

Cristina Sacristán

“La clínica psiquiátrica en el pabellón central”

p. 41-70

***Los pacientes del Manicomio La Castañeda y sus diagnósticos  
Una historia de la clínica psiquiátrica en México, 1910-1968***

Andrés Ríos Molina (coordinación)

México

Universidad Nacional Autónoma de México

Instituto de Investigaciones Históricas/

Instituto de Investigaciones Dr. José María Luis Mora

2017

452 p.

Imágenes, Figuras, Cuadros y Gráficas

(Serie Historia Moderna y Contemporánea 72)

ISBN 978-607-02-9714-4 (UNAM)

ISBN 978-607-9475-67-3 (Instituto de Investigaciones  
Dr. José María Luis Mora)

Formato: PDF

Publicado en línea: 29 de junio de 2018

Disponible en:

[http://www.historicas.unam.mx/publicaciones/publicadigital/libros/687/pacientes\\_manicomio.html](http://www.historicas.unam.mx/publicaciones/publicadigital/libros/687/pacientes_manicomio.html)



INSTITUTO  
DE INVESTIGACIONES  
HISTÓRICAS

DR © 2018, Universidad Nacional Autónoma de México-Instituto de Investigaciones Históricas. Se autoriza la reproducción sin fines lucrativos, siempre y cuando no se mutile o altere; se debe citar la fuente completa y su dirección electrónica. De otra forma, se requiere permiso previo por escrito de la institución. Dirección: Circuito Mtro. Mario de la Cueva s/n, Ciudad Universitaria, Coyoacán, 04510. Ciudad de México



## LA CLÍNICA PSIQUIÁTRICA EN EL PABELLÓN CENTRAL\*

CRISTINA SACRISTÁN  
Instituto Mora  
Centro Público CONACYT

El nacimiento de la psiquiatría en Europa entre fines del siglo XVIII y principios del XIX supuso una concepción del alienado y de su terapéutica muy distinta a la existente hasta ese momento, cuando los llamados locos, dementes o frenéticos podían ser socorridos para evitar que quedaran abandonados a su suerte, pero también controlados si se les creía peligrosos, con el fin de conservar la tranquilidad pública. Bajo este modelo asistencial, movido por la caridad y por el afán de preservar el orden, la curación ocupaba un lugar muy secundario, que fue ganando terreno a medida que la medicina comenzó a desplazar a la Iglesia y a quienes, por diversas razones, acogían a los insensatos en hospicios u hospitales, donde eran tratados prácticamente de la misma manera que otros enfermos, con sangrías, purgas, dietas, hierbas medicinales, con prácticas más extremas, como los exorcismos, o bien, sometidos por la fuerza.<sup>1</sup> Por el contrario,

\* Mucho agradezco el invaluable apoyo recibido por parte de Berenice Ruiz, Alejandro Giraldo, Jovita Ramos, José Antonio Maya y Rosa Flores en la búsqueda y análisis de la información utilizada en este trabajo. Agradezco también los comentarios recibidos en el Seminario Interdisciplinario en Salud Mental por parte de Olga Cruz, Alejandra Golcman, José Antonio Maya y Teresa Ordorika, y en el Seminario Historia Social de la Salud del Instituto Mora. Asimismo, agradezco a los restantes autores de este libro por sus atinadas sugerencias, a los dictaminadores anónimos y, muy especialmente, a Andrés Ríos, por la posibilidad de colaborar en este proyecto.

<sup>1</sup> Enrique González Duro, *Historia de la locura en España. Siglos XIII al XVII*, Madrid, Ediciones Temas de Hoy, 1994, p. 79-133; Roy Porter, *Breve historia de la locura*, Madrid, Turner/Fondo de Cultura Económica, 2003, p. 21-66; Hélène Tropé, “Los tratamientos de la locura en la España de los siglos XV al XVII. El caso de Valencia”, *Frenia. Revista de Historia de la Psiquiatría*, Instituto de Historia del Consejo Superior de Investigaciones Científicas, Madrid, v. XI, 2011,

la psiquiatría apostó por la curación del enfermo y lo hizo mediante su confinamiento, por creer que, si quedaba completamente aislado del mundo exterior, alejado de las emociones que habían provocado su locura y bajo la severa vigilancia del médico, encargado de dirigirle en las nuevas rutinas que mantendrían ocupada su mente todo el tiempo, podría sanar.<sup>2</sup>

Si bien en sus inicios el manicomio y el tratamiento moral, la terapéutica inscrita entre sus muros, generaron un gran optimismo sobre la recuperación de los pacientes, hacia 1860 comenzaron a registrarse en Francia los primeros síntomas de que el sistema asilar entraba en crisis. A las acusaciones lanzadas desde la prensa, que ponían al descubierto los malos tratos y los internamientos arbitrarios, se sumaron las voces que desde la propia profesión criticaron los altos índices de cronicidad y la masificación de los manicomios. En efecto, la incurabilidad de algunos padecimientos orgánicos (epilepsia, psicosis por alcoholismo, neurosífilis) propició la cronicación, pero también el aislamiento propio del encierro, que de ninguna manera favorecía la vuelta a la sociedad.<sup>3</sup>

Aunque los crónicos se acumulaban,<sup>4</sup> la institución asilar mantuvo su vigencia y se constituyó en el signo de identidad de la psiquiatría al menos hasta la segunda guerra mundial cuando,

p. 27-46; John S. Leiby, "San Hipolito's Treatment of the Mentally Ill in Mexico City, 1589-1650", *The Historian*, v. 54, n. 3, 1992, p. 491-498.

<sup>2</sup> Marcel Gauchet y Gladys Swain, *La pratique de l'esprit humain. L'institution asilaire et la révolution démocratique*, París, Gallimard, 1980, p. 68-100; Edward Shorter, *A History of Psychiatry. From the Era of the Asylum to the Age of Prozac*, New York, John Wiley & Sons, 1997, p. 8-16.

<sup>3</sup> Laurent Sueur, "Les psychiatres français de la première moitié du XIXe siècle face à l'isolement des malades mentaux dans des hôpitaux spécialisés", *Revue Historique*, n. 291, 1994, p. 299-314; Ricardo Campos, "De la higiene del aislamiento a la higiene de la libertad. La reforma de la institución manicomial en Francia", *Frenia. Revista de Historia de la Psiquiatría*, Instituto de Historia del Consejo Superior de Investigaciones Científicas, Madrid, v. I, n. 1, 2001, p. 37-64.

