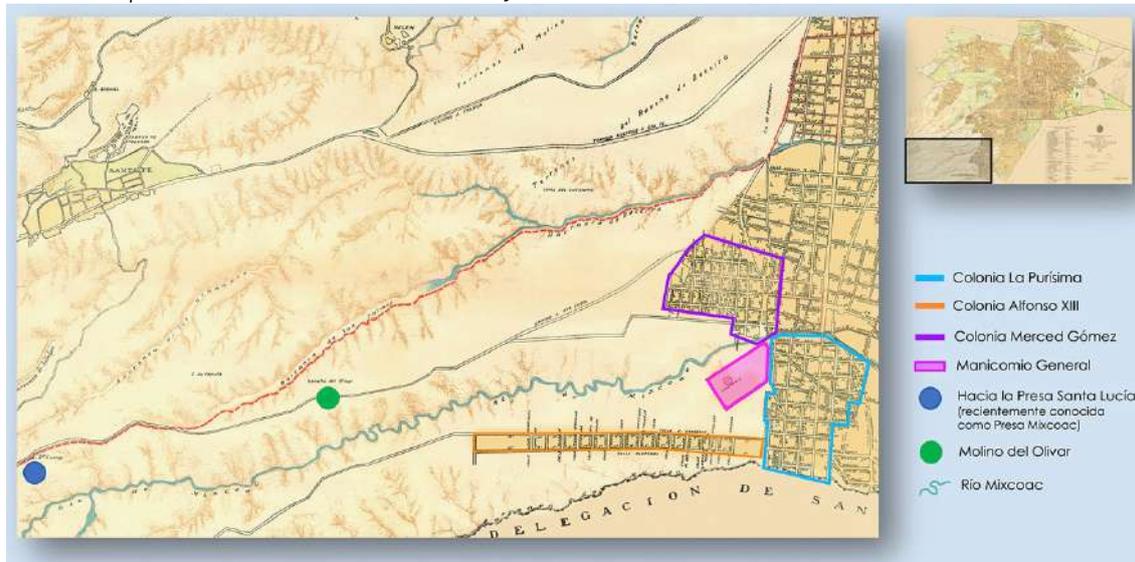
### **La infraestructura sanitaria requerida**

Desde el segundo proyecto de 1881 ya se tenía el objetivo de comprar los terrenos de la Hacienda de la Castañeda (cercana al rancho San José en las inmediaciones de Mixcoac) para erigir ahí el Manicomio General. Esta inferencia se basa en el hecho de que desde agosto de 1882 la Beneficencia Pública mandó a elaborar su avalúo (Anónimo, 1882, ff. 1, 2, 5-6). Asimismo, en julio de 1886, se adujo que dicho terreno adolecía de humedad y falta de agua potable, lo que aumentaría en gran medida las dificultades y costos para su edificación

(Alvarado, Govantes y Liceaga, 1881-1886, f. 29). En virtud de ello, en 1893 se celebró la compra de los terrenos de la Hacienda de la Castañeda, lugar donde finalmente se edificó.

La Huerta de la Castañeda se localizaba cercana al río Mixcoac, lejana de la mancha urbana de la Ciudad de México de aquel entonces. Debido al dilatado proceso de extensión de las nuevas colonias, que formó parte del proyecto porfiriano del ensanchamiento de la ciudad, sus alrededores inmediatos estuvieron desolados por lo menos, hasta las primeras décadas del siglo XX, ya que las colonias más cercanas que se establecieron fueron la colonia La Purísima en 1922, la colonia Alfonso XIII, y la colonia Merced Gómez en 1923 (Jiménez, 2012) (Figura 10).

**Figura 10.** Trazado de las colonias limítrofes al Manicomio General "La Castañeda" en 1929, así como la ubicación aproximada de la Presa Santa Lucía y el Molino del Olivar



Nota: Fuente: Adaptado de (Puig, 1929) con base en el informe de (de la Barra, 1911) y el análisis de la conformación de las colonias de la Ciudad de México de (Jiménez, 2012).

