



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Dirección General de Estudios de Posgrado

Facultad de Ciencias Sociales

Unidad de Posgrado

**Límites de la institucionalización de la locura: Discurso
alienista y condiciones de encierro en el Hospicio de
Insanos (Lima, 1859-1897)**

TESIS

Para optar el Grado Académico de Magíster en Historia

AUTOR

Jair Adolfo MIRANDA TAMAYO

ASESOR

Mg. Alex LOAYZA PÉREZ

Lima, Perú

2025



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Miranda, J. (2025). *Límites de la institucionalización de la locura: Discurso alienista y condiciones de encierro en el Hospicio de Insanos (Lima, 1859-1897)*. [Tesis de maestría, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Ciencias Sociales, Unidad de Posgrado]. Repositorio institucional Cybertesis UNMSM.

Metadatos complementarios

Datos de autor	
Nombres y apellidos	Jair Adolfo Miranda Tamayo
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	76674959
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0002-3680-0363
Datos de asesor	
Nombres y apellidos	Alex Loayza Pérez
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	09872234
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0002-9413-643X
Datos del jurado	
Presidente del jurado	
Nombres y apellidos	Mario Miguel Meza Bazán
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	10156242
Miembro del jurado 1	
Nombres y apellidos	Carlos David Rengifo Carpio
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	09941595
Miembro del jurado 2	
Nombres y apellidos	Gerardo Tomas Alvarez Escalona
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	09647475
Datos de investigación	

Línea de investigación	E.4.4.3. Historia Social y Política
Grupo de investigación	No aplica
Agencia de financiamiento	Sin financiamiento
Ubicación geográfica de la investigación	País: Perú Departamento: Lima Provincia: Lima Distrito: Lima Latitud: -12.050290936897202 Longitud: -77.0126968942899
Año o rango de años en que se realizó la investigación	Abril 2023 – Abril 2025
URL de disciplinas OCDE	Historia: https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#6.01.01 Historia y filosofía de la ciencia y la tecnología: https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#6.03.02 Psiquiatría: https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.24



Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
UNIDAD DE POSGRADO

ACTA DE SUSTENTACIÓN

En Lima, a los treintauno días del mes de mayo del año dos mil veinticinco, mediante sustentación presencial a cargo de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, a horas 11:00 a.m., bajo la presidencia del Dr. Mario Miguel Meza Bazán y con la concurrencia de los demás Miembros del Jurado de Tesis, se inició la ceremonia invitando al graduando, **Miranda Tamayo, Jair Adolfo**, para que hiciera la exposición de la tesis para optar el **Grado Académico de Magíster en Historia**. Siendo el trabajo titulado:

«Límites de la institucionalización de la locura: Discurso alienista y condiciones de encierro en el Hospicio de Insanos (Lima, 1859-1897)»

A continuación, fue sometido a las objeciones por parte del Jurado. Terminando esta prueba y, verificada la votación, se consignó la calificación correspondiente a:

A - Excelente - 19

Por tanto, el Jurado, de acuerdo al Reglamento de Grados y Títulos, acordó recomendar a la Facultad de Ciencias Sociales para que proponga que la Universidad Nacional Mayor de San Marcos otorgue el **Grado Académico de Magíster en Historia** al graduando **Miranda Tamayo, Jair Adolfo**. Siendo las 12:45 pm, y para constancia se dispuso se extendiera la presente acta:


Dr. Mario Miguel Meza Bazán
Presidente


Dr. Carlos David Rengifo Carpio
Miembro


Dr. Gerardo Tomás Álvarez Escalona
Miembro


Mg. Alex Loayza Pérez
Asesor




DR. CRISTÓBAL ROQUE ALJOVÍN DE LOSADA
DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES (e)

Pabellón José Carlos Mariátegui – Ciudad Universitaria
Teléfono: 6197000 Anexo 4003. Lima – Perú.
Correo: tesisupc_sociales@unmsm.edu.pe
Web: <http://sociales.unmsm.edu.pe/>



Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
UNIDAD DE POSGRADO

CERTIFICADO DE SIMILITUD

Yo, **Alex Loayza Pérez** en mi condición de asesor acreditado con el **Dictamen Directoral N.º 0396-UPG-F.CC.SS-2024** de la tesis de investigación académico, cuyo título es «**Límites de la institucionalización de la locura: Discurso alienista y condiciones de encierro en el Hospicio de Insanos (Lima, 1859-1897)**», presentado por el bachiller **Miranda Tamayo, Jair Adolfo**, para optar el grado académico de **Magíster en Historia**, **CERTIFICO** que se ha cumplido con lo establecido en la Directiva de Originalidad y de Similitud de Trabajos Académicos, de Investigación y Producción Intelectual. Según la revisión, análisis y evaluación mediante la Plataforma Informática para la Detección de Similitudes (PIDS), el documento evaluado cuenta con el **7 % de similitud**, nivel **PERMITIDO** para continuar con los trámites correspondientes y para su **publicación en el repositorio institucional**.

Se emite el presente certificado en cumplimiento de lo establecido en las normas vigentes, como uno de los requisitos para la obtención del grado correspondiente.

Lima, 09 de mayo de 2025

Firma del asesor: 

Nombres y apellidos del asesor: Alex Loayza Pérez

DNI: 09872234

Pabellón José Carlos Mariátegui – Ciudad Universitaria
Teléfono: 6197000 Anexo 4003. Lima – Perú.
Correo: tesisupg.sociales@unmsm.edu.pe,
Web: <http://sociales.unmsm.edu.pe/>

A mis padres y abuelos, por haber sembrado en mí el amor por la historia desde que tengo —y cuando no tengo— uso de razón.

A los pacientes hospitalizados del Hospital Víctor Larco Herrera, en especial a los del pabellón 12-13, quienes siempre me acogieron con los brazos abiertos durante mis visitas a su biohuerto.

A los pacientes internados en el Hospicio de Insanos durante el siglo XIX. Sus voces y memorias, marcadas por la violencia, ocupan un lugar central en esta tesis.

“Y es que, en nuestro país, la falta de juicio no está en los locos, sino en los cuerdos” (Portal, 1932, p. 164).

Resumen:

La presente tesis, enmarcada en la historia social y los *Mad Studies* o Estudios Locos, tiene como objetivo analizar los límites de la institucionalización del tratamiento de la locura en Lima entre 1859 y 1897, a partir del estudio de caso del Hospicio de Insanos y los actores que le dieron forma: médicos, guardianes, Hermanas de la Caridad, policías, autoridades, familias y pacientes. Sostengo que la institucionalización del tratamiento de la locura en Lima estuvo atravesada por tensiones entre los discursos médicos modernizadores y las particularidades del contexto peruano decimonónico, con elementos heredados del periodo colonial. Estas limitaciones incluyeron la marginalidad de la medicina mental en el discurso médico, el incumplimiento del tratamiento moral, la persistencia de la caridad religiosa, el carácter autoritario de las fuerzas policiales, el pragmatismo de las autoridades, el estigma en el ámbito doméstico y la minimización de los testimonios de pacientes. Estas condiciones dieron lugar a una institucionalización tensionada entre los ideales del discurso médico y las prácticas reales. La investigación se fundamenta en el análisis de fuentes administrativas del Hospicio, tanto manuscritas —hoy custodiadas en el Hospital Víctor Larco Herrera— como impresas, así como las memorias de violencia publicadas por los pacientes en la prensa local, textos alienistas, material fotográfico y documentos bibliográficos complementarios. Esta tesis busca aportar al debate sobre la noción clásica de “poder psiquiátrico”, que presentaba a la institución psiquiátrica como omnipotente y vigilante. En su lugar, parto de una perspectiva más ajustada al contexto latinoamericano y las limitaciones específicas del Perú en el siglo XIX, junto con el diálogo testimonial de los pacientes. De esta manera, la investigación ilumina cómo la institucionalización del tratamiento de locura operó en un escenario complejo, donde los intentos modernizadores chocaron con profundas tradiciones culturales y sociales.

Palabras clave:

Locura, Hospicio de Insanos, Medicina mental, Discurso alienista, Tratamiento moral, Institucionalización, Medicalización, Mad Studies.

Abstract:

This thesis, situated within the fields of social history and Mad Studies, aims to analyze the limits of the institutionalization of madness treatment in Lima between 1859 and 1897, through a case study of the Hospicio de Insanos and the actors who shaped it: doctors, guards, Sisters of Charity, police officers, authorities, families, and patients. I argue that the institutionalization of mental health treatment in Lima was marked by tensions between modernizing medical discourses and the specificities of the 19th-century Peruvian context, which included elements inherited from the colonial period. These limitations included the marginality of mental medicine within broader medical discourse, the failure to implement moral treatment, the persistence of religious charity, the authoritarian nature of the police forces, the pragmatism of the authorities, stigma within the domestic sphere, and the minimization of patients' testimonies. These conditions gave rise to an institutionalization marked by contradictions between the ideals of medical discourse and actual practices. This research is grounded in the analysis of administrative records from the Hospicio, including both handwritten documents —now held at the Hospital Víctor Larco Herrera— and printed materials, as well as accounts of violence published by patients in the local press, alienist texts, photographic material, and complementary bibliographic sources. The thesis contributes to the debate surrounding the classical notion of “psychiatric power”, which portrayed psychiatric institutions as omnipotent and surveillance-driven. Instead, it adopts a perspective more attuned to the Latin American context and the specific limitations of 19th-century Peru, incorporating the testimonial voices of patients. In doing so, this study sheds light on how the institutionalization of madness treatment operated within a complex setting, where modernizing efforts clashed with deep-rooted cultural and social traditions.

Keywords:

Madness, Hospicio de Insanos, Mental medicine, Alienist discourse, Moral treatment, Institutionalization, Medicalization, Mad Studies.

Tablas de contenidos

Índice general

Tablas de contenidos	7
Agradecimientos	13
Introducción	15
Marco conceptual: medicalización e institucionalización del tratamiento de la locura.....	17
Estado del arte: una historia de la historia de la locura en el Perú	20
Metodología, fuentes y estructura de redacción	25
Capítulo 1. Locos y loquerías antes de la institucionalización de la locura en Lima (1538-1859)	31
Introducción	31
1. Locura y loquerías durante el periodo colonial peruano (1538-1824)	33
1.1. Concepción de la locura: medicina hipocrática y pensamiento mágico religioso	33
1.2. Las loquerías y la caridad cristiana: El caso de la loquería de varones del Hospital Real de San Andrés	37
1.3. Tratamiento de la locura durante el periodo colonial: farmacopea, extracción de fluidos y represión física	41
2. Cambios en las sensibilidades respecto a las condiciones de encierro de la locura a inicios de la República peruana (1824-1859)	44
2.1. Intelectuales y loquerías: Las críticas del francés Abel Victorino Brandin en el Perú	45
2.2. El día de San Andrés y el espectáculo público de la locura en Lima	48
2.3. Caridad filantrópica y loquerías: Los concursos públicos de 1832 y 1852	50
2.4. Instituciones y loquerías: La Sociedad de Beneficencia Pública de Lima y las Hermanas de la Caridad	52
2.5. Las loquerías y la cuestión de la locura en la Lima de la década de 1850	57
3. Violencia y opinión pública desde los testimonios de pacientes de la loquería de San Andrés (1827-1854)	59
3.1. Encierro y violencia en el caso de Manuel Vitaliano	62
3.2. El “loco” Marcelino Saldamando: locura, política y la libertad de imprenta	64
3.3. Internamiento injustificado y opinión pública alrededor del caso de David Nuque.....	70
Conclusiones	72
Capítulo 2. Discurso alienista y tratamiento moral en la medicina peruana y el Hospicio de Insanos de Lima (1859-1897)	75
Introducción	75
1. Pinel y Esquirol: Discurso alienista y el tratamiento moral en Francia (1793-1838).....	77
1.1. Philippe Pinel y el tratamiento moral de la locura.....	78
1.2. Jean-Étienne Esquirol y la Ley de 1838 en Francia	83
1.3. Nosologías de la locura en Pinel y Esquirol	85
2. El alienista José Casimiro Ulloa (1856-1859)	88

2.1.	El viaje positivista de Ulloa a Europa	91
2.2.	La negociación de un manicomio para Lima: Ulloa, el discurso alienista y el tratamiento moral de la locura (1856-1859)	96
2.3.	Optimismo frente a la inauguración del Hospicio de Insanos	102
3.	Institucionalización formal de la locura: El discurso alienista y el tratamiento moral de la locura en los dispositivos legales del Hospicio de Insanos (1859-1897)	108
3.1.	El certificado médico y la admisión de los amentes	109
3.2.	La injerencia del inspector del Hospicio de Insanos	111
3.3.	El régimen administrativo de las Hermanas de la Caridad	112
3.4.	El servicio médico y el tratamiento moral de la locura	113
3.5.	Regulación del tiempo y el control de los cuerpos	115
3.6.	División sexual del espacio, el trabajo y la enfermedad	121
	Conclusiones	128
	Capítulo 3. Los límites de la institucionalización de la locura: Condiciones reales de encierro en el Hospicio de Insanos de Lima (1859-1897)	131
	Introducción	131
1.	Un órgano de disciplinamiento en crisis: Hacinamiento, precariedad económica y deficiencias infraestructurales en el Hospicio de Insanos (1859-1897).....	135
1.1.	Hacinados, institucionalizados y alcohólicos en el Hospicio de Insanos	135
1.2.	Limitaciones infraestructurales e insalubridad en el Hospicio de Insanos	153
1.3.	Precariedad económica del Hospicio de Insanos.....	162
2.	Diálogos, conflictos y negociaciones: Los actores alrededor del Hospicio de Insanos (1859-1897)....	171
2.1.	Entre la marginalidad profesional y el poder limitado: el médico en el Hospicio de Insanos.....	171
2.2.	Las Hermanas de la Caridad y la caridad religiosa en el Hospicio de Insanos.....	179
2.3.	Los guardianes y el tratamiento moral fallido en el Hospicio de Insanos	181
2.4.	El tenedor de libros y la desorganización del archivo del Hospicio de Insanos	182
2.5.	Las familias, sus estigmas y sus estrategias	183
2.6.	Policías y el control social en Lima.....	186
2.7.	Las autoridades provinciales: De manicomio limeño a manicomio nacional.....	190
3.	Secuestro y violencia en el Hospicio de Insanos (1885-1887)	192
3.1.	Locura espiritista: El caso de Carlos Paz Soldán.....	192
3.2.	Locura y herencia: El caso de Manuela Avelina Hurtado	205
4.	Epílogo: Hacia la reforma de la institución psiquiátrica en el Perú (1888-1918)	210
	Conclusiones	214
	Conclusiones generales	219
	Referencias bibliográficas	223
	Anexos	243

Índice de figuras

Figura N° 1. El loco Guillén en una acuarela de Pancho Fierro	60
Figura N° 2. El loco Cogoy en una acuarela de Pancho Fierro	60
Figura N° 3. El loco Becerra en una acuarela de Pancho Fierro	61
Figura N° 4. Representación de Saldamando en la loquería de San Andrés, “con grillos, grillete y cadena”. Posiblemente, la representación gráfica más antigua de un engrilletado en la señalada loquería	65
Figura N° 5. Saldamando por las calles en una acuarela de Pancho Fierro	66
Figura N° 6. Philip Pinel	79
Figura N° 7. Grabado s.f. elaborado a partir del cuadro de Charles Louis Müller, el cual recrea la mítica escena de Pinel liberando de sus cadenas a los alienados del Bicêtre	79
Figura N° 8. Grabado s.f. elaborado a partir del cuadro de Tony Robert-Fleury, el cual recrea la mítica escena de Pinel liberando de sus cadenas a los alienados del Salpêtrière.....	80
Figura N° 9. Retrato J. E. D. Esquirol, por C. Bazin.....	83
Figura N° 10. Retrato de José Casimiro Ulloa	89
Figura N° 11. Retrato de José Casimiro Ulloa	89
Figura N° 12. Retrato de José Casimiro Ulloa, copia de un óleo de Francisco Lazo	90
Figura N° 13. Retrato de José Casimiro Ulloa	90
Figura N° 14. Grabado de la vista exterior del Hospicio de Insanos en 1889	106
Figura N° 15. Vista exterior del Hospicio de Insanos en 1900.....	106
Figura N° 16. Vista exterior del Hospicio de Insanos en 1913.....	107
Figura N° 17. Entrada del Hospicio de Insanos en 1906, adornada con las esculturas en mármol de Hipócrates y Galeno, las cuales actualmente se encuentran en la entrada del Hospital Víctor Larco Herrera (av. del Ejército N° 600, Magdalena del Mar, Lima)	107
Figura N° 18. Fachada del hoy I. E. P. N. P. Alipio Ponce Vásquez (av. Sebastián Lorente 769, Barrios Altos, Lima), ubicado en el antiguo Hospicio de Insanos	108
Figura N° 19. Interior del Hospicio de Insanos en 1900	119
Figura N° 20. Representación en lápiz del interior del Hospicio de Insanos	120
Figura N° 21. Otra representación en lápiz del interior del Hospicio de Insanos.....	120
Figura N° 22. Departamento de hombres	123
Figura N° 23. Departamento de mujeres	123
Figura N° 24. Departamento de mujeres	124
Figura N° 25. Habitación del Hospicio de Insanos en 1909.....	136
Figura N° 26. Uno de los comedores del Hospicio de Insanos en 1911	136
Figura N° 27. T. V., alias “Churunga”, internada por 45 años en el Hospicio de Insano.....	143
Figura N° 28. Manuel A. Muñiz.....	172
Figura N° 29. Eduardo Sánchez Concha	172
Figura N° 30. Registro de admisión del Hospicio de Insanos	177

Figura N° 31. Carlos Paz Soldán.....	193
Figura N° 32. Reconstrucción de escena de baño de ahogo, en vigencia en el Hospicio de Insanos hasta 1917.....	198
Figura N° 33. Grilletes para alienados	199
Figura N° 34. Reconstrucción de escena de un enfermo con grillos y esposas	199
Figura N° 35. Habitación de cujas o jaulas para agitados	200
Figura N° 36. Reconstrucción de escena de paciente en cuja.....	200
Figura N° 37. La antigua camisa de fuerza (reconstrucción de escena)	201
Figura N° 38. Cuja del Hospicio de Insanos, custodiada en el Museo de Historia de la Psiquiatría del Hospital Víctor Larco Herrera.....	201
Figura N° 39. Antigua camisa de fuerza, restaurada. custodiada en el Museo de Historia de la Psiquiatría del Hospital Víctor Larco Herrera	202
Figura N° 40. Reconstrucción de escena de “enfermo gatoso o destructor”, en silla para gatosos y con los harapos con los cuales eran vestidos este tipo de pacientes.....	205
Figura N° 41. Entrada principal del Asilo Colonia de la Magdalena en 1918, con las esculturas en mármol de Hipócrates y Galeno, originalmente ubicadas en el Hospicio de Insanos.....	213
Figura N° 42. Vista panorámica del Asilo Colonia de la Magdalena en 1920	214

Índice de tablas

Tabla N° 1. Población de enfermos y locos en hospitales limeños en 1791	40
Tabla N° 2. Población aproximada de las loquerías de varones y mujeres en Lima, 1563-1859	57
Tabla N° 3. Distribución del día para los pacientes del Hospicio de Insanos.....	116
Tabla N° 4. Oficios de internas mujeres del Hospicio de Insanos, 1860-1897.....	125
Tabla N° 5. Existencias, entradas, altas y fallecidos en el Hospicio de Insanos, 1859-1900.....	137
Tabla N° 6. Tasa de entradas, altas y fallecidos en el Hospicio de Insanos, 1860-1899	140
Tabla N° 7. Diagnóstico del Hospicio de Insanos, 1860-1898	146
Tabla N° 8. Consolidado de diagnósticos del Hospicio de Insanos, 1860-1898.....	150
Tabla N° 9. Causas de fallecimiento en el Hospicio de Insanos, 1860-1897.....	159
Tabla N° 10. Consolidado de causas de fallecimiento en el Hospicio de Insanos, 1860-1897.....	161
Tabla N° 11. Presupuestos y cuentas de la Sociedad de Beneficencia Pública de Lima, 1866-1880	163
Tabla N° 12. Promedio mensual de presupuestos, egresos, ingresos y saldos del Hospicio de Insanos, 1860-1894 (en soles).....	165
Tabla N° 13. Aproximación al gasto mensual por paciente en el Hospicio de Insanos, 1860-1894 (en soles)	167
Tabla N° 14. Pacientes pensionistas y gratuitos del Hospicio de Insanos, 1876, 1880, 1893 y 1897.....	168
Tabla N° 15. Información requerida por el formulario de remisión y el registro de admisión desde 1893 en el Hospicio de Insanos.....	175
Tabla N° 16. Distribución del Hospicio de Insano en 1888	179

Tabla N° 17. Procedencia de 377 pacientes varones internados en el Hospicio de Insanos entre 1864 y 1897	187
Tabla N° 18. Procedencia de 99 pacientes mujeres internadas en el Hospicio de Insanos entre 1864 y 1897	188
Tabla N° 19. Existencias según procedencia en el Hospicio de Insanos, 1896-1898	188

Índice de gráficos

Gráfico N° 1. Existencias, entradas, altas y fallecidos en el Hospicio de Insanos, 1860-1900	139
Gráfico N° 2. Tasa de entradas, altas y fallecidos en el Hospicio de Insanos, 1860-1899	141
Gráfico N° 3. Evolución de los cinco primeros diagnósticos del Hospicio de Insanos (1860-1898)	151
Gráfico N° 4. Proporción de las edades de los pacientes del Hospicio de Insanos, 1860-1897.....	155
Gráfico N° 5. Evolución del presupuesto anual (ingresos, egresos y déficit calculado) de la SBPLB, 1866-1880 (en soles).....	164
Gráfico N° 6. Evolución anual de la cuenta (ingresos, egresos, saldos, deudas y déficit) de la SBPLB, 1866-1880 (en soles).....	164
Gráfico N° 7. Evolución del promedio mensual de presupuestos, egresos, ingresos y saldos del Hospicio de Insanos, 1860-1894 (en soles)	166
Gráfico N° 8. Distribución presupuestal de gastos ordinarios del Hospicio de Insanos en 1877	170
Gráfico N° 9. Distribución de gastos ordinarios del Hospital de San Andrés en 1868	170
Gráfico N° 10. Distribución de gastos ordinarios del Hospital de Santa Ana en 1868	170

Índice de mapas

Plano N° 1. Reconstrucción del Hospital Real de San Andrés a partir de la información brindada por la visita de 1563 y la estructura moderna del establecimiento	38
Plano N° 2. Ubicación del Hospicio de Insanos en el Cercado de Lima, según un mapa de 1862	99
Plano N° 3. Plano del Hospicio de Insanos de 1897	122

Abreviaturas

AGN: Archivo General de la Nación

BNP: Biblioteca Nacional del Perú

FS: FamilySearch

MHP HVLH: Museo de Historia de la Psiquiatría del Hospital Víctor Larco Herrera

SBPL: Sociedad de Beneficencia Pública de Lima

Agradecimientos

Cuando inicié mis labores como historiador del Hospital Víctor Larco Herrera en noviembre de 2021, se abrió un nuevo horizonte en mi carrera profesional. Su Biblioteca Enrique Encinas¹, que actualmente dirijo con la colaboración con mi asistente Eunice Ríos, me brindó un acceso invaluable a la historia de la medicina mental y los *Mad Studies*. A este repositorio se suma el Museo de Historia de la Psiquiatría, administrado por Diana Bustamante, que, con el financiamiento de The Endangered Archives Programme de The British Library, recientemente han digitalizado y puesto a disposición del usuario el archivo del Hospicio de Insanos (1859-1917), una fuente fundamental para el desarrollo de esta tesis². Este impulso científico del hospital, promovido durante la gestión de los directores generales Méd. Psiqu. Elizabeth Rivera Chávez (2017-2024) y Dr. Edgar Miraval Rojas (2024-actualidad), ha sido una fuente de inspiración no solo para mí y esta tesis, sino también para numerosos investigadores peruanos y extranjeros. Hoy, gracias a este esfuerzo integrado, no solo contamos con acceso al material físico, sino también con el Archivo Digital de la Salud Mental en el Perú³. Asimismo, espero con entusiasmo las tesis que se están gestando bajo la misma inspiración que encontré en este hospital centenario.

Mi interés por la historia de la medicina mental trasciende lo puramente intelectual. Haber experimentado la parálisis de Bell en medio de la crisis provocada por la pandemia de Covid-19 hizo que lo psiquiátrico se volviera una parte integral de mi vida entre 2021 y 2025, conectándome con la medicina mental tanto en lo personal como, de manera fortuita, en lo profesional. Profundicé esta inquietud con la lectura de *Why Talk About Madness?* de Catherine Coleborne (2020), un texto que, al centrarse en las memorias y testimonios de pacientes, me inspiró a rastrear y dar voz a las diversas experiencias del siglo XIX peruano. Muchas de estas historias resonaron profundamente conmigo, ampliando mi comprensión y compromiso con el tema.

También debo esta tesis al equipo de Fuentes Históricas del Perú, un proyecto de humanidades digitales dedicado a buscar, sistematizar y difundir recursos históricos digitalizados, integrado por jóvenes de universidades como la UNMSM, UNT, UNFV y PUCP⁴. Entre las recientes contribuciones de este equipo, destaco el Archivo Digital de la Prensa Peruana, proyecto ganador de los Estímulos Económicos para la Cultura del Ministerio de Cultura en 2022, cuyas más de 770 publicaciones periódicas fueron revisadas minuciosamente para esta investigación. Lidero este proyecto desde 2020, gracias al incondicional apoyo de los colegas que lo hacen posible.

En el ámbito académico, agradezco a mi asesor Alex Loayza Pérez por su constante guía en la elaboración de esta tesis. Asimismo, a los docentes de la Maestría en Historia de la UNMSM, como Susana Aldana, Ybeth Arias, Rolando Rojas, Carlota Casalino, Gerardo Álvarez, David Rengifo, Iván Millones, Rocío Rebata, Mario Meza,

¹ Enlace de acceso en línea: <https://biblioteca.larcoherrera.gob.pe>

² Enlace de acceso en línea: <https://eap.bl.uk/project/EAP1402>

³ Enlace de acceso en línea: <https://bibliotecaencinas.wordpress.com>

⁴ Enlace de acceso en línea: <https://fuenteshistoricasdelperu.com>

Paul Montoya y Marina Zuloaga, cuyos comentarios y observaciones resultaron fundamentales para este trabajo. También valoro los aportes de mis compañeros de maestría, entre quienes debatíamos semana a semana nuestros avances.

Agradezco a los amigos que leyeron y revisaron esta tesis, como Erika Caballero, Rubén Robles y Santiago Stucchi. Entre los lectores asiduos estuvo Carlos L. Paredes Hernández, quien, desde California, revisó minuciosamente cada página —y pie de página—, con comentarios que iban desde la seriedad —y, valga decir, ansiedad— propia de un estudiante de doctorado, hasta las bromas más originales que he podido leer. Incluyo aquí también a quienes me apoyaron en la búsqueda de fuentes, como Jimmy Tarazona desde su gestión del Archivo Histórico de la Sociedad de Beneficencia Pública de Lima e Isabel Quispe como custodia de la Biblioteca Nacional del Perú. Asimismo, me ayudó en demasía el apoyo emocional de Daniel Varas Campos, Paula Aparcana, Angy Chambilla, Carla Moncada, Shedy Alférez y Fernanda Fernández durante el proceso de escritura. Mi agradecimiento también a Franchesca Cáceres, quien comparte el interés por el estudio del Hospicio de Insanos, aunque desde preguntas y enfoques diferentes. Su presencia constante en la Biblioteca Enrique Encinas fue un alivio y una alegría en medio de estos dos años de intensa y a veces angustiosa redacción. Finalmente, a mis padres, Adolfo y Aida, a mi hermano Carlos, a mi tía María y, especialmente, a mis abuelos Carlos y Julia, quienes alimentaron mi amor por la historia a través de nuestras conversaciones. Sé que omito involuntariamente a muchas personas valiosas; a todos ellos, mis más sinceras disculpas y un enorme agradecimiento por ser parte de este camino.

Introducción

En la casa de orates de San Andrés [...] diz que había un *rótulo* en que se leía: *Muchos están por muy poco y otros por poco no están*⁵.

El mundo es una gran casa de locos; entre los que andan por ahí fuera y los que estamos en este recinto hay una sola diferencia: nosotros estamos á PUPILO y ellos de EXTERNOS⁶.

Desde el surgimiento de la psiquiatría moderna en el siglo XIX, ha sido constante el desarrollo de tensiones entre los avances científicos y las prácticas tradicionales o premodernas. A pesar del papel fundamental que la ciencia ha desempeñado en el entendimiento y tratamiento de los trastornos mentales, existe aún cierta resistencia en la población para adoptar plenamente estos avances. Creencias arraigadas, prácticas basadas en enfoques no científicos, desinformación y estigma social asociado a los trastornos mentales: todo ello incide negativamente en los afectados⁷. Incluso en el contexto de postpandemia de Covid-19, luego de haberse exacerbado los casos de estrés, ansiedad, depresión y temor, estas tensiones se mantienen en el ámbito de la psiquiatría⁸. Estas circunstancias generan conflictos entre diversos actores: pacientes, familiares, autoridades y profesionales médicos. ¿Cómo podemos abordar eficazmente estas tensiones entre los avances científicos y las prácticas arraigadas? ¿Qué obstáculos y resistencias enfrentan los esfuerzos por integrar plenamente los avances psiquiátricos en la sociedad? ¿Es posible superar las barreras persistentes de desinformación y estigma social para lograr una atención más efectiva y humana en el campo de la medicina mental? Estas son preguntas urgentes que nos llevan a reflexionar sobre el complejo panorama de la psiquiatría contemporánea y sus implicaciones en la vida de quienes padecen trastornos mentales.

Inspirada en estos problemas y enmarcada dentro de la historia social y *Mad Studies* o Estudios Locos, la presente tesis tiene como objetivo principal comprender los límites de la institucionalización del tratamiento de la locura en Lima entre 1859 y 1897, a partir del estudio de caso del Hospicio de Insanos, también conocido como Manicomio

⁵ *El Comercio*, Lima, año 40, nro. 14285, 2 de octubre de 1878, ed. tarde, p. [4].

⁶ Pensamiento elaborado por “un loco que está alojado en el [Manicomio del] Cercado”. *La Sociedad*, Lima, año 1, nro. 117, 24 de octubre de 1879, p. [2].

⁷ Podemos destacar, por ejemplo, el caso de Consuelo Berrocal, notoriamente difundido entre los medios de prensa desde la década de 1990, dejando de lado aspectos como la privacidad e integridad de la paciente (Nomberto, 2023); asimismo, el escándalo acaecido alrededor del Restobar Estación Psiquiátrica, cuyas temáticas “manicomiales” fueron motivo de crítica desde los especialistas y sociedad (La República, 2022).

⁸ Según un estudio efectuado en 2021 por el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi, una de cada ocho personas (11,8%) en Lima sufrió de algún trastorno mental en el 2020, año de inicio del confinamiento por la pandemia de Covid-19 en nuestro país, especialmente en los trastornos de ansiedad y los trastornos depresivos, representando un aumento significativo en comparación con años anteriores (El Comercio, 2021).

del Cercado⁹. Este periodo se extiende desde la inauguración del Hospicio, la primera institución dedicada a la medicina mental en el Perú, hasta el concurso público para la construcción de un nuevo Hospital Nacional de Alienados en 1896 y la promulgación del reglamento interno del Hospicio en 1897, eventos que marcaron el cierre de una etapa de crisis, críticas y reformas alrededor del establecimiento. Asimismo, el estudio abarca a los diversos actores que estuvieron inmersos en el tratamiento de la locura, como médicos, guardianes, Hermanas de la Caridad, policías, autoridades, familias y pacientes.

Sostengo que la institucionalización del tratamiento de la locura en Lima estuvo atravesada por tensiones entre los discursos médicos modernizadores y las particularidades del contexto peruano decimonónico, algunas heredadas del periodo colonial. Estas limitaciones incluyeron la marginalidad de la medicina mental en el discurso médico predominante, el incumplimiento del tratamiento moral, la persistencia de la caridad religiosa, el carácter autoritario de las fuerzas policiales, el pragmatismo de las autoridades, el estigma en el ámbito doméstico y la minimización de los testimonios de pacientes. Estas condiciones dieron lugar a una institucionalización tensionada entre los ideales del discurso y las prácticas reales. En suma, la interacción entre enfoques modernos y tradicionales en el contexto peruano condujo a una forma de modernización que aún no se había concretado por completo, la denominada “modernidad sin modernización” (Ruiz, 1994, p. 24; Ríos, 2023, p. 17) o “modernización tradicionalista” (Trazegnies, 1992, pp. 30-34).

Para demostrar la hipótesis, estructuro el análisis en tres ejes principales. En primer lugar, examino las características del tratamiento de la locura en Lima entre 1538 y 1859, con el propósito de comprender el contexto histórico de cambios y continuidades que sentaron las bases para la institucionalización del tratamiento de la locura en la década de 1850. En segundo lugar, analizo la incorporación del discurso alienista y el tratamiento moral en el Hospicio de Insanos durante el período de 1859 a 1897, con el objetivo de entender de qué manera este marco médico respaldó la modernización del tratamiento de la locura en Lima y permitió su institucionalización formal. Por último, en un tránsito del plano discursivo a la práctica cotidiana, investigo las condiciones reales de reclusión y encierro en el Hospicio de Insanos durante la segunda mitad del siglo XIX, es decir, los límites de la institucionalización, identificando los elementos de cambio y permanencia que caracterizaron el tratamiento de la locura en el contexto limeño de esa época.

Nuestro análisis de los límites de la institucionalización del tratamiento de la locura busca contribuir al debate sobre las nociones clásicas de las instituciones psiquiátricas, como la del “poder psiquiátrico” de Michel Foucault (2007) y la “institución total” de Erving Goffman (1973). Estas perspectivas concebían a la institución psiquiátrica como una autoridad omnipotente; no obstante, si bien lograron consolidarse como espacios de encierro para aquellos considerados peligrosos, perturbadores o no deseables en el espacio público, en la práctica estuvieron atravesadas

⁹ Aunque los documentos oficiales de la época utilizaron diversas denominaciones (Hospital Civil de la Misericordia, Hospicio de Amentes, Casa de Orates, Asilo de Locos, entre otras), el nombre de “Hospicio de Insanos” resulta en el más común. Por esta razón, se ha optado por emplearlo en la presente tesis.

por múltiples tensiones estructurales, sociales y económicas que afectaron su funcionamiento y limitaron la eficacia que los discursos médicos atribuían al encierro psiquiátrico. En este sentido, este estudio busca ofrecer una comprensión más matizada de las dinámicas institucionales y sus limitaciones en contextos específicos, como el contexto peruano de la segunda mitad de siglo XIX.

1. Marco conceptual: medicalización e institucionalización del tratamiento de la locura

Nuestro objeto de estudio es la institucionalización del tratamiento de la locura, por lo que la caracterización de la “locura” en el contexto del siglo XIX europeo constituye un primer paso conceptual. El neuropsiquiatra peruano Germán Berrios (2011) ha abordado la complejidad ontológica de los “objetos” en psiquiatría, tales como síntomas y trastornos mentales. Berrios sostiene que estos no son meras entidades naturales, sino “objetos híbridos” que surgen de la interacción entre señales biológicas y configuraciones culturales. Los trastornos mentales, en este sentido, son inseparables de los sistemas de representación y gestión social que los describen, y su naturaleza varía en función de los contextos históricos y culturales. Es decir, para comprender la locura debemos situarla tanto en su contexto médico como en el histórico en el que se desarrolla y debate. Así, Berrios plantea que el alienismo decimonónico o incluso la psiquiatría contemporánea deben entenderse como disciplinas híbridas, situadas entre las ciencias naturales y las humanidades, que requieren modelos capaces de integrar tanto elementos biológicos como semánticos para abordar la complejidad de los síntomas mentales. Esta perspectiva nos permite profundizar en cómo los trastornos mentales eran comprendidos y gestionados dentro de un sistema de conocimientos en constante construcción, influenciado por marcos europeos pero adaptado al contexto local peruano.

Siguiendo esta línea, a partir de la propuesta del psiquiatra e historiador canadiense Henri Ellenberger (2004), sostenemos que las clasificaciones en psiquiatría son inherentemente ilusorias debido a la complejidad y variabilidad de los trastornos mentales en contextos determinados. Según Ellenberger, a diferencia de las enfermedades físicas, los trastornos psiquiátricos no pueden definirse de manera objetiva y estable, ya que, reiteramos, dependen de factores culturales, históricos y subjetivos. En consecuencia, cualquier sistema de clasificación psiquiátrica es, en última instancia, una construcción teórica que refleja los valores y limitaciones del momento en que se creó, más que una representación precisa de la realidad clínica. Esta perspectiva apoya la idea de que las definiciones y diagnósticos de los trastornos mentales en Lima durante el siglo XIX no eran estáticos ni precisos, sino interpretaciones influenciadas por el contexto social y cultural del Perú de la época, y, desde luego, podían ser capitalizados por diversos actores según sus intereses o expectativas. Por ejemplo, el proceso de institucionalización de la locura a mediados del siglo XIX reflejaba más los ideales de progreso y modernidad que una “realidad clínica” objetivamente definida.

Esta concepción de la locura como construcción histórica y cultural, antes que entidad objetiva y estable, explica cómo los discursos médicos se impusieron como instrumentos de poder biopolítico y desplazaron otras formas de explicación en un

proceso más amplio conocido como medicalización. Uno de sus primeros teóricos fue el austriaco Iván Illich (1975, p. 9), para quien la medicalización abarcaba procesos mediante los cuales el sistema médico moderno se extendía a áreas de la vida que antes estaban fuera —o relativamente fuera— de su alcance, patologizando comportamientos que, en muchos casos, no eran problemas de salud en la práctica. Esto se sustentó en la idea de que la salud debía ser perseguida y mantenida a través de la intervención médica constante, lo que crea una dependencia de la población hacia el sistema médico. Por su parte, el filósofo francés Michel Foucault (1996, pp. 85-106) enmarcó a la medicalización como un proceso en el que la medicina y las prácticas médicas se utilizan como mecanismos de control y dominación en la sociedad, es decir, como una estrategia biopolítica. Ambas definiciones permiten comprender la medicalización como un proceso que implicó categorizar y patologizar ciertos comportamientos o estados mentales como enfermedades, reemplazando las explicaciones mágico-religiosas y/o creencias populares previas. Esto resultó en la imposición de un marco médico y la aplicación de tratamientos o intervenciones con el objetivo de controlar y normalizar a aquellos considerados “desviados” o “enfermos”.

La medicalización se institucionalizó mediante diversas estrategias, entre ellas la promulgación de legislación específica y la creación de infraestructuras psiquiátricas especializadas para el confinamiento y tratamiento de las personas consideradas enfermas mentales. A partir de investigaciones efectuadas en Australia, Nueva Zelanda, Reino Unido y Canadá, la historiadora australiana Catherine Coleborne (2020), definió la “institucionalización de la locura” como el proceso de internamiento masivo en grandes instituciones psiquiátricas, fenómeno que se generalizó en los siglos XIX y XX. Estas estructuras —caracterizadas por muros, puertas, pasillos, reglamentos y normas que respondían a criterios de género, estructuras sociales y políticas— estaban organizadas para recopilar, clasificar y vigilar los trastornos mentales en función de un orden social, con la pretensión de transformar a los internos en sujetos productivos. Sin embargo, y a pesar del optimismo modernizador de sus impulsores, estas instituciones funcionaron con mayor frecuencia como dispositivos de custodia que como verdaderos centros de curación.

Inicialmente, la propuesta teórica alrededor de la institucionalización de la locura fue entendida como una “institución total”, categoría desarrollada por Erving Goffman (1973). Para el sociólogo canadiense, una institución total era un lugar, como un hospital psiquiátrico o una prisión, donde los individuos estaban sujetos a un control sistematizado y una supervisión constante de todas sus actividades. En estas instituciones, se esperaba que los residentes o reclusos siguieran estrictas reglas y rutinas impuestas por la autoridad. La institución total, entonces, moldeaba los comportamientos de todos los que estaban dentro de ella, incluido el personal médico y de enfermería. Cabe señalar que Goffman desarrolló esta categoría en la década de 1960, en un momento en que los muros institucionales estaban siendo derribados —tanto metafórica como realmente— por un movimiento preocupado por exponer la violencia institucional de la psiquiatría y su tratamiento, a saber, la antipsiquiatría (Coleborne, 2020, pp. 29-30).

Sin embargo, en la década de 1990 emergió una visión más compleja de los procesos de medicalización e institucionalización, la cual puso debate los postulados desarrollados por Illich, Foucault y Goffman, resaltando la agencia de los actores involucrados, sean médicos, pacientes, familiares o autoridades. Al respecto, A. Murguía, T. Ordorika y L. Lendo (2016, pp. 639, 644) han ofrecido un balance desde la casuística latinoamericana, concluyendo que: a) los actores involucrados tuvieron la agencia de negociar las normas de la medicalización y dan nuevos significados al discurso médico; b) que se produjo una combinación entre el conocimiento biomédico y otros tipos de saberes, como los de la medicina popular; c) que determinados grupos lucharon contra la medicalización de sus condiciones, como es el caso de la comunidad homosexual; y d) que algunos se cuestionan la autoridad del médico tradicionalmente reconocido. Asimismo, el “poder psiquiátrico” (Foucault, 2007) como mecanismo de control y ejercicio de poder no logró cumplir sus cometidos, en la medida que las instituciones psiquiátricas terminaron por convertirse en un problema para el Estado.

Coleborne (2020) también forma parte de esta tendencia crítica. La autora argumenta que, históricamente, las instituciones psiquiátricas eran más permeables de lo que se creía. Por ejemplo, las familias desempeñaron un papel crucial en el cuidado de sus seres queridos con enfermedades mentales, incluso cuando estaban confinados en estas instituciones. Lograron ejercer agencia y propósito en el cuidado institucional, estableciendo límites en cuanto a la atención, la intervención y la relación con el personal médico (Coleborne, 2020, pp. 44-45). Estas casuísticas están enmarcadas en lo que denominaremos “límites de la institucionalización”, refiriéndonos a las restricciones y contradicciones inherentes a un sistema que, aunque busca integrar y gestionar a ciertos individuos o fenómenos bajo normas institucionales, enfrentaba tensiones estructurales, sociales y económicas que comprometían su efectividad y objetivos declarados. Esto también nos permite diferenciarla de la “institucionalización formal”, proceso mediante el cual se establecen normas, procedimientos y estructuras oficiales, generalmente plasmados en reglamentos, para regular y sistematizar el funcionamiento de una institución y sus prácticas.

Para profundizar en los límites de la institucionalización, Coleborne (2020) ha planteado la necesidad de centrar la atención en los pacientes y sus familias, una propuesta que ha inspirado la aproximación a las fuentes en esta tesis. Contrastar los registros clínicos y administrativos con las perspectivas de los pacientes, expresadas a través de cartas, testimonios personales y relatos de sus familiares descendientes, es fundamental para comprender las condiciones reales de encierro (Coleborne, 2020, pp. 20-21). Estas voces ofrecen un valioso acceso a memorias de violencia que, con frecuencia, son minimizadas o eliminadas por el discurso oficial. Como señala la socióloga argentina Elizabeth Jelin (2020), las memorias son objeto de disputas políticas, ya que las narrativas del pasado están intrínsecamente vinculadas al poder, la legitimidad y el reconocimiento. Las luchas por imponer una narrativa única tienden a silenciar memorias divergentes, especialmente aquellas que contradicen los intereses oficiales.

En este contexto, las memorias de los pacientes emergen como una forma de resistencia frente a la narrativa hegemónica impuesta por médicos y autoridades, al dar a

conocer sus experiencias de violencia en espacios públicos como la prensa, desafiando y cuestionando las versiones oficiales. La memoria, entonces, se convierte en un terreno de disputa entre narrativas dominantes y contramemorias que buscan reivindicar perspectivas silenciadas. Sin embargo, abordar estas memorias plantea desafíos metodológicos importantes. A menudo, los testimonios disponibles son únicos, y su corroboración con otros documentos resulta limitada o compleja. En esta tesis, se ha buscado superar estas dificultades mediante un análisis crítico de las fuentes disponibles, dejando explícitas las advertencias y limitaciones en cada caso. Este enfoque no solo resalta la importancia del testimonio del paciente para los estudios de las memorias de la violencia, sino que también subraya la necesidad de una lectura cuidadosa y contextualizada que reconozca tanto sus potencialidades como sus limitaciones.

2. Estado del arte: una historia de la historia de la locura en el Perú

La historia de la locura y la psiquiatría en el Perú se ha construido principalmente desde lo que Diego Armus (2002, p. 42) ha denominado la “tradicional historia de la medicina”, elaborada por los “historiadores de la medicina”, principalmente médicos. Esta tradición se despliega en dos vertientes principales. La primera vertiente se configura como un relato de “grandes hombres” —biografías de alienistas y psiquiatras célebres, casi siempre varones— en detrimento de actores subalternos como mujeres, religiosas, pacientes y familias, cuyos itinerarios profesionales se erigen como emblemas del progreso médico peruano. Entre los biografiados destacaron José Casimiro Ulloa (Valdizán, 1924, 1925; Salaverry, 2010), David Matto Usandivaras (Álvarez, 2020), Hermilio Valdizán (Mariátegui, 1981), Enrique Encinas (Encinas, 1994), Juan Francisco Valega (Mariátegui, 2000), entre otros. La segunda vertiente agrupa los estudios que integran la trayectoria de la psiquiatría del pasado al presente, presentándola como una profesión en constante progreso y subrayando una ética y filosofía moral supuestamente superiores a otros modos de saber —religioso, popular, etc.—, en los que el médico vuelve a erigirse como figura central de estos relatos. En este grupo destacan estudios que rastrean la historia de la psiquiatría peruana desde el periodo colonial hasta la época contemporánea (Valdizán, 1944; Lastres, 1951, t. 3; Valdivia, 1964, 1989; Alayza, 1972; Salaverry y Delgado, 2000, t. 1).

La tradicional historia de la medicina empezó a dar paso a enfoques más críticos a partir de la lectura de las idas de Foucault y el poder psiquiátrico entre los intelectuales peruanos. Un hito de esa renovación fue el estudio de Augusto Ruiz Zevallos (1994), calificado por Andrés Ríos Molina (2023, p. 16) como el “primer trabajo sobre el tema desde una historia crítica” en el país. Zevallos analizó cómo la élite modernizadora peruana de la segunda mitad del siglo XIX concebía la locura desde una racionalidad instrumental, que diferenciaba entre lo útil y lo prescindible para el modelo de sociedad que aspiraban a consolidar. Esta visión dio lugar a un proyecto de control y clasificación de las personas con enfermedades mentales, sustentado en una suerte de “utopía controlista” orientada a transformar a estos sujetos y, en la medida de lo posible, reincorporarlos al orden social. Un ejemplo concreto de esta mentalidad se materializó en la creación de espacios asilares, como el Hospicio de Insanos.

No obstante, un análisis más minucioso del funcionamiento del manicomio, junto con el estudio de casos como los del espiritista Carlos Paz Soldán y la escritora Mercedes Cabello de Carbonera, permitió a Zevallos evidenciar las tensiones entre el discurso alienista y las prácticas reales de reclusión. Estas últimas reproducían formas de explotación y racismo heredadas del orden colonial, más que promover espacios de tratamiento o rehabilitación. En este marco, el autor recurre al concepto de “modernidad tradicional” o “modernidad sin modernización” (Trazegnies, 1992, pp. 30-34) para ayudar a comprender los cambios que se produjeron en el Perú del siglo XIX a través del ejemplo del Hospicio de Insanos.

Otro antecedente crítico es el libro publicado por el médico psiquiatra Santiago Stucchi Portocarrero (2022) en 2012, el cual ha sido complementado por diversos artículos (Stucchi, 2015, 2018, 2019). En esta obra, el autor analiza las transformaciones institucionales vinculadas al tratamiento de la locura en el Perú, desde las loquerías coloniales hasta el siglo XXI. Si bien su enfoque sigue inscrito, en parte, dentro de la tradicional historia de la medicina —al centrarse en las grandes instituciones psiquiátricas y sus principales figuras—, Stucchi buscó superar este marco al incorporar herramientas analíticas inspiradas en Foucault. Así, examina el papel del poder y los discursos en la configuración de estas instituciones, al tiempo que reconoce sus límites estructurales en distintos contextos históricos, pese a los esfuerzos modernizadores impulsados por la élite peruana.

Este enfoque institucional se complementa con trabajos como el de Antonio Coello Rodríguez (2018), quien ofrece una historia sintética de la fundación, funcionamiento y legado del Hospicio de Insanos. Su estudio se alinea con las conclusiones de Ruiz y Stucchi en cuanto a que el manicomio fue concebido como parte de los esfuerzos modernizadores del Estado peruano en el siglo XIX, aunque pone un énfasis particular en la arquitectura hospitalaria y el contexto urbano. Además, Coello profundiza en el conflicto entre el poder médico emergente y la beneficencia religiosa, así como en las limitaciones materiales y estructurales que enfrentó la institución, a pesar de su orientación reformista. También destaca el texto Elías Amaya (2019), quien analizó el impacto del proceso de modernización promovido por Nicolás de Piérola a finales del siglo XIX, el cual incidió significativamente en el desarrollo del saber psiquiátrico en el Perú. Amaya muestra cómo este contexto generó las condiciones para que una diversidad de actores, más allá del campo médico —como ingenieros, arquitectos y diversas entidades gubernamentales—, participaran activamente en el diseño de una nueva institución psiquiátrica que sustituyera al antiguo Hospicio de Insanos. Este esfuerzo culminó con la inauguración, en 1918, del Asilo Colonia de la Magdalena —hoy Hospital Víctor Larco Herrera—, concebido como un espacio moderno acorde con los ideales científicos y civilizatorios de la época.

Desde la década de 2010, la puesta en valor y apertura al público del material bibliográfico-documental del Hospital Víctor Larco Herrera, custodiado en la Biblioteca Enrique Encinas y en el Museo de Historia de la Psiquiatría, ha propiciado el surgimiento de nuevas investigaciones. Las primeras publicaciones provinieron del campo de la historia del arte y se centraron en la Pinacoteca Honorio Delgado del museo, permitiendo

visibilizar, de manera directa o indirecta, los testimonios y sensibilidades de los pacientes a través de sus producciones artísticas (Rizo-Patrón, Rivas y Ascárate, 2013; Cano, 2017; Prieto, 2017; Mori, 2023)¹⁰. Por su parte, el archivo administrativo del Hospicio de Insanos —recientemente digitalizado por el museo con financiamiento de The British Library¹¹— comenzó a dar sus primeros frutos con el trabajo de José Luis Li Ning (2016), quien estudió los desórdenes psiquiátricos diagnosticados en inmigrantes chinos internados en el Hospicio entre 1865 y 1900¹². Asimismo, el archivo histórico del Hospital Víctor Larco Herrera —distribuido parcialmente entre el museo y el archivo central del hospital— ha empezado a generar nuevas investigaciones. Entre ellas destaca la de Paulo Drinot (2023), quien, desde una perspectiva centrada en la historia de la sexualidad, analizó un caso excepcional de necrofilia ocurrido en Lima en 1942 y documentado en los registros del hospital. Su estudio examina cómo la psiquiatría y la sexología peruana de mediados del siglo XX construyeron el concepto de “desviación sexual” como una forma de patología mental.

Una perspectiva cercana a los *Mad Studies* o Estudios Locos¹³ ha comenzado a desarrollarse recientemente en el Perú a partir de la investigación del antropólogo e historiador colombiano Andrés Ríos Molina (2023, pp. 27-61). A partir de sus estudios sobre el caso mexicano, Ríos ha trazado una historia de la psiquiatría peruana en clave latinoamericana, con un enfoque comparativo que reconoce las particularidades del contexto peruano. Debemos destacar que, hasta el año de publicación de su libro, es quien ha realizado el estudio más exhaustivo del archivo administrativo del Hospicio de Insanos.

La investigación de Ríos arroja luz sobre cómo diversas fuerzas sociales y actores subalternos —familiares, religiosas, médicos y policías— intentaban imponer sus propios

¹⁰ Otro aporte relevante, próximo a publicarse en formato de libro, proviene del historiador del arte Rodrigo Vera Cubas, quien ha investigado el trabajo artístico y curatorial impulsado por César Moro en el Perú, con especial atención a su vínculo con el Hospital Víctor Larco Herrera en los primeros años de la reforma psiquiátrica, hacia 1922. Entre 1934 y 1938, Moro participó activamente en la reorganización de la pinacoteca del museo del hospital, en un proyecto singular que contempló la recopilación, selección y montaje de obras realizadas por pacientes, muchas de las cuales hoy forman parte del acervo de la Pinacoteca Honorio Delgado.

¹¹ Desde junio de 2022, gracias a la digitalización impulsada por el Museo de Historia de la Psiquiatría a partir del financiamiento ofrecido por The British Library, se tiene acceso a más de 4500 documentos a través de la página web <https://eap.bl.uk/project/EAP1402>

¹² A la fecha, son varios las investigaciones en proceso de publicación que se centran en los documentos del archivo del Hospicio de Insanos. Algunos de ellos, cuyos autores han permitido su difusión en el marco de esta tesis, incluyen el trabajo de Carlos Valle Larrea sobre la contabilidad del Hospicio, el cual será publicado próximamente como parte de una recopilación de investigaciones sobre la historia de la contabilidad en el Perú e Hispanoamérica, editada por la Asociación Peruana de Investigadores en Historia de la Contabilidad. Asimismo, destaca la tesis de licenciatura en Historia de Franchesca Cáceres Anticona, quien analiza la implementación del tratamiento moral en el Hospicio de Insanos a partir de sus documentos archivísticos y la producción científica de sus médicos.

¹³ Los *Mad Studies* o Estudios Locos constituyen un ámbito interdisciplinario que combina investigación, teoría y activismo para explorar las vivencias, la historia, la cultura y las dinámicas políticas de quienes se identifican como locos, personas con enfermedades mentales, neurodivergentes u otras categorías afines. Este enfoque ha influido en la historiografía, generando una corriente que entrelaza la historia de la psiquiatría con el estudio de la memoria de actores subalternos. A través de esta perspectiva, se cuestionan las nociones de objetividad y neutralidad inherentes al modelo biomédico. Para más información, ver Coleborne (2020) y Cea y Castillo (2022).

criterios en torno al internamiento y tratamiento dentro del Hospicio de Insanos, muchas veces en tensión con el discurso y las decisiones médicas. Más allá de los aspectos clínicos, Ríos destaca situaciones cotidianas que revelan estas tensiones, como las gestiones de las monjas para que las familias asumieran la responsabilidad de sus parientes internados en lugar de abandonarlos, o las reclamaciones dirigidas a la policía y a las autoridades penitenciarias por ingresos arbitrarios y sin orden legal al hospital. Estas miradas alternativas permiten una comprensión más compleja y matizada de las dinámicas institucionales y los desafíos que rodeaban al Hospicio de Insanos en el Perú del siglo XIX.

Para abordar los límites de la institucionalización de la locura, fue especialmente enriquecedor la lectura de estudios desarrollados en América Latina, en particular en Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, México y Uruguay, países que cuentan con una tradición historiográfica más consolidada en este campo que el Perú. Como ha sugerido Goleman (2017), en las últimas décadas la historiografía latinoamericana sobre la locura se ha ido consolidando como un campo de investigación con identidad propia. Esta consolidación se refleja en la formulación de problemas específicos, la aparición de publicaciones especializadas en la temática o con espacios dedicados dentro de revistas de historia de la salud —como *Asclepio* (España), *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* (Brasil), la *Revista de Historia Social y de las Mentalidades* (Chile) o la desaparecida *Frenia* (España)—, así como en la organización de eventos académicos nacionales e internacionales, la formación de equipos de investigación destacados —como el Seminario de Historia, Sociedad y Culturas “Psi” de la Universidad Nacional Autónoma de México— y una creciente producción teórica. Si bien no es objetivo de esta tesis reconstruir la historiografía latinoamericana sobre la locura¹⁴, resulta pertinente señalar algunos de los principales enfoques desde los cuales se la ha estudiado.

En primer lugar, destacan las macrohistorias culturales de la locura, enmarcadas dentro de los límites nacionales. Estas se han orientado, por un lado, en la periodización y análisis de la evolución de los discursos y prácticas médicas locales en torno a la locura (Sacristán, 1994; Gouveia, 2001; Rodríguez, 2013; Duffau, 2015, 2019; Araya, 2018a; Ferrari, 2018; Yépez, 2022); y, por otro lado —aunque sin descuidar lo anterior—, a ofrecer estudios de caso sobre la evolución de los hospitales de medicina mental, analizados como mecanismos de control social (Cruz, 2003; Leyton, 2005, 2008; Techera, Apud y Borges, 2009; Godoy, 2010; Fuentes, 2013; Sievers, 2013; Patlán, 2015; Dias y Capela, 2019; Ramírez, 2024; Yépez, 2025). Estos estudios de síntesis constituyen un punto de partida fundamental para adentrarse en la historia de la locura en los distintos contextos latinoamericanos.

Otro eje de interés ha sido la identificación de los límites del proceso de medicalización de la locura, ya que, aunque los médicos procuraron modernizar el tratamiento bajo la influencia del discurso alienista europeo y su propuesta de tratamiento

¹⁴ Para la historiografía argentina, véase Stagnaro (2006); para la chilena, Correa (2015); para la colombiana, Gutiérrez (2019) y Castrillón (2020); y para la mexicana, Sacristán (1991, 2005, 2009). En el caso del Perú, aún se encuentra pendiente un estudio específico sobre la producción historiográfica en torno a la historia de la locura.

moral, los diversos contextos latinoamericanos introdujeron desafíos y tensiones que pusieron en cuestión la aplicación coherente de esa teoría (Morales, 2008; Gorbach, 2014; Amado y Gutiérrez, 2021). En esta línea destaca el trabajo de Luis Torres Santibáñez (2014), quien, a partir del estudio de caso de la Casa de Orates de Santiago de Chile, concluyó que las propuestas alienistas promovidas por los médicos chilenos respecto al tratamiento moral no se correspondían con las condiciones reales de reclusión. Esta disociación se evidenciaba en varios aspectos: la persistencia de prácticas de caridad cristiana en lugar de enfoques científicos, el hacinamiento y abandono de los internos, las deficiencias en la aplicación de terapias ocupacionales, las restricciones económicas, así como las prácticas de internamiento forzado promovidas por autoridades policiales al margen de las regulaciones establecidas. Como mostraremos a lo largo de la tesis, muchas de estas limitaciones también existieron en el Hospicio de Insanos de Lima.

La historiografía latinoamericana también ha estudiado cómo los trastornos mentales concibieron etiquetas que estuvieron atravesadas por cuestiones sociales, de género y culturales de la época. Por ejemplo, desde la historia del género, se ha estudiado cómo la neurosis (Vallejo, 2021), la locura puerperal o psicosis posparto (Vaschetto y Gutiérrez, 2020) y la histeria (Araya, 2006) fueron entidades atravesadas por cuestiones de género de la época, en donde el origen de la locura estuvo en los órganos femeninos y en las concepciones sociales de la estructura social de la época. Estas cuestiones de género no solo atravesaban el diagnóstico, sino también al interior de los manicomios en la división sexual del trabajo terapéutico y feminización de la asistencia (Ruperthuz, Sánchez y Gálvez, 2022, pp. 165-187).

El análisis de la relación entre ciencia y religión en torno a la locura durante el siglo XIX ha generado valiosos aportes en la historiografía latinoamericana. El grado de secularización de los distintos países estableció el momento y la forma en que surgieron los diálogos y tensiones entre ambos campos. Una constante en varios contextos nacionales hacia mediados del siglo XIX fue la importación de congregaciones religiosas extranjeras, especialmente francesas, con el fin de modernizar la asistencia psiquiátrica ante la escasez de personal local (Aguirre, 2019). Sin embargo, en otros casos —como el de México desde 1861—, la secularización de las instituciones de beneficencia se produjo más tempranamente, lo que abrió un mayor margen de acción para los actores médicos (Sacristán, 2022, p. 276). En otros países, las tensiones fueron más palpables, especialmente hacia fines del siglo, cuando distintos médicos comenzaron a abogar por la sustitución del cuidado religioso por un tratamiento más orientado hacia la ciencia (Duffau, 2022, p. 249; Facchinetti, 2022, p. 34). Asimismo, se han analizado casos emblemáticos en los que la manifestación del deseo femenino fue rápidamente medicalizada pero también demonizada. Un ejemplo significativo es el de Carmen Marín, la “endemoniada de Santiago”, cuyo caso expone la disputa entre saberes médicos y religiosos en torno a la locura femenina, interpretada como amenaza moral y social. Este episodio revela tanto los límites del incipiente poder médico frente al todavía influyente poder eclesiástico como las ansiedades culturales asociadas a la autonomía femenina (Álvarez, 2006).

La historiografía latinoamericana también ha avanzado en la producción de estudios comparativos y recopilaciones, incluso a nivel iberoamericano (Brigidi y Comelles, 2014), aunque lamentablemente con una escasa —y en algunos casos nula— presencia del caso peruano. Para esta tesis resultó especialmente útil la compilación elaborada por Andrés Ríos Molina y Mariano Rupertuz Honorato (2022), que reúne investigaciones sobre la transición de los antiguos manicomios a instituciones psiquiátricas modernas en América Latina, proceso que generó tanto adhesiones como tensiones frente a factores tradicionales, como las prácticas arraigadas de las autoridades locales o la influencia religiosa. Dentro de esta obra, destaca el estudio de Cristina Sacristán (2022, pp. 275-316) sobre el Manicomio General de la ciudad de México, que resulta particularmente relevante para nuestra investigación. La autora demuestra que, en determinados momentos, tanto las autoridades como las familias mostraron escasa receptividad hacia el reconocimiento de la psiquiatría como un saber experto, con capacidad especializada para definir y tratar las enfermedades mentales. Esta falta de reconocimiento se traducía en omisiones de los procedimientos requeridos o en solicitudes de internamiento que los médicos consideraban injustificadas.

En conjunto, este recorrido historiográfico evidencia una lenta pero significativa transición en la historiografía peruana desde los relatos celebratorios de la psiquiatría del siglo XX hacia aproximaciones críticas que interrogan sus vínculos con el poder, el Estado y las estructuras sociales. Si bien la “tradicional historia de la medicina” aún persiste como un marco dominante en la historiografía peruana sobre la locura, los trabajos recientes han comenzado a problematizar sus supuestos fundacionales, introduciendo nuevas preguntas, actores y enfoques analíticos, bebiendo de las nuevas investigaciones que vienen surgiendo en la región latinoamericana desde la década de 1990, principalmente desde una lectura crítica de Foucault y bajo la influencia de los *Mad Studies*. Esta renovación ha permitido complejizar la comprensión del papel que cumplieron las instituciones de medicina mental en los procesos de modernización, sin perder de vista las continuidades con prácticas de exclusión, jerarquías sociales y formas de violencia heredadas, incluso, desde el periodo colonial. No obstante, persisten deudas importantes en la historiografía peruana, especialmente en relación con la experiencia de los pacientes, las familias, las mujeres y otros actores subalternos, así como con el impacto social y cultural de la medicina mental en la vida cotidiana. En ese sentido, el presente estudio busca contribuir a ese giro crítico, ampliando el campo de análisis hacia las representaciones sociales de la locura en el espacio público limeño de la segunda mitad del siglo XIX, y explorando las sensibilidades, tensiones y conflictos que rodearon su construcción y manejo en una República en formación.

3. Metodología, fuentes y estructura de redacción

Para llevar a cabo la presente investigación, se han empleado tres corpus documentales: los documentos administrativos del Hospicio de Insanos, la producción científica de los médicos y los testimonios de los pacientes. En primer lugar, se han utilizado los documentos de archivo del Hospicio de Insanos, hoy bajo custodia en el Hospital Víctor Larco Herrera y recientemente digitalizados por el Museo de Historia de la Psiquiatría (MHP HVLH) y The British Library —a excepción de uno de los tomos, que indicaremos

en breve—. Estos documentos abarcan un período que va desde 1859 hasta 1917, aunque con importantes vacíos para el periodo anterior a la guerra del Pacífico. Por motivo de la presente tesis, se ha focalizado la búsqueda hasta 1897. Entre los documentos que componen este archivo, destacamos:

a. Libro copiador de correspondencia e informes del Hospicio de Insanos (1888-1899)

Contiene transcripciones de cartas manuscritas sobre aspectos administrativos del Hospicio de Insanos. Estas fueron enviadas por el inspector del establecimiento a diversas entidades y actores, como la Sociedad de Beneficencia Pública de Lima, las sociedades de beneficencia extranjeras, la Prefectura de Lima, familiares, médicos, Hermanas de la Caridad, entre otros. Los temas abordados incluyen la admisión y el alta de pacientes, renovación de la infraestructura, pedidos de compra de medicamentos y dispositivos terapéuticos, procesos abiertos a partir del incumplimiento de pago de pensiones, entre otros. Nos centraremos en el análisis del periodo de 1888 a 1897, dado que, lamentablemente, los tomos anteriores aparentemente no existen como archivos organizados, tal como se evidencia en los informes del inspector respecto a la ausencia de un archivo institucional en el Hospicio antes de la reforma de 1888. La información restante será complementada con los datos ofrecidos por las memorias de la Sociedad de Beneficencia Pública de Lima, cuyos ejemplares físicos los hemos consultado en la Biblioteca Enrique Encinas, el Archivo Histórico de la señalada sociedad y la Biblioteca Nacional del Perú.

Estos documentos son valiosos para nuestra investigación, ya que arrojan luz tanto sobre la cotidianidad en el Hospicio como sobre las tensiones existentes en distintos niveles. Estas tensiones se manifestaron en las relaciones entre la ciencia médica y la caridad religiosa de las Hermanas de la Caridad, entre el reglamento interno y los familiares de los pacientes, así como entre el Hospicio de Insanos y las autoridades policiales o el Estado en general, entre otros conflictos. Además, proporcionan informes detallados sobre incidentes ocurridos durante el tratamiento de los pacientes. Todo esto nos permite comprender las limitaciones de la institucionalización de la locura, así como la agencia y las tensiones entre los diferentes actores involucrados en este contexto, aspecto a desarrollarse en el capítulo tres.

b. Libros de presupuestos (1860-1890) y gastos (1860-1874) mensuales del Hospicio de Insanos

Estos documentos ofrecen registros de la planificación económica, ingresos y gastos del Hospicio de Insanos, tanto anuales como mensuales. Informan sobre costos asociados a los servicios hospitalarios, honorarios del personal, alimentación, vestimenta de los pacientes, categorías de pensiones, entre otros aspectos. Para nuestra investigación, nos enfocaremos en el periodo de 1860 a 1890 para los presupuestos, y de 1860 a 1874 para las cuentas, ya que son los disponibles para consulta actualmente. La información faltante será complementada con los datos hallados en los libros copiadores de correspondencia y las memorias de la Sociedad de Beneficencia Pública de Lima.

El análisis de los presupuestos y cuentas proporciona una visión detallada de las limitaciones económicas que enfrentó el Hospicio de Insanos desde su inauguración, tema que se desarrolla en el capítulo tres de esta tesis. Por un lado, se revela una institución precaria que operaba bajo severas restricciones financieras. Por otro lado, estos registros permiten identificar discrepancias entre las normativas del manicomio y los pagos de pensiones, evidenciando montos que, en algunos casos, eran inferiores a los estipulados por el reglamento interno.

c. Registros de admisión de los departamentos de hombres (1859-1897) y mujeres (1859-1908) del Hospicio de Insanos

Ofrecen información personal sobre los pacientes internados: nombre, edad, raza, religión, estado civil, condición social, profesión y nivel educativo. Además, proporcionan detalles sobre la historia clínica de los pacientes, como el número de ingresos al Hospicio de Insanos, diagnósticos, tratamientos y causas de defunción. En ocasiones, estos registros cuentan con fotografías de los pacientes, representativas de la perspectiva de la medicina legal de esa época. Aunque fueron consultados los registros de 1859 a 1897, existe un importante vacío sobre los pacientes ingresados antes de 1888, por las mismas razones señaladas líneas atrás.

Estos registros nos permiten indagar en cómo la ciencia médica extranjera, principalmente la francesa, influyó en los diversos diagnósticos y cómo se aplicaron estas nociones en la casuística peruana. Además, ofrecen una visión de la realidad social de los internos a través de la información recopilada, permitiéndonos identificar posibles correlaciones en el discurso médico entre la enfermedad mental y la situación social, entre otros aspectos relevantes.

Como se señaló anteriormente, los registros del archivo histórico del Hospicio de Insanos han sido digitalizados y se encuentran disponibles en el repositorio digital de The British Library. No obstante, como parte de las labores archivísticas efectuadas en el archivo central del Hospital Víctor Larco Herrera, logramos identificar un tomo que hasta entonces se consideraba perdido: el registro de admisión del departamento de hombres correspondiente al periodo 1859-1897. Este volumen ya se encuentra disponible para su consulta en el Museo de Historia de la Psiquiatría del hospital y, con suerte, podrá ser incluido en futuras iniciativas de digitalización.

Aunque algunas de las fuentes mencionadas han sido previamente introducidas o analizadas en investigaciones anteriores (Li Ning, 2016; Ríos, 2023), es importante destacar que la presente tesis realiza las primeras sistematizaciones cuantitativas de dicho corpus, como se evidencia en las numerosas tablas, gráficos y anexos incluidos. Además, este conjunto documental se complementa con normativa legal e informes oficiales vinculados al Hospicio de Insanos, en particular los reglamentos internos de 1859 y 1897, así como las memorias anuales incluidas en los reportes de la Sociedad de Beneficencia Pública de Lima correspondientes a los años 1860, 1862, 1863, 1866-1877, 1879-1885 y 1887-1897.

Pasando al segundo corpus de fuentes, se ha recurrido a la revisión de la producción científica de la época, que incluye tesis de la Facultad de Medicina de San Marcos, artículos y conferencias publicados en revistas especializadas como *Gaceta Médica de Lima*, *La Crónica Médica*, *El Monitor Médico*, libros, entre otros. Además, se ha llevado a cabo una revisión de bibliotecas particulares con el fin de identificar tendencias de lectura de sus custodios originales. Este fue el caso de la exploración de la biblioteca personal de José Casimiro Ulloa, la cual está bajo la custodia de la Academia Nacional de Medicina. Estas fuentes se vieron complementadas con la inclusión de material bibliográfico y hemerográfico adicional, como monografías, crónicas de viajeros, periódicos de circulación nacional y local, entre otros.

Finalmente, como tercer corpus documental, se encuentran los testimonios de pacientes, sus memorias de violencia. Para los momentos previos a la inauguración del Hospicio de Insanos, cuando la locura era aislada en la loquería de San Andrés, se analizaron los testimonios del militar Marcelino Saldamando entre 1827 y 1850, del francés David Nuque de 1850 y del judío Manuel Vitaliano de 1852. Para el caso del Hospicio de Insanos, se analizó los testimonios del espiritista Carlos Paz Soldán de 1886 y la costurera Manuela Avelina Hurtado de 1887. Estos testimonios permiten detectar continuidades y cambios respecto al tratamiento de la locura en Lima del siglo XIX, en especial el caso de Paz Soldán, quien ofrece detalles de las crudas condiciones de encierro por las que pasó.

Para lograr los objetivos planteados en esta tesis, se ha estructurado la investigación en tres capítulos. El primero titula **“Locos y loquerías antes de la institucionalización de la locura en Lima (1538-1859)”**. Este apartado demuestra que, aunque la locura no estaba institucionalizada, fue un tema relevante para diversos actores e instituciones durante la época colonial y las primeras décadas de la República peruana. Desde el Virreinato y la Inquisición, hasta la Sociedad de Beneficencia y grupos religiosos, filántropos, periodistas y médicos, todos mostraron interés, de una u otra forma, en la locura. Sin embargo, persistieron prácticas de la medicina hipocrática y creencias mágico-religiosas, con el aislamiento y la represión física como principal medida de contención, y pocos avances terapéuticos. Aunque hubo críticas y esfuerzos filantrópicos, no se generaron cambios sostenidos, y muchas características de las loquerías coloniales prevalecieron hasta bien entrada la República. Estas descripciones se complementan con los testimonios de pacientes, quienes revelaron sus sufrimientos y demandas, reflejando el estado del tratamiento de la locura en la década de 1850 y el impulso hacia la creación del Hospicio de Insanos en 1859.

El segundo capítulo titula **“Discurso alienista y tratamiento moral en la medicina peruana y el Hospicio de Insanos de Lima (1859-1897)”**. Este apartado analiza la integración de estos elementos en la nueva institución de medicina mental limeña, enfocándose en la adaptación de las ideas médicas europeas al contexto peruano durante un periodo marcado por el ciclo de modernización guanero y la profesionalización de la práctica médica. Se sostiene que la llegada del discurso alienista y el tratamiento moral impulsados por el médico José Casimiro Ulloa promovieron una transformación significativa en el tratamiento de la locura, que pasó de las antiguas

loquerías a la creación del Hospicio de Insanos en 1859. El análisis se estructura en tres ejes: primero, se examinarán las características del alienismo y el tratamiento moral según Philippe Pinel y Jean-Étienne Esquirol, quienes establecieron las bases del tratamiento de la locura en Francia entre 1793 y 1838. Segundo, se explorará la adaptación de estas ideas en Perú a través de la obra de Ulloa, destacando su papel crucial en la introducción del alienismo. Finalmente, se analizará la implementación de estos discursos en los dispositivos legales del Hospicio, es decir, los reglamentos internos de 1859 y 1897, mostrando cómo las ideas europeas fueron formalmente incorporadas a las prácticas institucionales, a la vez que reflejaron los desafíos de adaptar estas nociones a la realidad peruana.

Finalmente, el tercer capítulo, el más extenso, titula **“Los límites de la institucionalización de la locura: Condiciones reales de encierro en el Hospicio de Insanos de Lima (1859-1897)”**. Se analiza los límites existentes entre el discurso alienista y la realidad de la institucionalización de la locura, examinando cómo la teoría se aplicó —o no— en la práctica en el contexto peruano. Para ello, el capítulo se estructura en tres ejes. Primero, se caracteriza al Hospicio como un órgano de disciplinamiento precarizado por su hacinamiento poblacional, insuficiencia de recursos económicos y las limitaciones infraestructurales. Segundo, se identifica los diálogos, conflictos y negociaciones existentes entre los diversos actores que daban sentido al Hospicio: médicos, religiosas, guardianes, familias, policías y autoridades provinciales. Y tercero, se demuestra cómo el Hospicio estuvo inmerso en prácticas autoritarias y en intereses particulares, alejados de sus funciones reglamentarias. Esta situación fue denunciada por los pacientes en la opinión pública, visibilizando los cambios y continuidades en el tratamiento de la locura, aunque el discurso oficial intentó minimizar las críticas. A través de este enfoque, se busca comprender los desafíos en la implementación del discurso alienista en la vida cotidiana del Hospicio de Insanos durante el periodo estudiado.

Capítulo 1. Locos y loquerías antes de la institucionalización de la locura en Lima (1538-1859)

Quel est celui qui peut se promettre qu'il ne sera point frappé d'une maladie qui marque ses victimes dans tous âges de la vie, dans tous les rangs, dans toutes les conditions? (Esquirol, 1819, ppp. 3-4)¹⁵.

De locos en la mansión, Escribió con raro afán, Un loco aquesta inscripción: “Ni están todos los que son, Ni son todos los que están”¹⁶.

Introducción

La reflexión sobre la locura se remonta a tiempos antiguos, arraigada en las sociedades más tempranas a través de mitos, tradiciones orales y registros escritos. No en vano Porter (2002, p. 21) señaló que “La locura podría ser tan antigua como la humanidad”. Desde las civilizaciones griegas y romanas hasta las culturas de Medio Oriente, Asia y América precolombina¹⁷, se han explorado conceptos de desequilibrio mental, comportamientos anómalos o estados de conciencia divergentes. Desde la antigüedad, la locura ha sido objeto de interpretación filosófica, médica, religiosa y social, dando lugar a diversas percepciones que han evolucionado a lo largo de la historia, influyendo en el arte, la literatura y la comprensión contemporánea de los trastornos mentales¹⁸.

Si bien inicialmente la responsabilidad de cuidar a quienes sufrían de locura residía en el ámbito doméstico o monasterial, en el siglo XVII, durante el reinado de Luis XIV en Francia, se tomaron medidas para el confinamiento de estos individuos por parte del Estado. Empero, este se ejecutó más desde una perspectiva policial que terapéutica, pues los considerados locos eran recluidos junto a indigentes, vagabundos y prostitutas. Es decir, los individuos que perturbaban la paz social eran internados sin discriminación alguna. ¿Podríamos interpretar este confinamiento desde el Estado como un dispositivo de poder foucaultiano? Porter (2002, pp. 97-101) ha ofrecido una mirada crítica al respecto. Por ejemplo, este proceso no fue exclusivamente impulsado por el Estado, sino que también se vinculó al surgimiento de la sociedad comercial. Algunos comerciantes establecieron asilos privados, lo que llevó al fenómeno de “comerciar” con la locura, especialmente de sujetos con familias adineradas. Además, los confinados no siempre estuvieron en instituciones estatales, sino que también se refugiaron en monasterios, impulsados por la caridad cristiana. Asimismo, el autor cuestionó la supuesta

¹⁵ “¿Quién puede prometerse a sí mismo que no será afectado por una enfermedad que marca a sus víctimas en todas las edades, en todos los niveles sociales, en todas las condiciones?”. Traducción nuestra.

¹⁶ “Cada tema con su loco”, por Julio L. Jaimes. *La Broma*, Lima, año 1, nro. 2, 27 de octubre de 1877, p. 13.

¹⁷ Sobre la concepción de la locura en el periodo pre-colonial y colonial temprano en el Perú, ver García (2024).

¹⁸ Algunos textos básicos para comprender la historia de la locura occidental son: Ackerknecht (1964), Porter (1989, 2002), Postel y Quérel (2000) y Foucault (2007, 2015). Para el caso latinoamericano, ver Ríos y Rupertthuz (2022).

funcionalidad del internamiento, señalando que existen escasas pruebas de una organización estatal efectiva en los primeros asilos del siglo XVII y XVIII, desafiando la noción de una institución total de control para estos años, tal como lo plantearon Foucault (2007) o Goffman (1973). Es decir, aunque existían hospitales financiados por el Estado, muchos establecimientos con enfermos mentales eran gestionados por entidades cristianas o filantrópicas. Además, en otras partes de Europa, como en Rusia, los refugios para personas con problemas mentales, organizados por el gobierno, no surgieron hasta después de 1850. De hecho, en términos generales, la institucionalización de la locura en Europa se desarrolló durante el siglo XIX, teniendo como hito la ley de alienados francesa de 1838. En suma, la institucionalización de la locura fue un proceso complejo, gradual y enmarcado en contextos particulares.

Inspirados en estas problematizaciones, el presente capítulo se sumerge en los antecedentes de la institucionalización de la locura en el contexto peruano. Se inicia el recorrido en el siglo XVI con la fundación del Hospital Real de San Andrés para varones españoles, el cual incluyó un ambiente destinado a la atención de los afectados por locura en Lima, conocidos como loquería. El marco temporal se extiende hasta 1859 con la inauguración del Hospicio de Insanos, el cual marcó un hito referencial en la modernización del tratamiento de la locura y su institucionalización en el Perú.

A pesar de no encontrarse institucionalizada, la locura fue un tema relevante para distintos actores e instituciones durante la época colonial y las primeras décadas de la república peruana. Desde instituciones como el Virreinato del Perú, el Tribunal del Santo Oficio de la Inquisición, el Estado republicano y la Sociedad de Beneficencia Pública de Lima; hasta actores caritativos pertenecientes a la élite política y grupos religiosos; hasta los médicos, y, desde luego, los mismos pacientes: todos ellos demostraron diversos niveles de interés y acción sobre la cuestión de la locura. Sin embargo, a pesar del evidente interés, no lograron concretarse cambios sostenidos en el tratamiento de la locura a lo largo del tiempo, siendo los principales afectados los pacientes.

De esta forma, se demuestra que las características de las loquerías coloniales, como la caridad cristiana, el carácter custodial y la violencia ejercida en estas instituciones, perduraron durante varias décadas posteriores al inicio del periodo republicano. Esta persistencia resalta la continuidad de la colonia en instituciones específicas, principalmente aquellas de carácter caritativo y asistencial, en el devenir histórico del Perú. Si bien se registraron críticas de intelectuales extranjeros al modelo de las loquerías coloniales, como las de Abel Victorino Brandin y Johann Jakob von Tschudi, estas no fueron prontamente asimiladas en el contexto peruano. Asimismo, iniciativas filantrópicas a través de concursos públicos, como los remates de 1832 y 1852 a favor de las loquerías, no generaron cambios significativos, evidenciando las limitaciones de las instituciones responsables para gestionar adecuadamente los hospitales, incluso en periodos de bonanza como la era del guano. Desde luego, los más afectados eran los internos de las loquerías, cuyos testimonios o memorias de violencia fueron publicados en la prensa local y nos permite reconocer sus sufrimientos y demandas de primera mano. Este recorrido histórico permitirá comprender el estado en el que se encontraba el tratamiento de la locura y las loquerías hacia la década de 1850, una época crucial que

marcó un movimiento importante entre la opinión pública en favor de la creación del Hospicio de Insanos.

1. Locura y loquerías durante el periodo colonial peruano (1538-1824)

1.1. Concepción de la locura: medicina hipocrática y pensamiento mágico religioso

Las *Siete Partidas* del siglo XIII, cuerpo normativo castellano que fue sustento del derecho durante el periodo colonial, definieron al loco como “todo home, o muger, que aya perdido el seso”, lo cual podía ocurrir de dos maneras: “Ca algunos hay que nunca lo ouieron; e otros que lo ouieron e perdiendolo por enfermedad, o por ferida, o por otra ocasion” (López, 1848, t. 2, p. 67). Asimismo, era un “sujeto escusado por no saber las leyes” porque “non sabe lo que face” (López, 1848, t. 2, p. 19). Como ha sostenido Ortuño (1992, pp. 161-162), estas leyes contenían un carácter tutelar respecto al loco, quien estaba exento o inimputable de recibir las penas establecidas por la ley; sin embargo, sus cuidadores podían ser demandados por sus actos. En este marco, el loco no podía cometer homicidio, robo ni deshonor, no tenía capacidad para prometer ni donar bienes, no podía contraer matrimonio ni hacer testamento, no podía ser tutor, y cualquier juicio contra él carecía de validez sin la presencia de su cuidador.

Algunas definiciones insertadas en diccionarios de habla hispana nos ofrecen acercamientos similares a la definición de la locura en el periodo colonial. Covarrubias (1611, p. 527), en su *Tesoro de la lengua castellana*, define la locura como “el hombre que ha perdido su juicio”. Por su parte, el *Diccionario de la lengua española*, comúnmente llamado *Diccionario de autoridades*, publicado entre 1726 y 1739, la define como la “Enfermedad que priva del juicio, y embaraza el uso de la razón”; mientras que el loco como aquel “que ha perdido la razón, y hace y dice disparates” (Real Academia Española, 1734, t. 4, pp. 428-439). En similares términos se define demencia (Real Academia Española, 1732, t. 3, p. 66) e insania (Real Academia Española, 1734, t. 4, p. 278), sin alguna diferencia destacable¹⁹.

Estas definiciones estaban en sintonía con la propuesta grecorromana del término: la locura como una entidad unitaria basada en la pérdida de la razón. Esta se podía desarrollar de manera distinta a partir de la interacción de los humores en el cuerpo. La teoría humoral de Hipócrates, reconocido como el padre de la medicina antigua, concebía el cuerpo humano como compuesto por cuatro humores o fluidos elementales: la *sangre*, fuente de vitalidad, con una temperatura caliente y húmeda; la *flema*, que abarcaba desde mucosidades hasta secreciones incoloras como el sudor y las lágrimas, caracterizándose por ser fría y húmeda; la *bilis amarilla* o *cólera*, caliente y seca, responsable de los jugos gástricos y la digestión; y la *bilis negra* o *melancolía*, un término cuya interpretación ha variado notablemente a lo largo del tiempo, siendo que originalmente se refería a un fluido oscuro que enturbiaba otros líquidos, oscureciéndolos, y tenía una temperatura fría y seca. El equilibrio de estos humores tenía un impacto directo en los temperamentos y

¹⁹ Los documentos del siglo XVI al XIX ofrecen diversas palabras para referirse a la locura en términos generales, siendo los más comunes orate, demente, amente, insano, enajenado, alienado, entre otros.

personalidades individuales. Un exceso de sangre se asociaba con un temperamento vivaz, enérgico, pero con tendencia a la impulsividad y mal genio; un exceso de bilis amarilla generaba personalidades coléricas y sarcásticas; una abundancia de flema se relacionaba con un carácter tranquilo o apático; mientras que un exceso de bilis negra resultaba en un temperamento taciturno y proyectaba una visión sombría de la vida. De hecho, los excesos en la sangre podían desencadenar manías o locura furiosa, mientras que el exceso de bilis negra provocaba cuadros melancólicos o depresivos (Porter, 2002, pp. 48-49).

La concepción de la locura también estuvo cercana a aspectos mágico-religiosos. Desde la Edad Media, la perspectiva cristiana respecto a la locura abarcó, entre varios aspectos, una dualidad: por un lado, contemplaba una locura sagrada ligada a las revelaciones extáticas en santos y místicos, y, por otro, una locura vinculada a influencias diabólicas, de brujería o desde las herejías (Porter, 2002, pp. 27-31). Así, en determinados casos, la locura formó parte de las explicaciones de las posesiones demoniacas. En 1638, el padre agustino Antonio de la Calancha dedicó un capítulo a “los modos que tiene el Demonio para engañar con figuras horribles de fantasía, i con apariencias de aves i animales, i de súcubos e incubos”, en donde ofreció una explicación demoniaca a ciertos casos de locura, específicamente en la melancolía y las alucinaciones: “es obra del Demonio i efectos del arte mágica” (Calancha, 1638, t. 1, p. 634). El religioso ejemplifica su definición con el caso de un indio loco “estimulado del Demonio”, que había solicitado que le dejen dormir en la iglesia fingiendo una grave enfermedad, aunque iba “medio embriagado”. Señaló que “A desoas de la noche, quiso egecutar el consejo que el Demonio dio, izo menosprecios a la Virgen, i por remate dellos con desacato bestial se orinó delante de su Imagen siendo obsceno, loco i temerario” (Calancha, 1638, t. 1, p. 884).

Asimismo, en el imaginario de la época, era dios quien podía intervenir para ofrecer una curación a la locura, como ocurrió en las milagrosas recuperaciones de Pedro Ordoñez de Valverde (Calancha, 1638, t. 1, p. 253) y Juan de Villa (Meléndez, 1682, t. 3, p. 611), sobre las cuales volveremos más adelante. Dado que la locura podía tener un origen religioso, ya fuera como castigo divino o por contacto con el demonio, surgieron santos protectores para los enfermos mentales. Valdizán y Maldonado (1922, t. 1, p. 232) mencionan que San Andrés fue considerado patrono de los enfermos mentales. Según Portal (1932, pp. 160-161), esta relación con San Andrés —quien no padeció de ninguna enfermedad mental según el relato bíblico— se originó porque el cuidado de los enfermos mentales se realizaba en el Hospital Real de San Andrés. Su nombre, en honor al apóstol y otorgado por Andrés Hurtado de Mendoza, impulsor del hospital, llevó a que el santo fuera popularmente asociado como protector de los enfermos mentales: “Los primeros locos de la flamante capital residieron [...] en el pequeño hospital de San Andrés, por no existir otro, y de ahí que se les haya adjudicado aquel santo por Patrón y Señor, sin más, ni más” (Portal, 1932, p. 161).

Al tener cercanía a lo mágico-religioso, la locura formó parte de los casos desarrollados en el seno del Tribunal del Santo Oficio de la Inquisición de Lima, en funciones en el Virreinato entre 1570 y 1820. Esta institución tenía en sus manos el control

de la conducta de las personas, especialmente aquella que podía constituirse en amenaza al dogma religioso, abarcando un enorme espectro de la vida y cultura de los habitantes (Mannarelli, 1998, p. 14). Sin embargo, cabe destacar que la locura no era perseguida en sí misma, sino que formó parte de determinados procesos inquisitoriales en la medida de que era la condición del sujeto.

El *Repertorium Inquisitorium* publicado en Valencia en 1494, distinguió varias situaciones según el momento en que sobrevenía la locura (Tropé, 2010, p. 292). Por ejemplo, si el reo ya se encontraba en estado de insania, se consideraba que la herejía había surgido desde la total ignorancia, por lo que no se le podía castigar. Este fue el caso de Juan Ignacio de Atienza, quien se autoproclamaba hijo de Felipe IV, profeta de dios y otras extravagancias, siendo declarado loco, sin aparente sentencia del Santo Oficio (Medina, 1887, t. 1, p. 208). En igual situación de revocación quedó el caso de Diego Martínez, que decía que los jesuitas y frailes en general no eran sacerdotes “sino májicos” (Medina, 1887, t. 2, p. 179). Por otro lado, si el reo enloquecía después del supuesto crimen, habría asignársele un curador mientras el proceso seguía su curso. Este fue el caso de Francisco de la Cruz, quien fue analizado por un médico para determinar si era loco o no; sin embargo, junto con las declaraciones de los testigos, “se le declaró sano i cuerdo”, y que “fingió la locura, como mañoso, astuto y sagaz” (Medina, 1887, t. 1, p. 65, 91).

Si el demonio no era la explicación de la herejía, en algunos casos lo era la locura, aunque no por ello quedaban absueltos de sentencias menores. Por ejemplo, en 1579 el Santo Oficio revisó el caso de Jhoan de Medrano, quien estaba deseoso de fundar una nueva religión a partir de una revelación divina —incluso ya contaba con las constituciones para ello—, así como de trasladar la “silla romana [...] a las Yndias”. Fue calificado por los testigos como “yluso y engañado del demonio”; asimismo, le “tenían por loco” y “cossas que hazia en que mostrava ser loco”. Finalmente, fue sentenciado a realizar trabajos en el Hospital Real de San Andrés (Medina, 1887, t. 1, pp. 159-165).

Diversos reos aprovecharon su conocimiento respecto a la inimputabilidad de la locura para salvarse de una fatídica condena o, en su defecto, mitigarla, aunque esto no siempre les garantizaba éxito. El mercader judío Juan Rodríguez de Silva fingió estar loco, “diciendo y haciendo cosas de risa en las audiencias” (Medina, 1887, t. 2, p. 148). Otro caso fue el de Manuel Rodríguez, preso por judío, quien “en el discurso de su causa estuvo como loco”, siendo que pretendió escaparse por la noche, por lo que fue metido en un cepo para retenerlo (Medina, 1887, t. 1, p. 324).

Las sospechas de locura en los reos podían plantearse tanto durante el proceso como, incluso, luego de ejecutada la sentencia. A fines del siglo XVI, Juan Fernández de las Heras, un “pobre loco a quien le había entrado la manía de las cosas teológicas”, fue sentenciado a la hoguera. Dicha decisión advirtió que “había duda si este hombre tenía sano el entendimiento para podelle dar la pena que le dieron” (Medina, 1887, t. 1, p. 310). Otro caso fue el de Juan Bautista de Castillo, quien hacia 1608 fue quemado vivo por hereje; sin embargo, el Consejo de la Inquisición en España solicitó la remisión del

proceso “porque se pensó que el reo estaba loco”, aunque ya había sido incinerado en Lima (Medina, 1887, t. 1, p. 342).

En otros casos, la inicial consideración de locura fue desestimada, lo que condujo a la máxima condena. Mateo Salado, cuyo nombre es el origen actual de la conocida huaca limeña, realizó por casi 10 años excavaciones en el recinto con el objetivo de encontrar grandes tesoros, pero “andava muy maltratado, [...] comúnmente estaba ávido y tenido por falto de juicio, entre todos los que le conocía, por verle andar tan distraído, y trabajando solo y en bano, [...] pareciendo que era loco”, aunque luego se señaló que “él no es loco, sino hereje pertinaz”. Fue quemado en la hoguera por hereje debido a sus ideas luteranas en 1793 (Medina, 1887, t. 1, pp. 52-55). Un tercer caso, recogido por Joseph de Acosta (1592, pp. 488-490), fue el de un teólogo “insanissimus” (insano) del siglo XVI. Él se consideraba el “redemptorem orbis” (redentor del mundo), argumentaba que realizaba milagros, había muerto resucitado, que dios le había ofrecido una “unionem hypostatica” (unión hipostática), que la sede apostólica se trasladaría al Perú en un futuro cercano, entre otras cosas. Fue aprehendido por el Santo Oficio y quemado vivo.

También se registraron casos femeninos. A fines del siglo XVII, Ángela Carranza, “una pobre loca cuyos delirios alarmaron tanto á la Inquisición” (Palma, 1863, p. 31), aseveró que había tenido conversaciones con dios, Jesucristo, San Pedro, San Agustín e incluso Satanás, además de haber escrito más de treinta cuadernos sobre las revelaciones que escuchó de estos personajes. Esto ocasionó que sea encarcelada por orden del Santo Oficio, situación en la que permaneció por cinco años hasta que finalmente efectuó auto de fe. Al ser liberada, una muchedumbre apedreó el carruaje que la transportaba, siendo calificada de bruja (Palma, 1863, pp. 23-33). Según Ricardo Palma (1863, p. 33), en el beaterio donde fue trasladada, al tiempo “murió más loca de lo que había vivido en sus buenos tiempos de escritora teóloga”²⁰. Otro caso fue el de Francisca Andrea de Benavidez en 1693, mulata, limeña y cocinera de 60 años, quien “Hacía conjuros con las hojas de la coca para que los pulperos ganasen en su comercio y las mujeres tuviesen buena suerte”, siendo que “Doscientos azotes la curaron de su locura” (Palma, 1863, p. 55-56). Como ha reconocido Mannarelli (1898, p. 27), el Santo Oficio buscó erradicar los todavía fuertes remanentes de los cultos locales precoloniales, y resulta interesante que la lectura de la hoja de coca haya sido incluida dentro de la locura como forma de desacreditación.

En síntesis, como se sugiere, la concepción de la locura en el periodo colonial era multifacética, abarcando aspectos jurídicos, médicos y mágico-religiosos. La locura, definida principalmente como la pérdida de razón, establecía la inimputabilidad de quienes la padecían, pues eran vistos como sujetos sin control sobre sus actos y, por tanto, incapaces de responder ante la ley; esta visión les privaba de ciertos derechos civiles, como el matrimonio o la posesión de bienes, y requería la tutela de terceros. Además, bajo la influencia de la teoría humoral hipocrática, la locura podía atribuirse a desequilibrios en los fluidos del cuerpo; sin embargo, esta visión médica coexistía con interpretaciones

²⁰ El caso de Ángela Carranza ha sido estudiado por Mannarelli (1998, pp. 54-74). Una edición crítica del del auto de fe de Carranza de 1639 puede ser consultada en Montesinos (2016).

religiosas. Así, la locura también podía entenderse como resultado de influencias demoníacas o de castigos divinos, lo cual justificaba su asociación con posesiones y procesos inquisitoriales. En ciertos casos, la locura servía como estrategia para evitar condenas judiciales, aunque no siempre con éxito, mostrando su utilidad como recurso en los conflictos con la justicia colonial.

1.2. Las loquerías y la caridad cristiana: El caso de la loquería de varones del Hospital Real de San Andrés

Como reconoce Ramos (2013, p. 187), la institución hospitalaria colonial, importada del Viejo Mundo, no fue creada originalmente para abordar el problema de la salud, sino el de la pobreza. Influenciado por la caridad cristiana, el hospital ofrecía hospitalidad a peregrinos y personas sin hogar, y albergaba a quienes, enfermos o próximos a la muerte, necesitaban urgentemente asistencia y orientación para salvar sus almas. Desde luego, los locos, como sujetos tutelares, estaban incluidos dentro de ese abanico de sujetos protegidos.

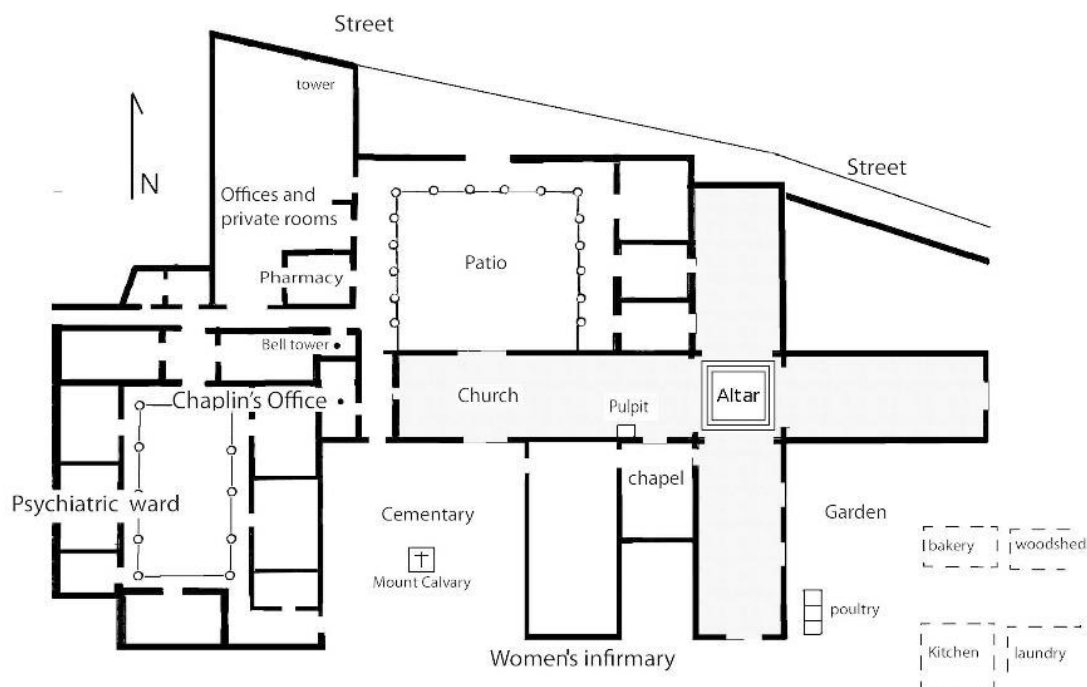
El tratamiento de la locura en la Lima colonial no contó con un establecimiento propio dedicado para dichos fines —como sí sucedió en el Virreinato de Nueva España con los hospitales de San Hipólito para dementes varones y Divino Salvador para mujeres, fundados en México en 1567 y 1687 respectivamente—. Los principales espacios de cuidado eran la familia y las loquerías, ambientes dedicados a la reclusión de la locura en los hospitales generales. La caridad cristiana fue un motor que impulsó estos hospitales, y por ende las loquerías. Asimismo, el conocimiento médico y la comprensión de la enfermedad mental estaban aún lejos de alcanzar un nivel que permitiera abordajes terapéuticos más efectivos y humanitarios, por lo que se caracterizaron por ser instituciones asilares o de custodia y no un espacio óptimo para el tratamiento, la búsqueda de la mejoría y el futuro alta del paciente²¹.

El principal hospital con una loquería en Lima fue el Hospital Real de San Andrés. Si bien el interés por edificarlo data de 1538 a iniciativa del Cabildo de Lima, comenzó a funcionar regularmente en la década de 1550 para la atención de enfermos y pobres españoles. Tuvieron un importante papel para la implementación del hospital la labor asistencialista del clérigo Francisco de Molina y las donaciones económicas del virrey de Andrés Hurtado de Mendoza (Hart-Terré, 1964, pp. 7-11; Barrera, 2015, pp. 162-164). Sus ordenanzas, implementadas por el virrey Francisco de Toledo el 9 de octubre de 1577, señalaron que la institución estaba destinada al “servicio de los pobres y enfermos con mucho cuidado y diligencia y sin interés alguno sino solo por servicio de Dios Nuestro Señor” (Toledo, 1989, p. 310).

El Hospital Real de San Andrés contó con un ambiente para locos o loquería desde sus primeros años, refiriéndose a este Francisco de Molina en una carta dirigida al rey en

²¹ Aún está pendiente una investigación histórica detallada de la loquería de San Andrés, cuyos documentos archivísticos se encuentran en el Archivo Histórico de la Sociedad de Beneficencia Pública de Lima. Un primer acercamiento a las fuentes contables que ofrece este archivo para la historia del Hospital de San Andrés fue realizado por Buenaño (2023), aunque la falta de rigurosidad en el uso de las referencias no ha impedido corroborar algunas de sus informaciones, por lo que no ha sido incluido en el análisis de la presente tesis.