<sup>4</sup> En Inglaterra el número de internos pasó de entre 5000 y 10000 a principios del siglo XIX a 100000 hacia 1900; véase Gary Gutting, "Michel Foucault's *Phänomenologie des Krankengeistes*", en Mark. S. Micale y Roy Porter (eds.), *Discovering the history of psychiatry*, Oxford, Oxford University Press, 1994, p. 334-335. En Estados Unidos los pacientes reclusos sumaban alrededor de medio millón hacia 1940, en su mayoría considerados incurables; véase Gerald

tras la posguerra, se llegó a un consenso internacional sobre la necesidad de promover un sistema de atención en la comunidad que pusiera fin a la segregación.<sup>5</sup>

La centralidad que el manicomio ocupó durante 150 años como paradigma terapéutico ha convertido a esta institución en uno de los objetos más estudiados por la historiografía psiquiátrica. En este sentido, una de las líneas que ha orientado la discusión sobre la cronicidad asociada al manicomio sostiene que la tendencia al custodialismo, motivada por la existencia de numerosos pacientes crónicos que la propia institución asilar producía, operó en detrimento de su misión terapéutica. Según esta postura, la masificación impidió proporcionar una atención adecuada para cada enfermo y jugó en contra de los esfuerzos iniciales por medicalizar el tratamiento de la locura, dejando a los psiquiatras con muy pocas posibilidades de intervención sobre los pacientes. Sin embargo, desde otra perspectiva se ha historizado el manicomio como un espacio que permitió un gran desarrollo teórico y nosográfico, contribuyendo de manera muy importante al conocimiento psicopatológico, escenario donde se ensayaron innumerables tratamientos, marco propicio para la investigación y la enseñanza e incluso arena de debate entre los propios psiquiatras sobre la necesidad de superar el modelo manicomial como único dispositivo asistencial e instaurar en su lugar sistemas abiertos o de atención ambulatoria, todo ello con el fin de brindar una mejor atención a los pacientes y, desde luego, buscar su curación.<sup>6</sup>

N. Grob, *The Mad Among Us. A History of the Care of America's Mentally ill*, Cambridge, Harvard University Press, 1994, p. 165-166.

<sup>5</sup> Enric J. Novella, "Del asilo a la comunidad: interpretaciones teóricas y modelos explicativos", *Frenia. Revista de Historia de la Psiquiatría*, Instituto de Historia del Consejo Superior de Investigaciones Científicas, Madrid, v. VIII, 2008, p. 10-12.

<sup>6</sup> Uno de los primeros autores en llamar la atención sobre la cronicidad de los enfermos en los manicomios fue Georges Lantéri-Laura, "La chronicité dans la psychiatrie française moderne", *Annales*, v. XXVII, n. 3, 1972, p. 548-568. Los debates pueden verse en Ricardo Campos Marín y Rafael Huertas García-Alejo, "Los lugares de la locura: reflexiones historiográficas en torno a los manicomios y su papel en la génesis y el desarrollo de la psiquiatría", *Arbor. Ciencia, Pensamiento y Cultura*, v. CLXXXIV, n. 731, 2008, p. 471-480. Véase

En este trabajo se pretende contribuir a dicho debate, analizando la respuesta institucional a la primera crisis seria de credibilidad que enfrentó la psiquiatría mexicana cuando, desde instancias del Estado mexicano y de la opinión pública, se cuestionó al manicomio como modelo terapéutico.<sup>7</sup> En México, como en otros países, la ciencia psiquiátrica se desarrolló en el seno de la asistencia pública, principalmente en la institución asilar, obligando a la psiquiatría a desplegar estrategias para demostrar su competencia en el terreno asistencial que, para el caso del manicomio, necesariamente pasaban por revisar las condiciones en que se hallaban los enfermos (hacinamiento, masificación, abandono) como por alentar sus perspectivas de curación.<sup>8</sup> Fue así como en 1932 se estableció en el Manicomio de La Castañeda el llamado Pabellón Central, un espacio privilegiado que buscó centralizar los mayores recursos disponibles en ese momento para el diagnóstico, la terapéutica, la investigación y la enseñanza, y que resultó clave en el ejercicio de la clínica y el tratamiento de los pacientes, los dos puntales desde donde los médicos se anclaron para legitimar a la psiquiatría como el conocimiento experto en la patología mental y al manicomio como un espacio terapéutico. Desde el Pabellón Central se trabajó para lograr diagnósticos más certeros y agotar todos los posibles tratamientos. Para ello, el trabajo se enfocó en el diagnóstico de ingreso con el fin de determinar si el enfermo ameritaba o no el internamiento, tanto para evitar la hospitalización de quienes pudieran ser atendidos

también Enric J. Novella, “Del asilo a la comunidad: interpretaciones teóricas y modelos explicativos”, *Frenia. Revista de Historia de la Psiquiatría*, Instituto de Historia del Consejo Superior de Investigaciones Científicas, Madrid, v. VIII, 2008, p. 10-21.

<sup>7</sup> Cristina Sacristán, “‘La locópolis de Mixcoac’ en una encrucijada política: reforma psiquiátrica y opinión pública, 1929-1933”, en Cristina Sacristán y Pablo Piccato (coords.), *Actores, espacios y debates en la historia de la esfera pública en la ciudad de México*, México, Instituto de Investigaciones Dr. José María Luis Mora/Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Históricas, 2005, p. 199-232.

<sup>8</sup> Ana Teresa A. Venancio, “La creación del Instituto de Psiquiatría de la Universidad de Brasil: ciencia y asistencia psiquiátrica”, *Frenia. Revista de Historia de la Psiquiatría*, Instituto de Historia del Consejo Superior de Investigaciones Científicas, Madrid, v. 7, 2007, p. 195-212.

de forma ambulatoria sin necesidad de ingresar a la institución, como para impedir la entrada de aquellos cuyos padecimientos no fueran de índole psiquiátrica. Tanto para potenciar el servicio de consulta externa como para atender a los pacientes internos, se contó con una unidad de agudos que se enfiló en el uso de terapias biológicas (de choque, quirúrgicas y farmacológicas), con el claro objetivo de incentivar las altas o las recuperaciones por mejoría. Este escenario abría la posibilidad de que el tratamiento continuara extramuros con el apoyo de la familia, evitando así el reingreso del paciente y frenando el número de internos, cuyo crecimiento tanto preocupaba a los psiquiatras. Como derivación de todo ello, el Pabellón Central también fue un espacio para la investigación, la experimentación y la enseñanza de la clínica. Dicha tarea la llevó a cabo un nutrido grupo de médicos que constituyeron la primera generación de psiquiatras mexicanos. Formados en los años veinte, en pleno proceso de reconstrucción nacional tras la contienda bélica que supuso la Revolución Mexicana, trabajaron en La Castañeda entre 1930 y 1950, ocuparon importantes puestos públicos, profesionalizaron la psiquiatría y consolidaron el gremio.<sup>9</sup> Para el tema que nos ocupa, de entre todos ellos destacó el doctor Manuel Guevara Oropeza, dos veces director de La Castañeda (1932-1934 y 1938-1944), posición que aprovechó para formular e impulsar la idea del Pabellón Central, que terminó por dirigir de 1944 a 1961, cuando dejó el manicomio tras 40 años de labor.

Nuestra hipótesis sostiene que, mientras la apertura del Pabellón Central significó una importante reorganización médico-administrativa que redistribuyó los recursos humanos y materiales para dirigirlos al tratamiento de los agudos y combatir la extendida idea de que el manicomio sólo era un lugar de reclusión, otra parte de la institución padeció las consecuencias del siempre insuficiente presupuesto, albergando un buen número

<sup>9</sup> La caracterización de esta generación de médicos puede verse en Andrés Ríos Molina, *Cómo prevenir la locura. Psiquiatría e higiene mental en México, 1934-1950*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Históricas/Siglo XXI, 2016, p. 17-39.

de pacientes bajo un régimen asilar, sin perspectivas de mejoría y con una muy mermada calidad de vida.<sup>10</sup>

Antes de conocer el proceso que llevó a la creación del Pabellón Central, analizaremos el modelo asistencial que se estableció en La Castañeda y la crítica que en poco tiempo lo cuestionó por su carácter custodial, las medidas que los psiquiatras mexicanos tomaron para diagnosticar a los pacientes con mayor certidumbre y dirigirlos hacia el tratamiento más adecuado, en un afán por evitar que se cronificaran. Analizaremos cómo estas acciones confluyeron para concentrar los recursos diagnósticos y terapéuticos en el llamado Pabellón Central, destinado primordialmente al tratamiento de los agudos, así como el fallido intento de trasladar a otras instituciones a los considerados incurables.