Aun cuando los servicios urbanos llegarían hasta más de una década después de erigido el manicomio para abastecer a las tres nuevas colonias cercanas, la geografía en la que se encontraba la Huerta de la Castañeda favoreció la instalación de la red de abastecimiento de agua potable mediante un acueducto de 3,500 m de longitud proveniente de la Presa de Santa Lucía (hoy día Presa Mixcoac) hasta el Molino del Olivar (Figura 10), con una planta de bombas centrífugas con capacidad de elevación de 21m, a 20L por segundo. (de la Barra, 1911, p. 59).

Aunque se divulgaba que dicho acueducto ya estaba terminado, fue hasta septiembre de 1911 que se ordenó "...instalar en la reposadera número 1 del acueducto del Molino del Olivar a la Presa de Santa Lucía; un sifón, que tiene por objeto pasar parte del agua de la que disfrutaban al Manicomio General"

(López, 1911-1912, f.8). El 12 de febrero de 1912, el supervisor de estas obras, el ingeniero Rodolfo López Ochoa, notificó la conclusión de ese acueducto que desembocó en los tanques de depósito del manicomio (López, 1911-1912, f. 23).

Ante la falta de la red de saneamiento municipal, se resolvió el drenaje de las aguas residuales mediante la instalación de una fosa séptica de depuración biológica. La propuesta y las obras estuvieron a cargo de Juan Soto y Guillermo B. Puga. Para proveer del agua potable en los pabellones se instalaron bombas para garantizar su correcto funcionamiento (Puga y Naugebaun, 1910, exp. 421). Así también, la instalación de la red de atarjeas condujo las aguas negras a la fosa séptica, y la trama de recolección de las aguas pluviales se condujo hacia el colector de la población (Anónimo, 1910b). Por último, la red del alumbrado se constituyó por lámparas de arco y se le encargó su realización a la "Compañía Mexicana de Luz y Fuerza Motriz", trabajo que fue realizado entre 1909 y 1910 (Palacios, 1911).

El Manicomio General se inauguró el 1 de septiembre de 1910, dentro del marco de los festejos del centenario (Figura 11). Si bien su buenaventura fue que se logró resolver el problema de abastecimiento del agua potable en una intermediación municipal, donde difícilmente llegaría el tendido de los servicios urbanos en los años inmediatos, así como el sistema de saneamiento por medio de una fosa séptica, se presentó una vicisitud en cuanto al funcionamiento del tanque de depuración biológica: desde 1911 los vecinos y la prefectura de Mixcoac, a la par del Consejo Superior de Salubridad, notificaron a la Dirección de Obras Públicas del Distrito Federal que se estaba "...contaminando la atmósfera con sus emanaciones pestilentes" (de la Barra, 1912, f. 1).

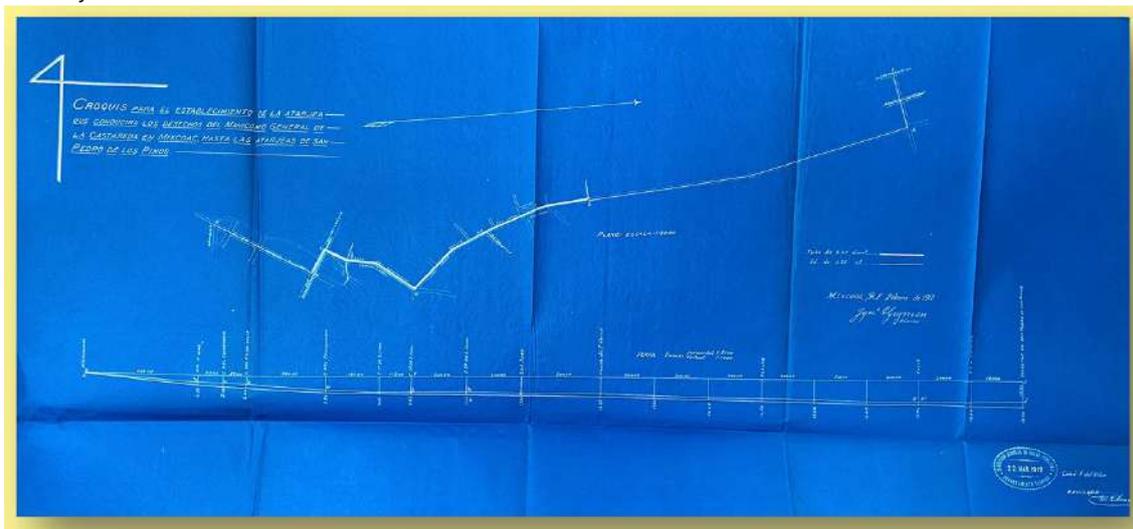
Por tal motivo, Ignacio León de la Barra Quijano presentó el 5 de marzo de 1912 una propuesta (f. 2) para mandar esos desechos contaminantes por un conducto hasta la red de atarjeas de San Pedro de los Pinos en Tacubaya (Figura 12). Dicha propuesta se efectuó, estableciéndose en el contrato la utilización de "...tubos de barro vitrificado con sal, de tercera clase, de cuarenta centímetros de diámetro interior..." (Dirección General de Obras Públicas, 1912).