1559 (Ortega, 1986, p. 132). Según la visita efectuada por los oidores de la Real Audiencia de Lima al hospital en 1563, analizada por Castelli (1981), dicho ambiente estaba compuesto por nueve aposentos para ellos. La población del hospital era de 44 españoles enfermos y 7 locos, así como un médico, un cirujano, un boticario, un barbero, entre otros servidores (Castelli, 1981, pp. 212-214) (Plano N° 1). Otra descripción efectuada en 1633 también señaló que para “los locos e ynocentes hay en él [hospital] quarto aparte para ellos”²². Por su parte, el cronista Bernabé Cobo (1882, pp. 304-305) describió la loquería de San Andrés hacia 1639 en los siguientes términos: “[...] y más adentro está un patio capaz y en torno de él, la vivienda de los locos, porque en este hospital se recogen cuantos se hallan en el Reino”. Rescató que no siempre estaban encerrados, pues “Ayudan también no poco al servicio de la casa y á pedir limosna los locos que no son furiosos”, por lo que participaban activamente en beneficio del hospital. Para dicho año, señaló que habían “catorce ó quince locos, todos Españoles” (Cobo, 1882, p. 305-306).



Plano N° 1. Reconstrucción elaborada por Bauer y Coello (2007, p. 8) del Hospital Real de San Andrés a partir de la información brindada por la visita de 1563 y la estructura moderna del establecimiento. La loquería estuvo ubicada en el ambiente indicado como “Psychiatric ward”.

La motivación de los hospitales coloniales no fue desinteresada, pues partía de la premisa de que las buenas obras recibirían recompensa divina (Ramos, 2013, p. 187). En este sentido, la caridad cristiana fue muy importante para su funcionamiento, y, por ende, de las loquerías. Esta característica, típica del Antiguo Régimen, incluyó la participación de religiosos, los notables o élite local, autoridades virreinales, entre otros, quienes se

²² Biblioteca Nacional del Perú, Fondo Antiguo, Manuscritos, Código 2000001654, [Breve descripción de hospitales y casas de recogimiento de la ciudad de Lima para 1633], f. 1.

movían por la moral del buen cristiano (Coello, 2019, p. 140). Por ejemplo, en 1602 el virrey Luis de Velasco y Castilla formó una hermandad de 24 personas honradas y caritativas para la administración económica del Hospital Real de San Andrés, conformada por vecinos notables y acaudalados. Por su parte, en 1632 la Corona dispuso que la orden mendicante de San Juan de Dios se encargue de los hospitales existentes en el reino (Barrera, 2015, pp. 163, 166), mientras que en 1677 el rey expresó su deseo de que los locos fueran atendidos “con el espíritu de caridad conque deben ser atendidos todos los enfermos” (citado en Ortega, 1986, p. 133). Asimismo, respecto al personal, en 1681 se informó sobre el papel desempeñado por los religiosos en el hospital: “quatro Sacerdotes, para el consuelo de sus conciencias, y administración de los Sacramentos, a los quales se pagan todos los años seiscientos reales de á ocho a cada uno, fuera de darles casa, en que vivir” (Meléndez, 1681, t. 2, p. 175).

Las ordenanzas del Hospital Real de San Andrés de 1577 ofrecen detalles sobre la manutención económica de los locos internados. Partiendo de la señalada caridad cristiana, los locos que fuesen pobres podían curarse gratuitamente en el hospital, “y sino sanare, lo sustenten siempre en él”; sin embargo, si alguno tuviese bienes, su estancia podía pagarse a partir de estos, y en caso “no sanare de la locura, ni se tuviere esperanza sanara adelante”, el hospital podía quedarse con los señalados bienes como forma de pago. En ambos casos, el paciente debía tratársele con “mucho cuidado, y diligencia, y se le hazen con todos los beneficios y curas” (Vela, 1680, p. 3).

Aunque aún está pendiente por reconstruir la radiografía social de los internos de la loquería de San Andrés, se puede afirmar que esta albergó a población de diversas partes del Virreinato del Perú. Por ejemplo, la ya citada visita de 1563 señaló que los internos “vienen de todas partes del reino y también de Chile” (Castelli, 1981, p. 216). Y es que para aquellos nacidos en la reducida élite colonial chilena y que sufrían de enfermedades mentales, tenían una alternativa costosa y distante: acudir a los servicios de la loquería de San Andrés en Lima. De hecho, la Casa de Orates de Nuestra Señora de los Ángeles en Santiago de Chile, la primera institución de medicina mental en Chile fundada en 1852, se estableció siguiendo el modelo del Hospital de San Andrés (Ruperthus, Sánchez y Gálvez, 2022, p. 148).

Aunque la loquería de San Andrés era la más importante, no fue la única. El censo de 1791 informó de la existencia de 65 locos en hospitales de Lima (Tabla N° 1). Aunque la mayoría formaban parte de la loquería de San Andrés (75.39%), existieron locos en el Hospital de San Pedro para clérigos, en el de San Bartolomé para negros y el de la Caridad para mujeres. Respecto al Hospital de San Pedro, un informe de 1816 de Miguel Tafur señaló que el establecimiento clasificaba los locos entre “bravos”, a los que se les sujetaba con una cadena, y “mansos”, a los que se les confinaba en una celda. Sin embargo, no era una loquería como tal, pues no existía un loquero ni fondos económicos asignados para esta clase de enfermos, reafirmando que “la única casa que tenemos para estos es la Loquería de San Andrés, a donde se les cuida como exige su constitución, bañándolos, aseándoles y asistiéndoles del modo más conveniente al común y a cada uno en particular” (citado en Valdizán, 1923, t. 1, pp. 111-112). Respecto de las locas del Hospital de la Caridad, estas fueron asiladas en dicho establecimiento hasta 1840, año en que se

creó una comisión para evaluar la posibilidad de trasladarlas al Hospital de Santa Ana y establecer con ello una loquería para mujeres, pues la Caridad estaba en malas condiciones, además de ser “estrecho y poco ventilado” (Oviedo, 1862, t. 8, pp. 285-288).

Tabla N° 1. Población de enfermos y locos en hospitales limeños en 1791.					
Hospital	Enfermos		Locos		Total
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	
San Pedro de Clérigos	11	0	5	0	16
San Andrés de Españoles	166	0	49	0	215
Espíritu Santo de Marineros	35	0	0	0	35
San Juan de Dios, de Convalecientes	5	0	0	0	5
Betlemitas [de Convalecientes]	20	3	0	0	23
Incurables	9	7	0	0	16
San Lázaro	16	9	0	0	25
La Caridad de Españoles	0	74	0	6	80
Camilas	0	5	0	0	5
Santa Ana de Indios	108	29	0	0	137
San Bartolomé de Negros	86	68	0	5	159
Total	456	195	54	11	716

Tabla N° 1. Fuente: *Mercurio Peruano*, Lima, nro. 10, 3 de febrero de 1791, f. 98. Se ha respetado las denominaciones originales de los hospitales señaladas en el documento.

En 1817 Manuel Pardo Rivadeneira, regente de la Audiencia del Cusco, efectuó una visita al Hospital Real de San Andrés, enmarcada dentro de la Real Orden del 4 de mayo de 1815, la cual mandó a realizar una investigación de los principales colegios, seminarios, universidades, convictorios reales y hospitales de la América española, como base para futuras reformas²³. El expediente resultante de ello, transcrito y estudiado por Hampe (2007), contiene información sobre el tratamiento de las enfermedades y la vida cotidiana en el ámbito médico y hospitalario limeño, en los años inmediatamente anteriores a la guerra de independencia peruana. Para el caso de la loquería de San Andrés, el informe señaló “que hoy se acercan a 70” internos (Hampe, 2007, p. 54), un número que, al parecer, se superó sino hasta la década de 1850. Asimismo, el plan de reforma administrativa presentado por Rivadeneira recomendó el pintado de las “cujas”, lo que acredita que este dispositivo se empleaba en la loquería desde tiempos coloniales (Hampe, 2007, p. 53). La cuja era un mueble tipo cofre, generalmente de madera, utilizado para encerrar a los pacientes más agitados. Se empleaba como una forma de contención física para evitar que los pacientes se lastimaran a sí mismos o a otros. Aunque su uso fue criticado en el siglo XIX, en el Perú se utilizó hasta antes de 1918.

Como ha señalado Iza y Salaverry (2000, p. 248), uno de los objetivos de los hospitales coloniales era brindar un ambiente para el buen morir, por lo que padecían una enfermedad ligera o curable eran atendidos en sus casas. El escaso número de locos en San Andrés en el siglo XVI y XVII, 7 en 1563 y 14 a 15 en 1639, respondía a esa lógica, siendo los casos más críticos que la familia ya no podía controlar. Sin embargo,

²³ *Suplemento a la Gaceta de Madrid*, Madrid, 23 de mayo de 1815, pp. 554-555.

como se observó en la Tabla N° 1 y en el testimonio de Rivadeneira de 1815, entre finales del siglo XVIII e inicios del siglo XIX la cantidad de locos en San Andrés aumentó notablemente, lo que supone un cambio de perspectiva respecto a la locura enmarcado en el contexto de la Ilustración y las reformas borbónicas, como se analizará más adelante.

1.3. Tratamiento de la locura durante el periodo colonial: farmacopea, extracción de fluidos y represión física

Dentro de estas loquerías y celdas para locos en la colonia, pero también en el ámbito casero, las prácticas terapéuticas se centraban en tres aspectos: la farmacopea, los métodos de extracción de fluidos y los mecanismos de represión y retención física. En primer lugar, partiendo de las creencias humorales, se empleaba la farmacopea para estabilizar los fluidos del cuerpo y orientar un estado de equilibrio —y, por ende, tranquilidad— en el paciente. Como ha señalado Newson (2020, p. 175), la farmacopea impulsada por los boticarios coloniales reflejaba una amplia gama de factores entrelazados, entre los que estaban la filosofía natural predominante, las tradiciones de curación locales, el conocimiento, experiencia y preferencias de boticarios particulares —quienes publicaban detallados libros sobre sus “fórmulas maestras”—, así como la calidad, demanda y oferta de productos medicinales específicos. Los títulos en circulación entre los boticarios de la temprana Lima colonial eran de autores tradicionales de la medicina grecorromana, como Hipócrates, Galeno, Dioscórides, Mesué o sus intérpretes (Newson, 2020, p. 167). Por ejemplo, el romano Dioscórides (1563, p. 467) recomendaba el empleo del eléboro negro, el cual “purga principalmente la melancolía, [...] contra toda fuerte locura ó manía”, planta que, dicho sea de paso, también aparece en el *Diccionario de autoridades* como curativa de la locura (Real Academia Española, 1734, t. 4, p. 428). Asimismo, en el siglo XVIII determinados intelectuales ofrecieron estudio sobre las bondades naturales del Virreinato, como Joseph Ignacio Lecuanda, quien, entre varios aspectos, rescató el empleo del chinchimali contra la melancolía²⁴.

En segundo lugar, se encontraban los métodos de extracción de fluidos, los cuales constaban de eméticos o vomitivos, purgantes y, el más conocido, las sangrías. Respecto a las sangrías, este era un método que implicaba la extracción controlada de sangre del cuerpo humano, generalmente a través de venas cortadas o mediante el uso de ventosas. Se creía que ayudaba a equilibrar los humores y a tratar una amplia gama de enfermedades, desde fiebres hasta las dolencias mentales. Este procedimiento contó con una importante aceptación entre los médicos coloniales, a pesar de la existencia de críticas y los peligros que podía conllevar. Por ejemplo, el médico italiano Federico Bottoni, quien estuvo en el virreinato del Perú a inicios del siglo XVIII, señaló que la sangre “con tanta prodigalidad, se derrama en Lima de algunos totalmente ignorantes de los principios de la Facultad, sin distinción de tiempos, sin distinción de males, y sin distinción de personas” (Bottoni, 1723, s.p.). El procedimiento fue practicado hasta bien entrado el siglo XIX, aunque con críticas de parte de los médicos. Por ejemplo, en 1849 un remitido a *El Comercio* criticó el excesivo empleo de sangrías en un paciente reumático del

²⁴ “Algunas producciones del reino vegetal”, por Joseph Ignacio Lecuanda. *Mercurio Peruano*, Lima, nro. 337, 27 de marzo de 1794, p. 204.

Hospital de San Andrés, un total de quince, señalando jocosamente que por poco casi se anunciaba que “Se murió el enfermo porque no le sacaron más sangre”²⁵. Asimismo, otro procedimiento común eran las purgas.

El recetario casero de Juan de Esteyneffer, publicado en México en 1712 y considerado el de mayor influencia en el Nuevo Mundo (Warren, 2009, p. 15), contiene numerosos procedimientos para estabilizar delirios, melancolías y otros padecimientos similares. Para combatir el delirio o frenesí, por ejemplo, recomendaba realizar sangrías diarias en pequeñas cantidades, utilizando sanguijuelas, ventosas o incluso mediante la aplicación de una pluma en la nariz. En el caso de la melancolía, además de prescribir sangrías y el consumo de purgantes o eméticos, detallaba la preparación del “Caldo de Gallo viejo”, un platillo que consistía en hervir a un gallo envejecido que previamente se había hecho correr hasta el agotamiento, relleno de una mezcla compuesta de hierbas, flores y pasas, entre otros ingredientes. Asimismo, sugería la limadura de acero disuelta en vino y agua hervida como otra alternativa terapéutica (Esteyneffer, 1712, pp. 10, 154-161).

Finalmente, en tercer lugar, se encontraban los métodos de represión y retención física. Los más empleados fueron los de inmovilización: cepos²⁶, amarraduras, cadenas, grilletes, grillos²⁷, jaulas y cujas o gavias²⁸. El objetivo era sujetar las extremidades de la persona para restringir su movimiento, esto como medida de control y contención, aunque en muchos casos resultaba en condiciones de sufrimiento y maltrato para quienes estaban sujetos a estos dispositivos. El empleo de estas herramientas conllevó a que las loquerías sean equiparadas con las cárceles, analogía que continuó hasta el siglo XIX. Algunas descripciones de la época ofrecen luces respecto de estos métodos de retención señalados. En 1638 Calancha informó del caso de Pedro Ordoñez de Valverde, sobrino de Vicente de Valverde, quien “perdió el juicio” y “vino a estar tan loco, que cadenas ni cepos no enfrenaban lo furioso, ni achicavan lo temerario”, “cada rato se arroja al fuego, i de ordinario se echa al agua”. La situación llegó a descontrolarse, hasta que tuvo ser enviado con el loquero, posiblemente de San Andrés (Calancha, 1638, t. 1, p. 252). Por su parte, en 1682 el cronista dominico Juan Meléndez informó del caso de locura de Juan de Villa, quien “perdió totalmente el juicio, y dio en furioso”, por lo que fue llevado a la loquería de San Andrés y permaneció allí por siete meses. En el local, fue “necesario tenerle en un cepo, y atadas las manos, porque hacia pedazos los vestidos”, “como a malhechor”

²⁵ “Sr. Dr. D. Miguel de los Ríos”, por *Los amantes de la humanidad. El Comercio*, Lima, año 11, nro. 3110, 15 de noviembre de 1849, p. [4].

²⁶ “Prisión de dos vigas gruesas, con varios agujeros á trechos, hechos á la medida de la garganta del pie: en las cuales metiendo la pierna el reo, y cerrando las vigas, queda assegurado de forma que no puede escapar” (Real Academia Española, 1734, t. 2, 1729, p. 275).

²⁷ “Se llama también cierto género de prisión con que se aseguran los reos en la cárcel, para que no puedan huir de ella: y consiste en dos arcos de hierro en que se meten las piernas, en cuyas extremidades hai un agujero por donde se pasa una barreta, que por una parte tiene una cabezuela, que no puede pasar por los agujeros de los arcos, y en el extremo opuesto un ojal, que se cierra, remachando en él una cuña de hierro” (Real Academia Española, 1734, t. 4, p. 84).

²⁸ “Significa asimismo la jaula de palo, en que se tiene encerrado al que está loco o furioso” (Real Academia Española, 1734, t. 4, p. 35). “A los locos furiosos los tienen en unas jaulas de palo: y a estas también llaman gabias” (Covarrubias, 1611, p. 432).

(Meléndez, 1682, t 3, p. 610-611)²⁹. Asimismo, la definición de “furioso” en el *Diccionario de autoridades* señalaba: “Enteramente privado de juicio, y que para asegurarse de él es necesario tenerle atado” (Real Academia Española, 1732, t. 3, p. 814).

En el siglo XVIII, la influencia de la Ilustración en Perú dejó su marca en las nuevas cátedras de medicina y anatomía de la Universidad San Marcos, así como en la creación del Anfiteatro Anatómico en el Hospital Real de San Andrés, que abrió sus puertas en 1792. Esto proporcionó un espacio para la investigación y la producción científica de la época, en donde la locura también tuvo un interés, desprendiéndose paulatinamente de las consideraciones mágico-religiosas. A lo largo del siglo XVIII, en *Conocimientos de los tiempos* se insertó información sobre los patrones predominantes de locura según regiones o costumbres locales —algo que posteriormente Brandin (1826) va a desarrollar—. Por ejemplo, en 1768 se señaló que en las provincias de Chichas y Tarija del arzobispado de La Plata “acontece a los hombres, y animales una enfermedad rara, que es una furiosa locura, con la qual dan en correr desatentadamente por los cerros, sin reparar en precipicios, pues ordinariamente se despeñan”, y los que no morían saban de esa locura (Bueno, 1768, s.p.). Asimismo, Unanue (1806, pp. cxxxiv-cxlv) dedicó unas líneas a las “enfermedades del ánimo”, calificó al Perú como de población propensa a la melancolía, lo cual tenía su causa en factores geográficos: “el ayre es triste, las modales tímidas, los pasos lentos, amor á la soledad, y á los colores sombríos, con preferencia á los vivos y relucientes, [...] Y es débil la estructura de sus cuerpos” (Unanue, 1806, p. cxxxvi). Por su parte, el *Mercurio Peruano* (Lima, 1790-1795) publicó estudios de relevancia para la medicina mental. Por ejemplo, en “Manías particulares” se analizó tres casos de obsesión, destacando el un matemático llamado Diego López González de la Peña, natural de España, pero residente en Lima, quien lamentablemente se suicidó³⁰.

La producción no se limitó solo a la capital limeña, sino que también se existieron estudios realizados en otras regiones. Uno de ellos, elaborado en 1799 por Justo Pastor Justiniani, médico con práctica en Cusco y posterior partícipe de la conspiración de Gabriel Aguilar y Manuel Ubalde en 1805, resulta especialmente relevante³¹. En este estudio, Justiniani aborda un caso de medicina legal basado en el ataque perpetrado por el artesano Mariano Calderón contra el presidente de la Audiencia del Cusco, Manuel Ruiz Urriés de Castilla, en 1798, un incidente que dejó a Urriés con varios cortes de cuchillo. Desde el inicio, el estudio desecha las percepciones populares que tachaban a Calderón de hereje, borracho y vengativo. Tras revisar a varios autores canónicos de la época, principalmente grecorromanos y renacentistas, Justiniani concluye que Calderón padecía de un tipo de trastorno mental que él denomina “loco continuado”, equiparándolo

²⁹ Ambos casos han sido analizados por Valdizán (1919, pp. 75-77).

³⁰ “Manías particulares”. *Mercurio Peruano*, Lima, nro. 5, 16 de enero de 1791, pp. 38-40. Valdizán (1928, p. 368) señala como autor del artículo a Francisco González Laguna.

³¹ Transcrito por Valdizán (1929, t. 1, pp. 20-37). Rubén Robles (2020, pp. 23, 42, 105) aporta algunos datos sobre la figura de Justiniani, involucrado en la conspiración de Aguilar y Ubalde. Se trataba de un misterioso médico inglés, cuyo nombre probablemente era un seudónimo, y que nunca llegó a ser capturado. Justiniani fundó la denominada Liga Patriótica, con el objetivo de proclamar como inca a un joven descendiente de Felipe Túpac Amaru, cuya identidad nunca pudo ser verificada. Su relación con el grupo de Aguilar y Ubalde estuvo marcada por tensiones y desconfianzas mutuas.

con lo que en aquel tiempo empezaba a ser identificado como “manías periódicas o intermitentes” (Valdizán, 1929, t. 1, p. 33).

2. Cambios en las sensibilidades respecto a las condiciones de encierro de la locura a inicios de la República peruana (1824-1859)

Durante la guerra de independencia peruana, los hospitales limeños centraron su atención en el tratamiento de heridos y enfermos³². Entre 1821 y 1822, por ejemplo, la *Gaceta del Gobierno* informó de los diversos “gastos de guerra” por estancias del ejército en hospitales, entre ellos el de San Andrés³³. Las loquerías seguían en funcionamiento, incluso siendo motivo de jocosas descripciones como “Visita á los locos de San Andrés”, firmada bajo el seudónimo de “Aristides” en 1822, en donde recogió las experiencias traumáticas de 7 locos y “otros muchos”³⁴. Sin embargo, el nacimiento de la República no ofreció importantes progresos para las loquerías limeñas, a pesar de los estragos emocionales que trajo el conflicto en militares y ciudadanos. Por ejemplo, en 1827 un remitido denunciaba las crudas condiciones en que padecía “el patriota Saldomando [sic]” en la loquería de San Andrés, quien se encontraba tirado sobre una tarima, vestido con solo la camisa y esposado con grilletas³⁵. Sobre este caso, volveremos más adelante.

Ante la falta de personal en los hospitales, a algunos locos se les asignó funciones de “policía”, sea dentro de sus establecimientos o en otros ajenos al suyo. En 1826, un oficio de Tomás de Heres, ministro de Guerra, al comisario ordenador del ejército, comunicó la orden de que “los locos que hacían la policía en el Hospital de San Andrés pasen a hacerla en el Santa Rosa”, donde serían mantenidos por el contratista Joaquín Cobo³⁶. El ministro del Interior dio la orden de traslado de 6 locos, a los cuales debía tratarse con “mayor humanidad, dándoles el alimento y descanso necesario que por motivo alguno se les obligue a pernoctar ni permita salir a la calle”³⁷.

La loquería también fungió como un instrumento político en el contexto de la guerra de independencia para silenciar al enemigo. Un testimonio de 1821 informó que el eclesiástico español Nicolás Menéndez había sido apresado en la loquería de San Andrés por el realista Mariano Ricafort, a causa de haber expresado su patriotismo en Jauja. Fue puesto en libertad por el Ejército Libertador luego de demostrarse de que no sufría de locura, siendo declarado como patriota por la Junta Eclesiástica de Purificación para continuar con sus servicios religiosos (Nieto, 1971, p. 309).

³² La guerra de independencia estuvo acompañada por el brote de diversas epidemias, como de fiebre amarilla y cólera. Una fuente importante para comprender dicho contexto epidémico es Valdés (1827).

³³ Ver por ejemplo *Gaceta del Gobierno*, suplemento al nro. 44, 8 de diciembre de 1821, p. 175; tomo 2, suplemento al nro. 32, 20 de abril de 1822; tomo 2, suplemento al nro. 48, 15 de junio de 1822, p. 5

³⁴ “Visita á los locos de San Andrés”, por *Aristides*. *Diario de Lima*, Lima, nro. 12, 14 de noviembre de 1822, pp. 1-2.

³⁵ Carta de *El Patriota*. *Mercurio Peruano*, Lima, nro. 81, 7 de noviembre de 1827, p. 3.

³⁶ Archivo General de la Nación, MH.OL.152, Caj. 58, Doc. 502, [*Traslado de locos del hospital de San Andrés al hospital de Santa Ana*], Lima, 7 de noviembre de 1826, f. 1. Disponible en: <https://repositorio.bicentenario.gob.pe/handle/20.500.12934/8302>

³⁷ Archivo General de la Nación, MH.OL.152, Caj. 58, Doc. 505, [*Autorizando por el ministro del Interior el traslado de 6 locos del Hospital de San Andrés al de Santa Ana*], Lima, 11 de noviembre de 1826, f. 1. Disponible en: <https://repositorio.bicentenario.gob.pe/handle/20.500.12934/8305>

Aunque la locura no fue prioridad del Estado en estos años³⁸, sí formó parte de algunos dispositivos legales, como las cartas magnas, en donde la clase política limitó la ciudadanía a los sujetos con trastornos mentales. El 4 de octubre de 1821 el protector José de San Martín dictó un decreto sobre la ciudadanía y sus diversas clases, en donde se señalaba que, entre diversas causas, la suspensión de la ciudadanía podría darse “Por estar loco, furioso o demente”³⁹. Asimismo, el reglamento para las elecciones de diputados de 1822 señalaba que los dementes quedaban privados del derecho a voto⁴⁰. Por su parte, la Constitución de 1823 señaló que la suspensión se ejecutaba en los casos en “que por ineptitud física o moral no puedan obrar libremente” (Olivo, 1922, p. 39). La Constitución Vitalicia de 1826, así como las constituciones de 1828, 1834 y 1839, también suspendieron la ciudadanía por “demencia” (Olivo, 1922, pp. 79, 111, 151, 205). Las de 1856, 1860, 1867 y 1920 señalaron la generalidad de “Por incapacidad”, en donde la locura estaba incluida (Olivo, 1922, pp. 259, 286, 319, 358), aunque la del 1933 fue más explícita al señalar “Por incapacidad física o mental” (Bonilla, 1971, p. 18). Recién en la constitución de 1979 este limitante a la ciudadanía fue retirado (Asamblea Constituyente, 1979).

2.1. Intelectuales y loquerías: Las críticas del francés Abel Victorino Brandin en el Perú

En un primer momento, el discurso alienista francés tuvo intentos de ingresar a Latinoamérica a través de médicos extranjeros que ejercieron por algunos años en el Nuevo Mundo, aunque en algunos casos sus propuestas y publicaciones no tuvieron el impacto deseado entre la clase médica y política local. Por ejemplo, en 1828 el médico español José de Passamán, influenciado por la propuesta alienista de Philippe Pinel en favor de la humanización del tratamiento de la locura, publicó “De la libertad moral”, aparecido en *El Mercurio Chileno*. Esto lo llevó a ser considerado el autor del primer escrito psiquiátrico publicado en Chile. Aunque no tuvo la respuesta que esperaba entre la élite chilena, tuvo el mérito de iniciar en Chile una discusión, ya en boga en Europa, sobre la racionalización de la locura y su abordaje científico. Posteriores enfrentamientos con el gobierno de turno llevaron a su expulsión del país (Araya, 2018b, p. 148). En Perú, el médico francés Abel Victorino Brandin fue el primer intelectual en defender la humanización del tratamiento de la locura en el país, editando diversos estudios entre 1824 y 1827. Aunque, como veremos, sus críticas no lograron el impacto deseado, al menos en el corto plazo.

Si bien la información sobre los primeros años de vida de Brandin, incluso su fallecimiento, resultan poco esclarecidos, existen algunas reseñas biográficas que han tratado de vislumbrar su aporte a la medicina peruana y algunos pasajes vivenciales⁴¹.

³⁸ Por ejemplo, la revisión del órgano oficial *Gaceta del Gobierno*, publicado entre 1821 y 1826, no nos ofreció mayores informaciones sobre aspectos relacionados a la locura en Lima.

³⁹ *Gaceta del Gobierno*, Lima, nro. 28, 13 de octubre de 1821, p. 121; tomo 3, suplemento al nro. 11, 31 de julio de 1822, p. 4; tomo 3, suplemento al nro. 17, 21 de agosto de 1822, p. 4; tomo 3, suplemento al nro. 50, 14 de diciembre de 1822, p. 4.

⁴⁰ *Gaceta del Gobierno*, Lima, tomo 2, nro. 38, 11 de mayo de 1822, p. 4.

⁴¹ Ver Lastres (1951, t. 3, p. 147-150), Pamo (1997, 2016), Paz Soldán (1940) y Valdizán (1938, t. 2, pp. 192-193). Asimismo, su relación con la medicina mental ha sido descrita por diversos autores (Lastres,

Motivado por su interés en el naturismo y la geografía médica, Brandin viajó al Nuevo Mundo hacia 1820, recorriendo Buenos Aires y Santiago de Chile hasta llegar a Lima en 1824. Allí demostró un profundo interés en la investigación y la enseñanza en el ámbito de la medicina y las enfermedades mentales; fue difusor del sulfato de quinina como medicamento antipalúdico, siendo pionero en Latinoamérica; asimismo, se desempeñó como director de *Anales Medicales* (Lima, 1827), primera revista médica editada en suelo peruano.

Respecto a sus publicaciones científicas, en su *De la influencia de los diferentes climas del universo sobre el hombre y en particular de la influencia de los climas de la América meridional*, publicado en Lima en 1826, Brandin ofreció importantes acápites dedicados a las enfermedades nerviosas, insertando las nuevas ideas del alienismo francés. De hecho, señaló que en algún momento compartió juntas médicas con importantes figuras como Pinel y Esquirol (Brandin, 1826, p. 92), quienes encabezaban un importante movimiento en favor de la humanización del tratamiento de la locura y su institucionalización desde el Estado. También incluyó anotaciones sobre la locura en su *Nuevas consideraciones sobre las fiebres intermitentes de la costa del Perú y sobre las enfermedades nerviosas de las mujeres de Lima, con un retrato sucinto del físico y moral de sus habitantes*, publicado en Callao en 1824⁴².

En su *De la influencia*, el médico francés planteó una nosología de las enfermedades mentales más comunes en América del Sur, tal vez el intento más importante que se haya publicado en suelo peruano hasta entonces. Por ejemplo, define la histeria, la cual la relaciona con afecciones del útero, tal como sus pares europeos, por lo que se trataba de una enfermedad nerviosa de las mujeres; la hipocondría, resultado de enfermedades gastrointestinales; asimismo, ofrece rápidos vistazos para la ninfomanía, erotomanía, epilepsia o gota coral, entre otros. Finalmente, incluye a la “locura” como una categoría a parte, la cual nos interesa ahondar a continuación (Brandin, 1826, pp. 68-76).

Brandin (1826, pp. 76-77) define la inicialmente la locura bajo términos hipocráticos, como una “afección del cerebro, caracterizada por una ó muchas series de desórdenes cerebrales ó nerviosos muy importantes”, siendo que la cura debía “estar especialmente fundada sobre el estado del cerebro”. Sin embargo, su definición de manía, monomanía y estupidez lo acercan más a la propuesta alienista: “son otra especie de locura [...], [en donde] la inteligencia no está tan destruida, alterada, obliterada como piensa el vulgo: no está pues sino falseada, exaltada o debilitada, mas no abolida [...] viene a ser el principio de la alienación” (Brandin, 1826, pp. 78-79). De esta forma, para el médico francés, causas de la locura eran tanto físicas como morales, en donde las afecciones cerebrales o las desviaciones morales determinaban una u otra clasificación (Brandin, 1826, p. 80).

1946, pp. 433-441; 1951, 3, pp. 156-171; Valdivia, 1989, pp. 39-42; Ruiz, 1994, p. 33; 2004, pp. 380-381; Stucchi, 2022, p. 39).

⁴² Lamentablemente no hemos podido acceder a un ejemplar de este texto en bibliotecas de Lima, pero conocemos de su existencia a través de los catálogos de Yale University Library, New York Academy of Medicine y Biblioteca Nacional de Francia.

Asimismo, criticó las terapéuticas basadas en la represión, las cuales consideraba como resultado del ciego empirismo, como los baños fríos y de sorpresa, castración, el empleo de máquinas de rotación, ahorcaduras, el abuso de sangrías —aunque sin desestimar su uso controlado—, la medicación de purgativos, entre otros (Brandin, 1826, pp. 81-83). Estos procedimientos se aplicaban indiscriminadamente en las loquerías sudamericanas y, desde luego, en las de Lima.

La solución planteada por Brandin se acercó a la métodos naturalistas y actitudes que, aunque no lo señalaba explícitamente, lo acercaban al tratamiento moral de sus connacionales franceses, lo cual representaba toda una novedad en suelo peruano, aunque sin alejarse de la teoría humoral hipocrática. Por un lado, siempre y cuando se parta de las casuísticas particulares de cada paciente, abogó por la medicación y consumo de emolientes, refrescos y calmantes, excluyendo el consumo de bebidas alcohólicas o fuertes; propugnó evitar el contacto continuo con la luz solar y el aire caliente, optando por caminatas en sombra, especialmente en los melancólicos, quienes deben estar menos tiempo en sus cuartos; asimismo, los baños debían ser tibios, repetidos y largos (Brandin, 1826, pp. 81-82); por otro lado, argumentó por una terapéutica basada en la razón y humanidad, en donde el médico debía convertirse en un rectificador del pensamiento, destruyendo las causas morales e intelectuales que provocaron la locura (Brandin, 1826, p. 84).

Cabe señalar que los trabajos de Brandin no fueron necesariamente apoyados o aplicados en el Perú, especialmente su defensa del empleo del sulfato de quinina, pues recibió una importante oposición y burla de la sociedad limeña. Por ejemplo, uno de sus más asiduos críticos fue José Joaquín de Larriava, quien calificó sus *Anales Medicales* como “Asnales medicales” (Odriozola, 1864, t. 2, p. 143). Por su parte, el *Telégrafo de Lima* acusó a Brandin de no contar con la certificación médica necesaria para ejercer la profesión, señalando que “recurrió al jeneral Rodil que le dió licencia de curar, no teniendo siquiera título de curandero”, siendo calificado como droguero charlatán⁴³. Asimismo, una correspondencia firmada bajo las iniciales P. M. D., resaltó las contradicciones en la obra de Brandin y su actitud en ocultar las dosis exactas y modo de preparar sus medicamentos, calificándolo como “descarado y tan sin pudor”⁴⁴.

Sus críticas a la terapéutica represiva en las loquerías y sus propuestas en favor de una atención más humanitaria pasaron desapercibidas, pues las loquerías de Lima mantuvieron su modelo colonial hasta bien ingresado el siglo XIX. Para Ruiz (2004, p. 381), las tensiones que ocasionó la figura de Brandin entre la sociedad limeña revela el desencuentro entre los conceptos médicos prematuramente introducidos y un clima político y social dominado por un espíritu tradicional que el proceso independentista no había logrado cancelar.

⁴³ *Telégrafo de Lima*, Lima, nro. 384, 2 de octubre de 1833, p. 4.

⁴⁴ *Telégrafo de Lima*, Lima, nro. 396, 16 de octubre de 1833, p. 4.

2.2. El día de San Andrés y el espectáculo público de la locura en Lima

Si por un lado no se ejecutaron importantes avances en las loquerías, por otro lado, la locura formó parte de actitudes estigmatizantes y sensacionalistas de ciertos sectores de la población de la nueva república peruana. Como ha señalado Foucault (2015, t. 1, pp. 124-125), la exhibición de los insensatos, especialmente de los casos más severos, era una práctica recurrente en Europa desde la Edad Media. Por ejemplo, en Francia, el paseo a Bicêtre y el espectáculo de los grandes insensatos fueron distracciones dominicales para los burgueses hasta antes de 1789, representando una fuente de ingresos importante para la institución. Algunos carceleros eran muy reputados por su habilidad para hacer que los locos realizaran numerosas piruetas y acrobacias mediante unos pocos latigazos. Incluso a principios del siglo XIX, los locos seguían siendo considerados monstruos, es decir, seres o cosas que merecían ser exhibidos.

En su *Testimonio del Perú*, publicado originalmente en alemán en 1846, el viajero suizo Johann Jakob von Tschudi, quien había permanecido brevemente en el Perú entre 1838 y 1842, señaló que los hospitales limeños adolecían de lamentables deficiencias en cuanto a su organización interna y calidad de atención médica. Proveniente de una sensibilidad europea que comenzaba a reprochar estas actitudes estigmatizantes contra los locos, Tschudi criticó que cada 30 de noviembre, en conmemoración al día de San Andrés, se abriera la loquería del mismo nombre al público para que los ciudadanos interesados pudieran ir a ver a los locos. De este modo, los pacientes, un total de 45 hacia 1839⁴⁵ y 53 hacia 1842⁴⁶, se convertían en una pieza de escaparate para el morbo o “diversión”⁴⁷ de ciertas personas, o en la justificación de un acto de caridad para otras. El público entregaba limosnas, convirtiendo a los locos en un recurso para generar ingresos destinados al hospital:

Am 30. November, dem Tage des heiligen Andres, ist dem Publikum der Zutritt zu denselben gestattet. Dann strömen die Bewohner von Lima nach dem Hospitale hin, um sich am Anblicke der Irren zu belustigen. Es ist empörend zu sehen, wie diese Unglücklichen der Schaulust des Publikums und seinen Neckereien preis gegeben werden. Das Einsammeln von Almosen bei den zahlreichen Besuchenden ist eigentlich der Zweck dieses Gebrauches, der immerhin verwerflich ist (Tschudi, 1846, t. 1, p. 101)⁴⁸.

A pesar de las críticas, esta práctica perduró. Ricardo Palma, en su texto *En casa del jabonero*, narró sus impresiones respecto a una visita a la loquería en el día de San

⁴⁵ *El Comercio*, Lima, tomo 1, nro. 23, 3 de junio de 1839, p. [2].

⁴⁶ *El Comercio*, Lima, año 4, nro. 982, 19 de setiembre de 1842, p. [3].

⁴⁷ “[...] se dirigían por caridad unos, por curiosidad otros, y por el espíritu de *diversión* muchos á visitar el Hospital de San Andrés”. “El día de San Andrés”, por Mercedes Eléspuru y Laso. *La Alborada*, Lima, año 1, nro. 8, 5 de diciembre de 1874, p. 59.

⁴⁸ “El 30 de noviembre, día de San Andrés, se permite al público el acceso al hospital. Ese día, los habitantes de Lima acuden en masa al lugar para divertirse con la vista de los enfermos mentales. Es indignante ver cómo estos desafortunados son expuestos a la curiosidad del público y a sus burlas. La recolección de limosnas entre los numerosos visitantes es en realidad el propósito de esta práctica, que, sin embargo, es reprochable”. Traducción nuestra. La traducción de Elsa de Sagasti (Tschudi, 1966, p. 87), señala: “El día 30 de noviembre, fiesta de San Andrés, se permite el ingreso al público. Entonces, todos los habitantes de Lima visitan el hospital para divertirse mirando a los locos. Los pobres son puestos a disposición de la curiosidad y de las burlas del público. Esto se hace con el objeto de recabar limosnas de los visitantes, que suelen ser muchos”.

Andrés, en la década de 1850. Durante el recorrido, se encontró en la celda N° 13 con un antiguo compañero de colegio, Joaquín, de 26 años. Ambos entablaron un largo diálogo, ya que la visita no solo se limitaba a la observación, sino también al contacto directo con los pacientes. Joaquín le contó que había sido internado injustamente en la loquería por el primo de su amada, quien tenía “influencia social y política” sobre la justicia, siendo internado por “médicos vendidos”⁴⁹.

Esta práctica reflejaba las actitudes hacia los trastornos mentales de las élites limeñas, sus principales consumidores. Los locos de la calle eran considerados impresentables e indecentes, lo que los llevaba a ser reprimidos por las autoridades policiales y posteriormente internados; sin embargo, cuando se encontraban engrillados y minimizados en la loquería, se convertían en objetos de curiosidad y morbo. Esta dualidad resalta la deshumanización y el estigma ligados a la locura, evidenciando cómo los internados eran percibidos más como piezas de escaparate que como individuos que necesitaban atención médica adecuada.

El 30 de noviembre de 1843, es decir, en el día de San Andrés, Marcelino Vitaliano, paciente de la loquería de San Andrés sobre quien volveremos más adelante, sufrió la exposición pública que conllevaba dicha fecha. Para él y otros locos internos, la exposición del día de San Andrés debió haber sido una fuente considerable de ansiedad, dolor y sufrimiento. La invasión de su privacidad y la reducción de su humanidad a un mero espectáculo debieron haber generado sentimientos de humillación y vulnerabilidad. Además, el contacto directo con personas externas, en un contexto que no buscaba su bienestar sino su exhibición, probablemente intensificó su sensación de abandono y desesperanza, que de por sí ya experimentaban con los barchilones, convirtiendo estos eventos en experiencias traumáticas que marcaban sus vidas con un profundo sentido de impotencia y dolor emocional.

Este sentimiento se expresó en su testimonio:

El día 30 de noviembre como el año anterior, al entrar porción de jente [sic] que acostumbraba ir á ver á los locos, teniendo mi puerta cerrada me la abría de par en par José Ascención [uno de los cuidadores], como quien dice, hay [sic] lo tenéis. Personas de alguna representación se paraban en la puerta de mi cuarto como á contemplarme; y yo les decía, ¿vendrán UU. á ver si estoy cuerdo? trátenme a cualquier hora y se convencerán de que no estoy loco⁵⁰.

Con la inauguración del Hospicio de Insanos en 1859 y la modernización del tratamiento de la locura impulsado por José Casimiro Ulloa, la práctica alrededor del día de San Andrés comenzó a desaparecer, aunque gradualmente. Como veremos en el siguiente capítulo, el discurso alienista y el tratamiento moral impulsados los dispositivos legales esta institución reflejaron un interés en ofrecer un hospital de medicina mental moderno, rompiendo con el modelo colonial de las loquerías. Además, algunos artículos evidenciaron un cambio en las sensibilidades de los intelectuales respecto a la locura. Por ejemplo, el diario *El Peruano* criticó en 1856 que en el día de San Andrés se presentasen a los locos en “vergonzoso espectáculo á curiosos sin ocupación y sin misericordia”⁵¹.

⁴⁹ *El Correo del Perú*, Lima, año 2, nro. 23, 8 de junio de 1872, p. 180.

⁵⁰ *El Comercio*, Lima, año 14, nro. 3853, 22 de mayo de 1852, p. 4.

⁵¹ “Hospicio de locos”. *El Peruano*, Lima, tomo 16, nro. 28, 3 de octubre de 1846, p. 124.

Por su parte, en 1874 la escritora limeña Mercedes Eléspuru y Laso publicó en *La Alborada* un artículo crítico de la señalada práctica, la cual calificó de “estúpida” y “bárbara diversión”. Aunque para ese entonces ya formaba parte del pasado, las escenas quedaban aún vivas en la memoria de algunos: “¿Cómo podía haber ojos que mirasen serenos a través de las rejas, á aquellos desventurados seres, que casi se exhibían en completa desnudez, ú ofreciendo espectáculo tristísimo de las huellas del látigo y el palo?”⁵².

2.3. Caridad filantrópica y loquerías: Los concursos públicos de 1832 y 1852

En la década de 1830, el Estado republicano comenzó a prestar atención a la asistencia hospitalaria, incluyendo las condiciones de las loquerías. Sin embargo, frente a la escasez de recursos en el sector hospitalario y los problemas administrativos de las instituciones responsables, las autoridades optaron por fomentar la caridad entre los notables locales. Como señala Peluffo (2004), el discurso de la caridad se percibió como un medio adecuado para armonizar las virtudes políticas y domésticas liberales de la nueva élite local, a la vez que encubría los privilegios de clase frente a quienes requerían ayuda. A diferencia del período colonial, en el que la caridad tenía un propósito principalmente espiritual, la caridad republicana incorporó una motivación humanista, entendida como una muestra de civilización. Por esta razón, y para distinguirla de su variante religiosa, empleamos el término caridad filantrópica, a pesar de la aparente redundancia.

La búsqueda de caridad filantrópica por parte del Estado peruano y, posteriormente, de la SBPL, se concretó mediante iniciativas para obtener donaciones o préstamos de los notables locales, destacándose la organización de concursos públicos. Ejemplo de ello fueron el remate de hospitales realizado en 1832 y las suscripciones promovidas en 1852. Analizaremos estos dos eventos a continuación.

Atendiendo los “clamores continuos de los ciudadanos en favor de la humanidad escandalosamente desatendida”, así como el fracaso administrativo de la Dirección de Beneficencia⁵³, por decreto del 16 de febrero de 1832 el gobierno de Agustín Gamarra puso en remate los hospitales de Lima. El decreto partía de una confianza en la filantropía de los ciudadanos de la capital y marcaba el paulatino cese de la Dirección de Beneficencia. Los ofertantes tendrían que pagar por cada cama existente en el hospital a lo largo de cinco años como máximo, siendo que “Se darán 200 pesos de premio por cada diez individuos en que disminuya la lista de muertos en cada año”, incentivando así los progresos en la atención de la salud. Asimismo, se ordenaba que el protomédico visitara todos los días un hospital: “examinará la asistencia, botica, curación de enfermos, abusos que note, reparos exigentes”⁵⁴. Los diarios de la época anunciaron la fecha límite para la presentación de propuestas el 15 de marzo⁵⁵.

⁵² “El día de San Andrés”, por Mercedes Eléspuru y Laso. *La Alborada*, Lima, año 1, nro. 8, 5 de diciembre de 1874, p. 59.

⁵³ Institución creada en 1826 (Río, 1832, p. 19).

⁵⁴ *El Conciliador*, Lima, tomo 3, nro. 14, 18 de febrero de 1832, pp. 1-2.

⁵⁵ *El Conciliador*, Lima, tomo 3, nro. 17, 29 de febrero de 1832, p. 1.

Según Macera (1993, pp. 44-45)⁵⁶, entre los escasos postores estuvo el ciudadano Pedro José Álvarez, mejor conocido como “El loquero” por su interés y cercanía desde niño con orates. Álvarez calculó una pensión de 3 reales diarios para cada uno de los enfermos del Hospital de San Andrés, con especial interés en los amentes de la loquería. Álvarez se comprometía a ofrecerles vestuario, una alimentación basada en carne, dulces de miel, raciones de cigarro, entre otros beneficios.

Sin embargo, el remate no prosperó. Por decreto del 31 de agosto de 1832, “no habiendo llegado á realizarse [...] [los] arreglos” necesarios, se restableció las funciones de la Dirección de Beneficencia, siendo nombrado director José Matías Vásques de Acuña. El decreto hizo explícito que la asistencia de los amentes debía volverse a poner bajo responsabilidad de la Dirección de Beneficencia, “sin perjuicio de que la hermandad que ahora está encargada de ellos, ejerza su filantropía en favor de estos infelices”, refiriéndose a las labores filantrópicas respecto a las loquerías, principalmente liderada por hermandades. Asimismo, en cada hospital habría un administrador que cele por la buena asistencia de los enfermos⁵⁷.

En 1852 la idea de apoyarse en la filantropía de los ciudadanos limeños volvió a ponerse en escena, aunque con el escenario favorable que representaba el periodo guanero para la economía nacional. El 17 de junio el profesor de medicina Felipe Barrera manifestó a SBPL los detalles de la “situación deplorable” en la que se hallaban las loquerías de hombres de San Andrés y de mujeres en Santa Ana, así como lo “urgente que era mejorar esos locales”. Advirtió que las limitadas rentas impedían obras de progreso, por lo que solicitaba abrir una “suscripción de las personas piadosas de la Capital”, en donde los interesados pudieran ofrecer en calidad de donación o empréstito los ingresos económicos para los reparos necesarios (Oviedo, 1862, t. 8, pp. 268-269). Su solicitud apareció en un escenario particular, pues en mayo de ese mismo año el paciente Manuel Vitaliano publicó una serie testimonios sobre la violencia que sufrió en la loquería de San Andrés en *El Comercio*, las cuales serán analizadas más adelante. Luego de las gestiones pertinentes, fueron autorizados los procedimientos para acceder a la suscripción. Esto beneficiaría a decenas de pacientes, que para el caso de la loquería de San Andrés alcanzaban el número de 55 en 1851⁵⁸.

La suscripción fue ampliamente difundida. En los balances de ingresos y egresos de la SBPL se registraron diversos donativos en beneficio de las loquerías⁵⁹. Diversas figuras públicas se adscribieron, entre políticos, militares y empresarios guaneros. Por ejemplo, Domingo Elías ofreció 10,000 pesos en vino para que sean vendidos en favor de las loquerías⁶⁰, mientras al empréstito se subscribieron el ex arrendatario guanero Francisco Quirós y el diplomático Joaquín José de Osma⁶¹, así como los futuros

⁵⁶ Lamentablemente, el texto de Macera no ofrece referencias respecto de la información que señala; asimismo, a la fecha no hemos podido corroborar el testimonio que indica.

⁵⁷ *El Conciliador*, Lima, tomo 3, nro. 70, 5 de setiembre de 1832, pp. 1-2.

⁵⁸ *El Comercio*, Lima, año 13, nro. 3737, lunes 29 de diciembre de 1851, p. [3].

⁵⁹ Ver *Registro Oficial*, Lima, tomo 3, nro. 4, 22 de enero de 1853, p. 35; tomo 3, nro. 10, 5 de marzo de 1853, p. 82.

⁶⁰ *El Comercio*, Lima, año 14, nro. 3904, 26 de julio de 1852, p. 3.

⁶¹ *El Comercio*, Lima, año 14, nro. 3972, 18 de octubre de 1852, p. 2.

presidentes Juan Antonio Pezet y Nicolás de Piérola⁶², entre otros. A fines de 1852, se había recaudado 7352.2 pesos (SBPL, 1853, p. 4).

El concurso público de 1852 impulsó mejoras no solo en la infraestructura de las loquerías, sino también en el trato hacia los enfermos mentales, “como parece exigirlo la humanidad y la civilización”. Inspirada en el modelo del “hospital especial de Filadelfia,” la SBPL gestionó la importación de correas, manoplas, guantes y cinturones para reemplazar los cepos, cadenas y otros instrumentos de sujeción anteriormente utilizados en la loquería de San Andrés (SBPL, 1853, p. 6). Sin embargo, este optimismo fue pasajero. En 1855 Francisco Carassa llamó la atención de que los fondos recaudados por el concurso públicos habían sido destinados a otros rubros de en la SBPL ante la carencia de fondos de ésta⁶³. Como veremos a más adelante, los principales afectados fueron, nuevamente, los pacientes.

2.4. Instituciones y loquerías: La Sociedad de Beneficencia Pública de Lima y las Hermanas de la Caridad

El llamamiento a la filantropía de 1832 y 1852 ofreció limitados recursos, y los ingresados no siempre terminaban en beneficio de las loquerías. Sin embargo, la existencia de recursos económicos, aunque escasos, resultaba limitada sin el marco institucional o administrativo adecuado. Esto llevó a la creación de instituciones gestoras, como la Sociedad de Beneficencia Pública de Lima (SPBL) en 1834, así como la contrata en 1857 de las Hermanas de la Caridad de San Vicente de Paúl para la administración y asistencia de los hospitales.

La Sociedad Beneficencia Pública de Lima fue establecida por decreto supremo de Luis José de Orbegoso, con fecha del 12 de junio de 1834, en remplazo de la desprestigiada Dirección de Beneficencia. Su objetivo era la administración de las instituciones de previsión y asistencia social de la capital, incluidos los hospitales, partiendo del “fervor de la caridad cristiana” (SBPL, 1852, p. 3), continuando con la tradición colonial del buen cristiano y la protección del indefenso. Esto puede visualizarse en su decreto de creación, en donde se sustenta que el “estado triste en que se hallan estos establecimientos y su falta de arreglo, solo pueden remediarse encargándolos á personas caritativas” (Oviedo, 1862, t. 8, pp. 181-182). En 1839, tenía a su cargo los siguientes hospitales y hospicios: Hospital de San Andrés, Santa Ana, San Pedro, de la Caridad, San Bartolomé, Huérfanos, Santo Toribio de Incurables, Incurables de Mujeres, San Diego, Hospicio de Pobres, y de Mujeres (Córdova, 1839, pp. 52-53). Respecto a las loquerías, en dicho año se contabilizaban 45 pacientes en la loquería de hombres de San Andrés y 41 en la de la Caridad de mujeres⁶⁴, estas últimas trasladadas a Santa Ana hacia 1840.

Para su funcionamiento, la SBPL, como institución caritativa y con un fuerte control moral, obtenía varias donaciones, sea en capital o propiedades, las cuales eran arrendadas para la obtención de réditos. También adquiría ingresos a través del Ramo de Loterías, la Caja de Ahorros, el arriendo de la Plaza de Toros en Acho, entre otros.

⁶² *El Comercio*, Lima, año 14, nro. 3995, 12 de noviembre de 1852, p. 3.

⁶³ *El Comercio*, Lima, año 17, nro. 4753, 5 de junio de 1855, p. 2.

⁶⁴ *El Comercio*, Lima, tomo 1, nro. 24, 4 de junio de 1839.

Asimismo, desde 1865 se hicieron cargo de la administración de las rentas de las cofradías, asimilándolas en la misión caritativa de la SBPL (Coello, 2019, p. 141).

Para asegurar el correcto funcionamiento de los hospitales, la SBPL elaboró un reglamento general para establecer un detallado marco organizativo. Este ofreció indicaciones respecto de las funciones del mayordomo general, capellán, médico, cirujano, boticario, ecónomo, ropero, sangrador, dador de bebidas, cajonero, bañero, portero, barchilón, hortelano, mayordomo de la capilla, sacristán y loquero. Respecto al cargo de loquero, tenía bajo su responsabilidad lo siguiente:

- 1° La loquería queda reunida á la enfermería del hospital [...]
- 2° El loquero mantendrá el mayor aseo en la sala de camas, cuartos, y patios de los amentes.
- 3° Cuidará de que se bañen con la exactitud y frecuencia que prescriba el facultativo.
- 4° Recibirá de la despensa del hospital lo preciso para la alimentación de los amentes.
- 5° Tendrá un libro donde apunte el nombre, edad, patria, y estado de cada loco.
- 6° No admitirá loco ninguno sin una orden del juez competente, y permiso del Mayordomo ó Diputado de semana.
- 7° No permitirá ninguna clase de armas en la loquería, ni que nadie entre armado. [...]
- 10° Cuidará de que el médico visite cada loco á su llegada en la loquería, y lo remitirá á la enfermería en caso de que así lo mande el facultativo (SBPL, 1835, p. 14).

La regulación establecida presenta interesantes indicaciones respecto del tratamiento de la locura en las loquerías. Por un lado, se destaca un mayor rigor en el filtro de admisión, siendo requisito la evaluación médica, órdenes judiciales y/o autorización de las autoridades competentes para el ingreso, aunque aún carece de la precisión que el alienismo implementó en sus registros de admisión en la segunda mitad del siglo XIX. Además, se enfatiza la mejora en las condiciones de vida de los pacientes al garantizar un entorno de higiene y alimentación adecuadas. La prohibición del uso de armas resulta también notable, posiblemente como medida para prevenir situaciones violentas que podrían haber surgido debido a la falta de control en el ingreso y salida de los pacientes en el pasado.

Desde el periodo colonial, el cuidado y atención de los pacientes en hospitales tuvo un recurso humano religioso muy importante, enmarcado en la caridad religiosa frente al pobre. La inauguración de la república ofreció continuidades en este aspecto, incluso hasta las primeras décadas del siglo XX, pues la enfermería psiquiátrica en el Perú —que vendrían a remplazar a las religiosas— tuvo su desarrollo institucional recién a inicios de dicho siglo. Sin embargo, la gestión y asistencialismo hospitalario no contaba con la eficiencia necesaria para llevar adelante el progreso de dichas instituciones, tal como se señaló en las críticas aparecidas durante las iniciativas filantrópicas de 1832 y 1852.

En la década de 1850, la SBPL evaluó la pertinencia de contratar, importar y entregar a la congregación religiosa Hermanas de la Caridad de San Vicente de Paul los establecimientos hospitalarios a su cargo. Es importante resaltar que, a pesar de la relativa paz y prosperidad económica producto de la exportación del guano, este interés por atraer

capital humano extranjero —específicamente desde la “progresista” Europa— nos habla de un sistema benéfico peruano deficiente. Asimismo, el interés por el asistencialismo religioso cuestiona los límites y la efectividad de los esfuerzos por secularizar y establecer el laicismo estatal durante el siglo XIX.

Esta congregación fue fundada en 1633 en Francia por Vicente de Paúl y Luisa de Marillac. Como ha señalado Barbara Diefendorf (2004, p. 8), la institución marcó un reajuste en las comunidades religiosas en su relación con la sociedad laica, pues suplantó el ascetismo penitencial como modelo espiritual dominante, llevando la misión apostólica y caritativa fuera de los conventos, públicamente. En el siglo XIX, la sociedad latinoamericana mostró un especial interés por la llegada de congregaciones religiosas europeas, particularmente femeninas, cuya presencia se asociaba con ideales de progreso y civilización, especialmente en hospitales e instituciones de caridad. Además, como ha argumentado Peluffo (2008, p. 9), este interés se inscribía en un proceso más amplio de feminización de la práctica caritativa en América Latina, que en la época colonial había estado mayoritariamente en manos de clérigos. En el contexto decimonónico, la asistencia y cuidado de los sectores oprimidos, culturalmente asignados al género femenino, adquirieron una doble funcionalidad: por un lado, respondían a los ideales de género de la época, y por otro, ofrecían una solución económica a los Estados en formación, que, incapaces de sostener adecuadamente las instituciones públicas, se beneficiaban del carácter “caritativo” y bajo costo de la labor de las religiosas.

En México, por ejemplo, las Hermanas de la Caridad estaban establecidas desde 1844, desenvolviendo un papel transcendental en la asistencia social del siglo XIX (Reyes, 2013). En Chile arribaron en 1848, aunque por diversas limitaciones pudieron hacer efectivas sus labores en 1854, reestructurando la vida interna de los establecimientos que administraron y cooperando en la sistematización del sistema de beneficencia chileno (Valdés, 2021). Sobre el caso chileno, desde Perú se comentaba que “Los hospitales de Santiago de Chile, en gran parte dirigidos por las Hermanas de la Caridad, son el modelo con arreglo al cual ha querido modificar los nuestros la Sociedad de Beneficencia [de Lima]”⁶⁵.

La necesidad de importar a esta congregación al Perú tuvo varios adeptos entre la opinión pública peruana. Por ejemplo, en 1849 un anónimo del diario *El Progreso*, luego de efectuar una crítica a las condiciones de internamiento y tratamiento de los pacientes del Hospital de San Andrés, argumentó que la presencia de las Hermanas de la Caridad sería “una adquisición no solo interesante á nuestra patria, sino á la humanidad”⁶⁶.

En 1852 el vicedirector de la SPLB Manuel Ros señaló que la congregación representaba “un bien tan apetecible, y del que tan óptimos frutos deben prometerse las casas de Beneficencia y la humanidad en general” (SBPL, 1853, p. 13), por lo que las gestiones para traer a algunas hermanas habían comenzado. Finalmente, el contrato pudo firmarse en París en el 29 de mayo de 1857 entre el gobierno peruano y la congregación, señalándose, entre otros aspectos, la cantidad de 44 religiosas iniciales. El contrato señaló

⁶⁵ *Gaceta Médica de Lima*, Lima, año 3, tomo 3, nro. 51, 31 de octubre de 1858, p. 49.

⁶⁶ “Hospitales”. *El Progreso*, Lima, nro. 21, 22 de diciembre de 1849, p. 7.

que la congregación se comprometía a “á mandar diez y ocho hermanas para el Hospital de San Andrés, catorce para el Hospital de Santa Ana, ocho para el Hospital de San Bartolomé y cuatro para la casa de Misericordia o Huérfanos” (SBPL, 1907, p. 63). Así, hacia 1867, contaban con presencia en los hospitales de San Andrés, Santa Ana, San Bartolomé, Huérfanos e Insanos, así como en instituciones educativas como el Colegio de Santa Cruz (SBPL, 1867b, p. 13).

El contrato también señalaba que tendrían bajo su responsabilidad tanto la asistencia como la inspección o dirección de los establecimientos, contratando o despidiendo a los criados que consideren necesarios, elaborando inventarios de bienes muebles anuales, entre otros. También se señalaron algunas restricciones. Por ejemplo, se les exoneraba del cuidado de los enfermos de sífilis, no podían atender a las personas acaudaladas ni velar por los enfermos externos que no estén bajo responsabilidad del establecimiento en cuestión (SBPL, 1907, p. 67).

Las Hermanas de la Caridad llegaron el sábado 30 de enero de 1858 al Callao e ingresaron el 2 de febrero a Lima, fecha que, con una misa en la iglesia de Nuestra Señora de las Mercedes, se dio por inaugurada la congregación de San Vicente de Paul en el Perú⁶⁷. Su llegada generó una ovación notable en la opinión pública. *El Comercio* calificó los esfuerzos de la SBPL como un “feliz éxito, y que merced á ellos pueda ostentar Lima asilos de misericordia que en nada envidiarán á los mejores de todo el continente americano”⁶⁸. *El Católico*, luego de aclamar el acontecimiento, insertó extractos referidos a la historia y labor de las Hermanas de la Caridad en el mundo “para hacer conocer su importancia”⁶⁹. Un par de años después, Manuel Pardo en *Revista de Lima* señaló que la adopción de las Hermanas de la Caridad vino a “dar la última mano á ese servicio [hospitalario] y á poner a nuestros hospitales en tal estado que no avergonzarían a muchas ciudades del viejo continente”, impulsando en el Perú una “verdadera metamorfosis, remplazando el servicio estipendiado y mercenario que allí se hacía”⁷⁰. Por su parte, Manuel Freyre, director de la SBPL, señaló en 1860 que “han sido edificante ejemplo de virtud, de paciencia, de abnegación”, y que resultaba admirable “la transformación obtenida en las casas que tienen á su cargo” (SBPL, 1861, pp. 10-11)⁷¹.

La ovación llegó incluso desde los médicos, sobre quienes podríamos haber esperado inmediatas críticas respecto a la influencia religiosa en la gestión de los hospitales donde ellos mismos trabajaban. Por ejemplo, la *Gaceta Médica de Lima* se refirió positivamente respecto del arribo de las Hermanas de la Caridad, calificándolas importadoras de la ilustración europea, la ciencia y el humanismo en el tratamiento, en

⁶⁷ *El Comercio*, año 20, nro. 5572, 3 de febrero de 1858, p. 2.

⁶⁸ *El Comercio*, año 20, nro. 5572, 3 de febrero de 1858, p. 2. La nota fue replicada en *El Católico*, Lima, año 4, nro. 271, 3 de febrero de 1858, p. 109.

⁶⁹ *El Católico*, Lima, año 4, nro. 271, 3 de febrero de 1858, p. 109-111; año 4, nro. 272, 6 de febrero de 1858, pp. 123-125.

⁷⁰ *Revista de Lima*, Lima, tomo 1, 1860, p. 406.

⁷¹ Continúa diciendo: “La mortalidad ha disminuido hasta donde es posible; los desórdenes que antes eran hasta frecuentes, han desaparecido en lo absoluto; hábitos religiosos y de moralidad han logrado establecer en el personal [...] y las sensibiles economías que han introducido ofrecen el resultado de una disminución progresiva en el valor de las estancias a pesar de seguir en aumento el precio de los artículos de subsistencia y el salario de los sirvientes”.

contraposición con la ineficiencia del personal asistencial peruano, lo que traerá, además, tranquilidad y seguridad a los médicos nacionales:

Han llegado las Hermanas de la Caridad tanto tiempo esperadas. Su presencia no ha podido menos que hacer palpitár á todos los corazones generosos, para quienes no son indiferentes los dolores de la humanidad. La introducción de estas piadosas mujeres, producirá, sin duda, en nuestros hospitales, una reforma tan saludable á la ciencia, como á los menesterosos que anden buscando auxilio. La asistencia dura, pesada, inoportuna y nada inteligente de los barchilones⁷², será reemplaza por otra humana, dulce, complaciente e ilustrada, que volverá á los enfermos a la salud. Desde hoy podrán descansar los médicos tranquilos, con la seguridad de que sus prescripciones serán ejecutadas, con la severidad que demandan la ciencia [...]⁷³.

A los pocos meses de iniciadas sus labores, la *Gaceta Médica de Lima* también elogió los avances desarrollados, “grandes reformas” que comenzaban a superar las “antiguas y pestíferas cobachas” y “el aire meléfico, cargado de miasmas” de los hospitales limeños, por “catres de fierro cómodos y desahogados” y “buena ventilación”⁷⁴.

Sin embargo, los comentarios críticos desde el gremio médico no se hicieron esperar, principalmente cuando las Hermanas de la Caridad comenzaron a ingresar en ámbitos regentados o históricamente reclamados por los médicos. Esto inició lo que Coello (2019, p. 146) ha denominado un “enfrentamiento ideológico” entre los defensores de la caridad cristiana en el bien y cuidado de los hospitales, contra los detractores de esta propuesta, para quienes las religiosas no estaban capacitadas para hacerse cargo ni de los hospitales, sus boticas y menos del cuidado y tratamiento de los pacientes. Por ejemplo, el doctor A. Evaristo D'Ornellas lamentó la supresión del recientemente instaurado sistema de externado e internado que funcionaba en el Hospital de San Andrés, el cual beneficiaba directamente a la formación profesional de los estudiantes de la Facultad de Medicina, a pocos metros del hospital. Aunque dicha supresión fue reemplazada con el restablecimiento de los médicos auxiliares, el D'Ornellas consideró esto como un golpe para la formación de los futuros galenos peruanos⁷⁵. Por su parte, el doctor Francisco Rosas calificó de “escandalosa” y de “fatales consecuencias” la decisión de la SBPL para que las Hermanas de la Caridad administren las boticas del Hospital de Santa Ana y San Andrés sin la intervención de un farmacéutico reconocido, pues “no están destinadas a prestar servicios de este género”, poniendo en peligro la vida de los pacientes⁷⁶. Asimismo, el doctor José Casimiro Ulloa señaló que existían críticas hacia las Hermanas de la Caridad ante “la falta de dulzura en su trato con los enfermos, la indiferencia y de abandono para con ellos, de demasiado celo por las economías, y de falta absoluta de asistencia de ellas en la noche”⁷⁷.

⁷² Personas no especializadas que tenían el papel de enfermeros antes de la llegada de las Hermanas de la Caridad.

⁷³ *Gaceta Médica de Lima*, Lima, año 2, tomo 2, nro. 35, 28 de febrero de 1858, p. 131.

⁷⁴ *Gaceta Médica de Lima*, Lima, año 2, tomo 2, nro. 40, 15 de mayo de 1858, p. 182.

⁷⁵ *Gaceta Médica de Lima*, Lima, año 2, tomo 2, nro. 40, 15 de mayo de 1858, pp. 181-183.

⁷⁶ *Gaceta Médica de Lima*, Lima, año 3, tomo 3, nro. 50, 15 de octubre de 1858, pp. 37-38; año 3, tomo 3, nro. 53, 30 de noviembre de 1858, p. 70-71.

⁷⁷ *Gaceta Médica de Lima*, Lima, año 3, tomo 3, nro. 59, 28 de febrero de 1858, p. 147.

2.5. Las loquerías y la cuestión de la locura en la Lima de la década de 1850

Ni las tempranas críticas de los intelectuales, con sus argumentos novedosos en favor de humanizar el tratamiento de la locura, ni los esfuerzos filantrópicos, que aportaron recursos para la construcción de nuevas instalaciones, ni el establecimiento de marcos institucionales para la gestión y asistencia hospitalaria, consiguieron mejorar de forma efectiva las condiciones en las loquerías durante la primera mitad del siglo XIX en el Perú. En 1845, por ejemplo, el prefecto Joaquín Torrico informó que en la loquería de San Andrés “no hay orden, ni economía y sí mucho desaseo, [...] apenas quise creer que la humanidad fuese tan desatendida”⁷⁸. Destacó que los pacientes se encontraban desnudos, desnutridos y bajo ningún régimen curativo, tan solo reclusos.

Esta situación se tornó más grave debido al aumento anual en el número de pacientes en las loquerías. Aunque no superaban los 80 pacientes, el hacinamiento era evidente (Tabla N° 2). Desde 1839, el número de amentes se había mantenido relativamente estable, fluctuando entre 45 y 55 internos en San Andrés y entre 41 y 53 internas en La Caridad/Santa Ana. Sin embargo, en la década de 1850, se observó un notable crecimiento, superando incluso los números del periodo colonial, que rondaban los 70 pacientes por loquería. Así, en 1859, al Hospicio de Insanos se habían trasladado 76 varones desde San Andrés y 77 mujeres desde Santa Ana.

Este crecimiento en la estadística de internamiento de la locura se puede relacionar con lo analizado por Augusto Ruiz Zevallos (1994, pp. 24-27; 1995, pp. 225-226). Ruiz reconoció que, a mediados del siglo XIX, la élite modernizadora peruana, acorde con el ciclo de modernización guanera, percibió la locura desde una racionalidad instrumental que distinguía entre lo útil y lo no útil para la sociedad. Esto se tradujo en la búsqueda de control e identificación de los considerados locos, reflejando una “utopía controlista” que extraía lo “anormal” del espacio público. Esto podemos observarlo en la opinión pública, la cual abogó por el internamiento de los locos que perjudicaban el orden público. En 1855, por ejemplo, un ciudadano denunció que un zambo desnudo estaba persiguiendo a las mujeres y haciendo llorar a las niñas, a quien calificó de “inmoral, atrevido”, demandando a la policía “que se le mande en el día á San Andrés”⁷⁹.

Tabla N° 2. Población aproximada de las loquerías de varones y mujeres en Lima, 1563-1859.													
Loquería	1563	1639	1791	1817	1839	1842	1845	1847	1849	1850	1851	1857	1859
Loquería de varones	7	14 a 15	49	ca.70	45	53	47	55	-	52	55	56	76
Loquería de mujeres	-	-	6	-	41	50	-	53	46	-	-	66	77

Tabla N° 2. La loquería de varones estuvo ubicada en el Hospital de San Andrés, mientras que la de mujeres en el Hospital de la Caridad y desde 1840 en el Hospital de Santa Ana. Fuente: Elaboración propia a partir de Castelli (1981, p. 213); Cobo, 1882, p. 305-306; *Mercurio Peruano*, nro. 10, 3 de febrero de 1791, f. 98; Hampe (2007, p.

⁷⁸ Informe de Joaquín Torrico al ministerio de Gobierno. *El Comercio*, Lima, año 7, nro. 1808, 18 de junio de 1845, p. 3.

⁷⁹ “Denuncia a la policía”, por *Uno de los tantos que presenciamos esa escena*. *El Comercio*, Lima, año 17, nro. 4798, 23 de julio de 1855, p. [3].

49); *El Comercio*, Lima, tomo 1, nro. 23, 3 de junio de 1839, p. [2]; *El Comercio*, Lima, año 4, nro. 982, 19 de setiembre de 1842, p. [3]; *El Comercio*, Lima, año 7, nro. 1810, 20 de junio de 1845, p. 5; *El Comercio*, Lima, año 9, nro. 2415, 15 de julio de 1847, p. [3]; *El Comercio*, Lima, año 11, nro. 2977, martes 5 de junio de 1849, p. [4]; *El Comercio*, Lima, año 13, nro. 3737, lunes 29 de diciembre de 1851, p. [3]; Fuentes (1858, pp. 97-98); *Gaceta Médica de Lima*, Lima, año 6, tomo 4, nro. 79, 31 de diciembre de 1859, p. 388.

Las deterioradas condiciones de las loquerías, junto con el aumento del número de internados, conllevaron a lo que denominamos la “cuestión de la locura”: el desarrollo de una opinión pública en la prensa limeña que abogó por la mejora de las loquerías en la década de 1850. Esta llegó desde diversos ángulos. Desde la ciudadanía, en 1853 un periódico local señaló: “Las loquerías de San Andrés y Santa Ana, se hallan en completo estado abandono é inmundicia, lo cual agrava el padecimiento de los infortunados seres encerrados en ellas”⁸⁰. Desde las autoridades eclesiásticas, el clérigo y político Agustín Charún señaló en 1850 que “El hospicio de amentes [de San Andrés] [...] es más bien una cárcel que un hospital”⁸¹. Intelectuales extranjeros también se sumaron a la crítica. En 1851, el chileno José Victorio Lastarria (1870, p. 167), conocedor de que se atendían algunos de sus compatriotas en la loquería de San Andrés, señaló que “en lugar de atender, maltratan a los pacientes”.

Las autoridades de la SBPL secundaron esta preocupación. El vice-director Manuel Ros señaló en 1852 que “no pueden considerarse como hospitales, sino apenas como lugares de reclusión ó depósito” (SBPL, 1853, p. 8). Otro vice-director, Francisco Carassa, en 1855 calificó las loquerías de “lóbregas y fúnebres mazmorras [...] verdaderas cárceles” (SBPL, 1856, p. 8). A partir de estos testimonios, se puede deducir que las loquerías de ese periodo carecían de un médico dedicado exclusivamente al tratamiento de los pacientes mentales y de un sistema curativo racional y sistematizado para ellos. Según las autoridades de la SBPL, esta situación se debía tanto a la escasez de especialistas en el Perú como a los altos costos asociados (SBPL, 1853, p. 8). En consecuencia, los pacientes no recibían una medicación adecuada, recurriéndose a tratamientos propios de la medicina hipocrática colonial y al uso de dispositivos de retención y represión física. Frente a la ausencia de medicación especializada, “se les ata, se les tortura, se les doma como a bestias selváticas, amenazándolos de continuo con el cepo y con el látigo” (SBPL, 1856, p. 8).

En un contexto de reformas en la profesión y enseñanza médica, los médicos desempeñaron un papel crucial en el debate sobre la cuestión de la locura. En 1853, un grupo de médicos, en su mayoría profesores de la Facultad de San Fernando, presentó a las autoridades un memorial sobre la situación de las loquerías. Entre los firmantes figuraban Miguel de los Ríos a la cabeza, seguido por José Julián Bravo, Francisco Cervera, Camilo Segura, José J. Corpancho, Manuel Odriozola, Francisco Rosas y José Rufino Valdés. A diferencia de las propuestas del concurso público de 1852, que buscaban

⁸⁰ “Casas de Caridad”. *El Mensajero*, Lima, nro. 269, 8 de agosto de 1853, p. [3].

⁸¹ *El Peruano*, Lima, tomo 25, nro. 5, 15 de enero de 1851, 18.

mejorar las loquerías dentro de los hospitales existentes, los médicos defendieron en esta ocasión la creación de una loquería independiente que ofreciera atención médica especializada para la locura⁸². Este enfoque marcó el inicio de un proceso que culminaría en 1859 con la apertura del Hospicio de Insanos, tema que abordaremos en el próximo capítulo.

3. Violencia y opinión pública desde los testimonios de pacientes de la loquería de San Andrés (1827-1854)

Hasta aquí, las voces de este capítulo han sido, por así decirlo, los “no locos”. Los registros oficiales y las fuentes generadas por médicos, religiosos, autoridades y figuras públicas ofrecen una visión externa y rigurosa que limita la comprensión de personas reales y su sufrimiento, ignorando la locura como experiencia, tal como lo destaca Coleborne (2020, p. 24). ¿Qué ocurre con las narrativas de los propios pacientes? ¿Cómo afrontaron ellos la pérdida de libertad causada por la enfermedad mental o internamientos injustificados? ¿Cómo testimoniaron sus experiencias y sufrimientos? ¿Qué buscaban al publicar sus memorias de violencia en la prensa?⁸³

Diarios como *El Comercio* y el *Mercurio Peruano* insertaron cartas y testimonios de pacientes de la loquería de San Andrés. Destacan, por ejemplo, Marcelino Saldamando, militar español internado en múltiples ocasiones entre 1827 y 1856, cuyas numerosas cartas rondan desde lo testimonial hasta punzantes críticas al poder judicial; Manuel Vitaliano, judío reiterante de la loquería entre 1840 y al menos 1854; David Nuque, joven francés injustificadamente internado por las autoridades policiales en 1850; en iguales términos padeció A. D’Allemond, quien estuvo por 22 meses internado hasta su liberación en 1853⁸⁴; también resulta interesante la respuesta ofrecida por un loco anónimo a un remitente de *El Comercio* en 1859, quien, con corona de cartón, se creía del rey del Perú y tenía todo un proyecto de gobierno. Algunos también fueron retratados en acuarelas de Pancho Fierro o formaron parte de narraciones de Ricardo Palma⁸⁵, lo que indica que formaban parte de la cotidianidad de la capital limeña (Figuras N° 1, 2, 3 y 5).

⁸² “Proyecto de nuevas loquerías”. *El Comercio*, Lima, año 15, nro. 4244, 21 de setiembre de 1853, pp. [2-3].

⁸³ Los testimonios ubicados durante nuestra investigación son de varones, lo cual se debe, en parte, a la escasa presencia de mujeres en la prensa durante estos años o a su participación bajo la presencia de pseudónimos, lo que dificulta su rastreo. Queda pendiente ofrecerles voz propia.

⁸⁴ Ver por ejemplo: “Atención”, por A. D’Allemond. *El Comercio*, Lima, año 15, nro. 4302, 29 de noviembre de 1853, p. [4].

⁸⁵ Por ejemplo, Ricardo Palma mencionó al “loco Cogoy”, a quien conoció personalmente y tuvo presencia en Lima hasta alrededor de 1865 (Figura N° 2). Palma señaló que Cogoy había sido un acaudalado comerciante que en su vejez se volvió un “loco manso”. Cogoy tenía la peculiar costumbre de andar sin sombrero, afirmando que sostenía al Espíritu Santo sobre su cabeza, aunque aseguraba que solo él podía verlo. “Ropa apolillada”, por Ricardo Palma. *El Perú Ilustrado*, Lima, año 4, nro. 165, 14 de junio de 1890, p. 205.



Figura N° 1. El loco Guillén en una acuarela de Pancho Fierro (1870). Fuente: *Cultura Peruana*, Lima, año 5, nro. 23, diciembre de 1945, s.p.



Figura N° 2. El loco Cogoy en una acuarela de Pancho Fierro (s.f.). Fuente: *Cultura Peruana*, Lima, año 5, nro. 23, diciembre de 1945, s.p.



Figura N° 3. El loco Becerra en una acuarela de Pancho Fierro (s.f.). Fuente: *Cultura Peruana*, Lima, año 5, nro. 23, diciembre de 1945, s.p.

Entre los tres testimonios que analizaremos a continuación, podemos observar algunas características del internamiento de la locura hacia antes de 1859. Primero, destaca una notable falta de importancia otorgada a los diagnósticos y certificados médicos para el internamiento de los individuos considerados “locos”, tanto por parte de las autoridades —policía— como de las instituciones médicas —Hospital de San Andrés—. Este fenómeno es evidente en casos como el de Saldamando, quien tuvo que solicitar repetidamente ser revisado por médicos del Colegio de San Fernando para demostrar su cordura en un contexto de búsqueda de honor y credibilidad. Similarmente, Nuque dependió de la solidaridad de dos médicos externos para obtener un certificado médico. Esta situación subraya la fragilidad de la libertad individual ante la mera consideración de “locura”, mostrando cómo las deficiencias en los procedimientos médicos y legales permitían el internamiento arbitrario y prolongado de personas sin un diagnóstico fundamentado.

Los testimonios de los internados también se infiltraron en la discusión política de la joven república peruana. En el contexto de debates sobre la libertad de imprenta y de opinión pública, la locura se empleó como metáfora de situaciones caóticas e irracionales, en donde el sujeto considerado “racional” descalificaba argumentos contrarios del sujeto considerado “loco”. Pero también desde las celdas de la loquería de San Andrés surgieron diversos discursos y agendas políticas, reaccionando ante el contexto de la época, como elecciones o decisiones políticas criticables. Ambas situaciones se observan en el caso de Marcelino Saldamando, cuya situación fue ampliamente cubierta por la prensa local,

donde la recomendación jocosa de encierro en la loquería de San Andrés se utilizaba para deslegitimar sus críticas a las autoridades. De esta manera, la metáfora del internamiento en una institución para locos se convirtió en una herramienta retórica para desacreditar y minimizar las opiniones contrarias en el espacio público. Pero también Saldamando movilizó una agenda política crítica al poder, con testimonios que aseguran que impulsó una “revolución política” desde San Andrés con apoyo de los locos, además de un “programa político” para postular a la presidencia.

Finalmente, la violencia excesiva a la que fueron expuestos los pacientes es otro aspecto destacado, complementando las descripciones de médicos y autoridades políticas descritas en el presente capítulo. Casos como el de Vitaliano, que durmió junto a muertos y contempló el suicidio, y el de Nuque, que fue encadenado y expuesto públicamente, ilustran las condiciones inhumanas y denigrantes del tratamiento de los internados. Estas experiencias reflejan un sistema que no solo fallaba en proporcionar cuidado adecuado, sino que además atentaba contra el honor y la dignidad de los individuos, sometiéndolos a humillaciones públicas y trato brutal. Esta situación era una herencia del tratamiento colonial de la locura, basado en la represión física y las condiciones de vida extremadamente precarias.

3.1. Encierro y violencia en el caso de Manuel Vitaliano

Manuel Vitaliano fue un paciente recurrente de la loquería de San Andrés a mediados del siglo XIX⁸⁶. Su primer internamiento fue ordenado de la prefectura en setiembre de 1840, “por haberme puesto el sombrero y encendido un cigarro en la Iglesia de la Merced”⁸⁷. A partir de lo experimentado, en mayo de 1852 remitió a *El Comercio* unas memorias bajo el título de “Pues sí señor”. Estos testimonios de primera mano revelan la brutalidad y deshumanización que caracterizaron a las loquerías limeñas de mediados del siglo XIX, destacando la violencia física y psicológica ejercida sobre la locura, no solo por los cuidadores, sino también por la sociedad de la época. Es altamente probable que su testimonio haya sido uno de los motores que impulsó la organización del concurso público de 1852, analizado previamente.

En su relato describió la violencia que experimentó a manos de los barchilones, individuos no especializados que desempeñaban el rol de enfermeros y se encargaban de llevar a cabo los baños de chaqueta en los pacientes con trastornos mentales:

Me metieron de improviso dos barchilones, me estropearon hasta haberme dado una patada en el carrillo derecho de la cara, [...] me pusieron una camiseta de baño, me amarraron de pies y manos, me llevaron a la pila, y me preguntaban á cada zambullido de casi hacerme ahogar ¿qué es U. judío o cristiano? Otro decía [¿]viva Santa Cruz?⁸⁸

Vitaliano, al practicar la religión judía, fue objeto de acoso por parte de los barchilones, quienes lo presionaron para que abandonara su fe y prestara juramento frente a la cruz. Esto pone de manifiesto la persistente influencia religiosa en el entorno de la

⁸⁶ Portal (1932, p. 163), en su narración sobre los “casos relativos a locos furiosos”, señaló la existencia de “un tal Vitaliano”, quien había sido guitarrista en las jaranas de la aristocracia limeña; sin embargo, como se deducirá, no se trata de la misma persona.

⁸⁷ *El Comercio*, Lima, año 14, nro. 3853, 22 de mayo de 1852, p. 4.

⁸⁸ *El Comercio*, Lima, año 14, nro. 3844, 11 de mayo de 1852, p. 4.

loquería. Más tarde, el paciente concluyó que el baño de camiseta no se utilizó como parte del “tratamiento”, sino como castigo por el uso del sombrero y cigarro ya señalado. Incluso, uno de los barchilones llegó a decirle “agua para tanto fuego”⁸⁹.

Prosiguiendo con su testimonio, señaló que permaneció un prolongado tiempo encadenado, insistiendo en su cordura, aunque sin lograr convencer a los barchilones:

Me sacaron de la pila los dos barchilones, me envolvieron en una sábana blanca y me puso el loquero una silla negra para que me sentase: no quise sentarme en ella, y me llevaron al escaño inmediato al cuarto que yo ocupaba, me pusieron una esposa en el pie derecho con una cadena de gruesos eslabones [...] Más de mes y medio estuve con la cadena, y les hacía ver que estaba cuerdo⁹⁰.

En febrero de 1841 fue puesto en libertad; sin embargo, en junio fue remitido nuevamente a la loquería, a pesar de que “a ninguno ofendía, ni di al más pequeño motivo”. Fue trasladado amarrado de las muñecas, “como al más insigne criminal”, siendo posteriormente engrilletado, insultado, amenazado y maltratado como en anteriores ocasiones, adicionando a ello la mala alimentación que recibió⁹¹. Por ejemplo:

Un día tomó un negro la caserola [sic] de un loco llena de comida, me la aventó y me dio en el costado izquierdo: parecía como pagado para irme a insultar. Otro por el mismo tenor me dio de cañazos, sin más que antojársele⁹².

Cansado del maltrato diario al que era sometido, Vitaliano logró hacerse de un cuchillo para defenderse. Aunque lo ocultó bajo la almohada, fue decomisado por sus hostilizadores. Para castigarlo, fue amarrado a un escaño y expuesto al frío, en donde debía permanecer por cuatro horas, aunque logró ser auxiliado por otro paciente⁹³. Su testimonio también denunció que intentaron envenenarlo en varias ocasiones. En una ocasión, el sufrimiento e incomodidad que sintió Vitaliano lo llevó a trasladarse a escondidas a los cuartos “de los muertos” —posiblemente refiriéndose a la morgue o una sección dedicada a los cadáveres del Hospital de San Andrés—, a quienes consideraba “mis verdaderos amigos, mis únicos compañeros”⁹⁴.

Según un reporte de mediados de noviembre de 1854, Vitaliano irrumpió en el Palacio Arzobispal durante la noche en un estado de “exaltación debido a la enfermedad que padecía”, llevando consigo un estoque, lo que generó temor entre los presentes. Tras la intervención de la policía, fue detenido y remitido, nuevamente, a la loquería de San Andrés, “donde en como otras ocasiones permanecía”⁹⁵. Luego de esto, su caso se perdió entre las páginas de *El Comercio*, donde otrora publicó sus testimonios.

⁸⁹ *El Comercio*, Lima, año 14, nro. 3844, 11 de mayo de 1852, p. 4.

⁹⁰ *El Comercio*, Lima, año 14, nro. 3844, 11 de mayo de 1852, p. 4.

⁹¹ *El Comercio*, Lima, año 14, nro. 3850, 18 de mayo de 1852, p. 4.

⁹² *El Comercio*, Lima, año 14, nro. 3850, 18 de mayo de 1852, p. 4.

⁹³ *El Comercio*, Lima, año 14, nro. 3850, 18 de mayo de 1852, p. 4.

⁹⁴ *El Comercio*, Lima, año 14, nro. 3853, 22 de mayo de 1852, p. 4.

⁹⁵ *El Comercio*, Lima, año 16, nro. 4595, 24 de noviembre de 1854, p. 4.

3.2. El “loco” Marcelino Saldamando: locura, política y la libertad de imprenta

Marcelino Saldamando —en algunos escritos, Saldomando— (Cántabro, 2 de junio de 1792-Lima, 29 de julio de 1856)⁹⁶ fue un militar español partícipe de la guerra de independencia en el bando patriota, abuelo del historiador Enrique Torres Saldamando (Guerrero, 2018, p. 84) (Figura N° 5). Fue dirigido en 1827 a la cárcel de Guadalupe a raíz de la publicación de una carta de su autoría en *Mercurio Peruano*⁹⁷. En este, amparándose en la libertad de imprenta recientemente reglamentada por Andrés de Santa Cruz⁹⁸, criticó punzantemente las decisiones del juez José Alcántara Correa, quien había juzgado en contra de Saldamando respecto a una cantidad de pesos depositados judicialmente. Durante su encierro, las autoridades consideraron que Saldamando había “caído en insania”, por lo que fue trasladado a la loquería de San Andrés, aunque también sospechaban que podría tratarse de un engaño para evadir la justicia⁹⁹. Al respecto, el procurador Juan de Dios Rivera señaló:

Puede ser por ventura cierta la locura, y que esta se ántepusiese á la edición del impreso, porque solo un loco es capaz de un tamaño atentado, como el de insultar á un tribunal que en la clase de autoridad constituida, es acreedor al respeto de cualquier individuo¹⁰⁰.

La opinión pública no tardó en reaccionar al atropello. Bajo el pseudónimo de “El patriota”, un anónimo denunció las crudas condiciones en que padecía “el patriota Saldomando [sic]” en la loquería, quien se encontraba tirado sobre una tarima, vestido con solo la camisa y encadenado con grilletes (Figura N° 4). Señaló que el convicto se hallaba en uso de la razón, y que su presencia en la loquería era resultado de injusticias, políticos antipatriotas y venganza¹⁰¹. A esto se sumó la denuncia presentada por Saldamando contra el juez Aventura de Aranzaenz por “haber infringido la ley de libertad de imprenta” y haber “cometido el atentado de ponerlo en carcelería”¹⁰². Asimismo, la publicación de un folleto acentuó la difusión del caso (Saldamando, 1827). Finalmente, después de nueve meses en la loquería, se ordenó su liberación en junio de 1828¹⁰³.

⁹⁶ “Mi programa”, por Marcelino Saldamando. *El Comercio*, Lima, año 12, nro. 3382, 17 de octubre de 1850, p. [4]; “Defunciones”. *El Comercio*, Lima, año 16, nro. 5097, 29 de julio de 1856, p. [3].

⁹⁷ Carta de Marcelino Saldamando. *Mercurio Peruano*, Lima, nro. 61, 13 de octubre de 1827, pp. [3-4].

⁹⁸ “Reglamento provisional de libertad de Imprenta”. *Registro Oficial de la República Peruana*, Lima, tomo 1, nro. 23, 31 de diciembre de 1826, p. 1.

⁹⁹ Carta de Juan de Dios Rivera. *Mercurio Peruano*, Lima, nro. 75, 30 de octubre de 1827, p. [4].

¹⁰⁰ Carta de Juan de Dios Rivera. *Mercurio Peruano*, Lima, nro. 75, 30 de octubre de 1827, p. [4].

¹⁰¹ Carta de *El Patriota*. *Mercurio Peruano*, Lima, nro. 81, 7 de noviembre de 1827, p. [3].

¹⁰² “Congreso. Sesión del día 25 de enero”. *Mercurio Peruano*, Lima, nro. 147, 28 de enero de 1828, p. [1].

¹⁰³ “Congreso. Sesión del 28 de mayo de 1828”. *Mercurio Peruano*, Lima, nro. 253, 13 de junio de 1828, p. [2].



Figura N° 4. Representación de Saldamando en la loquería de San Andrés, “con grillos, grillete y cadena”. Posiblemente, la representación gráfica más antigua de un engrilletado de la loquería. Fuente: Saldamando, 1827.

Saldamando no tardó en publicar diversos testimonios y afiladas denuncias en *Mercurio Peruano*. Estos ofrecen detalles de su encierro en Guadalupe y San Andrés, lo cual calificó como un “horror”¹⁰⁴. Por otro lado, su traslado a la loquería, a la luz de los ojos del público, también representó un mensaje político: “lo que puede hacer el poder judicial” con la oposición, especialmente “cuando se consigna á ignorantes y canallas”¹⁰⁵. Sus numerosas cartas publicadas entre 1828 y al menos 1831 criticaron al poder judicial y su falta de “patriotismo” en un contexto de construcción de la República peruana y búsqueda de garantías¹⁰⁶. Uno de los objetivos críticos de Saldamando, fue, por ejemplo, el vocal Mariano Santos Quirós, quien solicitó a los medios de prensa se abstengan de recibir y publicar cartas de Saldamando por sus contenidos calumniadores¹⁰⁷, lo cual no fue aceptado por el *Mercurio Peruano* y la Imprenta de J. Masías, convencidos de la libertad de imprenta en un país libre¹⁰⁸. Incluso, Saldamando publicó un “proyecto de ley á beneficio de la humanidad” para la reforma del poder judicial¹⁰⁹. En otros casos, su crítica fue adoptada por simpatizantes, como un anónimo

¹⁰⁴ Carta de Marcelino Saldamando. *Mercurio Peruano*, Lima, nro. 345, 7 de octubre de 1828, p. [3].

¹⁰⁵ “Cuenta de Marcelino Saldamando, que forma al juez de derecho D. Buenaventura Aranzaenz, de los daños y perjuicios que con infracciones de Leyes le infirió en la causa de un impreso denunciado”, por Marcelino Saldamando. *Mercurio Peruano*, Lima, nro. 299, 9 de agosto de 1828, p. [4].

¹⁰⁶ “Calumnia”, por Marcelino Saldamando. *Mercurio Peruano*, Lima, nro. 326, sábado 13 de setiembre de 1828, pp. [3-4]; “Trompetazo y juicio público”, por Marcelino Saldamando. *Mercurio Peruano*, nro. 424, miércoles 14 de enero de 1829, pp. [3-4].

¹⁰⁷ Carta de Mariano Santos de Quirós. *Mercurio Peruano*, Lima, nro. 425, 15 de enero de 1829, p. [4].

¹⁰⁸ Carta de José Masías. *Mercurio Peruano*, Lima, nro. 426, 16 de enero de 1829, p. [4].

¹⁰⁹ “Proyecto”, por Marcelino Saldamando. *Mercurio Peruano*, Lima, nro. 1201, 17 de setiembre de 1831, pp. [3-4].

que firmaba bajo el nombre de “Pólvora y bala de Saldamando”¹¹⁰. Esto marcó un debate en la opinión pública de la época respecto de los alcances de la libertad de imprenta, en donde la locura —o supuesta “locura”— aparecía en los discursos políticos como justificación para la censura y a su vez causa de una inmoralidad que “ensucia la prensa”¹¹¹.

En 1839, Saldamando fue nuevamente apresado¹¹². Reapareció en la prensa en 1843 luego de una larga ausencia, suplicando la resolución de su expediente criminal para poder viajar a Chile¹¹³. Asimismo, informó que se encontraba, nuevamente, en la loquería¹¹⁴. Desde ese entonces, Saldamando comenzó a formar parte de la lectura de los suscriptores de *El Comercio*, al menos hasta 1855. Firmó algunas de sus cartas desde San Andrés, aunque no siempre permanecía ahí, pues se le permitía salir del recinto¹¹⁵ (Figura N° 5).



Figura N° 5. Saldamando por las calles en una acuarela de Pancho Fierro (ca. 1855).

Fuente: *Cultura Peruana*, Lima, año 5, nro. 23, diciembre de 1945, s.p.

¹¹⁰ “A los representantes de la Nación Peruana”, por Pólvora y bala de Saldamando. *Mercurio Peruano*, Lima, nro. 1533, 6 de noviembre de 1832, pp. [3-4].

¹¹¹ “Lamento de un peruano”, por *Un peruano*. *Mercurio Peruano*, Lima, nro. 986, jueves 16 de diciembre de 1830, p. [3].

¹¹² “Intendencia de Policía de Lima. Ocurrencias”. *El Comercio*, Lima, tomo 1, nro. 12, 18 de mayo de 1839, p. [1].

¹¹³ Carta de Marcelino Saldamando. *El Comercio*, Lima, año 5, nro. 1253, 16 de agosto de 1843, p. 5.

¹¹⁴ Carta de Marcelino Saldamando. *El Comercio*, Lima, año 5, nro. 1261, 25 de agosto de 1843, pp. 4-5. De hecho, Saldamando señaló haber estado 14 veces en la loquería. “Astrea pesará el trigo”, por Marcelino Saldamando. *El Comercio*, Lima, año 12, nro. 3393, 29 de octubre de 1850, p. [4].

¹¹⁵ Ricardo Palma anotó, en una acuarela de Pancho Fierro dedicada a este “loco manso”, que Saldamando no siempre estaba en la loquería sino en su casa al cuidado de su familia (Pinacoteca Municipalidad Ignacio Merino, 2007, p. 358); por su parte, Justo P. Espinoza señaló que “gozaba del privilegio de salir todos los días por la mañana, con la condición expresa de recogerse á las 7 de la noche”. “Un loco revolucionario”, por Justo P. Espinoza. *Lima Ilustrado*, Lima, año 1, nro. 3, 8 de noviembre de 1899, pp. 39-41.

Tanto Ricardo Palma (Pinacoteca Municipalidad Ignacio Merino, 2007, p. 358) como Justo P. Espinoza¹¹⁶, así como algunas fuentes de las décadas de 1840 y 1850, rescataron una actitud de Saldamando que terminó por concretar su calificativo de “loco” por parte de la sociedad peruana: su interés por proclamarse presidente de la República. Por ejemplo, un testimonio de 1848 informó que Saldamando había tomado un ejemplar impreso del presupuesto de la República, lo redujo a un estado “que la decencia no nos permite expresar” —posiblemente lo destruyó— y se lo llevó así a una autoridad “para significarle á su modo, el destino que merecía una ley que no se cumple”; luego, montó a caballo y atravesó las calles anunciando que “había sonado la hora de la revolución”¹¹⁷. Luego de tal escena, fue capturado, juzgado y sentenciado a la loquería de San Andrés.

Palma y Espinoza anotaron que, en algún momento de la década de 1840, Saldamando incitó una sublevación en la loquería de San Andrés. El objetivo era tomar el poder y derrocar al gobernante de turno, al que consideraba arbitrario. Contó con el apoyo de los locos de la loquería, a quienes armó con cañas. Incluso, eligió a los más adecuados para componer sus ministerios. Una supuesta proclama repartida por Saldamando entre sus compañeros fue adjuntada por Espinoza:

Hace muchos años que estais soportando con una paciencia estóica é inesplicable, la más cruel de las tiranías cual es la pérdida de la libertad; sufriendo además toda clase de vejámenes y humillaciones que están en oposición con la dignidad del hombre.

Se os tiene aquí encerrados, alegando que sois locos sin considerar, que más locos son los que os dan este calificativo.

No hay afrenta por la cual no hayais pasado; mal comidos, peor vestidos, baños fríos en lo más crudo del invierno, el látigo constantemente sobre vuestras espaldas, cual si fuerais negros esclavos. En una palabra, se os ha tratado peor que á fieras.

Ha llegado pues el momento de reconquista mediante vuestro valor aquella deliciosa libertad que Dios ha conferido á todo ser racional, y de la que los hombres en sus locos desvaríos os han privado. [...] ¹¹⁸.

Aunque aún no hemos logrado corroborar la existencia de la proclama, el mensaje desarrollado guarda sintonía con lo que Saldamando señalaba en diversas cartas remitidas al *Mercurio Peruano* y *El Comercio*¹¹⁹. Su contenido ofrece oportunidades de análisis

¹¹⁶ “Un loco revolucionario”, por Justo P. Espinoza. *Lima Ilustrado*, Lima, año 1, nro. 3, 8 de noviembre de 1899, pp. 39-41.

¹¹⁷ Posiblemente al presidente de la República, pues se señala que el destinatario fue “S.E”. —Su Excelencia—. “Saldamando preso”, por W. *El Comercio*, Lima, año 10, nro. 2758, 8 de setiembre de 1848, p. [4].

¹¹⁸ “Un loco revolucionario”, por Justo P. Espinoza. *Lima Ilustrado*, Lima, año 1, nro. 3, 8 de noviembre de 1899, p. 40.

¹¹⁹ Es importante señalar que el testimonio de Espinoza data de 1899, es decir, décadas después del acontecimiento. Esto conlleva a diversos problemas metodológicos, principalmente sobre la veracidad de la fuente. Por ejemplo, combina algunas informaciones: señala que Saldamando convenció en su causa a “ciento y tantos locos”; sin embargo, en la loquería de San Andrés existieron alrededor de 50 internos — más bien, dicho dato podría corresponder al Hospicio de Insanos, inaugurado en 1859, cuyos internos sí superaban el ciento—. A favor del relato de Espinoza se encuentra los datos adicionales que ofrece, como los antecedentes de Saldamando: señala que “La pérdida de un valioso pleito dió por resultado su total ruina”, así como su énfasis crítico en el poder judicial. “Un loco revolucionario”, por Justo P. Espinoza. *Lima Ilustrado*, Lima, año 1, nro. 3, 8 de noviembre de 1899, pp. 39-40.

respecto a la política de su tiempo y las condiciones de encierro, desde la perspectiva de un interno de la loquería.

Respecto a la política, la proclama destacó la ironía en la condición de los internados: “más locos son los que os dan este calificativo”. Cuestiona la autoridad y la racionalidad de quienes imponen la etiqueta de locura, sugiriendo que la verdadera irracionalidad reside en aquellos que ejercen el poder arbitrariamente. La metáfora de la locura se convierte aquí en una herramienta crítica, utilizada para desafiar la legitimidad de la autoridad política. Asimismo, el llamado a la acción convierte a los internos en agentes activos de su propia liberación. Aquí, la locura no es solo una condición impuesta sino también una justificación de la opresión. La proclama transforma a los internados de víctimas pasivas en protagonistas de una disputa por la libertad y la dignidad, elevando su condición a la de “mártires” y “héroes” en una narrativa de resistencia.

Por otro lado, la proclama detalla las condiciones violentas y degradantes que padecían los internos de la loquería de San Andrés para ese entonces: “[...] mal comidos, peor vestidos, baños fríos en lo más crudo del invierno, el látigo constantemente sobre vuestras espaldas, cual si fuerais negros esclavos [...] se os ha tratado peor que á fieras”. Este pasaje no solo evidencia la brutalidad física y mental, sino que también establece una analogía entre los pacientes y los esclavos, subrayando la completa deshumanización de los internados. La referencia a ser tratados “peor que á fieras” intensifica la imagen de la violencia y la pérdida de dignidad humana.