### *El sueño y la realidad de La Castañeda*

En México, los diversos proyectos que se elaboraron en el último tercio del siglo XIX para construir un manicomio público en la capital también se inclinaron por el confinamiento, por tratarse de un espacio cerrado que se creía terapéutico y el único medio seguro para mantener a la sociedad a salvo de los locos peligrosos.<sup>11</sup> El modelo planeado contemplaba la división en pabellones

<sup>10</sup> Además de las carencias presupuestales que, en ocasiones, fueron muy severas, La Castañeda se vio asediada por la corrupción; véase *Entrevista al doctor Manuel Guevara Oropeza realizada por Martha Valdez en el domicilio particular del doctor el 4 de octubre de 1977*, México, Instituto de Investigaciones Dr. José María Luis Mora, 1982. Sobre los problemas que vivió La Castañeda en diferentes momentos de su historia, véase, para los primeros años del manicomio, Andrés Ríos Molina, *La locura durante la Revolución Mexicana. Los primeros años del Manicomio General La Castañeda, 1910-1920*, México, El Colegio de México, 2009, y para su evolución posterior, Cristina Sacristán, “Una valoración sobre el fracaso del manicomio de La Castañeda como institución terapéutica, 1910-1944”, *Secuencia. Revista de historia y ciencias sociales*, n. 51, 2001, p. 91-120, y Daniel Vicencio, *Operación Castañeda: un intento de reforma asistencial de la psiquiatría en México, 1940-1968*, tesis de maestría en Historia, México, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Filosofía y Letras, 1995, 2014.

<sup>11</sup> Cristina Sacristán, “Ser o no ser modernos. La salud mental en manos del Estado mexicano, 1861-1968”, *Espaço Plural*, Centro de Ciências Humanas,

para clasificar a los enfermos bajo los criterios de sexo, edad, estatus económico (si pagaban o eran atendidos gratuitamente), estatus jurídico (libres o remitidos por un juez), y enfermedad. Si bien los pabellones se fueron modificando con el tiempo a medida que determinadas enfermedades cobraban importancia o iban desapareciendo, al momento de su fundación encontramos los de *distinguidos*, para los pensionistas de primera clase que contaban con cuarto individual; *tranquilos*, para “los que sufren de enfermedades mentales crónicas”; *imbéciles*, para “los individuos cuya inteligencia esté disminuida”; *infecciosos*, “destinado a los individuos atacados de cualquier enfermedad de carácter infecto-contagioso”; *epilépticos* y *alcohólicos*, para los enfermos con estos padecimientos; *peligrosos*, para “los asilados violentos, impulsivos o agitados” y para “los presos peligrosos”, y, en casi todos, su correspondencia para las mujeres.<sup>12</sup> El manicomio consideraba también la existencia de talleres para el trabajo que, además de proporcionar ocupación a los internos, generarían utilidades al establecimiento. Se pensó en una ubicación lejos de la ciudad, pero comunicada con ella, y se estimó que al menos debía dar cabida a 1 000 internos para atender en buenas condiciones a los dementes que serían trasladados de los viejos hospitales construidos en la ciudad de México en tiempos coloniales y recibir a los nuevos pacientes.<sup>13</sup>

Por ello, cuando en 1910 se inauguró La Castañeda en la capital, un manicomio monumental que comprendía 25 edificios con capacidad para 1 300 pacientes y la posibilidad de extenderse a 2 000,<sup>14</sup> culminaron varias décadas de reflexión sobre la terapéutica de la locura animadas por la absoluta certeza de que

Educação e Letras, Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Marechal Cândido Rondon, v. XI, n. 22, 2010, p. 11-23.

<sup>12</sup> Reglamento del Manicomio General, art. 26, Archivo Histórico de la Secretaría de Salud (en adelante AHSS), *Fondo Beneficencia Pública*, Sección Establecimientos Hospitalarios, Serie Manicomio General, caja 3, exp. 25, 1913.

<sup>13</sup> Cristina Rivera Garza, *La Castañeda. Narrativas dolientes desde el Manicomio General. México, 1910-1930*, México, Tusquets Editores, 2010, p. 37-50.

<sup>14</sup> Marisa Valdés Fernández, *La salud mental en el Porfiriato. La construcción de “La Castañeda”*, tesis de licenciatura en Historia, México, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Filosofía y Letras, 1995, p. 135-144.

se caminaba en la dirección correcta. Se dijo entonces que el manicomio podía “figurar al lado de los mejores del continente americano” y colocar a México “a la altura de los países más avanzados”.<sup>15</sup> Como ya vimos, el modelo de segregación absoluta que lo inspiró fue cuestionado por sus magros resultados desde la segunda mitad del siglo XIX, por lo que pronto afloraron los dos lastres que también enfrentaron otros grandes manicomios: la masificación y la cronificación de los pacientes.<sup>16</sup>

Contra todo pronóstico, durante su primera década de vida La Castañeda experimentó un marcado descenso en su población, pasando en 1910 de 1 001 nuevos ingresos de pacientes a un mínimo histórico de 458 en 1919, achacable a los saldos de la guerra que asoló al país y a la inestabilidad política vivida durante la Revolución. El aumento en los ingresos de nuevos pacientes tuvo lugar a partir de 1920, tendencia que se mantuvo casi constante para estabilizarse después de 1944, cuando se alcanzó el máximo histórico, que fue de 1 664 nuevos pacientes en ese año,<sup>17</sup> y una ocupación total del manicomio para 1943 de 3 414 pacientes,<sup>18</sup> número elevadísimo si tomamos en cuenta la capacidad inicial de 1 300 camas. Casi a la par del crecimiento de los internos, comenzó a forjarse la leyenda negra de La Castañeda. A

<sup>15</sup> Genaro García, *Crónica oficial de las fiestas del primer centenario de la Independencia de México*, México, Talleres del Museo Nacional, 1911, p. 110.

<sup>16</sup> Cristina Sacristán, “Una valoración sobre el fracaso del manicomio de La Castañeda como institución terapéutica, 1910-1944”, *Secuencia. Revista de historia y ciencias sociales*, n. 51, 2001, p. 91-120. Los médicos encargados de elaborar el proyecto sabían de las críticas al modelo asilar, pero prefirieron optar por él, ya que creyeron que sus ventajas compensarían los inconvenientes; véanse Samuel Morales Pereira y Antonio Romero, “Exposición y proyecto para construir un manicomio en el Distrito Federal, que presenta ante la junta nombrada por el C. Ministro de Gobernación, la comisión encargada de formarlo”, *Memorias del 2o. Congreso Médico Pan-Americano verificado en la Ciudad de México, D. F.*, noviembre 16, 17, 18 y 19 de 1896, México, Hoeck y Compañía Impresores y Editores, 1898, t. 2, p. 887-899.

<sup>17</sup> Andrés Ríos Molina, Cristina Sacristán, Teresa Ordorika Sacristán y Ximena López Carrillo, “Los pacientes del Manicomio La Castañeda y sus diagnósticos. Una propuesta desde la historia cuantitativa (México, 1910-1968)”, *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia*, v. 68, n. 1, 2016.