Figura 11. Inauguración del Manicomio General "La Castañeda"



Nota: Fuentes: (a) (Herrera, 1910a, cat. 353136); (b) (Herrera, 1910b, cat. 353006.); (c) (García, 1910, cat. 353123); (d) (Herrera, 1910c, cat. 353688).

Figura 12. Croquis para evaluar la posibilidad de mandar los desechos del Manicomio General a la red de atarjeas de San Pedro de los Pinos



Nota: Fuente: (de la Barra, 1912, f.3).

Sin embargo, la precariedad económica del recién instaurado Gobierno de Francisco I. Madero imposibilitó la corrección efectiva, ya que como demuestra la circular del 5 de marzo de 1912, redactada por el director General de Obras Públicas del Distrito Federal y dirigida al Consejo Superior de Gobierno del Distrito Federal, no había los fondos suficientes para sufragar tal reparación,

misma que hubo de solventar la Secretaría de Gobernación, razón que hace suponer la decisión de la compra de tubos de tercera clase (Norma, 1912, ff. 1-2).

En el momento de las reparaciones iniciales, el ingeniero de la Beneficencia Pública, A. C. Marín reportó problemas suscitados por la mala calidad de los tubos vidriados, dado que aun cuando se estipuló la compra de tubos de tercera clase, afirmó Marín que "...el tubo que se va a colocar es un tubo de desecho y al cual no se puede dar ninguna clasificación, pues en su totalidad están rotos y de tal manera reventados que ni siquiera admiten reparación" (Marín, 1912, f. 22). Empero los problemas no solo sucedieron por la baja calidad de los materiales, también por los alcances de la propuesta, dado que, según las afirmaciones del ingeniero Marín, los diámetros de los tubos eran demasiado grandes si ese conducto abasteciese solo al Manicomio General y, por el contrario, si se pensaba que esta nueva red abastecería a todos los habitantes de la localidad su diámetro era insuficiente (Marín, 1912, f. 26).

Pese a las anteriores correcciones descritas del sistema al que apostaron garantizar la provisión del agua potable mediante la construcción del acueducto, proveniente de la Presa de Santa Lucía hasta el Molino del Olivar, y con la construcción de la fosa séptica, a los pocos años de haberse inaugurado el Manicomio General, el 17 de mayo de 1916, el director del establecimiento, el señor F. Mier, evidenció la escasez del agua para el riego de los jardines y la huerta. Ante esta circunstancia, él mismo propuso la alternativa de perforar los terrenos del manicomio para encontrar agua artesiana, no obstante, consultó esta posibilidad con el avezado en el tema, el Sr. J. Devillet y el ingeniero de la Beneficencia Pública, quienes determinaron que dada su geografía sería difícil encontrarla, razón por la que se resolvió obtener el agua del Desierto de los Leones mediante un acueducto (Mier, 1916, f. 1).

Asimismo, el sistema de abastecimiento de agua caliente tuvo que modificarse al año siguiente de su inauguración. Esto debido a que tres calderas se encontraban a la intemperie, lo que ocasionó, ante una importante diferencia de temperatura, pérdida por radiación, y, por lo tanto, un considerable aumento en el gasto de combustible. El remedio que sugirió el maquinista que diagnosticó el desperfecto, fue revestirlas de asbesto. Años después, el 23 de enero de 1917, el ingeniero de la Beneficencia Pública A. Prieto (1917) solicitó la venta de tres calderas verticales, las cuales, por su deterioro, fueron sustituidas por otras de mayor tamaño, con la intención de utilizar el dinero obtenido en la compra de materiales de construcción e insumos de agricultura para el mantenimiento de los jardines y la operación de la huerta (f. 1).