El acontecimiento estuvo presente en el imaginario de algunos remitentes de *El Comercio*. En 1849 un anónimo anunciaba “ver á Saldamando, multiplicado por mil”, refiriéndose a los constantes anuncios de revolución y revolucionarios en la sociedad peruana¹²⁰. Al año siguiente, un poema rescataba el acontecimiento entre sus versos: “Se proclama Presidente / En San Andrés Saldamando”¹²¹.

Saldamando intentó postularse a la presidencia, en miras a la campaña electoral de 1851; sin embargo, su condición de español de y loco jugaron en contra de su tentativa. Anunció su interés en los siguientes términos:

Sin pedir, ni desear, ni exigir [sic] nada me prometo a dar un programa al juicio de la Nación y del mundo social, que sin este requisito, no renunciaré a la condición de preso de una loquería; ni soy peruano de nacimiento ni quiero ser amnistiado por respeto a la vindicta, amor al orden, y al rigor de las leyes¹²².

Para demostrar que estaba cuerdo, solicitó a los médicos del Colegio de San Fernando para que efectuasen “el juicio de mis sentidos”¹²³, sin obtener respuesta. Argumentó que dicha evaluación no solo sería importante para la restitución de su honor, sino también porque la categorización de loco lo había sustraído de sus “derechos

¹²⁰ Nota anónima. *El Comercio*, Lima, año 11, nro. 2897, 27 de febrero de 1849, p. [3].

¹²¹ Poema anónimo. *El Comercio*, Lima, año 12, nro. 3382, 17 de octubre de 1850, p. [1].

¹²² “Comunicado, civil y político”, por Marcelino Saldamando. *El Comercio*, Lima, año 11, nro. 3064, 20 de setiembre de 1849, p. [1].

¹²³ Carta de Marcelino Saldamando. *El Comercio*, Lima, año 11, nro. 3046, 29 de agosto 1849, p. [3].

sociales, políticos, naturales”¹²⁴. Sobre su nacionalidad, aunque español, argumentó en favor de su peruanidad: “madre Península, hijo Peruano”¹²⁵. Asimismo, su peruanidad quedaba demostrada, según Saldamando, porque “juré la Independencia en Huaura”¹²⁶.

El programa político de Saldamando, publicado en *El Comercio*, ofrece una crítica al poder judicial, al igual que sus cartas de 1827 a 1831. Parte por reconocer que la nación peruana se encontraba en “escombros, prostituida la moral y envilecida la justicia”, por lo que se necesitaba una “transformación política”. Para ello, proponía la eliminación de todos los ministerios y la constitución de un ministerio general, compuesto por cuatro consejeros vitalicios, los cuales sustentarían su cargo sobre la soberanía popular. Este consejo tendría como máxima hacer “sentir el rigor de la prensa libre, libre, libre, con la garantía de justicia”¹²⁷. Para ejemplificar su crítica al poder judicial, narró los atropellos que sufrió en carne propia, cuando en diversas oportunidades fue dirigido violentamente a la loquería por la policía y la crueldad con la que fue tratado dentro: “hambre, sed, desnudez, mendicidad, en una Loquería”¹²⁸. Por ello, Saldamando abogaba por la eliminación de instituciones con prácticas represivas: “Mis votos decisivos: Desaparecer hospitales, cárceles y presidios que afrontan a la moral, esperanza y [...] caridad cristiana”¹²⁹.

La reiterada presencia escrita de Saldamando en *El Comercio* formó nuevamente parte de los debates entorno a la libertad de imprenta. Evaristo Gómez Sánchez, abogado y político limeño, defendió un proyecto de ley de libertad de imprenta en 1851, en el cual se limitaba la publicación de la opinión pública a las personas que “sean personas hábiles para *responder* en juicio”. Para el caso de los locos, por ejemplo, darles libertad de prensa significaría darles la oportunidad de “dañar a sus semejantes”, y al no tener entendimiento sobre sí mismo, no podrían hacer frente a la ley ante sus acciones¹³⁰.

¹²⁴ “Saldamando en campaña”, por Marcelino Saldamando. *El Comercio*, Lima, año 12, nro. 3414, 23 de noviembre de 1850, p. [4].

¹²⁵ “Primera salutación”, por Marcelino Saldamando. *El Comercio*, Lima, año 12, nro. 3295, 8 de julio de 1850, p. [4].

¹²⁶ “Saldamando en campaña”, por Marcelino Saldamando. *El Comercio*, Lima, año 12, nro. 3414, 23 de noviembre de 1850, p. [4].

¹²⁷ “Mi programa”, por Marcelino Saldamando. *El Comercio*, Lima, año 12, nro. 3382, 17 de octubre de 1850, p. [4].

¹²⁸ “Saldamando en campaña”, por Marcelino Saldamando. *El Comercio*, Lima, año 12, nro. 3404, 12 de noviembre de 1850, p. [4].

¹²⁹ “Primera salutación”, por Marcelino Saldamando. *El Comercio*, Lima, año 12, nro. 3295, 8 de julio de 1850, p. [4].

¹³⁰ “Libertad de imprenta: Proyecto de reforma de la ley de 12 de noviembre de 1823”, por Evaristo Gómez Sánchez. *El Comercio*, Lima, año 14, nro. 3742, 4 de enero de 1852, p. [4]. Aunque con sus particularidades, podríamos considerar el caso del “rey de Araucanía” en Chile como un episodio similar al de Saldamando en Lima, en tanto ambos ilustran cómo la figura del “loco” podía adquirir una dimensión política que desafiaba las fronteras entre locura y subversión. En el caso chileno, analizado por Ignacio Álvarez (2006), un sujeto francés que se hacía llamar Orélie Antoine de Tounens —autoproclamado monarca de la Araucanía— fue internado en la Casa de Orates de Santiago tras declararse soberano en territorio mapuche. Álvarez muestra cómo la prensa, el sistema judicial, los médicos y el propio Estado articularon discursos para desactivar las posibles implicancias políticas del caso, desestimándolo por vía de la medicalización de la locura. Lejos de tratarse de un simple delirio individual, el caso revela los límites del poder estatal y la forma en que la locura fue utilizada como categoría para neutralizar discursos incómodos o desestabilizadores.

3.3. Internamiento injustificado y opinión pública alrededor del caso de David Nuque

En la noche del 15 de mayo de 1850, los inquilinos del Hotel Americano presenciaron un injustificado atentado contra la libertad de David Nuque, quien se encontraba en sociedad con algunos conocidos. Este joven francés, sobrino de un reconocido platero de la ciudad, se encontraba reunido con algunos conocidos cuando fue arrestado violentamente por la policía, sin explicación alguna. Fue trasladado públicamente como un delincuente ante la mirada de los transeúntes. Fue catalogado como loco y encerrado en la loquería de San Andrés¹³¹. Según el testimonio del propio Nuque:

[...] fui aprendido repentinamente por la policía sin darme siquiera lugar á responder, y conducido como un criminal por las calles más públicas de la ciudad: poco tiempo después me hallaba como por encanto arrastrando una cadena en San Andrés, confundido entre una muchedumbre de locos que me examinaban; y obligado a practicar por fuerza el método estricto de curar la locura¹³².

Cartas remitidas a *El Comercio* denunciaron que ni los familiares de Nuque ni el consulado francés no habían practicado la menor diligencia al respecto, siendo “algunos ciudadanos franceses” y amigos los responsables de informar y abogar por el joven. Este fue el caso de Alejandro Cochet, quien tuvo contacto con Nuque en la loquería. Señaló que se encontraba “cargado de enormes cadenas en medio de los locos”, a pesar de que se encontraba totalmente cuerdo; incluso, reafirmó ello al entrevistar a los empleados de la loquería sobre el estado de Nuque, quienes no venían en el joven rasgo de locura. Cochet señaló que el internamiento se efectuó “sin constancia ni certificado de médicos”, y los médicos de San Andrés, al recibirlo, debieron de haberse certificado de su situación mental, sea en una, dos o tres semanas “según el sistema de los lunares”¹³³ para que no existan dudas. Cochet solicitó una orden a la intendencia de la policía para efectuar las evaluaciones médicas pertinentes, aunque no logró efectuarlas por falta de dinero¹³⁴.

Los pensamientos de Nuque durante su encierro rondaron entre comprender la razón de su estadía o caer en el desconsuelo. Se esperaba en que todo fuese una equivocación o alguna venganza personal, aunque no tenía en mente a algún posible enemigo¹³⁵. En un acto de solidaridad, los doctores Concha y Sánchez evaluaron el estado de Nuque, concluyendo que se hallaba “en entero juicio”¹³⁶, emitiendo los certificados correspondientes para su liberación. Junto con el apoyo de sus conciudadanos y amigos, finalmente, logró la libertad de mano del intendente, quien señaló que la policía había sido engañada y sorprendida.

El caso del joven francés David Nuque en 1850 revela varios aspectos sobre la locura y la loquería limeña de mediados del siglo XIX. Primero, pone de manifiesto la poca importancia dada al certificado médico por la policía y el Hospital de San Andrés.

¹³¹ “Una escena dramática”, por *Unos amigos del orden*. *El Comercio*, Lima, año 12, nro. 3261, 25 de mayo de 1850, p. [1].

¹³² Carta de David Nuque. *El Comercio*, Lima, año 12, nro. 3270, 6 de junio de 1850, p. [4].

¹³³ Refiriéndose a la creencia de la época en donde las fases de la luna tenían un efecto intermitente en la locura.

¹³⁴ Carta de Alejandro Cochet. *El Comercio*, Lima, año, nro. 12, 3267, 3 de junio de 1850, p. [4].

¹³⁵ Carta de David Nuque. *El Comercio*, Lima, año 12, nro. 3270, 6 de junio de 1850, p. [4].

¹³⁶ Carta de *Unos amigos de la justicia*. *El Comercio*, Lima, año 12, nro. 3266, 1 de junio de 1850, p. [3].

Nuque fue detenido violentamente sin evaluación médica, poniendo en riesgo su libertad y honor. Este proceder demostró que cualquiera podía ser arbitrariamente privado de su libertad sin debido proceso ni pruebas, tal como denunció en diversas ocasiones Marcelino de Saldamando. Segundo, expone la vulnerabilidad de los individuos frente a los abusos de poder. Nuque fue tratado como criminal y encadenado en la loquería entre verdaderos pacientes mentales, lo que revela un desprecio por el tratamiento humanitario exigido por la opinión pública de la época y una alarmante indiferencia hacia la libertad de las personas. Tercero, resalta la importancia de la presión ejercida por la prensa y la comunidad francesa. Las cartas insertas en *El Comercio* y la intervención de ciudadanos franceses y el círculo de Nuque fueron cruciales para visibilizar el caso y generar la presión necesaria para su liberación. Esto subraya la relevancia de la prensa como vocero de la opinión pública y su papel en la sensibilización sobre temas como la locura y la libertad. Estos tres puntos se resumieron claramente en un remitido publicado en la prensa alrededor de caso de Nuque: “sabed que vivimos en un país libre en donde á pesar de vuestra desatención y menosprecio todavía le queda un refugio [sic] á la desgracia, por el eco de la prensa: nuestras quejas se harán sentir hasta en el seno de Francia, y entonces verémos si queda entronizada la sinrazón del poderoso contra las justas súplicas del desválido”¹³⁷.

Cabe señalar que las denuncias de abuso policial y de internamiento violento en la loquería continuaron. Un artículo de 1850 denunció que un joven inglés “fue víctima del mal tratamiento de los agentes [sic] de policía y de la casa de locos cuyo procedimiento le hizo rendir la vida con mayor sufrimiento que en las torturas de la Inquisición”¹³⁸. Posteriormente, en 1853 apareció en *El Comercio* el caso de otro francés, A. D’Allemond, quien testimonió que fue “los 22 meses que estuve en San Andrés no fué por enfermedad mental mía, sino que fue una detención ó prisión injusta”¹³⁹.

Aunque las críticas de los intelectuales y los testimonios de los pacientes no lograron un cambio inmediato en las condiciones de las loquerías, marcaron un punto de inflexión crucial en la búsqueda de soluciones para enfermos mentales de la capital del siglo XIX. En este contexto, el médico limeño José Casimiro Ulloa, formado en el discurso alienista francés durante su estancia en Europa en parte de la década de 1850, desempeñó un papel importante. Desde plataformas como el diario *El Comercio* y la *Gaceta Médica de Lima*, Ulloa impulsó una movilización significativa en la opinión pública a favor de reformar la atención médica de los enfermos mentales, sintetizando las críticas y testimonios previamente mencionados. Este impulso culminó en la fundación del Hospicio de Insanos en 1859. En el próximo capítulo, exploraremos en detalle sus críticas, su adopción del discurso alienista y el tratamiento moral franceses, así como la creación de esta institución pionera en la modernización de la medicina mental en el Perú.

¹³⁷ Carta de *La Verdad Desnuda*. *El Comercio*, Lima, año 12, nro. 3265, 31 de mayo de 1850, p. [3].

¹³⁸ Carta de *La Verdad Desnuda*. *El Comercio*, Lima, año 12, nro. 3265, 31 de mayo de 1850, p. [3].

¹³⁹ “Atención”, por A. D’Allemond. *El Comercio*, Lima, año 15, nro. 4302, 29 de noviembre de 1853, p. [4].

Conclusiones

1. Durante el periodo colonial en el Perú, concepción de la locura combinó dos elementos, ambos importados desde el Viejo Mundo: la medicina hipocrática y la caridad cristiana. Por un lado, la locura fue entendida como una entidad unitaria basada en la pérdida de la razón, la cual tenía diversas manifestaciones a partir de la teoría hipocrática de los humores. Por otro lado, la locura transformaba a los sujetos en inimputables con necesidad de tutela —como se demostró con los casos del Tribunal del Santo Oficio de la Inquisición de Lima— y en pobres objeto de la caridad cristiana en los hospitales coloniales.
2. El tratamiento de la locura en la Lima colonial no contó con un establecimiento especializado para dichos fines. Los principales espacios de cuidado eran la familia y las llamadas loquerías, ambientes dedicados a la reclusión de la locura en los hospitales coloniales. Estos hospitales, y por ende las loquerías, tuvieron como principales motores para su funcionamiento la caridad cristiana y la filantropía bajo la premisa del buen cristiano. Los más importantes fueron la loquería de varones españoles en el Hospital Real de San Andrés y la de mujeres españolas en el Hospital de la Caridad —trasladada hacia la década de 1840 al Hospital de Santa Ana—.
3. Las loquerías coloniales se distinguieron por su carácter asilar o custodial, más que por ofrecer un espacio orientado a la reinserción del paciente. El tratamiento de la locura al interior se caracterizó por tres elementos. Primero, partiendo de teoría hipocrática de los humores, se empleaba la farmacopea para estabilizar los fluidos del cuerpo y orientar un estado de equilibrio en el paciente. Segundo, siguiendo con la señalada teoría, se encontraban los métodos de extracción de fluidos, los cuales constaban de eméticos o vomitivos, purgantes y, el más empleado, las sangrías. Y tercero, se encontraban los métodos de represión y retención física con el empleo de cepos, amarraduras, cadenas, grilletes, cujas y grillos, lo que ofrecía condiciones de vida inhumana.
4. Al iniciar el período republicano, el Estado peruano mostró poco interés en modernizar las loquerías, manteniendo las características coloniales fundamentadas en la medicina hipocrática, la caridad cristiana y el carácter custodial de estas instituciones. No obstante, tres aspectos indican que la concepción del tratamiento de la locura en Lima comenzó a cambiar, aunque esto no se reflejó de inmediato en la práctica. Primero, las críticas de intelectuales extranjeros como el médico francés Abel Victorino Brandin y el viajero suizo Johann Jakob von Tschudi, cuyas sensibilidades, influenciadas por tendencias europeas, cuestionaban el trato inhumano de los pacientes. Segundo, la organización de concursos públicos, como los de 1832 y 1852, que promovían la participación ciudadana en labores filantrópicas a favor de los hospitales limeños y las loquerías. A diferencia del periodo colonial, donde la caridad cristiana tuvo un fin espiritual, la caridad filantrópica adicionó una motivación humanista, aunque sin dejar de lado la concepción del loco como pobre. Y tercero, el

desarrollo de una opinión pública en la prensa sobre la “cuestión de la locura”, la cual abogó por la mejora de las loquerías. Asimismo, dos procesos adicionales ofrecieron las condiciones sobre las cuales José Casimiro Ulloa debió impulsar la institucionalización de la locura en Lima en la década de 1850: por un lado, el marco institucional, con la creación de la Sociedad de Beneficencia Pública de Lima en 1834; y, por otro, el marco asistencial, con la contratación de las Hermanas de la Caridad para su importación al Perú en 1857.

5. A pesar del debate alrededor de la cuestión de la locura, persistieron actitudes estigmatizantes en la élite limeña. Entre ellas, destacó una práctica vinculada al día de San Andrés, en la que cada 30 de noviembre la loquería del mismo nombre abría sus puertas para exhibir a los internos como si fueran piezas de escaparate. Aunque los “locos” que deambulaban por las calles eran considerados inaceptables e indecentes, su reclusión tras ser reprimidos por las autoridades policiales los convertía en objetos de curiosidad y morbo para el público en la loquería. La inauguración del Hospicio de Insanos en 1859 marcó el inicio de la desaparición gradual de esta costumbre.
6. Los testimonios de las autoridades y las memorias de violencia de pacientes analizados en el presente capítulo revelan las características del internamiento de personas consideradas “locas” antes de la inauguración del Hospicio de Insanos en 1859. Primero, sobresalió la poca importancia que se otorgaba a los diagnósticos y certificados médicos en el proceso de internamiento, tanto por parte de las autoridades policiales como de las hospitalarias en el Hospital de San Andrés, lo cual evidenciaba la fragilidad de la libertad individual frente a la simple etiqueta de “locura.” Segundo, destacó la ausencia de un médico especializado designado exclusivamente para tratar a los pacientes o de un sistema curativo racional y sistematizado. Tercero, la reclusión se caracterizó por condiciones de vida inhumanas y una violencia excesiva a la que fueron sometidos los pacientes, perpetuando así los rasgos coloniales previamente señalados.
7. Finalmente, la locura también se incorporó al debate sobre la libertad de opinión y de prensa en la naciente República peruana. Aunque el calificativo de “loco” se usaba como recurso discursivo para desacreditar opiniones opuestas, desde las celdas de la loquería de San Andrés también emergieron voces y agendas políticas que lograron insertarse activamente en la esfera pública, en particular durante períodos electorales o ante decisiones políticas controvertidas.

Capítulo 2. Discurso alienista y tratamiento moral en la medicina peruana y el Hospicio de Insanos de Lima (1859-1897)

Lo que para otros pueblos más afortunados no es ya más que un recuerdo histórico, para nosotros es una realidad bien triste. Las luces del siglo diez y nueve no han podido penetrar todavía en nuestros establecimientos de locos¹⁴⁰.

Y ¿quién más desgraciado que un loco? Y siendo loco, ¿qué mayor mal se puede experimentar en nuestro país que el ser arrojado á San Andrés?¹⁴¹.

Introducción

El 5 de marzo de 1860 *El Comercio* publicó una breve crónica redactada por uno de sus corresponsales, quien había visitado el recientemente inaugurado Hospicio de Insanos de Lima¹⁴². Aunque el ingreso de personal ajeno al establecimiento estaba prohibido, el curioso corresponsal logró escabullirse so pretexto de acompañar al ingeniero estatal en la toma de medidas que necesitaba del edificio. La experiencia previa respecto a las pésimas condiciones de encierro en las antiguas loquerías, más ciertos “datos nada favorables al establecimiento” actual que llegaron a oídos del corresponsal, orientaron su expectativa hacia el desánimo. Sin embargo, grata fue la sorpresa al encontrarse con una realidad totalmente distinta, en donde “el tratamiento dulce y humanitario que se le dá á los enfermos” era la máxima:

La bárbara costumbre del látigo está completamente abolida [...] Presenciamos la visita diaria del médico. El Dr. Ulloa con la calma y suavidad propias de su carácter, investigó el estado en que cada uno de los enfermos había pasado la noche, les hacía preguntas, les dirigía palabras de esperanza y de consuelo. [...] Aseo, buena ventilación, limpieza y comodidad en las camas, buena alimentación y cuidado excesivo, tratamiento suave con los enfermos, prohibiciones absolutas de castigos corporales, baños limpios y oportunos y un temperamento salubre¹⁴³.

Esta no fue una descripción aislada. La inauguración del Hospicio a fines de 1859 fue animosamente recibida por la prensa e intelectuales como un hito en el proceso de modernización del tratamiento de la locura en Lima. Al respecto, surgen algunas preguntas en el marco de la presente investigación: ¿Cuáles fueron las características formales de la nueva propuesta implementada en el Hospicio de Insanos? ¿En qué medida se insertaron dentro del discurso alienista y el tratamiento moral europeo, importado y asimilado por José Casimiro Ulloa, médico titular del Hospicio de Insanos entre 1859 y

¹⁴⁰ “Loquerías”, por José Casimiro Ulloa. *El Comercio*, Lima, año 1, tomo 1, nro. 11, 15 de enero de 1857, p. 9.

¹⁴¹ “Hospicio de Locos”. *El Peruano*, Lima, tomo 16, nro. 28, 3 de octubre de 1846, p. 124.

¹⁴² Ubicado en la antigua Quinta Cortés del barrio del Cercado, el Hospicio de Insanos tenía su puerta principal en la calle Huaylas, actualmente conocida como avenida Sebastián Lorente. Actualmente, el local funciona como sede de los colegios I. E. P. N. P. Alipio Ponce Vásquez (av. Sebastián Lorente 769, Barrios Altos, Lima) e I. E. P. N. P. Túpac Amaru (av. Sebastián Lorente 731, Barrios Altos, Lima).

¹⁴³ “Visita a los locos”. *El Comercio*, Lima, año 22, nro. [6814], 5 de marzo de 1860, p. [2].

1891? ¿Cómo se incorporaron estas propuestas en sus dispositivos legales e informes oficiales, como sus reglamentos internos y memorias institucionales?

Este capítulo tiene como objetivo analizar cómo se integraron el discurso alienista y su propuesta del tratamiento moral durante la institucionalización formal de la locura en el Hospicio de Insanos de Lima entre 1859 y 1897. Por institucionalización formal de la locura, nos referimos al proceso de creación de estructuras organizadas por el Estado y la medicina para el diagnóstico, tratamiento y control social de las personas consideradas mentalmente enfermas, bajo dispositivos legales con normas y regulaciones específicas. Se explora la adaptación y aplicación de los discursos médicos europeos en el contexto peruano y su influencia en el manejo de la locura en un período de importantes transformaciones sociales y científicas, como fue la década de 1850, marcada por el boom guanero.

Sostengo que el auge guanero, la reforma en la enseñanza y profesión médica, y la introducción de ideas alienistas en Perú durante la década de 1850 impulsaron la modernización del tratamiento de la locura a través de su institucionalización en el Hospicio de Insanos. Estas ideas, promovidas en el país por José Casimiro Ulloa, se plasmaron tanto en la gestión de la construcción del Hospicio, como en sus dispositivos legales e informes oficiales, marcando un cambio en el enfoque y gestión de la locura en contraste con las antiguas loquerías de San Andrés y Santa Ana.

Para lograr nuestro objetivo, se plantean tres ejes de análisis. Primero, las características del discurso alienista y el tratamiento moral francés según las propuestas de Philippe Pinel y Jean-Étienne Esquirol, sus principales exponentes, entre 1793 y 1838. Se optó la variante francesa, partiendo del hecho de que fue esta la que llegó a nuestro país a partir de la lectura de José Casimiro Ulloa, quien estuvo en París en la década de 1850. Esta sección explorará cómo las ideas pioneras en el tratamiento de enfermedades mentales en Francia fueron formuladas y aplicadas en dicho país, sentando las bases para su posterior adopción en otras partes del mundo, incluido el Perú.

El segundo eje analiza las características del discurso alienista y el tratamiento moral peruano a través de la propuesta de su principal representante, el médico limeño José Casimiro Ulloa, a partir del análisis de su producción escrita aparecida entre 1856 y 1859. Ulloa jugó un papel crucial en la introducción y adaptación de las ideas alienistas en el Perú, así como en la edificación del Hospicio de Insanos, del quien fue médico titular entre 1859 y 1891. Esta sección examinará la formación, influencias y las particularidades del enfoque de Ulloa en el tratamiento de la locura, destacando su contribución a la medicina peruana.

Y el tercer eje, se analizará la inclusión del discurso alienista y del tratamiento moral en los dispositivos legales e informes oficiales del Hospicio de Insanos, es decir, los reglamentos internos de 1859 y 1897 y sus memorias institucionales. Este análisis detallará cómo el discurso alienista fue formalmente integrado en las prácticas institucionales del Hospicio y cómo estas prácticas reflejaron las tensiones y desafíos de adaptar conceptos europeos a la realidad peruana.

1. Pinel y Esquirol: Discurso alienista y el tratamiento moral en Francia (1793-1838)

Como reconoce Porter (1989, p. 32), es un error considerar que los inicios de la sistematización del encierro de la locura en Europa, registrados entre los siglos XVII y XVIII, fueran fundamentalmente obra de la “psiquiatría”, una denominación que, por lo demás, resultaría anacrónica. En primer lugar, este fenómeno fue principalmente una expresión de la política civil, impulsada por magistrados, filántropos y familiares, más que por los médicos. En segundo lugar, el desarrollo de la medicina mental fue más una consecuencia que una causa del crecimiento de los asilos para locos. En suma, fueron los asilos uno de los lugares de origen más importantes del discurso alienista.

En términos generales, definimos al alienismo como aquel campo de conocimiento que se desarrolló en los manicomios franceses desde fines del siglo XVIII ilustrado, enfocado en el estudio y tratamiento de las alienaciones o perturbaciones mentales. Porter (2008, p. 135) define al alienista como el “superintendente de un asilo”, lo que ofrece una especificidad que nos permite ir más allá del vigilante no especializado y centrarnos en la figura del médico. Sus principales representantes fueron los médicos franceses Philippe Pinel y Jean-Étienne Esquirol, quienes sintetizaron toda una tradición intelectual que venía desarrollándose durante el Siglo de las Luces.

El alienismo poseía una naturaleza híbrida entre las ciencias naturales y las humanidades. Según Berrios (2011, pp. 179-180), se esperaba que los alienistas no solo identificaran las “causas” de la locura, sino que también la “comprendieran”. Mientras que la primera expectativa fue relativamente cumplida mediante la adopción del modelo anatómico y clínico de enfermedad dominante en la medicina del siglo XIX, la segunda tarea fue mucho más difícil de alcanzar y, en última instancia, resultó fallida. En este sentido, los alienistas encontraron grandes dificultades para integrar en su marco médico las corrientes positivistas emergentes en la Europa de la época. Esta dificultad, como se analizará en breve, se reflejó en un énfasis en el comportamiento observable como base del tratamiento y una perspectiva aún influenciada por la medicina hipocrática. En este sentido, optamos por el empleo de la categoría de “discurso alienista” para definir el conjunto de prácticas y saberes desarrollados en torno a la locura que, a través de las instituciones manicomiales, clasifica, categoriza y controla a las personas consideradas “anormales” desde una perspectiva de poder y conocimiento.

Para Pinel (1804, p. 115), la terapéutica de la locura y, por ende, el oficio del alienista, era el arte de “dominar y domar, por así decirlo, al loco, sujetándole en un todo á un hombre que por sus qualidades físicas y morales tenga sobre él un dominio irresistible, y que pueda mudar la serie viciosa de sus ideas”. Foucault (2007, p. 24) detectó aquí el principio de la estricta dependencia del enfermo respecto a cierto poder para inculcar una “ortopedia moral”, la cual, desde luego, es originada y sustentada desde relaciones de poder.

El discurso alienista defendió la utilización y creación de manicomios exclusivamente destinados a los individuos alienados, apartándolos de otras condiciones como la mendicidad, el vagabundeo, la desamparación, la prostitución y la criminalidad.

Así, instituciones como el Salpêtrière y el Bicêtre en Francia se transformaron en centros de tratamiento para la alienación, marcando el surgimiento incipiente psiquiatría, la cual podemos ubicar desde la segunda mitad del siglo XIX. Esto se alineaba con la creencia arraigada, aún presente en ese momento, de que apartar al amente de la vida social era imperativo para su curación (Jacinto y Marques, 2021, p. 43).

Referencialmente, ubicamos la edad de oro del alienismo entre 1793 y 1838. Primero, en 1793, cuando Pinel asumió la dirección del Bicêtre, y segundo, en 1838, con la promulgación de la Ley de Alienados impulsada por Esquirol, que abogó por la institucionalización y protección del Estado de la locura. A partir de esta cronología, exploraremos las concepciones y tratamiento de la locura en ambos intelectuales. Por un lado, Pinel sintetizó el denominado “tratamiento moral”, el cual subrayaba la importancia del enfoque humanitario en el cuidado de los enfermos mentales y la búsqueda de rezagos de razón en ellos. Por otro lado, Esquirol desempeñó un papel crucial en la búsqueda de dispositivos legales que respaldaran la creación de manicomios, evidenciado en la Ley de 1838. Finalmente, analizaremos sus propuestas nosológicas alrededor de la locura.

1.1. Philippe Pinel y el tratamiento moral de la locura

Considerado el fundador de la psiquiatría francesa (Postel y Quérel, 2000, p. 698), Philippe Pinel nació el 20 de abril de 1745 en el seno de una familia de médicos en Jonquièrois, Francia (Figura N° 6). Luego de experiencias y vaivenes en el mundo de la medicina, así como redactor de artículos académicos y traducciones de tratados médicos, en 1789 fue sorprendido por la Revolución francesa, lo cual lo acercó, por un lado, al ideal de libertad, igualdad y fraternidad, y por otro, al mundo de las enfermedades mentales. En 1793 asumió la dirección del asilo de alienados varones de la Bicêtre y en 1795 el dedicado a mujeres en la Salpêtrière. Ambos eran una combinación de cárcel y asilo de enfermos mentales en los suburbios de París, en donde pudo poner en práctica el denominado “tratamiento moral”¹⁴⁴.

El tratamiento moral era un enfoque terapéutico que busca dominar y controlar al paciente mediante la influencia moral¹⁴⁵ y el cuidado humanitario, para restaurar el equilibrio mental a partir de los rezagos de razón que podían existir en el afectado. Las alegorías más conocidas del inicial éxito del tratamiento moral en Francia son las pinturas de Charles Louis Müller (Figura N° 7) y Tony Robert-Fleury (Figura N° 8), las cuales retratan a un Pinel liberando de sus cadenas a los alienados de los hospitales de Bicêtre y Salpêtrière, respectivamente, a fines del siglo XVIII francés. Cabe señalar que, aunque el aporte de Pinel es innegable en materia de la humanización del tratamiento de la locura, ambos acontecimientos, al menos como fueron retratados en las pinturas, son un mito (Postel y Quérel, 2000, pp. 155-156).

¹⁴⁴ Para mayores detalles de la vida y obra de Pinel, ver Postel y Quérel (2000, pp. 698-700); y Ackerknecht (1964, pp. 30-34). Asimismo, Pinel ha sido ampliamente analizado por Foucault (2007) para su propuesta del “poder psiquiátrico”.

¹⁴⁵ En 1734 el diccionario de autoridades definió “moral” como “Facultad que trata de las acciones humanas, en orden á lo lícito ú ilícito de ellas”, “Lo que pertenece á las buenas costumbres, ó á las acciones humanas, en orden á lo lícito, ú ilícito de ellas” (Real Academia Española, 1734, t. 4, p. 604).



Figura N° 6. Philip Pinel. Fuente: Corlieu (1896).

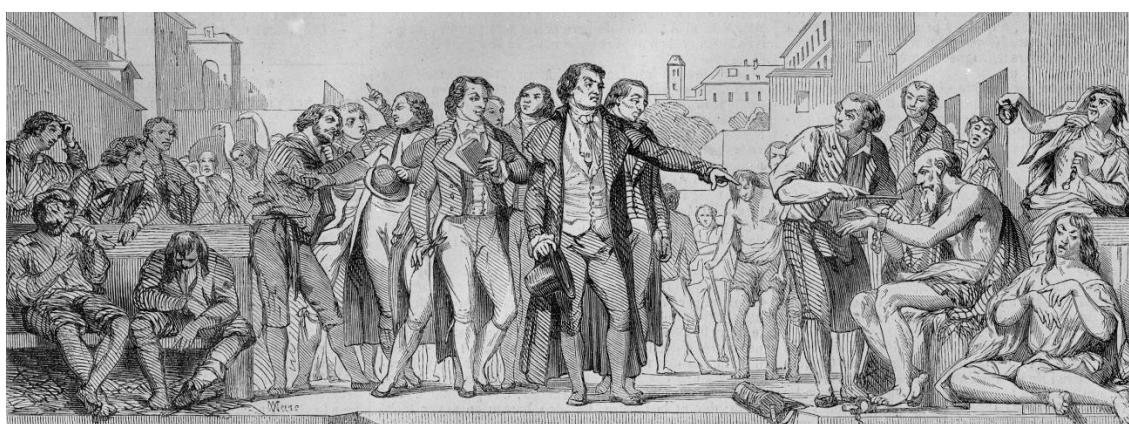


Figura N° 7. Grabado s.f. elaborado a partir del cuadro de Charles Louis Müller, el cual recrea la mítica escena de Pinel liberando de sus cadenas a los alienados del Bicêtre.

Fuente: Bibliothèques d'Université Paris Cité. Disponible en:

<https://www.biusante.parisdescartes.fr/histmed/image?CICL00904>



Figura N° 8. Grabado s.f. elaborado a partir del cuadro de Tony Robert-Fleury, el cual recrea la mítica escena de Pinel liberando de sus cadenas a los alienados del Salpêtrière.

Fuente: Bibliothèque d'Université Paris Cité. Disponible en:

<https://www.biusante.parisdescartes.fr/histmed/image?anmpx02x0059>

Aunque la autoría del tratamiento moral no puede ser meramente atribuida a Pinel, dado que propuestas similares emergieron previamente en Europa de la mano de intelectuales como Vincenzo Chiarugi y Jean-Baptiste Pussin (Stucchi, 2015, p. 154), fue él quien le dio la síntesis y la fama que históricamente lo caracterizaron. Este enfoque se orientaba en tratar a los locos de manera humanitaria y no coercitiva, distanciándose de las prácticas brutales de confinamiento y castigo comunes del siglo XVIII. Es decir, como progresista ilustrado, Pinel y sus antecesores buscaban eliminar los vestigios del manicomio de Antiguo Régimen, caracterizado por la represión física (Porter, 2008, p. 108). Abogaban por superar el tratamiento físico que actuaba sobre el cuerpo a través de medios de contención (Foucault, 2007, p. 24). Como señala Porter (1989, p. 35), la Revolución francesa de la psiquiatría “librería a los locos de sus cadenas, literales y figurativas, y les devolvería sus derechos de seres racionales que tenían en suspenso”.

El tratamiento moral de Pinel recibió inspiración de Étienne Bonnot de Condillac y John Locke, aunque terminó reaccionando hacia ellos (Berrios, 2008, p. 133). Por ejemplo, Locke había concluido en 1690 que la locura se debía a asociaciones falsas durante el proceso mediante el cual los datos del mundo sensible se transforman en “ideas”:

[...] en la locura hay grados, así como también los hay en la imbecilidad, ya que la desordenada mezcla de ideas lo es más en algunos que en otros. En una palabra, en esto estriba, al parecer, la diferencia entre idiotas y locos: que los locos juntan ideas que no deben unirse, de tal suerte que formulan proposiciones equivocadas, aun cuando argumentan y razonan correctamente a partir de

ellas; pero los idiotas apenas formulan proposiciones y casi no razonan (Locke, 2005, pp. 140-141).

Partiendo de dicha premisa, pero a su vez reformándola, el tratamiento moral de Pinel se dirigía no al lado intelectual de las ideas, sino a lado afectivo de la psique, con el objetivo de reencausar las facultades morales y psicológicas del individuo. Pinel veía en la locura una crisis de la disciplina interna de quien la padecía, pero no la irracionalidad absoluta. Por ello, era necesario reavivar las facultades hasta que la coacción externa fuera suplantada por autocontrol interno. La locura, en estos términos, resultaba “curable”, y era la naciente psiquiatría la responsable de reanimar la razón y la conciencia (Porter, 2008, pp. 107-108, 126, 130, 132). El fin último es que el individuo se restableciera y pudiera reinsertarse en la sociedad civil.

El tratamiento moral también fue una reacción ante el organicismo mecanicismo respecto de la concepción de la locura. Hacia el siglo XVIII las terapias sobre la locura daban importancia a la farmacopea y métodos de extracción de fluidos para la estabilización de los humores, así como a los métodos de represión y retención física. El tratamiento moral buscó superar este modelo hacia uno basado en la persuasión y la razón. Bien lo sintetizó Ackerknecht (1964, p. 31) al señalar que Pinel renunció a elaborar mayores hipótesis sobre el entendimiento humano, su localización y su esencia, pues su tarea principal fue, como naturalista, observar los hechos, sistematizarlos y esclarecer la caótica confusión de métodos terapéuticos de la época. Asimismo, este enfoque buscaba comprender la enfermedad mental como un trastorno basado en causas naturales, desechando explicaciones demoníacas o castigos divinos que abundaron desde la Edad Media. Es decir, se trataba de seres humanos, por ende, merecían dignidad y un trato humanitario, abogando por procedimientos mentales como remedio para la locura antes que la sujeción física (Porter, 2008, p. 107).

Pinel abogó por un trato compasivo, promoviendo condiciones humanizadas y métodos terapéuticos basados en el diálogo y la comprensión, afirmando que era preciso “contener á los locos furiosos, pero sin tratarlos con rigor, ni inhumanidad” (Pinel, 1804, p. 137). Incluía tácticas inventivas que se ajustaban a las necesidades de cada caso individual, pues el alienista debía determinar las “circunstancias del lugar, tiempo y carácter del loco, naturaleza particular de sus extravíos, y lesiones variadas de las facultades morales” (Pinel, 1804, p. 102). En suma, “el arte de gobernar a los locos” (Pinel, 1804, p. 115). Sin embargo, reiteramos, aunque era preciso encausar al loco con rigor e incluso hacerse temer, no debía ser a través de algún acto de violencia.

La invención de estratagemas, relatos ficticios e incluso escenarios imaginarios resultaba beneficiosa para redirigir a aquellos considerados mentalmente perturbados. Por ejemplo, un sastre fue objeto de críticas por cuestionar el juicio y la sentencia de Luis XVI, lo que llevó a sus vecinos a dudar de su apoyo a la revolución francesa, en pleno apogeo en aquel entonces. Las reacciones de sus vecinos sumieron al artesano en consternación, privándolo de sueño y apetito. Con el tiempo, desarrolló delirios en los que temía ser guillotinado por su supuesta falta de lealtad a la revolución, manifestando repetidamente su inminente muerte. Este deterioro mental condujo a su internamiento en Bicêtre. Con el propósito de favorecer su recuperación, Pinel persuadió al conserje del

hospicio de la llegada de una ficticia comisión del Cuerpo Legislativo, programada para interrogar al sastre y liberarlo si se demostraba su inocencia. Durante el supuesto interrogatorio, se indagó sobre su ocupación, comportamiento previo y, especialmente, su patriotismo, lo que generó en el sastre una enérgica defensa para evidenciar su ferviente apoyo a la revolución y afirmar su inocencia. Al final, se anunció ficticiamente su inocencia y la absolución de todos los cargos. En los días posteriores, el sastre se enfocó únicamente en su labor de sastrería, que desempeñaba en el hospicio en beneficio de la institución. Esta terapia debía fortalecer su camino hacia la recuperación. Sin embargo, lamentablemente, la falta de estímulo hacia su trabajo provocó su regreso a la inacción y a los delirios previos. Esta situación contrarrestó los esfuerzos terapéuticos, resultando en una falta de progreso hacia su rehabilitación (Pinel, 1804, pp. 321-326).

Otro caso fue el de un relojero en Bicétre que se encaprichó en conseguir el movimiento perpetuo en los relojes, al término de perder el sueño y desarrollar delirios —los cuales se maximizaron por el contexto de la violencia revolucionaria francesa—. En algún punto, se convenció a sí mismo de que su cabeza había sido guillotizada y que, al volverse a unir al cuerpo por orden de los jueces, la suya había regresado, por descuido, al de una persona con pena capital. En este sentido, se quejaba de que su actual cabeza no era la suya. Por un lado, para combatir su obsesión por el movimiento perpetuo, se le habilitó un taller en la antesala del hospicio y se le direccionó que trabaje en aspectos de relojería más objetivos y útiles, lo que desvaneció paulatinamente la obsesión; por otro lado, respecto de su cabeza errónea, se instruyó a otro alienado en la historia del milagro de San Dionisio¹⁴⁶, para que se la contase al relojero y se burle de él respecto de su creencia de una cabeza separada. Las burlas del alienado cómplice y de los demás compañeros del hospicio fue suficiente, según Pinel, para que en lo sucesivo dejase de hablar de su cambio de cabeza (Pinel, 1804, pp. 125-130).

Es importante señalar que, en aquel tiempo, el tratamiento moral se orientaba hacia una “dirección ética”, basada en la presión social y moral, con el objetivo de reintegrar al paciente en la senda burguesa de la virtud, el orden y el trabajo, más que en abordar la enfermedad mental desde una perspectiva científica (Saurí, 1969, p. 150). Asimismo, el apogeo del médico jugó un papel crucial en el tratamiento moral, estableciendo una relación de poder, un “poder psiquiátrico” en términos de Foucault (2007), en donde las instituciones y el conocimiento psiquiátrico se utilizaron como herramientas de control y disciplina social, construyendo y empleando la noción de locura para legitimar relaciones de poder asimétricas en la sociedad moderna.

Para Foucault (2007, p. 17), el orden, disciplina y regularidad eran necesarias para dos cosas: por un lado, para la constitución misma del saber médico; por otro lado, es condición misma de la curación permanente. Asimismo, el tratamiento moral representaba una escena de enfrentamiento: por un lado, una escena “incompleta” de la terapéutica, caracterizada por una operación de desgastes, de prueba, no llevada a cabo por el médico, sino por el vigilante; por otro lado, la escena de la curación, la cual es

¹⁴⁶ Relato mítico en el que San Dionisio, luego de ser decapitado por el gobierno romano, agarró su cabeza guillotizada, la colocó bajo su brazo derecho y se puso a caminar.

compleja, llevada aquí sí por el médico, por el especialista, por el ingenio moral del alienista; en suma, el enfrentamiento de dos voluntades, la del médico o quien lo representa y la del enfermo (Foucault, 2007, pp. 25-27).

1.2. Jean-Étienne Esquirol y la Ley de 1838 en Francia

Si por un lado Pinel fue quien dio fama al tratamiento moral, por su parte Esquirol buscó que el Estado asumiera la responsabilidad del tratamiento de la locura a través de la creación de manicomios. Algunos datos biográficos son referidos por Postel y Quétel (2000, pp. 629-230). Jean-Étienne Dominique Esquirol (Figura N° 9) nació el 3 de febrero de 1772 en Toulouse, Francia, en el seno de una familia acomodada. Aunque sus primeros intereses fueron eclesiásticos, la revolución terminó alejándolo de ello. En 1792, comenzó sus estudios de medicina en el hospital de la Grave, donde su padre era administrador, y donde también se atendía a enfermos mentales, lo que despertó su interés en la medicina mental. En 1799, ya en París, se interesó en el servicio de su compatriota Pinel en Salpêtrière, donde también fue médico, convirtiéndose en su más importante discípulo intelectual pero también en su más frontal crítico. Hacia 1817, comenzó a acoger en su casa a algunos pacientes mentales de paga, cuyo número aumentó tanto que en 1827 adquirió una gran propiedad en Ivry para establecer un manicomio privado. Fue a partir de esta experiencia que se convenció de la necesidad de que el Estado se hiciera cargo del tratamiento de la locura mediante la creación de manicomios. Nos interesa ahondar en este último punto.



Figura N° 9. Retrato Esquirol, por C. Bazin, 1838. Fuente: Bibliothèque de l'Académie Nationale de Médecine. Disponible en:

<https://www.biusante.parisdescartes.fr/histmed/image?anmpx02x0082>

Después de inspeccionar varios centros de reclusión para personas con trastornos mentales en Francia, en 1818 Esquirol presentó su informe al ministerio del Interior, titulado *Des Établissements des aliénés en France et des moyens d'améliorer le sort de ces infortunés*. En este documento, denunció las condiciones severas de confinamiento y abandono en las que vivían los afectados, afirmando que eran “plus maltraités que des criminels, et réduits à une condition pire que celle des animaux”¹⁴⁷ (Esquirol, 1819, p. 4). También destacó la ausencia de un hospital específico para tratar enfermedades mentales en Francia. Descubrió que la mayoría de las veces, los enfermos mentales eran recluidos en los edificios más antiguos, remotos, húmedos y poco saludables de los hospitales examinados, con celdas en condiciones deplorables. Algunos ni siquiera tenían camas, vestían andrajos, sufrían desnutrición y carecían de áreas para realizar actividades físicas, mientras que otros estaban encadenados o atados. Además, escaseaba el personal capacitado para atenderlos, con la supervisión a cargo en muchos casos de carceleros ajenos al ámbito médico, y solo recibían atención médica cuando su estado de salud era grave (Esquirol, 1819, pp. 14-21).

Como respuesta a estas denuncias, Esquirol propuso la creación de hospitales especializados en el tratamiento de trastornos mentales, al igual que existían para otras especialidades médicas. Abogó por dejar de reacondicionar establecimientos existentes, práctica habitual hasta entonces, ya que esto no permitía la distribución necesaria para atender adecuadamente a quienes padecían trastornos mentales. Esquirol recomendó llamar a estos nuevos lugares “asilos”, con el propósito de eliminar cualquier connotación negativa hacia las enfermedades mentales y evitar asociaciones con modelos carcelarios. Sin embargo, estos asilos no eran simplemente lugares de refugio, sino que debían ser centros de tratamiento en la medida de lo posible. La propuesta no era establecer múltiples asilos por departamento, sino un número limitado que abarcara varios departamentos; por ejemplo, para Francia, sugirió la creación de ocho a diez asilos regionales para 400 o 500 personas, pudiéndose refaccionar algunos ya existentes. Además, indicó que estos asilos debían construirse fuera de las ciudades. Esquirol también recomendó diseñar edificios específicos para albergar diferentes grupos según el sexo (hombres y mujeres) y luego según un sistema de clasificación, el cual estaba más cerca hacia lo pragmático que lo científico (como pacientes furiosos en tratamiento, furiosos incurables, melancólicos tranquilos, melancólicos agitados, con demencia, convalecientes, sucios, entre otros). También enfatizó la necesidad de áreas dedicadas a la enfermería, baños, comedores, talleres y espacios para actividades físicas. Además, insistió en que los médicos debían encabezar estos establecimientos (Esquirol, 1819, pp. 23-30, 38).

Aunque el ideal de Esquirol no se ejecutó al pie de la letra, su informe generó algunas medidas de parte del gobierno francés. Por ejemplo, en 1819, por instrucción ministerial, se ordenó a los prefectos el mejoramiento de la suerte de los alienados dispersos en hospicios, cárceles, asilos, etc., procurando que, con pocos gastos, tratar de tenerlos en un solo establecimiento con convenientes tratamientos. Asimismo, a las

¹⁴⁷ “Más maltratados que los criminales y reducidos a una condición peor que la de los animales”. Traducción nuestra.

críticas de Esquirol se sumaron la de otros intelectuales, como Guillaume Ferrus, quien en 1834 denunció la situación de los insanos en Francia (Postel y Quézel, 2000, p. 164).

Sin embargo, el punto culminante en los esfuerzos de Esquirol y sus contemporáneos fue la promulgación en Francia, el 30 de junio de 1838, de la ley sobre alienados. Este dispositivo legal marcó un hito significativo en la percepción y el tratamiento de la locura en aquella época. Representó el reconocimiento cada vez mayor por parte del Estado de la necesidad de humanizar la atención a los enfermos mentales, estableciendo hospitales especializados para ellos y consolidando el discurso alienista de Pinel y Esquirol en el Estado. Esta legislación, en vigor hasta 1990 aunque sujeta a reformas importantes, impactó no solo en Francia sino también en múltiples regiones del mundo.

El núcleo inicial de esta ley impone la creación de instituciones destinadas al cuidado de personas con enfermedades mentales en todos los departamentos del país. Esta disposición incluye tanto instituciones de carácter público como privado, aunque estas últimas estarían sujetas a la supervisión y regulación por parte de la autoridad. Además, se asignó responsabilidad a diversas figuras, como el ministro del interior, prefectos, alcaldes, jueces y médicos, para asegurar la atención adecuada y garantizar el respeto de los derechos de los pacientes (Duvergier, 1839, pp. 492-495).

Después, la ley se enfoca en regular el proceso de internamiento, dividiéndolo en dos categorías: voluntario y por orden de autoridad. En cuanto a los internamientos voluntarios, estos requerirían una solicitud de admisión firmada por el responsable del paciente, ya sea un familiar, tutor u otra persona debidamente autorizada; un certificado médico que describa el estado mental del individuo a ser internado, justificando la necesidad de dicho internamiento, firmado por un médico ajeno a la institución o la familia; y un documento de identificación u otro comprobante que verifique la identidad del paciente. También se estableció la obligación de mantener registros de ingreso, alta y fallecimiento, así como el seguimiento del progreso de los pacientes, al menos una vez al mes. Aunque el médico tenía la facultad de dar de alta a un paciente cuando notara mejoría, la disposición también contemplaba la posibilidad de que el curador o tutor, familiar u otro individuo debidamente acreditado pudiera solicitar la liberación del paciente internado. En cuanto al internamiento por orden de la autoridad, se estableció que la prefectura de policía o los prefectos podían disponer el ingreso inmediato de una persona cuyo estado de desequilibrio mental representara una amenaza para el orden público o la seguridad de otros. En situaciones de peligro inminente, la validez del certificado médico podía ser temporalmente soslayada en favor del reconocimiento público, es decir, el testimonio general de la situación (Duvergier, 1839, pp. 500-506).

1.3. Nosologías de la locura en Pinel y Esquirol

Analizados el tratamiento moral de Pinel y el interés de Esquirol por el intervencionismo estatal en el tratamiento de la locura, dedicaremos unas líneas a sus concepciones y nosología de la locura. Tanto el tratamiento moral como la ley de alienados de 1838 se fundamentaron en la idea de que la locura tiene diversas manifestaciones. Por ello, la

personalización del tratamiento y la clasificación de los espacios dentro del asilo fueron propuestas fundamentales y transversales en sus enfoques.

Resulta útil efectuar una advertencia. Como ha argumentado Ellenberger (2004, pp. 58-66), las nosologías psiquiátricas modernas se fundamentaron en la noción de que las enfermedades mentales son entidades definidas que se pueden clasificar en sistemas naturales, similar a como se efectúa en la botánica o la zoología, un principio consolidado en la medicina a partir del descubrimiento de enfermedades infecciosas específicas. Sin embargo, en psiquiatría, la aplicación de este modelo se encuentra con limitaciones y conflictos. Las clasificaciones, en lugar de emerger exclusivamente de una base científica sólida, respondieron a necesidades prácticas, como gestionar pacientes en instituciones de manera rápida o resolver problemas clínicos inmediatos. Además, algunos psiquiatras proyectaron en las clasificaciones sus propios esquemas de organización intelectual, ya sea numéricos, lingüísticos o socioculturales, o se vieron influenciados por tendencias contemporáneas en otras ciencias, lo cual refleja motivaciones y prejuicios implícitos del clasificador.

El *Traité médico-philosophique su l'Aliénation mentale* de Pinel, publicado en 1801, constituye para diversos autores el coronamiento de la psiquiatría del siglo XVIII, con una repercusión considerable no solo entre los médicos sino en diversos ámbitos del conocimiento (Ackerknecht, 1964, p. 30; Postel y Quérel, 2000, pp. 154-155). En esta obra basa su definición de locura en la psicología de las facultades, la observación empírica a partir de su experiencia en el hospital de Bicêtre y su determinación de mantener la noción de “insania total”, es decir, la locura como una unidad, pero con diferentes manifestaciones (Berrios, 2008, pp. 517-518).

Según la síntesis ofrecida por Ackerknecht (1964, pp. 31-32), la perturbación mental en Pinel tenía como causas algunos de los siguientes escenarios: primero, la herencia; segundo, las orientaciones sociales defectuosas, por ejemplo, en la educación —de hecho, el “tratamiento moral” era, en suma, una forma de reeducación—; tercero, las irregularidades en el régimen de la vida; cuarto, la presencia de pasiones consideradas debilitantes o depresivas, como la tristeza, odio, miedo, etc.; quinto, el paso de una forma de vida activa a otra inactiva; sexto, los conflictos entre las tendencias instintivas y el dogma religioso; séptimo, la constitución física, especialmente en la melancolía; y octavo, los fenómenos físicos, como el alcoholismo, retención de sangre menstrual, fiebre, lesiones craneales, etc. La conjunción de estos escenarios podía concluir en cuatro clases de locura: *melancolía*, *manía*, *demencia* e *idiotismo*. Cabe señalar que estos aluden no a síndromes, sino a estados sintomáticos. Pasaremos a revisar estas categorías brevemente.

La *melancolía* o “delirio exclusivo sobre un objeto”¹⁴⁸ hacía referencia a un estado en el que el individuo se hallaba dominado por una idea exclusiva, siendo constantemente traída a colación por algunos o generando obstinados silencios por otros. En este sentido, la melancolía en Pinel podía expresarse en dos formas. Por un lado, presentándose un estado de orgullo extremado y una fuerte idea de poseer riquezas o poder ilimitado. Por

¹⁴⁸ Para Pinel, el delirio se refiere a los errores específicos del juicio (Berrios, 2008, p. 309).

otro lado, con la presencia de abatimiento, consternación profunda y desesperación. Este último podía conducir al suicidio (Pinel, 1804, pp. 210, 214, 218)¹⁴⁹.

La noción de *manía* en Pinel se refería a los estados del furor persistente o periódico y a la psicosis florida¹⁵⁰, y poco tenía que ver con la noción actual de manía (Berrios, 2008, p. 518). Esta se presentaba en dos formas. Por un lado, la manía con delirio se caracterizaba por la presencia de una fuerte excitación nerviosa y por la lesión de una o muchas funciones del entendimiento, con emociones alegres o tristes, extravagantes o furiosas. Por otro lado, la manía sin delirio no advertía alteraciones en las funciones del entendimiento, percepción, juicio, imaginación o memoria, pero sí cierta perversión en las funciones afectivas, impulsos por cometer actos de violencia, furor sanguinario, sin que pueda identificarse una idea dominante que sea la causa de dicha violencia (Pinel, 1804, pp. 235, 229).

Pinel entiende por *demencia* o “abolición del pensamiento” el estado de sucesión rápida de ideas sueltas y emociones veloces y disparatadas, acompañado de movimientos desordenados y extravagantes. El individuo su pasado y su capacidad de percibir su realidad externa, pasando a un estado de existencia automática y actividad continua. A diferencia de la manía, el juicio y la asociación de ideas entre sí se pierde en la demencia (Pinel, 1804, pp. 241-242).

Finalmente, está el *idiotismo*, *idiocia* u “obliteración de las facultades intelectuales y afectivas”, referido a un estado de abolición más o menos absoluta del entendimiento y la sensación. La mayor parte de los idiotas no hablan o se limitan a pronunciar algunos balbuceos, esto por falta de ideas; tienen gestos inanimados, sus sentidos casi están desconectados y sus movimientos son automáticos, permaneciendo en un estado de estupor (Pinel, 1804, pp. 243, 252). Asimismo, consideraba que la idiocia podía adquirirse o ser congénita (Berrios, 2008, p. 211).

Esquirol ha sido considerado mejor estadístico y más minucioso en sus observaciones y descripciones clínicas que Pinel (Ackerknecht, 1964, p. 35). Para Esquirol (1847, t. 1, pp. 4, 9), la locura es una afección cerebral ordinariamente crónica caracterizada por los desórdenes de la sensibilidad, la inteligencia y la voluntad: “[...] las propiedades vitales están alteradas; que la sensibilidad física y moral, la facultad de sentir, comparar, asociar ideas, la voluntad y la memoria, las afecciones morales y las funciones de la vida orgánica están más o menos afectadas”. En sus *Des Maladies mentales: Considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal* (1838), ofrece una nosología de la locura, las cuales podemos resumir en cinco categorías: *lipemanía*, *monomanía*, *manía*, *demencia* e *imbecilidad* o *idiocia*. Revisaremos las dos primeras categorías, en donde se ubica la principal diferencia entre Pinel y Esquirol respecto a la nosología de la locura.

En su intento de alejarse de las concepciones de los antiguos, Esquirol (1847, t. 1, p. 10) desmenuza el término de melancolía, usado por Pinel, por el de lipemanía y

¹⁴⁹ Cabe señalar que Pinel asoció en la categoría melancolía todas las formas de psicosis crónica, incluyendo la esquizofrenia (Berrios, 2008, p. 382).

¹⁵⁰ Características que hoy forman parte de las esquizofrenias, aunque resulta un error generar una analogía.

monomanía. Por un lado, la *lipemanía* o también melancolía se refería al estado de delirio sobre uno o un pequeño número de objetos, con predominio de una pasión depresiva o triste. Algunos de los síntomas eran los siguientes:

El lypemaniaco tiene el cuerpo enmagrecido y débil, los cabellos negros, el color pálido, las mejillas alguna vez encendidas, la piel morena árida y callosa, la nariz de un rojo subido: la fisonomía fija é inmóvil, y los músculos de la cara en un estado de tensión convulsiva, espresando [sic] la tristeza, el temor; los ojos dirigidos hacia la tierra, la mirada oblicua, inquieta y sospechosa (Esquirol, 1847, t. 1, p. 160).

Por otro lado, la *monomanía* aludía a un estado de delirio limitado a uno o un pequeño número de objetos, con excitación y predominio de una pasión alegre y expansiva (Esquirol, 1847, t. 1, p. 10). Esta podía presentarse en diversas formas. Primero, la monomanía intelectual, en donde el raciocinio parece lúcido, sin embargo, se tiene total convencimiento de ciertas ilusiones, alucinaciones, asociaciones viciosas de ideas, combinaciones falsas, erróneas y extravagantes, etc. Segundo, la monomanía afectiva, en donde el raciocinio no está afectado, pero el carácter y las afecciones están pervertidas. Por motivos plausibles, por explicaciones muy razonadas, justifican el estado actual de sus sentimientos, y escusan las extravagancias de su conducta. Y tercero, la monomanía instintiva, aunque no se presenta delirio, efectúan acciones involuntarias, instintivas, irresistibles al afectado (Esquirol, 1847, t. 1, pp. 292-293). Asimismo, según el tipo de fijación, reconocía la erotomanía o monomanía erótica, embriomanía o monomanía de embriaguez, piromanía o monomanía incendiaria, monomanía homicida, entre otros (Esquirol, 1847, t. 1, pp. 308, 326, 332, 339).

Hasta aquí, el apartado ha expuesto las principales propuestas de Pinel y Esquirol. Por un lado, Pinel abogó por el “tratamiento moral”, subrayando la importancia de un enfoque humanitario en el cuidado de los enfermos mentales y la búsqueda de la razón en ellos. Por otro lado, Esquirol desempeñó un papel crucial en la promoción de legislación para respaldar la creación de manicomios desde el Estado, como se evidencia en la Ley de 1838 en Francia. Estas ideas llegaron al Perú a través de médicos extranjeros, traducciones de artículos, opiniones en la prensa, escritos sobre las condiciones de las loquerías en Lima, y también mediante los primeros positivistas que arribaron al país en la década de 1850, influidos por Pinel y Esquirol. Específicamente, nos referimos a José Casimiro Ulloa, quien lideró la reforma del tratamiento de la locura en el Perú durante la década de 1850. La segunda parte del capítulo se centrará en Ulloa y su propuesta.

2. El alienista José Casimiro Ulloa (1856-1859)

Caracterizado por Valdizán (1924, t. 1, p. xii) como el “Pinel” del Perú y el primer alienista de nuestro país, José Casimiro Ulloa y Bucelo nació 4 de marzo de 1829 en Lima en el seno de una modesta familia (Figuras N° 10, 11, 12 y 13). Fue médico sanfernandino, impulsor de diversas publicaciones periódicas, político y jefe cirujano del Ejército durante la guerra del Pacífico¹⁵¹. Lideró lo que Stucchi (2022, p. 55) ha denominado “la reforma alienista en el Perú”, proceso caracterizado por impulsar la modernización médica del

¹⁵¹ Escapa de los objetivos de la presente tesis efectuar un detallado perfil biográfico de Ulloa. Para mayor información, ver Valdizán (1924, 1925) y Salaverry (2010).

tratamiento de la locura en Lima, lo cual realizó desde el apartado periodístico y su participación como médico titular del Hospicio de Insanos entre 1859 y 1891. Falleció el 5 de agosto de 1891 en Arequipa de un “ataque cerebral”¹⁵².



Figura N° 10. Retrato de José Casimiro Ulloa. Fuente: *El Perú Ilustrado*, Lima, año 5, nro. 223, 15 de agosto de 1891, p. 4009.

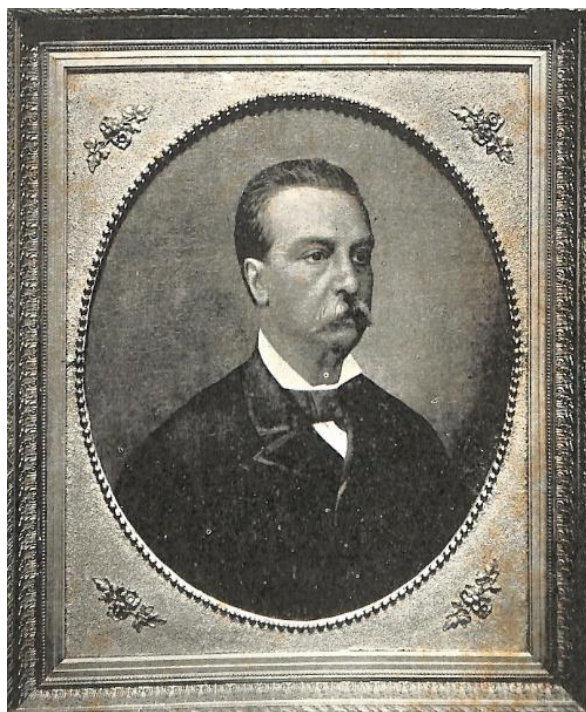


Figura N° 11. Retrato de José Casimiro Ulloa. Fuente: Valdizán (1924, t. 1).

¹⁵² Archivo Departamental de Arequipa, [Acta de defunción de José Casimiro Ulloa, Arequipa, 5 de agosto de 1891]. Disponible en FamilySearch: <https://www.familysearch.org/ark:/61903/1:1:2C4M-14G>



Figura N° 12. Retrato de José Casimiro Ulloa, copia de un óleo de Francisco Lazo.
Fuente: Valdizán (1924, t. 1).

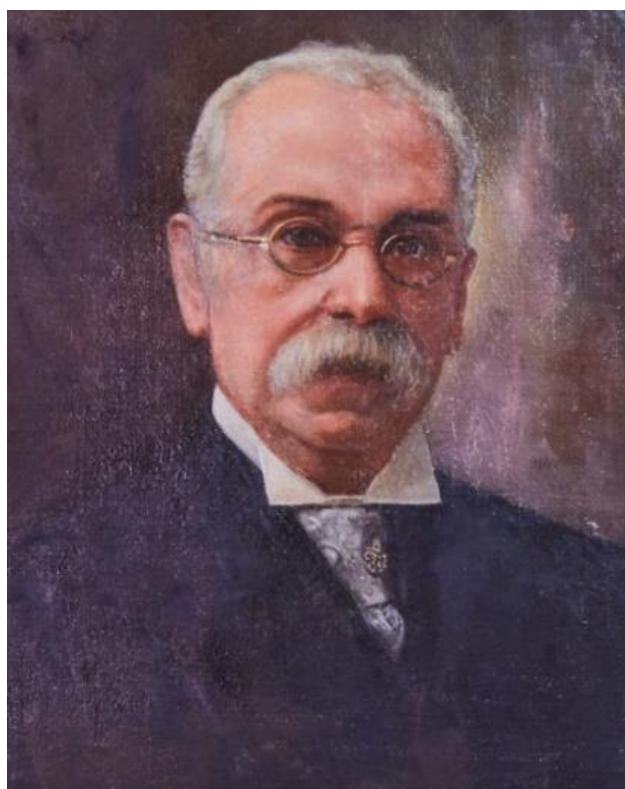


Figura N° 13. Retrato de José Casimiro Ulloa. Fuente: Biblioteca Histórica de la
Academia Nacional de Medicina.

2.1. El viaje positivista de Ulloa a Europa

Entre 1842 y 1856, el médico piurano José Cayetano Heredia se desempeñó como rector del Colegio de la Independencia, fundado originalmente en 1811 como Colegio de Medicina y Cirugía de San Fernando y posteriormente convertido en la Facultad de Medicina de la Universidad San Marcos en 1856. Durante su gestión, Heredia impulsó un importante programa de reforma y actualización de la educación médica. Esta no había sido afectada desde la guerra de independencia peruana, y fue el periodo guanero el que ofreció una relativa estabilidad para implementar las reformas necesarias.

Como parte de esta reforma, a inicios de la década de 1850 financió y organizó el viaje de cinco jóvenes ligados al Colegio de la Independencia a París, con el objetivo de especializarse en diversas ramas de la medicina y aplicar y enseñar lo aprendido a su retorno, formando así a los futuros catedráticos de la facultad. Estos jóvenes regresaron a Perú alrededor de 1854. Denominado por Montoya (2022, pp. 92-93) como “el viaje de los cinco”, este grupo marcó el rumbo de la medicina peruana de su tiempo, al menos hasta antes de la guerra del Pacífico. Los integrantes fueron: Rafael Benavides y José Pró, estudiantes del último año de medicina; Francisco Rosas y José Casimiro Ulloa, recién graduados; y Camilo Segura, profesor y funcionario del Colegio de la Independencia.

Siguiendo lo señalado por Montoya (2022, pp. 88-91), estos médicos se convirtieron en los primeros metodófilos o positivistas del Perú. Aunque las tesis positivistas alcanzaron una hegemonía discursiva en nuestro país en la última década del siglo XIX y la primera del XX, impulsadas por letrados, juristas y otros practicantes de las humanidades y ciencias sociales, su presencia en el Perú se remonta a la década de 1850, principalmente de la mano de académicos de ciencias, ingenieros y, principalmente, médicos.

El objetivo de Heredia con sus “hijos”, como los llamaba, era que se especializaran en determinadas ramas de la medicina y trajeran al Perú los nuevos conocimientos desarrollados en el Viejo Mundo, específicamente Francia. Esto se evidencia en la correspondencia entre Heredia y los cinco médicos, especialmente con Ulloa, quien asumió la función de líder del grupo. Por ejemplo, en una carta fechada alrededor de 1854, Heredia le recordaba a Ulloa que “estudie noche y día las materias que se te han encargado” y le recomendaba la lectura de “Sydenham, Stoll, Haen, Baglivi, Hoffman, sin olvidar nunca a Hipócrates”¹⁵³. En otra carta dirigida a José Pró y Ulloa, fechada el 15 de mayo de 1852, Heredia indicaba los encargos de objetos para beneficio del Colegio de la Independencia, destacando materiales sobre historia natural, para el gabinete de física y libros para actualizar la biblioteca. Entre los ejemplares requeridos, se mencionaban textos recientes de medicina francesa, como los de Augustin Grisolle, Joseph François Malgaigne y Apollinaire Bouchardat, así como obras clásicas de autores como Ambroise Paré¹⁵⁴.

¹⁵³ “Las Joyas de Nuestra Escuela Médica”. *La Reforma Médica*, año 25, nro. 312, 1 de agosto de 1939, Lima, p. 642.

¹⁵⁴ “Cayetano Heredia, el Hipócrates peruano y el clasicismo de la educación médica”, *La Reforma Médica*, Lima, año 21, 1 de julio de 1935, pp. 537-541.

Ulloa residió en París al menos desde 1852¹⁵⁵, retornando al Perú entre finales de 1855 y los primeros días de 1856¹⁵⁶. Durante los próximos años, dedicó sus esfuerzos en tres ejes principales: primero, su desempeño en cargos públicos; segundo, su participación en la Sociedad de Medicina de Lima; y tercero, la modernización del tratamiento de la locura en Lima. A continuación, desarrollaremos el primer y segundo eje, abordando el tercero más adelante.

Como ha argumentado Lossio (2002, p. 56), la relativa estabilidad política del periodo guanero permitió la reorganización y reagrupación de los profesionales médicos como un cuerpo capaz de impulsar reformas de higiene urbana desde los órganos de gobierno. Ulloa formó parte de esta tendencia. Poco después de su retorno, fue nombrado por el gobierno para combatir epidemias en diferentes lugares del país, dirigiendo su atención en Matucana (Huarochirí, Lima), buscando, según un informante, “enseñar la caridad con el ejemplo”¹⁵⁷. Esta experiencia lo convenció de la necesidad de practicar desde el gobierno “visitas domiciliarias” o “visitas médicas preventivas”¹⁵⁸ para evaluar las condiciones higiénicas de ciertos lugares. Ulloa inició esta labor en Lima y Callao en coordinación con el gobierno y la Sociedad de Medicina de Lima, a la cual pertenecía. Reconoció haberse inspirado en el modelo inglés para su implementación. Esta medida generó incomodidad entre los conservadores, quienes consideraban el acto como una violación del domicilio; sin embargo, fue aprobada por el gobierno mediante decreto del 4 de noviembre de 1856 (Oviedo, 1862, t. 8, p. 362).

Cabe señalar que, durante estos años, Ulloa fue nombrado jefe de la Sección de Ultramar del Ministerio de Gobierno¹⁵⁹, de cuyas gestiones y breve retorno a Francia resultaron en un informe sobre los beneficios del guano para la economía peruana (Ulloa, 1859). Posteriormente, obtuvo otros cargos públicos como oficial mayor de la secretaría de Justicia, Culto, Instrucción y Beneficencia (Anales de la Dictadura, 1866, p. 72), miembro del Congreso Constituyente de 1867 por la provincia de Huaylas (García, 1954, t. 12, p. 18), cirujano en jefe de los ejércitos peruanos durante la guerra del Pacífico (Arias y Zanuletti, 1984, p. 80), entre otros.

En cuanto a su carrera docente, Ulloa colaboró con Heredia en la creación de la Facultad de Medicina de San Marcos en 1856. Fue nombrado secretario de la facultad y catedrático del curso de Terapéutica General y Materia Médica, posiciones que ocupó entre 1856 y 1891¹⁶⁰. Cabe destacar que este tópico le fue asignado por Heredia a Ulloa durante su viaje a París, dedicando sus lecturas y esfuerzos a ello (Paz Soldán, 1951, p.

¹⁵⁵ “Los peruanos en París”, por *Mensajero*. *El Comercio*, Lima, año 14, nro. 3987, 3 de noviembre de 1852, p. [3]. Una reseña biográfica de Ulloa indicó que partió de Perú a París en octubre de 1851. “Rasgos biográficos de Ulloa”, *El Monitor Médico*, Lima, año 7, nro. 150, 15 de agosto de 1891, p. 102.

¹⁵⁶ “Doctor Ulloa”. *El Comercio*, Lima, año 18, nro. 4931, 7 de enero de 1856, p. [4].

¹⁵⁷ “Razón del número de médicos que se han nombrado por el Supremo Gobierno para combatir la epidemia en algunos puntos de la República [...]”. *El Comercio*, Lima, año 18, nro. 4932, 8 de enero de 1856, p. [4]; “Doctor Ulloa”. *El Comercio*, Lima, año 18, nro. 4931, 7 de enero de 1856, p. [4].

¹⁵⁸ “Visitas domiciliarias”, por José Casimiro Ulloa. *Gaceta Médica de Lima*, Lima, año 1, tomo 1, nro. 9, 15 de diciembre de 1856, p. 2.

¹⁵⁹ “*El Comercio*”, Lima, año 19, nro. 5282, 6 de marzo 1857, p. [3].

¹⁶⁰ En 1884 renunció a la cátedra y a la secretaría, aunque al poco tiempo se reinsertó. “Renuncias”. *El Comercio*, Lima, nro. 15329, 15 de octubre de 1884, p. [2].

79). Según el reglamento de la Facultad de 1856, este curso se dictaba en quinto año, siendo siete los de formación del médico¹⁶¹.

El segundo eje de interés de Ulloa fue la Sociedad de Medicina de Lima. Como ha señalado Cueto (1989, p. 45), esta fue la organización médica más importante de los años previos a la guerra del Pacífico, representando un esfuerzo por homogenizar la profesión médica desde un punto de vista educativo, legal y, en parte, científico. Fue instalada el 7 de setiembre de 1854¹⁶². Para José Julián Bravo, su vicepresidente, la Sociedad tenía como misión “Dar á la medicina una existencia y representación científica en el Perú, y encaminarla por la senda del progreso”. Sin embargo, no solo se trataba de importar conocimientos de Europa u otros centros extranjeros del saber, sino de estudiar “principalmente lo que nos rodea, lo que nos es propio y peculiar: nuestro clima, nuestras enfermedades endémicas y todo lo que la naturaleza ofrece de nuevo en estas regiones [del Perú], que tanto difieren de aquellas en que la ciencia ha levantado su sόlio [sic]”¹⁶³. Partiendo de esta premisa, la Sociedad de Medicina de Lima organizó debates y divulgación científica, sintetizando las más recientes conclusiones de la ciencia mundial, importadas por médicos especializados en París u otros lugares del extranjero. Además, ofrecía apreciaciones críticas desde y sobre la realidad médica nacional, especialmente en cuanto a las condiciones sanitarias de la capital¹⁶⁴.

La Sociedad tuvo como 6rgano de difusi6n a la *Gaceta M6dica de Lima* (Lima, 1856-1868, 1875-1878), primera revista m6dica publicada en el Per6 por peruanos. La *Gaceta* proclam6 su inter6s de por “consignar los progresos de estas ciencias [m6dicas] tanto nacionales como extranjeras [sic] para ponerlas al alcance de la generalidad de los m6dicos de la Rep6blica”¹⁶⁵, as6 como la publicaci6n de documentaci6n oficial de la instituci6n. Inclu6a investigaciones topogr6ficas, constituciones m6dicas, estudios sobre epidemias y endemias, higiene p6blica, estadística m6dica, entre otros. Desde luego, tambi6n presentaba novedosos estudios surgidos desde el alienismo, el tercer eje de inter6s de Ulloa.

El inter6s por la medicina mental en la *Gaceta M6dica de Lima* fue evidente, lo cual resulta comprensible, dado que Ulloa fue su jefe de redacci6n. A trav6s de sus p6ginas se publicaron informes sobre la situaci6n de las loquer6as de San Andr6s y Santa Ana, avances en la construcci6n del Hospicio de Insanos y estadísticas sobre sus primeros a6os de funcionamiento. Adem6s, incluy6 novedades europeas y traducciones de textos sobre

¹⁶¹ “Reglamento org6nico de la Facultad de Medicina de la Universidad de Lima”. *El Peruano*, Lima, tomo 31, nro. 18, 13 de setiembre de 1856, pp. 70-74.

¹⁶² *Gaceta M6dica de Lima*, Lima, a6o 2, tomo 2, nro. 33, 15 de enero de 1858, p. 101.

¹⁶³ *Gaceta M6dica de Lima*, Lima, a6o 1, tomo 1, nro. 1, 15 de agosto de 1856, p. 5.

¹⁶⁴ En reemplazo de la Sociedad de Medicina de Lima, se fund6 en 1884 la Academia Libre de Medicina de Lima, conocida como Academia Nacional de Medicina desde 1888 hasta la actualidad. Su primer presidente fue Manuel Odriozola, y Ulloa ocup6 el cargo de secretario perpetuo (Alarc6n, 2021, pp. 19-20). La Academia edit6 la revista *El Monitor M6dico* (Lima, 1885-1898), con Ulloa como director, en donde public6 diversos art6culos de medicina mental. Entre los colaboradores de la revista se encontraban Jos6 Mariano Macedo, Leonardo Villar, Armando V6lez, Jos6 Mar6a Romero, Ram6n Morales, Belisario Sosa, Aurelio Alarco, Manuel C. Barrios, Julio Becerra, Manuel R. Artola, Ricardo L. Flores, Constantino Carrasco, Pedro F. Remy, y Antonio P6rez Roca, entre otros.

¹⁶⁵ *Gaceta M6dica de Lima*, Lima, a6o 1, tomo 1, nro. 1, 15 de agosto de 1856, p. 2.

medicina mental de destacados médicos franceses como Agustín Voisin (nieto de Félix Voisin)¹⁶⁶, Alphonse Devergie¹⁶⁷, Jacques-Joseph Moreau¹⁶⁸, Claude-François Michéa¹⁶⁹, entre otros, resaltando la influencia de la academia francesa en el debate científico peruano de mediados del siglo XIX. También se presentaron tesis nacionales relacionadas con la medicina mental, como las de Armando Veles¹⁷⁰ y Federico Monje Ledesma¹⁷¹.

Antes de abordar el discurso alienista de Ulloa alrededor del Hospicio de Insanos, resulta importante cuestionarnos si el alienismo tenía presencia en el Perú antes de sus trabajos. Aunque Ulloa fue el máximo representante del alienismo en el país, las ideas de Pinel ya rondaban en suelo peruano desde la década de 1810. Las menciones tempranas del tratamiento moral en la prensa peruana llegaron a partir de transcripciones de artículos extranjeros. Por ejemplo, en un artículo de 1818, originalmente publicado en un diario de España y transcrito en *Gaceta del Gobierno de Lima*, se resaltó “las mejoras recientes que se han hecho en el tratamiento moral de los insensatos”¹⁷². En 1840 *El Amigo del Pueblo* reseñó los avances morales en Salpêtrière desde las experiencias de Scipion Pinel, Jean Pierre Falret y Félix Voisin¹⁷³. En 1847 en *El Comercio* se transcribió una reseña francesa de la obra del médico francés Eduardo Seguín (Édouard Séguin) sobre el idiotismo infantil y el tratamiento moral, el cual “consiste en poder en acción todos los medios morales propios para corroborar las prescripciones higiénicas y pedagógicas a que siempre rehúsa, más o menos, someterse el idiota”¹⁷⁴. En el mismo diario, en 1848, se transcribió el artículo español “Tratamiento moral de la locura: De la música como medio curativo”, donde se presentaron los resultados del uso de la música para la estabilización de los enfermos mentales en París y Madrid; asimismo, se ahondó en las propuestas

¹⁶⁶ “Estudio sobre la lipemania”, por Agustín Voisin. *Gaceta Médica de Lima*, Lima, año 6, tomo 6, nro. 81, 30 de enero de 1860, pp. 410-414.

¹⁶⁷ “¿Donde acaba la razón! ¿Donde empieza la locura! Bajo el punto de vista de la criminalidad en la acción de la locura transitoria homocida”, por A. Devergie. *Gaceta Médica de Lima*, Lima, año, pp. 313-315, y siguientes números.

¹⁶⁸ “El non restraint ó sea la abolición de los medios de coerción en el tratamiento de la locura”, por Jacques-Joseph Moreau. *Gaceta Médica de Lima*, Lima, año 6, tomo 6, nro. 126, 15 de diciembre de 1861, pp. 387-390, y siguiente número; “Del delirio hipocondriaco y de la parálisis general de los enagenados”, por Jacques-Joseph Moreau. *Gaceta Médica de Lima*, Lima, año 6, tomo 6, nro. 128, 15 de enero de 1862, pp. 409-411, y siguientes números.

¹⁶⁹ “Enfermedades mentales: Del desorden de las sensaciones del hambre y de la sed en los enagenados y de su influencia sobre las ideas y los actos de esos enfermos”, por Claude-François Michéa. *Gaceta Médica de Lima*, Lima, año 7, tomo 7, nro. 150, 15 de abril de 1863, pp. 104-108.

¹⁷⁰ “Histerismo en el hombre”, por Armando Veles. *Gaceta Médica de Lima*, Lima, año 5, tomo 5, nro. 117, 31 de julio de 1861, p. 279-282, y siguientes números.

¹⁷¹ “Consideraciones etiológicas sobre la enagenación mental en Lima”, por Federico Monje-Ledesma. *Gaceta Médica de Lima*, Lima, año 10, tomo 10, nro. 216, 15 de enero de 1866, pp. 112-114, y siguientes números.

¹⁷² “Ciencias medicales”. *Gaceta del Gobierno de Lima*, Lima, nro. 47, viernes 24 de julio de 1818, p. 396.

¹⁷³ “Hospitales y casas de locos”. *El Amigo del Pueblo*, Lima, nro. 44, 7 de julio de 1840, pp. [3-4], y siguientes números.

¹⁷⁴ “Tratamiento moral: Higiene y educación de los niños idiotas, atrasados, débiles, mudos no sordos, tartamudos, etc. por Eduardo Seguín”, por Dr. Blache. *El Comercio*, Lima, año 9, nro. 2438, 11 de agosto de 1847, p. [2].

desarrolladas por el médico francés Joseph Daquin respecto al uso de medios morales en el tratamiento de la locura¹⁷⁵.

En el primer capítulo de la presente tesis se discutió el caso del médico francés Abel Victorino Brandin, quien fue el primer intelectual en defender la humanización del tratamiento de la locura en el Perú, aunque sin éxito. Esto desde una sensibilidad influenciada por Pinel, a quien conoció en Francia. Aunque sus críticas no lograron un impacto significativo a corto plazo, marcaron un antecedente. Además, diversas autoridades y/o intelectuales publicaron artículos en *El Comercio* criticando las condiciones de encierro en las loquerías durante las décadas de 1840 y 1850, lo que evidencia un cambio en las sensibilidades de estos actores respecto a la cuestión de la locura. Un memorial de médicos efectuado en 1853 rescató los “inmensos progresos” en Europa de “Pinel, Esquirol y otros Insignes Médicos”¹⁷⁶. Mientras que en 1856 *El Peruano* abogó por aplicar en el Perú los avances en el tratamiento de la locura impulsados por Pinel y Esquirol, exclamando: “¡Que la voz del Dr. Esquirol resuene entre nosotros, que se funde una casa dedicada exclusivamente á los locos de uno y otro sexo!”¹⁷⁷.

Desde luego, Ulloa fue el que dedicó los más importantes artículos referidos al alienismo en el Perú, publicados principalmente en la prensa y revistas especializadas. Como se adelantó, Heredia le asignó a Ulloa la tarea de especializarse en terapéutica durante su estadía en París (Paz Soldán, 1951, p. 79). A través de esta especialización, Ulloa se acercó al estudio de las enfermedades mentales, influenciado por el discurso alienista francés, que, aunque en decadencia en ese entonces, aún contaba con importantes adeptos. Este interés se manifestó claramente a su retorno al Perú. En 1859, *El Comercio* informó que Ulloa se había consagrado nuevamente al ejercicio de la medicina, pero con una especialización notable: “tratará todo género de enfermedades, especialmente las del sistema nervioso, las enajenaciones mentales, las afecciones de la piel y la sífilis”¹⁷⁸ — siendo común en la época que esta última derivara en neurosífilis—.

El interés por el alienismo también se reflejó en la biblioteca personal que Ulloa conformó en vida, la cual está custodiada hoy por la Academia Nacional de Medicina. La parte impresa de esta colección está compuesta por libros, informes y tesis de medicina, muchos de los cuales posiblemente adquirió en París; en otros casos fueron obsequios de amigos o colegas cercanos. Los más de 250 títulos sobre medicina mental que hemos consultado de dicha biblioteca ofrecen temas de interés como: el asilo de alienados, histeria, suicidio, monomanía, melancolía, idiotismo, neurología, parálisis general, medicina legal, degeneracionismo y frenología, en su mayoría en idioma francés, aunque también en italiano y español. Si bien las referencias a Pinel en los artículos de Ulloa sugieren que tuvo contacto con su producción escrita, su biblioteca, al menos según los ejemplares conservados hoy, no contiene una copia de la obra del médico francés, aunque

¹⁷⁵ “Tratamiento moral de la locura: De la música como medio curativo”. *El Comercio*, Lima, año 10, nro. 2610, 8 de marzo de 1848, p. [2].

¹⁷⁶ “Proyecto de nuevas loquerías”. *El Comercio*, Lima, año 15, nro. 4244, 21 de setiembre de 1853, p. [2].

¹⁷⁷ “Hospicio de Locos”. *El Peruano*, Lima, tomo 16, nro. 28, 3 de octubre de 1846, p. 124.

¹⁷⁸ “Asuntos personales”. *El Comercio*, Lima, año 21, nro. 6156, 14 de setiembre de 1859, p. [3].

sí de la de su hijo, Scipion Pinel. En cuanto al tratamiento moral, destacan ejemplares de autores como François Leuret, discípulo de Esquirol, y Maurice Macario, discípulo de Leuret. Entre los autores más recurrentes en las lecturas del médico peruano se encuentran Esquirol (destacando *Traité de l'Alienation Mentale* y los tres tomos de *Des Maladies Mentales*), Bénédict Morel (impulsor de la teoría del degeneracionismo), Claude Bernard (fundador de la medicina experimental), Paul Briquet, Jean-Pierre Falret, A. Bierre de Boismont, Émile Blanche, Jacques-Étienne Belhomme, Jacques-Joseph Moreau y Jean-Baptiste-Maximien Parchappe, entre otros.

Desde una perspectiva de la historia latinoamericana, es importante ubicar a Ulla como parte de un grupo de intelectuales latinoamericanos que dialogaron con los avances del alienismo y el tratamiento moral, específicamente francés, a partir sus viajes positivistas realizados a Europa durante la primera mitad del siglo XIX. Esta corriente se difundió ampliamente mediante la producción científica plasmada en revistas especializadas, se integró en los dispositivos legales de los manicomios y se enseñó en las cátedras de medicina de la región. Por ejemplo, en Brasil, José Pereira das Neves pasó tres años en Europa con el objetivo de importar los nuevos conocimientos sobre la materia en el Hospicio de Pedro II, el primer asilo brasileño para enfermos mentales, inaugurado en 1852 (Facchinetti, 2022, p. 34). En Cuba, José Joaquín Muñoz, quien se había entrenado en la Salpêtrière, se desempeñó como el primer director médico de la Casa General de Dementes en la década de 1860, donde buscó impulsar reformas en el tratamiento de la locura, aunque la corrupción y la mala administración impidieron efectuar su visión (Lambe, 2022, p. 215). En México, el panameño José Joaquín Muñoz, formado en la París, fue el primero en debatir las ideas del tratamiento moral en el país desde 1837 (Morales, 2008, p. 28). En la segunda mitad del siglo XIX, Carlos Sazié fue becado por el gobierno chileno para especializarse en Europa en las enfermedades nerviosas, con lo cual posteriormente pudo incorporarse a la Casa de Orates de Chile (Ruperthuz, Sánchez y Gálvez, 2022, p. 154). La lista puede continuar.

2.2. La negociación de un manicomio para Lima: Ulloa, el discurso alienista y el tratamiento moral de la locura (1856-1859)

La memoria de 1855 del director interino de la SBPL Francisco Carassa reincidió en las críticas sobre el estado de las loquerías limeñas, las cuales venían realizándose desde años anteriores. Según Carassa, eran “fúnebres mazmorras”, “unas verdaderas cárceles”, donde “en vez de prestar á los infelices [...] los auxilios de la ciencia y el arte, se les ata, se les tortura, se les doma como á bestias salvajes, amenazándolos de continuo con el cepo o con el látigo¹⁷⁹. A esto se adiciona que los fondos recaudados en el concurso público de 1852 para la mejora de las loquerías habían sido empleados en otras necesidades de la SBPL, acrecentando el descuido de los amentes.

La memoria de Carassa inspiró a Ulloa (1856, pp. 18-19) a publicar sus primeras apreciaciones públicas respecto a las condiciones de las loquerías capitalinas. Ulloa,

¹⁷⁹ “Memoria anual leída a la Sociedad de Beneficencia Pública, por el Vice-Director encargado de la dirección Francisco Carassa, en la junta general del 20 de Diciembre [...] [de 1855]”, por Francisco Carassa. *El Comercio*, Lima, año 18, nro. 4913, 21 de enero de 1856, pp. [2-3].

recientemente llegado de París, se desempeñaba en dicho año como médico de San Andrés y luego de Santa Ana, por lo que sus comentarios se efectuaron desde la experiencia¹⁸⁰. Si bien secundó la preocupación de Carassa, Ulloa señaló que estas sensibilidades críticas no eran algo nuevo en suelo europeo, pues “iguales escenas despertaron la indignación del mundo civilizado, ántes que el célebre Pinel hiciese caer por tierra las cadenas de los desgraciados de Bicetre”, resaltando con ello el retraso en el que se encontraba el Perú en materia de tratamiento de la locura (Ulla, 1856, p. 18).

Al poco tiempo, Ulloa publicó en la *Gaceta Médica de Lima* el artículo “Loquerías”, en donde ofreció una crítica a las condiciones de internamiento de los pacientes en ambas loquerías¹⁸¹. Ulloa denunció la penosa situación en las que se encontraban los internos en los siguientes términos:

Al ver el semblante de esos desdichados recostados en inmundos colchones sobre el suelo, ó sobre gruesas tarimas, encerrados á pares en estrechas y húmedas celdas, sin más muebles que las vasijas de barro indispensables á sus más apremiantes necesidades, al verlos atados á las paredes de ellas con cadenas de hierro, ó colocados sus pies en un cepo; al mirarlos vagar por un corredor estrecho, sin otro cuadro a qué volver los ojos que el espectáculo de las desgracias de sus compañeros de cárcel [...]. Las luces del siglo XIX no han podido penetrar todavía en nuestros establecimientos de locos¹⁸².

En otro artículo, Ulloa describió con más detalle la situación de las loquerías. Respecto a la de Santa Ana de mujeres, por ejemplo, resaltó la falta de higiene en los espacios, la ausencia de protección contra las inclemencias del clima, el descuido en la vestimenta de las internas, la incomodidad de las áreas de descanso y la falta de vigilancia, que permitía constantes incidentes entre las pacientes:

[...] nos presenta desde luego un patio húmedo ó cubierto de lodo, donde se ven aquí y allá montones de piedras, y en donde yacen sentadas, echadas, o en cuclillas las desgraciadas locas que, cubiertas de harapos, y con expresión particular que dá á sus semejantes su mal, se nos presentan como las brujas de Macbet. Esa es su residencia del día, y es allí donde reciben la insolación en los calores del verano, y la humedad en las lluvias del invierno. En la noche, tres estrechos salones, sin pavimento, reciben sobre tarimas, con un colchón las unas, las otras sin él, á aquellas infortunadas. [...] locas exaltadas que as que tienen la libertad de maltratarse a su placer y su disposición medios con que matarse¹⁸³.

Tras realizar estas observaciones, Ulloa abogó por la construcción de una nueva loquería que albergara a los pacientes de San Andrés y Santa Ana. Reconoció que esta propuesta no era original, ya que retomaba, sistematizaba y ampliaba las críticas y sugerencias planteadas “hace ya tres años [...] por un profesor de la Facultad de Medicina”¹⁸⁴. Ulloa hacía referencia a un memorial presentado a la SBPL en 1853, redactado por un grupo de médicos locales encabezados por Miguel de los Ríos. En ese documento, los médicos señalaban la necesidad de establecer una nueva loquería en el

¹⁸⁰ *Gaceta Médica de Lima*, Lima, año 1, tomo 1, nro. 6, 30 de octubre de 1856, p. 14.

¹⁸¹ “Loquerías”, por José Casimiro Ulloa. *Gaceta Médica de Lima*, Lima, año 1, tomo 1, nro. 11, 15 de enero de 1857, pp. 9-10.

¹⁸² *El Comercio*, Lima, año 19, nro. 5252, 27 de enero de 1857, p. 3.

¹⁸³ “Visita de S. E. á los establecimientos de caridad”, por José Casimiro Ulloa. *La Crónica Médica*, Lima, año 4, tomo 4, nro. 75, 30 de octubre de 1859, p. 326.

¹⁸⁴ “Loquerías”, por José Casimiro Ulloa. *Gaceta Médica de Lima*, Lima, año 1, tomo 1, nro. 11, 15 de enero de 1857, p. 9.

Convento de Barbones, que entonces funcionaba como cuartel y estaba ubicado apenas fuera de las murallas de Lima¹⁸⁵. Sin embargo, la propuesta del memorial no prosperó en su momento.

Impulsados por los argumentos de Ulloa, en enero de 1857 la SBPL solicitó a la Sociedad de Medicina de Lima las evaluaciones necesarias para la creación de nuevas loquerías, es decir, el futuro Hospicio de Insanos. La solicitud se centraba en dos puntos: primero, “si es útil o necesaria la traslación de locos á un lugar más apropiado”, y segundo, “si la quinta conocida con el nombre de Casa de Pobres reúne todas las condiciones higiénicas que deben poseer los lugares destinados á la construcción de loquerías”, ya que existía interés en instalar las nuevas loquerías en dicho recinto, conocido como la Quinta Cortés, desestimándose la propuesta original del Convento de Barbones¹⁸⁶.

La Quinta Cortés había sido un lugar de convalecencia y retiro de jesuitas durante el periodo colonial, luego un asilo de inválidos y posteriormente un cuartel (SBPL, 1899b, p. 88; Caravedo, 1985, p. 38). En 1857, cuando se gestionó la adquisición, era propiedad de Felipe Eugenio Cortés y conocida como “Casa de Pobres”¹⁸⁷. Aunque lo ideal fuese la construcción desde cero, Ulloa reconocía las limitaciones presupuestarias y los fracasos de la SBPL por abastecerse de recursos, por lo que optó por adaptar una construcción ya existente.

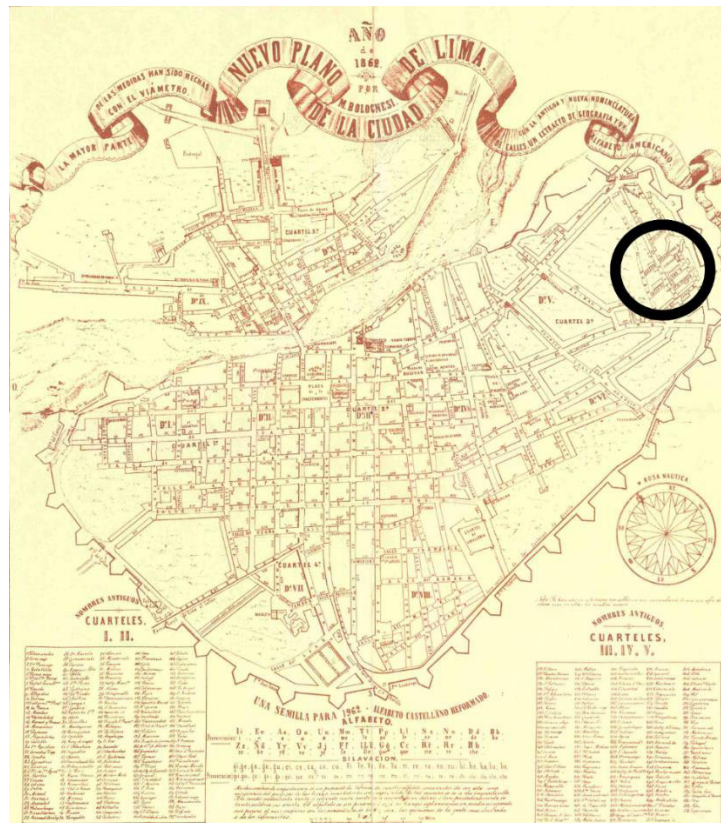
En un informe del 6 de febrero de 1857, Ulloa, Francisco Rosas y M. Arosema Quesada argumentaron que la Quinta Cortés contaba con lo necesario para la implementación del manicomio, resaltando su ubicación geográfica: lejos de la población, en un paraje salubre, con aire puro y sobre todo, silencioso para la tranquilidad de los locos¹⁸⁸. De esta forma, el manicomio quedaría lejos del centro de la ciudad, al igual que determinados hospitales, el Cementerio General de Lima, y posteriormente el Panóptico de Lima y el Matadero General de Lima (Plano N° 2). De hecho, como se señaló, su ubicación periférica también había sido motivo de la propuesta alrededor del Convento de Borbones en 1853. Aquí se evidencia que los aspectos considerados indeseables (muerte, enfermedad, delincuentes, locos) fueron dirigidos a la periferia de la ciudad, lejos de la vida cotidiana del centro.

¹⁸⁵ “Proyecto de nuevas loquerías”. *El Comercio*, Lima, año 15, nro. 4244, 21 de setiembre de 1853, pp. [2-3].

¹⁸⁶ *El Comercio*, Lima, año 19, nro. 5269, 17 de febrero de 1857, p. [2].

¹⁸⁷ *Gaceta Médica de Lima*, Lima, año 1, tomo 1, nro. 13, 15 de febrero de 1857, p. 7.

¹⁸⁸ *Gaceta Médica de Lima*, Lima, año 1, tomo 1, nro. 13, 15 de febrero de 1857, p. 7.



Plano N° 2. Ubicación del Hospicio de Insanos en el Cercado de Lima, según un mapa de 1862. Fuente: Gunther (1983). Círculo nuestro.

Ulloa proyectó un presupuesto de 46,000 pesos para la adquisición del local y los arreglos necesarios, un precio sumamente bajo en comparación con otros manicomios europeos. Sin embargo, consideraba este impulso necesario para alcanzar el “grado de civilización” en materia de tratamiento de la locura, como lo hicieron las “naciones cultas”, siendo la organización de los servicios públicos para los enajenados “una de las glorias del siglo diez y nueve”; en suma, “satisfacer los deseos de la humanidad y los de la ciencia”¹⁸⁹. Para Ulloa, la construcción de un manicomio moderno resultaba en una clara representación de la modernidad del Estado-nación peruano.

En agosto de 1857 se informaba del traslado provisional de la loquería de varones San Andrés al Hospicio de Huérfanos, y la de mujeres de Santa Ana a Hospicio de las Recogidas, mientras se acondicionaba la quinta destinada al futuro Hospicio de Insanos. Asimismo, se nombró a Ulloa como “médico encargado de la curación exclusiva de los amentes de ambos sexos”, concretándose, así, su acercamiento al mundo de la medicina mental¹⁹⁰. En el puesto, Ulloa implementó importantes reformas. Por ejemplo, hacia antes de agosto no existían diagnósticos y clasificaciones de las enfermedades mentales en las loquerías de San Andrés y Santa Ana, salvo en memorias o documentos oficiales de los médicos. Por ello, encargó a sus internos de medicina Celso Bambarén y J. Ordoñez la apertura de registros médicos acorde a las propuestas europeas, indicando “cada género

¹⁸⁹ “Plano de la loquería de Lima”, por José Casimiro Ulloa. *Gaceta Médica de Lima*, Lima, año 1, tomo 1, nro. 13, 15 de febrero de 1857, p. 5.

¹⁹⁰ *Gaceta Médica de Lima*, Lima, año 2, tomo 2, nro. 25, 15 de agosto de 1857, p. 11.

de locuras, con indicación de su curabilidad, su tratamiento y demás pormenores de la clasificación patológica mental”, aunque con claras limitaciones, pues en el Perú “la Patología mental [...] [aún estaba] en su infancia”¹⁹¹.

A partir de este acercamiento a las loquerías, Ulloa dedicó parte de sus esfuerzos intelectuales a la medicina mental. Los artículos de Ulloa en la *Gaceta Médica de Lima* destacaban los avances extranjeros en el tratamiento de la locura, principalmente en Inglaterra, Alemania, Estados Unidos y Francia, que él mismo pudo apreciar durante sus viajes. En Francia, por ejemplo, visitó los hospitales de Charenton y La Salpêtrière¹⁹². Asimismo, Ulloa reseñaba recientes avances en su apartado “Revista médica de París”. Por ejemplo, en 1858, durante una breve estancia en Francia, informó de su visita a la “casa de sanidad de Esquirol”, un asilo privado de enajenados sin medios de represión como cadenas o grilletes, donde se promovían distracciones burguesas entre los pacientes, como el billar, la lectura, bailes y gimnasia¹⁹³.