<sup>18</sup> Informe de actividades enviado por el director Manuel Guevara Oropeza al jefe del Departamento Médico, AHSS, *Fondo Manicomio General*, Sección Administrativa, caja. 34, exp. 4, 30 de junio de 1943.

mediados de los años veinte, noticias en los periódicos de la capital daban cuenta de malos tratos, detenciones forzosas y hasta asesinatos, lo que las autoridades del manicomio desmentían sin mucho éxito.<sup>19</sup> Además de estas crónicas, que en ocasiones eran francamente sensacionalistas, hubo periodistas que se preocuparon por el tema de la curabilidad de los padecimientos mentales y por el fundamento científico de la psiquiatría. Así, en 1925, uno de ellos le dirigió al director de La Castañeda una serie de preguntas:

¿Qué clasificación puede intentarse de los padecimientos mentales que se tratan en La Castañeda? Súplica muy atenta de especificar si fuere posible, cuáles de esas lesiones son curables y cuáles no.

¿Qué resultados, positivos y comprobados, se obtienen en La Castañeda en el tratamiento de las lesiones mentales? Favor de anotar porcentajes, si para ello hubiera datos.<sup>20</sup>

El periodista preguntó también si los pacientes pensionistas, que pagaban por su estancia, recibían tratamientos médicos diferentes o si su condición de enfermos adscritos al pabellón de *distinguidos* sólo los hacía acreedores a mejores instalaciones.<sup>21</sup> No sabemos si esa información tan específica fue proporcionada, pero ese mismo año la Beneficencia Pública del Distrito Federal, entidad de la que dependía el manicomio, solicitó un diagnóstico de la institución para atender sus necesidades más apremiantes. En él se alertó sobre la importancia de aumentar el personal debido al crecimiento de los enfermos que llegaban de todo el país y rehabilitar algunos espacios sumamente deteriorados, pero de manera mucho más incisiva el informe señaló la urgencia de llevar con el máximo rigor las hojas de admisión y las historias clínicas de los enfermos para diagnosticarlos correctamente,

<sup>19</sup> Cristina Rivera Garza, “Por la salud mental de la nación: vida cotidiana y estado en el Manicomio General de La Castañeda, México 1910-1930”, *Secuencia. Revista de historia y ciencias sociales*, México, n. 51, 2001, p. 80-81.

<sup>20</sup> Preguntas sobre algunos datos para ser publicados en el periódico *El Entreacto*, AHSS, *Fondo Beneficencia Pública*, Sección Establecimientos Hospitalarios, Serie Manicomio General, caja 45, exp. 6, 1925.

<sup>21</sup> *Ibidem*.

clasificarlos y ofrecerles un tratamiento del que se carecía en ese momento, así como sobre la imperiosa necesidad de impulsar la formación de psiquiatras y la investigación, es decir, para cumplir con su misión terapéutica.<sup>22</sup>

El tema de la curabilidad no sólo preocupó a las autoridades; también fue motivo de reflexión entre los propios psiquiatras cuando Alfonso Millán, director de La Castañeda, reconoció que antes de la reforma médico-administrativa iniciada en 1932, para la mayor parte de la población, la psiquiatría carecía del estatus científico propio de las otras ramas de la medicina y el manicomio era visto “como un simple lugar de reclusión”.<sup>23</sup> Parecía llegado el momento de dar una respuesta institucional que, en efecto, se dio.

### *Controlando los ingresos: la apertura de la consulta externa*

Desde su creación en 1910, el Manicomio General, como también era conocido, dependió de la Beneficencia Pública que administrativamente estaba adscrita a la Secretaría de Gobernación y presupuestalmente a la Secretaría de Hacienda, pero a mediados de 1924 las atribuciones que ostentaba la Secretaría de Gobernación en materia de beneficencia pública fueron asignadas al Gobierno del Distrito Federal, para luego ser absorbidas en 1938 por la Secretaría de Asistencia Pública y en 1943 por la Secretaría de Salubridad y Asistencia.<sup>24</sup> Todas estas instituciones tuvieron

<sup>22</sup> Enrique O. Aragón, “Informe que con el carácter de anteproyecto, presenta al C. Presidente de la Junta Directiva de la Beneficencia Pública en el Distrito Federal, la Comisión que fue honrada en su nombramiento para proponer las reformas que amerita el Manicomio General”, en *Mis 31 años de académico*, México, Academia Nacional de Medicina de México, 1943, t. 1, p. 432-435.

<sup>23</sup> Alfonso Millán, “Radical transformación en el Manicomio General de Mixcoac”, *Asistencia. Órgano oficial de la Beneficencia Pública en el D. F.*, año 1, n. 1, 15 de agosto de 1934.

<sup>24</sup> Reglamento del Manicomio General, art. 1, AHSS, *Fondo Beneficencia Pública*, Sección Establecimientos Hospitalarios, Serie Manicomio General, caja 3, exp. 25, 1913; José Félix Alonso Gutiérrez (coord.), *Guía del Fondo Beneficencia Pública*, México, Secretaría de Salud, Centro de Documentación y

una importancia capital en la vida de La Castañeda y en las medidas que desde el Estado mexicano posrevolucionario se instrumentaron en materia de salud y asistencia social, sobre todo si tenemos en cuenta el hecho de que la Constitución de 1917 estableció la protección de la salud como un derecho de todos los mexicanos y fue durante la presidencia de Lázaro Cárdenas (1934-1940) cuando con más ahínco se desarrolló una política social fiel a los ideales de la Revolución.<sup>25</sup> En efecto, Cárdenas se propuso proteger de manera muy especial a los considerados “débiles sociales”, entre ellos los enfermos de toda índole, por los inconvenientes que esta condición generaba al propio individuo, a los familiares, y “por ser altamente perjudicial a la sociedad, como quiera que las personas que se encuentran en esas circunstancias no son elementos activos de consumo, y con frecuencia están desprovistos de actividades de producción y, por consiguiente, constituyen una carga para la sociedad y para el Estado”. Según esta filosofía, contar con una población sana y productiva permitiría combatir las desigualdades sociales y ofrecer las mismas oportunidades para todos.<sup>26</sup>

En 1929 la Beneficencia Pública designó como director del manicomio al joven médico Samuel Ramírez Moreno (1898-1951), quien con gran entusiasmo introdujo la terapia ocupacional basada en el trabajo, los deportes y las actividades artísticas, como un medio para que los pacientes, sobre todo los crónicos con ciertas capacidades, recuperaran parte de las habilidades perdidas combatiendo la inactividad y el ocio en el que se encontraban mediante un régimen dirigido por el orden y la disciplina, y se infundiera en los internos la idea de que se reintegrarían a

Archivo Histórico, 1987, p. I-IX; Luz María Uthhoff López, “Hacia una política asistencial. La creación de la Secretaría de Asistencia Pública en México, 1937-1940”, en Fernando J. Remedi y Mario Barbosa Cruz (comps.), *Cuestión social, políticas sociales y construcción del Estado social en América Latina, siglo XX*, México, Centro de Estudios Históricos Prof. Carlos S. A. Segreti/Universidad Autónoma Metropolitana-Unidad Cuajimalpa, 2014, p. 159-173.

<sup>25</sup> Claudia Agostoni, “Médicos rurales y medicina social en el México posrevolucionario (1920-1940)”, *Historia Mexicana*, 2013, v. LXIII (2), p. 745-801.