Por otro lado, 73 lámparas quedaron conectadas fuera del medidor, tomando cartas en el asunto dicha compañía en agosto de 1911. Así mismo, en abril de 1912, el administrador del Manicomio, el señor J. M. Palacios (1912) reportó la deficiencia del alumbrado exterior, razón por la que solicitó el cambio del sistema de arco por el de foco incandescente (ff. 5, 10). Sin embargo, esta deficiencia no sólo lo fue por el tipo de focos, también por su escasez a lo largo de los pabellones, debido a que:

...solamente existen focos en la parte central de los edificios (...) no habiendo ni un solo foco en todo el resto del exterior de los pabellones y muy especialmente en las calles limitadas por las bardas, no hay nada de alumbrado, siendo así grande la obscuridad, que en casi todas esas calles divisorias existe, trayendo esto como consecuencia, el que no pueda ejercerse ninguna vigilancia (f. 12).

A partir de junio de 1912, la Dirección de General de la Beneficencia Pública, empezó a gestionar las debidas reparaciones, tanto del abastecimiento del agua potable, de la red de drenaje y del alumbrado eléctrico, concluyéndose todo ello hasta 1916 (f. 14-15).

Como se ha expresado con anterioridad, el anhelo del gobierno porfirista de llevar a México a la modernidad se sustentó en la ideología higienista y se materializó en el espacio urbano. El esfuerzo notable por concretar los proyectos de obra pública, como en este caso lo fue el Manicomio General, una de las tres grandes arquitecturas de salud pública de la Ciudad de México, tal y como aquí se pudo observar, se vio supeditado. Esto se debió a que, acorde con los preceptos higienistas, se requería que los hospitales fueran ubicados lejanos de la población, criterio que implicó la formulación de proyectos de extensión de las redes de provisión del alumbrado eléctrico, del agua potable y del drenaje, en las zonas que se contemplaron como parte del proyecto de ensanchamiento de la Ciudad de México.

## Conclusiones

Se examinaron las implicaciones arquitectónicas y urbanísticas entre 1881 y 1916 para concretar la edificación del Manicomio General, el primer manicomio moderno de México. Se evidenció que el nuevo orden urbano-arquitectónico de las instituciones de salud mental, establecido por el binomio higienismo-alienismo, fue la base para su formulación. Su materialización implicó que primeramente los médicos mexicanos escudriñaran las innovadoras teorías de la época sobre de las enfermedades mentales, así como las novedosas técnicas

terapéuticas. Dichas investigaciones se efectuaron con el objetivo de proponer el método de atención adecuado acorde con la cultura mexicana. Como resultado se optó la implementación del tratamiento moral en manicomios.

Por consiguiente, el segundo aspecto discutido por los médicos fue el arquetipo arquitectónico que serviría como modelo, analizándose el arquetipo norteamericano de manicomios Kirkbride Plan basado en pabellones interconectados, y el arquetipo francés de manicomios propuesto por Scipion Pinel, fundamentado en la organización de pabellones mediante una trama ortogonal. Finalmente, se optó por el modelo francés de manicomios para diseñar el proyecto arquitectónico del Manicomio General, el cual derivó en la agrupación de pabellones coligados a través de patios.

Si bien es cierto que se reconoce la predilección del presidente Porfirio Díaz y de la burguesía afín a su régimen por la ciencia y cultura francesa, lo que explica en parte la elección del arquetipo francés como canon de asistencia hospitalaria, y con base en lo tratado en este trabajo, no pueden obviarse las ventajas arquitectónicas que el modelo francés ofrece en cuanto al control de la interacción entre asilados y el personal, además de la versatilidad del acomodo de pabellones en topografías accidentadas.

Por último, se mostraron las vicisitudes relacionadas con la provisión del agua potable, el desalojo de las aguas negras y el suministro de la red eléctrica, por las que el Manicomio General La Castañeda atravesó para que cumpliera con los principios higienistas, así como las acciones realizadas para resolverlas. Desafortunadamente, ante el tardío desarrollo tecnológico y la falta de recursos económicos, el tendido de la red de los servicios urbanos en la localidad de Mixcoac se logró concretar hasta más de una década después. Esto evidenció que los proyectos de la provisión del alumbrado eléctrico, del agua potable y del desagüe del Valle de México debieron contemplar otros proyectos articulados para extender sus redes y poder dotar a las arquitecturas hospitalarias, a cualquier otro equipamiento urbano y a las nuevas colonias, que formaban parte del proyecto porfiriano de ensanchamiento de la Ciudad de México.