Ulloa reconocía los problemas que surgían al planificar la construcción de nuevas loquerías en Lima. Desde luego, sus análisis iniciaban lamentando el estado de las antiguas loquerías: “Lo que para otros pueblos más afortunados no es ya más que un recuerdo histórico, para nosotros es una realidad bien triste. Las luces del siglo diez y nueve no han podido penetrar todavía en nuestros establecimientos de locos”¹⁹⁴. No solo se trataba de velar por las condiciones de comodidad e higiene del nuevo manicomio. Citando a Esquirol, Ulloa sostenía que “Una casa de locos [...] es el más poderoso medio de curación de la locura”¹⁹⁵. Las antiguas loquerías operaban bajo un modelo asilar, mas no terapéutico, pues un manicomio moderno “no es un simple asilo, sino un medio de tratamiento”¹⁹⁶. Su argumento referenciaba estudios de Esquirol, H. Girard y M. Parchappe en Francia, John Conolly en Inglaterra, M. Jacobi en Alemania, entre otros¹⁹⁷, indicando su amplia lectura sobre el tema. Varios de esos autores, dicho sea de paso, se encontraban en su biblioteca personal¹⁹⁸.

Entre los autores señalados, Ríos (2023, p. 36) ha destacado la lectura en Ulloa de Conolly, el más importante reformador de los asilos para locos en Inglaterra, al cual referencia en su memoria de 1890 (SBPL, 1891, p. 80). Su propuesta del método “non-restraint” o “sin restricciones” consistía en la no utilización de métodos de contención

¹⁹¹ “Estadística mental”, por José Casimiro Ulloa. *Gaceta Médica de Lima*, Lima, año 3, tomo 3, nro. 47, 31 de agosto de 1858, p. 11.

¹⁹² “Loquerías”, por José Casimiro Ulloa. *Gaceta Médica de Lima*, Lima, año 1, tomo 1, nro. 11, 15 de enero de 1857, p. 9.

¹⁹³ “Revista Médica de París”, por José Casimiro Ulloa. *Gaceta Médica de Lima*, Lima, año 2, tomo 2, nro. 37, 31 de marzo de 1858, p. 156.

¹⁹⁴ “Loquerías”, por José Casimiro Ulloa. *Gaceta Médica de Lima*, Lima, año 1, tomo 1, nro. 11, 15 de enero de 1857, p. 9.

¹⁹⁵ “Plano de la loquería de Lima”, por José Casimiro Ulloa. *Gaceta Médica de Lima*, Lima, año 1, tomo 1, nro. 13, 15 de febrero de 1857, p. 2.

¹⁹⁶ “Plano de la loquería de Lima”, por José Casimiro Ulloa. *Gaceta Médica de Lima*, Lima, año 1, tomo 1, nro. 13, 15 de febrero de 1857, p. 3.

¹⁹⁷ “Plano de la loquería de Lima”, por José Casimiro Ulloa. *Gaceta Médica de Lima*, Lima, año 1, tomo 1, nro. 13, 15 de febrero de 1857, p. 2.

¹⁹⁸ Destacan, por ejemplo, *Considérations physiologiques et pathologiques sur les affections nerveuses dites hystériques* de Henri Girard (1841) y *Traité théorique et pratique de la folie* de M. Parchappe (1841).

mecánica, como lo eran los grilletes o las camisas de fuerza¹⁹⁹. También podemos destacar a Parchappe, impulsor de un modelo de clasificación de los espacios del asilo basado en la capacidad adquisitiva, en donde las clases acomodadas podían gozar de mayores comodidades en la sección “pensionado” (Postel y Quétel, 2000, p. 695). La influencia de Conolly y Parchappe resulta visible en el reglamento del Hospicio de Insanos de 1859, el cual analizaremos más adelante.

Respecto al número de enajenados en el manicomio, Ulloa señaló una cifra inicial de 130, asegurando que “hay la extensión necesaria para dar asilo a todos locos de Lima”²⁰⁰. Más adelante, Ulloa señalaría que es capaz de alojar cómodamente a más de 200 locos²⁰¹. En 1857, en Lima se contabilizó un total de 210 amentes en una ciudad de 94,195 habitantes, es decir, una proporción alrededor de 1 enajenado por cada 449 habitantes, siendo 122 los internados en loquerías y los restantes en casas particulares (Fuentes, 1858, pp. 40, 97-98, 108), por lo que las aproximaciones de Ulloa resultaban sino esperanzadoras algo exageradas.

Para Ulloa, el nuevo manicomio debía estar dividido en dos departamentos aislados el uno del otro, uno para varones y otro para mujeres. El objetivo de la división sexual era resguardar el honor sexual y prevenir violaciones o relaciones sexuales entre los pacientes. A su vez, cada departamento estaría dividido en cuarteles, inspirándose en la clasificación de enajenados propuesta por Esquirol: locos tranquilos; excitados periódicamente; idiotas, epilépticos e inmundos; y furiosos²⁰². En cada departamento habría tres dormitorios de 30 camas (180 en total) y doce celdas (24 en total)²⁰³. Es decir, existirían tanto cuartos comunes como celdas particulares para los locos furiosos, aunque Ulloa favorecía los cuartos comunes, ya que las celdas particulares y el aislamiento, al modelo panóptico, “más favorecen que curan la locura”²⁰⁴.

La construcción, además de un refectorio, también incluiría un jardín para el recreo de las locas y una huerta destinada al trabajo de la tierra para los locos. Aquí, una diferencia importante respecto a la división sexual de los espacios, donde la sensibilidad del jardín y las flores estaba relacionada con lo femenino, mientras que el trabajo manual y el ejercicio físico con lo masculino. Por ejemplo, para Ulloa, el trabajo masculino era uno de los “medios morales” más importantes para la curación de la locura. Según sus palabras, acorde a los planteamientos de tratamiento moral:

¹⁹⁹ Manuel A. Muñiz, médico titular del departamento de hombres entre 1890 y 1897, también secundó esta postura (SBPL, 1894a, p. 135).

²⁰⁰ “Plano de la loquería de Lima”, por José Casimiro Ulloa. *Gaceta Médica de Lima*, Lima, año 1, tomo 1, nro. 13, 15 de febrero de 1857, p. 3.

²⁰¹ *Gaceta Médica de Lima*, Lima, año 1, tomo 1, nro. 13, 15 de febrero de 1857, p. 8.

²⁰² “Inauguración de las loquerías”. *Gaceta Médica de Lima*, Lima, año 6, tomo 4, nro. 79, 31 de diciembre de 1859, p. 388.

²⁰³ “Loquerías”, por José Casimiro Ulloa. *Gaceta Médica de Lima*, Lima, año 1, tomo 1, nro. 11, 15 de enero de 1857, p. 9.

²⁰⁴ “Plano de la loquería de Lima”, por José Casimiro Ulloa. *Gaceta Médica de Lima*, Lima, año 1, tomo 1, nro. 13, 15 de febrero de 1857, p. 4.

[...] la huerta, en cuyo cultivo encontrarán aquellos infelices una ocupación, que no solo mantenga el buen estado de sus fuerzas, sino que los arranque de esa preocupación que domina sus espíritus y se haga un medio de derivación de su locura²⁰⁵.

Un eje importante en los textos de Ulloa es el trato humanitario de enajenado. Al igual que Pinel y seguidores, el médico peruano estaba convencido de la necesidad de la “abolición completa de toda especie de violencia en el tratamiento de la locura, remplazándola con el uso de medios de benevolencia y de humanidad”²⁰⁶. Asimismo, resultaba importante la práctica de “hábitos sociales” o “medios morales” modernos durante el tratamiento de la locura, tal como sucedía en hospitales europeos: la lectura en bibliotecas, el recreo en el billar, ajedrez o salas de juego, el ejercicio físico en gimnasios, la sensibilidad en vistosos jardines u escuchando orquestas, la práctica musical con pianos y otros instrumentos. Estas distracciones burguesas tenían como objetivo formar futuros ciudadanos que, al ser dados de alta, pudieran ser útiles a la sociedad moderna, acorde a lo que “distingue a los modernos tiempos”: cultos, trabajadores, sensibles a hábitos decentes, cuerpos atléticos, etc.²⁰⁷.

En el plan del manicomio, además de la huerta y el jardín, el comedor común y el servicio religioso cumplían el papel de “volver [a] esos desgraciados a sus hábitos sociales”²⁰⁸. A través del acto de alimentarse, podían congratularse, en contraposición a la alimentación en la celda propia de las antiguas loquerías. Asimismo, la capilla de la quinta, la iglesia del Cercado, permitía continuar con las prácticas religiosas en un país donde el catolicismo era protegido por el Estado.

2.3. Optimismo frente a la inauguración del Hospicio de Insanos

El Hospital de Insanos fue inaugurado el 16 de diciembre de 1859 a las 12:00 horas en la Quinta Cortés, recibiendo cobertura de la prensa y las autoridades²⁰⁹. Días antes, la prensa calificó el establecimiento como un “hermoso y bien salubre palacio”, en donde será posible que “muchos que tienen la razón perdida lleguen á recobrarla”, pues “Tanto puede influir un tratamiento humanitario, dulce y científico”²¹⁰. Inicialmente denominado como Hospital Civil de la Misericordia, a lo largo de su historia recibió diversos nombres: Hospicio de Insanos, Manicomio del Cercado, Hospicio de Amentes, Casa de Amentes y Casa de Orates, entre otros. Ulloa calificó este acontecimiento como un hito, comparándolo con la liberación de los locos de sus cadenas por Pinel en 1792, en el mito de Bicêtre:

²⁰⁵ “Plano de la loquería de Lima”, por José Casimiro Ulloa. *Gaceta Médica de Lima*, Lima, año 1, tomo 1, nro. 13, 15 de febrero de 1857, p. 4.

²⁰⁶ “Loquerías”, por José Casimiro Ulloa. *Gaceta Médica de Lima*, Lima, año 1, tomo 1, nro. 11, 15 de enero de 1857, p. 9.

²⁰⁷ “Loquerías”, por José Casimiro Ulloa. *Gaceta Médica de Lima*, Lima, año 1, tomo 1, nro. 11, 15 de enero de 1857, p. 9.

²⁰⁸ “Plano de la loquería de Lima”, por José Casimiro Ulloa. *Gaceta Médica de Lima*, Lima, año 1, tomo 1, nro. 13, 15 de febrero de 1857, p. 4.

²⁰⁹ “Inauguración de las loquerías”. “*Gaceta Médica de Lima*, Lima, año 6, tomo 4, nro. 79, 31 de diciembre de 1859, p. 385. “Inauguración de la Casa de Amentes”. *El Comercio*, Lima, año 21, nro. 6255, 16 de diciembre de 1859, ed. tarde, p. [2].

²¹⁰ “Traslación de locos”. *El Comercio*, Lima, año 21, nro. 6238, 30 de noviembre de 1859, ed. tarde, p. [2].

Este hecho histórico tan placentero á los ojos del cristianismo, como á los de la filantropía, ha venido á reproducirse en el Perú, á los sesenta y siete años después [...] La apertura de este nuevo establecimiento ha tenido para los infelices enagenados de Lima la misma significación que tuvo para los de Bicetre la redención que de ellos hizo Pinel²¹¹.

El Hospicio de Insanos estuvo ubicado al este del Cercado de Lima, en ese entonces denominado Cuartel 3°, según el plano de Lima de M. Bolognesi de 1862 (Plano N° 2). Se ubicaba a pocas cuadras de la portada de Maravillas, así como alrededor de 1.7 kilómetros de la Facultad de Medicina, el Hospital de San Andrés y el Hospital de Santa Ana. Tenía como limitación las calles de Huaylas, donde se encontraba la entrada principal, hoy av. Sebastián Lorente; Desaguadero, la parte trasera, en donde limitaba con la plazuela e iglesia del Cercado; y a los laterales, las calles de Ilabe y Conchucos.

El Hospicio fue inaugurado con las siguientes características: dos departamentos separados, uno de varones (ala izquierda) y otro de mujeres (ala derecha), capaz de albergar hasta 170 enfermos, un punto intermedio entre los 130 y 200 que había señalado Ulloa con anterioridad. La población era de 76 varones y 77 mujeres, es decir, 153 pacientes.

El costo total fue de 113,699 pesos, más del doble de la estimación inicial (46,000 pesos). De dicho gasto, 3,358 pesos fueron destinados a la importación de muebles desde Europa, según las características observadas en las principales loquerías del Viejo Mundo. Ulloa justificó el crecimiento del gasto señalando que “nunca será exorbitante un gasto llamado á producir las inmensas ventajas morales que este debe procurar”. Si bien la gestión fue impulsada por la SBPL de Lima, existió un importante apoyo económico de parte del Estado peruano, cuyas arcas comenzaban a beneficiarse de la bonanza guanera²¹². Asimismo, existieron importantes donaciones económicas desde la filantropía local, como “el caritativo auxilio de los Señores Chacón y Ugarte”²¹³. Antonio Chacón fue un propietario panameño dedicado al corretaje y comercio de fincas en Lima y Callao, quien participó en la especulación económica a través de la compra y venta de vales de consolidación de la deuda interna entre los años 1854 y 1855 (Quiroz, 1987, pp. 172-173). El donativo de Chacón, fallecido en 1855 sin hijos, consistió en la herencia en beneficio de la SBPL de fincas y un importante peculio, de los cuales 40 mil pesos fueron dedicados al Hospicio (SBPL, 1857, p. 17; SBPL, 1859, p. 6). Por su parte, Mariano Miguel de Ugarte, empresario beneficiado por vales de manumisión, ofreció 50 mil pesos (SBPL, 1857, p. 7). Por su parte, Mariano Miguel de Ugarte, un propietario y empresario beneficiado por los vales de manumisión de esclavos, ofreció 50 mil pesos (SBPL, 1857, p. 7).

Durante su primera década de funcionamiento, el clima de optimismo en torno al Hospicio y el tratamiento moral fue evidente. Al concluir su primer año, las autoridades de la SBPL consideraban al Hospicio de Insanos como “uno de los monumentos que

²¹¹ “Inauguración de las loquerías”. *Gaceta Médica de Lima*, Lima, año 6, tomo 4, nro. 79, 31 de diciembre de 1859, p. 385.

²¹² “Inauguración de las loquerías”. “*Gaceta Médica de Lima*, Lima, año 6, tomo 4, nro. 79, 31 de diciembre de 1859, pp. 387-389.

²¹³ *El Comercio*, Lima, año 21, nro. 6259, 21 de diciembre de 1859, p. [3].

acreditan el verdadero progreso del país y el interés con que la Sociedad se consagra al alivio del infortunio”. Asimismo, destacaban las 51 altas en contraste con 25 fallecimientos, lo que interpretaron como “una prueba incuestionable de los buenos métodos curativos y de los tratamientos oportunos adoptados para la asistencia de los insanos” (SBPL, 1861, p. 15). De esta manera, se cumplía el objetivo de sus impulsores: transformar a los sujetos anormales en individuos funcionales para un Estado en constante progreso. Según el ideal expresado, “seres vueltos al goce de sus facultades intelectuales y morales son otros tantos miembros redimidos de la sociedad, á cuyo progreso deben contribuir con su trabajo y su inteligencia” (SBPL, 1867a, p. 10).

El optimismo trascendió las paredes del Hospicio. Al inicio de este capítulo, abrimos con la crónica del 5 de marzo de 1860 de un corresponsal de *El Comercio*, quien visitó el recién inaugurado Hospicio. En su narración, aplaudió los avances en la implementación del tratamiento moral, el estricto cumplimiento del reglamento en el establecimiento y el desempeño de Ulloa como médico titular. Además, resaltó la apertura del manicomio como un punto de inflexión en comparación con las antiguas loquerías y su trato inhumano de la locura en Lima²¹⁴. Por su parte, Mercedes Eléspuru y Laso celebró que en el Hospicio los pacientes eran libres de la postración y exposición pública que sufrían en la loquería de San Andrés, siendo “objeto de las más tiernas contemplaciones, y de los más solícitos cuidados”²¹⁵.

La tesis de bachiller en medicina de Federico Monje-Ledesma, defendida en 1866, es un testimonio no solo del clima de optimismo sobre el Hospicio, sino también de su apertura para la investigación en el campo del alienismo en el Perú. Monje, quien fue interno del Hospicio durante dos años, aprovechó esa experiencia para elaborar una tesis sobre la etiología de la enajenación mental en Lima entre 1863 y 1865, bajo la supervisión del propio Ulloa. Esta obra representa probablemente la primera tesis desarrollada explícitamente dentro del marco del alienismo francés en el Perú. Monje consideró que el Hospicio llegó en un momento clave para la historia de Lima, cuando el avance de la civilización y la modernidad, junto con sus problemas inherentes, eran causas significativas en el crecimiento de la locura en la capital:

[...] habiendo siempre marchado esta Capital a la vanguardia de la civilización de las demás ciudades de la República, debiera ser en ella mayor la acumulación de habitantes, más exageradas sus aspiraciones, su lujo más espléndido, sus goces más enervantes y más grande la miseria; todas condiciones que obran activamente en la producción de la locura [...] [el aumento de la civilización hace] más difícil la práctica de las reglas de la higiene pública y privada, multiplicando las necesidades, fomentando las pasiones, despertando el deseo inmoderado de grandes empresas, que producen fuertes decepciones y cambios bruscos de fortuna, aumentando el número de miserables, etc. etc., no puede negarse que la civilización es una fuente fecunda de padecimientos del espíritu²¹⁶.

²¹⁴ “Visita a los locos”. *El Comercio*, Lima, año 22, nro. [6814], 5 de marzo de 1860, p. [2].

²¹⁵ “El día de San Andrés”, por Mercedes Eléspuru y Laso. *La Alborada*, Lima, año 1, nro. 8, 5 de diciembre de 1874, p. 59.

²¹⁶ “Consideraciones etiológicas sobre la enajenación mental en Lima”, por Federico Monje-Ledesma. *Gaceta Médica de Lima*, Lima, año 10, tomo 10, nro. 216, 15 de enero de 1866, p. 113.

A esta apertura para el conocimiento también podemos adicionar una breve apertura para la presencia femenina en el ámbito médico del Hospicio, específicamente con el caso de Justa Retamoso, quien efectuó prácticas médicas en el Hospicio a inicios de la década de 1860, aunque no contaba con formación formal. Nacida en Arequipa, Retamoso ejerció como practicante empírica de la medicina durante más de 20 años en su tierra natal, atendiendo de forma gratuita a personas de escasos recursos que padecían enfermedades como la pleuresía y la disentería. Oliart (1999, pp. 277-279) señala que probablemente se trataba de una mulata o mestiza, pues era devota de Martín de Porres. Su aprendizaje se basó en “lecciones orales” de médicos locales como Mariano Bellido y en lecturas de compendios médico-farmacológicos, como los de Giacomo Andrea Giacomini, de las que derivó un cuaderno de apuntes que utilizaba como guía (Retamoso, 1864, pp. 3-4). Gracias a su experiencia, afirmó haber “curado á dos personas de Epilepsia y á otras dos de alienación mental”, lo que la llevó a especializarse en enfermedades mentales y a desarrollar un método propio para tratar la locura, asegurando: “mi método para la locura es absolutamente mío” (Retamoso, 1864, p. 5).

Para afianzar su práctica, viajó a Lima, donde obtuvo el permiso de José Cayetano Heredia y Miguel de los Ríos, decanos de la Facultad de Medicina, en un contexto en el que se prohibían las prácticas informales de curanderos aficionados y se promovía la formalización de la medicina, tendencia en la que también estuvo inserta Ulloa (Oliart, 1999, p. 275). Tras una experiencia de “más de nueve años” (Retamoso, 1864, p. 3), publicó en *El Comercio* su “Método curativo de la alienación mental o locura, por Justa Retamoso, conocida en la capital de Lima como la doctora del Cercado”²¹⁷, el cual luego publicó en un folleto de 9 páginas. Señaló que en diez años había curado a siete hombres y ocho mujeres y mencionó dos casos no finalizados debido a la falta de fe de los pacientes en el tratamiento, concluyendo: “El haber sanado tantos enfermos, demuestra, que puede curarse, con buen éxito, un noventa por ciento, cuando menos, de alienados” (Retamoso, 1864, p. 6). El tratamiento de Retamoso incluía elementos de la farmacopea, como la quinina, así como la ejecución de sangrías, purgantes e hidroterapia, junto con restricciones al consumo de alcohol y opio. La duración del tratamiento variaba de 70 días a 4 años, según el paciente, con baja probabilidad de recaída. Además, adoptó el tratamiento moral en su enfoque, declarando: “Jamás permito que á los insanos se les castigue ni se lesate [les ate]” (Retamoso, 1864, p. 9), una visión que probablemente aprendiese en el Hospicio y Ulloa. Luego de publicado el folleto, Retamoso continuó con su ejercicio empírico, apareciendo entre las mujeres “charlatanes” en la *Gaceta Médica de Lima* en los siguientes términos: “Cura toda forma de locura y la mayor parte de las enfermedades. Vive en la calle de los Gallinacitos, altos número 9”²¹⁸.

²¹⁷ “Método curativo de la alienación mental o locura, por Justa Retamoso, conocida en la capital de Lima como la doctora del Cercado”. *El Comercio*, Lima, año 26, nro. 8438, 8 de noviembre de 1864, p. [2-3].

²¹⁸ “Charlatanes”. *Gaceta Médica de Lima*, Lima, año 10, tomo 10, nro. 222, 15 de abril de 1866, p. 188.

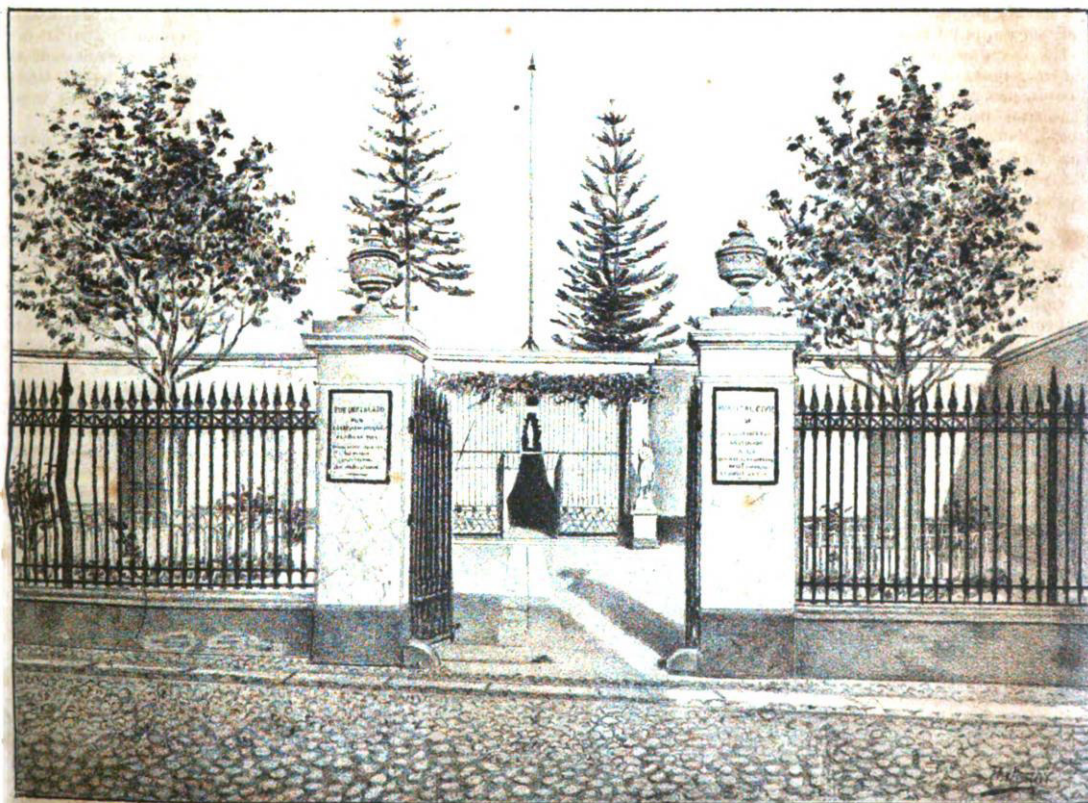


Figura N° 14. Grabado de la vista exterior del Hospicio de Insanos en 1889. Fuente: *El Perú Ilustrado*, Lima, año 3, nro. 107, sábado 25 de mayo de 1889, p. 97.



Figura N° 15. Vista exterior del Hospicio de Insanos en 1900. Fuente: Garreaud (1900).

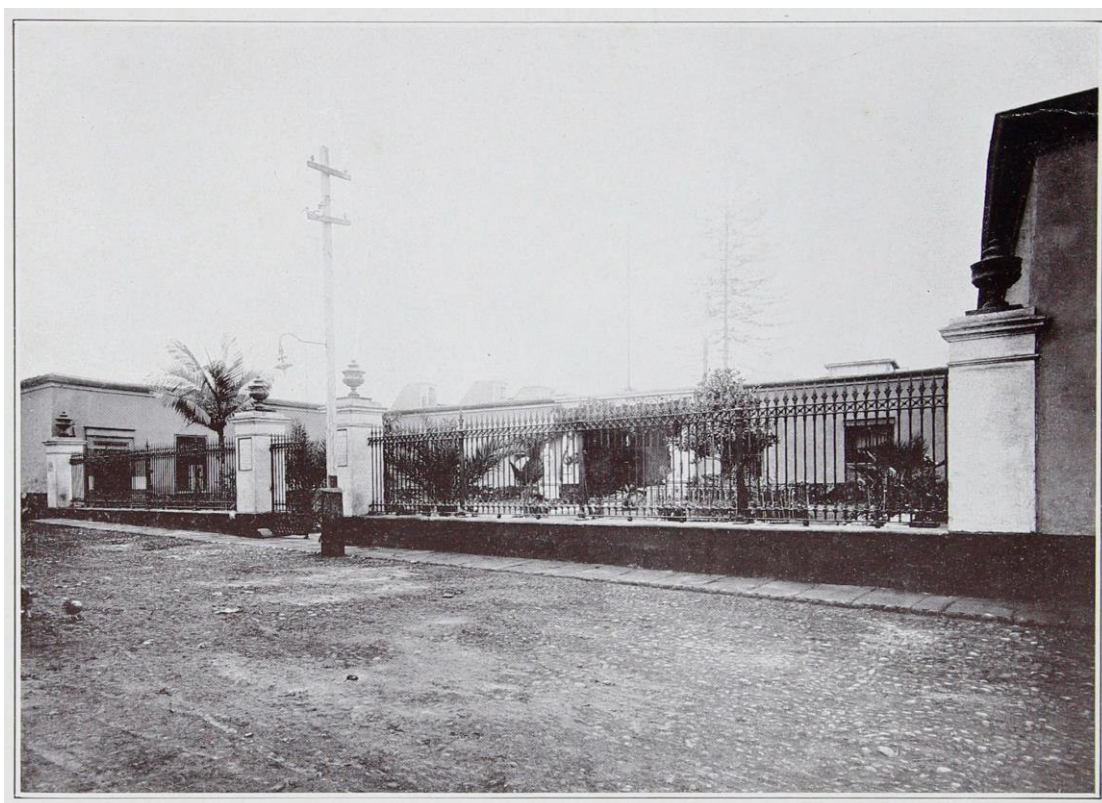


Figura N° 16. Vista exterior del Hospicio de Insanos en 1913. Fuente: SBPL (1913).



Figura N° 17. Entrada del Hospicio de Insanos en 1906, adornada con las esculturas en mármol de Hipócrates y Galeno, las cuales actualmente se encuentran en la entrada del Hospital Víctor Larco Herrera (av. del Ejército N° 600, Magdalena del Mar, Lima).

Fuente: *Actualidades*, Lima, año 4, nro. 152, 24 de febrero de 1906, p. 168.



Figura N° 18. Fachada del I. E. P. N. P. Alipio Ponce Vásquez (av. Sebastián Lorente 769, Barrios Altos, Lima), ubicado en el antiguo Hospicio de Insanos. Fuente: Fotografía del autor, 6 de abril de 2025.

3. Institucionalización formal de la locura: El discurso alienista y el tratamiento moral de la locura en los dispositivos legales del Hospicio de Insanos (1859-1897)

El primer dispositivo legal del Hospicio de Insanos fue su reglamento interno, aprobado por la SBPL el 24 de noviembre de 1859 y por el gobierno el 4 de abril de 1860²¹⁹. Entre sus firmantes figuraron Juan Oviedo, Juan José Moreyra, Francisco de Paula Romero y Juan José Landaburú, autoridades de la SBPL. Aunque Ulloa no figuró entre ellos, su influencia en la elaboración de este dispositivo es evidente, como analizaremos a continuación, sin olvidar que en él recayó el cargo de médico en jefe del establecimiento, el cual desempeñó hasta su fallecimiento en 1891.

El reglamento de 1859 abarcaba diversos aspectos fundamentales para el funcionamiento del Hospicio de Insanos. Entre estos se incluían el régimen gubernativo, administrativo, religioso y médico; la admisión, cuidado y alta de los enajenados; la disciplina interior y la distribución del tiempo y actividades diarias. Además, establecía la distribución del local y regulaba las visitas y el acceso de personal ajeno al establecimiento, entre otros aspectos importantes. Estos detalles contribuyeron a estructurar de manera integral el funcionamiento del Hospicio y asegurar el cumplimiento de sus objetivos terapéuticos y administrativos bajo los preceptos analizados con anterioridad.

²¹⁹ “Proyecto de Reglamento para el Hospicio de Insanos”. *El Peruano*, Lima, año 19, tomo 38, nro. 28, 11 de abril de 1860, pp. 107-109.

Durante nuestro análisis, también consideraremos la lectura del reglamento de 1897, en cuya formación jugó un papel importante Manuel Antonio Muñiz, sucesor intelectual de Ulloa en el Hospicio y médico titular del departamento de hombres entre 1890 y 1897. Aunque posterior, y claramente influenciado por el contexto de críticas y reformas al Hospicio de Insanos desarrolladas desde la década de 1880, sus artículos ofrecen diversas continuidades en torno al tratamiento moral en el Hospicio de Insanos. En algunos casos, el reglamento de 1897 proporciona descripciones más específicas de aspectos que fueron tratados de manera más general en el reglamento de 1859. Esto permitirá una comprensión más completa y matizada del tema, complementada con la producción escrita de Ulloa y sus memorias como médico en jefe del Hospicio de Insanos, insertadas en las memorias de la SBPL.

3.1. El certificado médico y la admisión de los amentes

El reglamento de 1859 definía al Hospicio como “un establecimiento público destinado á la asistencia y curación de los amentes de ambos sexos”²²⁰. Solo se admitiría a aquellos que hubieran sido clasificados como tales, y en ningún caso se aceptaría el internamiento como un medio de corrección o secuestación de individuos en uso de razón, como sucedía en las antiguas loquerías. Esta normativa subrayaba el propósito terapéutico del manicomio y buscaba evitar los abusos del pasado, como internamientos injustificados o internos políticos, asegurando que solo los verdaderamente necesitados de tratamiento recibieran atención en el establecimiento.

Existían dos tipos de internamiento en el Hospicio: las admisiones ordinarias y las urgentes. Para las admisiones ordinarias, era necesario presentar un certificado firmado por dos médicos que acreditaran la existencia de enajenación, similar a lo que se requería en Francia desde la ley de alienados de 1848. Esta cláusula buscaba consolidar la autoridad del galeno y garantizar que las decisiones sobre el ingreso de pacientes estuvieran fundamentadas en criterios médicos, relegando la intervención directa de la policía o las familias, quienes en el pasado habían asumido esta prerrogativa sin supervisión médica. Algunos de los médicos que ofrecieron certificados médicos en Lima para los enajenados entre 1859 y 1897 fueron Celso Bambarén, Saturnino Velásquez Flores, Miguel Aljovín de Lama, David Matto, Eduardo Sánchez Concha, Manuel Antonio Muñiz, Celso González, Leandro Loli, Nicanor Pancorvo, José Jacinto Corpancho, Leonardo Villar, Ignacio La Puente, Arosemena Quesada, y, desde luego, Ulloa²²¹. Muchos de ellos fueron catedráticos de la Facultad de Medicina y/o especializados en París. El caso de los indigentes, adicionalmente se solicitaba un certificado de indigencia expedido por el cura de la parroquia del paciente, o en su defecto, por tres vecinos notables del distrito.

Sin embargo, el criterio médico perdía territorio cuando se trataba de admisiones urgentes o de emergencia. Según el reglamento, en ausencia del certificado médico,

²²⁰ “Proyecto de Reglamento para el Hospicio de Insanos”. *El Peruano*, Lima, año 19, tomo 38, nro. 28, 11 de abril de 1860, p. 107.

²²¹ MHP HVLH, [Registro de admisión del departamento de mujeres del Manicomio de Lima, 1859-1908]; [Registro de admisión del departamento de hombres del Manicomio de Lima, 1859-1897].

bastaba la declaración del cura o de tres vecinos notables que acreditaran que el individuo en cuestión representaba un peligro para la seguridad pública. La inclusión del cura como testigo reflejaba su rol como figura de confianza y garantía testimonial, dado que los clérigos eran vistos como personas de alta integridad y conocimiento de la comunidad. Además, el conductor del paciente, ya fuera un familiar u otra persona responsable, debía adjuntar una relación escrita de todo lo que hubiera observado de él o, en su defecto, responder a las consultas del personal que lo recibiera. Estos requisitos podían exceptuarse si la admisión era ordenada por una autoridad competente, siempre y cuando se realizara la indagación correspondiente para garantizar que se trataba efectivamente de un enajenado, indagaciones que no siempre se cumplían, como se analizará en el tercer capítulo.

El reglamento establecía un sistema estructurado de pagos basado en la capacidad económica del paciente o sus familiares. Aquellos acreditados como pobres accedían al régimen gratuito, mientras que quienes no se encontraban en esa situación debían pagar sus estancias bajo el régimen de pensionistas. Este último se dividía en dos categorías: la segunda categoría o común, con un costo de un peso diario, y la primera categoría o especial, con un costo de dos pesos diarios. Los pacientes de primera categoría recibían un trato especial, incluyendo alojamiento en un cuarto separado y una alimentación más esmerada. Para los enajenados remitidos desde el extranjero, las tarifas eran el doble de las señaladas.

Una vez ingresado el paciente, ya fuera en el departamento de varones o de mujeres, el reglamento propiciaba su clasificación según su casuística. Podía ser derivado a cualquiera de los cuatro cuarteles disponibles por género: locos tranquilos; dementes y epilépticos; agitados; y sucios. Esta clasificación muestra un esfuerzo por proporcionar cuidados específicos y mantener el orden dentro del manicomio, propuesta inspirada en la ley sobre alienados de 1838 impulsada por Esquirol en Francia. Asimismo, las celdas disponibles por departamento serían empleadas únicamente para los locos furiosos y aquellos que requirieran asistencia especial. La segregación por severidad en estas celdas para los casos más graves indica una preocupación por la seguridad de los demás pacientes y la necesidad de atención especializada.

Como ha señalado Torres (2014, p. 90), el aislamiento del enajenado era considerado relevante por dos razones. Primero, permitía retirar del espacio público a individuos potencialmente peligrosos, ya fuera por sus impulsos impredecibles o por las ofensas morales que podrían representar. Y segundo, alejaba al paciente de aquel ambiente o relaciones sociales que pudieron haber ocasionado o desencadenado la enajenación. El encierro buscaba ofrecer las condiciones necesarias para ordenar la vida de los enfermos mediante la sumisión y disciplina, siendo el médico el portavoz de la razón y el responsable de encaminar al paciente hacia ella.

Finalmente, respecto al alta del paciente, esta podía ser autorizada exclusivamente por el médico, siempre y cuando se comprobara la curación del paciente, excepto en los casos en que el alta fuera ordenada por mandato de una autoridad. También se podía dar

de alta a un paciente a solicitud de las personas con derecho de tutela sobre él, siempre y cuando su liberación no representara un peligro para la seguridad pública.

Resulta importante anotar que, a diferencia de las antiguas loquerías y su práctica del día de San Andrés el 30 de noviembre, el ingreso al Hospicio de Insanos estaba prohibido para personas ajenas a los pacientes. Un corresponsal señaló en 1860 que “era prohibido penetrar al recinto de los locos”²²². Asimismo, el reglamento de 1897 fue muy incisivo en ello: “Las personas extrañas al Establecimiento no podrán visitarlo, siendo prohibido todo permiso de visita, salvo cuando el Director o Inspector acompañen á los particulares á quienes estimaren dignos de esa atención” (Hospicio de Insanos, 1897, p. 34).

3.2. La injerencia del inspector del Hospicio de Insanos

El gobierno del Hospicio de Insanos corrió a cargo de tres autoridades, posicionadas en el reglamento interno en el orden que a continuación se señala: primero, el inspector o mayordomo, representante de la SBPL en del establecimiento; segundo, la madre superiora de las Hermanas de la Caridad, responsable de la administración; y tercero, el médico en jefe, quien tenía la alta dirección del régimen médico de los enajenados.

Aunque las distintas autoridades del Hospicio tenían responsabilidades específicas, el inspector actuaba como jefe directo, ejerciendo influencia sobre todas las actividades y actores del establecimiento, incluidos empleados, dependientes y pacientes. Su rol abarcaba, por un lado, la supervisión del orden, el servicio, la economía, el mantenimiento y la higiene del Hospicio; y, por otro, la implementación y cumplimiento del reglamento interno (Oviedo, 1862, p. t. 8, 205). Además, como intermediario entre la SBPL y el Hospicio, el inspector regulaba las relaciones entre la institución y entidades estatales o privadas vinculadas, tales como intendencias, cárceles, juntas departamentales, sociedades de beneficencia y hospitales. El cargo de inspector tenía una duración anual, con posibilidad de reelección, y era otorgado a uno de los socios de la SBPL.

Entre 1859 y 1889, la mayoría de los inspectores del Hospicio provenían de una élite económica fortalecida por la bonanza guanera, vinculada al movimiento civilista y asociada al Club Nacional. Estos incluyeron a personajes como Juan J. Landaburu, el primer inspector (Fuentes, 1860, p. 90; SBPL, 1861); Ignacio Osma, diplomático y civilista, fundador del Club Nacional y futuro alcalde de Lima (Cabello, 1865, p. 119); José de la Riva Agüero y Looz Corswarem, también civilista y fundador del Club Nacional, futuro ministro de Hacienda (SBPL, 1870, p. vi); Pedro Correa y Santiago, comerciante y banquero que gestionó el Hospicio tanto antes como durante la crisis de la guerra del Pacífico (Cabello, 1873, p. 186; SBPL, 1880b, p. 207; SBPL, 1881, p. 131); y Manuel Jiménez San Martín, arquitecto que lideró la reforma del manicomio en 1888 (SBPL, 1878, anexo 14; SBPL, 1888b, p. 44).

El perfil no médico de los inspectores definió significativamente su enfoque de gestión, caracterizado por una racionalidad pragmática orientada principalmente a optimizar la administración económica del Hospicio. Este enfoque, aunque esencial para la sostenibilidad institucional, generó frecuentes tensiones con los médicos, quienes, a

²²² “Visita a los locos”. *El Comercio*, Lima, año 22, nro. [6814], 5 de marzo de 1860, p. [2].

pesar de estar subordinados a la autoridad del inspector, intentaban centrar sus esfuerzos en priorizar los aspectos médicos y terapéuticos. Estas fricciones reflejan las contradicciones inherentes entre la lógica administrativa y las demandas del ámbito médico, un tema que será abordado en mayor profundidad en el tercer capítulo.

3.3. El régimen administrativo de las Hermanas de la Caridad

Tras establecer las funciones del inspector o mayordomo, el reglamento interno de 1859 procedió a normar las responsabilidades asignadas a las Hermanas de la Caridad. Aunque el documento no especifica de manera explícita la jerarquía entre el inspector, las Hermanas de la Caridad y los médicos, la disposición de los artículos debe interpretarse en un contexto donde la sociedad peruana favorecía la presencia de congregaciones religiosas europeas. En este escenario, la caridad de estas congregaciones se asociaba con el progreso en la asistencia y administración hospitalaria, como se analizó en el primer capítulo de esta tesis.

Los reglamentos de 1859 y 1897 asignaron la responsabilidad administrativa del Hospicio de Insanos a las Hermanas de la Caridad, quienes mantuvieron el control de esta función durante toda la existencia de la institución. Esta participación no fue exclusiva del caso peruano: las Hermanas de la Caridad también desempeñaron funciones similares en otros manicomios latinoamericanos, como el Hospicio Pedro II en Brasil (Facchinetti, 2022, p. 35), el Manicomio de Quito (Yépez, 2025, p. 109), el Asilo de Dementes de Montevideo (Duffau, 2019, pp. 30-32), entre otros. Estos casos contrastan en parte con el chileno, donde, a pesar de que las Hermanas de la Caridad estaban presentes en hospitales desde 1854 y de que las autoridades promovieron durante décadas la incorporación de congregaciones religiosas en la Casa de Orates de Santiago para suplir la falta de personal asistencial, recién en 1895 las Hermanas de San José de Cluny —también de origen francés— lograron asumir formalmente tareas de asistencia y administración en dicho manicomio (Aguirre, 2019, pp. 103-104; Rupertthuz, Sánchez y Gálvez, 2022, pp. 165-166).

A las Hermanas de la Caridad se les asignaron cuatro funciones en el Hospicio de Insanos: primero, la gestión económica del establecimiento; segundo, impartir orientación moral a los pacientes, basada en preceptos religiosos; tercero, brindar cuidado directo a los enfermos, una tarea que, a partir del siglo XX, fue asumida por el personal de enfermería especializado en psiquiatría; y cuarto, encargarse de las labores domésticas en el hospital. Estos roles estaban fuertemente influenciados por cuestiones de género de la época, lo que Rupertthuz, Sánchez y Gálvez (2022, pp. 167-168) han denominado, desde el estudio del caso chileno, “la feminización de la atención del servicio psiquiátrico”, lo cual perdura, en parte, hasta nuestros días. Estos roles reproducían el estereotipo femenino referente al cuidado del incapaz, en este caso ya no de los párvulos, sino los locos, en donde las mujeres eran consideradas como dispuestas innatamente a ello. Para el caso de las Hermanas de la Caridad, se le sumó su devoción y entrega sin restricciones a la caridad, pues al ser sujetos no consagrados a la reproducción, podían dedicarse exclusivamente a las labores de cuidado. De esta forma no se irrumpía en los roles de género de la sociedad capitalista del siglo XIX: los hombres productivos en las

fábricas y las mujeres reproductivas en la casa (Ruperthuz, Sánchez y Gálvez, 2022, p. 168).

El reglamento proporciona detalles específicos sobre las responsabilidades mencionadas. En términos de la gestión, esto implicó la administración de la casa: supervisar y dirigir al personal y dependientes, cuyo nombramiento recaía de la madre superiora y el inspector; la preparación de presupuestos anuales para los gastos habituales, junto con informes mensuales detallados de ingresos y egresos; la adquisición de los materiales e insumos esenciales, entre otros aspectos. En cuanto a las tareas domésticas, el reglamento establecía que debían encargarse del manejo de la ropa, la despensa, la cocina, la lavandería y actividades similares. Resulta notable que también se les asignara responsabilidad en la botica, una designación que suscitó críticas por parte del gremio médico desde la década de 1850²²³. Según el reglamento, la boticaria tenía la responsabilidad de proveer todos los medicamentos. Dado que las religiosas eran quienes tenían contacto directo con los pacientes, su función como dispensadoras de medicamentos se ajustaba a los lineamientos establecidos por el reglamento.

Sin embargo, su presencia en la botica solo se refería a su labor dispensadora, es decir, asistencial, pero no respecto a la medicación propiamente dicha, la cual se debía seguir estrictamente conforme a las recetas médicas elaboradas por el médico. Desde luego, esto respondía a una diferenciación a partir de la especialización médica del profesional, a pesar de que las Hermanas de la Caridad contaban con amplia experiencia en hospitales. Sin embargo, también respondió a una connotación binaria del género: por un lado, los médicos, varones valúes de la ciencia y razón; por otro lado, las religiosas, mujeres que encabezaban la moral y afecto materno (Ruperthuz, Sánchez y Gálvez, 2022, p. 169). Esta connotación binaria se visualiza si ahondamos en el ya señalado reglamento de 1859: la administración de la casa por parte de las Hermanas de la Caridad y el médico en jefe con las responsabilidades médicas e higiénicas respectivas. También lo observamos en la diferenciación de los guardianes del Hospicio de Insanos: en 1870, por ejemplo, existían 5 guardianes y 6 guardianas (SBPL, 1871, p. 28), unos para la fuerza de los locos varones y otras para las mentes débiles y sensibles de las mujeres.

3.4. El servicio médico y el tratamiento moral de la locura

Según el reglamento de 1859, el servicio médico del manicomio estaba compuesto por tres entidades: el médico en jefe, los internos de medicina y los guardianes. Respecto al médico en jefe tenía la responsabilidad de la “alta dirección del régimen de los amentes, bajo el punto de vista médico e higiénico”, dependiendo de él “la moralización, la curación, el régimen [sic] alimenticio y cuanto comprende la higiene [sic] de los amentes”²²⁴. Entre sus obligaciones más destacadas estaban: expedir los vales de admisión y alta del paciente, distribuyéndolo al cuartel correspondiente según su casuística; realizar al menos dos visitas diarias al establecimiento, además de una

²²³ *Gaceta Médica de Lima*, Lima, año 3, tomo 3, nro. 50, 15 de octubre de 1858, pp. 37-38; año 3, tomo 3, nro. 53, 30 de noviembre de 1858, p. 70-71.

²²⁴ “Proyecto de Reglamento para el Hospicio de Insanos”. *El Peruano*, Lima, año 19, tomo 38, nro. 28, 11 de abril de 1860, p. 109.

supervisión constante en casos urgentes; y supervisar la redacción y formación de los registros médicos, como el registro de admisión y las historias clínicas, asegurando que se anotara cada quince días el estado de los pacientes bajo tratamiento.

En segundo lugar, los internos de medicina, con al menos uno en cada departamento del manicomio, tenían varias funciones clave. Debían acompañar al médico en jefe durante sus visitas y encargarse de las anotaciones o recetarios necesarios. También realizaban dos visitas diarias para complementar las observaciones y requerimientos del médico en jefe. Además, eran responsables de llevar el registro médico del establecimiento bajo la supervisión del médico en jefe y de asumir las funciones de este en su ausencia. Asimismo, residían en el establecimiento, alternándose en guardias.

En tercer lugar, estaban los guardianes, con un mínimo de uno por cada doce pacientes. Dado que el Hospicio se inauguró con 153 pacientes, el número mínimo de guardianes debería haber sido de al menos una docena. Entre sus funciones, los guardianes debían supervisar y asistir en el proceso de vestimenta, aseo y alimentación de los pacientes; prevenir riñas o disputas entre ellos; vigilar posibles intentos de evasión; monitorear a los pacientes durante las horas de trabajo y recreación; y asegurar el cumplimiento de la distribución del tiempo y la disciplina establecida en el reglamento. Asimismo, según Ulloa, el cargo de guardián “además de cierta educación, requiere un natural dulce y benévolo, que no excluya la energía y severidad, necesarios en los casos convenientes” (SBPL, 1884, pp. 66-67). El reglamento de 1897 adicionó que debían procurar de “no reír en presencia de los pacientes” (Hospicio de Insanos, 1897, p. 28), posiblemente ante las burlas que anteriormente ejercían los cuidadores hacia los locos en las antiguas loquerías.

Lo común que atravesaba al médico en jefe, internos y guardianes, así como a las Hermanas de la Caridad y todo trabajador del manicomio (bañeros, barberos, porteros, cocineros, lavanderos, etc.) era el tratamiento moral. Ulloa lo consideraba como más oportuno, incluso, que el tratamiento medicinal: “El tratamiento moral, más eficaz que el mismo tratamiento médico” (SBPL, 1884, p. 68). Respecto al trato del paciente, el reglamento de 1859 señaló que “Los amentes deben ser tratados con dulzura y suavidad”, y cualquier incidente debía solucionarse “mediante la persuasión y la dulzura, sin injuriar ni maltratar á [...] [los] pacientes de obra ó de palabra”; tampoco debía contradecírsele sino por medio de “las más dulces persuasiones”²²⁵. Los guardianes que emplearan violencia física o verbal serían penalizados severamente: la primera infracción resultaría en la pérdida de la mitad de su sueldo, la segunda en la totalidad de este, y la tercera infracción con la expulsión del establecimiento. Además, estaba prohibido mencionar o dialogar sobre el estado del paciente tanto a él mismo como a terceros.

Sin embargo, si bien se procuraba un trato humanitario con los enajenados, también debía mantenerse una relación de autoridad con ellos. En este contexto, se permitía aplicar coerción cuando fuese necesario, procurando que esta fuera lo más ligera posible. Sobre la represión física, el reglamento especificaba que estaba “prohibido

²²⁵ “Proyecto de Reglamento para el Hospicio de Insanos”. *El Peruano*, Lima, año 19, tomo 38, nro. 28, 11 de abril de 1860, p. 109.

emplear con los amentes ningún medio de rigor, como el látigo, cepo, etc.”²²⁶, que se utilizaban en las antiguas loquerías. Los únicos métodos de amonestación permitidos incluían prohibiciones y, en casos graves, inmovilizaciones, muchos de los cuales contaban con la aprobación de la obra de Pinel:

Art. 58. Los únicos medios de corrección que pueden emplearse, son las amonestaciones, el cambio de departamento, la privación del paseo, el aislamiento, la supresión de una visita, de un vestido, la exposición en el sillón de la fuerza, la camiseta de fuerza, el baño frío, la ducha y las abluciones frías²²⁷.

El uso de estos medios debía ser autorizado por el médico en jefe o, en su defecto, por los internos de medicina. Los guardianes solo podían implementar el aislamiento en celda y la camisa de fuerza en situaciones de necesidad extrema y únicamente con la autorización de la superiora, pero debían informar inmediatamente al médico en jefe sobre tales medidas.

El rol de los médicos del manicomio era devolver la razón a los locos y, en consecuencia, reinsertarlos socialmente, o al menos calmar los síntomas más agudos de sus padecimientos. Para lograr este objetivo, el tratamiento moral se consideraba fundamental. No se trataba simplemente de ofrecer un asilo, sino de proporcionar una institución curadora, donde la intervención médica y el entorno disciplinado y moralmente adecuado trabajaran juntos para restaurar el equilibrio mental de los pacientes. Este enfoque, al menos en los dispositivos legales, buscaba integrar tanto la ciencia médica como principios humanitarios y disciplinarios para buscar la recuperación integral de los individuos.

3.5. Regulación del tiempo y el control de los cuerpos

Los reglamentos de 1859 y 1897 dedicaron un apartado para la distribución del día a día de los pacientes del Hospicio de Insanos, quienes permanecían en actividad desde alrededor de las 6:00 hasta las 20:00 horas, con algunos cambios según la estación del momento. Una reconstrucción del horario diario puede ser consultada en la Tabla N° 3.

²²⁶ “Proyecto de Reglamento para el Hospicio de Insanos”. *El Peruano*, Lima, año 19, tomo 38, nro. 28, 11 de abril de 1860, p. 108.

²²⁷ “Proyecto de Reglamento para el Hospicio de Insanos”. *El Peruano*, Lima, año 19, tomo 38, nro. 28, 11 de abril de 1860, p. 108.

Tabla N° 3. Distribución del día para los pacientes del Hospicio de Insanos.			
Hora	Reglamento interno de 1859	Reglamento interno de 1897	
06:00 – 06:30	Despertar. Oración en común. Misa (días de precepto, es decir, domingos). Aseo de los departamentos, contando con el apoyo de los pacientes que estuviesen en el estado de hacerlo. [Desayuno]	Repique con campana para despertar.	
06:30 – 07:00		Desayuno.	
07:00 – 07:30			
07:30 – 08:00		Ejercicio de gimnasia. Marchas.	
08:00 – 08:30	Visita del médico.	Distribución de remedios. Visita médica.	
08:30 – 09:00	Trabajo.		
09:00 – 09:30			
9:30 – 10:00			
10:00 – 10:30	[Almuerzo]	Almuerzo. Descanso. Lectura. Música. Juegos diversos. Trabajo manual.	
10:30 – 11:00			
11:00 – 11:30	Trabajo.		
11:30 – 12:00			
12:00 - 12:30			
12:30 - 13:00			
13:00 - 13:30	Siesta.	Distribución de remedios.	
13:30 - 14:00		Baños generales y especiales para los gratuitos.	
14:00 - 14:30	Trabajo.		Distribución de remedios. Aplicaciones eléctricas.
14:30 - 15:00			
15:00 - 15:30		Comida. Paseo.	Comida. Distribución de remedios.
15:30 - 16:00			
16:00 - 16:30			
16:30 - 17:00			
17:00 - 17:30	Marchas. Gimnasia. Descanso.		
17:30 - 18:00			
18:00 - 18:30			
18:30 - 19:00	Oración en común. Dormir.	Distribución de alimentos. Repique con campana para acostarse.	
19:00 - 19:30			
19:30 - 20:00			
Visitas de familiares o responsables de los amentes	Domingos y jueves de 12:00 a 15:00 horas.	Domingos y jueves de 12:00 a 14:00 horas.	

Tabla N° 3. Distribución del día para los pacientes del Hospicio de Insanos.
Reconstrucción a partir de los reglamentos de 1859 y 1897. Fuente: “Proyecto de Reglamento para el Hospicio de Insanos”. *El Peruano*, Lima, año 19, tomo 38, nro. 28, 11 de abril de 1860, pp. 107-108; Hospicio de Insanos (1897, pp. 24-25).

Los diversos hitos en la rutina diaria de los pacientes eran anunciados por el toque de una campana y supervisados por los guardianes, estableciendo un modelo estricto de regulación del tiempo y la rutina. Esto incluía la distribución de remedios, baños y alimentación en horarios específicos, demostrando un control detallado sobre las necesidades corporales y la salud física de los pacientes, reflejando una gestión casi total del cuerpo. Esta organización minuciosa garantizaba que cada aspecto de la salud y el bienestar de los pacientes estuviera bajo supervisión constante, asegurando que recibieran el tratamiento o terapia adecuada en el momento oportuno. No todos los pacientes participaban en todas las actividades diarias, sino de acuerdo con sus capacidades individuales. Por ejemplo, algunas tareas no podían ser realizadas debido a los efectos de sus trastornos mentales. Aquellos en condiciones adecuadas incluso participaban en la limpieza de sus habitaciones y del establecimiento, aprendiendo la importancia del aseo a través de la práctica.

Este diseño, partiendo de la propuesta de Foucault (2007, p. 17), ofrece un sistema de vigilancia constante que inducía a la autorregulación y el control interno en aquellos que son observados, sin necesariamente requerir la presencia física constante de los guardianes. El uso de campanas para marcar el inicio y fin de actividades es un claro ejemplo de la disciplina temporal, donde los pacientes eran condicionados a responder a estímulos externos para regular sus comportamientos. Al respecto, Ulloa, influenciado en un “célebre alienista”, señaló que el manicomio era como “una red de la que rodea el médico á sus enfermos, para coordinar sus movimientos, regular sus pensamientos, moderar sus sentimientos y presidir á todas sus operaciones” (SBPL, 1884, p. 68). Esto era, como señalaba Pinel (1804, p. 115), la terapéutica de la locura y, por ende, el oficio del alienista. El inspector del Hospicio M. Moscoso Melgar complementó este enfoque en los siguientes términos:

En el tratamiento de las diversas formas de enagenación mental deben intervenir no sólo los agentes farmacéuticos, sino también la disciplina interior, la distribución del trabajo y su duración, los paseos, las licencias [de salida temporal] por ensayo ó convalecencia, los ejercicios físicos y hasta las distracciones (SBPL, 1894a, p. 118).

Los reglamentos de 1859 y 1897 señalaron cuestiones relacionadas al trabajo, ejercicio, ocupaciones y distracciones de los pacientes, las cuales también se vieron determinadas por cuestiones de género. Una de las terapéuticas empleadas en los pacientes era lo que posteriormente fue denominada como laborterapia o ergoterapia, la cual se sustentaba en el trabajo como una herramienta para la recomposición mental, siguiendo los parámetros impulsados por el tratamiento moral y el alienismo francés. El optimismo frente al trabajo terapéutico era notorio en las autoridades del Hospicio. En 1860 se señalaba al interior del manicomio que “la ocupación y el trabajo son, más bien que un trabajo higiénico, un agente poderoso de derivación, entonces la curación de la locura se facilitará notablemente” (SBPL, 1861, p. 15). Asimismo, “su influencia es tan eficaz y bienhechora, en el tratamiento de la locura” (SBPL, 1867a, p. 11). Asimismo, en el reglamento de 1897 se recalcó que “El trabajo manual es un medio de distracción y tratamiento para todos los enfermos, sin distinción de condiciones y clases” (Hospicio de Insanos, 1897, p. 25). Aunque no recibían compensación económica por su trabajo, en

determinadas ocasiones “se le retribuye el trabajo con golosinas y objetos útiles que los alhaga”²²⁸.

Los pacientes también participaban en tareas de limpieza y mantenimiento del Hospicio (SBPL, 1876, p. 34; SBPL, 1888b, p. 41). En 1872, por ejemplo, colaboraron en el empedrado de una sección del pavimento del establecimiento (SBPL, 1873, p. 28). El propósito de este trabajo era formar “miembros redimidos para la sociedad, a cuyo progreso deben contribuir con su trabajo e inteligencia” (SBPL, 1867a, p. 10). En otras palabras, se buscaba que, al recibir el alta, los pacientes adquirieran conocimientos básicos para facilitar su reintegración económica, orientada principalmente hacia labores manuales y oficios artesanales. Este enfoque no solo reflejaba una visión funcional de la rehabilitación, sino que también buscaba impulsar a los pacientes hacia una vida productiva tras su paso por el Hospicio.

A diferencia del reglamento de 1859, el de 1897 otorgó un papel más destacado al ejercicio físico como parte de la transformación de cuerpos débiles en cuerpos fuertes, evidenciado en la inclusión de gimnasia y marchas matutinas, las cuales se “practicarán de 15 a 20 minutos” al día (Hospicio de Insanos, 1897, p. 25). Como reconoce Muñoz (2001, pp. 202-203), tras la guerra del Pacífico, la debilidad de los peruanos fue usada para explicar la derrota, lo que impulsó un discurso sobre la importancia de la educación física y el deporte para formar hombres viriles y sanos. De esta manera, la gimnasia y las marchas no solo buscaban mejorar la salud física de los pacientes, sino también inculcar disciplina y robustez. Este énfasis en el fortalecimiento físico refleja un intento de regenerar y fortalecer la nación, con la idea de que, si los pacientes eran reintegrados a la sociedad, podrían convertirse en ciudadanos útiles y robustos. La educación física tenía así un doble objetivo: mejorar la condición física individual de los pacientes y contribuir a la reconstrucción de una población capaz de enfrentar los desafíos del país con vigor y eficacia, transformando la percepción de debilidad en una de fortaleza y utilidad para la nación.

Respecto a las diversiones en el manicomio, Torres (2014, p. 93) señala que el aislamiento, la disciplina y el orden podían ocasionar costos emocionales y físicos significativos en los pacientes. Por esta razón, las actividades recreativas eran consideradas esenciales para mitigar estos efectos negativos, proporcionando a los pacientes una vía de escape del estrés y la saturación resultantes de tales prácticas. La memoria de 1866 señaló al respecto: “No solo la asistencia se reduce á la alimentación, vestido y aseo, sino también á concederles ciertas distracciones, á que se consagran con agrado” (SBPL, 1867a, p. 11). Posteriormente, Ulloa reincidió en ello: “[los] medios de diversión de la locura, como la lectura, el trabajo, ciertos géneros de distracciones tan útiles como medios morales de la curación de la locura” (SBPL, 1891, p. 80).

Las diversiones incluidas en el reglamento de 1897, como la música, la lectura y los juegos, reflejaban la sensibilidad burguesa y los valores europeos que se buscaban inculcar en el ciudadano moderno. Sobre la lectura, se señaló: “La lectura, en común ó

²²⁸ MHP HVLH, *[Libro copiador de correspondencia general y de informes del Hospicio de Insanos, 1888-1899]*, f. 175.

privadamente, en voz alta ó mentalmente, solo se permitirá á los enfermos que designe el médico, el que tendrá especial cuidado en vigilar la clase de lectura conveniente á cada paciente” (Hospicio de Insanos, 1897, pp. 25-26). Asimismo, entre los juegos de salón permitidos se encontraban el ajedrez y las damas, mientras que entre los físicos estaban el billar y el juego de pelota, aunque en todos los casos bajo la autorización del médico (Hospicio de Insanos, 1897, p. 26).

En una sociedad peruana que aspiraba a la modernidad y veía en Europa un modelo a seguir, estas actividades no solo ofrecían entretenimiento, sino también un propósito civilizador. Se buscaba contraponer estas diversiones a prácticas consideradas no civilizadas, como el alcoholismo y la enajenación mental, promoviendo el desarrollo intelectual y cultural. La música y la lectura, en particular, eran vistas como medios para elevar el espíritu y cultivar la mente, alejando a los pacientes de comportamientos destructivos y reintegrándolos a una noción de normalidad y utilidad social. De esta manera, estas diversiones burguesas no solo contribuían al bienestar individual de los pacientes, sino también a su transformación en ciudadanos modernos y funcionales dentro de una sociedad en proceso de occidentalización y modernización²²⁹.



Figura N° 19. Interior del Hospicio de Insanos. Fuente: Garreaud, 1900.

²²⁹ El teatro también fue un importante vehículo terapéutico impulsado por el tratamiento moral decimonónico, algo que en el Hospicio de Insanos no hemos encontrado. En Chile, la Casa de Orates implementó el Teatro Grez en 1897 como un ambiente para impulsar terapéuticas basadas en actividades artísticas y la sensibilidad burguesa (Ruperthuz, Sánchez y Gálvez, 2022, p. 154-158).



Figura N° 20. Representación en lápiz del interior del Hospicio de Insanos, s.f. Fuente: MHP HVLH.



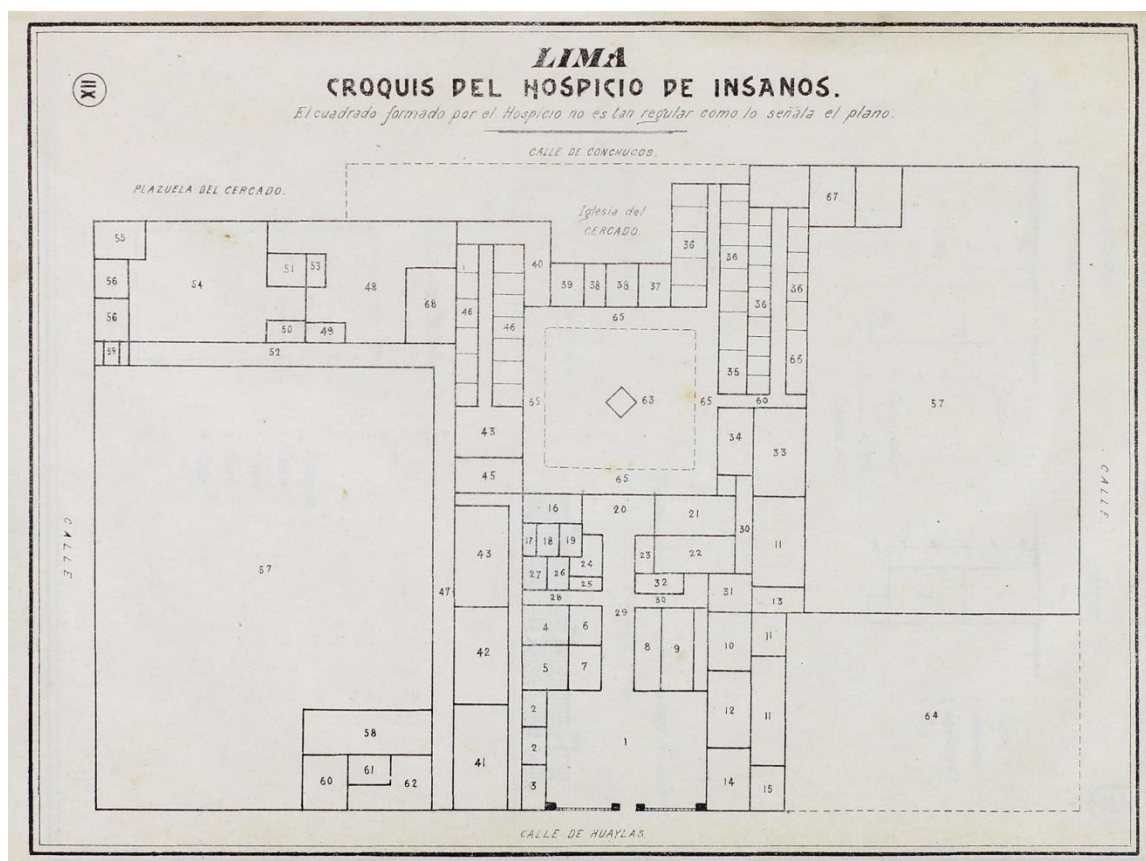
Figura N° 21. Otra representación en lápiz del interior del Hospicio de Insanos, s.f. Fuente: MHP HVLH.

3.6. División sexual del espacio, el trabajo y la enfermedad

Desde su inauguración, el Hospicio de Insanos fue un espacio dividido y separado por sexos, tal como sucedía entre las loquerías de varones en San Andrés y de mujeres en Santa Ana. Ya el reglamento de 1859 lo anticipaba, incluso, sin que la infraestructura del momento cumpliera con los parámetros necesarios para dicha clasificación, pues el edificio donde funcionó el manicomio se trataba de una casona de origen colonial y no un establecimiento especializado. Según el reglamento, como ya se adelantó, el manicomio se componía de dos grandes departamentos, el de mujeres a la derecha y el de hombres de la izquierda. A su vez, como se reglamentó en 1859, cada departamento se dividía en cuatro cuarteles: para tranquilos; dementes y epilépticos; agitados; y sucios. Hacia 1897, la mayoría de los parámetros reglamentados se habían ejecutado en la práctica, incluyéndose también distinciones de sexo en los comedores, enfermería y corredores; aunque, como se analizará en el tercer capítulo, esta implementación fue lenta y paulatina (Plano N° 3).

La separación por sexo se fundamentaba en un sistema de organización destinado a prevenir situaciones que pudieran atentar contra el pudor y las buenas costumbres, como el acoso, sexo, masturbación y abusos sexuales entre los pacientes (Ruperthuz, Sánchez y Gálvez, 2022, p. 172). Desde luego, esta separación no solo obedecía a los pacientes, sino también a los trabajadores. Por ejemplo, el reglamento de 1897 señaló que la hidroterapia o baño terapéutico en mujeres debía ser aplicada por las Hermanas de la Caridad, mientras que en varones por un empleado varón (Hospicio de Insanos, 1897, p. 17).

Los reglamentos de 1859 y 1897 establecieron que el trabajo, ejercicio, ocupaciones y recreaciones de los pacientes en el Hospicio debían diferenciarse según el género. Por ejemplo, el reglamento de 1897 formalizó aspectos del trabajo manual, asignando a las mujeres labores domésticas, como costura y bordado, y limitando sus ejercicios, ocupaciones o distracciones a aquellas consideradas "apropiadas a su sexo y siempre designadas exclusivamente por el médico" (Hospicio de Insanos, 1897, p. 26).



Plano N° 3. Plano del Hospicio de Insanos de 1897. Fuente: Muñiz (1897b, plano 12).

Leyenda:

- | | | |
|--------------------------------------|--|---|
| 1. Patio de entrada | 26 y 27. Refectorio y dependencias de las hermanas | 48. Lavandería |
| 2. Capellán | 28. Corredor de entrada (departamento de hombres) | 49. Water closets |
| 3. Portero | 29. Vestíbulo | 50. Sala de baños |
| 4. Dormitorio de las hermanas | 30. Callejón | 51. Estanque de hombres |
| 5 y 6. Oficina de la Inspección | 31. Pasadizo | 52. Corredor de locos furiosos y sucios |
| 7. Superiora | 32. Depósito | 53. Estanque y baños de mujeres |
| 8. Electricidad y cuerpo médico | 33. Comedor de mujeres | 54. Patio |
| 9. Ropería de hombres | 34. Sala de trabajo | 55. Mortuorio |
| 10, 11, 12 y 14. Dormitorios mujeres | 35. Ropería de mujeres | 56. Cuartos |
| 13. Corredor | 36. Celdas | 57. Huerta |
| 15. Depósito | 37. Enfermería de mujeres | 58. Refectorio de hombres |
| 16. Cocina | 38. Cuartos | 59 y 60. Celdas |
| 17. Cocina para las hermanas | 39. Capillita | 61. Wáter closets |
| 18 y 19. Despensas | 40. Sala de cujas | 62 y 63. Pilas |
| 20. Atrio | 41, 42, 43 y 45. Dormitorios de hombres | 64. Casas particulares |
| 21. Capilla | 44. Enfermería de hombres | 65. Claustro del patio de mujeres |
| 22. Depósito | 46. Celdas de hombres | 66. Corredor pensionistas mujeres |
| 23. Botica | 47. Corredor de locos tranquilos | 67. Sección furiosas mujeres |
| 24. Corral | | 68. Sección furiosos hombres |
| 25. Sala de visitas | | |



Figura N° 22. Departamento de hombres. Fuente: SBPL (1913).

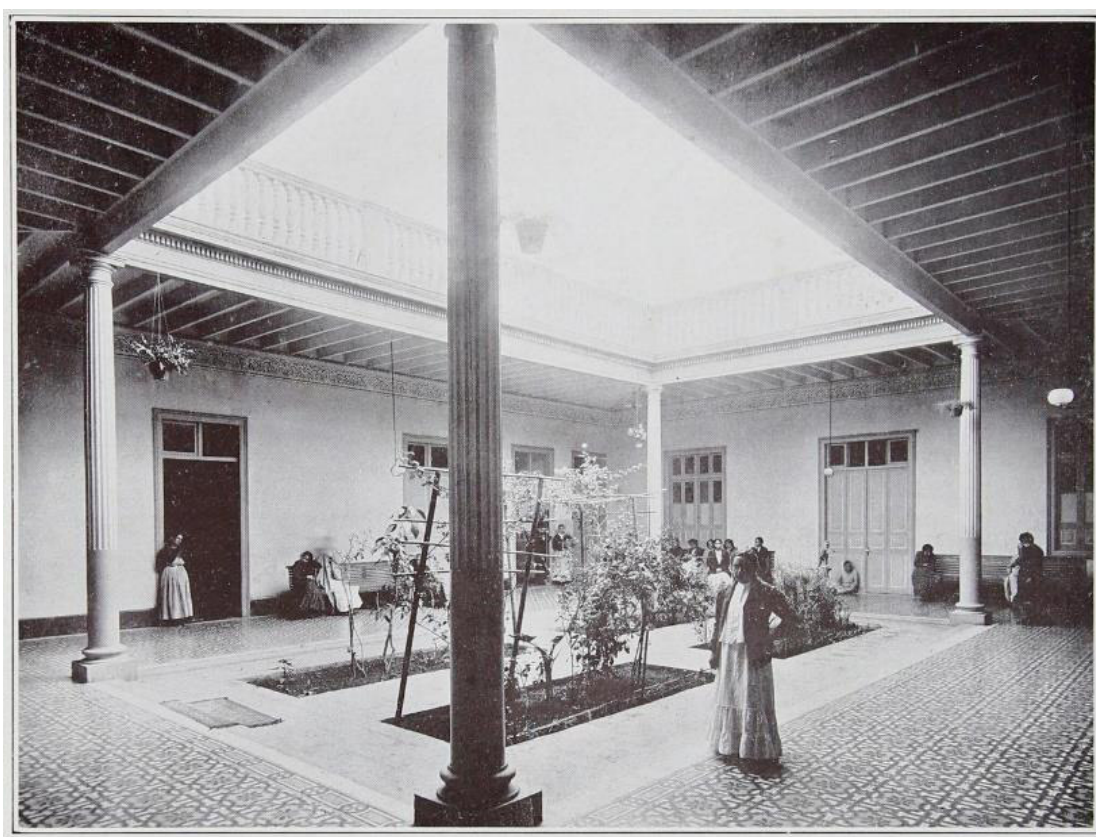


Figura N° 23. Departamento de mujeres. Fuente: SBPL (1913).



Figura N° 24. Departamento de mujeres. Al lado derecho, algunas Hermanas de la Caridad. Fuente: Fuente: SBPL (1913).

La división de tareas basada en el género dentro del Hospicio reflejaba los parámetros de la sociedad externa y, desde luego, de sus autoridades. Las ocupaciones previas de las internas incluían lavanderas, costureras, cocineras, trabajadoras domésticas y agricultoras, trabajos típicamente realizados por mujeres de sectores populares y con poca o nula remuneración. Asimismo, se observaba una mayoría significativa de mujeres sin oficio conocido o no registrado (Tabla N° 4). De esta forma, el Hospicio no solo trataba la locura, sino que también reproducía las normas sociales de género y clase imperantes en la época.

Tabla N° 4. Oficios de internas mujeres del Hospicio de Insanos, 1860-1897.												
Ocupación	1860	1873	1879	1880	1888	1889	1890	1893	1894	1896	1897	Total
Lavandera	13	18	11	9	7	4		3	5	29	24	123
Costurera	27	6	15	12	2	2	3	2	3	23	27	122
Cocinera	16	14	6	4	3	2	4	1		7	7	64
Doméstica / Sirvienta	4	3	4	6	1			1	1	13	11	44
Agricultora / Chacarera	7	2						3	3	8	12	35
Religiosa									1	5	5	11
Comerciante									1	2	2	5
Preceptora / Profesora									1	2	2	5
Propietaria											5	5
Modista								1			2	3
Chocolatera										1	1	2
Estudiante					2							2
Panadera										1	1	2
Partera	1										1	2
Ceronera	1											1
Cigarrera											1	1
Empleada											1	1
Hotelera					1							1
Jornalera							1					1
Mendiga											1	1
Obstétrica					1							1
Planchadora											1	1
Pulpera							1					1
Topiquera	1											1
Sin ocupación			14					12	13	73	65	177
Ignorado	1	3			19	28	32	5	5	8	16	117
Total	71	46	50	31	36	36	41	28	33	172	185	729

Tabla N° 4. Fuente: Elaboración propia a partir de: *Gaceta Médica de Lima*, Lima, año 5, tomo 5, nro. 116, 15 de julio de 1861, p. 263; *Gaceta Médica de Lima*, Lima, año 1, nro. 2, 1 de marzo de 1875, p. 15; SBPL, 1880a, p. 47; 1880b, p. 206; 1888b, p. 46; 1890, p. 73; 1891, pp. 70-71; 1894a, p. 130; 1894b, p. 135; 1896b, p. 233; 1897, p. 338.

Durante el siglo XIX, la visión médica occidental desarrollada en la academia peruana reforzó la desigualdad biológica de la mujer, señalando su inclinación natural hacia la sensibilidad, maternidad y el sufrimiento. Como ha argumentado Duby y Perrot

(2018, t. 4), las enfermedades “femeninas” fueron interpretadas y atribuidas a una supuesta “naturaleza femenina”, más débil que su contraparte masculina, cuando en realidad estaban intrínsecamente relacionadas con las condiciones sociales y el tratamiento desigual desde la infancia. El embarazo, parto, pubertad, menstruación, menopausia y afines, es decir, aspectos relacionados con la reproducción, podían constituir momentos más o menos peligrosos en la vida de la mujer, cuya incidencia podían concluir en desequilibrios nerviosos. Los médicos occidentales también incluyeron en su análisis los efectos de la vida urbana en la esposa-madre. En este sentido, la mujer del siglo XIX era una eterna enferma.

La creación de este modelo se vio influenciada por corrientes como el positivismo y el evolucionismo decimonónico. El positivismo defendía la primacía de los hechos empíricos y la racionalidad científica como la solución a los problemas humanos, mientras que el evolucionismo de Charles Darwin postulaba el cambio gradual de las especies a través de la selección natural, donde los organismos más adaptados tenían mayor probabilidad de sobrevivir y transmitir sus características a las siguientes generaciones. Estas ideas también se usaron para justificar la supuesta inferioridad biológica de la mujer. Por ejemplo, estudios realizados por científicos occidentales concluyeron inicialmente que la región frontal del cerebro masculino era más prominente, asociándola con funciones cerebrales superiores y, por ende, sugiriendo la inferioridad intelectual de la mujer. Más tarde, se descubrió que esta región no guardaba una relación directa con los procesos intelectuales superiores, lo que abrió la puerta a investigaciones que demostraron que, en realidad, esta región era relativamente más extensa en las mujeres (Araya, 2006, p. 7).

Una de las enfermedades mentales “femeninas” por excelencia era la histeria o histerismo, la cual aparece definida en diversos estudios peruanos de la segunda mitad del siglo XIX. Por ejemplo, el médico Juan M. Vidal definió la histeria como una afección común en las mujeres, aunque no exclusiva de ellas, teniendo como edad de desarrollo entre los 10 a 25 años. Aunque Vidal recibió importante influencia del médico francés Jean-Martin Charcot, quien se centró en el carácter neurológico del trastorno, Vidal aún señala que la histeria se encontraba propiciada por la menstruación —es decir, el útero como origen de la enfermedad— y enfermedades del aparato genital, es decir, afecciones en las “zonas histerógenas”. Respecto a su sintomatología, estas podían ser psíquicas (cambio en el carácter de la persona, irritabilidad, etc.), sensitivas (hormigueos y adormecimientos), motrices (contracciones musculares, temblores) y funcionales (erección del clítoris, malestares gastrointestinales)²³⁰. Por su parte, el médico Francisco Almenara Butler señaló que la histeria tenía lugar cuando las facultades superiores del cerebro abdicaban su soberanía frente a las “facultades inferiores afectivas del sentimiento y la pasión”, las cuales estaban relacionadas con lo femenino²³¹. Ulloa también centró al debate sobre el histerismo en *Del matrimonio en las histéricas*, donde

²³⁰ Vidal, J. M. (1900). *Ligeras consideraciones sobre la histeria y la epilepsia* [Tesis para optar el grado de bachiller en medicina], fs. 6-8, 29 [manuscrito]. Disponible en: <https://repositorio.unmsm.edu.pe/handle/UNMSM/136>

²³¹ *La Crónica Médica*, Lima, año 3, nro. 30, 30 de junio de 1886, p. 204.

crítica la práctica médica de recomendar el matrimonio como tratamiento histérico en las mujeres, basándose en las conclusiones del médico francés Paul Briquet, para quien no existe una relación comprobable entre matrimonio y la cura de la histeria²³².

Sin embargo, aunque raro, la histeria no se limitaba exclusivamente al género femenino. En su trabajo *El histerismo de Monteagudo*, reproducido en *La Crónica Médica*, el médico argentino José María Ramos Mejía intentó argumentar que Bernardo de Monteagudo, político argentino participe del proceso de independencia peruana, padecía histeria masculina. Esto se fundamentaba en su descripción como “un hombre excepcionalmente sensible”, con una “sensibilidad moral enfermiza” y manifestando “abatimientos femeninos”, características que se alejaban de los patrones dominantes de masculinidad de esa época. El texto sugirió que esta sensibilidad resultaba perjudicial para alguien en la posición de Estado que ocupaba Monteagudo, concluyendo que tanto su vida como su obra se vieron marcados por acontecimientos perjudiciales resultados de la feminización en un hombre²³³. Otro trabajo fue la tesis de Armando Veles, publicada en la *Gaceta Médica de Lima*. Veles reconoció que, si bien la existencia del histerismo en hombres era un hecho incuestionable, una de sus causas en el sexo masculino radicaba en una constitución física ligeramente débil, una alimentación deficiente y una sensibilidad exacerbada ante impresiones intensas²³⁴.

Para el caso del Hospicio de Insanos, las estadísticas ofrecen un acercamiento a los trastornos mentales desde su relación con el sexo femenino. Por ejemplo, entre 1873 y 1898 la histeria fueron el diagnóstico de al menos 90 mujeres frente a 3 varones; es decir, 96.8% de los casos de histeria fueron diagnosticados en mujeres. Asimismo, la ninfomanía, es decir, el deseo sexual excesivo o incontrolable en las mujeres, fue diagnosticada en 6 féminas en 1876, sin la presencia de su contraparte masculino, que es la satiriasis, al menos en los años sistematizados (Tabla N° 7 en Capítulo 3).

Hasta aquí, nos hemos limitado a exponer las críticas a las antiguas loquerías y las características de la propuesta alienista de José Casimiro Ulloa en torno a su interpretación del tratamiento moral, así como la implementación de estas ideas en el Hospicio de Insanos, a partir del análisis de sus dispositivos legales e informes oficiales. Sin embargo, surgen nuevas preguntas: ¿Fueron realmente implementadas estas medidas y cumplidos los dispositivos legales? ¿Qué tanto mejoraron las condiciones de internamiento de los pacientes con trastornos mentales en Lima a partir de la inauguración del Hospicio de Insanos? ¿Cuáles fueron las experiencias de los pacientes en esta nueva institución? ¿Qué nuevas tensiones surgieron entre los diversos actores involucrados en el manicomio (médicos, religiosas, guardianes, familias, policías y autoridades provinciales)? Estas interrogantes abrirán las puertas del siguiente capítulo, donde analizaremos el alcance real de estas reformas y exploraremos el tejido de historias

²³² “Del matrimonio en las histéricas”, por José Casimiro Ulloa. *Gaceta Médica de Lima*, Lima, año 1, tomo 1, nro. 16, 30 de marzo de 1857, pp. 2-5; año 1, tomo 1, nro. 22, 30 de junio de 1857, pp. 2-5.

²³³ *La Crónica Médica*, Lima, año 4, nro. 38, 28 de febrero de 1887, p. 80; año 4, nro. 39, 31 de marzo de 1887, pp. 125-128; año 4, 30 de abril de 1887, nro. 40, pp. 163-168.

²³⁴ “Histerismo en el hombre”, por Armando Veles. *Gaceta Médica de Lima*, Lima, año 5, tomo 5, nro. 117, 31 de julio de 1861, p. 279-282.

humanas alrededor del Hospicio de Insanos. Nos adentraremos en los relatos de vida y las experiencias de quienes transitaron por sus pasillos, revelando los límites detrás de las promesas y las realidades vividas.

Conclusiones

1. El alienismo fue una corriente médica reformista que se constituyó en los manicomios franceses entre finales del siglo XVIII y la primera mitad del siglo XIX. Su principal foco de interés fue el tratamiento de las alienaciones o perturbaciones mentales, abordadas desde un enfoque híbrido que combinaba las ciencias naturales con las humanidades. Este enfoque intentó integrar el modelo anatómico y clínico de la enfermedad, predominante en la medicina de la época, con una comprensión moral y terapéutica de la locura. Sus principales exponentes fueron Philippe Pinel (1745-1826) y Jean-Étienne Dominique Esquirol (1772-1840).
2. Por un lado, Philippe Pinel consolidó el enfoque terapéutico conocido como “tratamiento moral”, que buscó influir en el paciente a través de la moralidad y el cuidado humanitario para restaurar su equilibrio mental, identificando los vestigios de razón presentes en su afectación. Este enfoque representó una ruptura con las prácticas brutales de confinamiento y castigo de épocas anteriores, e integró en el tratamiento de la locura elementos como la disciplina, el trabajo y actividades recreativas burguesas. Por otro lado, Jean-Étienne Dominique Esquirol, discípulo de Pinel, jugó un papel fundamental en la promoción de dispositivos legales que respaldaran la creación de asilos y manicomios, así como la implementación del tratamiento moral en estos, sean de origen estatal o privado. Su impulso fue clave para la aprobación de la Ley de Alienados de 1838 en Francia.
3. Aunque el alienismo francés fue mencionado de manera esporádica en el Perú desde la década de 1830, fue el médico sanfernandino José Casimiro Ulloa quien adoptó este discurso durante sus viajes positivistas a París en la década de 1850, adaptándolo a la realidad nacional a través de una serie de artículos publicados entre 1857 y 1859 en la prensa local. En estos escritos, Ulloa sintetizó el debate previo sobre la cuestión de la locura en Lima y abogó por la construcción de un nuevo manicomio, siguiendo los parámetros establecidos por el alienismo francés, proyecto que se materializó en 1859 con la inauguración del Hospicio de Insanos.
4. Se identificaron tres elementos clave del contexto histórico que rodearon la inauguración del Hospicio de Insanos en 1859. En primer lugar, el debate alrededor de la cuestión de la locura, caracterizado por las críticas a las deplorables condiciones de las loquerías de San Andrés y Santa Ana, en un contexto de crecimiento las estadísticas de la locura en Lima. Segundo, el periodo de bonanza guanera, el cual permitió la viabilidad económica del proyecto, facilitando la canalización de recursos provenientes de la Sociedad de Beneficencia Pública de Lima, el Estado peruano y la filantropía local. Y tercero, la narrativa modernizadora del gremio médico, que se estaba materializando en la

reforma de la educación médica en la Facultad de Medicina de San Marcos, la profesionalización de la práctica médica y la creación de espacios de opinión pública especializada, como la Sociedad Médica de Lima y la *Gaceta Médica de Lima*.

5. El discurso alienista de José Casimiro Ulloa se caracterizó por tres elementos fundamentales. En primer lugar, propuso un cambio del modelo asilar a uno terapéutico, enfocado en la curación y la reinserción social del paciente. En segundo lugar, abogó por la implementación de una infraestructura higiénica, alejada del centro de la ciudad, que estuviera dividida en departamentos (hombres y mujeres) y cuarteles (locos tranquilos, excitados periódicamente, idiotas, epilépticos e inmundos, y furiosos), lo que reflejaba su influencia de la Ley de Alienados de 1838 promovida por Esquirol. Finalmente, en tercer lugar, defendió la implementación del tratamiento moral como la principal dirección terapéutica del manicomio, el cual incluía, además del trato humanitario, el trabajo, el ejercicio físico y las distracciones burguesas, siguiendo la influencia de Pinel.
6. La inauguración del Hospicio de Insanos el 16 de diciembre de 1859, en la Quinta Cortés, fue recibida con un clima de optimismo tanto por las autoridades como por la opinión pública, quienes percibían en este establecimiento una oportunidad para la modernización en el tratamiento de la locura y un paso hacia la civilización en el Perú, siguiendo el ejemplo de Europa. El Hospicio no solo ofreció un espacio para el cuidado de los enfermos mentales, sino que también abrió puertas para la investigación científica y la reflexión sobre la locura, como lo demuestra la tesis de Federico Monje-Ledesma. Además, permitió, por primera vez, la incipiente participación femenina en el ámbito científico del tratamiento de la locura, como lo evidenció el caso de Justa Retamoso.
7. El discurso alienista impulsado por José Casimiro Ulloa se plasmó en los dispositivos legales del Hospicio de Insanos, primero en el reglamento interno de 1859, manteniendo continuidades hasta el reglamento interno de 1897. Estas reglamentaciones, y con ello la institucionalización formal del tratamiento de la locura, se destacaron en cinco aspectos clave. Primero, inspirados en la Ley de Alienados de 1838, se restringió el internamiento a casos certificados médicamente, excluyendo el uso del manicomio como medio de corrección o secuestro de personas sanas, con el objetivo de evitar abusos y promover un enfoque exclusivamente terapéutico. Además, se prohibió el acceso a individuos ajenos al Hospicio, buscando erradicar el espectáculo público que caracterizó a las antiguas loquerías en el día de San Andrés.
8. Segundo, se asignó la responsabilidad administrativa del Hospicio de Insanos a las Hermanas de la Caridad, recién llegadas al Perú para la reforma de los hospitales limeños. Esta asignación se tradujo en cuatro funciones: primero, la gestión económica del establecimiento; segundo, la impartición de orientación moral a los pacientes basada en preceptos religiosos; tercero, el cuidado directo de los enfermos; y cuarto, la realización de las labores domésticas en el Hospicio.

Estos roles reflejaban las cuestiones de género de la época, donde se esperaba que las mujeres asumieran funciones de cuidado y moralidad dentro de la sociedad.

9. Tercero, se implementó un servicio médico distribuido en tres entidades: el médico en jefe, responsable de la alta dirección médica del establecimiento; los internos de medicina, quienes asistían al médico en jefe y lo suplían en su ausencia; y los guardianes, encargados de la asistencia, vigilancia y disciplina de los enajenados. La principal directriz terapéutica fue el tratamiento moral de Pinel, que debía ser conocido y aplicado por todos los servidores de la institución. Este enfoque buscaba construir una relación de poder entre la autoridad y el paciente, sustentada en un trato humanitario basado en la persuasión y la amabilidad, eliminando toda forma de violencia física y verbal.
10. Cuarto, se estableció una estricta disciplina sobre el tiempo y los cuerpos de los pacientes. Las actividades diarias planteadas, anunciadas por el toque de una campana y supervisadas por los guardianes, buscaban promover la autorregulación y el control interno de los internos. Esta rutina disciplinaria abarcaba aspectos como la alimentación, el consumo de medicamentos, el aseo personal, las necesidades fisiológicas, el trabajo terapéutico, el ejercicio físico y las distracciones, las cuales se encontraban atravesadas por diferencias de género, asegurando una estructura detallada y constante en la vida diaria de los pacientes.
11. Y quinto, se implementó una estricta división sexual del espacio y el trabajo en el Hospicio de Insanos, tanto para los pacientes como para el personal. Esta separación obedecía a un sistema de organización orientado a prevenir situaciones consideradas contrarias al pudor y las buenas costumbres, como el acoso, el sexo, la masturbación y los abusos sexuales. El espacio se dividió en departamentos para hombres y mujeres, y el trabajo terapéutico asignaba actividades físicas a los hombres y labores domésticas a las mujeres. Además, siguiendo el sistema de clasificación de la Ley de Alienados de 1838, los pacientes se debían separar en cuarteles según categorías: locos tranquilos; dementes y epilépticos; agitados; y sucios. También se identificaron enfermedades específicas, como la histeria, que se asociaban principalmente con las mujeres.

Capítulo 3. Los límites de la institucionalización de la locura: Condiciones reales de encierro en el Hospicio de Insanos de Lima (1859-1897)

¿Cómo puede racionalmente darse albergue á 300 desgraciados en un hospital construido solo para 150...? ¿No es inhumana esa aglomeración de insanos, en un local insuficiente, cuando estos necesitan más que ningún otro enfermo la comodidad y desahogo que reclama su dolosa condición?²³⁵

“[...] [el] actual [Hospicio] podrá ser un depósito de enajenados, pero jamás llamarse un manicomio en forma, como lo requiere la cultura de la capital de la República”²³⁶.

Introducción

La ley sobre alienados de 1838 en Francia marcó lo que parecía ser el triunfo definitivo del discurso alienista como dispositivo del Estado. Foucault (2007, p. 114) la caracterizó como “la forma jurídica de la reclusión psiquiátrica”. En vigencia en gran medida hasta 1983, otorgaba al Estado la responsabilidad de fomentar la creación de instituciones especializadas para el tratamiento de la locura, partiendo de las propuestas de Jean-Étienne Esquirol y Philippe Pinel. De este modo, se consolidaba la institucionalización del tratamiento de la locura bajo un enfoque que promovía el trato humanitario y la reintegración social, con el objetivo de convertir a los locos en ciudadanos productivos al servicio de la Nación. Como argumentaron Postel y Quétel (2000, p. 171), esto tuvo importantes implicancias: por un lado, se consagraba jurídicamente la idea de que cada insano poseía una parte de razón y, por ende, de salud, lo que lo convertía en sujeto de derecho; por otro lado, el médico se convertía en el engranaje esencial de la asistencia de los alienados, otorgándole un papel central en el certificado médico, su tratamiento y la defensa de sus derechos reglamentarios. En suma, se conformaba lo que Porter (2008, p. 110) ha denominado el “asilo idealizado”.

La institucionalización de la locura en Europa inspiró también a América Latina. El discurso alienista coincidió con los procesos de modernización desarrollados en la región a mediados del siglo XIX. En este contexto, la medicina se consolidó como el saber hegemónico sobre el cuerpo y la enfermedad, desplazando otras formas de tratamiento y conocimiento, como las concepciones mágico-religiosas (Ríos y Rupertthuz, 2022, p. 18). Paralelamente, la creación de instituciones de control tenía como objetivo aislar a aquellos elementos considerados “anormales” o ajenos al ciudadano moderno, como los locos y criminales. La Casa de Orates de Nuestra Señora de los Ángeles de Santiago de Chile fue fundada en 1852 (Rupertthuz, Sánchez y Gálvez, 2022, p. 148), mientras que en 1859 entró en funcionamiento el Hospicio de Insanos de Lima. Por su

²³⁵ “Informe del Señor Inspector del Manicomio, sobre la no admisión de insanos en el Hospicio”, por Carlos Alayza y Portillo. *El Comercio*, Lima, nro. 15465, 27 de marzo de 1885, p. [4]

²³⁶ MHP HVLH, *[Libro copiador de correspondencia general y de informes del Hospicio de Insanos, 1888-1899]*, f. 40.

parte, en 1860 se inauguró el Asilo de Dementes de Montevideo (Duffau, 2022, p. 244). En Colombia, el proceso de institucionalización de la locura tardó un poco más, con la creación del Asilo de Bogotá en 1870, destinado a hombres, y la Casa de Locas en 1874, para mujeres (Salazar, 2022, p. 501).

Sin embargo, la institucionalización de la locura no trajo necesariamente los resultados esperados. No tardó el “asilo idealizado” en convertirse en “asilo como problema” (Porter, 2008, pp. 110-122). Aunque la mentalidad positivista, burocrática, utilitaria y profesional confiaba en las soluciones institucionales, un nuevo pesimismo emergió en el último tercio del siglo XIX en relación con los asilos de locos, especialmente con el auge del discurso degeneracionista. El índice de recuperaciones y reinserciones disminuyó; los asilos públicos se hacinaron con pacientes que permanecían indefinidamente en condiciones de vida deplorables; muchos de los que ingresaban tenían pronósticos desalentadores, lo que transformó al asilo en un vertedero de casos terminales, aumentando así las tasas de mortalidad; asimismo, los problemas financieros se combinaron con las limitaciones infraestructurales (Porter, 2008, pp. 119-120). Las instituciones psiquiátricas, concebidas como órganos de disciplinamiento dentro del marco del “poder psiquiátrico” (Foucault, 2007) o “instituciones totales” (Goffman, 1973), no lograron cumplir plenamente con sus ideales de tratamiento y reinserción.

Las limitaciones evidenciadas en Europa también se hicieron presentes en el contexto latinoamericano. Las deplorables condiciones infraestructurales, el hacinamiento poblacional, la escasez de recursos económicos, las tensiones entre los diversos actores y las restricciones de los dispositivos legales permiten concluir que los manicomios latinoamericanos distaban mucho de consolidarse como instituciones de control social y biopoder foucaultianos (Ruperthuz, Sánchez y Gálvez, 2022, p. 199). En lugar de eso, estos recintos se transformaron en depósitos para aquellos sujetos considerados molestos en el espacio público o familiar, reproduciendo patrones de exclusión similares a los del periodo colonial o prealienista. De esta manera, los internados eran tratados más bajo criterios filantrópicos que por una auténtica voluntad psiquiátrica de tratamiento o normalización (Torres, 2014, p. 105).

Ilustremos algunas de estas limitaciones. Por ejemplo, las pésimas condiciones de infraestructura y el hacinamiento poblacional fueron problemas transversales en los manicomios latinoamericanos. La Casa de Orates de Chile fue trasladada a un nuevo local en 1858 debido a las deplorables condiciones del edificio original y la falta de espacio adecuado; no obstante, en su nueva ubicación, persistieron los problemas de hacinamiento, insalubridad y abandono (Ruperthuz, Sánchez y Gálvez, 2022, pp. 150-151; Torres, 2014, p. 97). En 1875, el médico inglés William Benham denunció el estado de completo abandono de la institución, señalando que el tratamiento moral era prácticamente imposible de aplicar. De hecho, la Casa de Orates operó con un solo médico entre 1865 y 1872, y su figura ocupaba un papel secundario dentro de la institución (Torres, 2014, pp. 98-100). Un caso similar fue el del Hospicio de Insanos de Pedro II de Brasil, que, ante la superpoblación de pacientes, se vio obligado a limitar su capacidad a 300 internos por reglamento en 1875; sin embargo, esta medida no solucionó el problema estructural del hacinamiento (Facchinetti, 2022, p. 37). Un aspecto crucial era la falta de

recursos suficientes para el mantenimiento de estas instituciones. Dependían en gran medida de la filantropía, de las sociedades de beneficencia y del escaso apoyo del Estado, ya que las estancias pagadas por los pensionistas solían ser insuficientes y, en muchos casos, acumulaban deudas. Por ejemplo, la Casa de Orates de Chile dependía casi por completo del reducido aporte estatal, lo que profundizaba sus problemas económicos (Torres, 2014, p. 97).

Otro aspecto fueron los conflictos entre ciencia y religión, que se manifestaron de acuerdo con el grado de secularización estatal en cada país. En 1882, varios artículos en la prensa uruguaya reflejaron el malestar de los médicos respecto a la presencia de religiosas en el Manicomio Nacional de Montevideo, abogando por la sustitución del cuidado religioso por un tratamiento médico más orientado a la ciencia (Duffau, 2022, p. 249). Un caso similar ocurrió en el Hospicio de Insanos de Pedro II en Brasil, donde las Hermanas de la Caridad enfrentaron tensiones con los médicos, cuyos objetivos terapéuticos contrastaban con los ideales caritativos de las religiosas. En 1886, el médico João Carlos Teixeira Brandão argumentó que los cuidados no científicos proporcionados por las religiosas interferían con la cura de los pacientes, generando un debate que se trasladó a la opinión pública y que culminó en 1890 con la salida definitiva de las religiosas del Hospicio (Facchinetti, 2022, p. 34).

Para el caso peruano, el reglamento del Hospicio de Insanos, promulgado en 1859 y reformulado en 1897, pretendía marcar un claro distanciamiento de los modelos coloniales basados en el aislamiento y la represión física del paciente. Este dispositivo legal abanderaba el tratamiento humanitario y la reinserción como sus principales objetivos. No obstante, estos ideales quedaron lejos de concretarse debido a diversas limitaciones, como la deficiente infraestructura hasta la presencia de internamientos injustificados.

Partiendo de ello, el presente capítulo tiene como objetivo analizar los límites de la institucionalización de la locura en Lima, tomando como eje las condiciones reales de encierro en el Hospicio de Insanos entre 1859 y 1897. Se plantea que dicha institucionalización estuvo condicionada por tres grandes limitaciones: la precariedad de las condiciones de encierro, las tensiones entre los actores involucrados y el uso arbitrario del Hospicio para fines ajenos al tratamiento médico. Estas limitaciones estructuran el capítulo en tres secciones principales. La primera aborda el funcionamiento del Hospicio como un órgano de disciplinamiento precarizado, destacando problemas como el hacinamiento, las deficiencias en la infraestructura y la escasez de recursos económicos, que comprometieron la calidad de la atención. La segunda examina los diálogos, conflictos y negociaciones entre los actores clave, incluyendo médicos, guardianes, Hermanas de la Caridad, policías, autoridades y familias, cuyas tensiones dieron lugar a la marginalización de la medicina mental, la ineficacia del tratamiento moral, la persistencia de la caridad religiosa, el autoritarismo policial, el pragmatismo administrativo y el estigma social. Por último, la tercera sección, centrada en la perspectiva de los pacientes, analiza dos casos de internamientos injustificados, los de Carlos Paz Soldán y Manuela Avelina Hurtado, que revelan cómo el Hospicio fue instrumentalizado bajo prácticas autoritarias para satisfacer intereses ajenos al cuidado

médico de la locura, así como la desestimación de los testimonios de los pacientes por parte del discurso médico oficial.

Antes de desarrollar el presente capítulo, resulta fundamental periodizar al Hospicio de Insanos en tres etapas clave dentro del marco temporal de esta tesis (1859-1897). Esta periodización referencial permitirá contextualizar mejor las dinámicas relacionadas con la precarización del encierro, las tensiones internas y el uso injustificado del Hospicio.

La primera etapa abarca entre 1859 y 1879, es decir, desde la fundación del Hospicio hasta el inicio de la guerra del Pacífico, y estuvo caracterizada por un optimismo inicial respecto a la institucionalización del tratamiento de la locura. Este optimismo se nutrió de dos expectativas. Por un lado, el proceso de modernización de la sociedad peruana durante el periodo guanero había fomentado la confianza en instituciones de control social, como el manicomio y la cárcel, las cuales buscaban reformar a los sujetos considerados “anormales” en ciudadanos ejemplares. Un articulista de *El Comercio* lo resumió claramente: “La depravación se corrige en la Penitenciaría, la locura en el [Manicomio del] Cercado”²³⁷. Por otro lado, la consolidación de la medicina como saber hegemónico sobre el cuerpo y la enfermedad permitió a los médicos construir un capital simbólico e incidir en la ejecución de políticas públicas. Este fue el caso del médico José Casimiro Ulloa —médico titular del Hospicio entre 1859 y 1891— y su discurso alienista alrededor la cuestión de la locura. La implementación del tratamiento moral en el reglamento de 1859 fue recibido con mucho optimismo por la sociedad peruana, como se demostró en el segundo capítulo de la presente tesis.

