

# El tifo en el noroeste del actual Estado de México: endemia y epidemia, 1805-1814

Víctor Torres Rosas



Figura 1. Fragmento que representa el área de estudio tomado de: José Álzate (1772). Mapa geográfico del Arzobispado de México.

## Introducción

El estudio cuantitativo de la población y su dinámica de crecimiento para la Nueva España y México dio como resultado la identificación de puntos críticos de sobremortalidad, ocasionados por diversas enfermedades infecciosas en la población a nivel local, regional o macrorregional en distintos momentos de la historia. Han llamado la atención aquellos periodos de elevaciones en la curva de mortalidad que tuvieron una presencia territorial extensa y se han catalogado como epidemias. No obstante, el mismo ejercicio de estudio cuantitativo reveló otros puntos críticos de sobremortalidades menos notorios que los epidémicos a los que denominamos endemias.

El área de estudio se encuentra ubicada al noroeste del actual Estado de México. Es importante aclarar que dado el origen de las fuentes primarias empleadas para la elaboración de este trabajo – constituidas principalmente por archivos parroquiales– la división jurisdiccional que nos interesa es la parroquial. A inicios del siglo XIX, este territorio se encontraba bajo la jurisdicción eclesiástica del Arzobispado de México. Estaba conformada por las parroquias de Santa María Atacomulco, San

Miguel Temascalcingo, Jesús Jocotitlán, San Miguel Chapa de Mota, Virgen de la Peña Villa del Carbón, San Francisco Ixtlahuaca, San Felipe del Obraje, San Juan Jiquipilco, San Pedro y San Pablo Jilotepec, San Miguel Acambay y San Jerónimo Aculco (véase figura 2).

El primer periodo que nos interesa corresponde a los años de 1805-1811. Durante este periodo pudimos identificar por toda la región de estudio distintos brotes endémicos y epidémicos de una enfermedad que afectaba mayormente a los adultos. Fue gracias a documentos alojados en el Archivo General de la Nación,<sup>1</sup> y algunos archivos parroquiales<sup>2</sup> que pudimos vincular los brotes que se registraron entre 1805 y 1811 con el tifo. En la historiografía –la que se evoca al estudio de la historia demográfica– poco se ha escrito sobre posibles periodos endémicos a consecuencia del tifo, de ahí la importancia de este trabajo, y solo se tienen breves menciones al respecto en autores como Delfina López Sarrelangue (1957, pp. 128-129), Donald Cooper (1980, pp. 216-217), y más recientemente en Silvia Méndez Main (2013, p. 23) y Ana Bertha Juárez y Pedro Canales (2017, pp. 116-129). En el caso de la sobremortalidad que acaeció entre 1813 y

Figura 2. Región noroeste del actual Estado de México. División parroquial hacia 1800. Elaborado con datos tomados de: INEGI (2009).



1. Archivo General de la Nación, Instituciones Coloniales, Indiferente virreinal, Caja 1860, Expedientes 3-8.

2. Archivo Parroquial de Jesús de Nazaret Jocotitlán (en adelante APJNJ), Sección Sacramental, Serie Defunciones, Libro de entierros 1801-1814. Archivo Parroquial de la Virgen de la Peña Villa del Carbón (en adelante APVPVC), Sección Sacramental, Serie Defunciones, Libro de entierros.

1814, su estudio es amplio y se sabe que fue una epidemia de tifo que se difundió por todo el territorio novohispano entre 1812 y 1815.

El tifo exantemático –también denominado matlazáhuatl, tabardillo o tabardete a lo largo de la historia novohispana– es una enfermedad causada por la *Rickettsia prowazekii*, cuyo reservorio es el hombre y es transmitida por el piojo humano de cuerpo y cabeza. En cuanto a su carácter epidémico, se calcula que pudo alcanzar una letalidad de entre 50 y 70% (Vaughan, 1990: 756-758). La sobremortalidad adulta observada halla su mejor explicación en la lógica epidemiológica del tifo humano –al ser excluido el origen zoonótico, en la rata y su pulga– y no en otros factores que han sido señalados por la historiografía tradicional en México como carencias alimentarias, hambre o fenómenos climáticos. Bajo esta hipótesis, también se esperaría que los pueblos o localidades afectados por la epidemia de 1805-1811 habrían tenido poca afectación durante la epidemia general de 1813-1814 y viceversa. Lo anterior se fundamenta en lo que se ha denominado como vacunación natural: tras haberse contagiado de tifo la misma enfermedad otorga inmunidad por un periodo aproximado de diez años.