<sup>26</sup> Secretaría de la Asistencia Pública, *La Asistencia Social en México. Sexenio 1934-1940*, México, Talleres Gráficos de la Nación, 1940, p. 20-21.

la sociedad cuando fueran capaces de desempeñar un trabajo. Además, esta terapia se vio favorecida y apoyada por la Beneficencia Pública por los importantes ingresos que proporcionaba a la institución.<sup>27</sup> La dirección de Ramírez Moreno fue corta porque en 1932, con motivo de una denuncia por internamiento arbitrario que tuvo una gran repercusión mediática en un contexto de relevo de autoridades en la Beneficencia Pública, se vio obligado a renunciar pese al desempeño mostrado hasta entonces.<sup>28</sup> En ese momento fue designado en su lugar Manuel Guevara Oropeza (1899-1980), médico con diez años de antigüedad en el manicomio y muy afín a Ramírez Moreno en relación con la necesidad de mejorar la calidad de vida de los pacientes.<sup>29</sup> Como era previsible, la primera medida que tomó fue empezar a controlar el Departamento de Admisión, puerta de entrada al manicomio desde donde el enfermo pasaba al Pabellón de Observación “para su clasificación científica” y posteriormente ser remitido al pabellón correspondiente para su tratamiento.<sup>30</sup>

Establecer un buen mecanismo para el control de los ingresos en el Departamento de Admisión era decisivo porque desde ahí se podía incidir en el número y el tipo de pacientes que la institución estaba dispuesta a recibir. Así, desde el primer reglamento de La Castañeda, fechado en 1913, y hasta el final de sus días, el

<sup>27</sup> Cristina Sacristán, “Para integrar a la nación. Terapéutica deportiva y artística en el Manicomio de La Castañeda en un momento de reconstrucción nacional, 1920-1940”, Claudia Agostoni (ed.), *Curar, sanar y educar. Enfermedad y sociedad en México, siglos XIX y XX*, México, Instituto de Ciencias Sociales y Humanidades “Alfonso Vélaz Pliego” de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla/Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Históricas, 2008, p. 99-123.

<sup>28</sup> Cristina Sacristán, “‘La locópolis de Mixcoac’ en una encrucijada política: reforma psiquiátrica y opinión pública, 1929-1933”, en Cristina Sacristán y Pablo Piccato (coords.), *Actores, espacios y debates en la historia de la esfera pública en la ciudad de México*, México, Instituto de Investigaciones Dr. José María Luis Mora/Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Históricas, 2005, p. 199-232.

<sup>29</sup> Cristina Sacristán, “La contribución de La Castañeda a la profesionalización de la psiquiatría mexicana, 1910-1968”, *Salud Mental*, v. 33, n. 6, 2010, p. 478.

<sup>30</sup> Reglamento del Manicomio General, art. 26, AHSS, *Fondo Beneficencia Pública*, Sección Establecimientos Hospitalarios, Serie Manicomio General, caja 3, exp. 25, 1913.

proceso de admisión de los pacientes quedó regulado bajo criterios exclusivamente médicos, pero débiles e insuficientes. Para el ingreso hospitalario era necesario presentar un certificado firmado por dos médicos (que no requerían ser psiquiatras) donde se señalara el diagnóstico o los síntomas más notorios o los problemas de conducta y la falta de adaptación al medio social. El certificado también debía indicar la necesidad de internar al paciente para su tratamiento y aplicaba tanto para las solicitudes de las familias como para las órdenes de internamiento giradas por las autoridades. En el caso de remisiones a cargo de la autoridad, el certificado podía ir firmado por los médicos adscritos a las inspecciones de policía o a los hospitales,<sup>31</sup> pero con frecuencia el manicomio se vio obligado a recibir sujetos enviados desde las comisarías, en ocasiones mendigos, sin que se acreditara plenamente la necesidad de su tratamiento.<sup>32</sup> Las familias carentes de recursos para pagar el certificado expedido por un médico solían acudir a las autoridades municipales o a instituciones de asistencia para obtenerlo de manera gratuita.<sup>33</sup> Finalmente, cuando el ingreso debía efectuarse con carácter de urgencia, el paciente solía ser recluido sin más trámite, ya que el médico de guardia del manicomio expedía el certificado uniendo a su firma la de otro médico de la institución.<sup>34</sup> Puede observarse que sólo en este último caso el certificado médico era emitido por psiquiatras, pues en las restantes situaciones lo hacían médicos generales, ya fueran médicos particulares o bien los que trabajaban en hospitales públicos o comisarías.

<sup>31</sup> Reglamento del Manicomio General, art. 11, AHSS, *Fondo Beneficencia Pública*, Sección Establecimientos Hospitalarios, Serie Manicomio General, caja 3, exp. 25, 1913.

<sup>32</sup> Cristina Sacristán, "Resistir y asistir. La profesión psiquiátrica a través de sus instituciones hospitalarias en la ciudad de México, 1859-1933", en Carlos Illades y Ariel Rodríguez Kuri (comps.), *Instituciones y ciudad. Ocho estudios históricos sobre la ciudad de México*, México, Ediciones ¡Uníos!, 2000, p. 187-216.

<sup>33</sup> Andrés Ríos, *La locura durante la Revolución Mexicana. Los primeros años del Manicomio General La Castañeda, 1910-1920*, México, El Colegio de México, 2009, p. 27-28.

<sup>34</sup> Reglamento del Manicomio General, art. 12, AHSS, *Fondo Beneficencia Pública*, Sección Establecimientos Hospitalarios, Serie Manicomio General, caja 3, exp. 25, 1913.

Con el fin de ejercer un mayor control sobre los ingresos e intentar que cualquier instancia remitente cumpliera el reglamento, a menos de un mes de haber tomado posesión, en octubre de 1932, Guevara Oropeza sostuvo que, “para llenar una necesidad urgente en lo que se refiere a admisión de enfermos, evitando errores u omisiones, que pudieran ser perjudiciales para la buena marcha del Manicomio”, quedaba establecido el “certificado de 72 horas”. Durante ese tiempo se tendría en observación a los nuevos internos para formular un diagnóstico más certero y ser transferidos al pabellón correspondiente.<sup>35</sup> Esta disposición también facultaba al médico para solicitar una ampliación del plazo de 72 horas en caso de requerir más tiempo y así tener la seguridad de que el enfermo ameritaba ser retenido. Todo ello para evitar las quejas por internamientos arbitrarios, pero también para desahogar de pacientes al saturado manicomio.<sup>36</sup>

Además del certificado, Guevara Oropeza instrumentó otra vía para controlar los ingresos. Desde la fundación en 1905 del Hospital General, una institución de beneficencia que asistía sin ningún costo a la población más pobre de la ciudad, se abrió un consultorio central extramuros donde los enfermos debían presentarse para determinar si necesitaban ser internados o no en dicho hospital. Posteriormente, cuando la institución contó con un servicio de consulta externa propio, el consultorio central se convirtió en el Consultorio número 1, al que se sumaron cuatro más, para dar atención en medicina general, oftalmología, ginecología, enfermedades venéreas, otorrinolaringología y odontología. En 1934, con motivo de la reestructuración de todos los consultorios de la capital, a La Castañeda se le presentó la opor-

<sup>35</sup> Indicaciones para que a los enfermos de nuevo ingreso se les practique un examen médico y se remita a la Dirección, para justificar su internamiento, AHSS, *Fondo Manicomio General*, Sección Administrativa, caja 4, exp. 10, 8 f., 1932-1933.