La segunda etapa, entre 1880 y 1887, abarca desde el sitio de Lima por el ejército chileno hasta los primeros años de la crisis de posguerra. Durante este periodo, diversos factores debilitaron los recursos económicos destinados al Hospicio, como la bancarrota del Estado peruano, la escasez presupuestaria de la Sociedad de Beneficencia Pública de Lima (SBPL) y la priorización de fondos para la atención de los heridos de guerra. Aunque el Hospicio no fue ocupado por el ejército chileno, este contexto generó importantes limitaciones para su funcionamiento. A esto se sumó que desde la década de 1870 existieron denuncias alrededor del hacinamiento poblacional —especialmente por el internamiento de alcohólicos desde una perspectiva degeneracionista— y la precariedad infraestructural de la institución.

Finalmente, la tercera etapa, que se extiende entre 1888 y 1897, se inicia con la primera reforma del Hospicio, culminando en el concurso público para la construcción del Hospital Nacional de Alienados de 1896 y el nuevo reglamento del Hospicio de 1897. Esta etapa estuvo caracterizada por la reforma del Hospicio, las cuales, si bien venían demandándose desde la década de 1870, se hicieron efectivas a partir de las denuncias públicas efectuadas por los pacientes Carlos Paz Soldán y Manuela Avelina Hurtado entre 1886 y 1887. Las reformas impulsadas por Manuel A. Muñiz —médico titular del Hospicio entre 1890 y 1897— jugaron un papel importante en esta etapa, en

²³⁷ *El Comercio*, año 26, nro. 8415, 22 de octubre de 1864, p. [4].

contraposición de la decadente credibilidad que comenzó a rodear a Ulloa (Ruiz, 1994, p. 75).

1. Un órgano de disciplinamiento en crisis: Hacinamiento, precariedad económica y deficiencias infraestructurales en el Hospicio de Insanos (1859-1897)

1.1. Hacinados, institucionalizados y alcohólicos en el Hospicio de Insanos

En 1857, Ulloa estimó que el edificio destinado a albergar el futuro Hospicio de Insanos podría acomodar a 130 enfermos, afirmando que contaba con “la extensión necesaria para dar asilo a todos los locos de Lima”²³⁸. Poco después rectificó su cálculo, indicando que podía alojar cómodamente a más de 200 pacientes²³⁹. Al inaugurarse en 1859, el Hospicio contaba con 78 varones y 75 mujeres, es decir, un total de 153 individuos trasladados desde las antiguas loquerías, cifra que se ajustaba a sus cálculos iniciales.

No obstante, en 1869, apenas diez años después de su apertura, se anunció que el establecimiento había alcanzado su límite de capacidad, el cual resultaba “insuficiente para contener a los que actualmente existen”, que sumaban 242 internados (SBPL, 1870, p. 22). El pico más alto antes de la guerra del Pacífico se registró en 1877, con 270 internos, y en 1898, la cifra superó los 367, casi duplicando la capacidad inicial (Tabla N° 5 y Gráfico N° 1). En 1917, último año de su funcionamiento formal, alcanzó los 561 pacientes (SPBL, 1920a, p. 3).

Aunque existieron diversas labores de extensión de su infraestructura, el hacinamiento poblacional se convirtió en un problema de largo plazo para el Hospicio. Distintas autoridades expresaron dicha inquietud. Por ejemplo, en la memoria de 1879 se advirtió que “la acumulación de personas en tan estrecho recinto hacía necesaria la reunión de tres ó cuatro de esos enfermos en los pequeños dormitorios que estaban destinados a uno solo”, lo que acrecentaba la posibilidad de que los pacientes se propicien daños recíprocamente (SBPL, 1880a, p. 45). En 1885 el inspector del Hospicio, Carlos Alayza y Portillo, se preguntaba “¿No es inhumana esa aglomeración de insanos, en un local insuficiente, cuando estos necesitan más que ningún otro enfermo la comodidad y desahogo que reclama su dolosa condición?”²⁴⁰.

También desde la sociedad civil se efectuaron críticas, como la carta de “Un hijo de pueblo” remitida a *El Comercio*:

[...] el pequeño local del Hospicio está materialmente atestado de locos de ambos sexos y que los infelices alienados rebozan materialmente estrechados por los muros del Manicomio, originándoles semejante amalgamación, martirios, incomodidades y dolores, que en muchos casos superan á la horrorosa dolencia que los retiene en tan extraño presidio²⁴¹.

²³⁸ “Plano de la loquería de Lima”, por José Casimiro Ulloa. *Gaceta Médica de Lima*, Lima, año 1, tomo 1, nro. 13, 15 de febrero de 1857, p. 3.

²³⁹ *Gaceta Médica de Lima*, Lima, año 1, tomo 1, nro. 13, 15 de febrero de 1857, p. 8.

²⁴⁰ “Informe del Señor Inspector del Manicomio, sobre la no admisión de insanos en el Hospicio”, por Carlos Alayza y Portillo. *El Comercio*, Lima, nro. 15465, 27 de marzo de 1885, p. [4].

²⁴¹ “Carta abierta”, por *Un hijo del pueblo*. *El Comercio*, Lima, nro. 20294, 16 de abril de 1896, ed. mañana, p. [3].

A pesar de las solicitudes de los médicos de implementar una serie de medidas restrictivas, las cifras de ingreso se mantuvieron altas. A continuación, analizaremos tres factores que contribuyeron a dicho hacinamiento: la baja reinserción social, las estancias prolongadas (pacientes institucionalizados) y la internación de alcohólicos. Otros factores, como la presión ejercida por las autoridades para transformar el Hospicio de Lima en un manicomio nacional, serán analizados más adelante en el apartado sobre roles y conflictos de los actores.



Figura N° 25. Habitación del Hospicio de Insanos en 1909. Fuente: *Ilustración Peruana*, Lima, año 1, nro. 12, 17 de junio de 1909, p. 272.

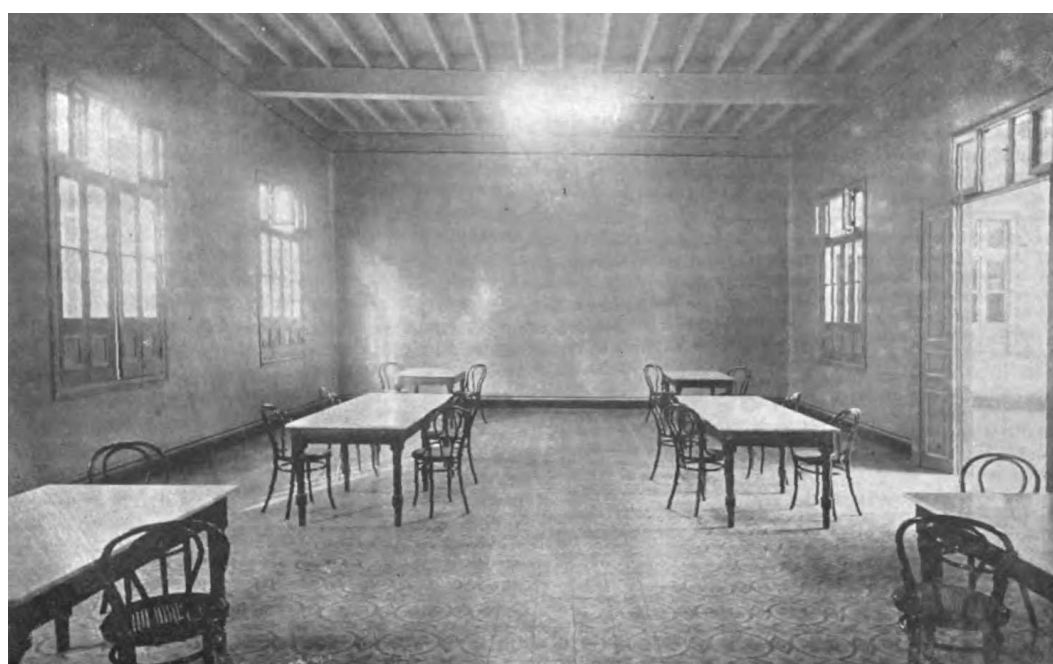


Figura N° 26. Uno de los comedores del Hospicio de Insanos en 1911. Fuente: *Ilustración Peruana*, Lima, año 3, nro. 100, 30 de agosto de 1911, p. 1284.

Tabla N° 5. Existencias, entradas, altas y fallecidos en el Hospicio de Insanos, 1859-1900.

Año	Existencias M	Existencias F	Total existencias	Entradas M	Entradas F	Total entradas	Altas M	Altas F	Total altas	Fallecidos M	Fallecidos F	Total fallecidos
1859	78	75	153	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1860	81	83	164	43	42	85	25	26	51	18	7	25
1861	-	-	193	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1862	-	-	192	43	28	71	36	21	57	9	9	18
1863	96	96	192	43	34	77	32	22	54	8	18	26
1864	93	102	195	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1865	88	99	187	-	-	72	-	-	80	-	-	41
1866	93	102	195	-	-	106	-	-	98	-	-	28
1867	95	110	205	-	-	105	-	-	72	-	-	23
1868	112	117	229	81	47	128	49	16	65	15	24	39
1869	120	122	242	91	51	142	68	32	100	15	14	29
1870	122	124	246	85	57	142	64	35	99	19	20	39
1871	123	122	245	73	44	117	57	33	90	15	13	28
1872	142	130	272	82	42	124	46	24	70	17	10	27
1873	141	130	271	69	44	113	53	19	72	15	25	40
1874	133	124	257	62	26	88	49	19	68	21	13	34
1875	142	130	272	86	45	131	48	28	76	29	11	40
1876	121	134	255	74	50	124	56	29	85	39	17	56
1877	135	135	270	61	44	105	31	21	52	20	17	37
1878	103	143	246	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1879	111	142	253	72	50	122	46	35	81	18	16	34
1880	99	113	212	54	31	85	48	53	101	-	-	31
1881	85	100	185	44	41	85	31	32	63	27	22	49
1882	92	104	196	52	33	85	30	18	48	15	11	26

1883	90	108	198	48	47	95	34	25	59	16	18	34
1884	113	115	228	56	48	104	24	27	51	9	14	23
1885	117	119	236	-	-	93	-	-	62	-	-	23
1886	107	118	225	-	-	95	-	-	80	-	-	27
1887	124	115	239	-	-	108	-	-	77	-	-	17
1888	114	116	230	47	36	83	39	23	62	10	12	22
1889	131	122	253	50	36	86	20	18	38	13	12	25
1890	150	137	287	74	37	111	27	13	40	26	9	37
1891	158	144	302	64	51	115	41	33	74	15	11	26
1892	165	149	314	54	45	99	28	27	55	19	13	32
1893	162	145	307	48	28	76	28	21	49	23	11	34
1894	150	147	297	28	33	61	28	21	49	12	10	22
1895	157	156	313	29	41	70	10	24	34	15	9	24
1896	160	164	324	48	34	82	23	20	43	22	6	28
1897	177	185	355	65	64	129	26	38	64	20	13	33
1898	190	177	367	71	47	118	35	44	79	23	11	34
1899	188	165	353	65	48	113	43	31	74	24	20	44
1900	187	172	359	70	56	126	30	29	59	33	25	58

Tabla N° 5. Elaboración propia a partir de: SBPL, 1861, p. 15; 1861, anexo 5; 1862, p. 6; 1864, anexo 4; 1867a, p. 10; 1867b, p. 9; 1868, p. 18, 28; 1870, p. 21; 1871, p. 28; 1872, p. 19; 1873a, p. 28; 1873b, p. 34; 1875, pp. 57-58; 1876, p. 34; 1877, p. 34; 1878, anexo 14; 1880a, p. 46; 1880b, p. 62; 1881, p. 130; 1883, p. 98; 1884, p. 41; 1885, p. 31; 1890, p. 72; 1891, p. 65; 1892a, p. 35; 1893, p. 50; 1894a, p. 129; 1894b, p. 134; 1896a pp. 170, 175, 176, 189; 1896b, p. 36; 1897, pp. 305, 310, 315, 320, 325, 329, 333, 337; 1899a, pp. 215, 220, 224, 228, 234, 238, 241, 245; 1899b, pp. 111, 116, 121, 126, 132, 136, 140, 145; 1900, pp. 196, 201, 205, 210, 215, 219, 223, 227; Ministerio de Fomento, 1901, pp. 45, 390, 393.

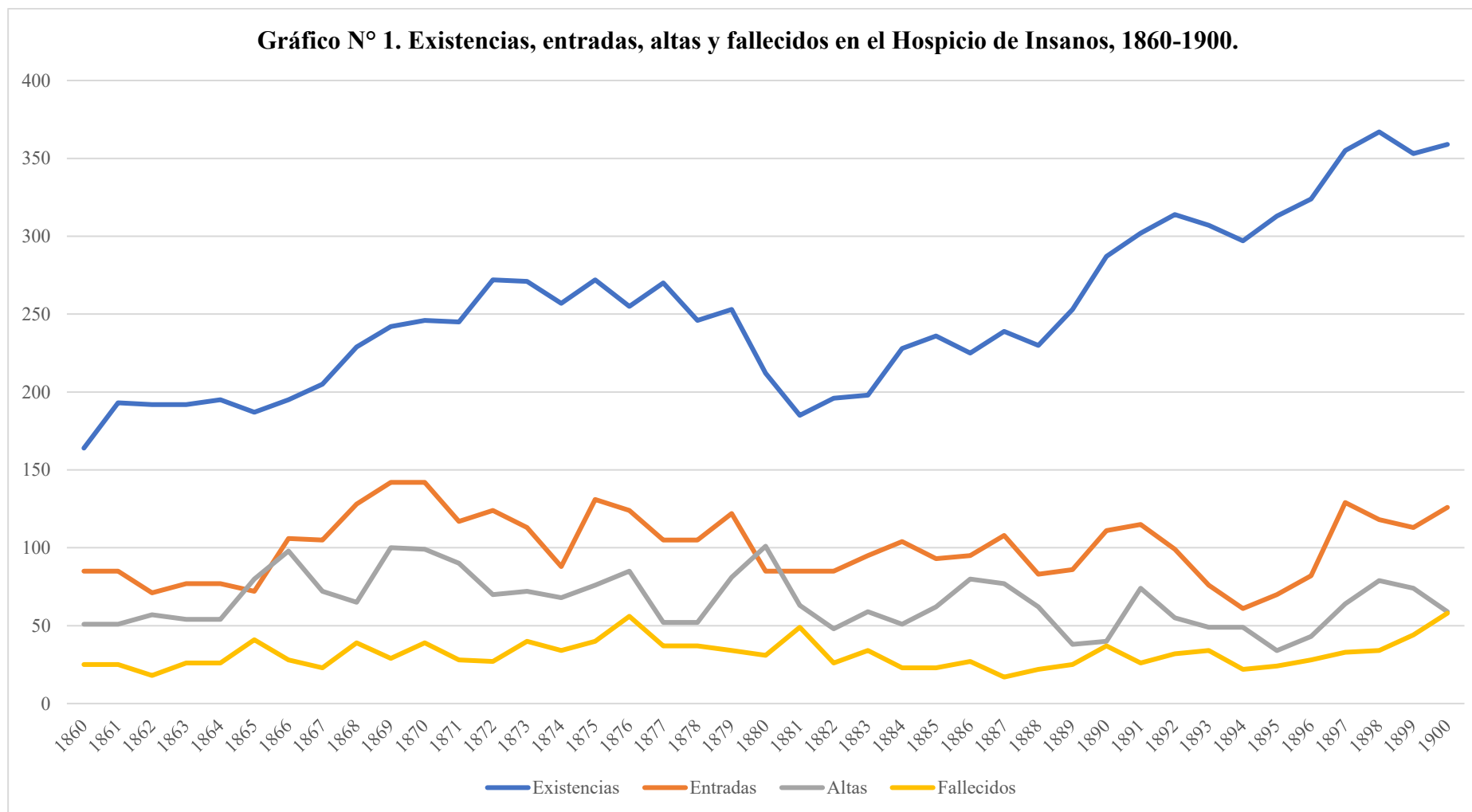


Gráfico N° 1. Existencias, entradas, altas y fallecidos en el Hospicio de Insanos, 1860-1900. Elaboración propia a partir de Tabla N° 5.

Tabla N° 6. Tasa de entradas, altas y fallecidos en el Hospicio de Insanos, 1860-1899.

Año	Tasa de entradas	Tasa de altas	Tasa de fallecidos
	Entradas Tasa = $\frac{\text{Existencias (año anterior)} + \text{Entradas}}{\text{Existencias (año anterior)} + \text{Entradas}} \times 100$	Altas Tasa = $\frac{\text{Existencias (año anterior)} + \text{Entradas}}{\text{Existencias (año anterior)} + \text{Entradas}} \times 100$	Fallecidos Tasa = $\frac{\text{Existencias (año anterior)} + \text{Entradas}}{\text{Existencias (año anterior)} + \text{Entradas}} \times 100$
1860	35.71%	21.43%	10.50%
1862	26.89%	21.59%	6.82%
1863	28.62%	20.07%	9.67%
1865	26.97%	29.96%	15.36%
1866	36.18%	33.45%	9.56%
1867	35.00%	24.00%	7.67%
1868	38.44%	19.52%	11.71%
1869	38.27%	26.95%	7.82%
1870	36.98%	25.78%	10.16%
1871	32.23%	24.79%	7.71%
1872	33.60%	18.97%	7.32%
1873	29.35%	18.70%	10.39%
1874	24.51%	18.94%	9.47%
1875	33.76%	19.59%	10.31%
1876	31.31%	21.46%	14.14%
1877	29.17%	14.44%	10.28%
1879	33.15%	22.01%	9.24%
1880	25.15%	29.88%	9.17%
1881	28.62%	21.21%	16.50%
1882	31.48%	17.78%	9.63%
1883	32.65%	20.27%	11.68%
1884	34.44%	16.89%	7.62%
1885	28.97%	19.31%	7.17%
1886	28.70%	24.17%	8.16%
1887	32.43%	23.12%	5.11%
1888	25.78%	19.25%	6.83%
1889	27.22%	12.03%	7.91%
1890	30.49%	10.99%	10.16%
1891	28.61%	18.41%	6.47%
1892	24.69%	13.72%	7.98%
1893	19.49%	12.56%	8.72%
1894	16.58%	13.32%	5.98%
1895	19.07%	9.26%	6.54%
1896	20.76%	10.89%	7.09%
1897	28.48%	14.13%	7.28%
1898	24.95%	16.70%	7.19%
1899	23.54%	15.42%	9.17%
1900	26.30%	12.32%	12.11%

Tabla N° 6. Elaboración propia a partir de Tabla N° 5.

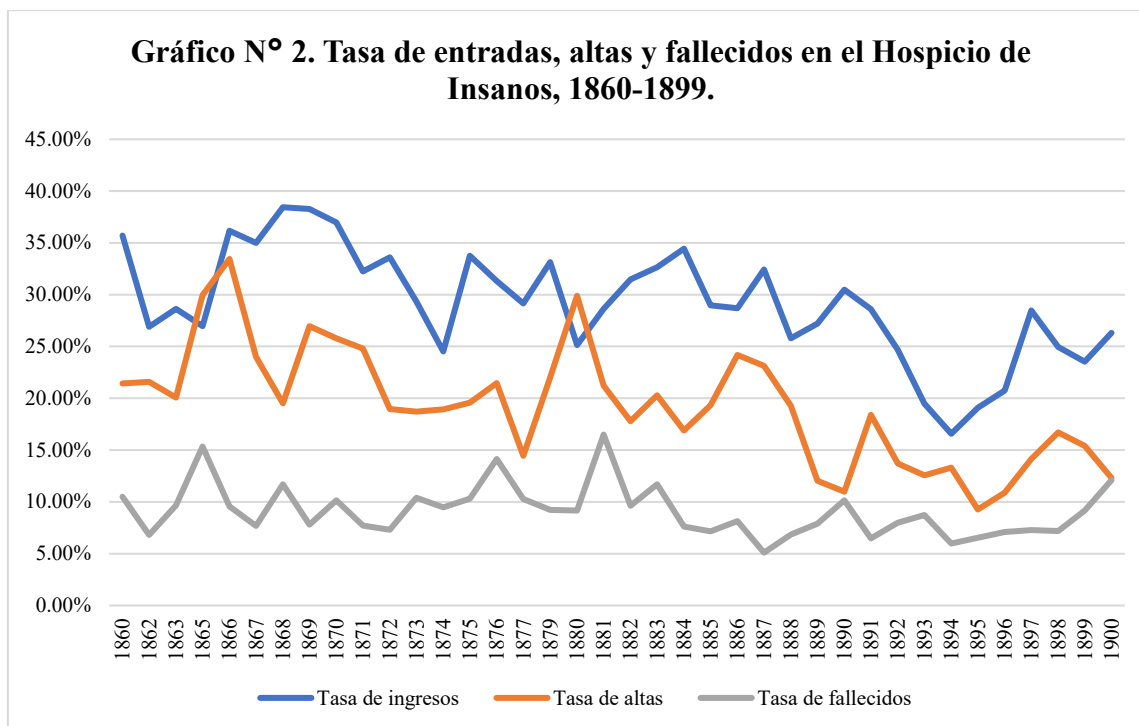


Gráfico N° 2. Tasa de entradas, altas y fallecidos en el Hospicio de Insanos, 1860-1899. Elaboración propia a partir de Tabla N° 6. La fórmula empleada en Tabla N° 6 calcula el porcentaje de entradas, altas y fallecidos en relación con el total de la población durante el año presente (es decir, la suma de las existencias del año anterior y las nuevas entradas).

Durante su primera década de funcionamiento, el clima de optimismo en torno al Hospicio y el tratamiento moral fue evidente. No era un optimismo infundado. Según los datos presentados en la Tabla N° 6 y el Gráfico N° 2, la tasa de altas más elevada del siglo XIX se registró en 1866, con un 33.45%, seguida de 1865 con un 29.96%. Esta tendencia se mantuvo al menos hasta 1870, cuando se contabilizaron 100 altas y 29 fallecimientos. La confianza de la sociedad hacia el establecimiento también fue notable, ya que las tasas de ingreso más elevadas (que superaban el 35%) se observaron durante la década de 1860.

Sin embargo, desde la década de 1870, el Hospicio dejó de cumplir plenamente con el objetivo que había motivado su creación: superar el aislamiento y la mera retención que caracterizaban a las loquerías coloniales. Aunque debía ofrecer un tratamiento científico destinado a curar las enfermedades mentales y facilitar la reinserción social del paciente como un individuo productivo para la sociedad, este ideal dejó de ejecutarse en la práctica. Así, en la década de 1870, junto con el hacinamiento y las limitaciones infraestructurales del Hospicio, el número de altas comenzó a disminuir, mientras que la tasa de mortalidad aumentaba gradualmente, llegando casi a igualar el de los pacientes curados. A excepción del año 1880, el número de altas no volvió a superar el centenar durante el resto del siglo XIX, alcanzando su punto más bajo en 1895, con apenas 35 altas (Tabla N° 5).

En 1880 se produjo un punto de inflexión a raíz de la guerra del Pacífico. Las entradas, que solían superar el centenar desde 1866, se redujeron a 85, mientras que las

altas llegaron a 101, una cifra no alcanzada hasta el momento. Esta situación respondió a la necesidad de reducir tanto la población y con ello el gasto por paciente en el manicomio debido a la crisis económica generada por el conflicto bélico. Además, al año siguiente se concretó la tasa de fallecimientos más alta en el Hospicio a lo largo del siglo XIX, alcanzando un alarmante 16.50% (Tablas N° 5 y 6).

El hacinamiento en el Hospicio impidió la adecuada implementación del tratamiento moral. A pesar de los esfuerzos de Ulloa por erradicar el uso de grilletes y otros mecanismos de sujeción, estos continuaban utilizándose en la práctica. El principio del *non-restraint* quedó limitado al discurso, mientras que en la cotidianidad se seguían empleando métodos para inmovilizar a algunos pacientes, similar a lo que ocurría en las antiguas loquerías coloniales. Ríos (2023, p. 37) documentó la compra temprana de grilletes y sillones de fuerza hechos de madera de roble. Además, el empleo de cujas de madera se efectuó durante toda la historia activa del Hospicio, las cuales eran malsanas y antihigiénicas²⁴². A esto se suma el testimonio de Carlos Paz Soldán, quien estuvo internado entre 1885 y 1886, relatando la violencia que sufrió durante su estancia. Volveremos sobre experiencia en la tercera parte de este capítulo.

A lo largo de los años, el tiempo promedio de internamiento en el Hospicio mostró distintas tendencias. De una muestra de 417 varones ingresados entre 1864 y 1897 (Anexo N° 1), se deducen algunos patrones. Entre 1869 y 1878, el promedio de internamiento alcanzaba los 10 mil días (más de 27 años), debido a la presencia de pacientes de larga estancia con diagnósticos de manías, demencias y melancolías. No obstante, en las décadas de 1880 y 1890, este promedio disminuyó drásticamente. En la década de 1880, el promedio fue de 2100 días (más de 5 años), probablemente como resultado del impacto económico de la guerra del Pacífico. Para la década de 1890, se redujo aún más, a 1200 días (más de 3 años). Esta disminución no se debió necesariamente al éxito del tratamiento, sino a la admisión de numerosos pacientes alcohólicos, quienes tendían a las estancias breves y frecuentes reingresos, en muchos casos derivados por la policía tras ocasionar disturbios públicos debido a su embriaguez. Sobre el alcoholismo, volveremos más adelante.

La disminución en la tasa de reinserción estuvo acompañada por un aumento en la duración de las estancias. Esto conllevó a lo que hoy se conoce como “paciente institucionalizado”, es decir, una persona que reside en una institución hospitalaria por un tiempo determinado generalmente extenso o de por vida. El caso de M. P. fue posiblemente uno de los más prolongados: ingresó al Hospicio en 1866, enviada por su familia debido a una locura sistematizada, y permaneció allí más de 50 años hasta su fallecimiento por neumonía en 1917 (Anexo N° 2, paciente N° 3). Otro caso destacado es el de T. V., alias “Churunga” (Figura N° 27), una mujer de Arequipa ingresada en 1859 con demencia vesánica, quien murió en 1904 a causa de insuficiencia mitral (Anexo N° 2, paciente N° 1). Similar es el caso de M. C. viuda de R., una mujer de Chota internada

²⁴² “El Manicomio de Lima”, por Manuel A. Muñiz. *La Crónica Médica*, Lima, año 2, nro. 14, 28 de febrero de 1885, p. 54.

por locura sistematizada desde 1875 hasta 1920, año en que falleció por un infarto (Anexo N° 2, paciente N° 9). Las tres mujeres compartían la ocupación de costureras.



Figura N° 27. T. V., alias “Churunga”, internada por 45 años en el Hospicio de Insanos. Fuente: MHP HVLH, *[Registro de admisión del departamento de mujeres del Hospicio de Insanos, 1859-1908]*, f. 9.

Entre los varones, uno de los pacientes con mayor tiempo de estancia fue M. V., un mestizo ingresado por la policía en 1864 con síntomas de demencia e ideas de riqueza. Permaneció 46 años en el Hospicio, falleciendo en 1910 por insuficiencia mitral (Anexo N° 1, paciente N° 4). Otro caso relevante es el de J. C. A., un herrero de El Callao que se creía Henry Meiggs y presentaba ideas de ambición. Estuvo internado entre 1874 y 1919, casi 40 años, y murió de un síncope cardíaco (Anexo N° 1, paciente N° 26). Finalmente, M. E. S., un exmilitar que vagaba por las calles y fue internado por la policía en 1889 con diagnóstico de melancolía y demencia vesánica; también falleció en el Hospicio en 1917 (Anexo N° 1, paciente N° 112).

Ulloa justificó estas estancias prolongadas desde el discurso degeneracionista²⁴³. En 1883, por ejemplo, señaló que estos casos se debían a la “incurabilidad de su enajenación” (SBPL, 1884, p. 63), resultado de factores “hereditarios y congénitos”, derivados de la “herencia y las degeneraciones que de ella proceden” (SBPL, 1891, p. 75). No obstante, en 1891, Manuel A. Muñiz, médico titular del departamento de hombres, criticó la concepción de incurabilidad de las afecciones mentales, subrayando

²⁴³ El discurso degeneracionista fue desarrollado en la década de 1850 por el médico francés Bénédict Morel, quien postulaba que determinadas enfermedades mentales eran hereditarias y se agravaban progresivamente a través de las generaciones debido a factores genéticos y ambientales. Según Morel, la degeneración se manifestaba mediante ciertos “estigmas” físicos y mentales, y podía ser exacerbada por condiciones de vida precarias como el alcoholismo y la pobreza (Postel y Quénel, 2000, pp. 225-229; Berrios, 2008, p. 524).

la importancia del tratamiento temprano frente a la tendencia de las familias a mantener a sus enfermos en casa bajo tratamientos empíricos e inadecuados (SBPL, 1892a, p. 115).

Desde el degeneracionismo, Ulloa destacó el consumo de alcohol como una de las principales causas de la degeneración humana y de los diversos cuadros psiquiátricos que ingresaban al Hospicio. Según Ulloa, el alcohol no solo degeneraba al individuo, sino también a sus descendientes, quienes heredaban una predisposición al alcoholismo y un alto riesgo de padecer enfermedades como epilepsia, histeria, vértigo, parálisis infantil, degeneración cerebral y meningitis tuberculosa. Aquellos que sobrevivían a estos cuadros, según Ulloa, enfrentaban una “muerte moral” al caer en el idiotismo o la imbecilidad (SBPL, 1891, p. 76). En este sentido, Ulloa calificó a los alcohólicos como una “carga para la sociedad” (SBPL, 1884, p. 64). Para él, el alcoholismo representaba una “funesta plaga de la embriaguez” (SBPL, 1884, p. 65) y un “peligro social” (SBPL, 1888a, p. 35; SBPL, 1891, p. 75), llegando a describirlo como “el demonio del alcohol” (SBPL, 1891, p. 76).

Es importante resaltar que la cuestión alcohólica adquirió una relevancia especial en la sociedad limeña después de la guerra contra Chile. Desde los círculos intelectuales peruanos surgieron diversas propuestas para explicar las causas de la derrota y el retraso del país, coincidiendo en que mejorar las condiciones de la población era fundamental para el progreso en la etapa de posguerra. Como señala Fonseca (2000, p. 331), una de estas propuestas fue el movimiento antialcohólico o de temperancia, que promovía la lucha contra el alcoholismo, visto como un mal social, y fomentaba la abstinencia como ideal de vida. Es en este contexto donde se inscriben las críticas de Ulloa frente al alcoholismo.

Ulloa consideró que el alcohol tenía graves consecuencias para el porvenir de la sociedad peruana, “más funesto en sus estragos que las epidemias mismas” (SBPL, 1888a, p. 35). En primer lugar, sostenía que provocaba la degeneración de la raza, ya que, como mencionó previamente, el alcoholismo generaba efectos hereditarios que facilitaban la aparición de diversas enfermedades en los descendientes y, por ende, en las futuras generaciones de peruanos. En segundo lugar, afirmaba que el alcohol destruía la familia y el hogar, debilitando el núcleo social. En tercer lugar, señalaba que el alcoholismo privaba a la sociedad de inteligencia y fuerza laboral, lo cual era particularmente preocupante en el contexto de la reconstrucción del país tras la guerra contra Chile, ya que estos recursos humanos eran esenciales para el progreso nacional. Finalmente, apuntaba que el alcoholismo contribuía al hacinamiento de cárceles, hospitales y manicomios, con alcohólicos que ingresaban repetidamente sin lograr una rehabilitación efectiva (SBPL, 1888a, p. 35; SBPL, 1891, p. 75). Es en este último punto en el que nos enfocaremos a continuación.

Ulloa consideró que el alcoholismo era la principal causa del hacinamiento en el Hospicio. Como señala Porter (2008, p. 119), en cierto sentido, los alienistas fueron víctimas de su propia propaganda, al insistir en que muchos comportamientos considerados tradicionalmente como vicio (como el alcoholismo), pecado o crimen eran en realidad trastornos mentales que requerían atención médica y tratamiento en asilos.

Esto contribuyó al hacinamiento de los manicomios, que comenzaron a llenarse de pacientes alcohólicos y consumidores de opio, es decir, sujetos considerados indeseables en el espacio público. Ya en 1869, los informes del Hospicio advertían sobre el notable aumento de internados a consecuencia del abuso de bebidas alcohólicas (SBPL, 1870, p. 21), mientras que en las décadas de 1880 y 1890 los ingresos por alcoholismo, locura tóxica o delirium tremens representaron una parte significativa de la estadística hospitalaria. Por ejemplo, la locura tóxica por alcoholismo representó el 35.7% de los diagnósticos en 1891, es decir, un tercio. Asimismo, nuestro análisis de diagnósticos entre 1869 y 1898 confirmó que este fue el más común, con 425 casos registrados, superando con creces a las manías (286 casos), que había sido el diagnóstico más frecuente en los primeros años del Hospicio (Tablas N° 7 y 8, Gráfico N° 3). Desde luego, esto es lo que respecta a los documentos oficiales del Hospicio, pero Ulloa señaló que diversos diagnósticos tenían como causa el consumo de alcohol, como el delirio o la imbecilidad, lo que la hacía “el generador o principal origen de las tres cuartas partes de las locuras que asistimos” (SBPL, 1891, p. 76). Carlos Paz Soldán (1886, p. 247), paciente del Hospicio entre 1885 y 1886, señaló que “El manicomio sirve de cárcel de corrección de los borrachos ó alcoholistas, prostituyéndose así su misión”.

Tabla N° 7. Diagnóstico del Hospicio de Insanos, 1860-1898.

Diagnóstico		1860	1860	1869	1869	1873	1873	1876	1876	1877	1877	1878	1878	1878	1878	1878	1878	1878	1878	1878	1878	1878	1878	1878	1878	1878	1878	1878	1878	1878	1878			
		60	60	69	69	73	73	76	76	77	77	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78	78		
		M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	T	T	M	F	M	F	M	F	M	F	M	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F		
Delirios	Alucinación	6	9					1		1																								
	Delirio agudo																		1	1							9	8			1			
	Delirio de persecución																		0	3														
	Delirio febril																														1			
	Delirio sistematizado																		3	1												2		
Demencias	Demencia	23	20					3	0	3	2																							
	Demencia orgánica																	2	0			2	0	1			0	1	4	4	5	7	2	2
	Demencia primitiva																							1	1									
	Demencia senil																0	1			0	1				1	0						3	
	Demencia vesánica																		5	0	1	0	1	1	0	1	0	0	1	0		18	11	4
Idiotismo, imbecilidad y afines	Caredo									1	2																							
	Confusión mental																								1	0								
	Idiotismo o imbecilidad	2	2			5	3	2	2	0	0			1	1	3	1	7	4	4	0	1	1	0	1	0	2	1	0		10	5	3	2
	Locura catatónica o catalepsia																	1	0	1	0													
	Perturbación mental primitiva																																	1
Locura	Locura de los degenerados																								2	0								1

	Locura moral o locura moral impulsiva															6	0	1	0	2	5	1	1	0	0	0	5		1	2	2	1						
	Locura periódica															3	1			0	2	3	0	2	0	7			8	1	0	3						
	Locura puerperal																	0	1																			
	Locura sistematizada o locura sistematizada progresiva															3	4			7	5	3	3	1	5	2	2	1	2	1	3							
Locura neurósica: Epilepsia	Epilepsia	9	7			4	7	6	4	7	8			4	3	5	2	4	5	2	4	2	6		3	2	4		3	5	1	1	3					
Locura neurósica: Histeria	Histeria															0	4	1	5	1	9			1	9				1		4		7					
Locura neurósica: Otros	Locura neurósica																				1	3	5			0	1	2		5	4	1	2					
	Neurastenia																							0	1													
Locura tóxica: Alcoholismo	Alcoholismo			2	1											1	2																					
	Alcoholismo agudo															4	1																					
	Delirio alcohólico	3	4			3	0	8						2	3	8	4	3																				
	Delirium tremens							2	1	2	8	3	6		2	0	0	2																				
	Locura tóxica o locura alcohólica												3	4			3	4	1	7	8	2	1	6	1	0	9	4	2	1	4	6	1	5	1	2	1	7
Locura tóxica: Opio	Locura tóxica por opio o imbecilidad por opio															1	0	6	0	6	0	3	3		3	0	3		2		6		8					
	Locura tóxica (diversas)																												3	6	3							
	Locura tóxica por plomo																					1	0				0											

	Locura tóxica sifilítica																		1	2				0		1			3	0	3	
	Locura tóxica tifilica																		1												1	
	Onanismo o masturbación												1	0	2	0	1	0														
Manías	Excitación maniaca											1	0																			
	Manía			4 6	2 7																											
	Manía aguda	2	2			8	4	2 7	1 3	1 9	2 0			6	7	3	4	6	4	6	2	7	3	5	2	4	6	6		9	2 3	1
	Manía aguda furiosa															0	1															
	Manía crónica	1 6	2 5			8	8																									
	Manía periódica													0	2	2	1											1				
	Manía simple													1	9	5	0			3	1											
	Manía suicida															1	0			0	1											
	Manía tranquila															1	0															
	Melancolías	Lipemanía	3	2					8	1 5	2	4			6	4	6	3			0	2										
Melancolía						9	3								0	1			2	5				5	3						4	
Melancolía con estupor															1	0																
Melancolía y demencias agudas																	5	9			3	7	5			5	5	5	5	3 7	1 9	4
Monomanías	Locura espiritista														0	1																
	Locura razonante												1	1																		
	Monomanía ambiciosa	1	1			1	4																									
	Monomanía crónica		2												1	2																
	Monomanía de persecución	3	4			2	1							1	0	1	1															
	Monomanía erótica														0	1																

[illegible]

Tabla N° 7. Elaboración propia a partir de: *Gaceta Médica de Lima*, Lima, año 5, tomo 5, nro. 116, 15 de julio de 1861, pp. 262-263; *Gaceta Médica de Lima*, Lima, año 1, nro. 2, 1 de marzo de 1875, pp. 14-15; SBPL 1870, p. 21; 1877, p. 35; 1878, anexo 14; 1880a, p. 45; 1888a, p. 35; 1888b, p. 45; 1890, pp. 73-72; 1891, p. 71; 1892a, p. 73; 1894a, pp. 155, 171; 1894b, p. 137; 1896b, pp. 194, 224, 182, 213; 1897, pp. 323, 341; 1899a, pp. 219, 237.

Tabla N° 8. Consolidado de diagnósticos del Hospicio de Insanos, 1860-1898.	
Diagnósticos	Cantidad (1860-1898)
Locura tóxica: Alcoholismo	470
Manías	359
Melancolías	197
Locura	163
Locura neurósica: Epilepsia	138
Demencias	134
Locura neurósica: Histeria	93
Idiotismo, imbecilidad y afines	70
Monomanías	58
Locura neurósica: Otros	46
Delirios	45
Locura tóxica: Opio	41
Locura tóxica: Otros	28
Ignorado o sin diagnóstico	21
Parálisis	18
No loco	18
Ninfomanía	7
Reblandecimiento cerebral	3
Psicopatía	1
Total	1910

Tabla N° 8. Elaboración propia a partir de Tabla N° 7.

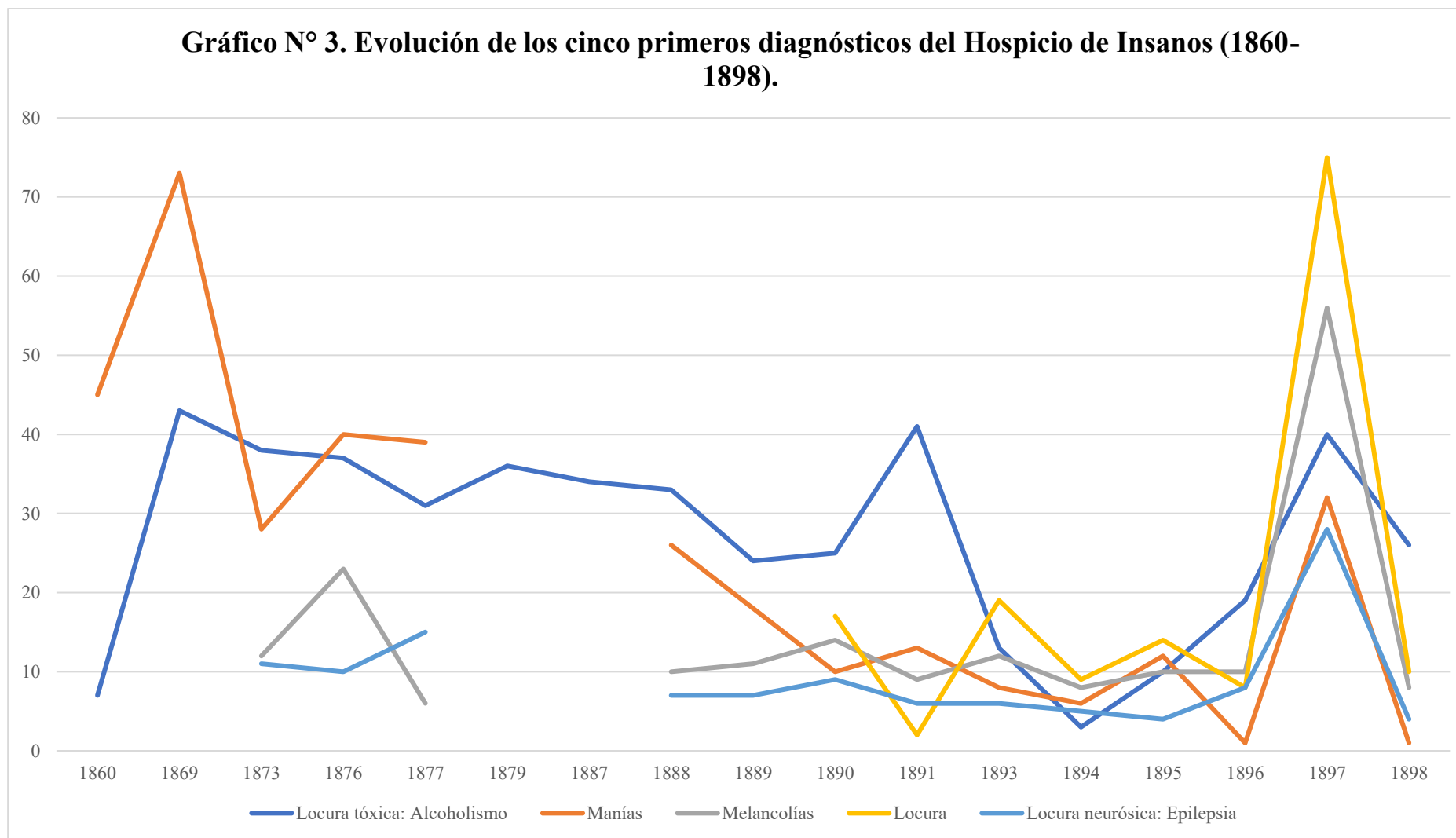


Gráfico N° 3. Evolución de los cinco primeros diagnósticos del Hospicio de Insanos (1860-1898). Elaboración propia partir de Tabla N° 7.

Los pacientes alcohólicos eran los de mayor tasa de reingreso, esto debido a las constantes recaídas. Muñiz rescató que “en cada año, se repite dos ó tres veces el ingreso de un mismo individuo” (SBPL, 1892a, p. 115). Por ejemplo, R. F., cigarrero piurano, fue internado por gestión policial siete veces entre 1888 y 1890 por alcoholismo agudo, hasta fallecer en 1891 (Anexo N° 1, paciente N° 95). Del mismo modo, M. M., jornalero chancaíno, ingresó cinco veces entre 1891 y 1897, falleciendo en el Hospicio en 1909 (Anexo N° 1, paciente N° 218). Por su parte, M. A., ingresó cinco veces entre 1884 y 1892 por locura periódica sustentada en excesos alcohólicos, hasta que dos años después fue dado de alta²⁴⁴.

Asimismo, era común que los pacientes alcohólicos fueran remitidos al Hospicio por la policía en su intento de mantener el orden público. De los 147 pacientes varones alcohólicos identificados entre 1864 y 1897, 56 fueron derivados por la policía y 6 por juntas departamentales de diversas regiones del país (Anexo N° 1). Esto se debe a que el alcoholismo era percibido como una conducta indecente en los espacios públicos. Por ejemplo, M. H. C., un empleado limeño ingresado en 1888 por alcoholismo y paranoia persecutoria, se desnudaba y exhibía en los colegios de niñas bajo los efectos del alcohol (Anexo N° 1, paciente 66). De manera similar, J. M. T., un comerciante, fue internado por locura tóxica después de ser encontrado recorriendo las calles, insultando y vociferando agresivamente a las personas que cruzaban su camino (Anexo N° 1, paciente 259). Incluso, en palabras de Ulloa, el alcoholismo representaba un “bochornoso espectáculo” para la SBPL y el Hospicio al tener que soportar los espectáculos públicos que el internamiento de alcohólicos representaba (SBPL, 1884, p. 65). Por ejemplo, al llegar al Hospicio, algunos pacientes negaban la etiqueta alcohólica. E. C., militar iqueño ingresado en 1890 por locura tóxica alcohólica, justificó su dependencia indicando “¿En dónde hay un iqueño que no sea borracho?” (Anexo N° 1, paciente 157).

El hacinamiento del Hospicio debido a los pacientes alcohólicos fue una preocupación constante para sus autoridades, lo que generó un debate sobre los límites de las responsabilidades de la institución en cuanto a su atención. Muñiz, por ejemplo, denunció que las familias y policías remitían a individuos con síntomas alcohólicos ligeros, confundiéndolos con casos de enajenación, quienes se recuperaban en pocos días (SBPL, 1892a, p. 116). Para enfrentar este problema, Ulloa propuso la creación de una Casa de Corrección, donde los alcohólicos que, habiendo sido tratados en el Hospicio y recuperados de sus crisis, pudieran ser internados el tiempo necesario para lograr la “curación radical de su mal hábito” (SBPL, 1884, p. 65; SBPL, 1888a, p. 35). Esta propuesta fue secundada los médicos Eduardo Sánchez Concha (SBPL, 1886, p. 51) y Muñiz (SBPL, 1892a, p. 115).

Además de esta iniciativa, Ulloa sugirió diversas soluciones inspiradas en el movimiento antialcohólico internacional. Estas incluían la creación de Sociedades de Temperancia, la organización de congresos antialcohólicos para educar a la población sobre los peligros del alcoholismo, y la implementación de legislación que restringiera el

²⁴⁴ Para más casos clínicos de pacientes alcohólicos en el Hospicio de Insanos, ver Ríos (2023, pp. 139-142).

consumo de alcohol (SBPL, 1884, p. 65; SBPL, 1888a, p. 35). Como señala Fonseca (2000, p. 332; 2002, p. 252), ya en 1885 se realizaban reuniones de temperancia para inmigrantes ingleses y norteamericanos en el Callao, y en 1896, un metodista peruano fundó la primera Liga de Temperancia en Lima. Asimismo, el Congreso Nacional Antialcohólico tuvo lugar en la capital en 1903. En cuanto a la legislación, el 24 de noviembre de 1887 se aprobó un impuesto sobre el consumo de alcoholes, aguardientes, rones, vinos, licores y cervezas (Hernández, 2018, p. 13)²⁴⁵.

La propuesta más radical de Ulloa fue exigir una reforma en los códigos legales para prohibir el matrimonio de personas consideradas degeneradas, como los alcohólicos y epilépticos, con el objetivo de evitar la transmisión de estos males a futuras generaciones. Argumentó que “ya es tiempo de que las legislaciones se preocupen de prevenir estos males mediante leyes que impidan las uniones entre cónyuges, cuando alguno de ellos esté poseído por el demonio del alcohol” (SBPL, 1891, p. 77). Como ha señalado Amaya (2018, p. 70), esto implicaba un cambio significativo en el abordaje de la insania: ya no bastaba con detectar y tratar la enfermedad mental tempranamente para interrumpir su desarrollo, como se pensaba en los primeros años del Hospicio, sino que ahora era esencial evitar que sus víctimas pudieran transmitir el mal a sus descendientes o parientes futuros. Esta idea reflejaba una temprana visión eugenésica que buscaba controlar la herencia biológica como un medio para mejorar la sociedad.

Otro de los vicios criticados por Ulloa como causa de la locura, y que también contribuyó al hacinamiento del Hospicio, fue el consumo de opio, principalmente asociado a los inmigrantes asiáticos pero que comenzaba a formar parte de los hábitos locales (SBPL, 1891, p. 77). De los 31 consumidores de opio varones identificados entre 1885 y 1897, 30 eran de origen chino y uno era cajamarquino (Anexo N° 1). En el marco del degeneracionismo promovido por Ulloa, también se señalaron la vagancia y la prostitución como causas de la locura. En cuanto a la vagancia, era frecuente el internamiento de mendigos considerados insanos, para quienes Ulloa consideraba que la Casa de Corrección, ya mencionada, era una solución adecuada. Por otro lado, la prostitución fue vista como un problema de higiene pública y una “plaga social” que contribuía a la degeneración de la población, principalmente por el contagio de sífilis (SBPL, 1884, p. 65).

1.2. Limitaciones infraestructurales e insalubridad en el Hospicio de Insanos

Las condiciones de vida de los enfermos trasladados al Hospicio de Insanos a finales de 1859 mejoraron considerablemente en comparación con las antiguas loquerías. Una editorial de *El Peruano* anunciaba con optimismo que Lima finalmente contaba con “una casa de amentes cómoda, decente y bien situada”²⁴⁶. Sin embargo, no tardaron en surgir deficiencias en la infraestructura, lo que provocó que, a lo largo de toda la existencia del

²⁴⁵ Desde su instauración en 1884, la Academia Libre de Medicina, hoy Academia Nacional de Medicina, abanderó la lucha contra el alcoholismo como uno de sus objetivos institucionales, impulsando la Comisión de Represión del Alcoholismo para estudiar sus efectos fisiológicos y patogénicos, su transmisibilidad a través de la herencia, sus consecuencias morales para la civilización, legislación antialcohólica, entre otros aspectos. *Boletín de la Academia Libre de Medicina*, Lima, tomo 1, 1886, pp. 49-52.

²⁴⁶ “El Peruano”. *El Peruano*, Lima, año 18, tomo 37, nro. 42, 17 de diciembre de 1859, p. 161.

Hospicio (1859-1917), se plantearon continuamente necesidades de reforma y ampliación, las cuales siempre resultaban insuficientes.

Como se describió en el segundo capítulo de esta tesis, el Hospicio se estableció en la Quinta Cortés, un edificio de origen colonial que, para ese entonces, ya mostraba signos de decadencia y deterioro. Aunque se realizaron trabajos de reparación y acondicionamiento, que alcanzaron los 82,743 ½ pesos, equivalentes al 72% del total de la inversión²⁴⁷, al momento de su inauguración en 1859 el Hospicio aún no estaba completamente terminado, al menos según lo estipulado en el reglamento de 1859. El reglamento contemplaba la existencia de dos grandes departamentos: el de hombres, ubicado a la derecha, y el de mujeres, a la izquierda, lo cual logró ejecutarse en la práctica; sin embargo, no sucedió lo mismo con las cuatro secciones o cuarteles: locos tranquilos; dementes y epilépticos; agitados; y sucios²⁴⁸. Esto fue motivo de preocupación del Hospicio a lo largo del siglo XIX. En 1860 se reconocía que faltaban por habilitar “algunos departamentos indispensables” (SBPL, 1861, p. 15). En 1869 se advertía que “Sin la extensión y las dimensiones convenientes [...] no se puede tener á los amentes en departamentos separados, según las diversas clasificaciones de la enajenación mental”, lo cual era esencial para “establecer con buen éxito el método curativo” (SBPL, 1870, p. 21). En 1883 Ulloa lamentaba que las diversas clases de enajenaciones se encontraban “despreciablemente confundidos, en especial durante el día” (SBPL, 1884, p. 64). A pesar de las reformas y del nuevo reglamento de 1897, la situación en 1899 no había cambiado: “No hay en verdad sino dos grandes secciones ó departamentos, pues no se pueden dividir o separar á los enajenados curables de los incurables, los sucios de los aseados, los furiosos de los tranquilos, etc.” (SBPL, 1899b, pp. 88-89).

Las deficiencias de la infraestructura y la ausencia de una adecuada división en cuarteles representaban un obstáculo para la admisión de menores en el Hospicio. En 1872 se señaló que no había sido posible aceptar solicitudes de internamiento de niños, ya que su convivencia con adultos podría ponerlos en peligro (SBPL, 1873a, p. 29). Esto teniendo en cuenta que la tendencia era que alrededor del 50% de pacientes tenían entre 30 a 49 años, 22% entre 20 y 29 años, y 20% de 50 a más (Gráfico N° 4).

A pesar de estas advertencias, los informes anuales del Hospicio muestran que sí se admitieron menores, aunque en menor proporción. Por ejemplo, en 1888 había 10 internos de entre “7 a 20 años” (SBPL, 1888b, p. 46). Entre estos casos, destacó F. V., un niño limeño de 7 años ingresado por locura epiléptica (Anexo N° 1, paciente N° 101); el de C. E. I. C., de 10 años, oriundo de Tacna, admitido por el mismo diagnóstico (Anexo N° 1, paciente N° 326); el de V. G, puneño de 15 años, quien sufrió un gran susto en la escuela que desembocó en una manía aguda (Anexo N° 1, paciente N° 131); y el de una niña limeña de 13 años con antecedentes de histeria, internada por locura de los degenerados (Anexo N° 2, paciente N° 46).

²⁴⁷ “Inauguración de las loquerías”. *Gaceta Médica de Lima*, Lima, año 6, tomo 4, nro. 79, 31 de diciembre de 1859, p. 388.

²⁴⁸ “Proyecto del Reglamento para el Hospicio de Insanos”. *El Peruano*, Lima, año 10, tomo 28, nro. 28, 11 de abril de 1860, p. 108.

Gráfico N° 4. Proporción de las edades de los pacientes del Hospicio de Insanos, 1860-1897.

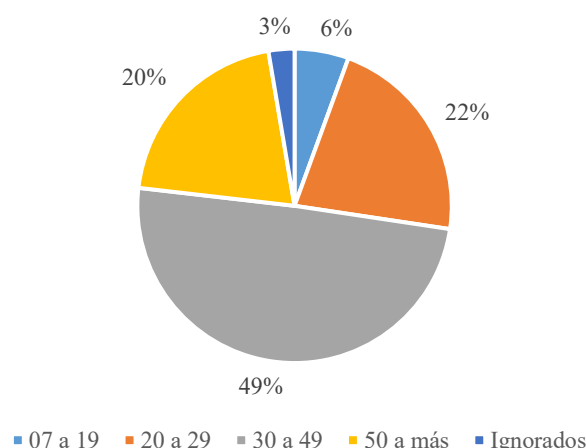


Gráfico N° 4. Proporción de las edades de los pacientes del Hospicio de Insanos, 1860-1897. Fuente: Elaboración propia a partir de los datos proporcionados en: *Gaceta Médica de Lima*, Lima, año 5, tomo 5, nro. 116, 15 de julio de 1861, pp. 262-263; *Gaceta Médica de Lima*, Lima, año 1, nro. 2, 1 de marzo de 1875, pp. 14-15; SBPL, 1877, p. 35; 1878, anexo 14; 1880a, p. 47; 1881, p. 131; 1883, p. 99; 1888b, p. 46; 1880, p. 75; 1891, p. 67; 189a1, p. 127; 1893, p. 106; 1894a, p. 157; 1894b, p. 117; 1896a, p. 188; 1896b, p. 199, 236; 1897, pp. 320, 337.

La separación por cuarteles no era el único desafío en la administración del Hospicio. El reglamento de 1859 también estipulaba una división entre pacientes gratuitos y pensionistas, estos últimos con el derecho a un trato preferencial, que incluía habitaciones separadas y una alimentación de mayor calidad. Sin embargo, en la práctica, esta distinción no se cumplió (SBPL, 1876, p. 33; SBPL, 1884, p. 66). En 1888, el inspector del Hospicio, Manuel San Martín, informó que la falta de separación entre gratuitos y pensionistas a la hora de comer generaba conflictos entre los internos, ya que las viandas que recibían según su clase social eran distintas, “lo cual ocasiona frecuentes riñas entre ellos y que unos á otros se arrebatan el alimento” (SBPL, 1888b, p. 41). Ante esta situación, la reforma de 1888 vio la necesidad de establecer comedores separados para pacientes gratuitos y pagantes, con el fin de evitar más enfrentamientos. Por su parte, en 1893 el médico titular del departamento de mujeres, Eduardo Sánchez Concha, señaló que la necesidad de separar pensionistas de gratuitos también respondía a cuestiones de decencia, pues “los primeros son generalmente, personas educadas cuyas maneras y trato cambian al tratarse con aquellos que jamás lo recibieron” (SBPL, 1894a, p. 164). El inspector del Hospicio, M. Moscoso Melgar, señaló al año siguiente que al “arreglarse la casa”, en referencia a la adecuación de espacios para pensionistas con criterios decentes, se lograría atraer a familias de clase alta para internar a sus enfermos. Esto, a su vez, incrementaría los ingresos del Hospicio (SBPL, 1895, p. 78).

Algunas áreas del Hospicio tuvieron que ser adaptadas para cumplir funciones diferentes a las originalmente previstas, lo que resultó en la apropiación de espacios terapéuticos y una consecuente pérdida de funcionalidad del edificio. Un ejemplo de esto

ocurrió en 1893, cuando se propuso destinar parte de la huerta del establecimiento a la construcción de una sección para las internas pensionistas (SBPL, 1894a, p. 164). Asimismo, a pesar de la defensa de Ulloa sobre la importancia de contar con salones terapéuticos, estos no pudieron implementarse en el Hospicio, al menos hasta la década de 1890. Ulloa mismo lamentaba en 1883 que “No existe una sala de reunión para los enajenados tranquilos y de cierta educación, donde puedan pasar el día entregados á la lectura ú otra distracción” (SBPL, 1884, p. 66). Esta carencia es significativa, considerando que un 44.6% de los varones internados entre 1859 y 1897 declararon en sus registros de admisión que sabían leer y/o escribir, o poseían un nivel educativo que les permitía dominar estas habilidades (Anexo N° 1). Además, el Hospicio albergaba a diversos profesionales liberales, como abogados, médicos, ingenieros, periodistas y profesores, quienes hubieran podido beneficiarse de espacios de distracción y estimulación intelectual. Lo mismo sucedía con la falta de talleres para trabajos manuales, los espacios para el paseo y el deficiente sistema de baños para la implementación de la hidroterapia (SBPL, 1894a, p. 136).

Esta situación fomentaba un estilo de vida sedentario en los pacientes, a pesar de que el reglamento de 1859 establecía una aparente distribución estricta del tiempo y un control riguroso sobre las actividades y los cuerpos. En la práctica, estas disposiciones no se cumplían. Para 1884, según observó Muñiz, la rutina diaria de un paciente varón del Hospicio era la siguiente: Se levantaba entre las 6:00 y las 6:30 horas, dependiendo de la estación del año. Después del aseo personal, permanecía inactivo, caminaba sin rumbo, o se sentaba en los “bancos corridos, fríos y duros, de los corredores”. A las 9:00 se realizaba la visita médica, que coincidía con el horario del almuerzo. Tras ello, regresaba a la misma inactividad hasta las 13:00 horas, momento en que tomaba un baño en un pequeño estanque ante la inexistencia de servicios adecuados de hidroterapia. Mal enjuagados y vestidos apresuradamente, los pacientes retomaban su rutina de inactividad hasta las 15:00, cuando recibían la segunda y última comida del día. Luego, permanecían en los dormitorios sin ocupación alguna hasta que se dormían desde las 18:30 o 19:00 horas, dependiendo de la estación. Este régimen se describía como profundamente deshumanizante: “Los enfermos que más necesitan distracción, ejercicio, actividad, están casi condenados á la monotonía de un régimen, que más parece de castigo que de tratamiento”. En el caso de las pacientes mujeres, la rutina solo variaba por la oportunidad de participar en talleres de costura y lavandería, actividades que, aunque representaban una ligera ocupación, no compensaban la falta de un tratamiento integral ni la ausencia de estímulos terapéuticos²⁴⁹.

A la falta de espacios terapéuticos se sumaba la carencia de instalaciones adecuadas para los médicos e internos. Hacia 1884, no había una biblioteca especializada ni laboratorios, esenciales para estar al día con los avances de la ciencia extranjera. Muñiz manifestó esta situación con preocupación:

²⁴⁹ “El Manicomio de Lima”, por Manuel A. Muñiz. *La Crónica Médica*, Lima, año 2, nro. 15, 31 de marzo de 1885, p. 95-95.

[no existe] Una pequeña biblioteca médica, un periódico ó revista especialista, unos cuantos aparatos metereológicos, un gabinete para experiencias sobre la sugestión hipnótica, no ensayada hasta hoy, son vacíos que se dejan sentir²⁵⁰.

Ante la limitación infraestructural, fue necesario adquirir nuevas propiedades para incorporar al edificio original y poder diferenciar algunos departamentos según lo estipulado en el reglamento, así como para atender el aumento de la población de internos. Entre estas gestiones, se destaca la anexión de una calle contigua al edificio en 1863 (SBPL, 1867a, p. 10). Además, entre 1869 y 1874, se tramitó la adquisición de huertas adyacentes, propiedad de la cofradía de la parroquia de Santa Ana (SBPL, 1870, p. 22; SBPL, 1875, p. 57). Sin embargo, aunque se aprobó un presupuesto para la construcción de nuevos salones y dormitorios, las obras no pudieron llevarse a cabo debido a la escasez de fondos en el contexto de la guerra del Pacífico (SBPL, 1880a, p. 46).

Después de varios intentos fallidos por ampliar las instalaciones del Hospicio, y tan solo con poco más de dos décadas en funcionamiento, en 1883 Ulloa dejó de insistir en la expansión del recinto existente y comenzó a abogar, en su lugar, por la construcción de un nuevo establecimiento (SBPL, 1884, p. 64). La iniciativa fue secundada por médicos como Eduardo Sánchez Concha (SBPL, 1886, p. 51) y Manuel Antonio Muñiz²⁵¹ (SBPL, 1892a, p. 113). Tras diversos obstáculos, esta propuesta finalmente desembocó en la convocatoria del Ministerio de Fomento en 1896 para un concurso público destinado a la edificación de una nueva casa para enfermos mentales. Aunque este proceso tomó más de veinte años de persistencia, la nueva institución, conocida como Asilo Colonia de la Magdalena (hoy Hospital Víctor Larco Herrera), fue inaugurada en 1918.

Además de las señaladas limitaciones infraestructurales, estuvieron las condiciones insalubres de vida y con ello las altas tasas de mortalidad. Aunque la inauguración del Hospicio marcaba un avance respecto a los estrechos, húmedos y lúgubres ambientes de las antiguas loquerías coloniales, en la práctica esto no se cumplió. En 1857, Ulloa y otros médicos defendieron que la Quinta Cortés ofrecía lo necesario para el manicomio, destacando su ubicación: alejada de la población, en un entorno salubre, con aire puro y tranquilidad, ideales para la recuperación de los pacientes²⁵². Sin embargo, hacia 1883, esta visión distaba mucho del ideal original. Todavía bajo la influencia del paradigma miasmático, Ulloa observó que la cercanía del Hospicio a huertas, zonas pantanosas y acequias, impregnadas de “miasmas palúdicos”, era responsable de las enfermedades que afectaban tanto a pacientes como al personal. Además, la falta o el exceso de ventilación y la alta humedad en ciertos ambientes provocaban frecuentes episodios de fiebres intermitentes (SBPL, 1884, p. 64; SBPL, 1886, p. 51). A estas deficiencias se sumaba el hecho de que muchos pacientes llegaban al Hospicio gravemente enfermos, desnutridos o en estado de postración, lo que limitaba

²⁵⁰ “El Manicomio de Lima”, por Manuel A. Muñiz. *La Crónica Médica*, Lima, año 2, nro. 14, 28 de febrero de 1885, p. 54.

²⁵¹ En 1885, Muñiz planteó la posibilidad de convertir del Hospicio de Insanos de ambos sexos a uno solo, estableciendo otro en un lugar apropiado. “El Manicomio de Lima”, por Manuel A. Muñiz. *La Crónica Médica*, Lima, año 2, nro. 14, 28 de febrero de 1885, p. 53.

²⁵² *Gaceta Médica de Lima*, Lima, año 1, tomo 1, nro. 13, 15 de febrero de 1857, p. 7.

sus posibilidades de supervivencia. Este último punto será abordado en la tercera parte de este capítulo.

Las condiciones insalubres fueron motivo de múltiples denuncias en los informes inspectoriales del Hospicio. En 1879 se señaló que los pacientes vivían “expuestos a las epidemias que pueden desarrollarse a consecuencia de la aglomeración de individuos en localidades insuficientes” (SBPL, 1880a, p. 45). En 1885 el inspector Carlos Alayza y Portillo advirtió que el exceso de internos agravaba las condiciones de vida, llegando al extremo de hacerlos dormir al aire libre, expuestos a enfermedades: “ha habido necesidad de tener que hacer dormir á los amentes en los corredores, en los patios, y hasta en la huerta”, enfrentando “todos los rigores de la intemperie, que han hecho peligrar su vida y ocasionado la muerte á algunos”²⁵³. A esta precariedad se sumaban contextos epidémicos o temporadas propicias para la enfermedad, como una epidemia de disentería que se extendió por cuatro meses en 1866, afectando principalmente a los ancianos (SBPL, 1867a, p. 10), y la prevalencia de “intermitentes benignas” durante el otoño de 1876 (SBPL, 1877, p. 36). Incluso los medicamentos, que debían mantenerse en condiciones higiénicas, se veían afectados por el ambiente insalubre. La botica del Hospicio, ubicada cerca de un basural, estaba rodeada de “exhalaciones que corrompían el aire y dañaban los medicamentos” y los envases. Este problema se solucionó recién en 1888, cuando la botica fue trasladada a un lugar más adecuado (SBPL, 1888b, p. 40).

Como se observa en la Tabla N° 6 y el Gráfico N° 2, la tasa de fallecidos en el Hospicio mostró una tendencia de ligero crecimiento entre las décadas de 1860 y 1870, alcanzando su pico más alto del siglo XIX en 1880 con 16.50%. El número más elevado de muertes se registró en 1876, con 56 fallecidos, superado solo por el año 1900, que contabilizó 58 fallecidos. En cambio, durante las décadas de 1880 y 1890, la tasa de mortalidad se mantuvo relativamente estable, principalmente por las reformas impulsadas desde 1888.

Las Tablas N° 9 y 10 ofrecen información sobre la causa de fallecimiento de 344 pacientes entre 1860 y 1897, de la cual se pueden deducir tendencias significativas. Entre las causas más comunes destacan las enfermedades infecciosas, como la disentería (59 casos) y tuberculosis (57 casos), lo que revela las consecuencias mortales del hacinamiento y las deficientes condiciones higiénicas en el Hospicio. Además, 71 muertes estuvieron relacionadas con enfermedades neurológicas o cerebrovasculares, que afectaron principalmente a adultos mayores en estado de postración. También se registraron 39 muertes por inanición o consunción, derivadas de la extrema desnutrición que presentaban algunos pacientes que llegaban a las puertas del Hospicio, un tema al que se volverá más adelante. Por último, dos casos de ahogo, dos de asfixia, uno por estrangulación y otro por suicidio señalan fallos en la vigilancia médica.

²⁵³ “Informe del Señor Inspector del Manicomio, sobre la no admisión de insanos en el Hospicio”, por Carlos Alayza y Portillo. *El Comercio*, Lima, nro. 15465, 27 de marzo de 1885, p. [4].

Tabla N° 9. Causas de fallecimiento en el Hospicio de Insanos, 1860-1897.

Causa de fallecimiento		1860	1860	1873	1873	1876	1876	1877	1877	1890	1891	1891	1893	1893	1894	1894	1895	1896	1896	1897	1897
		M	F	M	F	M	F	M	F	M	M	M	M	F	M	F	M	M	F	M	F
Asfixia	Ahogo	2																			
	Asfixia																	1			1
	Estrangulación	1																			
	Suicidio por asfixia														1						
Enfermedades cancerígenas	Cáncer de píloro																				2
	Cáncer del estómago							0	1												
	Tumor canceroso del útero															1					
Enfermedades cardiovasculares	Arterioesclerosis general																				1
	Hipertrofia cardíaca		1					3	1												
	Insuficiencia aórtica																1				
	Insuficiencia mitral																1				
	Lesiones orgánicas del corazón y vasculares			3						1	1	0	3	2				1		2	
Enfermedades gastrointestinales	Enterorragia												1								
	Estrechez del píloro														1						
	Hematemesis	1																			
	Obstrucción intestinal																	1		1	
	Peritonitis															1	1				
Enfermedades hepáticas / Renales	Degeneración grasosa del hígado																	1			
	Esplenitis suturada																1				
	Mal de Bright																	2			
	Nefritis													1	1	2			1		
Enfermedades infecciosas	Cólera / Colerina				2												2				
	Disentería	1	1	2	11	12	6	8	4	3		1	4	1	1		2		1		1

	Enteritis	1				8	1	0	2							1	1				
	Enterocolitis														1						
	Fiebre infecciosa											1	2						1		
	Fiebre palúdica perniciosa			1	4						2										
	Fiebre tifoidea										1									1	
	Gastroenteritis																			1	
	Hepatitis					7	2	2	0												
	Infección purulenta													1							
	Neumonía					3	0	2	0	1	1	0			0		1	2			
	Perniciosa álgida																			1	
	Tiflitis														1						
	Tuberculosis	2		7	2			0	5	5	6	4	4	1	3	2	4	5	2	3	2
Enfermedades neurológicas / cerebrovasculares	Absceso cerebral														1						
	Apoplejía	3	3																		
	Ateroma cerebral																		1		
	Congestión cerebral / Hemorragia cerebral				1	6	4	4	2	5		4	5	2			1	3		1	1
	Contusión cerebral	1																			
	Embolia cerebral																1				
	Hemorragia cerebral									4				1	1			1	2		
	Hemorragia protuberancial																		1		
	Meningitis / Meningoencefalitis									0	1	1					1	1		1	
	Paquimeningitis																		2		
	Reblandecimiento cerebral	1								1	1	0		1					1		
	Metabólicas	Anemia			1	3															
Caquexia paralítica																			1		
Caquexia senil																				1	
Inanición y consunción		5	1		1	3	4	1	2	10	1	1	4		2			2		2	

Otras enfermedades o causas de muerte	Diabetes										1										
	Diversas										4										
	Intoxicación por opio													1							
	Quemaduras																			1	
	Ruptura traumática del bazo																		1		
Total		18	6	14	24	39	17	20	17	26	15	19	22	10	12	10	15	21	6	20	13

Tabla N° 9. Elaboración propia a partir de: *Gaceta Médica de Lima*, Lima, año 5, tomo 5, nro. 116, 15 de julio de 1861, pp. 262-263; *Gaceta Médica de Lima*, Lima, año 1, nro. 2, 1 de marzo de 1875, pp. 14-15; SBPL, 1877, p. 36; 1878, anexo 14; 1892a, p. 125; 1894a, pp. 156, 149, 174; 1894b, p. 142; 1896a, p. 179; 1896b, pp. 190, 221; 1897, pp. 319, 336.

Tabla N° 10. Consolidado de causas de fallecimiento en el Hospicio de Insanos, 1860-1897.	
Causa de fallecimiento	Cantidad (1860-1897)
Enfermedades infecciosas	173
Enfermedades neurológicas / cerebrovasculares	71
Enfermedades metabólicas	45
Enfermedades cardiovasculares	21
Enfermedades hepáticas / renales	9
Otras enfermedades o causas de muerte	8
Enfermedades gastrointestinales	7
Asfixia	6
Enfermedades cancerígenas	4
Total	344

Tabla N° 10. Fuente: Elaboración propia a partir de Tabla N° 9.

1.3. Precariedad económica del Hospicio de Insanos

La memoria del Hospicio de Insanos de 1879 señaló dos razones principales para impedir la admisión de más pacientes: la falta de espacio y, sobre todo, la carencia de recursos económicos (SBPL, 1880a, p. 46). Al igual que el hacinamiento y las limitaciones de infraestructura, previamente analizados, la precariedad económica fue una preocupación constante a lo largo del siglo XIX en el Hospicio, lo que agravó la incapacidad para enfrentar estos problemas estructurales.

El Hospicio dependía económicamente de dos fuentes principales: la SBPL y la pensión de los pacientes. Primero, estaba el presupuesto asignado por la SBPL, que a su vez se sostenía con recursos públicos y privados. Desde el ámbito público, la SBPL dependía del Ministerio de Beneficencia, Instrucción Pública y Justicia²⁵⁴, tal como se indicaba en sus reglamentos de 1848 (Oviedo, 1862, p. t. 8, 197) y 1865 (SBPL, 1892b, p. 5), lo que le permitió acceder a impuestos, como los gravados sobre las loterías. Desde el sector privado, como institución caritativa con un fuerte control moral, la SBPL obtenía recursos a partir de donaciones de socios y filántropos, tanto en capital como en propiedades, las cuales eran arrendadas para generar ingresos. Además, desde 1865, asumió la administración de las rentas de las cofradías eclesiásticas, integrándolas en su misión caritativa (Coello, 2019, p. 141). De esto se puede deducir que los fondos económicos del Hospicio tenían orígenes públicos y privados.

La situación económica del Hospicio estuvo directamente vinculada a la estabilidad financiera de la SBPL. Entre 1864 y 1867, por ejemplo, las cuentas del Hospicio sufrieron una caída significativa (Tabla N° 12 y Gráfico N° 7), como consecuencia de un “periodo laborioso y rodeado de dificultades” para la SBPL, derivado del contexto de la guerra contra España (1865-1866) y de las reformas internas en la institución (SBPL, 1867a, pp. 3-4). Empero, la mayor afectación para ambas instituciones se produjo durante la guerra contra Chile (1879-1884), con una caída notable de los ingresos entre 1879 y 1880, a pesar de las optimistas previsiones presupuestarias (Tablas N° 11 y 12 y Gráficos N° 5, 6 y 7). Aunque no fue ocupado por el ejército chileno, como sí ocurrió con el Hospital 2 de Mayo, el conflicto bélico representó un fuerte impacto económico para el Hospicio, lo que limitó las expansiones infraestructurales que se venían gestionando durante años. La memoria de 1881 señaló que no podían efectuarse las obras pendientes “por la escasez completa de recursos”, siendo que la institución había “reducido á la tercera parte, el valor de sus presupuestos ordinarios” (SBPL, 1881, pp. 45-46). La recuperación recién llegó, paulatinamente, en la década de 1890, lo que permitió reiniciar innovaciones o implementar nuevos servicios, como el gabinete eléctrico en 1891 (SBPL, 1892a, p. 114)²⁵⁵.

²⁵⁴ El Ministerio de Instrucción Pública, Beneficencia y Negocios Eclesiásticos fue creado por decreto supremo del 4 de febrero de 1837 (Oviedo, 1861, t. 2, pp. 226-227). A lo largo de los años, su denominación sufrió diversos cambios, alternando funciones con otros ministerios.

²⁵⁵ Muñiz abogó por la implementación de un gabinete eléctrico en el Hospicio desde 1885. “El Manicomio de Lima”, por Manuel A. Muñiz. *La Crónica Médica*, Lima, año 2, nro. 14, 28 de febrero de 1885, p. 54.

Tabla N° 11. Presupuestos y cuentas de la Sociedad de Beneficencia Pública de Lima, 1866-1880.								
Año	Presupuestos (en soles)			Cuentas (en soles)				
	Ingresos	Egresos	Déficit calculado	Ingresos	Egresos	Saldos	Deudas	Déficit
1866	466000	540000	-74000.00	351169.13	350524.22	644.91	149731.75	-149086.84
1867	466653.39	550018.98	-83365.59	566835.03	562934.79	3900.24	56275.85	-52375.61
1868	528933.46	621801.2	-92867.74	641385.63	615268.42	26117.21	89934.71	-63817.5
1869	501842.53	564857.23	-63014.70	682308.29	645723.58	36584.71	79083.81	-42499.1
1870	512249.54	579717.65	-67468.11	756143.61	732919.35	23224.26	88517.99	-65293.73
1871	559568.54	618754.09	-59185.55	788854.17	770044.81	18809.36	40660.95	-21851.59
1872	598454.97	643671.76	-45216.79	783802.55	764201.66	19600.89	35119.28	-15518.39
1873	622673.83	631258.4	-8584.57	932802.89	931526.79	1276.1	85745.08	-84468.98
1874	759072.58	846552.95	-87480.37	759581.49	753458.57	6122.92	60435.24	-54312.32
1875	764557.12	889192.55	-124635.43	695518.16	693535.87	1982.29	41676.25	-39693.96
1876	798404.61	830306.44	-31901.83	644784.82	643661.53	1123.29	80652.74	-79529.45
1877	804157.05	807876.8	-3719.75	621494.05	620722.48	771.57	111501.02	-110729.45
1878	804362.38	902991.66	-98629.28	919561.74	919259.78	301.96	23568.51	-23266.55
1879	761574.39	810865.33	-49290.94	733064.22	732864.22	200	30599.5	-30399.5
1880	861556.35	946114.68	-84558.33	209565.58	124535.81	85029.77	222882.23	-137852.46

Tabla N° 11. Elaboración propia partir de: SBPL, 1880b, p. 12; 1881, pp. 10, 62-63.

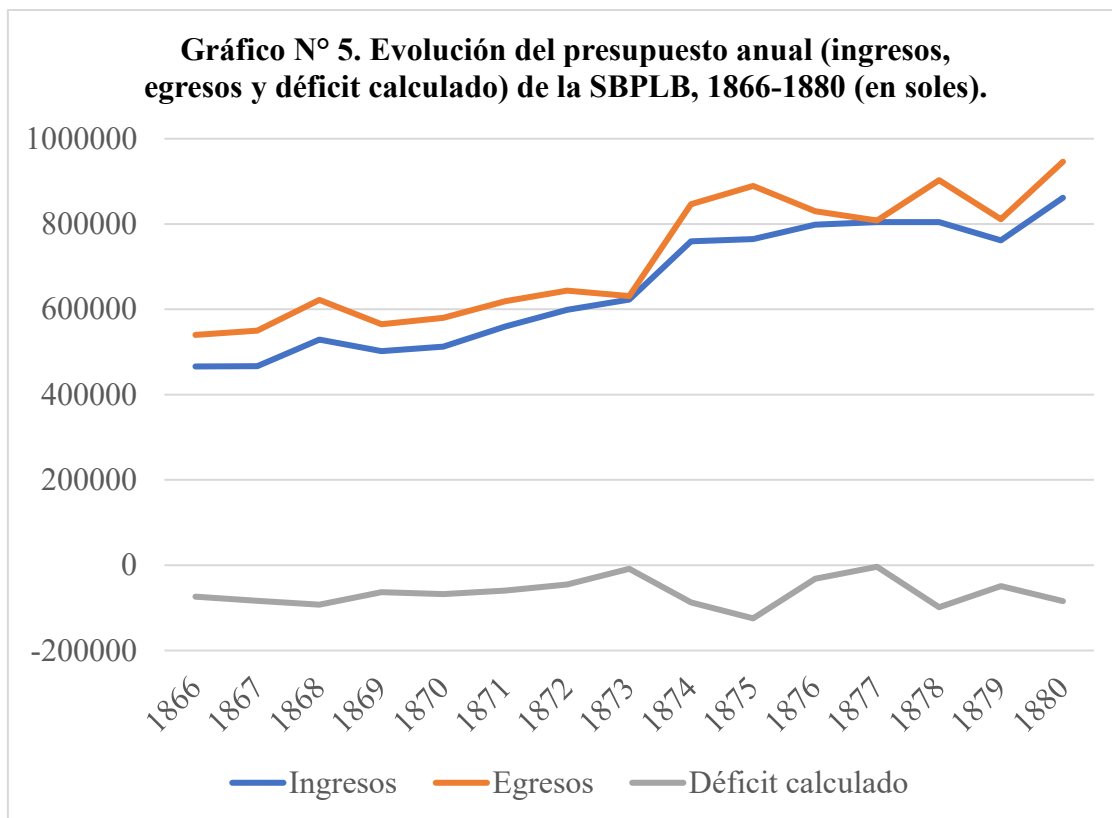


Gráfico N° 5. Evolución del presupuesto anual (ingresos, egresos y déficit calculado) de la SBPLB, 1866-1880 (en soles). Elaboración propia partir de Tabla N° 11.

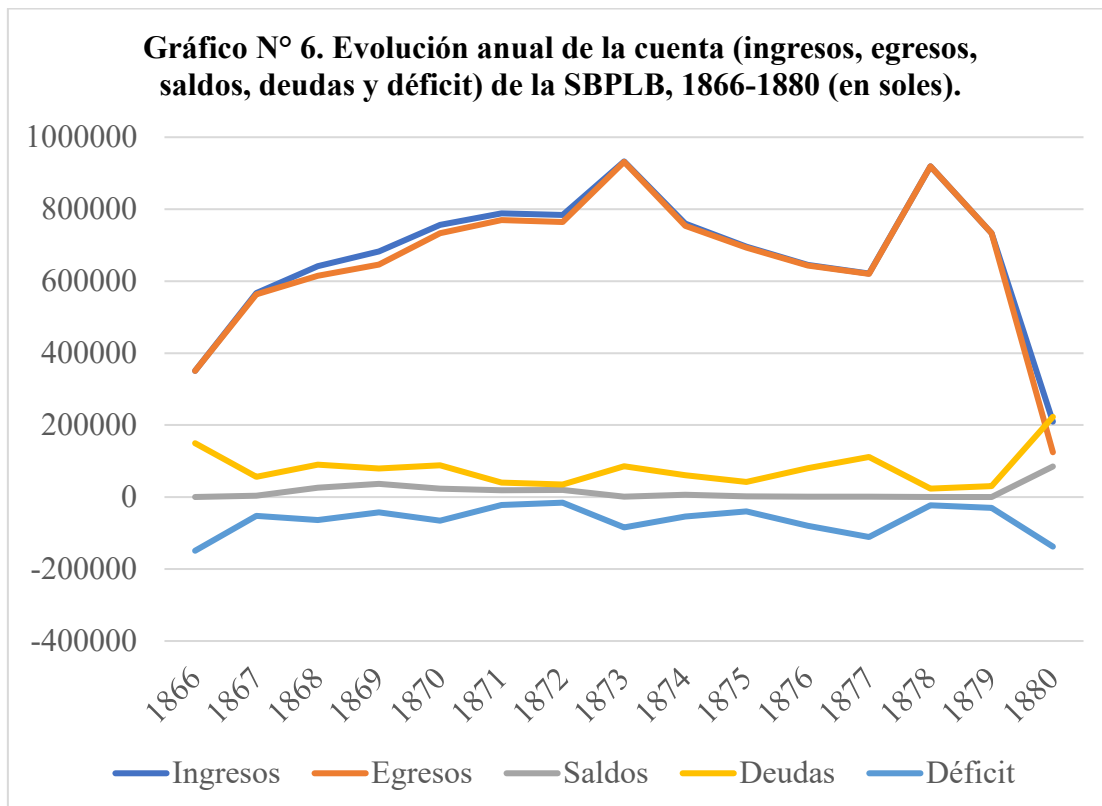


Gráfico N° 6. Evolución anual de la cuenta (ingresos, egresos, saldos, deudas y déficit) de la SBPLB, 1866-1880 (en soles). Elaboración propia partir de Tabla N° 11.

Tabla N° 12. Promedio mensual de presupuestos, egresos, ingresos y saldos del Hospicio de Insanos, 1860-1894 (en soles).				
Año	Presupuestos	Egresos	Ingresos	Saldo
1860	2455.85	2537.18	2807.69	270.52
1861	2503.11	2595.78	2713.67	117.88
1862	2596.19	2763.68	3021.58	257.90
1863 (ene.-mar., may.-jun.)	2596.19	3022.74	2766.59	-256.15
1864	2739.17	2653.53	2814.47	160.94
1865 (ene.-abr., dic.)	2544.31	2714.24	2642.28	-71.96
1866	2080.95	2109.01	2232.80	123.79
1867 (ene.-feb., abr.-may., jul.-set.)	2103.38	2071.44	2146.99	75.55
1868	2237.96	2241.41	2282.09	40.68
1869	2419.29	2377.47	2558.53	181.06
1870 (ene.-oct., dic.)	2510.56	2497.00	2809.44	312.44
1871	2551.73	2576.91	2817.95	241.04
1872	2594.03	2663.44	2944.88	281.44
1873	2710.57	2766.31	2710.26	-56.05
1874 (ene.)	2791.93	2904.29	2739.50	-164.79
1888 (abr., jul.-dic.)	1423.08	2026.05	1948.43	-77.62
1889	2028.94	2154.21	2028.75	-125.46
1890	2359.94	2539.07	2369.94	-169.13
1891	-	2852.14	2696.94	-155.21
1892 (feb.-dic.)	-	3028.74	2938.82	-89.92
1893 (ene.-abr.)	-	3061.68	3061.68	0.00
1894 (mar.-jul., oct.)	-	2753.28	2813.16	59.88

Tabla N° 12. Elaboración propia a partir de MHP HVLH, *[Libro de presupuestos mensuales del Hospicio de Insanos, 1860-1890]; [Libro de gastos mensuales del Hospicio de Insanos, 1860-1874].*

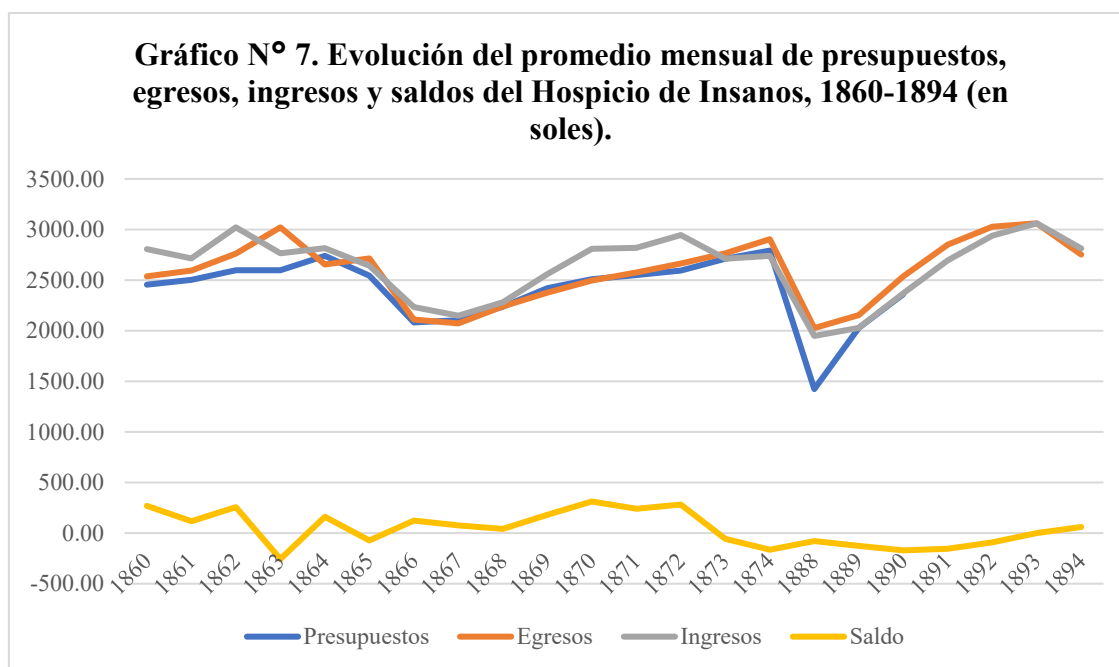


Gráfico N° 7. Evolución del promedio mensual de presupuestos, egresos, ingresos y saldos del Hospicio de Insanos, 1860-1894 (en soles). Elaboración propia a partir de Tabla N° 12.

El crecimiento de la población de pacientes en el Hospicio a lo largo de los años incrementó la presión sobre sus recursos económicos, pero no proporcionalmente. En la Tabla N° 13 se muestra una aproximación al costo mensual por paciente, revelando una tendencia a la disminución, incluso a pesar de ciertos incrementos en el presupuesto. Así, por ejemplo, tras la Guerra del Pacífico y con un nivel de hacinamiento elevado, el gasto mensual por paciente se redujo de un promedio de 12.45 soles antes del conflicto a solo 8.93 soles después de la guerra. Esto evidenció la incapacidad del presupuesto para mantener condiciones adecuadas de vida, lo cual se detalló en los anteriores apartados. Así lo detallaba la memoria de 1882:

Una de las más dolorosas necesidades creadas por la abrumadora situación rentística en que se encuentra esta sociedad [por la guerra contra Chile], ha sido indudablemente la de tener que disminuir la suma con que antes se acudía, en cada mes, al sostenimiento de los infelices insanos (SBPL, 1883, p. 20).

La reducción del costo mensual por paciente tuvo repercusiones significativas en su bienestar. Un ejemplo de ello fue la dificultad para reponer vestimenta y calzado, especialmente para aquellos pacientes que tendían a destruirlos. En 1888, se describió que muchos de los internos carecían de calzado adecuado: “deteriorado, que se encuentra ya inservible, y muchos de esos desgraciados carecen absolutamente de él, caminando á pie desnudo”²⁵⁶. Además, se señaló la urgencia de adquirir telas para “dedicarlo á cubrir la desnudez en que se encuentran muchos de los insanos de ambos sexos”²⁵⁷. Las

²⁵⁶ MHP HVLH, [Libro copiador de correspondencia general y de informes del Hospicio de Insanos, 1888-1899], fs. 35-36.

²⁵⁷ MHP HVLH, [Libro copiador de correspondencia general y de informes del Hospicio de Insanos, 1888-1899], fs. 36-37.

limitaciones económicas también perjudicaron los gastos inmobiliarios. Para 1884 Muñiz identificó que “No hay una sola celda acolchada, con pisos apropiados, por lo que no es raro encontrar en los epilépticos y en los furiosos, gravísimas lesiones externas”²⁵⁸. Asimismo, respecto a la alimentación, “no es buena: es muy deficiente”²⁵⁹.

Tabla N° 13. Aproximación al gasto mensual por paciente en el Hospicio de Insanos, 1860-1894 (en soles).	
Año	Gasto mensual por paciente
1860	17.12
1861	14.06
1862	15.74
1863	14.41
1864	14.43
1865	14.13
1866	11.45
1867	10.47
1868	9.97
1869	10.57
1870	11.42
1871	11.50
1872	10.83
1873	10.00
1874	10.66
1888	8.47
1889	8.02
1890	8.26
1891	8.93
1892	9.36
1893	9.97
1894	9.47

Tabla N° 13. Elaboración propia a partir de Tablas N° 1 y 7.

Además del presupuesto asignado por la SBPL, los ingresos del Hospicio también se adquirirían a partir del pago de pensiones. El reglamento de 1859 establecía dos

²⁵⁸ “El Manicomio de Lima”, por Manuel A. Muñiz. *La Crónica Médica*, Lima, año 2, nro. 14, 28 de febrero de 1885, p. 54.

²⁵⁹ “El Manicomio de Lima”, por Manuel A. Muñiz. *La Crónica Médica*, Lima, año 3, nro. 28, 30 de abril de 1886, p. 148.

modalidades de internamiento: una gratuita, destinada a personas de escasos recursos, y otra para pensionistas, cuyas familias contaban con medios económicos para costear el servicio. A su vez, este internamiento para pensionistas se dividía en dos categorías: la común o de segunda categoría, con un costo mensual de un sol, y la especial o de primera categoría, con una tarifa de dos soles mensuales. En 1888, el costo era de 30 y 60 soles respectivamente (SBPL, 1888b, p. 51), lo cual se formalizó también en el reglamento de 1897 (Hospicio de Insanos, 1897, p. 18). Los pacientes de primera categoría recibían beneficios adicionales, como alojamiento en un cuarto separado y una alimentación más cuidada. Por su parte, los pacientes remitidos desde el extranjero debían pagar el doble de la tarifa estipulada.

Sin embargo, los ingresos provenientes de los pensionistas no representaban una fuente significativa de recursos para el Hospicio, debido al reducido número de estos pacientes (Tabla N° 14). De los 399 pacientes varones registrados entre 1859 y 1897, solo 67 fueron pensionistas (Anexo N° 1). Además, las familias e instituciones encargadas de financiar su internamiento presentaban numerosas irregularidades: no siempre cumplían con los plazos de pago, abonaban montos menores a los reglamentarios²⁶⁰, o en algunos casos abandonaban por completo la responsabilidad económica de sus pacientes. Entre 1888 y 1893, por ejemplo, la Junta Departamental de Lima acumuló una deuda de S/. 11,336.00 por el internamiento de sacerdotes enajenados bajo su responsabilidad, mientras que las familias debían un total de S/. 13,045.85 (SBPL, 1894a, p. 120). Estas cantidades representaban una carga significativa para el Hospicio. A modo de comparación, resulta ilustrativo señalar que el gasto ordinario en 1893 fue de S/. 36,379.70 (SBPL, 1894a, p. 132). En determinados casos, existían inconvenientes adicionales que impedían la recaudación: los deudores se encontraban en otros departamentos o se ignoraba absolutamente su paradero (SBPL, 1888b, p. 43).

Tabla N° 14. Pacientes pensionistas y gratuitos del Hospicio de Insanos, 1876, 1880, 1893 y 1897.		
Año	Pensionistas	Gratuitos
1876	11	239
1879	28	225
1880	33	179
1893	63	236
1897	70	292

Tabla N° 14. Elaboración propia a partir de: SBPL, 1877, p. 37; 1880b, pp. 31, 61; 1894a, pp. 161, 178; 1897, p. 322.

²⁶⁰ En 1888, algunas familias solo abonaban 5 o 6 soles mensuales (SBPL, 1888b, p. 43).

Existieron importantes diferencias socioeconómicas, raciales y educativas entre pensionistas y gratuitos. Entre las características predominantes de los 67 pensionistas identificados, destaca la presencia mayoritaria de blancos (80%) y alfabetizados, o al menos con un nivel de educación que les permitía leer y/o escribir (90%). Además, el 63% eran solteros. En cuanto al procedimiento de su internamiento, el 53% fue remitido por sus familias, el 18% por otras autoridades públicas —probablemente a solicitud de las familias— y solo 2 casos fueron gestionados por la policía. El 44% de los pensionistas eran extranjeros, principalmente italianos, uno de los grupos migrantes más destacados del siglo XIX. Dentro de este grupo también se registró una importante presencia de profesionales liberales, estudiantes y comerciantes.

En el caso de los 332 pacientes internados gratuitamente, su clasificación racial es más diversa, aunque con una mayoría en grupos excluidos o subalternos: el 35% eran blancos, el 20% indios, el 19% mestizos, el 14% amarillos y el 10% negros. Asimismo, este grupo presentaba un alto porcentaje de analfabetismo, alcanzando el 38%. Además, el 44% fue ingresado por intervención de la policía, principalmente debido a actos que afectaban el orden o la decencia pública. Esto sugiere que el internamiento de los pacientes gratuitos podía estar asociado a políticas de control social, más que a un enfoque terapéutico, sobre lo cual volveremos más adelante. En cuanto a nacionalidades, destacó la presencia de pacientes chinos, un 14%, muchos de ellos internados por casos de locura tóxica derivada del consumo de opio. Respecto a sus ocupaciones, aunque variadas, fueron más comunes los trabajos en sectores agrícolas y artesanales.

Los gastos del Hospicio se diferenciaban en determinados aspectos de los de los hospitales generales, como el Hospital de San Andrés para varones y el de Santa Ana para mujeres, como puede observarse en los Gráficos N° 8 y 9. Por un lado, en cuanto a la alimentación de los pacientes y los salarios de los empleados, las tres instituciones destinaban proporciones similares, en torno al 50% y 25% del presupuesto, respectivamente. Sin embargo, en el Hospicio, los gastos en calzado y ropa alcanzaban el 18% del presupuesto, frente a solo el 1% en San Andrés y el 4% en Santa Ana (Gráfico N° 7). El Hospicio lidiaba diariamente con frecuentes episodios de violencia entre sus pacientes, lo que generaba una notable destrucción de bienes. Testimonios de la época indican que los pacientes frecuentemente destruían su vestimenta, calzado, camas y frazadas debido al descontrol asociado con sus trastornos psiquiátricos, lo que generaba una constante necesidad de reposición de estos artículos.

En los registros de cuentas analizados entre 1860 y 1874, la presencia de inversiones en la botica del Hospicio es escasa en comparación con los hospitales generales. Incluso en el presupuesto de 1877 (Gráfico N° 7), no figura como un ítem destacado. Las compras se limitaron generalmente a la adquisición de leche y azúcar para abastecer la botica. Esto probablemente se debía a la importancia asignada al tratamiento moral como método terapéutico de la locura en contraposición con la farmacopea durante las primeras décadas del Hospicio, “cuyo consumo en la casa es pequeño” (SBPL, 1888b, p. 40). Esto al menos en teoría, pues, como se verá más adelante, el uso de mecanismos de contención y represión física de los pacientes continuó siendo una práctica común en el Hospicio.

Gráfico N° 8. Distribución presupuestal de gastos ordinarios del Hospicio de Insanos en 1877.

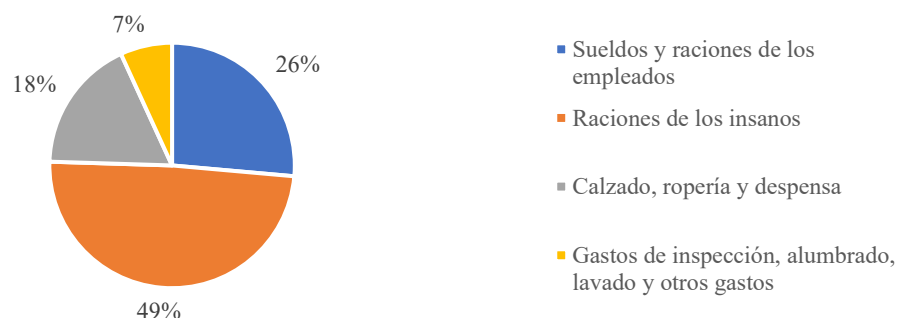


Gráfico N° 8. Distribución presupuestal de gastos ordinarios del Hospicio de Insanos en 1877. Fuente: SBPL, 1877, pp. 37-38.

Gráfico N° 9. Distribución de gastos ordinarios del Hospital de San Andrés en 1868.

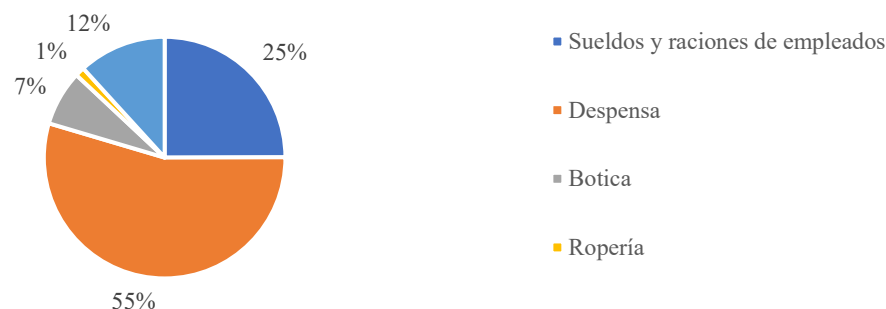


Gráfico N° 9. Distribución de gastos ordinarios del Hospital de San Andrés en 1868. Fuente: SBPL, 1868, p. 14.

Gráfico N° 10. Distribución de gastos ordinarios del Hospital de Santa Ana en 1868.

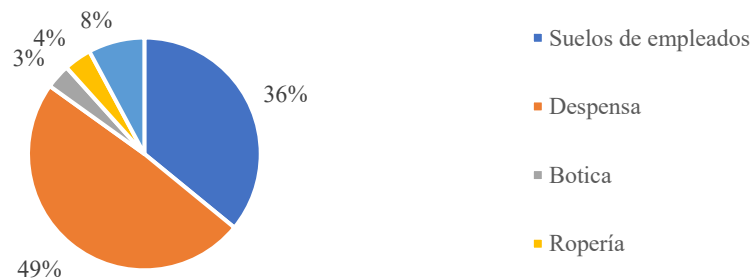


Gráfico N° 10. Distribución de gastos ordinarios del Hospital de Santa Ana en 1868. Fuente: SBPL, 1868, pp. 15-16.

Para enfrentar la precariedad económica del Hospicio, Ulloa propuso implementar el modelo de asilo-colonia, una recomendación promovida en el Congreso Internacional de Medicina Mental de 1889 en París, al que concurrió Manuel A. Muñiz (Mariátegui, 1990, p. 23). Este modelo se basaba en la laborterapia o ergoterapia, es decir, en la

integración del trabajo como parte de la terapia, mediante labores en granjas agrícolas anexas a la institución. Según Ulloa, esto contribuiría a

[...] su curación y que no sólo disminuye el presupuesto de gastos de los asilos, sino que facilita á los enagenados, á su salida de éstos, un pequeño capital ó fondo con que atender á su subsistencia ó establecer una industria una vez restablecida su libertad (SBPL, 1891, p. 78).