## Breves consideraciones teóricas

Una epidemia, según Ana Bertha Juárez y Pedro Canales (2017), se puede definir como la propagación de una enfermedad durante algún tiempo en un área geográfica determinada, como un país, diseminándose o atacando a un número extenso de personas de manera simultánea. Suelen darse en amplias regiones con incidencia súbita y su afectación se da en lapsos cortos, tiempo en que toda la población susceptible es expuesta al virus (p. 110), causando un elevado número de defunciones entre la población que hacía tiempo no había sido expuesta a dicho microorganismo: la importancia de la afectación depende del número de habitantes susceptibles al contagio mortal. El universo de habitantes susceptibles se define, para cada enfermedad contagiosa, a partir del periodo de inmunidad obtenida por los sobrevivientes (de por vida para las que llamamos enfermedades infantiles, de menos de diez años para el tifo, por ejemplo).

La idea más clara sobre las connotaciones implícitas en la comprensión de lo que es una epidemia, acorde a lo entendido en esta investigación, la sintetiza Pedro Canales (2010); en ese sentido, podemos definir la epidemia como un brote infeccioso de menor incidencia y de una difusión más lenta en comparación con una epidemia. Hablar de una epidemia implica que la incidencia mortal es menor, en términos anuales, que los números totales de una epidemia, pero por encima del total de entierros de un año normal; por esto las epidemias pueden pasar incluso inadvertidas ante los ojos del investigador. Una epidemia llama la atención de manera clara por el súbito incremento de entierros en un lapso relativamente corto de tiempo; en contraste, una epidemia comúnmente tiende a confundirse con la mortalidad anual normal, pero puede ser identificada si se revisan los incrementos diferenciados de entierros por grupos de edad (párvulos o adultos), en los registros cuyas series se encuentren completas.

Una segunda acepción se puede aplicar, de manera simple, al hecho de que un brote infeccioso de cualquier enfermedad se mantiene en una esfera local o regional sin causar un brote de importancia que podamos llamar epidémico, es decir, sin afectar por contagio o transmisión a individuos que habitan más allá de la región geográfica en cuestión: una enfermedad puede impactar una región ecosistémica sin afectar otras similares y cercanas (Canales, 2010, p. 50). Lo anterior, sucede tras la llegada de un microorganismo por primera vez a un ecosistema, en particular en el caso de los que su reservorio natural es el hombre; es decir, el organismo infectante halla el individuo que le permite reproducirse de manera ininterrumpida entre otros habitantes de este ecosistema, lo que causará sobremortalidades periódicas por la enfermedad que ocasiona el agente infeccioso. Es importante entender esta acepción porque permite explicar el surgimiento de brotes infecciosos locales, regionales o continentales que no requieren ya de la introducción del germen desde el exterior de dichas esferas dado que, como dijimos, existen los reservorios locales que, llegada la ocasión, producirán la infección de manera local o regional o continental, incluso. La enfermedad, ahora, tiene