<sup>36</sup> Informe titulado “La asistencia psiquiátrica en el Distrito Federal y en general el problema de la asistencia a alienados en la República”, por el doctor Manuel Guevara Oropeza, director del Manicomio General, de la Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría y profesor de la Facultad Nacional de Medicina, AHSS, *Fondo Manicomio General*, Sección Administrativa, caja 43, exp. 4, 41 f., 1943.

tunidad de establecer por primera vez una consulta de psiquiatría fuera de sus muros, a imitación del Hospital General, precisamente en el Consultorio número 1, por ser el que estaba mejor equipado y donde acabó ensayándose el proyecto piloto del “Consultorio Tipo”.<sup>37</sup> En dicho servicio, dos psiquiatras atendían a enfermos que no necesitaban hospitalizarse y extendían el certificado de internamiento para La Castañeda a los restantes.<sup>38</sup> Además, brindaban seguimiento a pacientes dados de alta del manicomio que, “por haber alcanzado un grado de alivio”, podían “vivir en el seno de la familia y aún trabajar, siendo nuevamente hombres útiles a la sociedad”. También, mediante este servicio de psiquiatría en consultorio, se procuró atacar el problema de los diagnósticos erróneos dados por médicos que no eran psiquiatras, como ya vimos; evitar hospitalizar a quienes pudieran “hacer una vida cercana a la normal”, y disminuir los reingresos derivados de altas que carecían de supervisión.<sup>39</sup> Esta política seguía puntualmente las directrices posrevolucionarias que desde el Estado buscaban integrar a la vida productiva a los grupos más desprotegidos, en vez de limitarse a paliar sus necesidades más apremiantes. Con ello se esperaba convertirlos en elementos útiles a la sociedad, dejando de representar una carga para las arcas públicas, como se dijo más arriba.<sup>40</sup> No obstante y pese a estos esfuerzos, las nuevas medidas adoptadas para controlar los ingresos también podían ser esquivadas, como en efecto sucedió.

Desconocemos el impacto de un reportaje publicado por la revista *Hoy* unos años después, entre los meses de mayo y junio de 1941, que se valió del ardid de introducir en el manicomio a

<sup>37</sup> Patricia Olguín Alvarado, “Los consultorios de la Beneficencia Pública. Una respuesta a la demanda colectiva de atención médica, 1881-1940”, *Cuadernos para la historia de la salud*, México, Secretaría de Salud, 1993, p. 57-76.

<sup>38</sup> Datos proporcionados por el manicomio para los informes presidenciales, AHSS, *Fondo Manicomio General*, Sección Administrativa, caja 34, exp. 4, 196 f., 1937-1965.

<sup>39</sup> “Sección de psiquiatría en el consultorio no. 1”, *Asistencia*, año 1, n. 7, 1935, p. 28-29.

<sup>40</sup> Secretaría de la Asistencia Pública, *La Asistencia Social en México. Sexenio 1934-1940*, México, Talleres Gráficos de la Nación, 1940, p. 20-21.

un redactor, pero creemos que no debió carecer de importancia, pues el propio Guevara Oropeza (ya en su segundo periodo como director de La Castañeda) intervino para responder a las críticas. Recurriendo a la estrategia de fingirse loco, el periodista se presentó nada menos que en el Consultorio número 1, donde obtuvo el certificado médico siendo internado al día siguiente. El reportaje en cuestión comenzaba de una manera bastante dramática: “Yo acabo de pasar siete días en la casa de los muertos en vida que se llama el Manicomio de La Castañeda. Ha sido la experiencia más fuerte y cruel de mi vida. No podría describir con palabras las escenas tan inhumanas que he descubierto.”<sup>41</sup> Entrevistado en la última entrega, Guevara Oropeza explicó los enormes problemas que enfrentaba La Castañeda, como la protección que los empleados obtenían del sindicato, lo que impedía levantarles la más mínima sanción, incluso aunque maltrataran a los enfermos; el insuficiente presupuesto para acondicionar el manicomio conforme a las necesidades de su enorme población, para mejorar la alimentación y erradicar la plaga de ratas que asolaba a los pacientes; así como el más urgente problema, el del cupo de enfermos, para el cual había ideado un nuevo proyecto: construir fincas de campo adaptadas a los enfermos incurables, para que trabajasen en ellas laborando la tierra.<sup>42</sup>

Para aquellos pacientes sin perspectivas de mejoría que sólo esperaban el fin de sus días, Guevara Oropeza propuso a las autoridades de salud un proyecto que comenzó a elaborar en 1941. El propósito era crear instituciones para pacientes con trastornos crónicos que pudieran ser sometidos a un régimen de terapia ocupacional por gozar de buena salud física y no presentar comportamientos agresivos. Las denominadas “Granjas de recuperación para enfermos mentales pacíficos”, que se ubicarían en el campo, se inspiraron en el tratamiento ocupacional del psiquiatra alemán Hermann Simon, cuya obra había ejercido notable influencia desde la década de los treinta por el valor concedido a la ergoterapia como un mecanismo para sacar del letargo a

<sup>41</sup> “Yo estuve en el manicomio”, *Hoy*, 24 de mayo de 1941.

<sup>42</sup> “Yo estuve en el manicomio”, *Hoy*, 14 de junio de 1941.

cientos de pacientes que consumían sus vidas en total estado de ociosidad en los manicomios, así como recuperar habilidades perdidas y hacer sentir a los enfermos que podían ser útiles si eran capaces de desempeñar una actividad productiva.<sup>43</sup> La terapia ocupacional tenía un antecedente muy importante en La Castañeda, ya que durante la dirección de Ramírez Moreno llegaron a trabajar alrededor del 40% de los internos,<sup>44</sup> y desde el mismo proyecto de creación del manicomio se pensó en establecerla por los beneficios económicos que traería, como ya vimos.

Con tan buenos augurios, pero sobre todo con el apoyo de Salvador Zubirán, subsecretario de Asistencia Pública, se inauguró en 1945 la primera granja en San Pedro del Monte, Guanajuato, con capacidad para 400 enfermos del sexo masculino, experiencia que esperaba replicarse en el resto del país.<sup>45</sup> Lamentablemente, transcurrieron 13 años para que se abrieran dos más, por lo que esta alternativa a la saturación de pacientes crónicos de La Castañeda tampoco resolvió el problema.<sup>46</sup>

Estos esfuerzos por reducir el hacinamiento y la cronificación de los pacientes, que se enfocaron en frenar el incremento de los

<sup>43</sup> Sobre las virtudes que los médicos encontraban en la terapia ocupacional, véase Samuel Ramírez Moreno, “La terapéutica por medio del trabajo y los deportes en los enfermos mentales”, en *Memoria del III Congreso de la Asociación Médica Panamericana verificado en la ciudad de México del 26 al 31 de julio de 1931, bajo los auspicios del Departamento de Salubridad de México*, México, Imprenta del Departamento de Salubridad Pública, 1933, p. 115-123. F. Garza García, “La terapia ocupacional para enfermos mentales en México”, *Revista Mexicana de Psiquiatría, Neurología y Medicina Legal*, v. XIII, n. 74, 1946, p. 14-27.

<sup>44</sup> Cristina Sacristán, “Por el bien de la economía nacional. Trabajo terapéutico y asistencia pública en el Manicomio de La Castañeda de la ciudad de México, 1929-1932”, *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, v. 12, n. 3, p. 687.