## Referencias bibliográficas

- Agostoni, C. (2003). *Monuments of progress. Modernization and public health in Mexico City, 1876-1910*. University of Calgary Press, University Press of Colorado, Instituto de Investigaciones Estéticas, UNAM.
- Almandoz, A. (2013). *Modernización urbana en América Latina. De las grandes aldeas a las metrópolis masificadas*. Colección Estudios Urbanos UC.
- Alvarado, M.; Govantes, J.; Liceaga, E. (1881-1886). *Dictámenes de la Comisión investigadora para la fundación de un Manicomio General en el Rancho "San José"*. Archivo Histórico de la Secretaría de Salud. Fondo: Beneficencia Pública. Sección: Establecimientos Hospitalarios. Serie: Manicomio General. Legajo: 1. Expediente: 2.
- Anónimo (1861-1883). *Documentos relativos a la donación de la huerta del Convento del Carmen en San Ángel, para fundar el Hospital General de Dementes*. Archivo Histórico de la Secretaría de Salud. Fondo: Beneficencia Pública. Sección: Establecimientos Hospitalarios. Serie: Manicomio General. Legajo: 1. Expediente: 1.
- Anónimo (1882). *Avalúo de la Hacienda "La Castañeda" y testimonios de la escritura de censo consignativo hipotecario*. Archivo Histórico de la Secretaría de Salud. Fondo: Beneficencia Pública. Sección: Establecimientos Hospitalarios. Serie: Manicomio General. Legajo: 1. Expediente: 3.
- Anónimo (1889). *Assistance et patronage des aliénés. Colonies agricoles. Inspecteurs régionaux. Congrès International de Médecine Mentale tenu à Paris du 5 au 10 août 1889*. pp. 535-567.
- Anónimo (1898). *El nuevo Manicomio General, un gran proyecto*. *El Mundo*, 2(16), pp. 803-804.
- Anónimo (1909). *Proyecto de Manicomio General por Sr. Porfirio Díaz. Aspecto que presentará cuando esté terminado*. *El Mundo Ilustrado*, (1)4, p.179.
- Anónimo (1910a). *Descripción del Manicomio General. El Arte y la Ciencia*. *Revista mensual de Bellas Artes e ingeniería*, (12)3, pp. 72-76.
- Anónimo (1910b). *Documento relativo a la unión del drenaje del Manicomio con el de la población*. Archivo Histórico de la Secretaría de Salud. Fondo: Beneficencia Pública. Sección: Establecimientos Hospitalarios. Serie: Manicomio General. Legajo: 1. Expediente: 36.
- Bentham, J. (1787). *Panoptico or the inspectio-house*. T. Payne.
- Berrios, G. E. (2008). *Historia de los síntomas de los trastornos mentales*. FCE.
- Borne, L. (1898). *Études et Documents sur la Construction des Hôpitaux. Libraire de la construction moderne*. Aulanier et Cie Éditeurs.
- Cantero, M.; García, J. R. (2010). *Consideraciones en torno al movimiento alienista y el tratamiento moral de la locura*. *Uaricha Revista de Psicología*, 14, pp. 89-104.