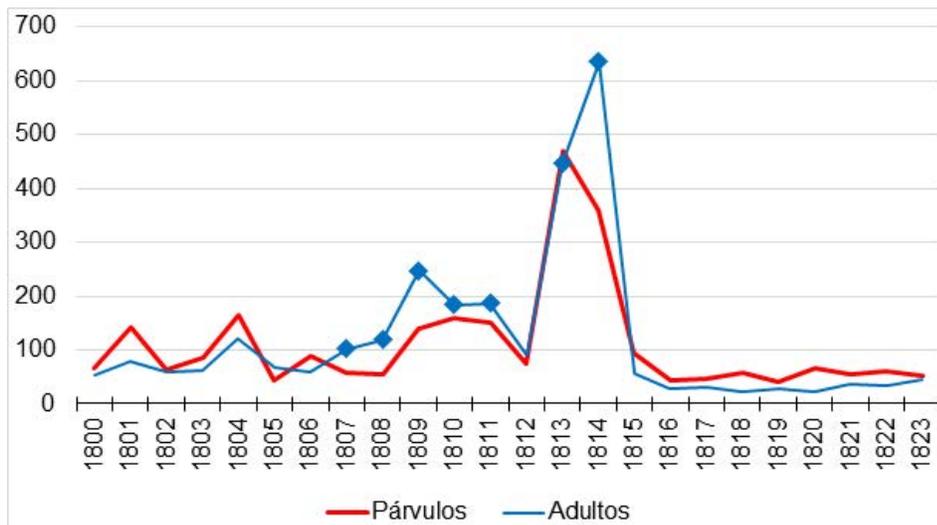
su origen en la misma comunidad o región pues existen los reservorios locales que causan brotes endémicos eventuales que, por otra parte, causarían inmunidad en los sobrevivientes afectados, por una decena de años en el caso de tifo. Esta inmunidad por la presencia endémica más o menos continua en una población también serviría de dique de contención para brotes epidémicos generales o parciales ante un contagio que provenga de otra población; su incidencia avanzará lentamente en la comunidad protegida por endemias previas.

El área de acción endémica, como hemos dicho, puede ser un pueblo, una parroquia, un valle o una región determinada un poco más extensa; entonces, también puede ser foco de una epidemia. Esto es lo que sabemos ocurre con la llamada enfermedad de Brill-Zinsser capaz de ocasionar cada vez brotes endémicos –y quizá epidémicos– de tifo, si se presentan las condiciones para su propagación.<sup>3</sup> La diferencia propuesta entre epidemia y endemia deberá ayudarnos a construir un mejor análisis y comparaciones puntuales al interior de nuestro objeto de estudio, el tifo, primero como endemia entre los años de 1805 y 1811, luego, como cuadro epidémico entre 1813 y 1814.

### **Incidencia y difusión de la endemia y epidemia de tifo**

Se puede rastrear una endemia de tifo a partir de un incremento del nivel normal de los entierros de adultos. Este incremento puede resultar evidente al observar los cambios proporcionales del comportamiento anual de los entierros por grupo de edad. Esto mismo se obtiene al momento de graficar los entierros anuales por grupo de edad como se ha hecho para una de la parroquias de la región estudiada.

*3. Una idea más desarrollada al respecto se encuentra en: Endemia y epidemia de tifo en el norte del actual Estado de México, 1805-1814 (Torres, 2022, pp. 32-38).*



Gráfica 1. Entierros de párvulos y adultos sin distinción de calidad, Jiquipilco 1800-1823  
Elaborado con datos tomados de APVPFVC; APSPSPJ; APSFAI; APSMGA; APSMAT; APS-  
MACM; APSGA; APSJBJ; APSFAP; APSMAA; APJNJ.

En la gráfica 1, correspondiente a la jurisdicción parroquial de Jiquipilco, se muestra que la endemia previa a la epidemia de 1813 se habría prolongado durante varios años, sobre todo entre 1809 y 1811, donde se ve que los entierros de párvulos también se incrementan; el aumento trianual de los entierros de niños parece acompañar el incremento entre los adultos pues, como se sabe, los niños también padecen el tifo pero en menor proporción que los adultos. El incremento bianual (1813-1814) de los entierros en Jiquipilco puede corresponder al traslape anual de los meses de sobremortalidad o bien a la incidencia diferenciada por localidad en la propia parroquia. Este tipo de gráficas plurianuales ha permitido identificar la sobremortalidad adulta.

Una vez que identificamos el periodo de sobremortalidad en la región, pudimos observar que la incidencia se registró de manera independiente para cada jurisdicción parroquial, como se observa en la figura 3. El brote de la enfermedad pudo haber comenzado en las proximidades a la Ciudad de México, hasta propagarse a los pueblos cercanos a Jilotepec y Villa del Carbón.