Es decir, por un lado, estos espacios no solo ayudarían en el tratamiento de los pacientes, sino que también contribuirían al autoconsumo y a la generación de ingresos económicos para el Hospicio, brindando cierta autonomía financiera; por otro lado, ofrecería las capacidades básicas a los pacientes para su reinserción social como sujetos productivos. La propuesta también estaba alineada con los discursos de la postguerra con Chile, donde la debilidad física de los peruanos fue identificada como uno de los factores de la derrota. Sin embargo, a pesar de la visión de Ulloa, secundada por Muñiz, este modelo no pudo llevarse a la práctica sino hasta 1918, con la inauguración del Asilo Colonia de la Magdalena, casi tres décadas después de su formulación.

2. Diálogos, conflictos y negociaciones: Los actores alrededor del Hospicio de Insanos (1859-1897)

2.1. Entre la marginalidad profesional y el poder limitado: el médico en el Hospicio de Insanos

Una de las consecuencias del hacinamiento de pacientes y la precariedad económica del Hospicio fue la asistencia médica insuficiente. A pesar de su rápido crecimiento poblacional, el establecimiento funcionó con un solo médico titular desde 1859 hasta 1890, Ulloa, quien estaba a cargo de los departamentos de hombres y mujeres. Contó con el apoyo de 2 alumnos internos de la Facultad de Medicina de San Marcos, los cuales cambiaban constantemente, pues el Hospicio era solo una etapa en su formación profesional. Asimismo, hacia 1888 se informó de la existencia de un médico auxiliar, A. Fernández Dávila (SBPL, 1888b, p. 46), mientras que en 1897 se contabilizó a dos (SBPL, 1897, p. 75). En 1890, se creó una nueva plaza de médico titular, y con ello un médico para cada departamento: Ulloa quedó como médico titular del departamento de mujeres, y Manuel Antonio Muñiz (Figura N° 28) como médico titular del departamento de hombres (SBPL, 1891, p. 8). Al fallecimiento de Ulloa, fue remplazado por el médico Eduardo Sánchez Concha (Figura N° 29).



Figura N° 28. Manuel A. Muñiz. Fuente: Fuente: Lastres (1951, t. 3, pp. 306-307).

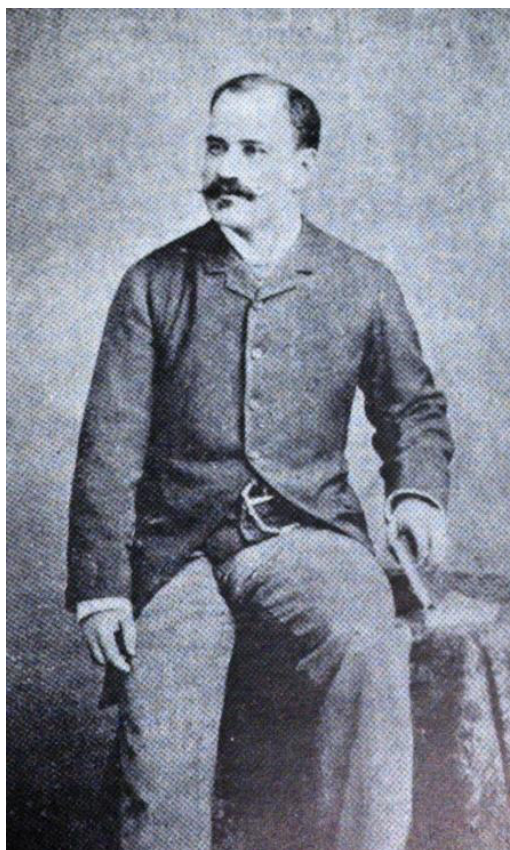


Figura N° 29. Eduardo Sánchez Concha. Fuente: Arias y Zanuletti (1984, p. 146-147).

Los sorprendentes fallecimientos de Ulloa en 1891 y Muñiz en 1897 pusieron en evidencia un problema latente en la formación médica peruana: la falta de médicos alienistas que pudieran reemplazarlos y la escasa profesionalización de la medicina mental en el ámbito educativo. Para entonces, la Facultad de Medicina de San Marcos no contaba con una cátedra especializada en enfermedades mentales (SBPL, 1894a, p. 118), a diferencia de lo que ocurría en otros países de la región. En Chile, por ejemplo, la

creación de la cátedra de enfermedades nerviosas —que funcionó brevemente desde 1869 y luego a partir de 1881— fue una estrategia clave para la profesionalización de la psiquiatría (Araya, 2018b, pp. 150-151; Torres, 2014, p. 95). Por su parte, en Brasil, la instauración de la cátedra de psiquiatría y enfermedades mentales en la Facultad de Medicina de Río de Janeiro en 1881 permitió institucionalizar el discurso alienista dentro del aparato estatal (Facchinetti, 2022, pp. 39-40).

Desde 1885 Muñiz denunciaba este vacío en la profesionalización de la medicina mental:

Un médico alienista no se forma en un memento, con solo la lectura de obras especiales, aún suponiendo una cabeza privilegiada. No. A la teoría debe unírsele la práctica, la educación alienista por así decirlo. Debe alentarse el especialismo científico, el único compatible con los modernos adelantos. [...] Hay un vacío en nuestros estudios médicos. Se obtiene el título profesional sin tener la más lejana idea de lo que es un loco [...] ²⁶¹.

Es importante señalar que, pese a la escasa profesionalización de la materia, durante aquellos años existieron médicos interesados en el estudio de las enfermedades mentales, además de Ulloa y Muñiz, aunque en número reducido. Entre ellos destacaron Federico Monje Ledesma, quien presentó una tesis sobre la etiología de la enajenación mental en Lima (1866)²⁶²; Luis Fidel del Solar, con su trabajo sobre el empleo del clorhidrato de hioscina en los alienados (1889)²⁶³; y Miguel de la Concepción Aljovín de Lama, quien abordó la responsabilidad criminal en la locura (1885)²⁶⁴. Muchos de estos médicos adquirieron experiencia práctica en el tratamiento de alienados: Monje fue interno del Hospicio de Insanos entre 1863 y 1865, mientras que Solar a fines de la década de 1880; por su parte, Aljovín, en su rol de médico legista, colaboró con Néstor Corpancho en la evaluación del estado mental del italiano Lorenzo Machiavello, procesado por múltiples homicidios en Lima y Mollendo (Foro Peruano, 1887).

Para llenar el vacío dejado por la ausencia de Ulloa y Muñiz, inicialmente se propuso contratar a un alienista europeo (SBPL, 1897, p. xiii). Sin embargo, las autoridades optaron por enviar a un médico peruano a especializarse a Europa. El elegido fue David Matto Usandivaras, catedrático de bacteriología de la Facultad de Medicina, quien permanecería en Europa por 14 meses financiado por la SBPL²⁶⁵. A su regreso,

²⁶¹ “El Manicomio de Lima”, por Manuel A. Muñiz. *La Crónica Médica*, Lima, año 2, nro. 14, 28 de febrero de 1885, p. 54.

²⁶² “Consideraciones etiológicas sobre la enajenación mental en Lima”, por Federico Monje-Ledesma. *Gaceta Médica de Lima*, Lima, año 10, tomo 10, nro. 216, 15 de enero de 1866, pp. 112-114.

²⁶³ Solar, L. F. del (1889). *Del empleo del clorhidrato de hioscina en los alienados* [Tesis para optar el grado de doctor en medicina] [manuscrito]. Disponible en: <https://repositorio.unmsm.edu.pe/handle/UNMSM/168>

²⁶⁴ Aljovín, M. (1885). *De la responsabilidad criminal en la locura* [Tesis para optar el grado de doctor en medicina] [manuscrito]. Disponible en: <https://repositorio.unmsm.edu.pe/handle/UNMSM/314>

²⁶⁵ Según el contrato entre la SBPL y David Matto, este último se comprometía a lo siguiente: “[...] hacer un estudio de la organización de las casas de insanos, de las mejoras introducidas últimamente en el servicio técnico y administrativo de ellas, y de todas las cuestiones de jurisprudencia médica relacionadas con la admisión y permanencia de los enajenados [...] relativos a la Gran Bretaña, Francia, Suiza, Bélgica, Alemania y Austria [...] además, acreditar el Dr. Matto que ha asistido á las clínicas especiales de Psiquiatría dirigidas por las celebridades notoriamente conocidas en el mundo científico [...]”. Asimismo, luego de su regreso de Europa, “se obliga á prestar sus servicios á la Beneficencia en el antiguo hospicio de Insanos, ó en el que se construya, [...] cuyo servicio prestará indefinidamente y como los prestan los

además de médico titular, se desempeñaría como consultor en las obras del nuevo manicomio nacional (SBPL, 1897, p. xiii, 72). Aunque escapa de nuestro marco temporal de análisis, vale decir que Matto retornó al país en 1899, manteniendo el cargo de médico jefe hasta su fallecimiento en 1914, y aunque se retomaron las obras del nuevo manicomio nacional, esta se retrasó hasta que finalmente su inauguración, aunque incompleta, se dio en 1918 como Asilo Colonia de la Magdalena.

Otro aspecto que generó preocupación entre los médicos del Hospicio fue la calidad del certificado médico, documento que sustentaba el diagnóstico de enajenación del paciente en las solicitudes de internamiento. Este certificado —o su ausencia— se convirtió en un dispositivo que reflejaba las tensiones y discrepancias entre diversos criterios de medicalización. Estas variaban entre los médicos del Hospicio, quienes defendían un internamiento basado en evaluaciones justificadas y especializadas; los médicos externos, cuyos certificados a menudo carecían de rigor por su limitado conocimiento en medicina mental —una consecuencia directa de la escasa profesionalización del área en el país—; las familias, que presionaban para obtener diagnósticos convenientes; y la policía, que remitía a orates capturados en las calles por alterar el orden social.

Muñiz señaló que más de un 80% de los enfermos que habían entrado traían un “defectuoso certificado médico”, en el cual se diagnosticaba la enajenación mental sin mayores detalles. No se expresaban los fundamentos de esta conclusión, ni se analizaban detalladamente los síntomas, anomalías, antecedentes familiares, pasados accidentes con consecuencias neuropáticas, etc. (SBPL, 1892a, p. 115). A esto se adicionó que poquísimos enfermos transferidos por las autoridades traían en forma sus papeles e historia: “Sin vestidos, hambrientos, anémicos, agonizando á veces, sin antecedentes, sin historia, ingresan en algunos casos para morir á los pocos días ó para prolongar su curación por falta de antecedentes precisos para implementar un debido tratamiento” (SBPL, 1894a, p. 138). Estas deficiencias persistieron a pesar de los esfuerzos del Hospicio, que remitía continuamente circulares y folletos impresos con extractos del reglamento a las autoridades correspondientes²⁶⁶, o incluso publicaba los extractos en la prensa²⁶⁷.

En 1893, Muñiz implementó un exhaustivo formulario de remisión, el cual debía adjuntarse al certificado médico, con el objetivo de superar los limitados y “rutinarios certificados de antes”. Este documento debía ser completado por el médico certificante y serviría como base para que el médico del Hospicio determinara el tratamiento más adecuado para cada paciente (SBPL, 1894a, p. 137). La estructura de este formulario²⁶⁸ muestra una notable similitud con los registros de admisión del Hospicio que se conservan en la actualidad. Esto sugiere que el formulario pudo haber sido integrado a dichos

demás médicos de hospitales, sin que pueda dejar de prestarlos por motivos que no fuesen de la aceptación de la Beneficencia” (SBPL, 1897, pp. 73-74).

²⁶⁶ MHP HVLH, *[Libro copiador de correspondencia general y de informes del Hospicio de Insanos, 1888-1899]*, fs. 20, 24, 63, 72.

²⁶⁷ “Hospicio de Insanos”. *El Comercio*, Lima, nro. 16608, 15 de octubre de 1888, nro. p. 5.

²⁶⁸ La información requerida en el formulario de remisión fue publicada en “Insanos”. *El Comercio*, Lima, nro., 8 de enero de 1894, p. [4].

registros, lo que permitió una mayor sistematización de la información y facilitó la continuidad en la atención médica, garantizando una mejor comunicación entre el médico certificante y el médico del Hospicio (Tabla N° 15 y Figura N°30).

Tabla N° 15. Información requerida por el formulario de remisión y el registro de admisión desde 1893 en el Hospicio de Insanos.	
Campo	Información requerida
Datos personales	a) Lugar de nacimiento. b) Edad. c) Estado civil. d) Profesión. e) Religión. f) Condición socioeconómica. g) Raza. h) Nivel de instrucción.
Datos de admisión	a) Fecha de ingreso al establecimiento. b) Condición: Gratuita, pensionista de primera clase, pensionista de segunda clase. c) Número de ingresos. d) Remitente. e) Estado en el que ingresa. f) Médicos que certifican la enajenación.
Antecedentes	a) Antecedentes familiares: Enfermedad que causó la muerte de los padres y/o hermanos; enfermedades mentales o neurológicas que han padecido (parálisis, cefalalgia, enajenación, etc.); carácter, constitución, hábitos y edad de los padres al momento del nacimiento del enfermo; consanguinidad. b) Antecedentes habitacionales: Lugar de residencia reciente, sus condiciones higiénicas, tiempo que ahí han permanecido. c) Apariencia y hábitos: Constitución física; hábitos y costumbres del enfermo; estigmas de degeneración físicos y/o psíquicos. d) Antecedentes médicos: Enfermedades anteriores durante niñez o pubertad; traumatismo del cráneo; enfermedades crónicas del hígado, corazón y pulmón; epilepsia, histeria, parálisis, temblores, sífilis; partos, menstruación, etc. e) Causas físicas y morales de la afección mental: Abusos venéreos, consumo de café, alcohol, opio, tabaco, morfina, etc. f) Otras causas de la afección mental: choques o impresiones morales; pérdida de fortuna. g) Origen de la afección mental: Época en que se notaron los primeros síntomas de enajenación; duración y descripción de los primeros accesos.

	h) Desarrollo de la afección mental: Invasión violenta o poco aparente; cambio de afectos, sentimientos, ideas; lenguaje, locomoción, sensibilidad, motricidad, reflejos; funciones nerviosas, de nutrición y relación. i) Síntomas en el orden intelectual: Índole de su delirio, alucinaciones; época y hora en que se presentan; ideas fijas, odios y afectos; agitación o melancolía; ideas religiosas, de grandeza, de persecución; depresión; impulsos de suicidio, bebida, incendio, fuga, erotismo. j) Tratamiento empleado para estabilizarlo con anterioridad. k) Síntomas observados durante su permanencia en el Manicomio.
Causas	Causas.
Diagnóstico	Diagnóstico de la afección mental.
Tratamiento	Tratamiento por emplear.
Terminación	Registros de alta, reingreso, traslado, fuga o defunción.

Tabla N° 15. Fuente: Elaboración propia a partir de: “Insanos”. *El Comercio*, Lima, nro., 8 de enero de 1894, p. [4]; MHP HVLH, [*Registro de admisión del departamento de mujeres del Manicomio de Lima, 1859-1908*]; MHP HVLH, [*Registro de admisión del departamento de hombres del Manicomio de Lima, 1859-1897*].

El registro detallado diseñado por Muñiz reflejó su intención de documentar minuciosamente los casos, con el propósito de monitorear de cerca la evolución de los pacientes y ajustar los tratamientos según fuera necesario. Este enfoque meticuloso no solo buscaba garantizar una atención médica personalizada y adaptativa, sino que también tenía como objetivo construir un registro longitudinal que sirviera para futuras investigaciones y tratamientos. Una documentación precisa permitiría evaluar la efectividad de las terapias, identificar patrones en la evolución de los pacientes y realizar ajustes terapéuticos más informados. Sin embargo, un análisis de los registros de admisión revela que la minuciosidad planteada inicialmente en el formulario no siempre se cumplió (Anexos N° 1 y 2). Esto sugiere que el protocolo diseñado por Muñiz no fue acatado rigurosamente por los trabajadores del Hospicio. Además, la opinión pública también expresó críticas hacia lo extenso del formulario, señalando que, en el caso de muchos enajenados recogidos de las calles, ni siquiera se conocía su nombre, lo que hacía inviable completar todos los datos requeridos²⁶⁹. Este contraste entre la intención original del formulario y su implementación práctica evidencia las limitaciones administrativas y contextuales de la época.

²⁶⁹ “Insanos”. *El Comercio*, Lima, nro., 8 de enero de 1894, p. [4].

87-

- V - I-244

- Hospicio de Insanos -

Año 1896 = [redacted]

Natural de Pamaní de 40 años, de estado civil soltero de profesión cultor de religión católica. ingresó el 28 de noviembre en la condición de gratuito por 1ª vez, remitido por J. Departamental. Su condición social de raza m. é instrucción nula. Estado exaltado.

Certificado de los D^{os}.

Antecedentes

Enfermedad, que causó la muerte de los padres y hermanos, enfermedades que han padecido (parálisis, cefalalgia, enagenación &c) caracter, constitución, hábitos, edad de los padres al nacer el enfermo. Consanguinidad.

Lugar último de residencia, sus condiciones higiénicas, tiempo que ahí ha permanecido.

Constitución física, hábitos y costumbres del enfermo.

Enfermedades anteriores (en la niñez, pubertad), traumatismo del cráneo; enfermedades crónicas del hígado, corazón, pulmones, epilepsia, histeria, sífilis, partos, menstruación.

Causas, físicas y morales, abusos venereos, del café, alcohol, opio, tabaco, morfina &c.

Causa probable de la afección mental.

Epoca en que se notaron los primeros síntomas de enagenación, duración y descripción de los primeros accesos.

Invasión violenta ó poco aparente. Cambio de afectos, sentimientos, ideas, lenguaje, locomoción. Funciones nerviosas, de nutrición y relación.

Síntomas en el orden intelectual, índole de su delirio. Alucinaciones; época y hora en que se presenta; ideas fijas, odios y afectos. Agitación ó melancolía. Ideas religiosas, de grandeza, de persecución. Depresión.

Tratamiento empleado.

Síntomas observados durante su permanencia en este establecimiento.

23 Dic.

Causas orgánicas

Diagnóstico Buen de los defecados. Inbecilidad. E. Puro

Tratamiento

Terminación

P

244-44

Imp. Gil-37933

Figura N° 30. Registro de admisión del Hospicio de Insanos. Fuente: MHP HVLH, [Registro de admisión del departamento de mujeres del Manicomio de Lima, 1859-1908], f. 87.

Muñiz reforzó la prohibición del ingreso de personas ajenas al Hospicio, señalando que incluso “personas aún ilustradas” solicitaban acceso al lugar motivadas por un interés meramente espectacular. Estas visitas convertían a los pacientes en “objeto de curiosidad y burla” y eran vistas como una oportunidad para obtener “un momento de distracción” (SBPL, 1894a, p. 138). A pesar de que desde 1859 enfatizó la restricción de acceso a individuos externos y de las críticas de figuras de la intelectualidad peruana, como Mercedes Eléspuru y Laso, quien en 1874 condenó esta práctica en *La Alborada*²⁷⁰, el Hospicio de Insanos continuó siendo un espacio de interés para la curiosidad de la élite limeña. Este fenómeno persistía incluso en ocasiones como el día de San Andrés, el 30 de noviembre, una fecha que mantenía prácticas heredadas de las antiguas loquerías. Portal (1932, pp. 161-162), aunque en un periodo posterior, ofreció una descripción que ilustra la permanencia de estas costumbres:

Costumbre que implicaba el más craso de los errores, era la de permitir al público el libre acceso a esa Casa de Orates el día de San Andrés, 30 de Noviembre. Para ese paseo, de estragado gusto, hacíanse aprestos desde muchos días antes, y aunque la novelaría limeña, endémica, pretextaba ir a consolar a deudos y amigos allí recludos, lo positivo era que los mortificaban con preguntas necias y miradas odiosas, provocando así escenas tristes y algunas veces dramáticas. Era de ver a los “mansos” [...] cómo sentados a la mesa silenciosamente y sin fijarse en nadie, esperaban que se les aproximasen los curiosos para arrojarles el plato de comida y echarse todos a reír, al verlos dar saltos acrobáticos [...].

Respecto a la presencia femenina en el cuerpo médico del Hospicio, esta fue inexistente, pero solo formalmente. Aunque la farmacopea del Hospicio no tenía un rol central en el tratamiento, como sí ocurría en otros hospitales, las monjas de las Hermanas de la Caridad eran las responsables de administrar la farmacia. Esto sucedía a pesar de las críticas del gremio médico, que desde la década de 1850 abogaba por la intervención de farmacéuticos profesionales. Según el reglamento de 1859, la boticaria estaba obligada a suministrar todos los medicamentos y a distribuirlos estrictamente conforme a las prescripciones médicas²⁷¹. Debido a que las religiosas mantenían un contacto directo con los pacientes, su función como dispensadoras de medicamentos cumplía con las expectativas que de ellas se tenían, reforzando su rol en el cuidado integral de los internos y, a su vez, limitando el desarrollo de la práctica farmacéutica profesional en el Hospicio. No se ha registrado, de hecho, la presencia de un farmacéutico laborando en el establecimiento durante el periodo de estudio de esta tesis (1859-1897)²⁷². Se puede deducir que las monjas y el cuerpo médico estaban en constante contacto, lo cual habría permitido a las religiosas absorber ciertos conocimientos médicos en su día a día y adaptar gradualmente la medicalización como un principio del tratamiento. Asimismo, en algún momento entre 1859 y 1864, Justa Retamoso efectuó prácticas médicas en el Hospicio,

²⁷⁰ “El día de San Andrés”, por Mercedes Eléspuru y Laso. *La Alborada*, Lima, año 1, nro. 8, 5 de diciembre de 1874, pp. 59-60.

²⁷¹ “Proyecto del Reglamento para el Hospicio de Insanos”. *El Peruano*, Lima, año 10, tomo 28, nro. 28, 11 de abril de 1860, p. 108.

²⁷² Esto independiente de los informes técnicos que de vez en cuando se efectuaban de la farmacia, los cuales eran realizados por farmacéuticos de la SBPL. MHP HVLH, [*Libro copiator de correspondencia general y de informes del Hospicio de Insanos, 1888-1899*], fs. 58-59.

aunque no contaba con formación formal, como se detalló en el segundo capítulo de la presente tesis.

2.2. Las Hermanas de la Caridad y la caridad religiosa en el Hospicio de Insanos

La influencia religiosa en el Hospicio es evidente en varios aspectos. Para empezar, el nombre con el que se inauguró en 1859, Hospital Civil de la Misericordia, subrayaba el carácter caritativo de la SBPL, entidad a cargo de su administración, y evidenciaba una continuidad histórica en la que el factor religioso y caritativo siempre estuvo ligado al cuidado del enfermo e indefenso. Además, las diferentes salas del Hospicio recibieron denominaciones religiosas, reflejando una tradición en la que la atención de los enfermos se asociaba con valores de piedad y compasión (Tabla N° 16). Esta influencia fue reforzada por la presencia de las Hermanas de la Caridad, quienes participaron activamente en la atención y cuidado de los pacientes, promoviendo una imagen externa de la asistencia a los enfermos mentales como un acto de misericordia cristiana²⁷³. Esta imagen por ejemplo se reflejó en que las familias remitan cartas a las Hermanas de la Caridad suplicando acepten a sus familiares en calidad de gratuitos, saltándose las debidas instancias y procesos, “olvidando que las Hermanas de la Caridad son simples empleadas”²⁷⁴.

Tabla N° 16. Distribución del Hospicio de Insano en 1888.		
Departamento	Sala	Número de camas
Departamento de mujeres	Sala de la Purísima	23 camas
	Sala de Santa Rosa	16 camas
	Sala de San José	19 camas
	Sala de la Inmaculada	12 camas
	Sala de San Vicente	22 camas
	Sala de la enfermería	8 camas
	Sala de celdas: celdas grandes	27 celdas
	Sala de celdas: celdas chicas	13 celdas
	Sala de cujas	16 cujas
Departamento de hombres	Sala de Santa Rosa	20 camas
	Sala de San Vicente	21 camas
	Sala de la Purísima	22 camas
	Sala de San Andrés	20 camas
	Sala de la enfermería	12 camas
	Sala de celdas	28 celdas
	Sala de cujas	3 cujas

Tabla N° 16. Fuente: SBPL, 1888b, p. 46.

Durante la presencia de Ulloa como médico titular (1859-1891), las autoridades del Hospicio no abogaron por la expulsión de las Hermanas de la Caridad del servicio,

²⁷³ La presencia de las Hermanas de la Caridad en la administración de hospitales psiquiátricos peruanos llegó a su fin en 1919, cuando dejaron el Asilo Colonia de la Magdalena, institución sucesora del Hospicio de Insanos, luego de acalorados debates en la prensa y la opinión pública (Valdizán, 1934, pp. 101-104). Fueron paulatinamente reemplazadas por el emergente gremio de enfermeros y enfermeras psiquiátricas, que comenzaba a desarrollarse en el Perú a principios del siglo XX.

²⁷⁴ MHP HVLH, [Libro copiador de correspondencia general y de informes del Hospicio de Insanos, 1888-1899], fs. 83-84.

aplaudiendo su entrega. El inspector Manuel J. San Martín, por ejemplo, señaló que ofrecían las “mayores pruebas cada día de abnegación”²⁷⁵. Sin embargo, Ulloa sí criticó la intromisión de aspectos morales y religiosos alrededor del ingreso, tratamiento moral y alta de los pacientes. En 1884 señaló que “a pesar de la laudable consagración y religioso celo en su servicio, [...] no ha sido posible evitar los abusos y desórdenes que tanto han venido multiplicándose en estos últimos años”²⁷⁶. Por su parte, el inspector Manuel J. San Martín señaló que, en ciertos casos, las religiosas habían reducido por motivos de caridad los montos mensuales sin contar con la autorización de la SBPL. Por ejemplo, por acuerdo celebrado el 31 de agosto de 1878, se autorizó a efectuar rebajas solo a los pensionistas de primera clase “cuyas condiciones [económicas] no sean favorables”. Sin embargo, existieron casos de rebajas a los de segunda clase, las cuales el inspector consideró ilegales²⁷⁷.

En este sentido, el ámbito médico buscó afirmar su autoridad frente a la influencia moral y religiosa en el Hospicio. Esta tensión reflejó el esfuerzo de los médicos por instaurar un enfoque científico en el ámbito hospitalario, en contraste con la visión más asistencial y espiritual de las Hermanas de la Caridad, quienes, como entidad religiosa, históricamente habían heredado el rol de la atención cotidiana y moral de los pacientes, tal como sucedía desde el periodo colonial. Así, por ejemplo, para Ulloa, la existencia de guardianes inexpertos y maltratadores en el Hospicio tenía una de sus causas en que la contratación del personal recaía en las Hermanas de la Caridad, como administradoras que eran: “El médico solo debe escojerlo, porque él solo sabe las aptitudes que necesita exigir de ese personal” (SBPL, 1884, p. 67).

A diferencia de Ulloa, Muñiz sí fue incisivo con las Hermanas de la Caridad, como parte de los “decididos partidarios del servicio laico de los Hospitales y Hospicios”, criticando su presencia en los siguientes términos:

Hay un error, indisculpable, en suponer que en los citados establecimientos ese servicio no se puede conseguir mejor sino empleando las congregaciones religiosas. [...] Las corporaciones religiosas tienen una disciplina, una regla, un modo de vivir, unas tendencias incompatibles, absolutamente incompatibles, con la marcha propia á las casas de la caridad. [...] la Sociedad de Beneficencia [...] debe implementar un sistema de organización y admisión, sin ellas, más económico, más ventajoso, más humanitario y aceptado en los grandes países del mundo, á pesar de la resistencia desesperada que hacen los eternos servidores del estacionarismo²⁷⁸.

Estas críticas llevaron a que tanto Ulloa como Muñiz solicitaran la creación del cargo de director, concebido como una posición independiente del médico titular y con la máxima autoridad dentro del Hospicio. Ambos cuestionaban que la gestión del establecimiento dependiera de la actitud caritativa de las Hermanas de la Caridad y de la

²⁷⁵ MHP HVLH, *[Libro copiador de correspondencia general y de informes del Hospicio de Insanos, 1888-1899]*, f. 172.

²⁷⁶ *La Crónica Médica*, Lima, año 1, nro. 7, 31 de julio de 1884, p. 221.

²⁷⁷ MHP HVLH, *[Libro copiador de correspondencia general y de informes del Hospicio de Insanos, 1888-1899]*, fs. 41-42.

²⁷⁸ “El Manicomio de Lima”, por Manuel A. Muñiz. *La Crónica Médica*, Lima, año 2, nro. 15, 31 de marzo de 1885, pp. 93-94.

falta de experiencia médica del inspector, argumentando que esta estructura limitaba la eficacia del tratamiento y la administración de la institución. Por ejemplo, Ulloa señaló:

[...] ¿quién sino el médico, es el único competente para dar esa dirección conforme á los preceptos de la ciencia? [...] ¿Quién sino el médico puede ser el mejor juez de las aptitudes del personal del servicio, del mejor modo de ejecutar éste, de la más conveniente organización de la disciplina, de la mejor distribución de los alimentos y medicamentos; en una palabra, de cuanto hace relación al funcionamiento ó ejercicio de la Institución? (SBPL, 1884, p. 67).

Un reciente estudio de los manuscritos del Hospicio realizado por Andrés Ríos Molina (2023, pp. 27-61) revela las responsabilidades asumidas por las religiosas en el establecimiento, que el autor describe como un “trabajo olvidado”, subestimado por el gremio médico de la época. De hecho, en la narrativa convencional de la historia de la medicina, las Hermanas de la Caridad fueron retratadas como las villanas de la historia oficial de la psiquiatría peruana, acusadas de no contribuir a mejorar las condiciones de vida de los pacientes y de contravenir con la secularización del servicio hospitalario. El análisis de Ríos reveló su papel crucial en el proceso de internamiento de los pacientes y en la facilitación de la comunicación entre las familias y los ingresados. Frecuentemente, los familiares intentaban ingresar a sus seres queridos sin certificados médicos o sin justificación suficiente, en contra de lo estipulado por el reglamento. Aunque también existieron casos contrarios, el análisis demostró que las monjas sí interiorizaron la medicalización del reglamento. En este sentido, las religiosas actuaban como filtros, asegurando el cumplimiento de las disposiciones y trascendiendo la mera caridad. Además, asumían la tarea de localizar a los familiares para que costearan la estancia de los internados, ya que muchos tenían deudas pendientes de varios meses. En otros casos, se encargaban de coordinar con las beneficencias extranjeras para que se hicieran cargo de los gastos de los numerosos pacientes extranjeros.

2.3. Los guardianes y el tratamiento moral fallido en el Hospicio de Insanos

Como se analizó en el capítulo anterior, los guardianes eran considerados fundamentales para el éxito del tratamiento moral en el Hospicio, ya que tenían un contacto directo y constante con los pacientes, desempeñando funciones de supervisión, asistencia y mediación en la cotidianidad de estos, desde la alimentación hacia la superación de riñas. Sin embargo, en la práctica, la implementación del tratamiento moral por parte de los guardianes resultaba deficiente. Frecuentemente, se reportaban malos tratos a los pacientes o la administración incorrecta de remedios; en algunos casos, incluso, los guardianes provocaban o retaban a los pacientes (SBPL, 1888b, p. 44).

Ulloa identificó tres causas principales de esta problemática. En primer lugar, la escasa preparación para el puesto, producto de su falta de formación y experiencia en el cuidado de personas enajenadas. En segundo lugar, los bajos salarios y la “penosidad de su ocupación”²⁷⁹, que contribuían a su desmotivación. A los bajos salarios se sumó la destrucción de las vestimentas de los guardianes por parte de los insanos, las cuales no

²⁷⁹ Sobre el cargo de guardia aposentador, encargado del cuidado de los locos que se hallan encerrados en celdas y cujas, así como del aseo de ellas, se indicó: “desempeña el penoso y difícil cargo de aposentador”. MHP HVLH, *[Libro copiadador de correspondencia general y de informes del Hospicio de Insanos, 1888-1899]*, f. 123.

siempre eran repuestas con fondos del Hospicio²⁸⁰. Y, en tercer lugar, su incapacidad de equilibrar la dulzura y benevolencia con la energía y severidad requeridas. Este último aspecto se debía principalmente a la formación militar rígida y severa de muchos vigilantes, en su mayoría extranjeros que habían abandonado el servicio de la marina y aceptaban estos empleos poco valorados por necesidad (SBPL, 1884, pp. 66-67).

Muñiz complementó esta crítica señalando que la contratación de guardianes, a cargo de las Hermanas de la Caridad en su rol de administradoras del Hospicio, priorizaba la fuerza física sobre otras cualidades, dado que esta era útil para someter a los pacientes en crisis (SBPL, 1894a, p. 135). No obstante, esta cualidad no debía ser determinante, y la falta de atención a otras habilidades adecuadas para el cargo fue uno de los argumentos esgrimidos para justificar la creación del puesto de director en el Hospicio, bajo la supervisión de un médico, como se discutió con anterioridad.

Otra dificultad que enfrentaba el servicio de guardianes era su escaso número en el Hospicio. En 1883, la proporción era de un guardián por cada 25 pacientes, mejorando ligeramente a uno por cada 20 en 1890, cuando el ideal era de uno por cada 15 pacientes (SBPL, 1884, p. 66) o incluso de uno por cada 10 (SBPL, 1891, p. 80). Esta falta de personal también obligaba a que algunos guardianes asumieran dos o tres funciones simultáneamente: un mismo guardián podía encargarse del servicio hidroterapéutico, de los ejercicios físicos y de las labores de enfermería, además de sus propias tareas, lo que resultaba contraproducente dada la especialización requerida para cada función (SBPL, 1894a, p. 137). Asimismo, el reducido número de guardias dificultaba la intervención efectiva en las disputas entre pacientes, las cuales a veces derivaban en lesiones para los propios guardias²⁸¹.

2.4. El tenedor de libros y la desorganización del archivo del Hospicio de Insanos

A pesar de la importancia que Ulloa otorgaba al archivo médico desde su experiencia en los hospitales de San Andrés y Santa Ana, y de que el reglamento del Hospicio de Insanos en 1859 exigía llevar registros de admisión y documentos económicos, la institución padeció una notable irregularidad en el orden y manejo de sus documentos archivísticos, a pesar de contar siempre con un tenedor de libros. Esta situación se intentó corregir en la reforma del Hospicio de 1888, liderada por el inspector Manuel J. San Martín, quien implementó un sistema de registros más organizado.

En el ámbito de los registros médicos, se regularizaron los índices de ingreso y salida de pacientes, tanto de varones como de mujeres, organizados alfabéticamente, junto con una estadística general de los movimientos del Hospicio y un registro de las actividades diarias. En el aspecto económico, se ordenaron los contratos, planillas y cuentas corrientes de los pacientes pensionistas, así como copiadores de presupuestos de gastos ordinarios mensuales y de cuentas mensuales. En cuanto al manejo institucional, también se abrió un copiador de la correspondencia general (SBPL, 1888b, p. 42).

²⁸⁰ MHP HVLH, [*Libro copiador de correspondencia general y de informes del Hospicio de Insanos, 1888-1899*], f. 23.

²⁸¹ MHP HVLH, [*Libro copiador de correspondencia general y de informes del Hospicio de Insanos, 1888-1899*], f. 324.

Sin embargo, años de desorganización dejaron huellas significativas en la estadística del Hospicio. Si bien los datos registrados a partir de 1888 mostraron la rigurosidad buscada, los anteriores quedaron incompletos y desordenados. Bien lo señaló el inspector Manuel San Martín: en el archivo, “el pasado es un caos”²⁸². La reconstrucción de los años previos debió realizarse en parte gracias a la información brindada por el personal del Hospicio, incluyendo a quienes ya no trabajaban en ese momento. Además, varios documentos terminaron en manos de antiguos dependientes, debido “á la errónea práctica” de “haber considerado como documentos personales los que en todo concepto no lo han sido”²⁸³, una actitud de herencia colonial en donde el cargo estaba íntimamente ligado a la persona. Este fue el caso del Manuel Eduardo, médico boliviano que se desempeñó como interno y tenedor de libros, que se llevó varios documentos a su país asegurando que los devolvería²⁸⁴. Esto produjo vacíos o lagunas en los archivos, especialmente en los registros femeninos, en los que “no se encuentra razón alguna en un periodo de tres años”, mientras que, en otros casos, se registraron “tres mujeres más entre el número de insanos que están presentes en la casa y la existencia que aparece en los registros” (SBPL, 1888b, p. 42). Asimismo, se advertía que la inexistencia de un archivo ordenado impedía regularizar las deudas de los pensionistas²⁸⁵.

Otro problema fue que la reconstrucción de los registros de admisión tuvo que realizarse desde los pacientes presentes en 1888, dejando fuera a muchos ingresados y dados de alta en anteriores años, cuyos datos no siempre se pudieron deducir. Por ejemplo, los documentos que han llegado hasta nuestros días ilustran estas limitaciones: solo se conservan los datos de 65 varones y 37 mujeres ingresados entre 1859 y 1887, lo que genera restricciones en el análisis de los pacientes, como se ha advertido en esta tesis. Así, en 1893, se lamentaba que existen “omisiones en los libros, que vienen de años anteriores y que hoy es imposible ya ponerlos de acuerdo” (SBPL, 1894a, p. 119).

A pesar de estos problemas, la reforma de 1888 marcó una notable mejora en la administración del Hospicio. Las memorias de la SBPL reflejaron el cambio, pasando de publicar un promedio de diez tablas estadísticas antes de la reforma a un total de 209 tablas en 1896 (SBPL, 1896b). De hecho, el Hospicio se convirtió en una de las instituciones con las memorias hospitalarias más completas y detalladas de la década de 1890.

2.5. Las familias, sus estigmas y sus estrategias

Si bien los médicos buscaron establecerse en lo alto de la jerarquía del Hospicio, aunque lo lograsen, su agencia se vio limitada por diversos actores externos, entre los que destacaron las familias, policías y autoridades provinciales. Las familias —entendidas

²⁸² MHP HVLH, [*Libro copiador de correspondencia general y de informes del Hospicio de Insanos, 1888-1899*], f. 20.

²⁸³ MHP HVLH, [*Libro copiador de correspondencia general y de informes del Hospicio de Insanos, 1888-1899*], f. 4.

²⁸⁴ MHP HVLH, [*Libro copiador de correspondencia general y de informes del Hospicio de Insanos, 1888-1899*], f. 8. Lamentablemente, los documentos no lograron recuperarse (SBPL, 1888, p. 43).

²⁸⁵ MHP HVLH, [*Libro copiador de correspondencia general y de informes del Hospicio de Insanos, 1888-1899*], fs. 88-91.

aquí no solo como parientes consanguíneos, sino también como tutores— desempeñaron un papel crucial en la historia del Hospicio, influyendo en los procesos de ingreso, tratamiento y alta de los pacientes y decidiendo cuándo y en qué condiciones se les remitía a la institución. Su apoyo o abandono impactó tanto en los aspectos financieros de la institución como en la continuidad del tratamiento, afectando directamente la recuperación y reintegración social de los pacientes. El análisis de las relaciones entre las familias y el Hospicio revela dinámicas complejas y cargadas de tensiones, muchas de ellas derivadas de la falta de comprensión sobre las enfermedades mentales y su gestión. En suma, de una u otra forma, impusieron sus propios criterios de medicalización, evadiendo, en muchos casos, el criterio médico o institucional.

Uno de los primeros patrones identificados es el tratamiento empírico en casa y la remisión tardía al Hospicio. Ulloa destacó que muchas familias optaban por mantener a sus miembros enajenados en sus hogares hasta que alcanzaban un estado de deterioro considerable, momento en el cual se veían obligadas a derivarlos al Hospicio. En ese punto, el estado de salud del paciente solía ser tan grave que, según Ulloa, “no pueden sobrevivir sino muy poco tiempo” en el establecimiento (SBPL, 1884, p. 65). Muñiz coincidió al señalar que este proceso de internamiento tardío también implicaba que los enfermos llegaban a la institución cuando las posibilidades de recuperación ya eran escasas. Las familias mantenían a sus enfermos en casa, generalmente bajo tratamientos caseros e inadecuados, y los llevaban al Hospicio solo cuando la situación se tornaba inmanejable: “Generalmente los enfermos ingresan al Manicomio cuando ya no hay esperanza de curación”, complementando que “En Clínica mental, las probabilidades de curación disminuyen en razón inversa del tiempo transcurrido desde que se inició la afección mental” (SBPL, 1892a, p. 115). Este tipo de prácticas apunta a la falta de recursos económicos y, posiblemente, al estigma social asociado con la internación en un manicomio, donde los pacientes eran considerados perdidos para la vida familiar y social.

El recelo que la familia tenía hacia el manicomio no era infundado. Muñiz documentó en 1893 que existía una “general desconfianza por el Establecimiento”, ya que las familias temían que sus parientes sufrirían en el Hospicio, o que su condición mental empeoraría con el tiempo (SBPL, 1894a, p. 138). Esta desconfianza estuvo reforzada por episodios polémicos en la opinión pública, como las denuncias realizadas por Carlos Paz Soldán y Manuela Avelina Hurtado entre 1886 y 1887, lo que agravaba aún más la reticencia de las familias a enviar a sus seres queridos a la institución. Estos casos serán analizados más adelante.

A pesar de estas reservas, existía también un fenómeno contrario, donde las familias exigían el internamiento de sus miembros en el Hospicio, incluso cuando estos no mostraban signos evidentes de enajenación, no contaban con los certificados médicos o no requerían de internamiento. *El Comercio* informó de situaciones en que “una madre, una esposa, un hijo fuera de sí” solían lanzar acusaciones e improperios al personal del Hospicio cuando este se negaba a admitir a un paciente sin la documentación requerida²⁸⁶.

²⁸⁶ “Hospicio de Insanos”. *El Comercio*, Lima, nro. 16608, 15 de octubre de 1888, nro. p. 5.

Otro problema significativo era la tendencia de las familias a no seguir las indicaciones reglamentarias del Hospicio o las recomendaciones de los médicos. Ulloa señaló que en algunos casos la familia no brindaba información completa sobre los antecedentes del paciente (SBPL, 1891, p. 80). Además, cuando el tratamiento implicaba el aislamiento temporal del paciente, las familias, movidas por el deseo de contacto, insistían en visitarlos con frecuencia, incluso cuando esto podía ser perjudicial para la recuperación del enfermo. Esta insistencia a menudo culminaba en la demanda de alta del paciente ante la mínima señal de mejora, un comportamiento que, según los informes, generaba recaídas frecuentes. Para contrarrestar este problema, el Hospicio implementó en 1890 un sistema de salidas temporales de ensayo, permitiendo a los pacientes ir y volver al Hospicio para evaluar su adaptación (SBPL, 1891, p. 81).

En cuanto al aspecto financiero, la morosidad en los pagos o el abandono económico de los pacientes por parte de sus familias también constituía un problema crítico. Muchas familias se desentendían de sus obligaciones económicas una vez que sus familiares eran internados, lo que complicaba la sostenibilidad del Hospicio. Incluso, esto sucedía con familias que contaban con recursos económicos, y los que señalaban ser pobres, no demostraban formalmente su insolvencia²⁸⁷. En 1888, para remediar esta situación, se exigió a los familiares firmar un duplicado del contrato de ingreso del paciente, comprometiéndose a cumplir con los pagos (SBPL, 1888b, p. 43). Sin embargo, la falta de cumplimiento de estas obligaciones era frecuente, a tal punto que se recurrió a la publicación de anuncios en periódicos como *El Comercio* para apelar a la responsabilidad de los familiares²⁸⁸.

Por otra parte, también hubo intentos de negociar los costos de las pensiones. Las familias frecuentemente solicitaban una reducción en el monto de la pensión, aunque demandaban que sus parientes recibieran el trato de la primera categoría. Por ejemplo, la familia de Gabriel García Matheus, pensionista de primera categoría, solicitó que se cobre 40 soles en lugar de los 60, pero sin que sea pasado a segunda categoría²⁸⁹. No obstante, el Hospicio mostró cierta flexibilidad en este aspecto, ya que en algunos casos redujo las pensiones o incluso eximió de pago a quienes demostraban dificultades económicas temporales (SBPL, 1888b, p. 43).

Finalmente, una de las estrategias más drásticas y desalentadoras de las familias fue el abandono de sus familiares enajenados en las calles de Lima cuando ya no podían o no querían hacerse cargo de ellos. Este fenómeno fue denunciado por el inspector Manuel J. San Martín en 1877, quien señaló cómo algunas familias dejaban a sus parientes en plazas y espacios públicos, con la esperanza de que la policía los recogiera y los enviara al Hospicio (SBPL, 1878, anexo 14). Un caso notable fue el de Leontina Seminario, una joven piurana abandonada en Lima por sus familiares debido a la imposibilidad de cubrir su atención. Tras vagar sin hogar ni sustento, *El Comercio*

²⁸⁷ MHP HVLH, [Libro copiador de correspondencia general y de informes del Hospicio de Insanos, 1888-1899], f. 21-22.

²⁸⁸ *El Comercio*, Lima, nro. 20649, 26 de setiembre de 1896, ed. mañana, p. [4].

²⁸⁹ *El Comercio*, Lima, nro. 16584, 19 de setiembre de 1888, p. 5.

recomendaba su internamiento en el manicomio²⁹⁰. En 1897, de 50 alienados recogidos por la autoridad de policía de Lima, solo 15 eran limeños, pues más de 20 eran de otros departamentos que vagabundeaban en Lima, entre provincianos y extranjeros (SBPL, 1897, p. xlv). En otros casos, los dejaban directamente en la puerta del establecimiento (SBPL, 1894a, p. 138).

2.6. Policías y el control social en Lima

Como ha identificado Ruiz (1994, p. 44), durante la segunda mitad del siglo XIX la policía de Lima realizó una intensa campaña destinada a combatir la delincuencia, el vicio y la vagancia, pero también a los orates o sospechosos de enajenación que vagaban por las calles y eran considerados “peligrosos” para la tranquilidad pública: “una verdadera cacería de locos”. La prensa, que informó día tras día de estos incidentes, ilustra esta tendencia: en 1884, la policía intervino a una mujer que deambulaba en estado de enajenación creyendo que emprendía un viaje hacia el inframundo en busca de su hija²⁹¹; en 1887 fue arrestado un pulpero italiano que manifestaba signos de locura, siendo selladas las puertas de su establecimiento por la policía²⁹²; en 1888 fue arrestado un transeúnte que, mientras caminaba en la noche con un amigo, comenzó a correr y gritar “socorro! socorro! me llevan los diablos”, declarando haber visto al demonio en persona²⁹³.

El Hospicio formó parte de este sistema represivo de “obsesiones controlistas” de las élites limeñas (Ruiz, 1994, p. 47). De los 377 hombres ingresados al Hospicio entre 1864 y 1897, un 45.36% fueron remitidos por la policía, contra el 18.57% remitido por la familia (Tabla N° 17). Esta tendencia contrastaba con las mujeres: en el caso de las 99 mujeres ingresadas, solo el 26.26% llegó por esta vía, siendo la familia la principal remitente con un 56.57% (Tabla N° 18). Esta propensión también puede observarse en la Tabla N° 13 entre 1896 y 1898. Esta disparidad sugiere una concepción paternalista de la época, donde la locura masculina, asociada a conductas públicas y, a menudo, disruptivas, justificaba la intervención policial. En contraste, las mujeres eran vistas como problemas familiares debido a su rol en el ámbito doméstico y su vulnerabilidad percibida, lo que llevaba a la familia a encargarse de sus cuidados. Este enfoque reforzaba una separación entre lo público y lo privado, que vinculaba a los hombres con la necesidad de control público y a las mujeres con un manejo doméstico de la enfermedad.

La obsesión por el control se reflejaba también en la opinión pública, donde la prensa jugó un papel crucial al alentar la internación de personas consideradas “vagos” o “degenerados,” reforzando así el estigma y la percepción de que estos individuos debían ser excluidos de la vida urbana. En 1894, por ejemplo, se clamaba por el internamiento de una posible enajenada cuyos gritos perturbadores interrumpían el descanso nocturno de los vecinos, volviéndose así una molestia para el orden público²⁹⁴. Similarmente, se reportó el caso de un anciano chino que, tras varios episodios de desvarío y el reciente

²⁹⁰ *El Comercio*, Lima, nro. 16819, 8 de junio de 1889, p. [2].

²⁹¹ *El Comercio*, Lima, nro. 15300, miércoles 10 de setiembre de 1884, p. [2].

²⁹² *El Comercio*, Lima, nro. 16242, viernes 22 de julio de 1887, p. [3].

²⁹³ “Perseguido por un demonio”. *El Comercio*, Lima, nro. 16629, 7 de noviembre de 1888, p. [4].

²⁹⁴ “Una enajenada”. *El Comercio*, Lima, nro. 19362, 19 de setiembre de 1894, ed. tarde, p. [3].

asesinato de un gato, suscitó la preocupación de su familia y de la comunidad, quienes reclamaban su confinamiento en el manicomio²⁹⁵. Estos y otros casos publicados en la prensa evidenciaron cómo el miedo y la incomodidad social ante la alteración del orden público se traducían en demandas colectivas de internamiento, contribuyendo a una visión de la locura como amenaza que debía ser contenida fuera de la vista pública.

Tabla N° 17. Procedencia de 377 pacientes varones internados en el Hospicio de Insanos entre 1864 y 1897.		
Institución	Cantidad	Porcentaje
Policía	171	45.36%
Hospitales (2 de Mayo, San Bartolomé, Santa Ana [sic], Guadalupe e Italiano) y clínicas (Maison de Santé)	92	24.40%
Familia	70	18.57%
Hospicios (Asilo de Mendigos o Refugio y Casa de Huérfanos)	12	3.18%
Juntas Departamentales (Arequipa, Callao, Ica, Lambayeque)	11	2.92%
Beneficencias (Lima, Callao, Alemana e Italiana)	8	2.12%
Otras instituciones punitivas (cárcel, juez del crimen, penitenciaría y Ministerio de Justicia)	7	1.86%
Consultados extranjeros (Inglaterra y Suecia)	2	0.53%
Instituciones eclesiásticas (conventos, Obispado de Puno)	2	0.53%
Haciendas (Hacienda Estrella)	1	0.27%
Municipalidad de Lima	1	0.27%
Total	377	100%

Tabla N° 17. Elaboración propia a partir de Anexo N° 1.

²⁹⁵ “Chino loco”. *El Comercio*, Lima, nro. 19151, 11 de mayo de 1894, ed. tarde, p. [2].

Tabla N° 18. Procedencia de 99 pacientes mujeres internadas en el Hospicio de Insanos entre 1864 y 1897.		
Institución	Cantidad	Porcentaje
Familia	56	56.57%
Policía	26	26.26%
Ignorado	7	7.07%
Hospicios (Asilo de Mendigos)	3	3.03%
Hospitales (Santa Ana) y clínicas (Maison de Santé)	3	3.03%
Juntas Departamentales (Callao y otros)	2	2.02%
Beneficencias (Callao)	1	1.01%
Instituciones eclesiásticas (Buen Pastor)	1	1.01%
Total	99	100

Tabla N° 18. Elaboración propia a partir de Anexo N° 2.

Tabla N° 19. Existencias según procedencia en el Hospicio de Insanos, 1896-1898.							
Procedencia		1896	1896	1897	1897	1898	1898
		M	F	M	F	M	F
Beneficencias	Beneficencia francesa					2	
	Beneficencia italiana			1		1	
Consulados	Consulado de Suecia			1			
Familia	Familia	56	87	22	84	27	61
Hospicios	Asilo de Mendigos o Refugio	7	5	9	5	8	8
Hospitales	Hospital 2 de Mayo	10		14		16	
	Hospital San Bartolomé / Hospital Militar	4		3		3	
	Hospital Santa Ana		6		9		9
	Maison de Santé	2	1	1	1		
Instituciones eclesiásticas	Buen Pastor		1		1		
	Conventos			2		2	
Juntas Departamentales	J. D. de Arequipa			4		4	
	J. D. de Callao			5	3	5	3

	J. D. De Cusco			1		1	
	J. D. de Ica			3	1	3	1
	J. D. de La Libertad					1	1
	J. D. de Lambayeque			2		2	
	J. D. de Puno						1
	Provincias	9					
Policía	Policía	49	45	57	51	63	63
Otras instituciones punitivas	Cárcel de Guadalupe					3	
	Penitenciaría / Panóptico	6		5		5	
Ignorados	Ignorados	15	27	47	30	44	30
Total		158	172	177	185	190	177

Tabla N° 19. Elaboración propia a partir de: SBPL, 1896b, pp. 181, 234; 1897, pp. 324, 340; 1899a, pp. 232, 247.

Los médicos también ofrecieron opiniones favorables sobre la internación de la locura por parte de la policía. En 1861, Ulloa señaló que los enajenados podían ser peligrosos, pues podían “herir, matar á los que se le presenten en su camino”, “saquear, destruir, incendiar las propiedades de otros”, “atacar el pudor y ofender la moral con actos ilícitos”:

Nada ciertamente puede ser más peligroso para la tranquilidad pública como la presencia de uno ó muchos individuos, que privados de la razón y del libre ejercicio de la libertad, se entregan a actos desordenados que comprometen la vida, el honor ó la fortuna de los miembros de la sociedad ó los suyos propios²⁹⁶.

Sin embargo, también surgieron diversas críticas respecto a los procedimientos empleados por la policía para el internamiento. Por ejemplo, en muchos casos la policía mantenía a los enajenados en calabozos hasta conseguir los certificados médicos requeridos para su internamiento, lo cual podía demorar hasta seis u ocho días. En ese lapso, los sujetos permanecían sin provisión de alimentos. Esto causaba que los pacientes llegaran al Hospicio en condiciones de extrema desnutrición, contagiados con diversas enfermedades, e incluso muriendo “pocos minutos después, de ser recibidos en el Manicomio” (SBPL, 1884, p. 65). Ese fue el caso de P. S., diagnosticado con idiotismo y traído a la policía el 13 de julio de 1897, falleciendo de a los tres días de perniciosa algida (Anexo N°, paciente N° 497). Asimismo, el 7 de diciembre de 1895 fue derivado por la policía A. S., indio agricultor diagnosticado con melancolía, quien falleció a los 14 días por tuberculosis.

Los agentes de policía, “dotados de muy débiles sentimientos humanitarios”, inferían maltratos crueles a los enajenados que capturaban en las calles, siendo

²⁹⁶ *Gaceta Médica de Lima*, Lima, año 6, tomo 6, nro. 121, 30 de setiembre de 1861, p. 321.

trasladados al Hospicio “cubiertos no solo de grandes contusiones, sino de muy graves heridas” (SBPL, 1884, p. 65). Este posiblemente fue el caso de G., un jornalero chino traído por la policía el 3 de setiembre de 1889 por hábitos alcohólicos, y fallecido 10 días después a causa de una “conmoción cerebral” (Anexo N°, paciente N° 134).

En algunos casos, la policía trasladó al Hospicio a personas que no padecían enajenación, lo que obligaba a la institución a devolverlas a la autoridad policial o a darlas de alta, generalmente después de un breve período de observación (SBPL, 1892a, p. 116). A diferencia de la policía, que frecuentemente asociaba cualquier alteración del orden público con signos de locura, el Hospicio evaluaba los casos y rechazaba la mera perturbación social como motivo suficiente para internar a alguien. Por ejemplo, en 1892, M.V., un empleado limeño trasladado por la policía, fue diagnosticado en el Hospicio como “no enajenado”, pero falleció al día siguiente de fiebre tifoidea (Anexo N°, paciente N° 310). Igualmente, el militar J.B.B. fue retenido en 1889 durante cinco días hasta ser dado de alta tras descartarse cualquier signo de enajenación (Anexo N°, paciente N° 118). Cabe señalar que en 1892 se registraron diez casos de pacientes que, tras la evaluación inicial, se concluyó que no eran enajenados (SBPL, 1897, p. 196). Este fenómeno revela un conflicto de criterios entre la policía y el Hospicio sobre la naturaleza de la “locura” y su relación con el control social.

2.7. Las autoridades provinciales: De manicomio limeño a manicomio nacional

Uno de los factores más importantes de hacinamiento del Hospicio fue la metamorfosis de este establecimiento. Aunque originalmente estaba destinado a atender únicamente a la población de la ciudad de Lima bajo la tutela de la SBPL, se transformó en un manicomio de alcance nacional, debido a la falta de instituciones para el tratamiento de la locura en las regiones. Así lo reconoció la memoria de 1879, al señalar que “se cree generalmente, hasta por personas ilustradas, que la Beneficencia de Lima es la Beneficencia general de la República, no siendo en realidad más que una Institución destinada al socorro de los desvalidos de esta capital” (SBPL, 1880a, p. 45). De igual modo, en 1880 se afirmó que “se ha pretendido convertir el hospicio de insanos de Lima en general del Perú, i se le ha obligado a recibir todos los que remite la policía, aunque sean procedentes de localidades que tienen sus respectivas corporaciones de beneficencia” (SBPL, 1880b, p. 61). Esta aparente confusión resultó en que las autoridades de distintos departamentos del país comenzaran a enviar a sus enfermos mentales a Lima, aumentando significativamente la población del Hospicio. Por ejemplo, en 1872 se advirtió que el 63.85% de los insanos eran de fuera de la capital (SBPL, 1873a, p. 29).

Aunque hubo interés por parte de beneficencias no limeñas en construir sus propios manicomios o departamentos para insanos —como es el caso de la Beneficencia del Callao, que desde 1878 proyectaba la edificación de un hospicio para amentes²⁹⁷, o la de Arequipa y su interés de implementar un departamento de insanos en el Hospital de

²⁹⁷ *El Comercio*, Lima, año 40, nro. 14121, 18 de junio de 1878, ed. tarde, p. [2]; *El Comercio*, Lima, nro. 19743, 18 de mayo de 1895, ed. mañana, p. [2].

San Juan de Dios en 1896²⁹⁸—, el Hospicio de Insanos de Lima fue el único establecimiento en su tipo en todo el país durante toda su existencia. Esta singularidad explica la ampliación no planificada de su alcance original, destinada únicamente a la población de Lima, y su eventual transformación en un manicomio de carácter nacional.

El Hospicio implementó medidas legales para prohibir la admisión de pacientes que no fueran residentes de la capital. Esto dio lugar a decretos como los del 13 de abril de 1875²⁹⁹, 21 de marzo de 1879 y 12 de mayo de 1888, en los que se advertía a las autoridades provinciales que se abstuvieran de enviar a sus enfermos mentales al Hospicio, debido a su limitada capacidad³⁰⁰. No obstante, la negativa del Hospicio a recibir pacientes no residentes de Lima generó conflictos. Por ejemplo, en 1885, el periódico *La Opinión Nacional* acusó al Hospicio de haber expulsado a dos pacientes por no ser limeños³⁰¹, lo cual fue desmentido por el inspector del establecimiento, Carlos Alayza y Portillo³⁰².

A pesar de los esfuerzos por controlar el ingreso de pacientes foráneos, los diversos actores involucrados hallaron estrategias para evadir las normativas vigentes. Una primera estrategia fue el formalismo en búsqueda del aval de la SBPL. Aún con los decretos en vigor, las autoridades provinciales presentaron expedientes solicitando que el Hospicio aceptara a los enfermos de sus respectivas jurisdicciones, “desoyendo las órdenes supremas”³⁰³. En algunos casos, dichas solicitudes fueron aceptadas bajo la condición de que la institución provincial asumiera los costos de manutención de sus pacientes, aunque en la práctica no se concretaban los pagos. Por ejemplo, en 1888 el prefecto departamental de Lima inició un expediente para que una insana de Chancay sea admitida en el Hospicio³⁰⁴. Ingresada la paciente, las responsabilidades económicas recayeron en la Sociedad de Beneficencia Pública de Chancay, la cual evadió pagos y acrecentó deudas por varios años³⁰⁵.

Otro mecanismo fue la apelación al “patriotismo” de la SBPL para aceptar que los enfermos de fuera de Lima sean ingresados al Hospicio de manera gratuita. Un ejemplo fue el caso del indigente Eduardo Cano, originario de Iquique y de paso por la capital con su madre, cuya aceptación se justificó en base a que “pertenece á una parte del territorio del Perú que una guerra exterior desastrosa [contra Chile] ha colocado en escepcional [sic] situación”³⁰⁶. Una tercera estrategia fue que las autoridades provinciales no enviaban

²⁹⁸ *El Comercio*, Lima, nro. 20325, 5 de mayo de 1896, ed. mañana, p. [2].

²⁹⁹ Respecto a este decreto, en la prensa se difundió la siguiente circular: “El supremo gobierno ha pasado una circular á todas las municipalidades, de los departamentos de la república, para que se abstengan de remitir *amentes* al hospicio que sostiene la beneficencia de esta capital, por motivo de no poder contener más a consecuencia de la estrechez del local”. *El Obrero*, Lima, año 1, nro. 6, 24 de abril de 1875, p. [2].

³⁰⁰ MHP HVLH, [*Libro copiador de correspondencia general y de informes del Hospicio de Insanos, 1888-1899*], fs. 93-96.

³⁰¹ *El Comercio*, Lima, nro. 15418, 30 de enero de 1885, p. [2].

³⁰² *El Comercio*, Lima, nro. 15420, 2 de febrero de 1885, p. [3].

³⁰³ “Hospicio de Insanos”, por Carlos Ferreyros. *El Comercio*, Lima, nro. 20016, 29 de octubre de 1895, p. [2].

³⁰⁴ “Manicomio de Lima”. *El Comercio*, Lima, nro. 16484, 18 de mayo de 1888, p. [2].

³⁰⁵ MHP HVLH, [*Libro copiador de correspondencia general y de informes del Hospicio de Insanos, 1888-1899*], fs. 53, 78, 137-139, 160-161, 304.

³⁰⁶ *El Comercio*, Lima, nro. 16584, 19 de setiembre de 1888, p. 5.

directamente al Hospicio a sus enajenados, sino que primero las remitían a la subprefectura de Lima, y de allí se formalizaba la gestión hacia el Hospicio (SBPL, 1880a, p. 46).

Ante la presión constante y el incumplimiento de los decretos previos, el gobierno ordenó el 10 de abril de 1896 que el Hospicio disponga “lo conveniente para que en todo caso pueda recibir á los insanos que le remitan las autoridades políticas de la República”³⁰⁷, con la condición de que estas se hicieran responsables de los costos de su manutención. En la práctica, esto se estaba realizando, aunque con deudas acumuladas muy escandalosas. De este modo, el Hospicio dejó de ser una institución exclusivamente local y pasó formalmente a convertirse en un manicomio nacional (SPBL, 1897, p. XLV).

3. Secuestración y violencia en el Hospicio de Insanos (1885-1887)

3.1. Locura espiritista: El caso de Carlos Paz Soldán

La “utopía controlista” de la élite modernizadora en torno a la locura llevó al encierro de los orates que deambulaban por las calles en el Hospicio de Insanos. Esto también afectó a las personas con comportamientos considerados “raros”, quienes eran clasificados bajo el diagnóstico de “locura razonada” o “monomanía razonante” (Ruiz, 1995, p. 225). Una definición de la época los caracterizaba en los siguientes términos:

Los individuos que la padecen hallan las mejores razones para explicar sus actos, y algunas veces descubren tanta penetración en sus respuestas, que engañan completamente á los que las escuchan ó á quienes dirigen sus reclamaciones, porque según expresan, todos ellos están encerrados [en el manicomio] arbitrariamente. Cuando se habla con ellos se descubre en su inteligencia la menor señal de perturbación ni de desorden, pues comparan, juzgan y piensan como los demás hombres, y en ciertos casos con más sagacidad [...] (Fabre, 1854, p. 301).

Partiendo de esta definición, algunos individuos fueron víctimas de secuestro en el Hospicio, incluso aquellos que gozaban de una posición de renombre en la sociedad. La locura razonada también fue capitalizada por el poder político, pues los opositores diagnosticados con ella podían ser encerrados en el Hospicio. Ese fue el caso de Carlos Paz Soldán, internado entre 1885 y 1886 por sus ideas espiritistas durante el gobierno de Miguel Iglesias, a quien criticaba abiertamente.

Nacido en Arequipa en 1844, Carlos Paz Soldán fue un escritor y diplomático peruano, insertado en el ala progresista de la corriente liberal (Ruiz, 1994, p. 69) (Figura N° 31). Fue parte de una acomodada e ilustre familia: hijo del destacado historiador Mariano Felipe Paz Soldán y padre del pionero en la medicina social peruana Carlos Enrique Paz Soldán. En 1862 fue nombrado secretario de segunda clase de la Legación del Perú en los Estados Unidos. De retorno al país, fundó en 1867 junto a su padre la Compañía Nacional Telegráfica, lo que le impulsó a recorrer casi todo el territorio, además de cumplir un importante papel en la telegrafía de noticias durante la guerra del Pacífico (Paz Soldán, 1917, pp. 303-304). Fue, entonces, un impulsor de la modernización de las comunicaciones en el Perú.

³⁰⁷ “Alienados indigentes”. *El Comercio*, Lima, nro. 20286, 11 de abril de 1896, ed. mañana, p. [1].



Figura N° 31. Carlos Paz Soldán. Fuente: Paz Soldán (1886).

En 1879 participó en la fundación de la *Revista Peruana*, dedicada a los estudios y transcripciones históricas. La revista contó con colaboraciones de Sebastián Lorente, Manuel Gonzáles de La Rosa, José Toribio Polo, Ricardo Palma, José Antonio Lavalle, Manuel de Mendiburu, Enrique Torres Saldamando, entre otros. Entre sus colaboradores más asiduos también estuvo José Casimiro Ulloa. Teniendo en cuenta que Paz Soldán era editor de la revista, es altamente probable que ambos intelectuales se conociesen desde entonces.

Paz Soldán fue un importante exponente del espiritismo peruano. Esta doctrina, desarrollada en Europa en las décadas de 1840 y 1850, planteaba la posibilidad de entablar comunicación con los espíritus de los muertos a través de fenómenos espiritistas como las mesas giratorias, golpes extraños, clarividencia, médiums, entre otros, así como la posibilidad de reencarnación. Su principal impulsor fue el francés León Denizart Rivail, más conocido como Allan Kardec, quien fundó la revista *Revue Spirite: Journal d'Études Psychologiques* en 1858. Como ha señalado Orbegoso (2012, p. 97), el espiritismo tuvo una rápida e importante presencia en América Latina, con partidarios como el político cubano José Martí, el poeta nicaragüense Rubén Darío, el escritor argentino Leopoldo Lugones, el marino chileno Arturo Prat, entre otros. Aunque Orbegoso data la recepción del espiritismo en el Perú en la década de 1880, este tuvo presencia desde muchos años antes. De hecho, una de las primeras revistas espiritistas en América Latina fue publicada

en Perú bajo el título de *Revista Espirita*, con al menos 7 números entre diciembre de 1864 y enero de 1865, es decir, menos de una década después que su símil francés, en donde se tradujeron trabajos de Allan Kardec³⁰⁸.

Con convicción, Paz Soldán afirmó haber establecido contacto con los espíritus a través de mesas movedizas, psicografías³⁰⁹, pantomimas³¹⁰ e incluso posesiones (Paz Soldán, 1886, pp. 41-44). Sus creencias y experiencias espiritistas encontraron expresión en su revista *El Sol* (1886-1890 y 1891-[1895]), en donde también abarcó temas como la libertad de imprenta, la telegrafía durante la guerra del Pacífico, los billetes fiscales, bancos hipotecarios, el contrato Grace, además de insertar trabajos de su padre Mariano Felipe, Germán Leguía y Martínez, Belisario Llosa, entre otros.

Finalizada la guerra del Pacífico, su postura crítica hacia el presidente Miguel Iglesias le costó la persecución política del gobierno, teniendo que refugiarse primero en la Legación francesa primero y luego en Argentina (Paz Soldán, 1917, p. 304). Al respecto de su persecución, señaló que el “Gobierno que rejia, me había perseguido, dando la órden hacía un año largo, que al ser tomado se me pusiera una barra de grillos” (Paz Soldán, 1886, p. 76). Su situación se agudizó en 1884, cuando apareció en Guayaquil *La traición de Iglesias*, folleto que, aunque apareció anónimamente, años después señaló su autoría en la revista *El Sol*³¹¹. Aunque publicado en la señalada ciudad ecuatoriana, los comentarios de Paz Soldán aparecen firmados en Panamá en setiembre de 1884, de lo que puede deducirse que durante estos años se movió por diversos lugares de Latinoamérica.

El texto es una compilación de documentos y análisis de estos que puedan servir para el juicio histórico del señalado presidente, a quien califica de “revoltoso y traidor” (Paz Soldán, 1884, p. 1). Dos fueron los argumentos principales desarrollados en el folleto: primero, que el acto revolucionario de Iglesias frente a Lizardo Montero y el manifiesto de Montán no fueron secundados en ninguna parte, y los actos que su facción practicó causaron indignación en el país; y segundo, que pactó con el ejército chileno para que su gobierno gozara de reconocimiento y así proteger sus propiedades en Cajamarca (Paz, 1884, p. 4). Asimismo, Paz Soldán sustenta el calificativo de traidor en seis enunciados: primero, desmembró el Perú con la entrega de dos departamentos del país; segundo, concertó con el ejército chileno; tercero, facilitó la toma de diversas ciudades por el ejército chileno; cuarto, contribuyó al progreso y realización de los planes del gobierno chileno; quinto, proporcionó todas las noticias necesarias para dañar al Perú; y sexto, convenció a los peruanos de seguirlo y persiguió y/o fusiló a los opositores (Paz, 1884, pp. 17-18).

³⁰⁸ Su presentación anunció lo siguiente: “A la voz ESPIRITA damos el sentido de Espiritualista, es decir, que tenemos mucha fé en el principio inmaterial que nos anima, que nos hace pensar, querer y deliberar; pero a más de estas facultades, de lo que llamamos nuestra ALMA, nuestro título abarca el sentido de poder manifestarnos á los vivos, con el permiso de Dios, se entiende, después de nuestra muerte”. *Revista Espirita*, Lima, tomo 1, nro. 1, 17 de diciembre de 1864, p. 1.

³⁰⁹ Consiste en escribir mensajes o textos guiados por presuntas entidades espirituales.

³¹⁰ Consistía en expresar mensajes o representar visiones espirituales a través de gestos y movimientos.

³¹¹ *El Sol*, Lima, año 1, nro. 23, 21 de agosto de 1886, pp. 177-179.

A su retorno a Lima fue capturado por la policía por quebrantar el orden público con sus pantomimas espiritistas. Aunque fue liberado, sus pantomimas continuaron, lo que lo puso nuevamente en mira de las autoridades policiales y médicas. Según Paz Soldán, estas pantomimas debía realizarlas por órdenes de un “espíritu burlón” que amenazaba a su familia, lo que también ocasionó miedos y preocupaciones en él. Declarado loco, específicamente de locura espiritista, fue internado en el Hospicio de Insanos entre el 11 de octubre de 1885 y el 23 de enero de 1886³¹², aunque el testimonio del espiritista señala como fecha de ingreso el 19 de noviembre (Paz Soldán, 1886, p. 300). Paz Soldán (1886, p. 90) calificó su internamiento en el Hospicio como una represalia de Iglesias, preguntándose “[¿]será un sitio nuevo [el Hospicio] donde el Gobierno Iglesias tiene encerrados á los que persigue?”. A esto se suma que fue liberado poco tiempo después de la renuncia de Iglesias al poder, por lo que sus sospechas no resultaban infundadas.

Aunque el Hospicio le fue anunciado como el único lugar apropiado para tratar su supuesta locura espiritista, terminó siendo una estadía tortuosa para él (Paz Soldán, 1886, p. 54). Su experiencia de violencia fue ampliamente descrita en varias entregas de su revista *El Sol* en 1886 bajo el título de “Estudios espiritistas y la vida de loco”, lo cual reunió y publicó en un libro de 473 páginas (Paz Soldán, 1886). En su testimonio, describe las condiciones infrahumanas y el trato violento que recibían los internos, sometidos a castigos físicos, inmovilizaciones y baños forzados como métodos de control. También critica la falta de ética del personal, en especial de los guardianes y médicos, quienes actuaban con brutalidad y sin supervisión adecuada. Aunque su relato buscó evidenciar los abusos en el sistema manicomial, también mostró una actitud reformista, proponiendo cambios para dignificar el trato a los enfermos mentales³¹³. En el marco de la presente tesis, se analizarán cinco aspectos clave del testimonio de Paz Soldán: el diagnóstico médico de locura espiritista; las condiciones infrahumanas de vida en el Hospicio; la represión y el castigo físico ejercido sobre los pacientes; y la figura de Ulloa.

Paz Soldán consideró que su internamiento en el Hospicio fue un acto injusto y sin fundamento, motivado por un diagnóstico médico erróneo. Describió cómo los médicos, en lugar de observar y analizar detenidamente su estado, asumieron que sus episodios de nerviosismo y miedo eran signos de locura. Según él, su diagnóstico fue precipitado y carente de un examen riguroso, basado más en prejuicios y en el desconocimiento que en un análisis profesional. En un primer momento, estando en su hogar, ante las preocupaciones de la familia por sus pantomimas, esta solicitó que diversos médicos efectúen visitas domiciliarias. El “Dr. D. M... de O...”, posiblemente refiriéndose a Manuel Odriozola, revisó su estado. Sin embargo, el facultativo “se limitó á verme, me tomó el pulso, pero no me preguntó nada; y su parecer fué declararme de hecho *loco, insanable, furioso*, y que se me tuviera aislado, es decir, *secuestrado* en mi casa”, a pesar de que sus actos no revistieron actos violentos ni en el espacio público ni en el familiar, de que Paz Soldán se encontraba racional en sus diálogos y de que otro

³¹² *El Monitor Médico*, Lima, año 2, nro. 12, 15 de noviembre de 1886, p. 183.

³¹³ El caso de Paz Soldán ha recibido atención en diversas investigaciones. Ver Ruiz (1994, pp. 51-71), Orbegoso (2012), Ríos (2023, pp. 56-59), Palma y Amaya (2023).

médico anterior no había llegado a recomendar tal solución. En otra visita domiciliaria, el médico interino del Hospicio, Eduardo Sánchez Concha, también ejecutó su diagnóstico con el mismo descuido. Asimismo, no se guardó la privacidad de su diagnóstico, pues se difundió rápidamente “por toda Lima”, lo que se tradujo en pánico entre sus amigos y conocidos, construyéndose un estigma alrededor de Paz Soldán como un sujeto peligroso (Paz Soldán, 1886, p. 45-48).

Relató que los médicos utilizaron la ciencia como medio de autoridad para persuadir a su familia de la necesidad de encerrarlo, primero en su casa y luego en el Hospicio. Para Paz Soldán, su familia actuó movida por el temor que le infundieron los médicos, quienes, en su opinión, fueron hábiles al aprovechar los miedos de la familia y el contexto de preocupación social respecto su supuesta enfermedad mental. De esta forma, prohibieron “á los miembros de mi familia, es decir, esposa e hijos el que me vieran para evitarme *impresiones* según decían”, viviendo “Encerrado y secuestrado en mi propia casa”. Su aislamiento fue tal, que incluso comenzó a dudar si su familia seguía viva tras la puerta que veía todos los días en su habitación, pues en este tiempo estuvo bajo el cuidado de sus amigos (Paz Soldán, 1886, pp. 49, 54).

Asimismo, los médicos convencieron a la familia que el Hospicio era el lugar adecuado para la “curación médica facultativa, hábil y con todos los elementos necesarios en el tratamiento personal”. Aunque la familia mantuvo dudas sobre la recomendación de los médicos, pues el médico de cabecera había señalado que el internamiento no era necesario, éstos anunciaron que, si no se procedía con ello, la familia “será responsable ante Dios y ante la sociedad por todas *las víctimas* que haga” (Paz Soldán, pp. 54, 68).

Sobre este último punto, Paz Soldán ofreció una crítica a la “utopía controlista” (Ruiz, 1995, p. 225) de la sociedad peruana respecto a los locos:

Triste humanidad, sacrificas á unos hombres para salvar á otros, sin reparar ni en su edad, en su posición, ni en los sentimientos del corazón de esos hombres. Yo padre de once hijos, separado del resto del mundo [...] y cuando esos hijos quedarán huérfanos de padre y madre (Paz Soldán, 1886, p. 73).

Paz Soldán expresó su frustración ante la imposibilidad de cuestionar la etiqueta de “loco” que le fue impuesta por la autoridad médica, ya que, una vez clasificado de esa forma, sus argumentos y quejas se interpretaron como delirios propios de la enfermedad mental que se le atribuía. Así, aunque sus explicaciones —basadas en su preocupación por el bienestar de su familia o en la sospecha de alguna enfermedad contagiosa que justificaría su encierro como medida de prevención— contaban con fundamentos, sus allegados se limitaban a mostrarse condescendientes, a contradecirlo o ignorarlo. Finalmente, fue llevado al Hospicio mediante engaños e ingresado a la fuerza por una entrada secundaria del edificio, momento en el que perdió el conocimiento (Paz Soldán, 1886, p. 66).

Durante su estancia, Paz Soldán fue testigo de las deplorables condiciones de vida en el Hospicio, que calificó como inhumanas. A pesar de que fue clasificado como paciente pensionista de primera categoría, relató que el entorno era insalubre, con espacios llenos de humedad y sin ventilación adecuada, lo que contribuía a la propagación

de enfermedades y agravaba las dolencias de los internos. En el lugar, no se cumplía con estándares básicos de higiene que la ciencia abogaba y, en muchos casos, las celdas estaban ubicadas en áreas propensas a acumular miasmas provenientes de los alrededores, sin dejar de lado que algunos pacientes defecaban u orinaban en el suelo. En particular, menciona que el manicomio estaba rodeado de acequias descubiertas que transportaban aguas residuales de zonas cercanas al Hospicio, lo que generaba un “mal olor insoportable” que impregnaba las habitaciones, al grado de que algunas noches “la fetidez de mi salón era inmensa”. Las emanaciones de estas acequias, mezcladas con la falta de limpieza en los espacios internos, creaban un ambiente irrespirable y agobiante, donde los pacientes sufrían en condiciones indignas y poco humanas (Paz Soldán, 1888, p. 111-115).

Paz Soldán hizo notar la falta de mobiliario y materiales necesarios para el confort de los internos. Por ejemplo, en los calabozos que servían “de reclusión, y es uno de los castigos que en el Asilo de Lima se dá á los pobres locos”, no existía ningún mueble, siquiera una cama o silla: “Allí se les tiene todo el día sin un asiento en que descansar, ni nada: al infeliz que se le pone en ese local tiene que sentarse y acostarse sobre el suelo y satisfacer sus necesidades humanas en el mismo sitio”, por lo que “el olor que despedía el tal calabozo era nauseabundo, á orines podridos” (Paz Soldán, 1886, p. 111).

Respecto a las comidas, muchas veces los alimentos eran insuficientes y de baja calidad. Al respecto, Paz Soldán (1886, pp. 86-87) señaló:

Trajeron mi almuerzo, que en lo futuro fué igual, componíase de una tasa de caldo, bien malo, al que se había echado *coles*, un beefsteak de carne regular, arroz crudo y sin manteca, un huevo que estaba crudo, pero fresco, [...] pedí de mi casa pan que me lo enviaban, y el que allí me daban lo destinaba para dárselo á otros infelices, porque en verdad el alimento que tomaban no era muy abundante [...] con lágrimas en los ojos me lo agradecían, diciendo “gracias hermano”.

El espiritista denunció los distintos métodos de represión física empleados contra los pacientes, calificándolos como auténticas torturas que excedían cualquier propósito terapéutico. Estos no solo contravenían el reglamento vigente, sino que también violaban los principios del tratamiento moral, que se proclamaba como uno de los pilares del Hospicio³¹⁴. Entre los procedimientos destacó el baño de camiseta, una práctica que implicaba sumergir al paciente en agua fría mientras era inmovilizado por los guardianes con una camisa de fuerza o un atado (Figura N° 32). Paz Soldán, quien sufrió esta práctica a pesar de su buen comportamiento en un “día que jamás olvidaré” (Paz Soldán, 1888, p. 306), testimonió su sensación de asfixia y desesperación, una situación de angustia y estrés extremo, que, lejos de calmarlo, exacerbaba su sufrimiento. Incluso, llegó a comparar el acto con castigos propios de la Inquisición:

[en] el estanque pequeño que sirve de pozo de baño [...] se me hizo avanzar hasta el borde del baño y me pusieron una especie de *chaqueta de lona*, que se cierra por atrás [...] Todo asorado y aun espantado interrogaba lo que eso significaba, pero esto no daba otro resultado sino que me tratasen con más aspereza. [...] apenas podía respirar según lo que me comprimían esas amarras

³¹⁴ Citando a Kardec, Paz Soldán (1886, p. 142) manifestó: “Entre los que se tienen por locos hay muchos que no son más que subyugados; les sería necesario un tratamiento *moral*, mientras que se les vuelve verdaderamente locos con los tratamientos *corporales*”.

[...] me ataron también fuertemente los piés, los tobillos [...] sin movimiento alguno. [...] se me ordenó que me echara sobre el frío y duro borde del estanque, una vez en esta postura se me empujó dentro del estanque! Qué espantosa impresión, Dios mío, la que eso produce! Verse arrojado en un estanque de agua, amarrado como lo estaba yo, es la angustia y el tormento más atroz; la idea de ser ahogado es completa, y su realización evidente, desde que uno no puede hacer nada. [...] [posteriormente] de cabeza fui sumergido dentro del estanque!! [...] este horrible SUPPLICIO que solo es comparable coa lo que nos cuenta la historia de los que se aplicaban por la Inquisición (Paz Soldán, 1886, pp. 307-310).

Al baño de camiseta se le sumaba las duchas de lluvia gruesa: chorros de agua de alta presión que impactaban con fuerza en el cuerpo del paciente, los cuales solían durar más de 5 minutos. Los guardianes no efectuaban el reconocimiento de cada paciente antes de efectuar el baño, pudiendo existir condiciones patológicas, como el asma o aneurisma, que el baño podía empeorar (Paz Soldán, 1886, p. 318). Para Paz Soldán, estos tipos de baños no se aplicaban con fines higiénicos ni médicos, sino como una forma de castigo y sometimiento, imponiéndose una disciplina de terror que buscaba anular la voluntad de los internos y provocarles un miedo constante. En sus propias palabras, “los baños no son de salud ni para medicinar, como se pretende; son de castigo”, pues al finalizar se le gritaba al paciente “Jure U. que no volverá U. á hacer tal ó cual cosa” (Paz Soldán, 1886, p. 246).



Figura N° 32. Reconstrucción de escena de baño de ahogo, en vigencia en el Hospicio de Insanos hasta 1917. Fuente: MHP HVLH.

Paz Soldán mencionó otros procedimientos de control físico, como las amarraduras, el uso de esposas, grillos y grilletes en las muñecas y tobillos, los cuales, además de la incomodidad que representaban, ulceraban la piel de algunos pacientes (Paz

Soldán, 1886, p. 390) (Figuras N° 33 y 34). Aunque los primeros días se movilizaba con libertad, Paz Soldán fue engrilletado luego de su intento de fuga del Hospicio (Paz Soldán, 1886, pp. 385-386). También se empleó las estancias en cujas (Figuras N° 35 y 36), camisas de fuerza (Figura N° 37) y castigos en calabozos, que se aplicaban de manera indiscriminada y por largos periodos. Los internos eran tratados como presos, a pesar de que muchos no representaban un peligro real para sí mismos ni para los demás.

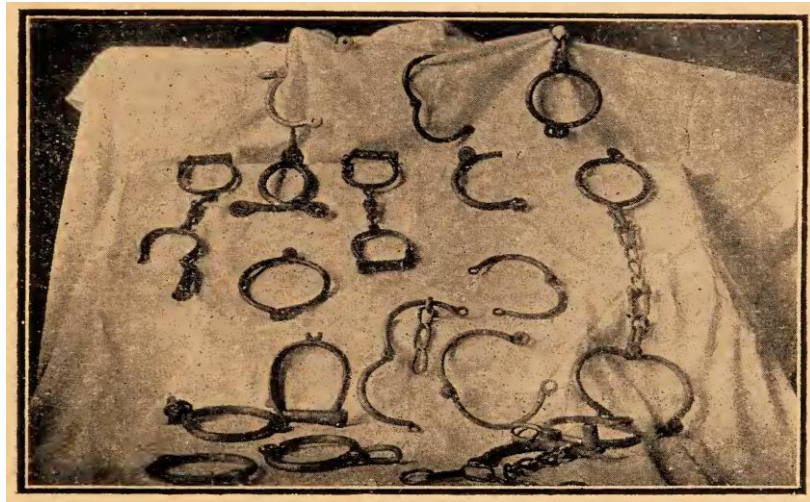


Figura N° 33. Grilletes para alienados. Fuente: Valdizán (1923, p. 109).

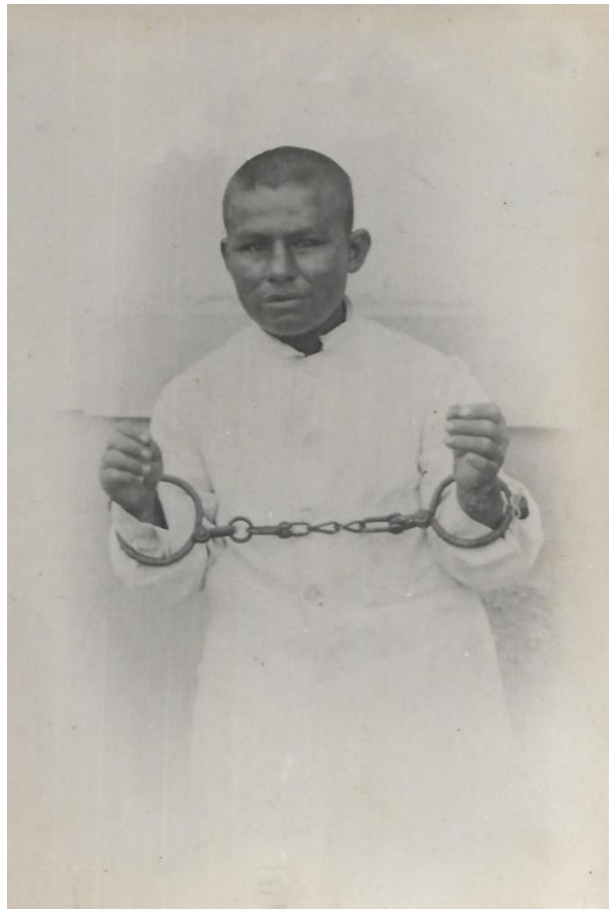


Figura N° 34. Reconstrucción de escena de un enfermo con grillos y esposas. Fuente: MHP HVLH.



Figura N° 35. Habitación de cujas o jaulas para agitados. Fuente: Garreaud (1900).



Figura N° 36. Reconstrucción de escena de paciente en cuja. Fuente: Valdizán (1923, p. 110)

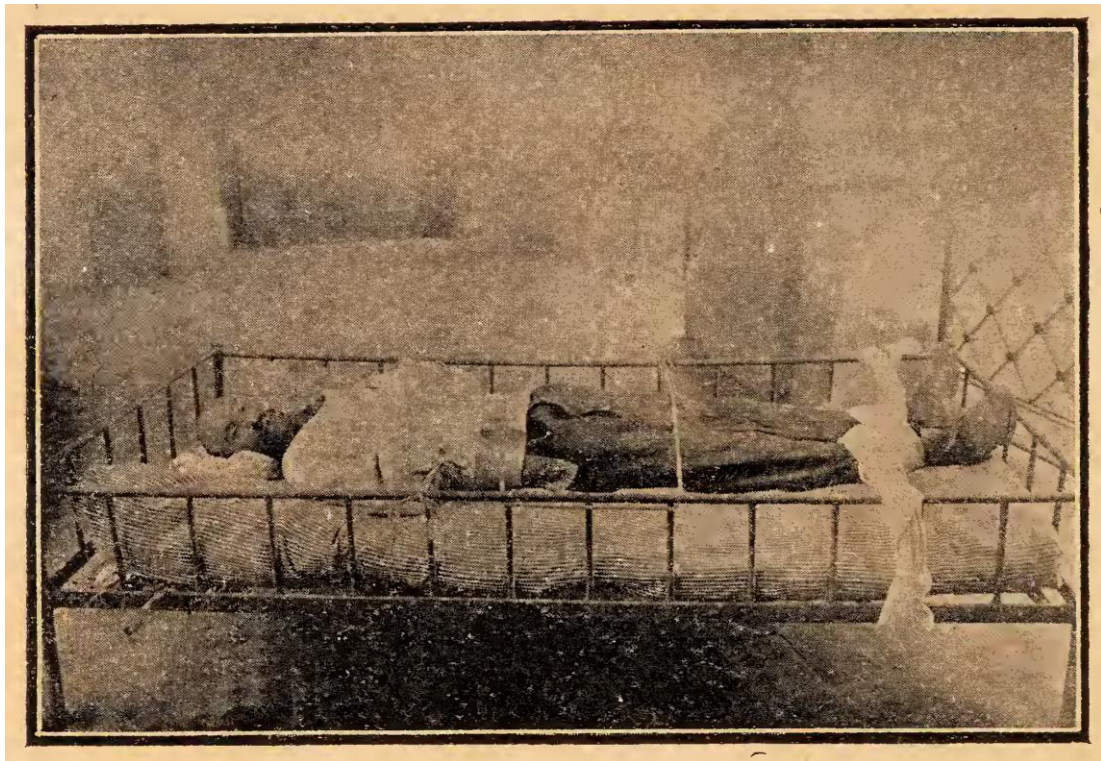


Figura N° 37. La antigua camisa de fuerza (reconstrucción de escena). Fuente: Valdizán (1923, p. 108).



Figura N° 38. Cuya del Hospicio de Insanos, custodiada en el MHP HVLH. Fuente: Fotografía del autor, 5 de diciembre de 2024.



Figura N° 39. Antigua camisa de fuerza restaurada. custodiada en el MHP HVLH.

Fuente: Fotografía del autor, 5 de diciembre de 2024.

A menudo, los guardianes aplicaban este tipo de castigos en ausencia del médico, lo cual contravenía los reglamentos de la institución, que prohibían el uso de métodos de rigor o violencia sin supervisión médica. Los guardianes conocían muy bien el reglamento, pues lo empleaban para desestimar solicitudes de los pacientes, como permanecer en ciertos ambientes. La frase “El reglamento de la casa lo ordena así” era escuchada cotidianamente por Paz Soldán. Aunque el espiritista quiso consultar el reglamento para conocer sus deberes y derechos, no encontró alguno colgado en algún lugar, señalado que “Ante semejante intimación, un presidiario cuerdo no debe hacer mas que obedecer” (Paz Soldán, 1886, p. 128).

La desesperación y el maltrato llevaban a determinados internos a considerar el suicidio como un escape definitivo a su sufrimiento. En 1894, por ejemplo, se registró el suicidio por asfixia de un paciente (SBPL, 1894b, p. 142). Paz Soldán, durante su estancia, llegó a pensar en quitarse la vida estrellando su cabeza contra la pared, aunque una voz espiritista que lo acompañaba logró disuadirlo: “Una ó dos veces esa misma idea volvió á cruzar por mi mente en los *cien días* que duró mi *vía crucis*, como remedio para salir de los sufrimientos”. Asimismo, argumentó ferozmente: “He aquí señores médicos como un suicidio en una casa de loco, ó en quien se le *supone*, ó lo *está*, es acto motivado por el tratamiento y no por la *locura*; sois *vosotros* los causantes y no el *mal*”. También desestimó el suicidio señalando que, de haberse efectuado, este hubiera sido atribuido a su “locura”, sin que se investigue la responsabilidad del personal o del sistema que lo

empujó a tal extremo. A la soledad se adicionaba una ansiosa racionalidad de las formas para efectuar el suicidio, por lo que, reiteraba, se trataba de decisiones pensadas (Paz Soldán, 1886, p. 80).

Paz Soldán dedicó abundantes páginas a describir la figura del médico titular, a quien criticó severamente. Durante su internamiento, el médico titular interino fue Eduardo Sánchez Concha, reintegrándose Ulloa al puesto a fines de diciembre de 1886 (SBPL, 1885, p. 51; Paz Soldán, 1886, p. 314). En primer lugar, criticó su falta de profesionalismo al no acatar el reglamento del Hospicio. Aunque el médico tenía la obligación de realizar visitas a los pacientes dos veces al día para supervisar su estado y brindar atención³¹⁵, esto necesariamente no se cumplió (Paz Soldán, 1886, p. 425). El médico a menudo omitía sus rondas, dejando a los pacientes en manos de guardianes poco capacitados y sin supervisión adecuada. El segundo lugar, las visitas médicas, cuando ocurrían, eran superficiales y orientadas más al control que al tratamiento efectivo de los internos. Por ejemplo, en una ocasión, la visita médica que le realizaron se limitó a detenerse “en mi delante, me miró con toda atención de piés á cabeza, fijándose en los grillos y se retiró sin decirme una sola palabra” (Paz Soldán, 1886, p. 287). Incluso, a pesar de que Ulloa retornaba al cargo y era la primera vez que veía a Paz Soldán, el médico se limitó a la señalada observación superficial (Paz soldán, 1886, p. 397-398). Y, en tercer lugar, la inexistencia de rondas nocturnas, que también estaban reglamentadas (Paz Soldán, 1886, p. 245)³¹⁶. Estos incumplimientos no solo reflejaban negligencia, sino que también contribuía al abandono y a la falta de cuidado que caracterizaba el ambiente del manicomio.

Durante sus observaciones al Hospicio, Paz Soldán se apoyó en la figura del médico Manuel A. Muñiz, quien desde 1885 emprendió un conjunto de críticas hacia el establecimiento, publicadas en *La Crónica Médica*³¹⁷. Muñiz, un “distinguido y cuerdo médico” (Paz Soldán, 1886, p. 315), representó para Paz Soldán una figura de legitimidad intelectual que reforzaba sus argumentos y aportaba credibilidad a su relato. A través de citas y referencias, Paz Soldán incorporó las ideas de Muñiz para sustentar su análisis de las injusticias cometidas y para evidenciar que sus críticas no eran aisladas o resultado de su “locura”, sino compartidas por otros observadores críticos del sistema, posicionando su testimonio como parte de un movimiento mayor de resistencia. Asimismo, colocaba a Muñiz en contraposición con Ulloa, señalando, jocosamente, que “Cree que la circunstancia de haber estado allí al frente del local durante 28 años, el médico Sr. Ulloa, es prueba de su competencia” (Paz Soldán, 1886, p. 425).

En contraste con los médicos y guardias, Paz Soldán alabó el cuidado ofrecido por las Hermanas de la Caridad. En el manicomio, las religiosas mostraban preocupación por el bienestar de los internos, asegurándose de mantener un entorno lo más limpio

³¹⁵ “Proyecto del Reglamento para el Hospicio de Insanos”. *El Peruano*, Lima, año 10, tomo 28, nro. 28, 11 de abril de 1860, p. 109.

³¹⁶ A pesar de las críticas de Paz Soldán, las rondas nocturnas no fueron implementadas sino hasta 1895 (SBPL, 1894a, p. 137; 1896a, p. 168).

³¹⁷ “El Manicomio de Lima”, por Manuel A. Muñiz. *La Crónica Médica*, Lima, año 2, nro. 13, 31 de enero de 1885, pp. 7-8, y siguientes números.

posible y supervisando la distribución de ropa y alimentos. Paz Soldán señala que recibía ciertos gestos de afecto de algunas hermanas, quienes le regalaban flores recogidas del jardín, lo cual él apreciaba profundamente y describía como una muestra de compasión en medio de su sufrimiento: “¡Cuántos infelices allí sanarían de su melancolía con una de estas manifestaciones!” (Paz Soldán, 1886, p. 406). En otras ocasiones, cuando se le acababa el vino que solía recibir desde afuera por parte de su familia, las monjas le daban el que consumen (Paz Soldán, 1886, p. 89). Asimismo, podía contar con papel para sus cartas gracias a que las monjas se lo facilitaban (Paz Soldán, 1886, p. 334). Estos gestos le proporcionaban consuelo y le ayudaban a sobrellevar la monotonía y el desespero de su situación, lo cual, en parte, contradice las críticas de los médicos respecto a las Hermanas de la Caridad señaladas con anterioridad. Paradójicamente, la actitud caritativa y cristiana de las Hermanas de la Caridad, criticada por los médicos, terminó replicando los principios del tratamiento moral.

A pesar del trato inhumano al que fue sometido, Paz Soldán mantuvo una postura crítica con una perspectiva reformadora, propia de su actitud progresista³¹⁸. Para él, el Hospicio debía ser un espacio de rehabilitación y cuidado digno, rompiendo con el modelo punitivo y represivo de la época: “yo procuro y trabajo para la reforma de un local adonde se debe acoger á la humanidad en su condición la más desgraciada, para que sea atendida con la caridad que su estado requiere, mi misión es humanitaria” (Paz Soldán, 1886, p. 314). Los cambios debían iniciar por la “reforma radical” del reglamento de 1859, pues “Las leyes y los reglamentos se dictan para prevenir y contener los abusos y para evitar los males” (Paz Soldán, 1886, p. 239). Propuso eliminar la violencia y los castigos físicos, como los baños de camiseta y el uso de grilletes, que solo agravaban el sufrimiento de los internos. Abogó por la mejora de las condiciones materiales del manicomio, como la higiene, la calidad de los alimentos y los recursos médicos. Insistió en la necesidad de supervisar estrictamente al personal, especialmente los guardianes, para prevenir abusos y garantizar un trato ético. De esta forma, su experiencia debía inspirar a “los Señores Médicos sean más cautos en sus pronósticos”³¹⁹ y así evitar la transformación del Hospicio en un dispositivo de secuestro.

³¹⁸ Según el espiritista, su actitud reformista se la debía a su padre Mariano Felipe, quien en la década de 1850 criticó las condiciones reales de reclusión carcelaria e impulsó la modernización punitiva en Lima (Morón, 2021): “Has sido tú [refiriéndose a su padre] el que aliviaste la suerte del criminal desgraciado, reformando el sistema de presidios. Yo, imitándote, deseo aliviar la suerte del falto de razón y del desgraciado que ingrese en el Asilo, que hoy es presidio y no sitio de misericordia y consuelo de las dolencias de la humanidad; en donde se aniquila el cuerpo, se abate el espíritu, y se destruye todo átomo de inteligencia” (Paz Soldán, 1886, p. 3).

³¹⁹ *El Sol*, Lima, año 1, nro. 53, 4 de diciembre de 1886, p. 421.



Figura N° 40. Reconstrucción de escena de “enfermo gatosos o destructor”, en silla para gatosos y con los harapos con los cuales eran vestidos este tipo de pacientes. Fuente: MHP HVLH.

3.2. Locura y herencia: El caso de Manuela Avelina Hurtado

En 1887, mientras las autoridades aún lidiaban con las denuncias realizadas por Carlos Paz Soldán, un nuevo caso sacudió a la opinión pública. En una serie de artículos publicados en *El Sol*, el espiritista expuso el injusto internamiento de Manuela Avelina Hurtado en el Hospicio de Insanos. Estos escritos, que generaron gran repercusión, fueron posteriormente recopilados y publicados como un folleto titulado *Un drama en el Manicomio de Lima*. Su objetivo, al igual que en su *Estudios espiritistas y la vida de loco*, era el mismo: “corregir defectos, de denunciar abusos y de reformar costumbres” (Paz Soldán, 1887, p. 1). El folleto se convirtió en una denuncia apasionada de las injusticias del sistema manicomial y una muestra del uso de la escritura en el espacio público como herramienta para visibilizar abusos y buscar reformas.

Manuela Avelina Hurtado nació en Lima alrededor de 1851³²⁰. Desde joven mostró un profundo interés por la vida religiosa, lo que la llevó a practicar ayunos extremos que resultaron en anemia y, más tarde, en un diagnóstico de “locura mística”. Ante este diagnóstico, su familia decidió internarla en el Hospicio de Insanos en algún momento entre 1866 y 1867. Sin embargo, este episodio fue temporal y atribuido a su debilitamiento físico, resolviéndose rápidamente gracias a una alimentación adecuada y cuidados básicos. Hurtado se distanció de los círculos eclesiásticos y retomó una vida común. Contrajo matrimonio con Manuel Jiménez, un comerciante limeño que inicialmente se dedicaba a la venta de suelas y, más adelante, al negocio del tabaco y cigarros en una tienda en la calle de los Desamparados. Jiménez, quien era 40 años mayor que Hurtado, había contraído matrimonio anteriormente y perdido a los hijos que tuvo en dicha relación. Además, tenía dos hijas ilegítimas.