- Caponi, S. (2009). Para una genealogía de la anormalidad: la teoría de la degeneración de Morel. *SCIENTIAE STUDIA* 7(3), pp. 425-445.
- Carriel, C. A. (1960). *Henry Frost Carriel. M.D. His ancestors and descendants*. Mellon Institute.
- Carrillo, A. M. (2002). Economía, política y salud pública en el México porfiriano (1876-1910). *História, ciencias, saúde-Manguinhos*. 9, pp. 67-87.
- Casasola, A. V. (ca.1910). Mediateca INAH/Catálogo:572081.
- Chávez, G. (ca.1910). Mediateca INAH/Catálogo:365443.
- Curwen, J. (1875). *History of the Association of Medical Superintendents of American Institutions for the Insane, from 1844 to 1874*. The Association of Medical Superintendents of American Institutions for the Insane.
- de la Barra, I. L. (1911). Informe leído por el señor diputado e ingeniero Ignacio L. de la Barra, en el acto de inauguración del Manicomio General el 1 de septiembre de 1910. Apéndice número 108, en G. García (Ed.), *Crónica oficial de las fiestas del primer centenario de la independencia de México*. Talleres del Museo Nacional.
- de la Barra, I. L. (1912). *Sobre construcción de un conducto destinado a llevar hasta la red de atarjeas de San Pedro de los Pinos los derrames y desagües del Manicomio General de Mixcoac*. Archivo Histórico de la Ciudad de México. Fondo: Ayuntamiento/Gobierno del Distrito Federal. Sección: Obras Públicas. Serie: Obras Públicas Foráneas. Volumen: 1390ª. Tomo: 2. Expediente: 82.
- de la Barra, L. L.; Morales, S.; Romero, A. (1898). *Exposición y proyecto para construir un manicomio en el Distrito Federal. Memorias del Segundo Congreso Médico Pan-Americano verificado en la Ciudad de México República Mexicana. Noviembre 16, 17, 18 y 19 de 1896*. Hoeck y Compañía Impresores y Editores.
- Département de la Seine-Saint-Denis (s.f.). *Atlas de l'architecture et du patrimoine*. Document: IVR11\_03931145NUCB\_P.
- Díaz, P. (1910). *Informe rendido por el Ingeniero, contratista, teniente coronel Porfirio Díaz, 1908-1910, en Secretaría de Estado y del Despacho de Gobernación (Ed.), Beneficencia Pública. Manicomio General*. Compañía Editora Nacional.
- Dirección General de Obras Públicas (1912). *Contrato entre la Dirección General de Obras Públicas y los Sres. Adolfo Freyría y Alberto Guevara, para la construcción de una atarjea que conduzca los desechos del Manicomio General en Mixcoac hasta las atarjeas de San Pedro de los Pinos en Tacubaya*. Archivo Histórico de la Ciudad de México. Fondo: Ayuntamiento/Gobierno del Distrito Federal. Sección: Contratos. Volumen: 563. Expediente: 245.
- Echegaray (1906). *Modificaciones al Proyecto presentado por el Ingeniero Don Salvador Echegaray que está en estudio*. Archivo Histórico de la Secretaría de Salud. Fondo: Beneficencia Pública. Sección: Establecimientos Hospitalarios. Serie: Manicomio General. Legajo: 1. Expediente: 10.

- Epinay-Sur-Orge (1957). *Plans minutes de conservation: tableau d'assemblage. Essone terre d'avenirs*. Archives Départementales.
- Foucault, M. (1976). *Vigilar y cartigar*. Siglo Veintiuno Editores.
- Foucault, M. (1979). El ojo del poder, entrevista a Michael Foucault por María Jesús Miranda en *Genealogía del poder. Las Ediciones de la Piqueta*.
- García, J. (1864). *Informe sobre los establecimientos de beneficencia y corrección de esta capital. Su estado actual, noticia de sus fondos, reformas que desde luego necesitan y plan general de su arreglo*. Moderna Librería Religiosa. Escrito póstumo presentado por José María Andrade y publicado por Luis García Pimentel en 1907.
- García, V. (1910). Mediateca INAH/Catálogo:353123.
- Garnica, R. (2007). *Nacimiento y evolución de la psiquiatría*. Trillas.
- González, J. L. (1998). Evolución histórica de la Psiquiatría. *Psiquis*, 19 (5), pp. 183-200.
- Goulier, C.; Biet, L. M. D.; Grillon, E. J. L.; Tardieu, E. (1825-1836). *Choix d'édifices publics projetés et construits en France depuis le commencement du XIX siècle. Volumen 1*. Louis Colas.
- Herrera, A. (1910a). Mediateca INAH/Catálogo: 353136.
- Herrera, A. (1910b). Mediateca INAH/Catálogo:353006.
- Herrera, A. (1910c). Mediateca INAH/Catálogo:353688.
- Huertas, R. (2015). De la filosofía de la locura a la higiene del alma. Joseph Daquin (1732-1815). Asclepio. *Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia*, 67 (2), p. 106.
- Illinois Board of World's Fair Commissioners (1893). *Brief History of the Charitable Institutions of the State of Illinois*. John Morris Company, printers.
- Jaquemet, H. (1866). *Des hopitaux et des hospices: des conditions que doivent présenter ces établissements au point de vue de l'hygiène et des intérêts des populations*. J.-B. Baillière et fils. Libraires de L'Académie Impériale de Médecine.
- Jiménez, J.H. (2012). *La traza del Poder. Historia de la política y los negocios urbanos en el Distrito Federal: de sus orígenes a la desaparición del Ayuntamiento (1824-1928)*. Universidad Autónoma de la Ciudad de México.
- Kibria, A. A.; Metcalfe, N. H. (2014). A biography of William Tuke (1732–1822): Founder of the modern mental asylum. *Journal of Medical Biography*, 24(3), pp. 1-5.
- Kirkbride, T.S. (1854). *On the construction, organization, and general arrangements hospitals for the insane: with some remarks on insanity and its treatment*. J. B. Lippincott & Co.
- Laget, P. L. (2004). Naissance et évolution du plan pavillonnaire dans les asiles d'aliénés. *Livraisons d'histoire de l'architecture*. (7), pp. 51-70.