Parroquia	1805			1806			1807			1808			1809			1810		
	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F
Jilotepec																		
Temascalcingo																		
V. del Carbón																		
Ixtlahuaca																		
San Felipe																		
Jiquipilco																		
C. de Mota																		
Jocotitlán																		
Atacomulco																		
Acambay																		

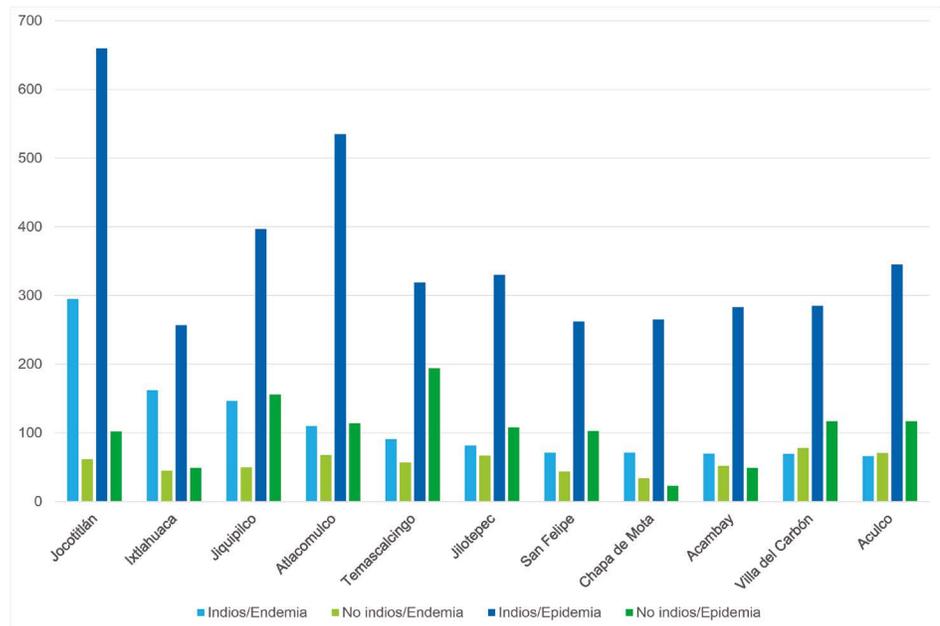
Figura 3. Meses de mayor sobremortalidad adulta por jurisdicción parroquial en la región Ixtlahuaca-Jilotepec, julio de 1805 a febrero de 1810.  
Elaborado con datos tomados de APVPFVC; APSPSPJ; APSFAI; APSMGA; APSMAT; APS-  
MACM; APSGA; APSJBJ; APSFAP; APSMAA; APJNJ.



En Jilotepec, por ejemplo, el número de entierros de adultos sobrepasa en varios momentos al de párvulos desde 1805 hasta 1809. En la mayor parte de las jurisdicciones parroquiales, el aumento en el número de defunciones de adultos es perceptible de 1807 a 1809 a excepción de Jiquipilco, donde la curva de entierros disminuye hasta 1811 (véase la gráfica 1).

En el caso de la epidemia, las defunciones por tifo comenzaron a darse, primero, en función de la cercanía con la Ciudad de México, en Villa del Carbón, en febrero de 1813. Podemos agrupar las parroquias de acuerdo al mes en que se incrementa el número de entierros en sus respectivas jurisdicciones comenzando por Villa del Carbón en febrero; Jilotepec en junio; Ixtlahuaca, Atlacomulco, Temascalcingo, Chapa de Mota y Aculco en el mes de agosto; Jiquipilco y San Felipe en septiembre y finalmente, Jocotitlán y Acambay en octubre. En la mayoría de los casos, la sobremortalidad se prolongó entre seis y ocho meses, siendo el periodo comprendido entre agosto de 1813 y mayo de 1814 el que mayor número de entierros registró para la región en general.