<sup>45</sup> *Entrevista al doctor Manuel Guevara Oropeza realizada por Martha Valdez en el domicilio particular del doctor el 4 de octubre de 1977*, México, Instituto de Investigaciones Dr. José María Luis Mora, 1982, p. 202-203. Sobre los problemas que enfrentó La Castañeda con el director de la granja, véase Cristina Sacristán, “Reformando la asistencia psiquiátrica en México. La granja de San Pedro del Monte: los primeros años de una institución modelo, 1945-1948”, *Salud Mental. Revista del Instituto Nacional de Psiquiatría*, v. 26, n. 3, 2003, p. 57-65.

<sup>46</sup> Manuel Velasco Suárez, “Dirección General de Neurología, Salud Mental y Rehabilitación”, *Salud Pública de México*, México, época V, v. VI, n. 6, p. 1187-1189, 1964.

nuevos ingresos experimentado a partir de la década de los veinte mediante acciones como la apertura de la consulta externa, evitar los reingresos ante una posible recaída por falta de supervisión tras el alta y trasladar a los crónicos a otras instituciones, se acompañaron de estrategias enfocadas en los agudos destinadas a mejorar los procesos de diagnóstico y tratamiento a partir del arsenal científico común a otros manicomios en ese tiempo.<sup>47</sup> Fue así como nació el proyecto del Pabellón Central bajo la conducción de Guevara Oropeza.

### *Atendiendo a los agudos: el Pabellón Central*

Durante su primer periodo como director de La Castañeda (1932-1934), Guevara Oropeza también dio continuidad a la reorganización del manicomio que había iniciado Ramírez Moreno al dividirlo en dos grandes secciones: “una sección para hospitalización donde estaban los enfermos que se tenían que atender médicamente”, es decir, aquellos que eran objeto de tratamiento; y otra “de colonia-asilo”, que comprendía dos tipos de pacientes: los “enfermos incurables pero suficientemente aptos para hacer alguna cosa” y aquellos “que eran totalmente improductivos, inadaptables”. Bajo este patrón, los incurables aptos “salían todos los días a trabajar en el campo”, es decir, estaban sujetos a la terapia ocupacional, mientras los inadaptables o improductivos “se quedaban en el pabellón”. La novedad que introdujo Guevara Oropeza estuvo dirigida hacia quienes podían ser tratados “médicamente”. Pensó entonces en contar con “un pabellón especializado que reuniera todos los medios de diagnóstico y de tratamiento que no se podían llevar a cabo en los pabellones”. Aprovechando el pabellón de servicios generales, que desde la fundación de La Castañeda se destinó a la parte administrativa, ya que ahí se ubicaron las oficinas de la Dirección y el Departamento de Admisión, desocupó las “habitaciones que se habían

<sup>47</sup> Edward Shorter, *A History of Psychiatry. From the Era of the Asylum to the Age of Prozac*, New York, John Wiley & Sons, 1997, p. 190-238.

tomado los empleados, estaba lleno de familias y de gentes que no tenían por qué estar”, e “instaló lo que fue el Pabellón Central”, que se fue equipando lentamente en función de los recursos disponibles.<sup>48</sup>

Cuando Guevara Oropeza dejó la dirección del manicomio, en febrero de 1944, fue nombrado jefe del Pabellón Central.<sup>49</sup> Tras dos meses en el cargo, presentó un programa de trabajo y un reglamento para darle mayor formalidad y trabajar de manera más ordenada; todo ello con el fin de brindar un conjunto de servicios que ayudaran a los médicos “en su labor diagnóstica o terapéutica”. Los pacientes internados en el manicomio podían acudir con “un pase transitorio” expedido por su médico tratante, ya fuera para diagnóstico, exploración o tratamiento, regresando después a su pabellón; o bien podían quedarse en “estancia prolongada” por requerir de forma continua los servicios del Pabellón Central. Éstos eran radiología, electroencefalografía, psicometría y psicodiagnóstico, oftalmología, electropirexia, electroshock, cirugía y neurocirugía, y cada uno de estos servicios tenía un responsable y un ayudante. En relación con los tratamientos, los pacientes con neurosífilis eran tratados con electropirexia y malarioterapia para crear fiebres artificiales, mientras que a los psicóticos se les aplicaban tratamientos de choque como el electroshock y el coma insulínico, por ejemplo.<sup>50</sup>

<sup>48</sup> *Entrevista al doctor Manuel Guevara Oropeza realizada por Martha Valdez en el domicilio particular del doctor el 4 de octubre de 1977*, México, Instituto de Investigaciones Dr. José María Luis Mora, 1982, p. 196-200. Ramírez Moreno relata que “Desde el año de 1929 se inició en el Manicomio de ‘La Castañeda’ un cambio completo en su organización, pues se llevó a cabo el estudio cuidadoso de los enfermos para su conveniente tratamiento, se hizo distribución de ellos, se creó un personal de médicos especialistas, se formaron enfermos psiquiátricos de ambos sexos y se desarrolló la terapia ocupacional y recreativa”. Véase Samuel Ramírez Moreno, “Planes para la salud mental: organización, preparación, propaganda, con referencia a lo que se hace en México”, *Psiquis. Revista mexicana de psicología y de higiene mental*, v. 4, n. 11, 1948, p. 272.

<sup>49</sup> *Entrevista al doctor Manuel Guevara Oropeza realizada por Martha Valdez en el domicilio particular del doctor el 4 de octubre de 1977*, México, Instituto de Investigaciones Dr. José María Luis Mora, 1982, p. 217.

<sup>50</sup> Plan y reglamento del Pabellón Central del Manicomio, AHSS, *Fondo Manicomio General*, Sección Administrativa, caja 20, exp. 13, 1944. Los detalles

El sucesor de Guevara Oropeza en la dirección general del manicomio, el doctor Edmundo Buentello, sintetizó de manera muy elocuente el trabajo que se realizaba en el Pabellón Central:

El Pabellón Central del Manicomio, recientemente acondicionado, no tendrá por objeto transformarse en un servicio aislado y preferente de neurocirugía, sino que será el pabellón destinado a ayudar, con los elementos de que dispone: gabinetes de electropirexia, aparatos para electro-shock, electro-encefalografía, servicio de Rayos X, etc., a todos los pabellones del Manicomio, siendo en esta forma un verdadero servicio central del que se beneficiarán los asilados todos del establecimiento, y al que tendrán acceso todos los médicos del mismo, siguiendo dentro de él la evolución de los casos que ellos mismos presenten.<sup>51</sup>

El manicomio, al alinearse con este tipo de tratamientos basados en un modelo somático de la causalidad de las enfermedades mentales, que le dieron a la psiquiatría una orientación organicista y la colocaron a la par de otras especialidades médicas, se sumó a la tendencia típica de muchos manicomios durante la primera mitad del siglo XX. Estas nuevas terapias, que se desarrollaron primero en Europa, fueron recibidas con mucho entusiasmo y aceptación por los psiquiatras ya que parecían la solución para que los hospitales dejaran de ser instituciones custodiales. Sin embargo, por hallarse en fase experimental, la evidencia empírica sobre cómo operaban estas prácticas terapéuticas era muy débil, por lo que se aplicaron en forma casi indiscriminada y bajo condiciones de alto riesgo para la vida de los pacientes, y fueron abandonadas en su mayoría con la introducción de la farmacología hacia los años cincuenta.<sup>52</sup>

El proyecto del Pabellón Central recibió un gran impulso en 1947, cuando el otrora director de La Castañeda, Ramírez Mo-

sobre estos tratamientos pueden verse en este mismo libro en el trabajo “Parálisis general progresiva” de Alejandro Giraldo y en “Esquizofrenia y psicosis maniaco-depresiva” de Andrés Ríos Molina.