Latour, B. (1995). *Pasteur, una ciencia, un estilo, un siglo*. Siglo Veintiuno Editores.

Lira, C. (1990). *Para una historia de la arquitectura mexicana*. UAM.

López, R. (1911-1912). *Presupuesto e informes sobre la construcción del acueducto*. Archivo Histórico de la Secretaría de Salud. Fondo: Beneficencia Pública. Sección: Establecimientos Hospitalarios. Serie: Manicomio General. Legajo: 2. Expediente: 17.

Marín, A. C. (1912). *Notificación expedida por la Dirección General de Obras Públicas, dirigida al Secretario de Gobernación, referente a la conducción de desechos del Manicomio General en Mixcoac a las atarjeas de San Pedro de Los Pinos*. Archivo Histórico de la Ciudad de México. Fondo: Ayuntamiento/Gobierno del Distrito Federal. Sección: Gobierno del Distrito Federal. Serie: Obras Públicas. Sección: Obras Públicas Foráneas. Volumen: 1390ª. Tomo: 2. Expediente: 82.

Mier, F. (1916). *Sobre que el pozo artesiano que se quería hacer no dará resultado por las condiciones de los terrenos*. Archivo Histórico de la Secretaría de Salud. Fondo: Beneficencia Pública. Sección: Establecimientos Hospitalarios. Serie: Manicomio General. Legajo: 6. Expediente: 11.

Moya, A. (2012). *Arquitectura, historia y poder bajo el régimen de Porfirio Díaz Ciudad de México, 1876-1911*. Consejo Nacional para la Cultura y las Artes.

Murphy, M. M. (2016). *Preserving the Kirkbride Legacy: An Analysis of the Extant State of the Plan and Challenges of Adaptive Reuse* (Tesis de Maestría no publicada). University of North Carolina at Greensboro. Estados Unidos.

Narjoux, F. (1883). *Paris, monuments élevés par la ville 1850-1880*. Moret et Cie Éditeurs.

Norma, R. (1912). *El Consejo Superior da a conocer una resolución que se aprobó...* Archivo Histórico de la Ciudad de México. Fondo: Ayuntamiento/Gobierno del Distrito Federal. Sección: Consejo Superior de Gobierno del Distrito Federal. Serie: Salud e Higiene. Volumen: 646. Expediente: 38.

Outram, D. (2009). *La Ilustración*. Siglo veintiuno editores.

Palacios, J. M. (1911). *Informes con respecto a las instalaciones eléctricas, proyecto de presupuesto para cambio y aumento de alumbrado y otros asuntos*. Archivo Histórico de la Secretaría de Salud. Fondo: Beneficencia Pública. Sección: Establecimientos Hospitalarios. Serie: Manicomio General. Legajo: 2. Expediente: 18.

Patlán, E. (2000). *Historia de la psicología en México de 1867 a 1910. Estudio de caso: El Hospital del San Hipólito*. (Tesis) Universidad Nacional Autónoma de México.