Para poder comparar los efectos del tifo endémico y epidémico entre la población de las distintas jurisdicciones parroquiales se obtuvo la tasa bruta de mortalidad para cada uno de los territorios, haciendo distinción de grupo de edad y separando a los indios del resto de la población no india. Para una mejor representación gráfica (véase la numero 2), la tasa bruta de mortalidad se dividió entre mil.



Gráfica 2. Tasa bruta de mortalidad dividida entre mil, en endemia y epidemia. Parroquias del noroeste del actual Estado de México, 1805-1814.  
Nota. Elaboración propia con datos tomados de APVPFVC; APSPSPJ; APSFAI; APSMGA; APSMAT; APSMACM; APSGA; APSJB; APSFAP; APSMAA; APJNJ.

Lo que podemos destacar de la gráfica dos, son algunos casos que –en términos generales– apoyarían la hipótesis que se planteó al inicio del texto. Si bien, la mayoría de los casos muestra –a simple vista– una proporción similar entre el número de defunciones –de indios o no indios– durante la endemia y la epidemia, un análisis más detallado (que por términos prácticos en esta publicación es bastante resumido) permitirá una mejor comprensión.

Veamos el caso de Ixtlahuaca: si observamos la línea que representa la tasa bruta de mortalidad del grupo de indios durante la endemia, es la segunda más alta, solo por detrás de Jocotitlán; ahora veamos la línea de indios durante la epidemia y podremos notar que es la más baja de toda la región de estudio ¿Qué significa? En nuestra interpretación, podemos decir que se ve reflejado –en este caso en particular– lo que versa la hipótesis planteada: los pueblos o localidades afectados por la endemia de 1805-1811 habrían tenido poca afectación durante la epidemia general de 1813-1814 y viceversa. En contraste, podemos interpretar el caso de Aculco: la tasa bruta de mortalidad de los indios durante la endemia es la más baja; durante la epidemia, este mismo cálculo ubica a la jurisdicción parroquial como el cuarto valor más alto en cuanto a las defunciones registradas.

Por términos de extensión de este texto no podemos ampliar este análisis para todas las jurisdicciones en particular, pero sí podemos adelantar que de las once parroquias en por lo menos siete se muestra una variación evidente



entre los cálculos de tasa bruta de mortalidad para la endemia y epidemia. Aunque el anterior ejercicio de comparación puede parecer un poco apresurado, en términos generales cumple con lo que se planteó al inicio del texto: mostrar si las jurisdicciones parroquiales más afectadas por la endemia de 1805-1811 habrían tenido poca afectación durante la epidemia general de 1813-1814 y viceversa.

## Consideraciones finales

Es evidente que el brote que tuvo lugar entre 1805-1811 se trató de una endemia, dado que la mortalidad no fue tan elevada, que la difusión fue lenta y que el brote no se propagó a regiones contiguas –como el valle de Toluca–,<sup>4</sup> esto, en oposición a lo ocurrido en el periodo 1813-1814 en que tuvo lugar la epidemia general de tifo por todo el territorio de Nueva España. La lenta difusión del periodo endémico tuvo como consecuencia que el tifo se mantuviera en la región por más de siete años a lo largo y ancho de todas las jurisdicciones parroquiales. El resultado: la elevación de los entierros anuales fue prácticamente imperceptible, como se anticipó.

*4. Se revisaron estudios correspondientes al periodo en cuestión para constatar que, en efecto, no existió sobremortalidad aparente para el grupo de adultos entre 1800 y 1813 en los pueblos contiguos a nuestra región de estudio y el valle de Toluca. En cambio, se registró una endemia de tifo a inicios de la década de 1820 (Javier, 2017, pp. 123-141; Escobar y Torres, 2017, pp. 142-155).*





Quedan pendientes varios aspectos particulares por resolver, como estudiar de manera detallada –quizá mediante trabajos de corte local y más finos– si la hipótesis planteada se cumple dentro de una jurisdicción parroquial o si no se presenta otro periodo de sobremortalidad por tifo en los próximos diez años (por el supuesto que alude a la vacunación natural). En archivos bien conservados y sin lagunas de información sería interesante analizar, distinguiendo la asignación social de los fallecidos, la incidencia del tifo durante endemias y epidemias –a detalle– para tener argumentos sólidos que nos permitan identificar si un grupo era más afectado que otro e intentar identificar las causas.