El matrimonio tuvo dos hijos, de los cuales solo sobrevivió Manuel Domingo Alfredo, nacido en 1878 en la calle de Áncash, donde probablemente vivían³²¹. Aunque la situación económica de la familia era modesta, Hurtado complementaba los ingresos de la casa trabajando como costurera, lo que les permitió proporcionar a su hijo una educación básica en lectura y escritura, aunque intermitente. La estabilidad del hogar se vio truncada en 1884, cuando Jiménez falleció, dejando un testamento que detallaba un patrimonio de 8928 soles en tabaco y mil soles en créditos. De esta suma, al menos 6800 soles estaban destinados a Hurtado y su hijo, lo que marcó el inicio de disputas familiares que afectarían gravemente su vida.

Jiménez testamentó pocos días antes de morir y estando enfermo bajo el cuidado de su esposa en casa. Sin embargo, aunque era una de las herederas, Hurtado desconocía su contenido. Su madre, con quien no se llevaba bien y vivía en Chorrillos —lo que sugiere una posición acomodada o al menos la tenencia de recursos económicos—, se negó a revelar detalles sobre la herencia a su hija, señalando que nada tenía que ver con la herencia y que si seguía insistiendo sería enviada al manicomio: “porque exijo esto me llaman *loca* y me quieren encerrar en el Manicomio” (Paz Soldán, 1887, pp. 14-15).

A las tensiones con su madre se adicionó que su hijo también cayó enfermo de viruela, sin olvidar que a la par debía continuar con su trabajo como costurera para suplir los gastos médicos, agravando sus preocupaciones y angustia al punto que “Era mujer envejecida sin ser de edad” (Paz Soldán, 1887, p. 10). Finalmente, un día fue capturada por dos celadores, quienes no informaron de las razones. Primero fue enviada a la Intendencia, pensando en que tal vez estaba siendo acusada de algún delito, y luego al Hospicio de Insanos:

[...] vienen dos celadores, me toman presa, sin ni siquiera dejarme tomar mi manta [...]. De nada me valió mis ruegos, el preguntar el por qué de lo que hacían conmigo, el llamar á todos los vecinos á quienes veía para que me auxiliasen, impidiendo el que me llevasen presa; yo que jamás nada

³²⁰ Archivo General de la Nación, Concejo Provincial de Lima, Nacimientos, Distrito 1, vol. 20, [*Acta de nacimiento de Manuel Domingo Alfredo, hijo de Manuela Avelino Hurtado, Lima, 15 de setiembre de 1878*]. Disponible en FamilySearch: <https://www.familysearch.org/ark:/61903/1:1:VXRF-L5B>

³²¹ Archivo General de la Nación, Concejo Provincial de Lima, Nacimientos, Distrito 1, vol. 20, [*Acta de nacimiento de Manuel Domingo Alfredo, hijo de Manuela Avelino Hurtado, Lima, 15 de setiembre de 1878*]. Disponible en FamilySearch: <https://www.familysearch.org/ark:/61903/1:1:VXRF-L5B>

había tenido con la Justicia; me llevaron á la Intendencia [...] [luego] me llevaron al [Manicomio del] Cercado diciendo que estaba loca! Nada tenía, señor [...] Mi angustia, mis sufrimientos, mi desesperación, una vez que me ví encerrada en el Cercado, fué inmensa. Dejaba á mi esposo, á mi compañero, agonizante; á mi hijo, á mi hijo de mis entrañas enfermo, con viruelas [...] (Paz Soldán, 1887, p. 16-17).

Durante el mes que estuvo capturada en el Hospicio, su esposo falleció y la madre de Hurtado fue declarada tutora de su menor hijo. Una vez dada de alta porque “veían que yo no tenía nada”, le fue devuelto a su hijo. Cada vez que consultaba sobre la herencia de su esposo a su madre, solo recibía amenazas de internamiento en el Hospicio. Esto generó un miedo constante en Hurtado, quien optaba por mudarse constantemente de cuarto para evitar que sea capturada por los celadores, y llegaron rumores de que su madre había “sacado de la policía una orden, para encerrarme en el Manicomio” (Paz Soldán, 1887, p. 17-18).

Angustiada por la difícil situación en la que se encontraba, Hurtado visitó la Imprenta Liberal, en donde se editaba el periódico *El Sol*, buscando la protección y apoyo de Carlos Paz Soldán. Para Hurtado, el espiritista representaba una figura de consuelo y apoyo para aquellos que sufrían abusos similares. Confiaba en su capacidad para denunciar injusticias y exponer las irregularidades del sistema. Mientras el Hospicio, en teoría, debía ser el espacio para el tratamiento de las enfermedades mentales, para Hurtado Paz Soldán llenaba ese vacío.

Paz Soldán se identificó rápidamente con su caso, pues se trataba de otro acontecimiento controversial en torno al Hospicio. Luego de entrevistarla por varios días e incluir los testimonios de personas cercanas a Hurtado, el intelectual aseguró que se trataba de una persona mentalmente sana, y que era víctima de una persecución. Tras llevar a cabo las correspondientes investigaciones y consultas con el director de la SBPL, este último afirmó con plena seguridad que no existía ninguna orden de búsqueda para internarla en el manicomio (Paz Soldán, 1887, p. 23). Se había convertido, pues en su protector no oficial.

En ojos de Hurtado, el intelectual demostró ser más minucioso y comprometido que los propios médicos al analizar su caso. A diferencia de los diagnósticos apresurados y poco fundamentados emitidos por los profesionales del Hospicio, Paz Soldán dedicó varios días a observar cuidadosamente el comportamiento de la mujer. Además, investigó su entorno, entrevistando a múltiples testigos que pudieron corroborar su versión de los hechos y evaluar su estado emocional y mental. Durante este proceso, Paz Soldán no solo cuestionó los diagnósticos médicos, sino que también se mostró empático, consolando a Hurtado y validando su relato de abusos e injusticias, actitud cercana a lo abogado por el tratamiento moral. Esta atención detallada y humana contrasta profundamente con la actitud negligente de los médicos, quienes basaban sus diagnósticos en una evaluación poco rigurosa sin considerar el contexto completo de la paciente.

A pesar de lo asegurado por el director de la SBPL, Hurtado fue capturada y enviada al Hospicio nuevamente. En esta ocasión su madre estuvo presente, acompañada de policías, un certificado médico y una orden de la SBPL, mientras vociferaba: “acá tengo la orden para que *nunca* salga” (Paz Soldán, 1887, pp. 28, 32). Al ingresar al

Hospicio, incluso, la madre superiora señaló que Hurtado “nada tiene, pero su madre la ha traído” (Paz Soldán, 1887, p. 29). Este segundo encierro generó mayor controversia debido a la exposición pública del caso, subrayándose la arbitrariedad de las autoridades y la manipulación de información. *El Comercio* señaló que “ha sido encerrada en el Manicomio hace poco por algunos de sus parientes, sin estar enajenada; y solo por asunto de intereses”³²². Asimismo, *El Nacional* indicó que “como en ello pudiera haber falso supuesto, llamamos la atención del médico del hospital”, mientras que *La Época* aseguró que la orden de captura era artificial (citados por Paz Soldán, 1887, p. 3).

Las autoridades reaccionaron al caso de Hurtado principalmente con indiferencia y evasión, buscando minimizar las denuncias públicas y justificando las irregularidades:

[...] adolece de una afección cerebral hereditaria, que se exacerba por épocas, con el frecuente abuso de bebidas alcohólicas;

[...] la referida señora ingresó al Manicomio, por primera vez, en 7 de enero de 1867;

[...] por cuatro veces más, volvió a entrar en el año de 1884;

[...] en 22 de Octubre último, esta Dirección dispuso, que se le recibiera en la antedicha casa de curación, á mérito de orden expresa y terminante de la Subprefectura de la provincia y de un certificado del doctor don José María Capitán, quien afirmaba que la señora viuda de Jiménez, se hallaba afectada de *delirium tremens*, y que sus frecuentes alucinaciones la hacían peligrosa para su familia y aún ofensiva para las vecinas de la casa donde vive.

[...] una vez que esta señora va al hospicio, donde no se le permite el uso del alcohol, se recupera al cabo de pocos días, su estado primitivo; se le permite, entonces, la salida y vuelve nuevamente, á consecuencia de la causa que motiva su desgraciada enfermedad.

[...] actualmente se encuentra un poco restablecida de sus males, pero no tanto que se le pueda dar de alta, según la opinión del doctor don José Casimiro Ulloa [...] quien juzga, además, que próximamente será puesta en libertad³²³.

A esto se sumó el pronunciamiento de las autoridades de la Prefectura Departamental de Lima, quienes participaron del secuestro, anunciaron que visitaron a Hurtado en el Hospicio y concluyeron que “se halla realmente enajenada”³²⁴ y “que no se encuentra allí por enemistades ó venganzas” (*El Nacional*, citado por Paz Soldán, 1887, p. 5).

A partir de estos pronunciamos, Paz Soldán identificó diversas contradicciones y limitaciones. La SBPL reconoció públicamente haber admitido a Hurtado con un certificado médico emitido por un único doctor, José María Capitán, quien ni siquiera conocía a la mujer; sin embargo, esto entraba en contradicción con el reglamento de 1859, que exigía la firma de dos médicos. De esta forma, el Hospicio se convertía en un dispositivo de secuestro, sean por intereses económicos o políticos: “Nadie está, pues, libre el día menos pensado de ser víctima y encerrado en el Manicomio, hasta por una intriga política” (Paz Soldán, 1887, p. 40).

³²² “Súplica”. *El Comercio*, Lima, nro. 16340, 18 de noviembre de 1887, p. [2].

³²³ “Enajenada”. *El Comercio*, Lima, nro. 16341, 19 de noviembre de 1887, p. [2].

³²⁴ “Visita oficial”. *El Comercio*, Lima, nro. 16342, 21 de noviembre de 1887, p. [1].

En este certificado se alegaba que Hurtado sufría de una afección cerebral hereditaria con episodios esporádicos de *delirium tremens* por abuso de alcohol, pese a los testimonios recolectados por Paz Soldán que afirmaban lo contrario. Además, la orden de internamiento había sido emitida semanas antes —a pesar de que el director había asegurado su inexistencia— y aplicada en un momento en que Hurtado estaba en buen estado de salud mientras acompañaba a unas niñas en la calle, lo que evidenciaba negligencia y abuso en los procedimientos. Las autoridades defendieron la decisión argumentando que seguían el protocolo habitual y desestimaron las denuncias de irregularidades. A esto se sumó que, por opinión de Ulloa, su alta no podía efectuarse prontamente, lo que para Paz Soldán representaba dos cosas: por un lado, la defensa del diagnóstico de su colega médico José María Capitán para “salvar al compañero”, y por otro lado, la representación de la dictadura del médico en el Hospicio frente a otras opiniones, un “*Poder supremo*” (Paz Soldán, 1887, pp. 41, 47). Según el espiritista, esta prolongación del internamiento solo era una apariiencia, “para justificar, la iniquidad cometida con ella á la vez que lo que pasa en ese local” (Paz Soldán, 1887, p. 35).

Cumplida la “condena á que la sometió el médico de ese establecimiento”, refiriéndose a Ulloa (Paz Soldán, 1887, p. 31), fue puesta en libertad. Sin embargo, el trauma en Hurtado fue notorio, demostrado miedo a ser internada nuevamente. A esto se le adicionó nuevas preocupaciones resultado de la etiqueta que se le fue impuesta, la de “loca borracha”, como la dificultad que tendrá para conseguir costuras por miedo de los clientes, y con ello la preocupación sobre la subsistencia de su hijo, quien había permanecido bajo la tutela de la madre de Hurtado, y al devolvérselo le amenazó: “Ya no te daré ni un centavo, que te socorra y te dé quien te sacó del Cercado” (Paz Soldán, 1887, p. 36). Es decir, quedó marcada por el despojo de su libertad, la separación de su hijo y la humillación pública que acompañaba su encierro. La exacerbada preocupación de Hurtado alimentó un argumento anteriormente defendido por Paz Soldán: “Una vez encerrada, [...] fácil era llegar á las monomanías y la verdadera locura insanable, mediante el régimen que se observa en el [Manicomio] de Lima; sabido es que hay muchos locos hechos en estos establecimientos” (Paz Soldán, 1887, p. 22).

El caso de Hurtado se convirtió en una pieza clave para Paz Soldán para demostrar y respaldar las denuncias que había hecho previamente acerca del abuso que ocurría en el Hospicio. Mediante este caso, él pudo desmontar cada uno de los argumentos presentados por la SBPL, mostrando la simplicidad y arbitrariedad con la que una persona podía ser internada en el manicomio, todo ello bajo el amparo de lo que él consideraba un reglamento injusto. Con hechos concretos, Paz Soldán puso de manifiesto el poder dictatorial que ostentaba el médico, quien tenía la autoridad para decidir la reclusión de un individuo sin una evaluación adecuada o justificación suficiente (Ruiz, 1994, p. 67). A través del caso de Hurtado, Paz Soldán pudo evidenciar cómo estas decisiones podían ser tomadas de forma caprichosa y sin considerar los derechos reglamentarios y la dignidad de las personas afectadas.

En suma, para Paz Soldán, el Hospicio de Insanos distaba de ser una institución moderna, anunciado su fracaso a menos de tres décadas de su inauguración:

Pero entre nosotros muy distante está el Manicomio de servir, ni como simple hospital, mucho ménos de elemento ó instrumento terapéutico —falta todo— desde lo material hasta lo intelectual; ni local, ni médicos. El que existe y tal cual existe es solo elemento ó instrumento para facilitar crímenes y calculado su *sistema curativo* para castigo, calcado por los de presidios de trabajos forzados (Paz Soldán, 1887, p. 56).

4. Epílogo: Hacia la reforma de la institución psiquiátrica en el Perú (1888-1918)

Como se ha analizado a lo largo de este capítulo, los límites de la institucionalización de la locura en el Hospicio de Insanos fueron objeto de significativas críticas. Estas vinieron desde actores externos, como las realizadas por el médico Manuel Antonio Muñiz en *La Crónica Médica*³²⁵, así como internas, planteadas por el propio personal del Hospicio ante la SBPL. Aunque los alienistas se criticaban entre sí en la esfera pública, citando a autores extranjeros u ofreciendo estudios de casos de los pacientes del Hospicio, en la cotidianidad la situación fue desesperante para los internos. Fueron los contundentes testimonios de Carlos Paz Soldán y Manuela Avelina Hurtado, es decir, sus memorias de violencia, los que terminaron por desbordar la tensión latente en la opinión pública limeña respecto a la cuestión de la locura. Sus denuncias marcaron un punto de inflexión, que a corto plazo impulsó la reforma integral del Hospicio en 1888 y, a largo plazo, derivó en dos iniciativas de gran envergadura: el concurso público para la construcción de un nuevo Hospital Nacional de Alienados, el cual venía proponiéndose al menos desde 1883, y la reforma del reglamento del Hospicio en 1897.

Las respuestas de Ulloa ante las denuncias de Paz Soldán y Hurtado no tardaron en llegar. A inicios de noviembre de 1886, Ulloa publicó en *El Monitor Médico* un artículo titulado “La locura espiritista”, el cual también presentó en el Ateneo de Iquique al año siguiente y apareció publicado en *El Ateneo de Lima*. En dichos textos, el médico hacía una clara referencia al caso de Paz Soldán, aunque sin indicar su nombre. Según Ulloa, la exaltación y el fanatismo hacia el espiritismo eran causantes de la “locura espiritista”, una condición caracterizada por un delirio limitado exclusivamente a ese ámbito de ideas, como la existencia, aparición y comunicación con espíritus, acompañado de alucinaciones relacionadas, sin comprometer otros ámbitos de la razón, pues el individuo podía permanecer totalmente cuerdo durante el desvarío espiritista. De esta manera, buscó justificar el internamiento de un espiritista que hubiera caído en un fanatismo, como fue el caso de Paz Soldán³²⁶. Asimismo, en su memoria como médico titular del Hospicio de 1886, calificó indirectamente las denuncias en su contra como “murmuraciones de tan infundado é inaceptable origen” e “insensatas censuras” (SBPL, 1888a, p. 36).

A pesar de las críticas, Ulloa se mantuvo firme en su posición como médico titular del Hospicio y negó haber incurrido en abuso alguno. No obstante, su negativa no fue suficiente para frenar el desgaste de su credibilidad y prestigio como profesional del

³²⁵ “El Manicomio de Lima”, por Manuel A. Muñiz. *La Crónica Médica*, Lima, año 2, nro. 13, 31 de enero de 1885, pp. 7-8, y siguientes números.

³²⁶ “La locura espiritista”, por José Casimiro Ulloa. *El Monitor Médico*, Lima, año 2, nro. 11, 1 de noviembre de 1886, pp. 169-172, y siguiente número; “La locura espiritista”, por José Casimiro Ulloa. *El Ateneo de Lima*, Lima, año 2, tomo 4, 1887, p. 324.

nosocomio ante la opinión pública (Ruiz, 1994, p. 75). En respuesta a las denuncias, la SBPL exigió un informe detallado que esclareciera las observaciones planteadas. En su defensa, Ulloa desestimó muchas de las acusaciones de Paz Soldán, afirmando que las visitas médicas se realizaban con regularidad y que prácticas como los baños de camisera seguían vigentes incluso en instituciones de renombre como el Hospital de Salpêtrière en París. Aunque destacó una reciente mejora en el servicio de guardianes, Ulloa informó sobre la creación del cargo de inspector o vigilante superior, encargado de supervisar y prevenir cualquier tipo de abuso hacia los pacientes. Sin embargo, también aprovechó para responsabilizar a la SBPL por la falta de atención a las reformas solicitadas en años anteriores, argumentando que, de haberse implementado, “en algo tal vez habrían remediado y prevenido los defectos que se vienen notando hace tiempo en la organización y servicio”³²⁷. De esta manera:

Por estas desventajas del local, no se ha establecido la conveniente separación entre las diferentes clases de enajenados; no se les puede mantener en el aislamiento correspondiente, según su estado; y hay necesidad de emplear medios de contención y de disciplina que ya estarían abandonados³²⁸.

En relación con el Hospicio como dispositivo de secuestración, Ulloa negó haber participado en actos de esta naturaleza. No obstante, enfatizó la necesidad de implementar marcos legales que priorizaran el tratamiento médico de la locura, evitando que la enfermedad se utilizara como excusa para vulnerar la libertad individual, ya fuera en casos de persecuciones políticas, detenciones arbitrarias o la marginación de familiares “locos”. Según Ulloa, este debate ya se encontraba en curso en Francia, donde reformadores proponían transferir la responsabilidad de la admisión de pacientes psiquiátricos de las autoridades administrativas y médicos a los magistrados judiciales. Aunque Ulloa aseguró que en el Hospicio no se habían registrado casos de violaciones a la libertad individual, los episodios de Paz Soldán y Hurtado ponen en entredicho esta afirmación (SBPL, 1888a, pp. 40-41).

Inspirado en este contexto crítico, en 1888 el inspector del Hospicio Manuel Julián San Martín promovió una reforma en el establecimiento, la primera en su envergadura desde 1859. Muchas de sus principales medidas han sido detalladas a lo largo de este capítulo. En síntesis, esta reforma incluyó cambios sustanciales en la gestión de la información médica, administrativa y económica del archivo del Hospicio; una supervisión más estricta del personal, especialmente guardianes, Hermanas de la Caridad y médicos; la reafirmación del tratamiento moral como base terapéutica, en contraposición al uso de la violencia contra los pacientes; la sistematización de las deudas de los pensionistas para garantizar su adecuada recolección, con el apoyo de la SBPL y las autoridades judiciales; mejoras limitadas en la infraestructura; y la remisión de información detallada sobre los procedimientos de internamiento a las autoridades competentes, entre otros aspectos³²⁹.

³²⁷ *El Monitor Médico*, Lima, año 2, nro. 12, 15 de noviembre de 1886, p. 183.

³²⁸ *El Monitor Médico*, Lima, año 2, nro. 12, 15 de noviembre de 1886, p. 184.

³²⁹ Ver SBPL (1888b, pp. 40-44); MHP HVLH, [*Libro copiador de correspondencia general y de informes del Hospicio de Insanos, 1888-1899*], fs. 1-177. De hecho, el libro copiador contiene en su cubierta la

Fallecido Ulloa en 1891, su sucesor, Manuel A. Muñiz, médico titular del departamento de hombres, lideró una segunda etapa de reformas en el servicio manicomial, inspirado en sus viajes positivistas a Europa. Estas incluyeron la implementación de un gabinete eléctrico en 1891, en donde se practicaron tratamientos modernos basados en los avances de la ciencia extranjera, como la metaloterapia, la imantación y la hipnosis. Asimismo, mejoró el servicio de hidroterapia y la oferta de medicinas de la farmacia. Para superar los deficientes certificados médicos, introdujo un exhaustivo formulario que debía acompañar la remisión de los pacientes. Respecto a la violencia ejercida sobre los alienados, prohibió de manera absoluta el uso de medios mecánicos de contención, como grilletes, esposas y camisas de fuerza, salvo en casos específicos que requerían la reclusión en celdas. Entre estos medios, exigió la supresión del empleo de las cujas, en donde eran encerrados los locos furiosos por las noches³³⁰:

Omito, señor, el calificativo que merece el médico especialista que tolere ese absurdo y criminal medio de contención. Supóngase US. el cuadro horripilante de esa sala sin gas [es decir, sin iluminación], sin vigilancia, sin ventilación, con veinte ó más cujas-jaulas, todas ocupadas por enérgúmenos, casi desnudos, revolcándose en sus propias secreciones³³¹.

Estas reformas culminaron en la creación de un nuevo reglamento para el Hospicio en 1897³³², que formalizó el uso del gabinete eléctrico y el servicio hidroterapéutico, estableció la organización de una enfermería más estructurada, optimizó la distribución del tiempo de los internos e hizo énfasis en la laborterapia o ergoterapia como parte del tratamiento (SBPL, 1892a, pp. 113-116; SBPL, 1894a, 134-138; Hospicio de Insanos, 1897).

Finalmente, en el marco del proyecto modernizador impulsado por el gobierno de Nicolás de Piérola luego de los delicados años de postguerra, en 1896 se llevó a cabo un concurso público para diseñar un nuevo manicomio que reemplazara al deteriorado Hospicio de Insanos. Este concurso, convocado por el recientemente creado Ministerio de Fomento y su Dirección de Beneficencia e Higiene, buscaba integrar la modernización infraestructural del país con los avances científicos y médicos de la época. El ganador del concurso fue Muñiz bajo el apodo de “Eureka”, quien presentó el proyecto titulado *Asistencia pública de los enajenados* (Muñiz, 1897a, 1897b). Este logro consagró la postura crítica que Muñiz había sostenido desde 1885, primero como una voz externa y luego como médico titular del Hospicio de Insanos desde 1890. Su diseño, influenciado por su experiencia clínica y observaciones en Europa, promovía un modelo de manicomio abierto bajo el modelo de asilo colonia de Gheel en Bélgica, caracterizado por la presencia de pabellones asimétricos y espacios agrícolas, como alternativa al modelo cerrado del

siguiente anotación: “Hospicio de Insanos de la Misericordia, Reforma de 1888, Copiador de correspondencia”.

³³⁰ Lamentablemente, el empleo de las cujas en el Hospicio continuó, siendo definitivamente eliminado al inaugurarse el Asilo Colonia de la Magdalena en 1918.

³³¹ “Departamento de hombres”, por Manuel A. Muñiz. *El Monitor Médico*, Lima, año 6, nro. 127, 1 de febrero de 1891, p. 268.

³³² Fue redactado por una comisión especial compuesta por Manuel Antonio Muñiz y Eduardo Sánchez Concha. Contó con 119 artículos contra los 96 que tenía el reglamento de 1859.

Hospicio. Lamentablemente, el médico no pudo visualizar su propuesta implementada, pues falleció el 18 de junio 1897.

Como ha argumentado Amaya (2018), a pesar del entusiasmo inicial, la ejecución del proyecto enfrentó múltiples retrasos debido a problemas de financiamiento, diferencias entre médicos y arquitectos, y la falta de planificación adecuada para el suministro de agua y terrenos. Estas dificultades aplazaron la construcción por más de dos décadas. Finalmente, el 1 de enero de 1918, se inauguró bajo el nombre de Asilo Colonia de la Magdalena en el pueblo de Magdalena Nueva, al suroeste de Lima, marcando un hito en la psiquiatría peruana moderna (Figuras N° 41 y 42). En su apertura, se trasladaron alrededor de 560 pacientes de ambos sexos desde el antiguo Hospicio. Hoy es conocido como Hospital Víctor Larco Herrera (av. del Ejército 600, Magdalena del Mar, Lima), establecimiento dependiente del Ministerio de Salud que brinda servicios especializados en prevención, promoción, tratamiento, hospitalización y rehabilitación en psiquiatría y salud mental. Desde sus pabellones, que aún guardan ecos de las reivindicaciones por la dignidad del paciente y su restablecimiento mental, cierro esta tesis.



Figura N° 41. Entrada principal del Asilo Colonia de la Magdalena en 1918, con las esculturas en mármol de Hipócrates y Galeno, originalmente ubicadas en el Hospicio de Insanos. Fuente: Hospital Nacional de Alienados (1918).



Figura N° 42. Vista panorámica del Asilo Colonia de la Magdalena en 1920. Fuente: SBPL (1920b).

Conclusiones

1. El hacinamiento poblacional en el Hospicio de Insanos de Lima entre 1859 y 1897 fue una de las principales limitaciones para implementar de manera efectiva el servicio manicomial y el tratamiento moral estipulado en el reglamento de 1859. La saturación del establecimiento resultó de múltiples factores: baja tasa de reinserción social, estancias prolongadas de pacientes y el creciente número de alcohólicos remitidos por la policía. La sobrepoblación comprometió gravemente la calidad del cuidado médico y, ante la urgencia de manejar la saturación, perpetuó prácticas opresivas como el uso de dispositivos de sujeción mecánica y la reclusión en celdas, contradiciendo los ideales del tratamiento moral defendidos por el discurso médico.
2. Las limitaciones infraestructurales y las condiciones insalubres del Hospicio de Insanos evidenciaron la desconexión entre los ideales reformistas que motivaron su creación y las condiciones reales de su funcionamiento. La falta de áreas adecuadas para separar a los pacientes según diagnósticos y necesidades, así como la ausencia de espacios terapéuticos, obstaculizó gravemente la posibilidad de ofrecer un tratamiento efectivo. Además, las condiciones insalubres favorecieron la proliferación de enfermedades infecciosas que afectaron tanto a los pacientes como al personal, intensificando el sufrimiento y la precariedad. Estas deficiencias no solo comprometieron la calidad del cuidado médico, sino que perpetuaron un entorno deshumanizante, marcado por la monotonía, el sedentarismo y la carencia de estímulos terapéuticos.
3. La precariedad económica del Hospicio de Insanos, exacerbada en contextos bélicos como la guerra del Pacífico, fue una constante que limitó la capacidad para abordar las carencias estructurales y garantizar un cuidado adecuado para los pacientes. La presión económica no solo restringió la posibilidad de ampliar y modernizar las instalaciones, sino que también afectó la calidad de vida de los internos, quienes padecían de insuficiencia alimentaria, falta de vestimenta adecuada y condiciones de vida inhumanas. A pesar de los esfuerzos por generar ingresos adicionales mediante el pago de pensiones por parte de pacientes solventes, la irregularidad en los pagos y el reducido número de pensionistas limitó significativamente esta fuente de financiamiento.

4. La autoridad del médico en el Hospicio de Insanos estuvo condicionada por limitaciones estructurales y contextuales que dificultaron la implementación de un tratamiento efectivo. Durante gran parte del período analizado, la institución operó con un solo médico titular, ocasionalmente asistido por médicos auxiliares y alumnos internos. Esta situación se vio agravada por los diagnósticos apresurados y poco rigurosos de los certificados médicos remitidos por facultativos externos, que trasladaban al médico del Hospicio la responsabilidad de reevaluar a los pacientes en condiciones ya críticas. Esto en un contexto de marginalidad de la medicina mental en la formación profesional ofrecida por la Facultad de Medicina de San Fernando.
5. Las Hermanas de la Caridad en el Hospicio de Insanos representaron la continuidad de una tradición asistencial y moral enraizada en valores religiosos y caritativos heredados del período colonial, lo que generó tensiones con el gremio médico, que buscaba instaurar un modelo positivista y secular en el tratamiento de la locura. José Casimiro Ulloa reconocía su dedicación y esfuerzo, aunque cuestionaba su interferencia en asuntos administrativos; por su parte, Manuel Antonio Muñiz consideró su participación como un obstáculo para la modernización científica y organizativa del Hospicio, argumentando que su visión espiritual era incompatible con los avances científicos. A pesar de las críticas, las Hermanas de la Caridad lograron adaptarse a las exigencias de la medicalización, desempeñando un rol intermediario crucial en un contexto marcado por la precariedad y la falta de personal especializado. Este doble rol, que combinaba la tradición caritativa con las incipientes demandas de modernización, convirtió su participación en un componente controvertido, pero indispensable, dentro del funcionamiento y la dinámica institucional del Hospicio.
6. El desempeño de los guardianes en el Hospicio de Insanos entre 1859 y 1897 puso en evidencia las profundas limitaciones del tratamiento moral como herramienta institucional. Aunque se les consideraba piezas clave para supervisar, asistir y mediar en la cotidianidad de los pacientes, su actuación estuvo marcada por carencias estructurales y organizativas. La falta de formación específica y experiencia en el manejo de personas con enfermedades mentales, combinada con salarios bajos y condiciones laborales precarias, generó desmotivación y fomentó prácticas de malos tratos y negligencia. Estas problemáticas se agravaron con la insuficiencia de personal, alcanzando proporciones de guardianes por paciente muy por debajo de los estándares recomendados. La contratación, centrada en priorizar la fuerza física sobre habilidades pedagógicas o terapéuticas, reforzó un enfoque punitivo arraigado en la formación militar de muchos guardianes, en detrimento de los ideales terapéuticos promovidos por el tratamiento moral. En este contexto, las dinámicas laborales de los guardianes no solo revelaron las contradicciones entre los principios y la práctica del tratamiento moral, sino que también ilustraron los límites de la institucionalización de la locura en un modelo que intentaba equilibrar aspiraciones científicas extranjeras con realidades sociales y materiales adversas en el Perú del siglo XIX.

7. Las familias jugaron un papel importante en el manejo de la locura en el Perú de la segunda mitad del siglo XIX, influyendo en el ingreso, tratamiento y alta de los pacientes del Hospicio de Insanos. Sin embargo, sus decisiones estuvieron condicionadas por tensiones, estrategias y el estigma social hacia las enfermedades mentales y la institución manicomial. Muchas familias retrasaban el internamiento hasta que la situación se volvía insostenible, disminuyendo las posibilidades de recuperación, mientras que otras desconfiaban del Hospicio, temiendo un agravamiento en los pacientes. Algunas presionaban para internar a personas sin signos claros de enajenación o abandonaban a sus familiares en las calles, esperando que la policía los trasladara a la institución. Además, el incumplimiento de los compromisos financieros y las demandas de alta prematura afectaban la sostenibilidad económica del Hospicio y la efectividad del tratamiento. Aunque se implementaron medidas como salidas temporales y flexibilización de pagos, estas prácticas familiares perpetuaban un ciclo de precariedad y abandono en el cuidado de los enfermos mentales, revelando la limitada comprensión social sobre la locura y sus tratamientos.
8. La policía desempeñó un papel clave en el internamiento de orates en el Hospicio de Insanos durante el siglo XIX, alineándose con la obsesión controlista de las élites limeñas por mantener el orden social. Esta dinámica, reforzada por una prensa que retrataba a los enajenados como amenazas públicas, llevó a la instrumentalización del Hospicio como herramienta de segregación. Aunque médicos como José Casimiro Ulloa justificaron estas prácticas por el supuesto peligro que los orates representaban en el espacio público, las acciones policiales frecuentemente contravenían los principios del tratamiento moral y los dispositivos legales del Hospicio. Los detenidos eran sometidos a condiciones de maltrato y desnutrición en la intendencia antes de su traslado, lo que agravaba su deterioro físico y, en muchos casos, resultaba en muertes inmediatas tras el ingreso. Además, la policía remitía al Hospicio a personas sin signos de enajenación, evidenciando un conflicto entre las definiciones médicas y las necesidades represivas. Este desajuste reveló las tensiones entre las funciones médicas del Hospicio y su utilización como instrumento de control social, destacando las limitaciones de la institución frente a un sistema que priorizaba la exclusión por encima del tratamiento.
9. La transformación del Hospicio de Insanos de una institución local a un manicomio nacional fue un proceso no planificado que generó tensiones entre las autoridades limeñas y provinciales. Inicialmente diseñado para atender solo a la población de Lima bajo la administración de la Sociedad de Beneficencia Pública de Lima, el Hospicio enfrentó una presión creciente por parte de las autoridades regionales, que, ante la falta de instituciones psiquiátricas locales, comenzaron a enviar a sus enfermos mentales a la capital. Este flujo incrementó el hacinamiento y complicó la operación del establecimiento. A pesar de decretos que limitaban la admisión de pacientes que no residían en Lima, estas medidas fueron burladas mediante estrategias como expedientes de solicitud de ingreso, apelaciones al

patriotismo o remisiones indirectas a través de la Prefectura de Lima. Aunque algunas autoridades regionales prometieron cubrir los costos de los pacientes, las deudas acumuladas demostraron la fragilidad de estos acuerdos. En 1896, el gobierno formalizó esta transformación, ordenando la admisión de pacientes remitidos desde cualquier parte del país. Este cambio consolidó al Hospicio como el único manicomio nacional, pero también evidenció la centralización y la incapacidad del sistema manicomial peruano para atender las demandas regionales de manera sostenible.

10. La utopía controlista de las élites modernizadoras peruanas instrumentalizó al Hospicio de Insanos como herramienta para confinar no solo a orates, sino también a personas con comportamientos considerados discordantes, clasificadas bajo diagnósticos como la “locura razonada”. Este diagnóstico, además de justificar intervenciones médicas, fue empleado políticamente para reprimir opositores, como Carlos Paz Soldán, crítico del gobierno de Miguel Iglesias, internado entre 1885 y 1886 por sus creencias espiritistas. Su caso expuso dos problemas fundamentales: la instrumentalización de la medicina mental con fines políticos y las deplorables condiciones del Hospicio, donde los pacientes sufrían tratos represivos incompatibles con los ideales del tratamiento moral. Paz Soldán documentó estas deficiencias en un relato que denunció el uso de castigos físicos, condiciones insalubres y negligencia médica, al tiempo que abogó por reformas que priorizaran un trato digno y humanitario. Su testimonio no solo evidenció las fallas éticas y estructurales del sistema manicomial, sino que también lo posicionó como un crítico reformista que exigía transformar el Hospicio en un espacio de cuidado en lugar de un dispositivo de secuestación.
11. El caso de Manuela Avelina Hurtado evidenció cómo el sistema manicomial del siglo XIX podía ser manipulado para servir intereses económicos, funcionando más como un dispositivo de secuestación que como un espacio terapéutico. Hurtado, una costurera internada injustamente en 1887, fue víctima de diagnósticos médicos apresurados y manipulados que facilitaron su confinamiento sin fundamento legítimo. La denuncia de Carlos Paz Soldán expuso no solo las arbitrariedades en el proceso de internamiento, sino también el rol del médico titular del Hospicio, José Casimiro Ulloa, quien, lejos de garantizar la ética médica, consolidó un modelo autoritario donde su dictamen prevalecía sin cuestionamiento. Este caso subrayó las contradicciones inherentes al sistema manicomial, que proclamaba ideales de tratamiento moral mientras perpetuaba prácticas coercitivas y vulneraba la libertad, convirtiendo el Hospicio en un instrumento de control más que en un espacio de cuidado y recuperación.

Conclusiones generales

1. La institucionalización del tratamiento de la locura en Lima entre 1859 y 1897, analizada a través del discurso alienista y las condiciones reales de encierro en el Hospicio de Insanos, reveló un modelo manicomial cargado de tensiones y contradicciones. Aunque inspirado en el tratamiento moral propuesto por el alienismo francés de la primera mitad del siglo XIX, este proyecto encontró límites estructurales, económicos y sociales propios de la realidad peruana y latinoamericana que comprometieron su correcta implementación. La precariedad infraestructural, el hacinamiento de pacientes y las condiciones insalubres del Hospicio reflejaron la brecha entre los ideales reformistas y la realidad de una institución incapaz de adaptarse a las crecientes demandas de atención. A ello se sumaron los discursos médicos y las estrategias familiares, que, lejos de combatir el estigma, consolidaron la manipulación de la locura como un instrumento de exclusión social y control político. Casos como el de Carlos Paz Soldán y Manuela Avelina Hurtado subrayaron la instrumentalización del sistema manicomial como herramienta de represión y secuestro. Así, la institucionalización de la locura en este periodo no solo expuso las limitaciones de un modelo terapéutico importado desde Europa, sino que también reflejó las tensiones inherentes al proyecto modernizador republicano, en donde la locura osciló entre el cuidado médico y el control social.
2. El escenario en el que se impulsó la institucionalización del tratamiento de la locura en Lima durante la década de 1850 estuvo marcado por diversas continuidades y cambios respecto al tratamiento de esta. Respecto a las continuidades coloniales, la influencia de la medicina hipocrática permaneció en la forma de tratamientos basados en la teoría de los humores, como las sangrías, purgantes y eméticos, que perpetuaron una visión limitada y fisiológica de la locura. Los hospitales seguían atravesados por valores de la caridad cristiana, donde los locos eran vistos más como pobres necesitados de tutela que como pacientes con potencial de tratamiento y reinserción social. Este enfoque reforzó el carácter custodial y asilar de las loquerías coloniales, como las de varones en el Hospital de San Andrés y mujeres en el de Caridad/Santa Ana, pues no existieron hospitales especializados para el tratamiento de la locura sino hasta 1859, donde los métodos de represión y retención física, a través de cadenas, grillos y cepos, evidenciaban un trato inhumano y punitivo hacia los internos. Además, la práctica del día de San Andrés, que consistía en la exposición pública de los locos como piezas de escaparate, perpetuó un estigma social que deshumanizaba a los pacientes. Estas continuidades no solo perpetuaron condiciones de vida indignas, sino que también limitaron los avances hacia un sistema de cuidado que priorizara el tratamiento médico y la reintegración social en la primera mitad del siglo XIX.
3. A la par de las continuidades coloniales, las primeras décadas del periodo republicano estuvieron atravesadas por transformaciones significativas en las sensibilidades y prácticas hacia la locura. Las críticas de intelectuales extranjeros, como Abel Victorino Brandin y Johann Jakob von Tschudi, comenzaron a

cuestionar las condiciones inhumanas de las loquerías y promovieron un cambio en la percepción social hacia un trato más humanitario. La filantropía local, impulsada por concursos públicos y donaciones, sustituyó parcialmente a la caridad cristiana, añadiendo una motivación humanista al apoyo hospitalario. En este marco, la creación de la Sociedad de Beneficencia Pública de Lima en 1834 y la contratación de las Hermanas de la Caridad en 1857 proporcionaron estructuras administrativas y asistenciales que modernizaron parcialmente la gestión hospitalaria. Estas innovaciones sentaron las bases para la fundación del Hospicio de Insanos en 1859, un proyecto que, aunque aún enfrentó limitaciones estructurales y económicas, representó un esfuerzo sin antecedentes por profesionalizar y modernizar el tratamiento de la locura en el Perú republicano.

4. El contexto histórico inmediato en el que se concretó la institucionalización del tratamiento de la locura en Lima durante la década de 1850 estuvo marcado por transformaciones médicas, económicas y sociales. En primer lugar, la influencia del alienismo francés, especialmente a través del tratamiento moral de Philippe Pinel y su formalización mediante la legislación alienista impulsada por Jean Étienne D. Esquirol en la Ley de Alienados de 1838, proporcionó el marco conceptual adoptado por el médico peruano José Casimiro Ulloa. En segundo lugar, el desarrollo de la “cuestión de la locura”, un debate desde la opinión pública que subrayó la necesidad de mejorar las condiciones de las loquerías y abogó por un hospicio especializado, movilizó sensibilidades sociales y políticas hacia la reforma manicomial. En tercer lugar, el auge económico del periodo guanero brindó los recursos necesarios para financiar proyectos modernizadores, incluyendo el Hospicio de Insanos, que se presentó como un símbolo del progreso republicano. Finalmente, la narrativa modernizadora del gremio médico, fortalecida por la reforma de la educación en la Facultad de Medicina de San Marcos, la profesionalización de la práctica médica y la creación de espacios de opinión pública especializada. Este contexto histórico inmediato no solo posibilitó la fundación del Hospicio de Insanos el 16 de diciembre de 1859, sino que también delineó las tensiones y contradicciones inherentes al proceso de institucionalización en un país que intentaba conciliar proyectos modernizadores con arraigadas tradiciones de exclusión social.
5. El discurso alienista de José Casimiro Ulloa representó un intento significativo de modernizar el tratamiento de la locura en Lima mediante la implementación de un modelo terapéutico orientado hacia la curación y reinserción social de los pacientes, rompiendo con el enfoque custodial de las antiguas loquerías. Ulloa propuso una transformación integral del espacio manicomial, inspirado en los principios de la Ley de Alienados de 1838 de Esquirol, que abogaba por una infraestructura higiénica ubicada lejos del centro urbano, dividida en departamentos según género y cuarteles diferenciados por tipos de trastornos mentales, como locos tranquilos, furiosos o epilépticos. Además, el tratamiento moral, eje central de su propuesta, se basaba en los principios de Pinel, incorporando trato humanitario, trabajo terapéutico, ejercicio físico y actividades recreativas orientadas a promover la estabilidad mental de los internos y la futura

restitución moral. Esta perspectiva buscaba humanizar la experiencia del encierro, eliminando prácticas de violencia y sustituyéndolas por relaciones basadas en persuasión y amabilidad, mientras introducía una organización meticulosa del tiempo y los cuerpos de los pacientes.

6. Los dispositivos legales del Hospicio de Insanos, como los reglamentos internos de 1859 y 1897, materializaron el discurso alienista de José Casimiro Ulloa y los principios del tratamiento moral, concretándose con ello la institucionalización formal de la locura en Lima bajo estos parámetros. La reglamentación buscó restringir el internamiento únicamente a pacientes con certificados médicos, excluyendo usos arbitrarios como la corrección moral o la represión política, y prohibió el ingreso de curiosos para evitar la exposición pública de los internos, caracterizada por eventos como el día de San Andrés. Asimismo, delegó la administración económica y el cuidado moral de los pacientes a las Hermanas de la Caridad, cuya labor reflejó las cuestiones de género y caridad de la época. También establecía un sistema médico jerárquico que incluía al médico titular, internos de medicina y guardianes. El reglamento también introdujo una estricta rutina diaria y una división sexual del espacio, que reflejaba tanto los ideales del control disciplinario como las sensibilidades de la época hacia el pudor y la moralidad.
7. El Hospicio de Insanos entre 1859 y 1897 enfrentó limitaciones estructurales, económicas y sociales que comprometieron profundamente su funcionamiento y el cumplimiento de los ideales del tratamiento moral. El hacinamiento poblacional, derivado de la baja tasa de reinserción social, las prolongadas estancias de pacientes institucionalizados, el creciente número de alcohólicos remitidos por la policía y su transformación no planificada en un manicomio nacional, resultó en una saturación insostenible. Este exceso de población no solo deterioró la calidad de los cuidados, sino que perpetuó prácticas opresivas como la reclusión en celdas y el uso de dispositivos de sujeción, contradiciendo los principios del discurso alienista. Además, las limitaciones infraestructurales y las condiciones insalubres del Hospicio, ubicado en un edificio colonial inadecuado, acentuaron estas problemáticas. La falta de espacios terapéuticos, la ausencia de una división funcional efectiva y la proliferación de enfermedades infecciosas crearon un entorno deshumanizante que intensificó el sufrimiento de los internos. A estas carencias se sumó la precariedad económica, agravada por crisis nacionales como la guerra contra Chile, que limitó los recursos disponibles para modernizar las instalaciones y garantizar un cuidado digno. En conjunto, estas limitaciones reflejaron la incapacidad del Hospicio para equilibrar las crecientes demandas médicas y sociales, dejando en evidencia las tensiones inherentes al modelo manicomial en un contexto de recursos limitados y una gestión fragmentada.
8. Los diálogos, conflictos y negociaciones entre los diversos actores involucrados con el Hospicio de Insanos entre 1859 y 1897 fueron determinantes para configurar sus limitaciones y consecuencias en el servicio manicomial y el bienestar de los pacientes. Los médicos, figuras centrales del discurso

institucional, enfrentaron múltiples obstáculos, como la escasa profesionalización de la medicina mental y por ende su marginalidad dentro de la profesión médica, además de la sobrecarga laboral, diagnósticos imprecisos y recursos insuficientes, que comprometieron la calidad de la atención. Las Hermanas de la Caridad, aunque fundamentales para la administración y el cuidado moral, generaron fricciones con el gremio médico, que veía su enfoque espiritual como incompatible con los avances científicos. Por su parte, los guardianes, sin formación adecuada y con condiciones laborales precarias, perpetuaron prácticas de maltrato que contradecían los ideales del tratamiento moral. En el ámbito administrativo, el manejo deficiente del archivo evidenció una desorganización que afectó la gestión y la documentación histórica de los pacientes. Las familias, movidas por el estigma y la falta de comprensión, oscilaron entre el abandono de sus parientes y la presión indebida para su internamiento, mientras que la policía, con una visión represiva, agravó el sufrimiento de los pacientes al someterlos a maltratos antes de ingresarlos al Hospicio. Finalmente, las autoridades provinciales, al presionar para admitir pacientes de regiones, transformaron al Hospicio en un manicomio nacional no planificado, exacerbando el hacinamiento y la saturación del servicio. Estas tensiones reflejaron un modelo institucional incapaz de equilibrar las demandas sociales, médicas y administrativas, perpetuando un sistema más orientado al control que al tratamiento de los enfermos mentales.

9. El Hospicio de Insanos, concebido como un espacio de tratamiento y cuidado, se transformó entre 1885 y 1887 en un dispositivo de secuestación que instrumentalizó la locura para servir intereses políticos, económicos y sociales. Este modelo permitió la internación no solo de personas con enfermedades mentales, sino también de individuos cuyos comportamientos discordantes desafiaban las normas sociales o los intereses de las élites. Casos como los de Carlos Paz Soldán y Manuela Avelina Hurtado expusieron las profundas arbitrariedades y abusos del sistema manicomial, donde diagnósticos apresurados o manipulados justificaban confinamientos sin base legítima. Estas prácticas, sostenidas por una estructura médica autoritaria encabezada por figuras como José Casimiro Ulloa, consolidaron un modelo que privilegiaba el control sobre el cuidado. Sin embargo, las limitaciones estructurales e institucionales del Hospicio, como el hacinamiento, la precariedad económica y las condiciones insalubres, no solo fueron señaladas por las autoridades, sino también por los propios pacientes, quienes, desde sus memorias de violencia, denunciaron las contradicciones y violaciones éticas del sistema. Estos relatos no solo desnudaron las falencias del discurso institucional, sino que también abogaron por un modelo más humano, cuestionando el rol del manicomio como herramienta de represión y exclusión.

Referencias bibliográficas

Documentos archivísticos:

Archivo General de la Nación

MH.OL.152, Caj. 58, Doc. 502, [*Traslado de locos del hospital de San Andrés al hospital de Santa Ana*], Lima, 7 de noviembre de 1826. Disponible en <https://repositorio.bicentenario.gob.pe/handle/20.500.12934/8302>

MH.OL.152, Caj. 58, Doc. 505, [*Autorizando por el ministro del Interior el traslado de 6 locos del Hospital de San Andrés al de Santa Ana*], Lima, 11 de noviembre de 1826. Disponible en: <https://repositorio.bicentenario.gob.pe/handle/20.500.12934/8305>

Biblioteca Nacional del Perú

Fondo Antiguo, Manuscritos, Código 2000001654, [*Breve descripción de hospitales y casas de recogimiento de la ciudad de Lima para 1633*]. Disponible en: <https://bibliotecadigital.bnp.gob.pe/items/2f2e8c9d-1ae1-4f9a-ad6a-b4df67a65e81>

FamilySearch

Archivo Departamental de Arequipa, [*Acta de defunción de José Casimiro Ulloa, Arequipa, 5 de agosto de 1891*]. Disponible en FamilySearch: <https://www.familysearch.org/ark:/61903/1:1:2C4M-14G>

Archivo General de la Nación, Concejo Provincial de Lima, Nacimientos, Distrito 1, vol. 20, [*Acta de nacimiento de Manuel Domingo Alfredo, hijo de Manuela Avelino Hurtado, Lima, 15 de setiembre de 1878*]. Disponible en FamilySearch: <https://www.familysearch.org/ark:/61903/1:1:VXRF-L5B>

Museo de Historia de la Psiquiatría del Hospital Víctor Larco Herrera

[*Libro copiator de correspondencia general y de informes del Hospicio de Insanos, 1888-1899*]. Disponible en: <https://eap.bl.uk/collection/EAP1402-1-3-1>

[*Libro de gastos mensuales del Hospicio de Insanos, 1860-1874*]. Disponible en: <https://eap.bl.uk/collection/EAP1402-1-1>

[*Libro de presupuestos mensuales del Hospicio de Insanos, 1860-1890*]. Disponible en: <https://eap.bl.uk/collection/EAP1402-1-2>

[*Registro de admisión del departamento de hombres del Hospicio de Insanos, 1859-1897*]. No disponible en línea.

[*Registro de admisión del departamento de mujeres del Hospicio de Insanos, 1859-1908*]. Disponible en: <https://eap.bl.uk/archive-file/EAP1402-1-5-1>

Publicaciones periódicas:

Lima

Actualidades

Alborada, La

Amigo del Pueblo, El

Ateneo de Lima, El

Boletín de la Academia Libre de Medicina

Broma, La

Católico, El

Comercio, El

Conciliador, El

Crónica Médica, La

Cultura Peruana

Diario de Lima

Gaceta del Gobierno (1821-1826)

Gaceta del Gobierno de Lima (1810-1821)

Gaceta Médica de Lima

Ilustración Peruana

Lima Ilustrado

Obrero, El

Mensajero, El

Mercurio Peruano (1790-1795)

Mercurio Peruano (1827-1834, 1839-1840)

Monitor Médico

Perú Ilustrado, El

Peruano, El

Reforma Médica, La

Registro Oficial

Registro Oficial de la República Peruana

Revista de Lima

Revista Espírita

Sol, El

Extranjeras

Referencias bibliográficas:

- Ackerknecht, E. (1964). *Breve historia de la psiquiatría*. Buenos Aires: Editorial Universitaria de Buenos Aires.
- Acosta, J. de (1592). *De Christo Revelato: Libri IX. Simulque de temporibus novissimis libri quatuor*. Lugduni: Ioannem Baptistam Buysson.
- Aguirre, M. (2019). Las hermanas de San José de Cluny y la Casa de Orates de Santiago (1895-1930). *Psiquiatría y Salud Mental*, 36(3-4), 101-108.
- Alarcón, R. (2021). *Verdad en la ciencia, moralidad en el arte: Espíritu fundacional de la Academia Nacional de Medicina*. Lima: Academia Nacional de Medicina.
- Alayza Escardó, F. (1972). *Historia de la neurología en el Perú*. Lima: MINERVA.
- Álvarez, I. (2006). El Rey de Araucanía y la Endemoniada de Santiago: aportes para una historia de la locura en Chile del siglo XIX. *Persona y Sociedad*, 20(1), 105-124.
- Álvarez Carrasco, R. (2020). David Matto y su contribución a la patología clínica y psiquiatría en el Perú. *Acta Médica Peruana*, 37(1), 102-109.
- Amado-Becerra, J. A. y Gutiérrez-Avendaño, J. (2021). Discursos y prácticas políticoadministrativas de medicalización de la locura en Caldas, Colombia (1908-1944). *Archivos de Medicina*, 21(2), 476-494.
- Amaya Núñez, E. (2019). Ingenieros, arquitectos, médicos y locura. La construcción del Asilo Colonia de la Magdalena (1896-1918). *Devenir*, 5(10), 65-90.
- Anales de la Dictadura (1866). *Anales de la Dictadura*. Lima: Imprenta de El Nacional.
- Araya, C. (2006). La construcción de una imagen femenina a través del discurso médico ilustrado. Chile en el siglo XIX. *Historia*, 39(1), 5-22.
- Araya, C. (2018a). *La locura es nuestra. Profesionalización de la psiquiatría en Chile. Saberes y prácticas (1826-1949)*. Rosario: Prohistoria Ediciones.
- Araya, C. (2018b). Aspectos de la profesionalización de la psiquiatría en Chile, siglos XIX y XX. *Autoctonía*, 2(1), 146-158.
- Arias-Schreiber, J. (1972). *La escuela médica peruana, 1811-1972*. Lima: Editorial Universitaria.
- Arias-Schreiber Pezet, J. y Zanuletti Rosas, M. (1984). *Médicos y farmacéuticos en la guerra del Pacífico*. Lima: Comisión Nacional del Centenario de la Guerra del Pacífico.
- Armus, D. (2002). La enfermedad en la historiografía de América Latina Moderna. *Asclepio*, 54(2), 41-60.

- Asamblea Constituyente (1979). *Constitución Política del Perú: Promulgada el 12 de Julio de 1979*. Lima: Imprenta del MEF.
- Avendaño, J. (1983). *Perfiles de la medicina peruana*. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Barrera, H. (2015). Un acercamiento a la política asistencialista colonial: El caso del hospital Real de San Andrés. *Revista del Archivo General de la Nación*, 30(1), 159-185.
- Bauer, B. y Coello, A. (2007). The Hospital of San Andrés (Lima, Peru) and the Search for the Royal Mummies of The Incas. *Fieldiana Anthropology*, (39), 11-31.
- Berrios, G. (2008). *Historia de los síntomas de los trastornos mentales: La psicopatología descriptiva desde el siglo XIX*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Berrios, G. (2011). Psiquiatría y sus objetos. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 4(4), 179-182.
- Bonilla, F. (1971). *La Constitución Política el Perú, sancionada por el Congreso Constituyente de 1931 y promulgada el 9 de abril de 1933*. Lima: Editorial Mercurio.
- Bottoni, F. (1723). *Evidencia de la circulación de la sangre*. Lima: Por Ignacio de Luna.
- Brandin, A. V. (1826). *Influencia de los diferentes climas del universo sobre el hombre y en particular, de la influencia de los climas de la América Meridional*. Lima: Imprenta de la Libertad.
- Buenaño, J. (2023). *Historia económica del Real Hospital de San Andrés* [Tesis de maestría en Historia]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Bueno, F. A. C. (1769). *El conocimiento de los tiempos: Ephemeride del año 1769 [...]*. Lima: Imprenta Real.
- Cabello, P. M. (1865). *Guía política, eclesiástica y militar del Perú, para el año 1865*. Lima: Imprenta de la Guía.
- Cabello, P. M. (1873). *Guía política, eclesiástica y militar del Perú, para el año 1873*. Lima: Imprenta del Estado.
- Calancha, A. de la (1638). *Corónica moralizada del Orden de San Agustín en el Perú, con sucesos ejemplares en esta monarquía*. Tomo 1. Barcelona: Por Pedro Lacavallería.
- Cano Erazo, N. (2017). *El proyecto de vanguardia surrealista de César Moro en la exposición de 1935* [Tesis de maestría]. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Caravedo Prado, B. (1985). *La reforma psiquiátrica en el Perú*. Lima: SESATOR.

- Castelli, A. (1981). La primera imagen del Hospital Real de San Andrés a través de la visita de 1563. *Historia y Cultura*, (13-14), 207-216.
- Castrillón, M. del C. (2020). Entre asilos y hospitales psiquiátricos. Una reflexión historiográfica sobre el programa institucional de atención de la locura en Colombia. *Sociedad y Economía*, (40), 143-162.
- Cea, J. C. y Castillo, T. (2022). Enloqueciendo la academia: Estudios Locos, metodologías críticas e investigación militante en salud mental. *Revista Latinoamericana de Metodología de las Ciencias Sociales*, 11(2).
- Cobo, B. (1882). *Historia de la fundación de Lima*. Colección de Historiadores del Perú, tomo 1. Lima: Imprenta Liberal.
- Coello, A. (2018). El Hospital de Amentes: El primer manicomio para la ciudad de Lima, 1859. *Revista de Arquitectura*, 23(25), 62-68.
- Coello, A. (2019). Una batalla sin armas. Caridad y beneficencia en lucha contra el conocimiento médico, durante la segunda mitad del siglo XIX en Lima. *Investigaciones Sociales*, 22(41), 139-149.
- Coleborne, C. (2020). *Why Talk About Madness? Bringing History into de Conversation*. Switzerland: Palgrave McMillan.
- Córdova y Urrutia, J. M. (1839). *Estadística histórica, geográfica, industrial y comercial de los pueblos que componen las provincias del departamento de Lima*. Lima: Imprenta de Instrucción Primaria.
- Corlieu, A. (1896). *Centenaire de la Faculté de Médecine de Paris (1794-1894)*. París: Félix Alcan.
- Correa, M. J. (2015, 11 de junio). La locura desde los archivos. Chile, 1850-1930. *Nuevo Mundo Mundos Nuevos* [En línea]. Recuperado el 3 de abril de 2025 en: <https://journals.openedition.org/nuevomundo/68043>
- Covarrubias, S. de (1611). *Tesoro de la lengua castellana, o española*. Madrid: Imprenta de Luis Sánchez.
- Cruz, E. (2003). *El loco y la institución mental: desde la Real Audiencia de Quito hasta la primera mitad del siglo XX*. Quito: Ediciones Abya-Yala.
- Cueto, M. (1989). *Excelencia científica en la periferia: Actividades científicas e investigación biomédica en el Perú, 1890-1950*. Lima: CONCYTEC.
- Dias, A. A. T. y Capela, R. M. (2019). Del Hospício de Pedro II al Hospital Nacional de Alienados: cien años de historias (1841-1944). *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 26(4), 1203-1210.
- Diefendorf, B. (2004). *From Penitence to Charity: Pious Women and the Catholic Reformation in Paris*. New York: Oxford University Press.
- Dioscórides, P. (1563). *Acerca de la materia medicinal, y de los venenos mortíferos*. Salamanca: Por Matías Gast.

- Drinot, P. (2023). Necrophilia, Psychiatry, and Sexology: The Making of Sexual Science in Mid-Twentieth Century Peru. *Journal of Social History*, 56(4), 782-804.
- Duby, G. y Perrot, M. (eds.) (2018). *Historia de las mujeres. 4: El siglo XX*. Madrid: Taurus.
- Duffau, N. (2015). *Alienados, médicos y representaciones de la “locura”: Saberes y prácticas de la psiquiatría en Uruguay (1860-1911)* [Tesis de doctorado en Historia]. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires.
- Duffau, N. (2019). *Historia de la locura en Uruguay (1860-1911): Alienados, médicos y representaciones sobre la enfermedad mental*. Montevideo: Universidad de la República de Uruguay.
- Duffau, N. (2022). El “Gran Encierro” en Uruguay: Del Asilo de Dementes al Hospital Vilardebó, 1860-1950. En: Ríos Molina, A. y Rupertuz, M. (comp.), *De manicomios a instituciones psiquiátricas: Experiencias en Iberoamérica, siglos XIX y XX* (pp. 239-274). México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Duvergier, J. B. (1839). *Collection complète des Lois, Decrets, Ordonnances, Réglamens [...]*. v. 38. Paris: M. Bousquet.
- El Comercio (2021, 6 de octubre). COVID-19: estudio revela que una de cada ocho personas han sufrido trastornos mentales en Lima en 2020 por pandemia. *El Comercio*. <https://elcomercio.pe/lima/sucesos/covid-19-estudio-revela-que-una-de-cada-ocho-personas-han-sufrido-trastornos-mentales-en-lima-en-2020-por-pandemia-nndc-noticia/>
- Encinas de Zagarra, A. (1994). *Enrique Encinas Franco: Una vida dedicada a la ciencia y los valores humanos*. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- Esquirol, J. E. D. (1819). *Des établissements des aliénés en France et des moyens d'améliorer le sort de ces infortunés*. Paris: D'Imprimerie de Madame Huzard.
- Esquirol, J. E. D. (1847). *Tratado completo de las enajenaciones mentales, consideradas bajo su aspecto médico, higiénico y médico-legal*. 2 vols. Madrid: Imprenta del Colegio de Sordo-Mudos.
- Ellenberger, E. (2004). La ilusión de una clasificación psiquiátrica. *Vertex*, 15(55), 58-66.
- Esteyneffer, J. de (1712). *Florilegio medicinal de todas las enfermedades [...]*. México: Por los Herederos de Juan Joseph Guillena Carrascoto.
- Fabre, F. (1854). *Enfermedades del encéfalo, mentales y nerviosas*. Tomo 1. Madrid: Imprenta y Estereotipia de M. Rivadeneyra.
- Facchinetti, C. (2022). Un palacio imperial para la locura en Río de Janeiro: El Hospicio Nacional de Alienados, 1841-1944. En: Ríos Molina, A. y Rupertuz, M. (comp.), *De manicomios a instituciones psiquiátricas: Experiencias en Iberoamérica, siglos XIX y XX* (pp. 29-86). México: Universidad Nacional Autónoma de México.

- Ferrari, F. (2018). *De la locura a la enfermedad mental (Córdoba, 1758-1930). Una historia cultural de los discursos y prácticas médicas sobre la locura*. 2ª ed. Córdoba: Fernando José Ferrari.
- Fonseca, J. (2000). Antialcoholismo y modernización en el Perú (1900-1930). *Histórica*, 24(2), 327-364.
- Fonseca, J. (2002). *Misioneros y civilizadores: Protestantismo y modernización en el Perú (1915-1930)*. Lima: Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Foro Peruano (1887). *Proceso criminal seguido contra Lorenzo Machiavello por los delitos de triple homicidio y homicidio frustrado cometidos en la Capital de la República, y el de homicidio realizado en el puerto de Mollendo*. Lima: Imprenta del Estado.
- Foucault, M. (1996). *La vida de los hombres infames*. La Plata: Caronte Ensayos.
- Foucault, M. (2007). *Poder psiquiátrico: Curso en el Collège de France (1973-1974)*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2015). *Historia de la locura en la época clásica*. 2 vols. México: Fondo de Cultura Económica.
- Fuentes, A. (2013). La creación de la Casa de Orates en 1852 y los comienzos del gran encierro en Chile: Comentarios desde la Historia Cultural. *Cuadernos de Historia Cultural, Crítica y Reflexión*, (3), 46-56.
- Fuentes, M. A. (1858). *Estadística general de Lima*. Lima: Tipografía Nacional de M. N. Corpancho.
- Fuentes, M. A. (1860). *Guía histórico-descriptiva, administrativa, judicial y de domicilio de Lima*. Lima: Librería Central.
- García, T. (1954). *Anales del Congreso del Perú: 1865-1867*. v. 12. Lima: Editora Peruana.
- García Escudero, M. (2024). Interpretaciones de la “locura” en el Perú Virreinal: Cuerpos y almas raptadas, extraviadas, castigadas o enfermas. *Temas Americanistas*, (53), 51-77.
- Garreaud, F. (1900). *República Peruana, 1900*. Lima: Colville y Co.
- Godoy, N. (2010). *Casa de Orates de los Olivos: Degeneración, Racismo y Locura. Chile, 1891-1930* [Tesis de Licenciado en Historia]. Santiago de Chile: Universidad Academia de Humanismo Cristiano.
- Goffman, E. (1973). *Internados: Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Goleman, A. A. (2017). Introducción: Escenarios de las prácticas psiquiátricas en América Latina (siglos XIX y XX). *Asclepio*, 69(2), 1-3.

- Gorbach, F. (2014). El tratamiento moral de la locura y el sujeto moderno. México a finales del siglo XIX. En: Brigidi, S. y Comelles, J. M. (eds.), *Locuras, cultura e historia* (pp. 49-66). Tarragona: Publicacions URV.
- Gouveia, M. (2001). *Os delírios da razão: médicos, loucos e hospícios (Rio de Janeiro, 1830-1930)*. Río de Janeiro: Editora FIOCRUZ.
- Guerrero, Miguel Ángel (2018). *Sátira y transgresión: Francisco “Pancho” Fierro, más allá del costumbrismo peruano del siglo XIX* [Tesis para optar el grado académico de magíster en Historia del Arte y Curaduría]. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Gunther, Juan (1983). *Planos de Lima, 1613-1983*. Lima: Municipalidad de Lima Metropolitana.
- Gutiérrez Avendaño, J. (2019). Historiografía de la locura y de la psiquiatría en Colombia. De los médicos escritores a la perspectiva crítica, 1968-2018. *Historelo*, 11(21), 287-317.
- Hampe, T. (2007). Hipólito Unanue y el plan de reforma del Hospital de San Andrés (1817). *Acta Herediana*, (40), 45-56.
- Harth-Terré, E. (1964). *Hospitales mayores, en Lima, en el primer siglo de su fundación*. Buenos Aires: s.e.
- Hernández, S. (2018). Modernización fiscal. El impuesto sobre el consumo de bebidas alcohólicas en Perú, 1887-1898. *Economía y Política*, 5(2), 5-34.
- Hospicio de Insanos (1897). *Reglamento provisional del Hospicio de Insanos*. Lima: Imprenta Liberal.
- Illich, I. (1975). *Némesis médica: La expropiación de la salud*. Barcelona: Barral Editores.
- Iza, A. y Salaverry, O. (2000). El Hospital Real de San Andrés. *Anales de la Facultad de Medicina*, 61(3), 247-252.
- Jacinto, C. y Marques, T. (2021). Um continente de desrazão no oceano da razão: O alienista de Machado de Assis como expressão de uma história da relação entre Psiquiatria e Direito. En: Santana, I. et. al. (eds.), *Direito e literatura: Conexões entre a norma e a estética da existência* (pp. 40-54). Curitiba: Bagai.
- Jelin, E. (2020). ¿De qué hablamos cuando hablamos de memorias? En: Jelin, E., *Las tramas del tiempo: Familia, género, memorias, derechos y movimientos sociales* (pp. 419-440). Buenos Aires: CLACSO.
- La República (2022, 16 de setiembre). Independencia: denuncian restobar con temática de ‘manicomio’ que banaliza la salud mental. *La República*. <https://larepublica.pe/sociedad/2022/09/15/denuncian-restobar-con-tematica-de-manicomio-que-banaliza-la-salud-mental-independencia-estacion-psiquiatrica>

- Lambe, J. (2022). Mazorra, el Bedlam de Cuba: De la Casa General de Dementes al Hospital Psiquiátrico de La Habana, 1857-1980. En: Ríos Molina, A. y Rupertthuz, M. (comp.), *De manicomios a instituciones psiquiátricas: Experiencias en Iberoamérica, siglos XIX y XX* (pp. 207-238). México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Lastarria, J. V. (1870). *Miscelánea histórica y literaria*. Tomo 3. Valparaíso: Imprenta de La Patria.
- Lastres, J. B. (1946). Las enfermedades nerviosas en el Perú a comienzos del siglo XIX. *Reforma Médica*, 22(478), 433-441.
- Lastres, J. B. (1951). *Historia de la Medicina Peruana. Vol. 3: La Medicina en la República*. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Leyton, C. (2005). *La ciudad médica-industrial: melancólico, delirante y furioso; el psiquiátrico de Santiago de Chile, 1852-1930* [Tesis de magíster en Historia]. Santiago de Chile: Universidad de Chile.
- Leyton, C. (2008). La ciudad de los locos: industrialización, psiquiatría y cuestión social. Chile, 1870-1940. *Frenia*, 8(1), 259-276.
- Li Ning, J. (2016). Desórdenes psiquiátricos de los inmigrantes chinos del siglo XIX. Primera parte: Inmigrantes chinos en el Manicomio del Cercado de Lima entre 1879 y 1902. *Anales de la Facultad de Medicina*, 77(3), 269-275.
- Locke, J. (2005). *Ensayo sobre el entendimiento humano*. México: Fondo de Cultura Económica.
- López, G. (1848). *Los códigos españoles concordados y anotados. Tomo 2: Código de las Siete Partidas: Primera y Segunda Partida*. Madrid: Imprenta de la Publicidad.
- Lossio, J. (2002). *Acequias y gallinazos: Salud ambiental en Lima del siglo XIX*. Lima: Instituto de Estudios Peruanos.
- Macera, P. (1993). Locos, titireteros y poetas. *Debate*, 16(72), 42-45.
- Mannarelli, M. (1998). *Hechiceras, beatas y expósitas: Mujeres y poder inquisitorial en Lima*. Lima: Fondo Editorial del Congreso del Perú.
- Mariátegui, J. (1981). *Hermilio Valdizán: El proyecto de una psiquiatría peruana*. Lima: Librería Editorial Minerva.
- Mariátegui, J. (1990). Desarrollo de la psiquiatría infantil en el Perú. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 53(1-2), 17-32.
- Mariátegui, J. (2000). *Juan Francisco Valega y la Lima de su tiempo*. Lima: Congreso de la República.
- Medina, J. T. (1887). *Historia del Tribunal del Santo Oficio de Lima (1569-1820)*. 2 vols. Santiago de Chile: Imprenta Gutenberg.

- Meléndez, J. (1681). *Tesoros verdaderos de las Indias*. Tomo 2. Roma: Imprenta de Nicolás Ángel Tinassio.
- Meléndez, J. (1682). *Tesoros verdaderos de las Indias*. Tomo 3. Roma: Imprenta de Nicolás Ángel Tinassio.
- Ministerio de Fomento (1901). *Anales de las obras públicas del Perú: Año 1896*. Lima: Imprenta Torres Aguirre.
- Miranda, J. (2023). *La “ciudad jardín” de Federico Gallese Taricchi: modernidad, higienismo y clase media en el balneario de San Miguel (Lima), 1913-1931* [Tesis para optar el título de Licenciatura en Historia]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Montesinos, F. de (2016). *Auto de la fe, celebrado en Lima a 23 de enero de 1639*. Madrid: Iberoamericana.
- Montoya, P. (2022). *El progreso de las ideas: Escritos e intelectuales positivistas en el Perú (1884-1919)* [Tesis de doctorado en Historia]. Porto Alegre: Pontificia Universidad Católica de Río Grande del Sur.
- Morales, F. (2008). *La apoteosis de la medicina del alma. Establecimiento, discurso y praxis de tratamiento moral de la enajenación mental en la ciudad de México, 1830-1910* [Tesis para obtener el grado de licenciado en Historia]. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Moreyra y Paz Soldán, C. (1974). *La obra de los Paz Soldán: Bibliografía*. Lima Talleres Gráficos P. L. Villanueva.
- Mori Estela, J. (2023). *“El arte esquizofrénico”: El dialogismo no intencionado entre La femme visible (1930) de Salvador Dalí y La tortuga ecuestre (1939) de César Moro* [Tesis de maestría]. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Morón Ponce, H. (2021). *Criminalidad y modernización punitiva en Lima, 1862-1892* [Tesis de Licenciatura en Historia]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Muñiz, M. A. (1897a). *Asistencia pública de los enajenados: Concurso para la construcción de un manicomio: Texto*. Lima: Imprenta «La Industria».
- Muñiz, M. A. (1897b). *Asistencia pública de los enajenados: Construcción de un manicomio – Planos y croquis*. Lima: Imprenta «La Industria».
- Muñoz, F. (2001). *Diversiones públicas en Lima 1890-1920: La experiencia de la modernidad*. Lima: Red para el Desarrollo de las Ciencias Sociales en el Perú.
- Murguía, A.; Ordorika T. y Lendo, L. (2016). El estudio de los procesos de medicalización en América Latina. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 23(3), 635-651.
- Newson, L. (2020). *Preparando medicina en Lima durante el temprano periodo colonial: Boticarios, ciencia y sociedad*. Lima: Instituto de Estudios Peruanos.

- Nieto, A. (ed.) (1971). *Colección Documental de la Independencia del Perú. Tomo XX: La Iglesia. Vol. 1: Acción del clero*. Lima: Comisión Nacional del Sesquicentenario de la Independencia del Perú.
- Nomberto, I. (2023, 9 de marzo). ¿Qué pasó con Consuelo Berrocal, la mujer que se comió a sus hijos y conmocionó al Perú en los 90? *La República*. <https://larepublica.pe/datos-lr/respuestas/2023/03/05/la-historia-de-consuelo-berrocal-la-mujer-que-se-comio-a-sus-hijos-y-conmociono-al-peru-en-los-90-casma-canibalismo-hospital-larco-herrera-evat-367790>
- Odriozola, M. de (ed.) (1864). *Colección de documentos literarios del Perú*. Tomo 2. Lima: Establecimiento de Tipografía y Encuadernación de Aurelio Alfaro.
- Oliart, P. (1999). Una mujer en busca del reconocimiento masculino: Justa Retamoso y su método para curar la alienación mental. En: Zegarra, M. (ed.), *Mujeres y género en la historia del Perú* (pp. 275-286). Lima: Centro de Documentación sobre la Mujer.
- Olivo, J. F. (comp.) (1922). *Constituciones políticas del Perú: 1821-1919*. Lima: Imprenta Torres Aguirre.
- Orbegoso, A. (2012). Espiritismo, locura e intelectuales del 900. *Revista de Psicología*, 14(1), 95-105.
- Ortega, J. L. (1986). *Los nosocomios de la Ciudad de los Reyes durante la colonización española* [Tesis doctoral]. Sevilla: Universidad de Sevilla.
- Ortuño, J. M. (1992). Tratamiento jurídico de las enfermedades en las partidas. *Glossae*, (3), 135-164.
- Oviedo, J. de (1861). *Colección de leyes, decretos y ordenes publicadas en el Perú desde el año de 1821 hasta 31 de diciembre de 1859*. Tomo 2. Lima: Felipe Bailly, Editor.
- Oviedo, J. de (1862). *Colección de leyes, decretos y ordenes publicadas en el Perú desde el año de 1821 hasta 31 de diciembre de 1859*. Tomo 8. Lima: Felipe Bailly, Editor.
- Palma, P. y Amaya, E. (2023). Onofroff, los médicos profesionales y el desarrollo de la hipnosis en Perú (1898-1916). *Diálogo Andino*, (72), 42-55.
- Palma, R. (1863). *Anales de la Inquisición de Lima*. Lima: Aurelio Alfaro.
- Pamo Reyna, O. (ed.) (1997). Anales Médicos: La primera revista médica peruana. *Boletín de la Sociedad Peruana de Medicina Interna*, 10(3).
- Pamo Reyna, O. (2016). *La medicina francesa en el Perú del siglo XIX*. Lima: Academia Nacional de Medicina.
- Patlán, E. (2015). *Las enfermedades mentales en la ciudad de México de 1867 a 1910. Estudio de caso: El Hospital de San Hipólito* [Tesis para optar el grado de maestría en Historia]. México: Universidad Nacional Autónoma de México.

- Paz Soldán, C. (1884). *La traición de Iglesias: Documentos para el proceso*. Quito: Imprenta de La Nación.
- Paz Soldán, C. (1886). *Estudios espiritistas y la vida de loco*. Lima: Imprenta Liberal.
- Paz Soldán, C. (1887). *Un drama en el Manicomio de Lima*. Lima: [s.e.].
- Paz Soldán, J. P. (1917). *Diccionario Biográfico de Peruanos Contemporáneos*. Lima: Librería e Imprenta Gil.
- Paz Soldán, C. E. (1940). La vida aventurera de Abel Victorino Brandin, el introductor del sulfato de quinina en la América meridional. *Anales de la Sociedad Peruana de Historia de la Medicina*, 2(2), 10-29.
- Paz Soldán, C. E. (1951). *Cayetano Heredia (1797-1861)*. Lima: Biblioteca de Cultura Sanitaria.
- Paz Soldán, C. E. (1957). *Decanos, maestros y médicos de la Facultad de Medicina de Lima*. Lima: Instituto de Medicina Social.
- Peluffo, A. (2004). Bajo las alas del ángel de caridad: Indigenismo y beneficencia en el Perú republicano. *Revista Iberoamericana*, 70(206), 103-115.
- Peluffo, A. (2008). El yo femenino y sus “otros”: Sobre la beneficencia y la construcción de identidades en el siglo XIX. *Cuadernos de Literatura*, 13(25), 8-23.
- Pinacoteca Municipal Ignacio Merino (2007). *Acuarelas de Pancho Fierro y seguidores: Colección Ricardo Palma*. Lima: Municipalidad Metropolitana de Lima.
- Pinel, F. (1804). *Tratado médico-filosófico de la enajenación del alma o manía*. Madrid: Imprenta Real.
- Portal, I. (1932). *Del pasado limeño*. Lima: Librería e Imprenta Gil.
- Porter, R. (1989). *Historia social de la locura*. Barcelona: Editorial Crítica.
- Porter, R. (2002). *Breve historia de la locura*. Madrid: Turner Publicaciones, Fondo de Cultura Económica.
- Postel, J. y Quétel, C. (2000). *Nueva historia de la psiquiatría*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Prieto Sánchez, R. (2017). *Guía demente: Soñadores y manicomios en la historia de Lima*. Lima: Universidad Ricardo Palma.
- Quiroz, A. W. (1987). *La deuda defraudada: Consolidación de 1850 y dominio económico en el Perú*. Lima: Instituto Nacional de Cultura.
- Ramírez, C. (2024). Registrar, enumerar y diagnosticar: Los Movimientos de la Casa de Orates como instrumento de gestión y de producción de saber científico (1895-1932). *Revista de Historia Social y de las Mentalidades*, 28(1), 12-55.
- Ramos, G. (2013). Indian Hospitals and Government in the Colonial Andes. *Medical History*, 57(2), 186-205.

- Real Academia Española (1729). *Diccionario de la lengua castellana [...]. Tomo segundo, que contiene la letra C*. Madrid: Imprenta de la Real Academia Española.
- Real Academia Española (1732). *Diccionario de la lengua castellana [...]. Tomo tercero, que contiene las letras D E F*. Madrid: Imprenta de la Real Academia Española.
- Real Academia Española (1734). *Diccionario de la lengua castellana [...]. Tomo cuarto, que contiene las letras G H I J K L M N*. Madrid: Imprenta de la Real Academia Española.
- Retamoso, J. (1864). *Método curativo de la alienación mental*. Lima: Imprenta de “El Comercio”.
- Reyes, L. (2013). *Las Hermanas de la Caridad: Su labor asistencial y educativa en Yucatán, 1865-1875* [Tesis de Licenciatura]. Mérida: Universidad Autónoma de Yucatán.
- Río, M. del (1832). *Memoria del Ministerio de Gobierno y Relaciones Exteriores para el Congreso de 1832*. Lima: Imprenta de José María Masías.
- Ríos Molina, A. (2022). Indígenas tristes y degenerados: la mirada psiquiátrica de Hermilio Valdizán sobre la diferencia racial en Perú, 1910-1925. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 29(3), 607-624.
- Ríos Molina, A. (2023). *Locura y psiquiatría en el Perú (1859-1947): Instituciones, miradas, juicios y prejuicios*. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Ríos Molina, A. y Ruperthuz, M. (comp.) (2022). *De manicomios a instituciones psiquiátricas: Experiencias en Iberoamérica, siglos XIX y XX*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Rizo-Patrón, R.; Rivas, A. y Ascárate, L. (2013). *La locura de las musas: Estudio fenomenológico sobre la imaginación y la creación artística de los pacientes con esquizofrenia del Hospital Víctor Larco Herrera*. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú, Instituto Riva-Agüero.
- Robles Chinchay, R. (2020). *“Del gobierno español al gobierno natural”. Legitimidad y misticismo en la conspiración de Aguilar y Ubalde (1805)* [Tesis para optar el título profesional de Licenciado en Historia]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Rodríguez, D. (2013). *Los locos de Bogotá: del tratamiento y las representaciones de la locura en Bogotá, 1850-1930* [Tesis de grado en Historia]. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana.
- Ruiz Zevallos, A. (1994). *Psiquiatras y locos: Entre la modernización contra los andes y el nuevo proyecto de modernidad*. Lima: Pasado & Presente.
- Ruiz Zevallos, A. (1995). Del diálogo con la "sin razón" a la nueva modernidad. En: Portocarrero, G.; Cáceres, E. y Tapia, R. (eds.), *La aventura de Mariátegui*:

- Nuevas perspectivas* (pp. 223-241). Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Ruiz Zevallos, A. (2004). Medicina mental y modernización: Lima, 1850-1900. En: Panfichi, A. y Portocarrero, F. (eds.), *Mundos interiores: Lima, 1850-1950* (pp. 371-396). Lima: Universidad del Pacífico.
- Ruperthuz, M., Sánchez, M. y Gálvez, A. (2022). “Trabajar al otro lado del río”: El inacabado proyecto de tratamiento de la enfermedad mental en Chile. De la Casa de Orates al Hospital Psiquiátrico, 1852-1950. En: Ríos Molina, A. y Ruperthuz, M. (comp.), *De manicomios a instituciones psiquiátricas: Experiencias en Iberoamérica, siglos XIX y XX* (pp. 141-205). México: Universidad Nacional Autónoma de México
- Sacristán, C. (1991). La locura y la psiquiatría en México: un balance historiográfico. *Secuencia*, (21), 165-172.
- Sacristán, C. (1994). *Locura y disidencia en el México ilustrado, 1760-1810*. México: El Colegio de Michoacán.
- Sacristán, C. (2005). Historiografía de la locura y de la psiquiatría en México. De la hagiografía a la historia posmoderna. *Frenia*, 5(1), 9-33.
- Sacristán, C. (2009). La locura se topa con el manicomio. Una historia por contar. *Cuicuilco*, 16(45), 163-189.
- Sacristán, C. (2022). La medicalización de la locura en la ciudad de México. De la secularización de los hospitales para dementes al cierre del Manicomio General, 1861-1968. En: Ríos Molina, A. y Ruperthuz, M. (comp.), *De manicomios a instituciones psiquiátricas: Experiencias en Iberoamérica, siglos XIX y XX* (pp. 275-316). México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Salaverry, O. (2010). José Casimiro Ulloa Bucelo (1829-1891), el paladín del gremio médico. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 27(4), 638-644.
- Salaverry, O. y Delgado, G. (eds.) (2000). *Historia de la Medicina Peruana en el Siglo XX*. Vol. 1. Lima: Fondo Editorial de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Salazar Bermúdez, A. (2022). Una reforma psiquiátrica que nunca lo fue: Colombia y el caso del Manicomio Departamental de Antioquía, 1920-1946. En: Ríos Molina, A. y Ruperthuz, M. (comp.), *De manicomios a instituciones psiquiátricas: Experiencias en Iberoamérica, siglos XIX y XX* (pp. 497-). México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Saldamando, M. (1827). *Representación al Soberano Congreso, con documentos y adiciones para su esclarecimiento*. Lima: Imprenta de J. González.
- Saurí, J. (1969). *Historia de las ideas psiquiátricas*. Buenos Aires: Ediciones Carlos Lohlé.

- Sievers, A. (2013). *Médicos, instituciones y locura en Concepción, 1891-1929* [Tesis para optar el grado de Magíster en Historia de Occidente]. Chillán: Universidad del Bio-Bio.
- Sociedad de Beneficencia Pública de Lima (SBPL) (1835). *Reglamento general de los hospitales*. Lima: Imprenta del Constitucional.
- SBPL (1853). Memoria leída a la Sociedad de Beneficencia por el vice-director encargado de la dirección D. Manuel Ros, en la Junta General del 24 de diciembre en cumplimiento del artículo 30 del reglamento de la misma. Lima: Imprenta del Comercio.
- SBPL (1857). *Traslación a dos mausoleos de los restos de los finados señores doctor don Matías Maestro y don Antonio Chacón decretada por la Sociedad de Beneficencia de Lima*. Lima: Imprenta del "Católico".
- SBPL (1859). *Memoria anual leída a la Sociedad de Beneficencia por el director Aquiles Allier, en la Junta General del 31 de diciembre, y en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 20 del reglamento orgánico: 1857-1858*. Lima: Tipografía de Aurelio Alfaro.
- SBPL (1861). *Memoria presentada por el director de la Sociedad de Beneficencia a la Junta General reunida el 28 de diciembre de 1860*. Lima: Establecimiento Tipográfico de Aurelio Alfaro y Cía.
- SBPL (1862). *Memoria que el primer vice-director de la Sociedad de Beneficencia encargado de su dirección presenta a la Junta General reunida el 22 de diciembre de 1862*. Lima: Imprenta del "Comercio".
- SBPL (1864). *Memoria leída a la Sociedad de Beneficencia por el vice-director encargado de la dirección Don José Rueda en la Junta General del 23 de diciembre de 1843 en cumplimiento del artículo 30 del reglamento de la misma*. Lima: Imprenta del "Comercio".
- SBPL (1867a). *Memoria presentada por el director de la Sociedad de Beneficencia Pública Dr. D. José Dávila Condemarín a la Junta General reunida el 24 de diciembre de 1866*. Lima: Imprenta Liberal.
- SBPL (1867b). *Memoria presentada por el director de la Sociedad de Beneficencia Pública Dr. D. José Dávila Condemarín a la Junta General reunida el 24 de diciembre de 1867*. Lima: Imprenta Liberal.
- SBPL (1868). *Memoria presentada por el director de la Sociedad de Beneficencia Pública D. Manuel Pardo a la Junta General reunida el 17 de diciembre de 1868*. Lima: Imprenta Liberal.
- SBPL (1870). *Memoria de la Sociedad de Beneficencia Pública presentada por su director Don Francisco Carassa a la Junta General reunida el 28 de diciembre de 1869*. Lima: Imprenta de L. J. Tola.

- SBPL (1871). *Memoria de la Sociedad de Beneficencia Pública presentada por su director Don Francisco Carassa a la Junta General reunida el 28 de diciembre de 1870*. Lima: Imprenta de L. J. Tola.
- SBPL (1872). *Memoria presentada por el director de la Sociedad de Beneficencia Pública D. Lino M. de la Barrera a la Junta General reunida el 18 de diciembre de 1871*. Lima: Tipografía por J. Ravanal.
- SBPL (1873). *Memoria de la Sociedad de Beneficencia Pública presentada por el director D. D. José Fabio Melgar a la Junta General reunida el 23 de diciembre de 1873*. Lima: Tipografía de "La Sociedad".
- SBPL (1873). *Memoria presentada por el director de la Sociedad de Beneficencia Pública D. Lino M. de la Barrera a la Junta General reunida el 16 de diciembre de 1872*. Lima: Empresa Tipográfica.
- SBPL (1875). *Memoria de la Sociedad de Beneficencia Pública presentada por el señor director D. Francisco Carassa a la Junta General reunida el 23 de diciembre de 1874*. Lima: Tipografía de La Sociedad.
- SBPL (1876). *Memoria de la Sociedad de Beneficencia Pública presentada por el señor director D. M. M. Falcón a a la Junta General reunida el 27 de diciembre de 1875*. Lima: Tipografía de La Sociedad.
- SBPL (1877). *Memoria de la Sociedad de Beneficencia Pública presentada por el señor director D. M. F. Benavides a la Junta General reunida el 29 de diciembre de 1876*. Lima: Imprenta de El Comercio.
- SBPL (1878). *Memoria de la Sociedad de Beneficencia Pública presentada por el Sr. D. Juan Ignacio Elguera vice-director encargado de la dirección en el año económico de 1877*. Lima: Imprenta de El Comercio.
- SBPL (1880a). *Memoria de la Sociedad de Beneficencia Pública presentada por el segundo vice-director encargado de la dirección Señor Don Ramón Ascárate a la Junta General reunida el 29 de diciembre de 1879*. Lima: Imprenta de la Merced.
- SBPL (1880b). *Memoria presentada a la Sociedad de Beneficencia Pública de Lima por su director el D. D. José Antonio García y García en la Junta General reunida el 31 de diciembre de 1880*. Lima: Imprenta del Teatro.
- SBPL (1881). *Memoria presentada a la Sociedad de Beneficencia Pública de Lima por su director el D. D. José Antonio García y García en la Junta General reunida el 22 de diciembre de 1881*. Lima: Imprenta del Teatro.
- SBPL (1883). *Memoria presentada a la Sociedad de Beneficencia Pública de Lima por su director el D. D. Felipe Valera y Valle en la Junta General reunida el 28 de diciembre de 1882*. Lima: Imprenta del Teatro.
- SBPL (1884). *Memoria presentada a la Sociedad de Beneficencia Pública de Lima por su director el Dr. D. Felipe Valera y Valle en la Junta General reunida el 31 de diciembre de 1883*. Lima: Imprenta del Teatro.

- SBPL (1885). *Memoria presentada a la Sociedad de Beneficencia Pública de Lima por su director el Dr. D. Felipe Valera y Valle en la Junta General reunida el 31 de diciembre de 1884*. Lima: Imprenta Calle del Padre Gerónimo.
- SBPL (1886). *Memoria presentada a la Sociedad de Beneficencia Pública de Lima por su director el Dr. D. Felipe Valera y Valle en la Junta General el 4 de enero de 1886*. Lima: Imprenta Calle del Cuzco.
- SBPL (1888a). *Memoria presentada a la Sociedad de Beneficencia Pública de Lima por su director el Sr. D. Pedro Correa y Santiago en la Junta General el 19 de diciembre de 1887*. Lima: Imprenta Calle del Cuzco.
- SBPL (1888b). *Memoria presentada a la Sociedad de Beneficencia Pública de Lima por su director el Sr. Coronel D. Rufino Torrico en la Junta General reunida en diciembre de 1888*. Lima: Imprenta de Torres Aguirre.
- SBPL (1890). *Memoria presentada a la Sociedad de Beneficencia Pública de Lima por su director Sr. D. Manuel Candamo en la Junta General reunida en diciembre de 1889*. Lima: Imprenta y Librerías de Benito Gil.
- SBPL (1891). *Memoria presentada a la Sociedad de Beneficencia Pública de Lima por su director Sr. D. Manuel Candamo en la Junta General reunida en 27 diciembre de 1890*. Lima: Imprenta y Librerías de Benito Gil.
- SBPL (1892a). *Memoria presentada a la Sociedad de Beneficencia Pública de Lima por su director Sr. D. Manuel Candamo en la Junta General reunida en 23 diciembre de 1891*. Lima: Imprenta de Torres Aguirre.
- SBPL (1892b). *Reglamento orgánico de la Sociedad de Beneficencia Pública de Lima*. Lima: Imprenta de Torres Aguirre.
- SBPL (1893). *Memoria presentada a la Sociedad de Beneficencia Pública de Lima por su vice-director Dr. D. Octavio Tudela en la Junta General reunida en 17 diciembre de 1892*. Lima: Imprenta de Torres Aguirre.
- SBPL (1894a). *Memoria presentada a la Sociedad de Beneficencia Pública de Lima por su director Dr. D. Octavio Tudela correspondiente al año económico de 1893*. Lima: Imprenta de Torres Aguirre.
- SBPL (1894b). *Memoria presentada a la Sociedad de Beneficencia Pública de Lima por su director Sr. D. Carlos Ferreyros correspondiente al año económico de 1894*. Lima: Imprenta Liberal.
- SBPL (1896a). *Memoria que presenta a la Sociedad de Beneficencia Pública de Lima su director Sr. D. Carlos Ferreyros correspondiente al año económico de 1895*. Lima: Imprenta Liberal.
- SBPL (1896b). *Memoria que presenta a la Sociedad de Beneficencia Pública de Lima su director Sr. D. Carlos Ferreyros correspondiente al año económico de 1896*. Lima: Imprenta Liberal.

- SBPL (1897). *Memoria administrativa que presenta a la Sociedad de Beneficencia Pública de Lima su director Sr. Dr. Domingo M. Almenara correspondiente al año económico de 1897*. Lima: Imprenta Torres Aguirre.
- SBPL (1899a). *Memoria administrativa que presenta a la Sociedad de Beneficencia Pública de Lima su director Dr. D. Domingo Almenara correspondiente al año económico de 1898*. Lima: Imprenta Liberal.
- SBPL (1899b). *Memoria administrativa que presenta a la Sociedad de Beneficencia Pública de Lima su director Sr. Dr. Ántero Aspillaga correspondiente al año económico de 1899*. Lima: Imprenta Torres Aguirre.
- SBPL (1900). *Memoria administrativa que presenta a la Sociedad de Beneficencia Pública de Lima el primer vice-director encargado de la dirección D. Pedro D. Gallagher correspondiente al año 1900*. Lima: Imprenta Torres Aguirre.
- SBPL (1901). *Memoria administrativa que presenta a la Sociedad de Beneficencia Pública de Lima su director Don Pedro D. Gallagher correspondiente al año de 1901 (Texto)*. Lima: Imprenta Liberal.
- SBPL (1907). *Reglamento orgánico: Leyes, resoluciones supremas, acuerdos y otros documentos pertinentes*. Lima: Imprenta de El Bien Social.
- SBPL (1913). *Sociedad de Beneficencia Pública de Lima: Álbum fotográfico de los establecimientos a su cargo*. Lima: Casa Editora M. Moral.
- SBPL (1920a). *Memoria administrativa que presenta a la Sociedad de Beneficencia Pública de Lima su director Sr. Dr. Augusto E. Pérez Aranibar correspondiente al año 1917*. Lima: Imprenta Torres Aguirre.
- SBPL (1920b). *Asilo Colonia de Magdalena*. Lima: Casa Editora M. Moral.
- Stegnaro, J. C. (2006). Evolución y situación actual de la historiografía de la psiquiatría en Argentina. *Frenia*, 6(1), 3-37.
- Stucchi-Portocarrero, S. (2015). El tratamiento moral y los inicios del manicomio en el Perú. *Revista de Neuropsiquiatría*, 78(3), 153-158.
- Stucchi-Portocarrero, S. (2018). Los cien años del Hospital Víctor Larco Herrera. *Acta Herediana*, 61(1), 59-67.
- Stucchi-Portocarrero, S. (2019). Apuntes sobre la locura en el Virreinato del Perú. *Revista de Neuropsiquiatría*, 82(1), 66-83.
- Stucchi-Portocarrero, S. (2022). *Loquerías, manicomios y hospitales psiquiátricos de Lima*. 2ª ed. Lima: UPCH.
- Techera, A.; Abud, I. y Borges, C. (2009). *La sociedad del olvido. Un ensayo sobre enfermedad mental y sus instituciones en Uruguay*. Montevideo: Universidad de la República.

- Torres Santibáñez, L. (2014). Tratamiento moral y condiciones de encierro en la Casa de Orates: Los límites del proceso de medicalización en Santiago, 1852-1891. *Revista de Historia Social y de las Mentalidades*, 18(1), 85-109.
- Ulloa, J. C. (1856). *Comentarios sobre la memoria presentada a la Sociedad de Beneficencia por el vice-director encargado de la dirección el año de 1855*. Lima: El Heraldo de Lima.
- Ulloa, J. C. (1859). *Huano (Apuntes económicos y administrativos)*. Lima: Tipografía de Aurelio Alfaro.
- Valdés, J. M. (1827). *Memoria sobre las enfermedades epidémicas que se padecieron en Lima el año de 1821 estando sitiada por el Ejército Libertador*. Lima: Imprenta de la Libertad por J. Masías.
- Valdés, M. (2021). Hospitales y modernización. El caso de las Hijas de la Caridad en los hospitales de Chile (1850-1900). *Asclepio*, 73(1), 1-11.
- Valdivia, O. (1964). *Historia de la Psiquiatría Peruana*. Lima: Gráfica Morson.
- Valdivia, O. (1989). *Panorama de la Psiquiatría en el Perú*. 2 vols. Lima: UNMSM.
- Valdizán, H. (1928). *Apuntes para la bibliografía médica peruana*. Lima: Imprenta Americana.
- Valdizán, H. (1923). *Diccionario de Medicina Peruana*. Tomo 1. Lima: Talleres Gráficos del Asilo “Víctor Larco Herrera”.
- Valdizán, H. (ed.) (1924). *Publicaciones médicas del doctor José Casimiro Ulloa*. Tomo 1. Lima: Talleres Gráficos del Asilo “Víctor Larco Herrera”.
- Valdizán, H. (ed.) (1925). *Publicaciones médicas del doctor José Casimiro Ulloa*. Tomo 2. Lima: Talleres Gráficos del Asilo “Víctor Larco Herrera”.
- Valdizán, H. (1929). *La Facultad de Medicina de Lima*. Tomo 3. Lima: s.e.
- Valdizán H. (1934). *Víctor Larco Herrera. El Hombre – La Obra*. Santiago: Imprenta Nascimento.
- Valdizán, H. (1938). *Diccionario de Medicina Peruana*. Tomo 2. Lima: Lima: Talleres Gráficos Hospital “Víctor Larco Herrera”.
- Valdizán, H. (1944). *Historia de la medicina peruana*. Lima: Ediciones Hora del Hombre.
- Valdizán, H. y Maldonado, A. (1922). *La Medicina Popular Peruana*. 3 vols. Lima: Imprenta Torres Aguirre.
- Vallejo, M. (2021). La neurosis en la medicina de Buenos Aires (1878-1900): Conceptos, figuraciones y respuestas terapéuticas. *Revista de Historia Social y de las Mentalidades*, 25(1), 65-110.
- Vaschetto, E. y Gutiérrez, J. (2020). Las locuras puerperales: una lectura comparada entre Argentina y Colombia, 1880-1950. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 27(4), 1245-1263.

- Vela de Lara, A. X. (1680). *Ordenanzas hechas por los señores virreyes don Francisco de Toledo, don Luis de Velasco, y marqués de Montesclaros, para la administración del Hospital Real de señor San Andrés, sus capitulaciones, y cédulas de su majestad para su mayor honor, y administración*. Lima: Imprenta de Manuel de los Olivos.
- Toledo, F. de (1989). *Francisco de Toledo: Disposiciones gubernativas para el virreinato del Perú, 1575-1580*. Sevilla: Escuela de Estudios Hispano-Americanos.
- Trazegnies, F. de (1992). *La idea de derecho en el Perú republicano del siglo XIX*. Lima: Fondo Editorial de la PUCP.
- Tropé, H. (2010). La Inquisición frente a la locura en la España de los siglos XVI y XVII. Manifestaciones, tratamientos y hospitales. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 30(106), 291-310.
- Tschudi, J. J. (1846). *Peru: Reiseskizzen aus den Jahren 1838-42*. Tomo 1. St. Gallen: Verlag von Scheitlin und Zollikofer.
- Tschudi, J. J. (1966). *Testimonio del Perú, 1838-1842*. Lima: P. L. Villanueva.
- Unanue, H. (1806). *Observaciones sobre el clima de Lima*. Lima: Imprenta Real de los Huérfanos.
- Yépez, C. (2022). *La luz de la mirada oculta: La psiquiatría en Quito (1892-1929)* [Tesis de maestría en Investigación en Historia]. Quito: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales.
- Yépez, C. (2025). Hospicio y Manicomio de Quito: sus múltiples usos como centro de acogida y espacio de terapéutica (1785-1918).
- Warren, A. (2009). Recetarios: sus autores y lectores en el Perú colonial. *Histórica*, 33(1), 11-41.

Anexos

Leyenda

Estado civil:

C: Casado

S: Soltero

V: Viudo

Condición:

G: Gratuito

P: Pagante

Raza:

A: Amarilla

B: Blanca

I: Indígena

Me: Mestizo

Mu: Mulato

N: Negro

Z: Zambo

Otros:

[s.d]: Sin datos

Fuentes empleadas

MHP HVLH, *[Registro de admisión del departamento de hombres del Hospicio de Insanos, 1859-1897]*, ff. 1-500.

MHP HVLH, *[Registro de admisión del departamento de mujeres del Hospicio de Insanos, 1859-1908]*, ff. 1-101, 120.

Observaciones

Se han omitido los nombres completos de los pacientes mencionados en esta tesis. En su lugar, se han utilizado únicamente sus iniciales para preservar su identidad.