Pinel, S. (1836). *Traité complet du régime sanitaire des aliénés ou manuel des établissemens qui leur sont consacrés*. Mauprivez Editeur.

Préfecture du Département de la Seine (1883) *Direction des Travaux. Inventaire Général des Œuvres d'art du Département de la Seine. Tome XIII, Édifices Départementaux dan Paris*. Imprimerie Chaix/Imprimerie et Librairie Centrales des Chemins de Fer. Société Anonyme.

- Prieto, A. (1917). *Sobre la venta de tres calderas inútiles*. Archivo Histórico de la Secretaría de Salud. Fondo: Beneficencia Pública. Sección: Establecimientos Hospitalarios. Serie: Manicomio General. Legajo: 7. Expediente: 20.
- Puga, G. B. y Neugebaun F. (1910). Contrato celebrado el 15 de febrero de 1910. Archivo Histórico de la Ciudad de México. Fondo: Ayuntamiento. Sección: Ayuntamiento/Gobierno del Distrito Federal. Serie: Contratos. Volumen: 4212.
- Puig, J. M. (1929). *Plano de la Ciudad de México formado por la Dirección de Catastro con sus datos más recientes*. Acervo: Biblioteca Manuel Orozco y Berra de la Dirección de Estudios Históricos del INAH.
- Questel, Ch. (1877). *Asile D'Alienes De Sainte-Anne, a Paris. Vue a vol d'oiseau. Revue générale de l'Architecture et des Travaux Publics*, 34(4), pp. 36,37.
- Ramírez, B. (ca.1910a). Mediateca INAH/Catálogo:362260.
- Ramírez, B. (ca.1910b). Mediateca INAH/Catálogo:362330.
- Ramírez, B. (ca.1910c). Mediateca INAH/Catálogo:354046.
- Ramírez, R. (1884). *El Manicomio. Informe escrito por comisión del Ministerio de Fomento*. Oficina Tipográfica de la Secretaría de Fomento.
- Remartínez, M. T. (2018). *Las familias como usuarias del Hospital de Mujeres dementes de la Ciudad de México, 1877-1910*. (Tesis). Instituto Mora, México.
- Ríos, A. (2008). *Locura y encierro psiquiátrico en México: el caso del Manicomio La Castañeda, 1910*. Antípoda. *Revista de Antropología y Arqueología*, (6), pp. 73-90.
- Rivera, C. (2010). *La Castañeda. Narrativas dolientes desde el Manicomio General. México, 1910-1930*. Tusquets editores.
- Rosen, G. (1985). *De la policía médica a la medicina social*. Siglo veintiuno editores.
- Sacristán, C. (2009). *La locura se topa con el manicomio. Una historia por contar*. *Cuicuilco*, (45), pp. 163-189.
- Sánchez, G. G. (2020). *Procesos urbanos en América Latina en el paso del siglo XIX al XX: Del higienismo al urbanismo*. Juan Pablos Editor.
- Secretaría de Gobernación (1881). *Reglamento de la Beneficencia Pública*. *Gaceta Médica de México*, 17(17), s/p.
- Sloan, S. (1875). *State Asylum for the Insane, 1875*. *The digital collections of the North Jersey History & Genealogy Center*.
- Stagnaro, J. C. (2015). *Introducción: En torno al origen del primer alienismo*. *Asclepio*, 67(2)104. doi: <http://dx.doi.org/10.3989/asclepio.2015.22>

Tagliareni, R.; Mathews, C. (2016). *Greystone Park Psychiatric Hospital*. Arcadia Publishing.

Tuke, S. (1813). *Description of The Retreat, an institution near York, for insane persons of the the Society of Friends*. Isaac Peirce.

Vallejo, M. (2011). Impacto de la medicina de la higiene en el alienismo francés de la primera mitad del siglo XIX. *Anuario de investigaciones*. (18), pp. 225-236.

Villegas, S. (2003). Un acuerdo entre caciques: la elección presidencial de Manuel González (1880). *Estudios de Historia Moderna y contemporánea de México*. 25, pp. 115-148.

Yanni, C. (2003). The Linear Plan for Insane Asylums in the United States before 1866. *Journal of the Society of Architectural Historians*, 62(1), pp. 24-49.

Yanni, C. (2007). *The Architecture of Madness: Insane Asylums in the United States*. University Of Minnesota Press.