## Referencias

### Archivos consultados

Archivo General de la Nación (AGN)  
Archivo Parroquial de San Miguel Arcángel Acambay (APSMMAA)  
Archivo Parroquial de San Gerónimo Aculco (APSGA)  
Archivo Parroquial de San Miguel Arcángel Chapa de Mota (APSMACM)  
Archivo Parroquial de San Francisco de Asís Ixtlahuaca (APSFAL)  
Archivo Parroquial de San Pedro y San Pablo Jilotepec (APSPSPJ)  
Archivo Parroquial de San Juan Bautista Jiquipilco (APSJBJ)  
Archivo Parroquial de Jesús de Nazaret Jocotitlán (APJNJ)  
Archivo Parroquial de San Felipe del Progreso (APSFPP)  
Archivo Parroquial de San Miguel Arcángel Temascalcingo (APSMAT)  
Archivo Parroquial de Santiago Apóstol Temoaya (APSAT)  
Archivo Parroquial de la Virgen de la Peña de Francia Villa del Carbón (APVPFVC)

### Bibliografía

Canales Guerrero, P. (2010) Historia natural y cultural de la viruela y otras enfermedades infecciosas. Epidemias y endemias en el valle de Toluca, 1690-1833. En Cramaussel C. y Carbajal López, D. (eds.), El impacto demográfico de la viruela en México de la época colonial al siglo XX: estudios de larga duración (pp. 41-62). El Colegio de Michoacán.



Cooper, D. (1980). Las epidemias en la Ciudad de México 1761-1813. Instituto Mexicano del Seguro Social.

Escobar Sánchez, J. y Torres Plata, M. A. (2017). El tifo de 1813 y otras enfermedades del siglo XIX en Almoloya. En González Flores, J. G. (coord.), Epidemias de matlazáhuatl, tabardillo y tifo en Nueva España y México. Sobremortalidades con incidencia de la población adulta del siglo XVII al XIX (pp. 142-155). Universidad Autónoma de Coahuila.

INEGI (2009), Prontuario de información geográfica municipal de los Estados Unidos Mexicanos. Instituto Nacional de Estadística y Geografía.

Javier López, E. (2017). Tifo, mortalidad comparada: epidemia de 1813, endemia de 1822-1824. Parroquia San José de Toluca. En González Flores, J. G. (coord.), Epidemias de matlazáhuatl, tabardillo y tifo en Nueva España y México. Sobremortalidades con incidencia de la población adulta del siglo XVII al XIX, Saltillo (pp. 123-142). Universidad Autónoma de Coahuila.

Juárez Ramón, A. B. y Canales Guerrero, P. (2017). Enfermedad, muerte ¿y hambre? en Ixtlahuaca durante la Guerra de Independencia. Tifo epidémico en 1813, tifo endémico de 1807-1809. En Iracheta Cenecorta, M. P. y Enríquez Sánchez, A. J. (coords.), Ixtlahuaca (pp. 99-152). El Colegio Mexiquense.

López Sarrelangue, D. (1957). Una villa mexicana en el siglo XVIII: Nuestra Señora de Guadalupe. Imprenta Universitaria.

Méndez Maín, S. M. (2013). Xalapa, Jilotepec y Noanilco: una ruta de contagio en el camino México-Veracruz, 1765-1820. En Magaña Mancillas, M. A. (coord.), Epidemias y rutas de propagación en la Nueva España y México (pp. 13-32). Universidad Autónoma de Baja California / Instituto Sudcaliforniano de Cultura.

Torres Rosas, V. A. (2022). Endemia y epidemia de tifo en el norte del actual Estado de México (tesis de Maestría en Humanidades). Universidad Autónoma del Estado de México.

Vaughan, V., McKay, J. y Nelson, W. (1990). Tratado de pediatría. Salvat.