Anexo N° 1. Registro de admisión del departamento de hombres del Hospicio de Insanos, 1859-1897																
N° de paciente	Lugar de nacimiento	Edad	Estado civil	Profesión	Fecha de ingreso	Condición	Remitente	Raza	Instrucción	Antecedentes	Causas	Diagnóstico	Fecha de terminación	Permanencia en días (aprox.)	N° de reingresos (aprox.)	Terminación
1	Lima	67	S	Sastre	28/01/1858	G	[s.d.]	B	Sabe leer y escribir	Antecedentes hereditarios bien marcados. Impulsiones homicidas con depresión melancólica.	Hereditarias	Demencia vesánica y senil	29/¿/1899	[s.d.]	0	Hemorragia naringea
2	[s.d.]	58	S	Cocinero	[s.d.]	G	[s.d.]	N	Nula	[s.d.]	Diversas	Demencia senil	10/09/1902	[s.d.]	0	Neumonía
3	Ica	20	S	Cigarrero	24/11/1863	G	[s.d.]	Me	[s.d.]	Aspecto, maneras, palabras y tendencias de una mujer. Presenta agitación, ideas religiosas, insomnio, extenuación.	Neurósicas	Locura neurósica	18/07/1899	[s.d.]	0	Cólera nostra
4	Lima	34	S	Jornalero	24/05/1864	G	Policia	Me	Sabe leer	Ideas de riqueza. Árboles de pesetas.	Alcohólicas	Locura incipiente, demencia incipiente	18/06/1910	16824	0	Insuficiencia mitral
5	Arequipa	27	S	Panadero	06/11/1866	G	Policia	I	Nula	No habla. Impulsiones criminales.	Ignoradas	Melancolia	25/06/1896	[s.d.]	1	Tuberculosis pulmonar
6	Nasáu	39	S	Dentista	19/09/1866	G	Policia	B	Sabe leer	Accidentes, persecución, delirio de grandeza.	Hereditarias	Demencia vesánica	28/03/1896	10783	0	Hemorragia
7	Guayaquil	29	S	Comerciante	14/05/1868	P	Familia	B	Completa	[Ininteligible]	Hereditarias	Locura periódica	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]
8	Lima	38	S	[s.d.]	22/04/1868	G	Policia	N	Nula	Último lugar de residencia: Reo rematado. Impulsiones licenciosas.	Ignoradas	Demencia vesánica	10/05/1897	10610	0	Lesión orgánica del corazón
9	Lima	36	C	Empleado	13/08/1869	[s.d.]	[s.d.]	B	Sabe leer	Consumo de alcohol. Hirió a su mujer. Manía	[s.d.]	Demencia incipiente	21/08/1896	9870	0	Insuficiencia
10	Arequipa	23	S	Sastre	07/07/1869	G	Municipalidad de Lima	I	Sabe leer	Enfermó a consecuencia de los temblores [terremoto] de 1868.	Hereditarias	Demencia vesánica	6/05/1901	[s.d.]	1	Tuberculosis pulmonar
11	Ayacucho	29	S	Estudiante	05/12/1869	P	Familia	B	Sabe leer	Impulsiones homicidas para su familia, suicida.	Hereditarias	Melancolia	24/09/1902	11980	0	Enteritis
12	España	29	S	Fletero	25/05/1871	G	[s.d.]	B	Sabe leer	Se dice que es trujillano en donde tiene hijas y sobrinas. Incoherencia constante.	Ignoradas	Demencia vesánica	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]
13	Ecuador	24	S	Ninguna	21/09/1871	G	Familia	B	Sabe leer	[s.d.]	Hereditarias	Demencia vesánica	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]	Fallecimiento
14	Ecuador	25	S	Zapatero	28/06/1871	G	[s.d.]	Me	Sabe leer	[s.d.]	Diversas	Demencia vesánica	17/03/1905	12315	0	Paquimeningitis hemorrágica
15	París	30	S	Comerciante	07/06/1872	G	Policia	B	Sabe leer y escribir	[s.d.]	Alcohólicas	Demencia orgánica	02/03/1896	8669	0	Hemorragia cerebral
16	Lima	13	S	Agricultor	15/10/1872	G	[s.d.]	Me	Nula	[s.d.]	Ignoradas	Demencia vesánica	18/06/1897	9012	0	Ateroma cerebral
17	Trujillo	21	S	Sastre	22/02/1872	G	[s.d.]	B	Sabe leer	[s.d.]	Ignoradas	Delirio crónico	13/11/1902	11221	0	Disenteria
18	Cajamarca	31	S	Estudiante	05/02/1875	P	Familia	B	Sabe leer	Estuvo un año en casa de Insanos de Francia. Ideas de grandeza. Viajó a Europa a estudiar. Excentricidades durante el viaje. Indiferencia, depresión, tristeza. Incendió una hacienda.	Hereditarias	Demencia vesánica	24/06/1916	15114	0	Fallecimiento
19	Ica	34	S	Agricultor	23/02/1875	G	[s.d.]	I	Nula	Alcohólico. Indiferencia, mutismo, insomnio, delirio.	Tóxicas	Demencia vesánica	18/05/1912	13597	0	Insuficiencia
20	Austria-Hungria	33	S	Comerciante	15/06/1875	G	[s.d.]	B	Sabe leer	Accidentes maniáticos crónicos.	Ignoradas	Demencia vesánica	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]
21	Arequipa	36	S	Presbítero	21/07/1876	P	[s.d.]	I	Sabe leer	Dos veces intentó suicidarse. Vida ascética. Ideas ambiciosas. Alucinaciones visuales y auditivas.	Hereditarias	Demencia vesánica	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]
22	Lima	[s.d.]	S	Ninguna	18/09/1876	[s.d.]	[s.d.]	B	Sabe leer	Se cree instruido en ciencias médicas. Estudia anatomía. Grafómano, alucinaciones.	Hereditarias	Locura moral, delirio crónico, locura sistematizada progresiva	13/01/1917	[s.d.]	2	Inanición
23	Chiclayo	[s.d.]	S	Militar	13/12/1877	G	[s.d.]	Me	No sabe leer ni escribir	[s.d.]	Ignoradas	Demencia vesánica	17/07/1878	216	0	Inanición
24	Lima	41	S	Presbítero	15/05/1878	P	[s.d.]	B	Sabe leer	[s.d.]	Neurósicas	Demencia incipiente	18/03/1896	6517	0	Tuberculosis pulmonar
25	Callao	25	S	Carpintero	18/06/1878	G	[s.d.]	I	Sabe leer	[s.d.]	Tóxicas	Demencia alcohólica	02/01/1898	7138	0	Disenteria
26	Callao	41	S	Herrero	27/08/1879	G	[s.d.]	Me	Escasa	Se cree Meiggs. Ideas de ambición.	[s.d.]	Locura sistematizada, paranoia expansiva	18/07/1919	14568	0	Síncope cardíaco

27	Chiclayo	31	V	Empleado	07/03/1879	G	[s.d.]	B	Sabe leer	Presentó como enfermedades anteriores accidentes sifilíticos. Presenta delirios ambiciosos, pulsiones	[s.d.]	Locura tóxica, sífilis, psicosis sifilítica	21/05/1881	[s.d.]	1	Reingresó
28	Callao	[s.d.]	C	Militar	19/11/1879	P	[s.d.]	B	Sabe leer	Excesos alcohólicos y de venus.	Hereditarias	Locura tóxica (alcohólica)	17/08/1916	13419	0	Tuberculosis pulmonar
29	España	28	S	Farmacéutico	04/08/1880	G	Familia	B	Completa	Risas, alucinaciones de la vista y del oído.	Hereditarias	Demencia vesánica	30/06/1900	5843	2	Inanición
30	Áncash	[s.d.]	S	Ninguna	15/09/1881	G	Policía	I	Sabe leer	[s.d.]	Ignoradas	Melancolía	30/07/1894	[s.d.]	2	Reingresó
31	Lima	18	S	Ninguna	04/07/1881	G	Familia	B	Nula	Tiene un hermano más enfermo. Funciones vegetativas normales. Signos degenerativos, palabra imperfecta, rie sin motivo.	Orgánicas, hereditarias	Idiotismo, imbecilidad	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]
32	Lima	28	S	[Ingeniero]	18/09/1881	G	Familia	Me	Sabe leer	[s.d.]	Hereditarias	Locura periódica, demencia vesánica	5/12/1907	[s.d.]	1	Absceso mesentérico
33	Lima	[s.d.]	S	Ninguna	27/09/1881	[s.d.]	[s.d.]	B	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]	Idiotismo	02/07/1893	4296	0	Tuberculosis pulmonar
34	Tacna	30	S	Militar	16/11/1882	G	[s.d.]	B	Sabe leer y escribir	Fue oficial y uno de los sobrevivientes de la batalla de Arica durante la guerra contra Chile.	Diversas	Locura moral sistematizada, demencia vesánica	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]
35	Holanda	36	S	Ingeniero	28/06/1882	G	[s.d.]	B	Completa	Estuvo viviendo en San Mateo y Chanchamayo cerca de tres años. Respecto a enfermedades anteriores, parece que tuvo una anemia muy profunda, consecutiva a tres ataques de pernicioso palúdica. Presenta accesos maniáticos, ideas de persecución.	Diversas	Locura moral sistematizada, demencia vesánica	29/06/1901	6940	0	Tuberculosis pulmonar
36	Génova	32	S	Comerciante	26/09/1882	G	[s.d.]	B	Mediana	Tuvo como último lugar de residencia Callao. Respecto a enfermedades anteriores, presentó accidentes sifilíticos, tumores gomosos, orquitis, chancro, hemorragias y cistitis, cefalalgia, vértigos, etc. Presenta manía furiosa, se arrojó de un tercer piso.	Infeciosas	Locura sífilica, demencia incipiente, demencia vesánica	9/07/1919	13434	0	Fallecimiento
37	Lima	41	C	Comerciante	10/08/1883	G	[s.d.]	B	Sabe leer y escribir	Alcoholismo.	[s.d.]	Demencia vesánica	06/06/¿?	[s.d.]	0	Fallecimiento
38	Lima	45	C	Propietario	17/01/1884	P	Familia	B	Completa	Excesos alcohólicos. Tendencias al suicidio, manía aguda.	[s.d.]	Locura periódica	01/05/1894	1347	4	Alta (curado)
39	Lima	47	S	Agricultor	14/05/1884	G	[s.d.]	N	Nula	Impulsiones criminales.	Alcohólicas	Demencia vesánica	15/12/1899	5693	0	Trasladado a
40	Italia	28	S	Jornalero	31/07/1884	G	Policía	B	Sabe leer	Alcoholismo.	Tóxicas	Manía crónica	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]
41	Alemania	24	S	Ingeniero	[s.d.]	P	[s.d.]	B	Superior	Lipemania con accesos de agitación.	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]	3	Insuficiencia mitral
42	Lima	42	S	Marinero	25/03/1884	[s.d.]	Policía	B	Sabe leer	Incoherencia de ideas, confusión, manía.	Hereditarias	Locura sistematizada	23/09/1895	4199	0	Disenteria
43	China	60	S	Jornalero	19/08/1885	G	Policía	A	Nula	Opio.	Tóxicas	Demencia tóxica (consumo de opio)	10/11/1898	4831	0	Tuberculosis pulmonar
44	China	43	S	Doméstico	12/08/1885	G	Policía	A	Nula	Opio.	Tóxicas	Demencia tóxica (consumo de opio)	01/11/1897	4464	0	Hemorragia protuberancial
45	Cajamarca	23	S	Estudiante	[¿?]/03/1885	[s.d.]	[s.d.]	I	Sabe leer y escribir	Opio.	[s.d.]	Melancolía	11/06/1894	72	0	Trasladado a Refugio
46	Lima	30	S	[s.d.]	14/03/1885	[s.d.]	[s.d.]	Me	Sabe leer y escribir	[s.d.]	[s.d.]	Locura alcohólica	11/11/1894 [sic]	[s.d.]	0	Estrechez del píloro
47	Lima	19	S	Ninguna	01/08/1885	G	Familia	B	Sabe leer	[s.d.]	Neurósicas	Locura neurósica (epiléptica)	4/05/1909	8675	0	Neumonía
48	Áncash	34	C	Plomero	02/04/1885	[s.d.]	Familia	I	Escasa	Delirio de persecución.	[s.d.]	Locura sistematizada	14/03/1895	19	0	Tuberculosis pulmonar
49	Huacho	16	S	[s.d.]	14/07/1886	G	[s.d.]	B	Sabe leer y escribir	[s.d.]	Ignoradas	Demencia vesánica	4/05/1900	5042	0	Trasladado a Refugio
50	Lima	27	S	Estudiante	18/09/1886	P	Familia	B	[s.d.]	Antecedentes hereditarios.	[s.d.]	Locura moral e impulsiva	18/02/1896	[s.d.]	1	Tuberculosis pulmonar
51	Lima	26	S	Ninguna	02/03/1886	P	[s.d.]	B	Buena	Dolores de cabeza, pérdida de memoria. Ataques epilépticos. Incoordinación de ideas, masturbación.	Neurósicas	Locura epiléptica	28/03/1897	[s.d.]	1	Hemorragia cerebral

52	Rusia	41	S	Comerciante	10/02/1886	[s.d.]	Hospital 2 de Mayo	B	Sabe leer	[s.d.]	[s.d.]	Locura periódica	05/11/1895	3555	0	Colerina
53	Pica	24	S	Ninguna	09/04/1886	G	[s.d.]	B	Sabe leer y escribir	Ideas de riqueza.	Ignoradas	Demencia vesánica	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]
54	Callao	45	C	Relojero	14/05/1886	G	Policia	Me	Sabe leer	Accesos violentos.	Ignoradas	Locura periódica	17/01/1911	9012	0	Tuberculosis
55	Arequipa	46	C	Sastre	13/12/1886	G	[s.d.]	Me	Sabe leer	[s.d.]	Neurósicas	Locura sistematizada, paranoia expansiva	17/07/1908	7886	0	Cáncer del hígado
56	Caraveli	51	V	Militar	04/03/1887	P	Policia	B	Sabe leer	[s.d.]	Orgánicas, alcohólicas	Demencia senil	08/11/1897	3902	0	Inanición
57	Grecia	26	S	Marinero	07/10/1887	[s.d.]	Policia	B	Sabe leer	[s.d.]	[s.d.]	Locura moral impulsiva	21/08/1895	2875	0	Tuberculosis pulmonar
58	Génova	45	C	Relojero	07/04/1887	P	[s.d.]	B	Sabe leer y escribir	Persecución, puntas eléctricas.	Alcohólicas	Locura periódica, alcoholismo, demencia vesánica	29/03/1887 [sic]	[s.d.]	0	Enterocolitis
59	Ecuador	37	V	Comerciante	09/04/1887	G	[s.d.]	I	Sabe leer	[s.d.]	Ignoradas	Melancolia	03/11/1898	4226	0	Alta
60	Yauyos	25	S	Agricultor	18/12/1887	G	Policia	I	Nula	[s.d.]	Ignoradas	Melancolia	31/01/1898	3697	0	Tuberculosis
61	Cochabamba	22	S	[s.d.]	07/04/1887	G	Policia	I	Nula	[s.d.]	[s.d.]	Melancolia	28/07/1898	4130	0	Tuberculosis pulmonar
62	Lima	25	S	Doméstico	23/11/1887	G	Policia	I	Nula	[s.d.]	[s.d.]	Demencia primitiva	2/05/1901	4908	0	Tuberculosis pulmonar
63	Callao	26	S	Carpintero	19/01/1887	G	Familia	B	Sabe leer	Enfermo desde 1881. Estuvo otra vez en el establecimiento.	Orgánicas	Idiotismo	22/03/1895	2984	0	Inanición
64	Lima	17	S	Ninguna	19/04/1887	G	Casa de Huérfanos	Me	Sabe leer y escribir	Accesos epilépticos.	[s.d.]	Idiotismo	¿2/08/1910	8503	0	Trasladado a Hospital 2 de
65	China	39	S	Cocinero	17/08/1888	G	Hospital 2 de Mayo	A	Sabe leer y escribir	Consumo de opio.	Tóxicas	Demencia vesánica	22/04/1905	6091	0	Arteriosclerosis
66	Lima	48	C	Empleado	21/10/1888	G	[s.d.]	B	Sabe leer y escribir	Consumo de alcohol. Síntomas de persecución. Impulsos homicidas. Se desnuda y exhibe en los colegios de niñas. Periodicidad de los accesos.	Tóxicas	Locura tóxica (alcohólica), paranoia persecutiva	11/12/1904	5894	0	Neumonía
67	Lima	47	C	Militar	27/01/1888	G	Hospital 2 de Mayo	B	Sabe leer	[s.d.]	Tóxicas	Locura tóxica (alcohólica)	28/06/1913	8824	1	Síncope cardíaco
68	Cajamarca	37	S	Militar	04/04/1888	G	[s.d.]	B	Sabe leer y escribir	Prisionero en Chile. Sífilis. Lesiones medulares. Alucinaciones y persecuciones.	[s.d.]	Locura sistematizada	06/08/1897	3411	0	Tuberculosis
69	Lima	25	S	Ninguna	03/08/1888	G	Asilo de Mendigos o	B	Sabe leer y escribir	[s.d.]	[s.d.]	Melancolia	02/03/1894	2037	1	Alta
70	Callao	26	S	Agricultor	10/05/1888	[s.d.]	Beneficencia de Lima	I	Nula	[s.d.]	[s.d.]	Demencia vesánica	03/04/1895	2519	0	Disenteria
71	China	45	S	[s.d.]	07/08/1888	G	Hospital 2 de Mayo	A	Nula	Agitado. Habla sin cesar. Insomnio.	[s.d.]	Manía aguda	15/01/1892	1256	0	Cáncer encefaloide
72	Cantón	30	S	Jornalero	13/09/1888	G	Hospital 2 de Mayo	A	Nula	Opio. Masturbación.	[s.d.]	Imbecilidad	26/03/1890	559	0	Neumonía gripal
73	Lambayeque	45	S	Cobrador	11/05/1888	G	Policia	I	Nula	Consumo de alcohol.	[s.d.]	Alcoholismo agudo	28/05/1888	17	0	Alta (curado)
74	Callao	40	S	[s.d.]	23/05/1888	G	Policia	Me	Nula	Hábitos alcohólicos.	[s.d.]	Alcoholismo agudo	28/05/1888	5	0	Alta (curado)
75	Canta	[s.d.]	S	Cocinero	10/02/1888	G	Hospital de Santa Ana	I	Nula	Consumo de alcohol.	[s.d.]	Delirio alcohólico	28/02/1888	18	0	Alta (curado)
76	Iquique	17	S	[s.d.]	28/05/1888	G	[s.d.]	Z	Nula	[s.d.]	[s.d.]	Manía aguda	21/05/1889	358	0	Alta (curado)
77	China	40	S	Jornalero	18/05/1888	G	Hospital 2 de Mayo	A	Nula	Opio y alcohol.	[s.d.]	Lipemania	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]
78	Huacho	60	C	Jornalero	21/12/1888	G	Hospital 2 de Mayo	N	Nula	[s.d.]	[s.d.]	Demencia orgánica	10/03/1889	79	0	Hemorragia cerebral
79	Lima	27	C	Carpintero	28/12/1888	G	Policia	B	Nula	[s.d.]	[s.d.]	Locura epiléptica	28/06/1889	[s.d.]	1	Reingresó

80	Lima	16	S	[s.d.]	10/10/1888	G	Familia	B	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]	Locura epiléptica	29/08/1888	42	0	Alta (aliviado)
81	Cusco	30	S	Calderero	19/04/1888	G	Policia	I	Nula	Alcohólico.	[s.d.]	Lipemania	08/05/1888	19	0	Alta (curado)
82	Génova	36	S	[s.d.]	15/09/1888	[s.d.]	Hospital Italiano	B	[s.d.]	Consumo de alcohol.	[s.d.]	Delirio alcohólico	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]
83	Lima	26	C	Zapatero	01/12/1888	G	Policia	Z	Nula	[s.d.]	[s.d.]	Idiotismo	17/12/1888	16	0	Alta (aliviado)
84	Ayacucho	67	S	Eclesiástico	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]	I	Regular	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]	23/12/1893	[s.d.]	0	Alta
85	Lima	56	C	Militar	17/03/1888	[s.d.]	Hospital de San Bartolomé	Z	[s.d.]	Hábitos alcohólicos.	[s.d.]	Mania aguda	31/03/1888	14	0	Alta (curado)
86	China	35	S	Herbolario	20/02/1888	G	[s.d.]	A	Nula	[s.d.]	[s.d.]	Lipemania	20/03/1888	29	0	Alta (curado)
87	Francia	56	C	Dorador	31/12/1888	[s.d.]	[s.d.]	B	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]	Mania aguda	19/08/1890	596	0	Fugó
88	Huancavelica	22	C	Militar	22/04/1888	[s.d.]	Hospital de San Bartolomé	I	Nula	Hábitos alcohólicos.	[s.d.]	[s.d.]	28/04/1888	6	0	Alta (curado)
89	Huaraz	30	S	Sacerdote, Presbítero	18/07/1888	[s.d.]	Hospital 2 de Mayo	I	[s.d.]	Hábitos alcohólicos.	[s.d.]	Delirio alcohólico	27/05/1892	77	1	Alta (no era enajenado)
90	Tarma	26	S	Militar	27/08/1888	[s.d.]	Hospital de San Bartolomé	B	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]	Lipemania	28/05/1889	274	0	Alta (curado)
91	Cañete	56	[s.d.]	Carpintero	08/07/1888	[s.d.]	[s.d.]	B	[s.d.]	Abuso de bebidas alcohólicas.	[s.d.]	Delirio alcohólico	06/11/1891	1216	0	Alta (curado)
92	Génova	52	C	Pulpero	12/09/1888	[s.d.]	Policia	B	[s.d.]	Abuso de bebidas alcohólicas.	[s.d.]	Delirio alcohólico	01/09/1888	73	0	Alta (curado)
93	Tarma	12	S	[s.d.]	02/06/1888	[s.d.]	Hospital 2 de Mayo	I	[s.d.]	Ataques epilépticos.	[s.d.]	Locura epiléptica	10/02/1891	983	0	Fiebre tifoidea
94	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]	17/12/1888	[s.d.]	[s.d.]	I	[s.d.]	Introducido por la fuerza por la policía. Ataques epilépticos.	[s.d.]	Locura neurósica (epiléptica)	27/11/1892	1441	0	Fallecimiento
95	Piura	33	[s.d.]	Cigarrero	21/01/1888	[s.d.]	Policia	Me	[s.d.]	Es la tercera vez que ingresa al asilo. Hábitos alcohólicos.	[s.d.]	Alcoholismo agudo	05/04/1891	474	6	Tifo-malaria
96	Lima	39	S	Jornalero	09/11/1888	[s.d.]	Policia	N	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]	Excitación maniaca	14/11/1888	5	0	Alta (curado)
97	Italia	25	S	Comerciante	20/01/1888	[s.d.]	Policia	B	[s.d.]	Hábitos alcohólicos.	[s.d.]	Mania aguda	03/03/1888	43	0	Alta (curado)
98	Lima	30	S	Soldado	20/02/1888	[s.d.]	Hospital de San Bartolomé	I	Nula	Alcoholismo agudo. Fuertes alucinaciones.	[s.d.]	Alcoholismo agudo	15/03/1888	24	0	Alta (curado)
99	Ica	28	S	Jornalero	02/03/1888	[s.d.]	Hospital 2 de Mayo	I	[s.d.]	Hábitos alcohólicos.	[s.d.]	Alcoholismo agudo	05/03/1888	3	0	Hepatitis supurada
100	Moquegua	34	S	Soldado	03/04/1888	[s.d.]	Hospital de San Bartolomé	I	Nula	[s.d.]	[s.d.]	Alcoholismo agudo	28/04/1888	25	0	Alta (curado)
101	Lima	7	S	Ninguna	16/10/1888	[s.d.]	Hospital 2 de Mayo	I	Nula	[s.d.]	[s.d.]	Locura epiléptica	24/09/1888 [sic]	[s.d.]	0	Alta (curado)
102	Italia	45	S	[s.d.]	13/06/1888	[s.d.]	Familia	B	[s.d.]	Enfermedad de muerte de los padres: Enfermedad crónica incurable. Causas físicas y morales: Abuso de bebidas alcohólicas.	[s.d.]	Delirio alcohólico	17/12/1888	187	0	Alta (curado)
103	Lima	32	S	[s.d.]	07/07/1888	[s.d.]	Policia	B	[s.d.]	Abuso de bebidas alcohólicas.	[s.d.]	Delirio alcohólico	10/08/1888	34	0	Alta
104	Lima	26	S	Talabartero	30/10/1889	G	Familia	Me	Nula	[s.d.]	Neurósicas	Locura periódica, lipemania	¿?/12/1919	10826	1	Fallecimiento
105	China	35	S	Mestizo	09/11/1889	G	Hacienda Estrella	A	Nula	[s.d.]	[s.d.]	Mania simple, opiomania	10/08/1894	[s.d.]	1	Fallecimiento
106	Camaná	33	S	Garitero	16/07/1888	G	Policia	N	Nula	[s.d.]	[s.d.]	Delirio alcohólico, demencia orgánica	09/01/1896	[s.d.]	1	Insuficiencia aórtica
107	Lima	21	S	Jornalero	30/11/1889	G	Policia	I	Escasa	[s.d.]	[s.d.]	Locura periódica	29/02/1889	275	0	Tuberculosis generalizada
108	Lima	36	C	Pintor	22/02/1889	G	Familia	Me	Primaria	[s.d.]	[s.d.]	Locura alcohólica	6/11/1903	5369	0	Tuberculosis pulmonar
109	Lima	25	S	Doméstico	20/05/1889	G	Asilo de Mendigos	N	Nula	Ha sido epiléptico en su infancia.	[s.d.]	Idiotismo, locura epiléptica	20/04/1889	[s.d.]	1	Reingresó

110	Callao	31	S	Estudiante	13/05/1889	[s.d.]	[s.d.]	B	Superior	Enfermedades anteriores: Fuerte caída con herida profunda en la cabeza en la unión del cerebro y pérdida de un fragmento del frontal. Presenta monomanía religiosa y frecuentes momentos de excitación. Tendencias suicidas.	[s.d.]	Locura sistematizada	28/09/1894	1927	1	Asfixia por bolo alimenticio
111	Ica	31	S	Estudiante	11/09/1889	G	Policía	I	Completa	[s.d.]	[s.d.]	Demencia vesánica	23/11/1894	1899	0	Alta (a petición de la familia)
112	Lima	20	S	Militar	12/06/1889	G	Policía	B	Sabe leer	Vagaba por calles y plazas. Incoherencia, periodos de excitación.	[s.d.]	Melancolía, demencia vesánica	7/02/1917	10100	0	Fallecimiento
113	Venezuela	32	S	Afinador de pianos	25/04/1889	G	Hospital 2 de Mayo	Me	Sabe leer y escribir	Accidentes, impulsiones suicidas en dos ocasiones.	[s.d.]	Locura neurósica (histérica)	2/01/1900	3904	0	Fugó
114	Cantón	45	S	Cocinero	10/10/1889	[s.d.]	Hospital 2 de Mayo	A	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]	Lipemania	21/01/1890	103	0	Consunción
115	[s.d.]	35	S	Zapatero	25/10/1889	[s.d.]	Policía	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]	Manía aguda	05/12/1889	41	0	Inanición
116	[s.d.]	24	S	Sacristán	02/11/1889	[s.d.]	Policía	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]	Monomanía religiosa	20/06/1890	230	0	Alta (a petición de la familia)
117	China	35	S	Jornalero	28/11/1889	[s.d.]	Policía	A	Nula	[s.d.]	[s.d.]	Manía simple	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]
118	China	45	S	Jornalero	07/12/1889	[s.d.]	Policía	Me	Nula	[s.d.]	[s.d.]	No enajenado	23/05/1891	[s.d.]	1	Reingresó
119	Lima	58	C	Agricultor	21/12/1889	[s.d.]	Hospital 2 de Mayo	Z	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]	Manía simple	28/12/1889	7	0	Afección orgánica del corazón
120	China	40	S	[s.d.]	25/12/1889	[s.d.]	[s.d.]	A	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]	Manía con alucinaciones	03/02/1890	40	0	Alta (curado)
121	Arequipa	40	[s.d.]	[s.d.]	01/07/1889	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]	Alcohólico.	[s.d.]	Locura alcohólica	10/08/1890	405	0	Tisis laringea
122	[s.d.]	26	S	[s.d.]	09/10/1889	[s.d.]	Policía	I	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]	Idiotismo	18/06/1893	1348	0	Congestión
123	Estados Unidos	[s.d.]	C	[s.d.]	23/10/1889	[s.d.]	[s.d.]	B	[s.d.]	Abuso del licor, satiriasis.	[s.d.]	Parálisis general atáscica	27/02/1890	127	0	Alta
124	Lima	36	S	Carretero	28/12/1889	G	Policía	Z	Nula	Los padres vivos y sanos. Reside en Lima en buenas condiciones. Hábitos alcohólicos, abuso de tabaco. Hace dos meses de una manera violenta presentó los primeros cambios. Delirios y alucinaciones, poco sueño y poco apetito.	[s.d.]	Delirio alcohólico	3/04/1909	373	1	Alta
125	Italia	25	C	Comerciante	26/02/1889	[s.d.]	[s.d.]	B	[s.d.]	Fue víctima de naufragio en Tambo de Mora. Malos negocios, disgustos domésticos.	[s.d.]	Lipemania	06/06/1889	100	0	Alta (licencia)
126	Italia	38	C	Comerciante	21/02/1889	[s.d.]	[s.d.]	B	[s.d.]	Enfermedades anteriores: Ataque cerebral, afección pulmonar. Presenta ideas de suicidio y odio a la familia.	[s.d.]	Delirio sistematizado progresivo	14/03/1890	386	0	Alta (a petición de la familia)
127	Camaná	20	S	Agricultor	16/07/1889	[s.d.]	Hospital Italiano	B	[s.d.]	Miembros de la familia sufrían de enajenación. Enfermedades anteriores: Fístula al ano.	[s.d.]	Manía periódica	27/08/1889	42	0	Trasladado a Hospital Francés para operación
128	China	48	S	Comerciante	02/03/1889	[s.d.]	[s.d.]	A	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]	Locura tóxica (opio)	1893	[s.d.]	0	Fallecimiento
129	España	47	[s.d.]	[s.d.]	18/12/1889	[s.d.]	Hospital 2 de Mayo	B	[s.d.]	Ha estado en el asilo varias veces. Enfermedades anteriores: Sífilis.	[s.d.]	Sífilis cerebral	09 /01/1890	22	0	Fallecimiento
130	Alemania	45	C	Carpintero	28/01/1889	P	Beneficencia Alemana	B	[s.d.]	Hace 7 meses sufrió un ataque cerebral. Reía y lloraba sin cesar.	[s.d.]	Lipemania	11/03/1890	407	0	Fallecimiento
131	Puno	15	[s.d.]	Militar	31/03/1889	[s.d.]	Hospital de San Bartolomé	I	[s.d.]	Este niño sufrió un gran susto en la escuela de cabos en donde se educaba.	[s.d.]	Manía aguda	16/01/ 1890	286	1	Alta
132	Lima	28	S	Comerciante	16/03/1889	[s.d.]	[s.d.]	B	[s.d.]	Antes había estado el 1883 y 1886.	[s.d.]	Delirio alcohólico	31/08/1889	168	0	Alta
133	Lima	27	S	[s.d.]	30/08/1889	[s.d.]	Hospital de San Bartolomé	B	[s.d.]	Hábitos alcohólicos.	[s.d.]	Delirio alcohólico	06/08/1889 [sic]	[s.d.]	0	Alta (curado)
134	China	35	S	Jornalero	03/09/1889	[s.d.]	Policía	A	[s.d.]	Hábitos alcohólicos.	[s.d.]	Delirio alcohólico	24/08/1889	10	0	Conmoción
135	[s.d.]	38	[s.d.]	Ingeniero	16/XX/1889	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]	Hábitos alcohólicos. Delirio furioso.	[s.d.]	Delirio alcohólico	12/03/1890	[s.d.]	0	Alta (curado)
136	Concepción	18	S	Ninguna	26/12/1889	[s.d.]	Hospital 2 de Mayo	[s.d.]	[s.d.]	Ataques epilépticos.	[s.d.]	Locura neurósica (epiléptica)	31/12/1891	735	0	Alta
137	China	39	S	[s.d.]	28/11/1889	[s.d.]	Policía	A	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]	20/05/1890	173	0	Neumonía gripal

138	China	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]	29/04/1889	[s.d.]	Beneficencia del Callao	A	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]	25/06/1889	57	0	Fallecimiento
139	[s.d.]	30	S	Periodista	13/04/1889	[s.d.]	Policía	[s.d.]	[s.d.]	Enfermedades anteriores: Ataques epilépticos. Abuso del alcohol, exceso de trabajo mental.	[s.d.]	Delirio alcohólico	15/05/1889	32	0	Alta (mejorado)
140	Lambayeque	43	S	[s.d.]	29/08/1889	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]	Abandonado en Europa sin recursos. Burlas y mofa de la juventud de Lima y burla del amor de una niña.	[s.d.]	Manía aguda	10/08/1889 [sic]	[s.d.]	0	Fallecimiento
141	Lima	15	S	Ninguna	25/12/1889	[s.d.]	[s.d.]	B	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]	Locura neurósica (epiléptica)	08/05/1893	1230	0	Congestión cerebral
142	Italia	40	[s.d.]	Carretero	25/09/1889	[s.d.]	Policía	B	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]	Locura alcohólica	21/07/1890	299	0	Consunción
143	[s.d.]	35	S	Calderero	27/10/1889	[s.d.]	Policía	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]	Melancolía con estupor	05/11/1889	9	0	Alta (a petición de la familia)
144	Tarma	25	S	Jornalero	02/02/1889	G	Hospital 2 de Mayo	I	Nula	[s.d.]	[s.d.]	Lipemania	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]
145	China	57	S	Jornalero	01/08/1889	[s.d.]	Hospital 2 de Mayo	A	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]	Idiotismo	01/08/1889	0	0	Disenteria
146	Lima	32	S	Empleado	20/04/1889	[s.d.]	Hospital 2 de Mayo	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]	Lipemania	05 /01/1891	625	0	Alta
147	Ecuador	47	C	[s.d.]	06/12/1889	[s.d.]	Hospital 2 de Mayo	B	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]	Manía simple	05/01/1890	30	0	Alta (curado)
148	Huancavelica	40	S	Militar	30/05/1889	[s.d.]	Policía	I	[s.d.]	Hábitos alcohólicos.	[s.d.]	Locura alcohólica	04/06/1889	5	0	Congestión cerebral
149	Tacna	10	S	[s.d.]	27/06/1889	[s.d.]	Policía	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]	Manía tranquila	27/06/1889	0	0	Trasladado a
150	España	26	S	[s.d.]	04/01/1890	[s.d.]	Policía	B	Sabe leer y escribir	Remitido de Ocopa. Llegó descualzo.	[s.d.]	Demencia vesánica	02/03/1894	1518	0	Trasladado a Refugio
151	Lima	35	V	Comerciante	19/04/1890	G	Familia	B	Completa	Consumo de alcohol. Impulsiones violentas y raras. Estigmas de degeneración. Incoherencia en sus ideas. Nosomanía.	Hereditarias	Locura alcohólica	4/02/1912	7960	0	Fallecimiento
152	Callao	23	S	Comerciante	24/10/1890	P	Familia	B	Mediana	Último lugar de residencia: Callao, condiciones las del lugar. Delirio maniaco, alucinaciones variadas.	Hereditarias	Locura moral, locura neurósica	16/12/1905	5531	0	Tuberculosis pulmonar
153	España	49	S	Religioso	21/06/1890	G	[s.d.]	B	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]	Locura neurósica (histérica)	18/02/1902	4321	1	Trasladado a Refugio
154	España	45	S	[s.d.]	19/12/1890	G	Convento	B	Instruido	Llegó descualzo.	Diversas, hereditarias	Locura neurósica	11/11/1911	395	1	Tuberculosis generalizada
155	Dalmacia	59	S	Minero	22/11/1890	G	Policía	B	Sabe leer y escribir	Locuacidad, ideas de crítica. Se dedica al dibujo, pintura, etc.	Ignoradas	Locura sistematizada	10/08/1903	4643	0	Alta
156	Mala	47	C	Agricultor	23/10/1890	G	Policía	N	Nula	[s.d.]	Tóxicas	Locura alcohólica, delirio alcohólico	29/06/1903	4631	0	Tuberculosis
157	Ica	42	S	Militar	01/02/1890	G	Policía	B	Sabe leer y escribir	Hábitos alcohólicos. Aseguró: "¿En donde hay un iqueño que no sea borracho?".	Tóxicas	Locura tóxica (alcohólica)	16/08/1899	3204	1	Enteritis
158	Lima	19	S	Cigarrero	02/01/1890	G	Policía	B	Regular	Epilepsia.	Neurósicas	Locura neurósica (epiléptica)	11/05/1913	8529	0	Ataques subintrantes de
159	Lima	29	S	Sastre	11/01/1890	G	Policía	N	[s.d.]	Alcoholismo. Enfermedades anteriores: Histeria.	Neurósicas	Locura neurósica (histérica)	27/05/1905	5152	1	Acceso cerebral
160	Tacna	26	S	Estudiante	10/01/1890	P	Familia	B	Mediana	Había estado antes de 1883.	Hereditarias	Demencia vesánica incipiente	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]
161	Lima	39	S	Ninguna	21/11/1890	P	Familia	B	Escasa	[s.d.]	Hereditarias	Locura neurósica, idiotismo	19/12/1900	175	0	Coma diabético
162	Mala	20	S	Agricultor	28/08/1890	G	[s.d.]	I	Sabe leer y escribir	Enfermedades anteriores: Delirium tremens, varias veces. Abuso de alcohol. Incoherencia en sus ideas. Viajes pensados de Europa que no conoce.	[s.d.]	Locura alcohólica, melancolía	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]
163	Estados Unidos	48	C	Maquinista	15/12/1890	[s.d.]	Maison de Santé	B	Regular	A la persecución del primer periodo sobrevino delirio religioso. Rezos, ayunos. Alimentación forzada.	[s.d.]	Locura tóxica (alcohólica)	12/05/1894	1244	0	Nefritis parenquimatosa

164	Lambayeque	30	S	Estudiante	15/02/1890	P	[s.d.]	B	Completa	[s.d.]	[s.d.]	Melancolía	02/06/1890	107	0	Alta
165	Australia	43	C	Comerciante	01/04/1890	P	[s.d.]	B	Sabe leer y escribir	Enfermedades anteriores: Caída en el río, ataque cerebral, hemiplejía.	[s.d.]	Locura tóxica y orgánica, sífilis.	09/02/1896	2140	0	Embolia cerebral
166	Lima	24	S	Militar	10/07/1890	G	Policía	Me	Sabe leer	[s.d.]	Hereditarias	Locura periódica	24/10/1901	[s.d.]	3	Reingresó
167	Lima	36	S	Ninguna	04/01/1890	G	Policía	Me	Nula	[s.d.]	[s.d.]	Locura moral e impulsiva, demencia vesánica	31/07/1915	9338	0	Fallecimiento
168	Arequipa	23	S	Zapatero	27/02/1890	G	Hospital 2 de Mayo	I	Nula	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]	09/04/1890	41	0	Tuberculosis pulmonar
169	China	49	S	Carnicero	12/05/1890	G	Hospital 2 de Mayo	A	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]	Locura alcohólica	19/07/1890	68	0	Consunción
170	China	42	S	Jornalero	28/06/1890	G	Policía	A	Nula	No enajenado. Enfermedades anteriores: Cólico hepático.	[s.d.]	Manía simple	13/07/1890	15	0	Alta
171	Cantón	55	S	Cocinero	29/09/1890	G	Hospital 2 de Mayo	A	Nula	[s.d.]	[s.d.]	Locura tóxica (opio)	18/03/1893	901	0	Alta (curado)
172	Cantón	46	S	Jornalero	15/10/1890	G	Hospital 2 de Mayo	A	Nula	[s.d.]	[s.d.]	Lipemania	07/11/1890	23	0	Alta (mejorado)
173	China	45	S	Cocinero	29/10/1890	G	Policía	A	Nula	[s.d.]	[s.d.]	Locura tóxica (opio)	15/11/1892	742	1	Alta (curado)
174	Francia	32	S	Carnicero	23/05/1890	G	[s.d.]	B	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]	Manía aguda	¿2/12/1890	192	0	Alta (a petición de la familia)
175	Lima	80	S	Ninguna	03/05/1890	G	Policía	N	Nula	[s.d.]	[s.d.]	Alcoholismo agudo	13/05/1890	10	0	Fallecimiento
176	China	40	S	Jornalero	04/07/1890	G	Hospital 2 de Mayo	A	Nula	Intentó suicidarse abriéndose la tráquea con un cuchillo. Molestaba a los enfermos.	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]
177	Italia	34	[s.d.]	Empleado	11/07/1890	G	Hospital 2 de Mayo	B	Regular	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]	31/08/1890	51	0	Alta (a petición de la familia)
178	Cerro de Pasco	24	S	Cigarrero	19/08/1890	G	Policía	Me	Nula	[s.d.]	[s.d.]	Manía simple	17/03/1891	210	0	Fugó
179	Cajamarca	26	S	Empleado	04/08/1890	G	Hospital 2 de Mayo	B	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]	Manía estuporosa	17/03/1891	225	0	Alta (curado)
180	Pativilca	40	S	Soldado	19/12/1890	G	Hospital de San Bartolomé	Me	Nula	[s.d.]	[s.d.]	Intoxicación alcohólica	08/01/1890	345	0	Alta (curado)
181	Lima	15	S	Ninguna	02/05/1890	G	Policía	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]	Locura epiléptica	16/05/1890	14	0	Alta (mejorado)
182	Lima	57	[s.d.]	Sirviente	02/05/1880	G	Policía	N	Nula	[s.d.]	[s.d.]	Locura alcohólica	10/05/1891	[s.d.]	0	Hemorragia
183	Colombia	55	C	Tenedor de libros	19/11/1890	[s.d.]	Hospital 2 de Mayo	B	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]	Demencia orgánica	27/07/1892	616	0	Demencia orgánica
184	Austria	54	S	Marinero	11/02/1890	[s.d.]	[s.d.]	B	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]	Parálisis general de los enajenados	26/08/1891	561	0	Fallecimiento
185	Italia	40	[s.d.]	Marinero	05/08/1890	[s.d.]	[s.d.]	B	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]	Parálisis general	16/09/1890	42	0	Gangrena simétrica
186	Lima	16	S	Ninguna	23/03/1890	G	Policía	N	Nula	[s.d.]	[s.d.]	Imbecilidad	08/08/1890	138	0	Consunción
187	Canta	25	S	Militar	13/08/1890	G	Hospital de San Bartolomé	[s.d.]	Nula	[s.d.]	[s.d.]	Locura moral impulsiva	17/06/1892	674	0	Alta (curado)
188	Pomabamba	38	C	Soldado	05/11/1890	G	Hospital de San Bartolomé	Me	Nula	Altanero en sus palabras y acciones. Exige se le de alta por creerse bueno.	[s.d.]	Locura tóxica (alcohólica)	21/08/1892	470	1	Consunción
189	Lima	38	S	[s.d.]	12/08/1890	G	[s.d.]	Me	Nula	[s.d.]	[s.d.]	Locura moral	10/11/1893	1186	0	Pericarditis con derrame
190	Lima	50	[s.d.]	[s.d.]	06/10/1890	G	Asilo de Mendigos	N	Nula	[s.d.]	[s.d.]	Demencia senil	31/10/1890	25	0	Neumonía
191	Huanta	42	S	Carpintero	25/02/1890	G	Policía	I	Nula	[s.d.]	[s.d.]	Imbecilidad alcohólica	14/04/1890	48	0	Afección orgánica del corazón
192	Inglaterra	[s.d.]	C	Comerciante	08/08/1890	[s.d.]	[s.d.]	B	[s.d.]	Mal estado de negocios y declaración de quiebra. Casado con mujer loca. Intentó suicidarse.	[s.d.]	Manía suicida	01/09/1890	38	0	Alta (a petición de la familia)
193	Junín	40	S	[s.d.]	12/11/1890	G	Familia	N	Nula	[s.d.]	[s.d.]	Parálisis general	08/05/1892	543	0	Hemorragia
194	Trujillo	36	S	Comerciante	21/01/1890	G	Policía	B	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]	Lipemania	04/06/1890	134	0	Fallecimiento

195	China	37	S	[s.d.]	30/07/1890	G	Policia	A	Nula	Temblores en los miembros superiores. No puede sostenerse de pie porque cae. Tampoco puede andar.	[s.d.]	Parálisis general	03/11/1890	96	0	Diarrea crónica
196	[s.d.]	36	C	[s.d.]	30/04/1890	G	Policia	Me	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]	Lipemania	27/05/1890	27	0	Inanición
197	Lima	50	C	Militar	20/10/1890	G	Policia	B	[s.d.]	Durante la guerra con Chile tuvo una molestia con un negro en una hacienda, quien lo amenazó. Algunos amigos quisieron sacar provecho de esta idea para explotarlo; por cuyo motivo, ante el temor de la persecución, se encerró en su casa, intentando suicidarse.	[s.d.]	Delirio de persecución simple	21/05/1891	213	0	Alta (aliviado)
198	[s.d.]	36	S	Ninguna	02/01/1890	G	Policia	Me	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]	Locura alcohólica	18/07/1890	197	0	Disenteria
199	Cantón	56	S	Comerciante	15/10/1890	G	Hospital 2 de Mayo	A	Escasa	[s.d.]	[s.d.]	Locura tóxica (opio)	28/02/1891	136	0	Marasmo opiáceo
200	Lima	48	S	Presbítero	06/12/1890	[s.d.]	[s.d.]	B	Buena	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]	17/12/1890	11	0	Congestión
201	No identificado	38	S	Ninguna	10/02/1890	G	Asilo de Mendigos	B	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]
202	Alemania	20	S	Ninguna	13/05/1890	G	Policia	B	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]	Mania simple	05/11/1890	176	0	Alta (mejorado)
203	Lima	19	S	Estudiante	10/07/1890	[s.d.]	[s.d.]	B	[s.d.]	Es la segunda vez que ingresa.	[s.d.]	Mania periódica	29/03/1891	262	0	Alta (mejorado)
204	Huacho	15	S	Ninguna	15/10/1890	G	Hospital 2 de Mayo	B	Escasa	[s.d.]	[s.d.]	Catalepsia	24 /01/ 1891	101	0	Consumción
205	China	37	S	Jornalero	18/06/1890	G	Policia	A	Nula	[s.d.]	[s.d.]	Mania leve	13/07/1890	25	0	Alta
206	China	46	S	Jornalero	30/12/1890	G	Policia	A	Nula	[s.d.]	[s.d.]	Parálisis general	14/06/1891	166	0	Fallecimiento
207	Lima	34	S	[s.d.]	21/02/1890	G	Policia	B	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]	Melancolia	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]
208	Lima	30	S	Ninguna	30/11/1891	P	Familia	N	Completa	Delirio de persecuciones. Impulsiones suicidas.	Hereditarias	Locura de los degenerados, locura moral, accesos impulsivos, locura epiléptica	17/02/1914	6970	3	Inanición
209	Lima	36	C	Comerciante	16/02/1891	P	Familia	B	Sabe leer	Persecuciones, electricidad, puntos de fuego.	Diversas, herencia, alcohólicas	Locura sistematizada, locura moral impulsiva, paranoia persecutiva	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]
210	Puno	19	S	Comerciante	07/12/1891	G	Familia	I	Sabe leer y escribir	[s.d.]	[s.d.]	Melancolia, idiotismo	31/08/1896	1729	0	Tuberculosis pulmonar
211	Huancayo	29	S	Militar	26/09/1891	G	Hospital de San Bartolomé	I	Sabe leer y escribir	Delirio de persecución	Tóxicas	Locura alcohólica, demencia	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]
212	Lima	36	C	Profesor	20/10/1891	P	[s.d.]	Me	Sabe leer	Delirio religioso, accesos impulsivos, persecución, ataque violeto al médico.	[s.d.]	Delirio sistematizado progresivo	01/06/1891	141	0	Tuberculosis generalizada
213	Chincha	38	C	Cigarrero	16/04/1891	G	Policia	Me	Sabe leer	[s.d.]	Tóxicas	Locura sistematizada, paranoia expansiva	23/01/1915	8639	1	Fugó
214	Callao	29	S	Intérprete	02/06/1891	[s.d.]	Policia	B	Sabe leer	[s.d.]	[s.d.]	Locura neurósica (epiléptica)	12/03/1895	1379	0	Esplenitis supurada
215	Arica	53	C	Cigarrero	10/01/1891	G	Policia	Me	Sabe leer	[s.d.]	Diversas, tóxicas	Locura sistematizada, delirio crónico, paranoia persecutiva	18/05/1910	7066	0	Sin especificar
216	China	38	S	Jornalero	16/07/1891	G	Policia	A	Nula	Opio. Alucinaciones y excentricidades.	Consumo de opio	Locura tóxica (opio), paranoia expansiva	15/02/1905	4860	1	Fugó
217	Tacna	27	S	Sastre	22/07/1891	G	Policia	Me	Sabe leer	[s.d.]	[s.d.]	Locura tóxica, alcohol, melancolia	16/07/1900	3281	0	Tuberculosis pulmonar
218	Chancay	46	S	Jornalero	11/01/1891	G	Policia	Z	Nula	[s.d.]	[s.d.]	Locura alcohólica	23/09/1909	4728	4	Hemorragia
219	Piura	20	S	Ninguna	03/05/1891	G	Policia	B	Nula	La madre sufrió mucho en el embarazo. El paciente tuvo como enfermedades anteriores: Ataques epilépticos, asimetría craneal, anquilosis rodilla derecha.	[s.d.]	Idiotismo	28/09/1895	1609	0	Peritonitis aguda

220	Cusco	31	C	Agricultor	03/11/1891	P	[s.d.]	B	[s.d.]	Melancolía, accidentes de persecución, impulsiones al suicidio, falta de sentido moral.	Hereditarias	Melancolía	24/02/1903	3593	1	Tuberculosis intestinal
221	China	39	S	Cigarrero	07/05/1891	G	Policía	A	Nula	[s.d.]	Tóxicas	Locura tóxica (opio)	3/04/1900	3253	0	Insuficiencia mitral
222	Lima	35	S	Agricultor	21/10/1891	P	Maison de Santé	B	Sabe leer	Delirio de grandeza.	Hereditarias, tóxicas	Locura tóxica (alcohólica), demencia vesánica	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]
223	Lima	43	[s.d.]	Comerciante	08/05/1891	G	[s.d.]	B	Sabe leer	Antecedentes hereditarios y alcohólicos, impulsiones furiosas, gritos destemplados, ideas de grandeza.	Hereditarias, tóxicas	Locura tóxica (alcohólica)	04/03/1891 [sic]	[s.d.]	0	Oclusión intestinal
224	Paita	30	V	Ingeniero mecánico	10/10/1891	G	[s.d.]	B	[s.d.]	Alteraciones afectivas y en la ideación, melancolía, depresión, excesos de trabajo mental.	Tóxicas	Demencia melancólica incipiente, melancolía	6/10/1918	9857	0	Meningoencefalitis
225	Huari	14	S	Estudiante	17/11/1891	G	Policía	B	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]	Delirio agudo	22/03/1892	126	0	Alta (curado)
226	China	72	S	Jornalero	31/03/1891	G	Asilo de Mendigos o	A	Nula	[s.d.]	[s.d.]	Parálisis general progresiva	05/12/1893	980	0	Trasladado a Refugio
227	China	48	S	Jornalero	26/08/1891	G	Policía	A	Nula	[s.d.]	[s.d.]	Locura tóxica	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]
228	China	53	S	Jornalero	01/05/1891	G	Hospital 2 de Mayo	A	Nula	[s.d.]	[s.d.]	No enajenado	16/05/1891	15	0	Alta
229	Lima	21	S	Ninguna	10/05/1891	G	Policía	Me	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]	Idiotismo	¿2/06/1893	753	0	Trasladado a
230	China	60	S	Jornalero	25/05/1891	G	Policía	A	Nula	[s.d.]	[s.d.]	Locura tóxica (opio)	06/04/1890	414	0	Trasladado a
231	Ayacucho	48	S	Mayordomo	06/05/1891	G	[s.d.]	B	Escasa	[s.d.]	[s.d.]	Melancolía	25/04/1892	355	0	Nefritis supurada
232	Lambayeque	45	S	Zapatero	12/05/1891	G	Policía	Me	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]	Locura epiléptica	25/02/1893	655	0	Hemorragia cerebral
233	Jauja	29	C	Sastre	07/10/1891	G	Policía	I	Nula	Alcohólico.	[s.d.]	Locura tóxica (alcohólica)	01/06/1892	168	1	Alta
234	Lima	45	C	Militar	02/01/1891	G	Hospital de San Bartolomé	B	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]	Manía religiosa	10/12/1891	342	0	Hemorragia cerebral
235	Áncash	44	V	Carpintero	22/08/1891	G	Hospital 2 de Mayo	Me	Nula	[s.d.]	[s.d.]	Locura tóxica (alcohólica)	20/05/1892	272	0	Alta (curado)
236	Lima	54	S	Comerciante	25/10/1891	G	Policía	B	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]	Locura tóxica (alcohólica)	27/04/1892	185	0	Alta (curado)
237	Lima	34	S	Pintor	02/07/1891	G	Policía	Z	Nula	Ataques epilépticos, abuso del alcohol, ataques de furia, alucinaciones e ilusiones.	[s.d.]	Locura tóxica (alcohólica)	15/11/1891	136	0	Alta (curado)
238	Lima	27	S	Estudiante	23/09/1891	G	Policía	Z	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]	Locura moral	¿2/12/1893	800	0	Alta
239	Junin	24	S	Escultor	26/05/1891	G	Policía	I	Nula	[s.d.]	[s.d.]	Melancolía	06/12/1897	2386	0	Tabes mesentérica
240	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]	Locura periódica	30/05/1893	[s.d.]	0	Insuficiencia mitral
241	Trujillo	40	S	Colchonero	13/03/1891	G	Policía	B	Escasa	[s.d.]	[s.d.]	Locura alcohólica (delirio periódico)	06/06/1891	85	0	Alta (curado)
242	Chincha	34	C	Tonelero	15/08/1891	G	Hospital 2 de Mayo	Me	Nula	Ataques de delirium tremens por abuso de bebidas.	[s.d.]	Locura tóxica (alcohólica)	04/02/1892	173	0	Hemorragia cerebral
243	Huanta	46	C	Zapatero	06/11/1891	G	[s.d.]	B	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]	Delirio alcohólico	03/03/1892	118	0	Alta (curado)
244	Paucartambo	(43) 17 [sic]	S	Militar	06/08/1891	G	Hospital de San Bartolomé	I	Nula	[s.d.]	[s.d.]	Manía aguda	15/11/1892	467	0	Alta (curado)
245	Francia	60	C	Cerrajero	14/08/1891	G	[s.d.]	B	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]	No enajenado	09/09/1891	26	0	Alta
246	Lima	17	S	Ninguna	07/01/1891	G	Policía	Mu	Nula	[s.d.]	[s.d.]	Locura tóxica (alcohólica)	12/01/1891	5	0	Fugó
247	Jauja	18	S	[s.d.]	30/06/1891	G	[s.d.]	I	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]	Locura neurótica (cataléptica)	17/01/1893	567	0	Alta (curado)
248	Moquegua	20	S	Albañil	27/04/1891	G	Policía	Me	Nula	[s.d.]	[s.d.]	Manía aguda	14/10/1891	170	0	Alta (curado)
249	Italia	60	S	[s.d.]	12/07/1891	G	Policía	B	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]	Locura tóxica (alcohólica)	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]

250	Lambayeque	38	S	Plumario	20/06/1891	G	Policía	Me	Escasa	[s.d.]	[s.d.]	Locura alcoholismo (forma epiléptica)	26/07/1893	767	0	Disenteria
251	Lima	35	S	[s.d.]	15/10/1890	G	Hospital 2 de Mayo	N	Nula	[s.d.]	[s.d.]	Delirio alcohólico	09/08/1891	298	0	Fallecimiento
252	Chancay	17	S	Ninguna	20/05/1891	G	Policía	Me	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]	Imbecilidad	06/07/1891	47	0	Alta
253	Lima	20	S	[s.d.]	18/06/1891	G	Policía	Me	Nula	[s.d.]	[s.d.]	Locura neurótica (histérica)	06/10/1891	110	0	Lesión orgánica del corazón
254	Lima	38	S	Zapatero	07/12/1891	G	[s.d.]	Me	Nula	[s.d.]	[s.d.]	Locura tóxica (alcohólica)	23/12/1893	747	0	Alta
255	Lima	19	S	Ninguna	13/03/1891	G	Policía	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]	Locura catatónica (catalepsia)	23/08/1891	163	0	Alta (curado)
256	Lima	32	S	Colchonero	28/03/1891	G	Hospital 2 de Mayo	Me	Nula	[s.d.]	[s.d.]	Manía aguda	15/11/1892	598	0	Alta (curado)
257	Lima	27	C	Albañil	03/11/1891	G	[s.d.]	B	Nula	Consumo de alcohol.	[s.d.]	Locura alcohólica aguda	25/11/1891	22	0	Alta (curado)
258	Huánuco	35	S	Presbítero	10/12/1891	[s.d.]	Hospital 2 de Mayo	Me	[s.d.]	Bebidas alcohólicas.	[s.d.]	Locura tóxica (alcohólica)	13/06/1892	186	0	Alta (curado)
259	Lima	42	V	Comerciante	08/05/1891	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]	Recorría las calles insultando y vociferando a las personas que eran víctimas de sus ataques.	[s.d.]	Locura tóxica (alcohólica)	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]
260	Lima	36	S	Militar	27/08/1891	G	Policía	B	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]	Locura tóxica (alcohólica)	21/09/1891	25	0	Alta (curado)
261	Arequipa	48	C	Maestro	11/07/1891	G	Policía	B	Buena	[s.d.]	[s.d.]	Locura tóxica (alcohólica)	08/05/1892	302	0	Nefritis parenquimatosa
262	Alemania	27	S	Marinero	22/08/1891	G	Hospital 2 de Mayo	B	Buena	[s.d.]	[s.d.]	Locura tóxica (alcohólica)	23/04/1892	245	0	Alta (curado)
263	China	60	S	Hotelero	16/09/1891	G	Policía	A	Nula	[s.d.]	[s.d.]	Locura tóxica (opio)	06/06/1893	629	0	Fiebre infecciosa
264	Lima	[s.d.]	S	Cigarrero	18/11/1892	G	Ministro de Justicia	Me	Sabe leer y escribir	[s.d.]	[s.d.]	Demencia primitiva	13/11/1902	3646	0	Enteritis tuberculosa
265	China	[s.d.]	S	Cocinero	01/12/1892	G	[s.d.]	A	Nula	Opio	[s.d.]	Demencia tóxica	6/12/1907	5192	1	Cólico apendicular
266	Lima	30	S	[s.d.]	18/11/1892	G	Ministro de Justicia	Me	Sabe leer y escribir	[s.d.]	[s.d.]	Demencia primitiva, demencia vesánica	7/12/1913	7688	0	Inanición
267	Italia	35	S	Artésano	25/08/1892	G	Beneficencia Italiana	B	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]	Locura sistematizada	24/09/1899	2586	0	Tuberculosis pulmonar
268	Malta	45	S	Marinero	27/01/1892	P	[s.d.]	B	Nula	Amnesia, ideas de grandeza.	Diversas	Locura sistematizada, paranoia persecutiva	1/03/1907	5511	0	Tuberculosis pulmonar
269	Lima	19	S	Ninguna	16/09/1892	G	Asilo de Mendigos o	I	Nula	Melancolía.	Ignoradas	Idiotismo	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]
270	Suecia	66	S	Calderero	08/02/1892	G	Asilo de Mendigos o	B	Escasa	[s.d.]	Orgánicas	Demencia senil	07/07/1899	2706	0	Enteritis
271	Cajamarca	30	S	Peluquero	19/10/1892	G	Hospital 2 de Mayo	B	Sabe leer y escribir	Accesos de agitación.	[s.d.]	Melancolia	14/11/1904	4408	0	Trasladado a Refugio
272	Lima	41	S	[s.d.]	27/08/1892	G	Policía	B	Sabe leer y escribir	[s.d.]	[s.d.]	Demencia alcohólica, idiotismo	02/03/1894	552	0	Trasladado a Refugio
273	Tarapacá	28	S	Jornalero	08/03/1892	G	Policía	B	Escasa	Grita mucho.	[s.d.]	Melancolia, locura tóxica (alcohólica)	20/11/1909	6465	0	Alta (curado)
274	Nepeña	23	S	Agricultor	18/11/1892	G	Ministro de Justicia	Me	Nula	[s.d.]	[s.d.]	Demencia primitiva	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]
275	Supe	20	S	Estudiante	10/07/1892	P	Familia	B	[s.d.]	[s.d.]	Exceso de estudio	Locura sistematizada, mania y delirio agudo	07/07/1897	1613	1	Alta (curado)

276	China	46	S	Jornalero	10/03/1892	G	Policia	A	Sabe leer y escribir	[s.d.]	Consumo de opio	Locura sistematizada	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]
277	Perú	40	C	Carretero	22/05/1892	G	Policia	I	Sabe leer	[s.d.]	[s.d.]	Melancolia	03/06/1897	1838	0	Fiebre infecciosa
278	Arequipa	34	V	Agricultor	18/11/1892	G	Ministro de Justicia	I	Sabe leer	[s.d.]	[s.d.]	Locura impulsiva	26/11/1902	3659	0	Tuberculosis pulmonar
279	Tarma	41	C	Militar	[s.d.]	G	[s.d.]	B	Completa	Ideas de persecución. Odio a su esposa e hija. Temores de envenenamiento.	[s.d.]	Locura sistematizada periódica	04/05/1894	[s.d.]	0	Alta
280	China	40	S	Jornalero	07/01/1892	G	Hospital Guadalupe	A	Nula	[s.d.]	[s.d.]	Locura tóxica (opio)	10/04/1892	94	0	Enteritis
281	China	45	S	Peón	08/03/1892	G	Hospital 2 de Mayo	A	Nula	[s.d.]	[s.d.]	Locura tóxica (opio)	15/11/1892	252	0	Alta (curado)
282	Cusco	29	S	Militar	17/04/1892	G	Policia	B	Escasa	[s.d.]	[s.d.]	Locura epiléptica sifilítica	12/03/1893	329	0	Sífilis cerebral, congestión cerebral
283	China	35	S	Jornalero	09/11/1892	G	Policia	A	Nula	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]	06/01/1893	58	0	Trasladado a
284	China	35	S	Jornalero	28/11/1892	G	Hospital 2 de Mayo	A	Nula	[s.d.]	[s.d.]	Locura tóxica (opio)	19/09/1893	295	0	Alta (curado)
285	Austria	48	S	Carretero	26/06/1892	G	Policia	B	Escasa	[s.d.]	[s.d.]	Locura epiléptica	23/05/1893	331	0	Alta (mejorado)
286	[s.d.]	37	S	Empleado	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]	B	Mediana	[s.d.]	[s.d.]	Locura epiléptica	24/07/1893	[s.d.]	0	Fallecimiento
287	Lima	54	S	Militar	27/04/1892	G	Policia	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]	No enajenado	02/05/1892	5	0	Alta
288	Lima	21	S	Ninguna	29/04/1892	G	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]	No enajenado	11/05/1892	12	0	Alta
289	Lima	27	S	Gasfitero	[s.d.]	G	[s.d.]	N	Nula	[s.d.]	[s.d.]	Locura tóxica (plomo)	12/09/1893	[s.d.]	0	Alta (mejorado)
290	Jauja	30	S	Jornalero	02/07/1892	G	Policia	I	Nula	[s.d.]	[s.d.]	Locura tóxica (alcohólica)	14/08/1892	43	0	Alta (curado)
291	Lima	[s.d.]	C	[s.d.]	24/09/1892	[s.d.]	[s.d.]	B	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]	Locura tóxica (alcohólica)	26/10/1892	32	0	Tuberculosis pulmonar
292	Lima	22	S	Dependiente	11/04/1892	G	[s.d.]	B	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]	Delirio agudo	02/05/1893	386	0	Alta (mejorado)
293	Arequipa	30	C	Zapatero	22/07/1892	G	Hospital 2 de Mayo	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]
294	[s.d.]	38	[s.d.]	[s.d.]	10/10/1892	G	Policia	I	Nula	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]	26/12/1892	77	0	Hemorragia
295	Lima	22	[s.d.]	Agricultor	03/11/1892	G	Policia	B	Escasa	[s.d.]	[s.d.]	Manía aguda	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]
296	Arequipa	47	C	[s.d.]	15/05/1892	G	Policia	B	Regular	[s.d.]	[s.d.]	Locura tóxica (alcohólica)	12/09/1892	120	0	Diabetes
297	Puno	73	V	Comerciante	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]	I	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]	Locura tóxica (alcohólica)	10/10/1892	[s.d.]	0	Alta (curado)
298	Italia	46	C	Zapatero	13/10/1892	G	Policia	B	Escasa	[s.d.]	[s.d.]	Locura sistematizada	04/11/1893	387	0	Hemorragia
299	[s.d.]	27	S	Militar	19/01/1892	G	Policia	[s.d.]	[s.d.]	Abuso de bebidas alcohólicas, ataques de delirio alcohólico.	[s.d.]	Locura tóxica (alcohólica)	14/02/1892	26	0	Alta (curado)
300	Tarma	29	S	Carpintero	21/10/1892	G	Policia	B	Escasa	[s.d.]	[s.d.]	Locura alcohólica	18/03/1893	148	0	Alta (curado)
301	Lima	19	S	Ninguna	16/09/1892	G	Asilo de Mendigos o	I	Nula	[s.d.]	[s.d.]	Delirio agudo	07/05/1892	132	0	Alta (curado)
302	Inglaterra	17	S	Empleado	27/03/1892	G	Policia	B	Regular	[s.d.]	[s.d.]	Manía aguda	27/03/1893	365	0	Alta (curado)
303	China	54	S	Jornalero	13/02/1892	G	Policia	A	Nula	[s.d.]	[s.d.]	Melancolia	23/05/1892	100	0	Tuberculosis pulmonar
304	Lima	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]	25/08/1892	G	Policia	N	Nula	[s.d.]	[s.d.]	No enajenado	12/11/1892	79	0	Trasladado a
305	Lima	90	S	Sastre	22/04/1892	G	Hospital 2 de Mayo	B	Escasa	[s.d.]	[s.d.]	Locura tóxica (alcohólica)	29/04/1892	7	0	Infección pútrida
306	Argentina	50	S	[s.d.]	30/04/1892	G	Policia	B	Regular	[s.d.]	[s.d.]	Melancolia	01/07/1895	62	0	Tuberculosis pulmonar
307	Lurigancho (Lima)	67	S	Jornalero	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]	N	Nula	[s.d.]	[s.d.]	No enajenado	10/10/1892	[s.d.]	0	Alta

308	China	47	S	Peón	10/03/1892	G	Policía	A	Nula	[s.d.]	[s.d.]	Locura sistematizada, locura tóxica	2/12/1903	4283	0	Fugó
309	Perú	17	[s.d.]	[s.d.]	20/07/1892	G	Policía	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]	Locura sistematizada	13/03/1893	236	0	Alta (curado)
310	Lima	34	C	Empleado	17/03/1892	G	Policía	Me	Regular	[s.d.]	[s.d.]	No enajenado	18/03/1892	1	0	Fiebre tifoidea
311	Trujillo	36	S	Militar	06/05/1892	G	Beneficencia del Callao	Me	Sabe leer	[s.d.]	[s.d.]	Demencia vesánica	02/05/1894	726	0	Disenteria
312	China	41	S	Jornalero	[s.d.]	G	[s.d.]	A	Nula	Ingresó hace más de 8 años.	[s.d.]	Locura tóxica (opio)	8/11/1910	[s.d.]	1	Fallecimiento
313	China	46	S	[s.d.]	22/12/1893	G	[s.d.]	A	Nula	[s.d.]	[s.d.]	Locura tóxica (opio)	02/03/1894	70	0	Trasladado a
314	Acari (Arequipa)	[s.d.]	S	Agricultor	02/02/1893	G	Hospital 2 de Mayo	I	Sabe leer y escribir	[s.d.]	Neurósicas	Locura epiléptica	15/05/1901	3023	0	Disenteria
315	Ayacucho	23	S	Pastelero	07/04/1893	G	[s.d.]	I	Sabe leer y escribir	[s.d.]	[s.d.]	Locura periódica	27/03/1894	354	0	Alta (curado)
316	Callao	22	S	Estudiante	25/07/1893	G	Hospital 2 de Mayo	I	Completa	Gatismo, incontinencia, trastorno completo intelectual, enflaquecimiento rápido, caquexia.	Sifilíticas	Demencia primitiva aguda	19/07/1896	1090	0	Inanición
317	Lima	21	S	Tapicero	02/08/1893	G	Familia	Me	Sabe leer y escribir	Incoherencia en sus palabras, créese atacado por personas imaginarias y se excita en este sentido.	Neurósicas	Demencia primitiva aguda, demencia vesánica	6/03/1913	7155	0	Fallecimiento
318	Cañete	18	S	Agricultor	07/07/1892	G	[s.d.]	I	Sabe leer	Hace 3 meses empezó a oír gritos, palabras obsenas, y se vino al convento. Alucinaciones auditivas.	Neurósicas	Melancolia	22/11/1899	2694	0	Inanición
319	Cerro de Pasco	20	S	Estudiante	27/11/1893	P	[s.d.]	I	Regular	[s.d.]	[s.d.]	Locura neurósica	04/06/1894	189	0	Alta (curado)
320	Arequipa	11	S	Ninguna	16/12/1893	P	Familia	B	Nula	[s.d.]	Neurósicas, hereditarias	Locura epiléptica	12/11/1896	1062	0	Fallecimiento
321	Arequipa	50	S	Agricultor	01/03/1893	G	Beneficencia del Callao	I	Sabe leer y escribir	[s.d.]	[s.d.]	Locura sistematizada	19/08/1894	536	0	Tuberculosis pulmonar
322	Lima	18	S	Impresor	04/05/1893	G	[s.d.]	B	Sabe leer y escribir	[s.d.]	[s.d.]	Demencia aguda	23/04/1895	719	0	Tuberculosis pulmonar
323	Lima	19	S	Ninguna	01/02/1893	P	Familia	B	Nula	[s.d.]	Orgánicas	Idiotismo	22/05/1918	9240	0	Nefritis
324	España	19	S	Estudiante	14/05/1892	G	Hospital 2 de Mayo	B	Completa	[s.d.]	Hereditarias	Demencia primitiva aguda	10/10/1893	514	0	Inanición
325	Tacna	19	S	Estudiante	06/08/1893	G	Hospital 2 de Mayo	I	Sabe leer	[s.d.]	[s.d.]	Locura neurósica (epiléptica)	18/10/1900	2629	0	Fiebre tifoidea
326	Lima	10	S	Ninguna	16/12/1893	G	[s.d.]	Me	Sabe leer	[s.d.]	Hereditarias	Locura epiléptica	07/02/1898	1514	0	Ateroma
327	Cusco	18	S	Estudiante	01/05/1893	P	Familia	B	Completa	Carácter violento, mala educación. Grafomanía. Tendencias al suicidio. Acciones impulsivas. Delirio maniaco. Rompe la ropa.	[s.d.]	Locura hereditaria, neurósica, manía aguda	14/09/1894	501	0	Alta (curado)
328	Lima	27	S	Militar	24/10/1893	G	Hospital de San Bartolomé	B	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]	Locura tóxica (alcohólica)	20/05/1901	1048	2	Ántrax
329	Lima	35	S	Cigarrero	06/01/1893	G	Asilo de Mendigos o	Me	Sabe leer	[s.d.]	Neurósicas	Locura neurósica (epiléptica)	6/12/1901	3255	0	Trasladado a Refugio
330	Roma	34	S	Ninguna	18/03/1893	G	Policía	B	Sabe leer y escribir	Delirante.	Hereditarias	Locura neurósica impulsiva, sistematizada	19/05/1897	1523	0	Tuberculosis pulmonar
331	Chancay	37	S	Agricultor	14/04/1893	G	Hospital 2 de Mayo	Me	Sabe leer y escribir	[s.d.]	[s.d.]	Locura sistematizada, melancolia ansiosa aguda	12/02/1899	2130	0	Cirrosis atrófica del hígado
332	China	[s.d.]	S	Jornalero	21/11/1893	G	Hospital 2 de Mayo	A	Nula	[s.d.]	Tóxicas	Locura tóxica (opio)	¿2/12/1898	1836	0	Trasladado a Refugio
333	Chincha	35	C	Agricultor	02/04/1893	G	Policía	Me	Sabe leer y escribir	[s.d.]	[s.d.]	Locura tóxica (alcohólica)	04/02/1894	308	0	Fugó

334	Ecuador	45	S	Comerciante	03/08/1893	G	Familia	B	Sabe leer y escribir	Había entrado el 9 de agosto de 1870, pagante.	[s.d.]	Locura periódica, paranoia persecutiva	28/11/1905	4499	0	Tuberculosis pulmonar
335	Lima	45	C	Empleado	[s.d.]	[s.d.]	Policía	B	Completa	[s.d.]	[s.d.]	Parálisis general progresiva	20/07/1893	[s.d.]	0	Neumonía
336	Grecia	50	S	Marinero	13/03/1893	G	Policía	B	Nula	[s.d.]	[s.d.]	Demencia aguda	04/03/1895	721	0	Disenteria
337	Lima	50	S	Albañil	26/11/1893	G	Policía	Me	Nula	Consumo de alcohol.	[s.d.]	Locura parálítica, parálisis general progresiva	16 /01/1894	51	0	Infección purulenta
338	Bolivia	26	S	Militar	[s.d.]	G	[s.d.]	I	Sabe leer	[s.d.]	[s.d.]	Melancolía	7/01/1911	[s.d.]	0	Tuberculosis pulmonar
339	Arequipa	18	S	[s.d.]	29/12/1893	G	[s.d.]	I	Sabe leer	Hasta hace 3 años era sano. Recibió una fuerte contusión. Ataques epilépticos.	[s.d.]	Locura neurósica (epiléptica)	23/09/1896	999	0	Pleuro neumonía
340	Puno	[s.d.]	S	Cura	09/02/1893	[s.d.]	Obispo de Puno	I	Completa	[s.d.]	[s.d.]	Locura sistematizada	17/09/1894	585	0	Tuberculosis pulmonar
341	Lima	18	S	Impresor	11/02/1893	G	[s.d.]	B	Escasa	[s.d.]	[s.d.]	Epilepsia	14/03/1893	31	0	Alta (mejorado)
342	China	35	S	Jornalero	24/01/1893	G	[s.d.]	A	Nula	[s.d.]	[s.d.]	Locura tóxica (opio)	01/02/1893	8	0	Congestión
343	Italia	37	[s.d.]	Comerciante	04/06/1893	[s.d.]	[s.d.]	B	[s.d.]	Irido-coroiditis sífilítica.	[s.d.]	Locura tóxica (sífilis)	04/10/1893	122	0	Disenteria
344	Arequipa	52	[s.d.]	Comerciante	22/03/1893	[s.d.]	[s.d.]	Me	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]	Delirio agudo	30/10/1893	222	0	Alta (curado)
345	Austria	42	C	Comerciante	13/07/1893	[s.d.]	[s.d.]	B	Regular	[s.d.]	[s.d.]	Excitación maniaca	10/10/1893	89	0	Alta (aliviado)
346	Arequipa	24	S	[s.d.]	13/05/1893	G	Hospital de San Bartolomé	B	[s.d.]	El padre sufrió de enajenación. Carácter susceptible e impresionable. Hábitos alcohólicos.	[s.d.]	Manía aguda	02/09/1893	112	0	Alta
347	Jauja	[s.d.]	[s.d.]	Farmacéutico	27/02/1893	[s.d.]	[s.d.]	B	Completa	[s.d.]	[s.d.]	Demencia aguda	11/04/1893	43	0	Tuberculosis pulmonar
348	España	43	C	Torero	17/11/1893	[s.d.]	[s.d.]	B	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]	Locura tóxica (sífilis)	¿2/12/1893	14	0	Fallecimiento
349	Lima	45	S	Comerciante	13/03/1893	G	Policía	B	Regular	[s.d.]	[s.d.]	Demencia vesánica	03/05/1893	51	0	Inanición
350	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]	01/04/1893	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]	07/04/1893	6	0	Fallecimiento
351	China	30	S	Jornalero	15/03/1893	G	[s.d.]	A	Nula	[s.d.]	[s.d.]	Locura tóxica (opio)	23/05/1893	69	0	Enterorragia
352	Huamachuco	27	S	Estudiante	06/06/1893	G	[s.d.]	I	[s.d.]	Antecedentes hereditarios. Recidiva. Excesos mentales.	[s.d.]	Delirio agudo	06/06/1893	0	0	Alta (a petición de la familia)
353	Lima	50	C	[s.d.]	01/04/1893	G	Familia	B	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]	Locura alcohólica	26/05/1893	55	0	Alta (curado)
354	Lima	55	S	Abogado	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]	Locura hereditaria, locura moral e impulsiva	23/02/1893	[s.d.]	0	Tuberculosis pulmonar
355	Lima	54	C	Militar	22/02/1893	[s.d.]	Hospital de San Bartolomé	B	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]	Locura tóxica (alcohólica)	03/07/1893	131	0	Alta
356	Jauja	35	S	Abogado	26/04/1893	[s.d.]	Maison de Santé	B	Completa	[s.d.]	[s.d.]	Parálisis general	1893	[s.d.]	0	Fallecimiento
357	Cajatambo	35	S	Camalero	26/04/1893	G	Policía	Me	Nula	[s.d.]	[s.d.]	Locura alcohólica	07/05/1893	11	0	Alta (curado)
358	Moquegua	34	C	Abogado	20/03/1894	P	Familia	B	Completa	Impulsiones violentas	[s.d.]	Locura sistematizada (hereditaria)	10/10/1897	1198	1	Alta
359	Callao	15	[s.d.]	Ninguna	23/10/1894	G	[s.d.]	B	Nula	No pudo aprender a leer.	Hereditarias	Locura de los degenerados	12/06/1920	[s.d.]	1	Trasladado a Refugio
360	Chincha	24	S	Empleado	07/05/1894	G	[s.d.]	I	Sabe leer y escribir	[s.d.]	[s.d.]	Manía subaguda	12/09/1894	128	0	Alta (curado)
361	Arica	35	S	Empleado	17/07/1894	G	Familia	B	Completa	Afasia mental, ríe y llora.	Hereditarias	Melancolía	24/09/1899	1895	0	Tuberculosis pulmonar
362	Trujillo	42	V	Pintor	23/10/1894	G	Familia	Z	[s.d.]	Consumo de alcohol, alucinaciones.	Tóxicas	Locura alcohólica	12/08/1906	4310	0	Fallecimiento
363	Venezuela	73	C	Contador	22/08/1894	G	Familia	B	Completa	[s.d.]	[s.d.]	Orgánicas	Demencia senil	[s.d.]	[s.d.]	Fallecimiento
364	China	64	S	Comerciante	23/05/1894	G	[s.d.]	A	Nula	[s.d.]	[s.d.]	Melancolía aguda	25/08/1895	459	0	Enteritis crónica
365	Lima	20	S	Profesor	26/11/1894	G	Familia	I	Primaria	[s.d.]	Hereditarias	Manía aguda	14/04/1901	1713	1	Gastroenteritis
366	Suecia	62	V	Escultor	14/12/1894	P	Consulado de Suecia	B	Sabe leer	Ideas de persecución.	Hereditarias	Locura sistematizada	1/08/1900	1632	1	Alta
367	Chincha	39	V	Cargador	14/02/1894	G	Penitenciaria	N	Nula	[s.d.]	[s.d.]	Locura sistematizada	27/05/1900	2293	0	Congestión

368	Chiclayo	19	S	[s.d.]	12/11/1894	G	Familia	B	Sabe leer y escribir	[s.d.]	Hereditarias	Locura neurósica, locura de los degenerados	16/11/1894	4	0	Trasladado a Refugio
369	Lima	12	S	Estudiante	03/02/1894	[s.d.]	Familia	B	Sabe leer y escribir	[s.d.]	Neurósicas	Locura epiléptica	1/10/1902	3161	0	Alta (aliviado)
370	Lima	47	S	[s.d.]	01/05/1894	G	[s.d.]	B	Completa	[s.d.]	[s.d.]	Locura tóxica (alcohólica), paranoia persecutiva	04/03/1896	127	1	Congestión cerebral
371	Tacna	22	S	Peluquero	14/07/1894	G	Policía	I	Completa	[s.d.]	[s.d.]	Melancolía	16/10/1894	94	0	Trasladado a Hospital 2 de Mayo en donde
372	Huánuco	33	C	Aprendiz de zapatero	15/12/1894	G	Policía	B	Sabe leer	Consumo de alcohol, impulsiones.	[s.d.]	Manía aguda	21/01/1895	37	0	Alta (curado)
373	Lima	46	C	Rentista	19/05/1894	P	Familia	B	Completa	[s.d.]	[s.d.]	Locura de los degenerados	01/01/1894	138	0	Alta (a petición de la familia)
374	Grecia	23	S	Fogonero	23/03/1894	G	Policía	B	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]	Manía aguda	24/05/1894	62	0	Alta (curado)
375	Cañete	34	S	Sacerdote	11/10/1894	P	[s.d.]	B	Completa	Presenció un combate. Incoherencia notable.	[s.d.]	Confusión mental primitiva	28/11/1894	48	0	Alta
376	Italia	49	C	Marinero	06/07/1894	P	Beneficencia del Callao	B	Sabe leer y escribir	[s.d.]	[s.d.]	Demencia primitiva aguda	02/07/1895	361	0	Degeneración grasosa del hígado
377	Moquegua	46	S	Jornalero	05/07/1894	G	Hospital 2 de Mayo	B	Nula	[s.d.]	[s.d.]	Demencia vesánica (paralítica)	24/09/1894	81	0	Hemorragia cerebral
378	Huacho	35	[s.d.]	Zapatero	14/07/1895	G	[s.d.]	N	Nula	[s.d.]	[s.d.]	Manía, demencia vesánica	6/06/1915	7266	0	Nefritis
379	Callao	30	C	Albañil	01/10/1895	G	Familia	B	Sabe leer y escribir	[s.d.]	[s.d.]	Locura neurósica (epiléptica), alcohol, epilepsia	03/12/1897	[s.d.]	2	Reingresó
380	Italia	40	C	Agricultor	25/01/1895 0 25/05/1895	G	[s.d.]	B	Nula	Congestión. Abuso de bebidas. Delirio alcohólico, aborrece a su familia, tendencia a la riña.	[s.d.]	Locura tóxica (alcohólica)	28/08/1895	215	0	Alta (curado)
381	Lima	28	S	Marinero	13/07/1895	P	Familia	B	Facultativa	Agitación constante, temores de envenenamiento, persecución, locuaz.	Neurósicas	Delirio sistematizado progresivo, paranoia persecutiva	29/08/1917	7248	1	Tuberculosis pulmonar
382	Lima	46	C	Comerciante	17/12/1895	[s.d.]	[s.d.]	B	Regular	[s.d.]	[s.d.]	Delirio sistematizado progresivo	09/12/1895 [sic]	[s.d.]	0	Estrechez mental
383	Lima	29	S	Comerciante	31/01/1895	G	Familia	B	Completa	Accidentes impulsivos, agitación, delirio religioso.	[s.d.]	Melancolía ansiosa	21/09/1901	2424	0	Alta
384	Lima	25	S	Militar	31/08/1895	[s.d.]	[s.d.]	B	[s.d.]	[s.d.]	[s.d.]	Manía	07/11/1895	68	0	Alta (curado)
385	Lima	47	S	Albañil	01/10/1895	G	Familia	N	Sabe leer y escribir	Lesión medular, la marcha comprometida, polineuritis alcohólica.	Tóxicas	Locura tóxica (alcohólica)	25/07/1896	298	0	Asfixia por acumulación
386	Lima	37	S	Militar	23/08/1895	P	Familia	[s.d.]	[s.d.]	Congestión cerebral, alcohol.	[s.d.]	Locura tóxica (alcohólica)	23/09/1895	31	0	Alta (curado)
387	Jauja	24	S	Militar	26/10/1895	G	Policía	I	Sabe leer y escribir	[s.d.]	[s.d.]	Manía	01/05/1896	188	0	Alta (curado)
388	Lima	22	S	Sastre	31/12/1895	G	Policía	B	Sabe leer y escribir	Un mes antes de su ingreso presentó los primeros síntomas de enajenación. Invasión brusca, bebía. Alucinaciones terroríficas.	Neurósicas	Locura neurósica (histérica)	10/08/1896	223	0	Alta (a petición de la familia)
389	Lima	22	S	Seminarista	22/08/1895	G	Familia	B	Mediana	Dos ataques cerebrales previos. Tendencias impulsivas. Canta, rie, llora, predominando la idea religiosa.	Neurósicas, hereditarias	Demencia primitiva, demencia vesánica	23/08/1907	2883	1	Neumonía gripal
390	Lima	17	S	Ninguna	13/08/1895	P	Familia	B	Sabe leer y escribir	Tendencias destructivas.	Neurósicas	Locura epiléptica	11/05/1904	3193	0	Tuberculosis pulmonar
391	Callao	29	S	Albañil	14/10/1895	P	Beneficencia del Callao	N	Sabe leer y escribir	Sífilis, abuso del alcohol y tabaco.	[s.d.]	Idiotismo	20/02/1900	1590	0	Tuberculosis pulmonar

Anexo N° 2. Registro de admisión del departamento de mujeres del Hospicio de Insanos, 1859-1897															
N° de paciente	Lugar de nacimiento	Edad	Estado civil	Profesión	Fecha de ingreso	Condición	Remitente	Condición social	Raza	Instrucción	Antecedentes	Causas	Diagnóstico	Fecha de terminación	Terminación
1	Arequipa	32	C	Costurera	13/09/1859	G	[s.d.]	Pobre	I	Nula	"Procede de Arequipa, de vino sin antecedentes, durante su permanencia ha mejorado y hoy está muy tranquila y en estado de demencia".	Ignoradas	Demencia vesánica	20/07/1904	Insuficiencia mitral
2	Chile	19	S	Doméstica	13/12/1865	G	[s.d.]	Pobre	M	Nula	[s.d.]	Diversas	Demencia vesánica	9/10/1904	Tuberculosis pulmonar
3	Lima	32	C	Costurera	13/08/1866	G	Familia	Pobre	M	Nula	[s.d.]	Ignoradas	Locura sistematizada	29/08/1917	Neumonía
4	Lima	20	S	Doméstica	5/06/1868	G	Familia	Pobre	N	Nula	[s.d.]	Ignoradas	Demencia senil	23/01/1917	Cáncer al estómago
5	Lima	38	S	Ninguna	7/01/1872	G	Ignorado	Pobre	I	Completa	[s.d.]	Ignoradas	Locura sistematizada	22/06/1911	Hemorragia cerebral
6	Lima	29	S	Cocinera	15/10/1872	G	Ignorado	Pobre	M	Completa	[s.d.]	Ignoradas	Demencia orgánica	2/06/1905	Trasladada a Refugio
7	Lima	30	S	Ninguna	10/01/1873	G	Ignorado	Pobre	M	Completa	[s.d.]	Ignoradas	Manía crónica	7/11/1908	Perforación intestinal
8	Lima	40	C	Ninguna	30/01/1873	G	Familia	[s.d.]	B	Completa	[s.d.]	Específicas	Manía crónica	19/03/1909	Enteritis
9	Chota	47	V	Costurera	9/10/1875	G	Familia	Pobre	B	Incompleta	[s.d.]	Hereditarias	Locura sistematizada, locura periódica	3/11/1920	[Lesión infarto del corazón]
10	Arequipa	31	V	Ninguna	25/04/1875	P	Familia	[s.d.]	B	Completa	[s.d.]	Diversas	Demencia senil	[s.d.]	[s.d.]
11	Lima	25	S	Ninguna	31/01/1878	G	Ignorado	[s.d.]	M	Incompleta	[s.d.]	Orgánicas	Locura de los degenerados, demencia precoz (1919)	[s.d.]	[s.d.]
12	Lima	33	C	Planchadora	10/12/1879	G	Policia	Pobre	N	Nula	Presenta locuacidad.	Tóxicas	Locura sistematizada (alcohólica)	2/09/1915	Hemorragia cerebral
13	Lima	35	C	Ninguna	4/02/1881	P	Familia	Buena	B	Mediana	[s.d.]	Orgánicas	Idiotismo	[s.d.]	Absceso mesentérico
14	Tacna	24	S	Lavandera	1/04/1881	G	Ignorado	[s.d.]	M	Escasa	Presenta debilidad de la atención, indiferencia emocional, pérdida del contacto con la realidad.	Ignoradas	Manía crónica, demencia vesánica (1918), demencia precoz (1919)	5/01/1925	Mal de Bright
15	Lima	21	S	Costurera	10/06/1881	G	Policia	Pobre	B	Escasa	[s.d.]	Ignoradas	Demencia vesánica	7/08/1906	Tuberculosis generalizada
16	Huánuco	[s.d.]	S	Costurera	21/12/1882	G	Familia	Pobre	M	Escasa	Presenta delirio de persecución y alucinaciones del oído.	Ignoradas	Melancolía	12/05/1903	Tuberculosis pulmonar
17	Piura	48	S	Ninguna	14/05/1883	P	Familia	Buena	B	Mediana	Masturbación.	Ignoradas	Demencia senil	18/09/1904	Enteritis coleriforme
18	Junín	23	S	Lavandera	5/06/1883	G	Ignorado	Pobre	I	Escasa	[s.d.]	Orgánicas	Idiotismo	26/02/1909	[Secreto]
19	Piura	53	V	Modista	5/05/1884	G	Familia	Pobre	M	Mediana	Presenta delirio.	Diversas	Locura periódica	20/03/1907	Hemorragia cerebral
20	Lima	44	S	Preceptora, religiosa	1/06/1884	G	Familia	Buena	B	Mediana (primaria)	[s.d.]	Histeria	Locura neurótica (histeria)	17/12/1918	Bronconeumonía
21	Cajamarca	31	S	Doméstica	2/08/1884	G	Policia	Pobre	B	Escasa	[s.d.]	Infecciosas	Locura infecciosa (sífilis)	29/11/1904	Trasladada a Refugio
22	Lima	36	C	Costurera	14/02/1885	G	Familia	[s.d.]	B	Mediana	Durante la permanencia en el establecimiento, presentó "abulia pérdida de la [...] [hetero] afectividad, mutismo voluntario, estereotipia, [...]".	Ignoradas	Locura [periódica], demencia vesánica (1918), demencia precoz (1920)	9/02/1922	Síncope cardiaco
23	Lima	45	C	Ninguna	20/10/1884	G	Familia	Pobre	B	Mediana	[s.d.]	Orgánicas	Locura de los degenerados	1904	Epitelioma de la región esternal
24	Francia	50	V	Ninguna	28/06/1885	G	Maison de Santé	Pobre	B	Regular	Presenta delirio de persecución.	Neuróticas	Demencia senil	21/08/1908	Fallecimiento
25	Lima	24	S	Costurera	10/09/1885	G	Asilo de Mendigos o Refugio	Pobre	I	Escasa	[s.d.]	Orgánicas	Idiotia	02/06/¿?	Derrame cerebral

26	Chincha	32	S	Costurera	9/10/1885	G	Familia	Pobre	B	Escasa	[s.d.]	Morales	Melancolía	22/08/1904	Tuberculosis pulmonar
27	Huaraz	19	S	Ninguna	16/10/1885	G	Familia	Pobre	B	Mediana	[s.d.]	Ignoradas	Locura periódica, demencia vesánica (1919), demencia precoz (1922)	31/10/1900	Alta
28	Lima	24	S	Ninguna	20/10/1885	G	Familia	Pobre	B	Escasa	Poco tiempo antes de su ingreso, hablaba a solas. Atacaba a las personas de su familia.	Hereditarias	Locura de los degenerados, idiotia	29/04/1904	Tuberculosis intestinal
29	Ica	27	S	Ninguna	4/05/1886	G	Policia	Pobre	B	Mediana	[s.d.]	Tóxicas	Locura infecciosa (sífilis)	16/07/1905	Tuberculosis generalizada
30	Callao	21	C	Lavandera	7/06/1886	G	Ignorado	Pobre	N	Nula	[s.d.]	Ignoradas	Locura de los degenerados	29/04/1909	Lesión orgánica del corazón
31	Arequipa	54	V	Cocinera	5/12/1886	G	Policia	Pobre	I	Nula	[s.d.]	Ignoradas	Demencia senil	2/10/1905	Tuberculosis generalizada
32	Jauja	31	C	Lavandera	14/11/1886	G	Policia	Pobre	I	Nula	[s.d.]	Ignoradas	Locura periódica	27/10/1903	Ictericia grave
33	Cerro de Pasco	13	S	Ninguna	18/12/1886	G	Familia	Pobre	B	Nula	[s.d.]	Ignoradas	Idiotismo	19/01/1905	Alta
34	Cañete	27	C	Jornalera	29/06/1887	G	Familia	Pobre	M	Mediana	[s.d.]	Hereditarias	Manía crónica	3/12/1909	Tuberculosis
35	Lima	34	S	Costurera	8/07/1887	G	Familia	Buena	B	Mediana	[s.d.]	Neurósicas	Manía crónica	18/07/1918	Hemorragia cerebral
36	Lima	20	C	Doméstica	13/01/1887	G	Familia	[s.d.]	N	Nula	[s.d.]	Ignoradas	Manía crónica	5/02/1915	Trasladada al Hospital de Santa Ana.
37	Huaraz	45	S	Costurera	8/10/1887	G	Familia	[s.d.]	B	Mediana	[s.d.]	Ignoradas	Locura sistematizada	20/01/1906	Colerina
38	Lima	23	S	Religiosa	20/10/1888	P	Familia	[s.d.]	B	Mediana	[s.d.]	Neurósicas	Manía crónica	16/07/1905	Neumonía gripal
39	Arica	52	C	Lavandera	28/02/1888	P	Policia	[s.d.]	N	Nula	Consumo de alcohol.	Tóxicas (alcohólicas)	Locura tóxica (alcohólica)	9/07/1904	Disentería
40	Lima	21	S	Ninguna	5/05/1888	G	Familia	[s.d.]	N	Mediana	[s.d.]	Diversas	Locura infecciosa (sífilis)	7/03/1916	Mielitis
41	Chile	38	C	Ninguna	24/07/1888	G	Policia	Pobre	M	Nula	Abuso de alcohol.	Tóxicas (alcohólicas)	Locura tóxica (alcohólica)	12/05/1905	Cirrosis alcohólica
42	Pisco	53	S	Cocinera	12/08/1888	G	Asilo de Mendigos o Refugio	Pobre	N	Escasa	[s.d.]	Neurósicas	Locura neurósica (epilepsia)	11/04/1904	Ataques subintrantes de epilepsia
43	Callao	26	S	Ninguna	19/06/1889	G	Familia	Pobre	B	Escasa	Presentó como enfermedad anterior histeria. Presenta perversión de los sentidos, alucinaciones y delirio violento.	Neurósicas	Melancolía (1889)	26/01/1921	Fallecimiento
44	Lima	20	S	Ninguna	3/07/1889	G	Policia	Pobre	N	Nula	[s.d.]	Neurósicas	Locura de los degenerados	26/01/1911	Cirrosis hepática
45	Lima	30	C	Ninguna	1/10/1889	G	Familia	Pobre	B	Mediana	Presenta crisis agudas de mucha excitación y monomanía religiosa.	[s.d.]	Locura periódica	21/04/¿?	Nefritis crónica
46	Lima	13	S	Ninguna	20/11/1893	G	Familia	[s.d.]	B	Nula	Antecedentes: Histeria.	Hereditarias	Locura de los degenerados	10/12/1909	Tuberculosis pulmonar
47	Lima	48	S	Costurera	10/01/1891	G	Policia	[s.d.]	B	Nula	[s.d.]	Ignoradas	Locura periódica	21/06/1912	Neumonía
48	Tarma	33	S	Ninguna	25/02/1891	P	Familia	Propietaria	B	Completa	Presenta delirio de persecución, accesos periódicos de furor.	Diversas	Demencia senil	[s.d.]	[s.d.]
49	Arequipa	34	C	Ninguna	8/04/1891	G	Buen Pastor	[s.d.]	B	Mediana	[s.d.]	Neurósicas	Demencia vesánica	31/10/1916	Alta (licencia por 30 días)
50	Lima	35	S	Costurera	8/06/1891	G	Familia	[s.d.]	M	Escasa	[s.d.]	Ignoradas	Locura periódica	6/04/¿?	Nefritis
51	Piura	27	S	Ninguna	7/09/1891	G	Policia	Pobre	M	Nula	[s.d.]	Neurósicas	Delirio crónico, demencia vesánica (1918), demencia precoz (1919)	15/04/1920	Fallecimiento
52	Piura	44	V	Ninguna	14/09/1891	P	Familia	Propietaria	B	Mediana	Constitución física débil. Presenta incoherencias en sus expresiones, variabilidad de sus ideas.	Hereditarias	Locura de los degenerados	25/01/1913	Nefritis
53	Chile	23	S	Ninguna	11/06/1892	P	Familia	Buena	B	Completa	[s.d.]	Hereditarias	Manía crónica, demencia vesánica (1919)	28/05/1920	Mal de Bright
54	Lima	31	V	Lavandera	18/06/1892	G	Familia	[s.d.]	B	Mediana	[s.d.]	Neurósicas	Locura periódica	[s.d.]	[s.d.]

55	Bolivia	24	S	Ninguna	26/08/1892	P	Familia	Buena	M	Completa	Los primeros síntomas de enajenación se dieron desde edad temprana.	Hereditarias	Locura de los degenerados	7/11/1905	Tuberculosis generalizada
56	Pasco	34	C	Ninguna	20/10/1892	P	Familia	Buena	I	Mediana	Los primeros síntomas de enajenación los presentó en 1870. Es violenta con tendencia al homicidio y al suicidio.	Neurósicas	Locura de los degenerados	3/11/1914	Tuberculosis intestinal
57	Alemania	25	[s.d.]	Ninguna	20/12/1892	P	Familia	Buena	B	Mediana	[s.d.]	Hereditarias	Demencia hereditaria	21/04/1894	Alta
58	Cajamarca	41	C	Ninguna	14/05/1893	G	Familia	Buena	B	Completa	Constitución física débil. Comenzó sus primeros síntomas hace 8 años. Presenta delirio violento y periódico.	Diversas	Locura sistematizada	20/05/1914	Parálisis general
59	Ica	34	S	Lavandera	16/09/1893	G	Policia	Buena	N	Nula	[s.d.]	Morales	Melancolía	27/08/1904	Tuberculosis pulmonar
60	Lima	46	S	Preceptora	25/12/1892	G	Familia	[s.d.]	B	Completa	[s.d.]	Histeria	Locura sistematizada	20/01/1894	Alta
61	Lima	43	V	Costurera	30/11/1893	G	Familia	Pobre	B	Mediana	[s.d.]	Neurósicas	Locura neurósica (histeria)	3/02/1911	Trasladada al Hospital de Santa Ana
62	Lima	51	S	Ninguna	4/12/1893	P	Hospital Santa Ana	[s.d.]	B	Nula	[s.d.]	Diversas	Locura sistematizada	5/01/1894	Alta
63	España	52	C	Comerciante	12/03/1894	G	Familia	Pobre	B	Mediana	Presenta delirio furioso, siendo un peligro para los que la rodean. Ideas tristes.	Diversas	Manía crónica	21/07/1905	Tuberculosis generalizada
64	Lima	53	C	Lavandera	3/04/1894	G	Familia	Pobre	N	Escasa	Consumo de alcohol.	Tóxicas	Locura tóxica (alcohólica)	8/12/1908	Inanición
65	Callao	15	S	Doméstica	3/05/1894	G	Familia	Pobre	Z	Escasa	[s.d.]	Ignoradas	Manía aguda	9/05/1895	Alta
66	Tarapacá	20	S	Ninguna	26/05/1894	G	Familia	[s.d.]	B	Completa	[s.d.]	Ignoradas	Locura neurótica epiléptica (1918)	5/05/1895	Alta
67	Lima	20	S	Doméstica	9/06/1894	G	Familia	[s.d.]	I	Escasa	[s.d.]	Hereditarias	Locura neurósica (histeria)	23/11/1894	Alta
68	Lima	17	S	Ninguna	1/07/1894	G	Policia	[s.d.]	Z	Escasa	[s.d.]	Ignoradas	Locura periódica, idiotia, sueño	¿2/07/1899	Reingresó
69	Huánuco	22	S	Ninguna	8/01/1895	G	Policia	Pobre	B	Escasa	El padre falleció de angina y la madre del pulmón.	Tóxicas	Locura tóxica (alcohólica)	19/06/1896	Alta

La redacción de esta tesis concluyó el 7 de abril de 2025

Biblioteca Enrique Encinas

Hospital psiquiátrico Víctor Larco Herrera

Magdalena del Mar (Lima, Perú)

Correo electrónico: jair.miranda@unmsm.edu.pe