<sup>51</sup> Edmundo Buentello, “El Manicomio General y sus problemas inmediatos”, *Salubridad y Asistencia*, t. I, n. 2, 1944, p. 45.

<sup>52</sup> Gerald N. Grob, *The Mad Among Us. A History of the Care of America's Mentally ill*, Cambridge, Harvard University Press, 1994, p. 178-183.

reno, fue nombrado titular de la recién creada Dirección de Asistencia Neuropsiquiátrica de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, y el manicomio, que había recibido apelativos tan dantescos como la “Locópolis de Mixcoac” o “El Palacio de la Locura”, pasó a llamarse oficialmente Instituto Neuropsiquiátrico Nacional,<sup>53</sup> denominación que nunca pudo triunfar sobre la inercia del pasado, aunque algunos médicos sí la utilizaron en sus publicaciones,<sup>54</sup> y que expresaba la transformación tan ansiada del manicomio en un auténtico hospital psiquiátrico.<sup>55</sup> Como se recordará, se mantenía el proyecto de trasladar a los crónicos a granjas campestres para quedarse únicamente con los agudos, y concentrar todos los esfuerzos en atender a los enfermos con mayores posibilidades de recuperación.<sup>56</sup>

La idea de contar con esta Dirección de Asistencia Neuropsiquiátrica nació en el seno del propio manicomio, concretamente en las sesiones del Consejo Psiquiátrico de Toxicomanías e Higiene Mental, órgano donde se reunían los directivos de La Castañeda con las autoridades de salud para acordar la política en materia de “asistencia neuropsiquiátrica” del país. Ahí se discutió la necesidad

<sup>53</sup> Programa inicial de actividades de la Dirección de Asistencia Neuropsiquiátrica, por el doctor Samuel Ramírez Moreno, AHSS, *Fondo Manicomio General*, Sección Administrativa, caja 47, exp. 1, f. 2-4, 1947-1949.

<sup>54</sup> Ana Cecilia Rodríguez de Romo y Gabriela Castañeda López, “El Hospital Granja y la Escuela Granja Bernardino Álvarez: antecedentes del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía”, *Revista de Investigación Clínica*, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, v. 65, n. 6, 2013, p. 526.

<sup>55</sup> Entre los apoyos más importantes que ofreció Ramírez Moreno al manicomio tenemos la adquisición de los equipos para exploración, diagnóstico y tratamiento, pues muchos de ellos se encontraban en mal estado o totalmente inservibles, ya que se disponía de un presupuesto para habilitar el Pabellón Central con todo lo necesario. Sin embargo, no podemos asegurar con exactitud qué equipos se compraron o renovaron durante su gestión. Véase Programa inicial de actividades de la Dirección de Asistencia Neuropsiquiátrica, por el doctor Samuel Ramírez Moreno, AHSS, *Fondo Manicomio General*, Sección Administrativa, caja 47, exp. 1, f. 2-4, 1947-1949.

<sup>56</sup> En otros hospitales se pensó en la alternativa contraria: trasladar los agudos a instalaciones nuevas y dejar que los crónicos permanecieran en las antiguas. Véase Valeria Silvina Pita, *La casa de las locas. Una historia social del Hospital de Mujeres Dementes, Buenos Aires, 1852-1890*, Rosario, Prohistoria Ediciones, 2012, p. 163-207.

de formular una legislación nacional para alienados, construir un manicomio para mujeres a fin de liberar camas en La Castañeda, o un hospital para atender los enfermos con trastornos neurológicos, que el manicomio se estaba viendo obligado a rechazar por falta de cupo.<sup>57</sup> Posiblemente desde el manicomio se influyó para que nombraran a Ramírez Moreno como su director, con quien podían tener una buena comunicación. De hecho, Ramírez Moreno elaboró un programa de trabajo que, si bien estaba pensado para todo el territorio nacional, partía de la problemática del hacinamiento constatada en La Castañeda y se enfocaba en dar tratamiento a los agudos y custodiar a los crónicos. Así, se tenía planeado dividir a “los enfermos mentales y nerviosos del país” en internos y externos. Los primeros estarían “recluidos en hospitales, granjas y colonias”, siendo subdivididos a su vez en agudos y crónicos, mientras los segundos serían atendidos en “consultorios y dispensarios”. Para el caso de los agudos, y dado que estos pacientes eran susceptibles de cura o mejoría, se emplearían todos los procedimientos de la terapia moderna: farmacológica, quirúrgica, física y biológica, acompañada de estudios de laboratorio y gabinete. En relación con la atención para los pacientes externos, se pensó establecer en La Castañeda el Consultorio Central Neuropsiquiátrico, a cargo del doctor Guevara Oropeza, como parte también de la reestructuración del Pabellón Central. Este consultorio, además de prestar servicio a los pacientes hospitalizados, también lo daría a los externos con el claro objetivo de impulsar la atención externa y evitar el internamiento.<sup>58</sup>

Con motivo de una visita realizada por una comisión de médicos colombianos a distintas instituciones de salud de México en 1953, entre las que se encontraba La Castañeda, los doctores Roberto Serpa Flórez, conocido psiquiatra que se interesó en la materia forense, y Roberto Valencia Diego, elogiaron la “unidad

<sup>57</sup> Actas de las sesiones del Consejo Psiquiátrico de Toxicomanías e Higiene Mental, AHSS, *Fondo Manicomio General*, Sección Administrativa, caja 48, exp. 2, 102 f., 1944-1945.

<sup>58</sup> Programa inicial de actividades de la Dirección de Asistencia Neuropsiquiátrica, por el doctor Samuel Ramírez Moreno, AHSS, *Fondo Manicomio General*, Sección Administrativa, caja 47, exp. 1, f. 2-4, 1947-1949.

de tratamiento para agudos” habilitada en el Pabellón Central porque, a su juicio, contaba con todos los recursos que en ese momento ofrecía la ciencia:

En este Pabellón se internan los pacientes agudos, se elaboran las historias clínicas y se les somete a tratamiento intensivo, por un tiempo que oscila entre 2 y 6 meses como máximo. [...]

*Este tipo de Pabellón es lo que se denomina Unidad de Tratamiento, y cuenta con mayor número de médicos y enfermeras que todos los demás pabellones.* Tiene salones especiales para los distintos tratamientos y formularios muy apropiados para las historias clínicas, que incluimos en el Anexo.

Si los enfermos no responden a la terapéutica pasan a los Pabellones de Crónicos o a los de Trabajadores si su estado lo permite.

En caso de alcancen una remisión de su sintomatología, se les da la salida directamente desde allí.<sup>59</sup>

Todavía en 1953 subsistía el programa que dio origen al Pabellón Central como el dispositivo clave para acortar las estancias de los pacientes: elaborar las historias clínicas, establecer el diagnóstico y administrar el tratamiento hasta por un máximo de seis meses. Pasado este tiempo, si la enfermedad había remitido, el paciente era dado de alta. En caso contrario, podía ser trasladado a los pabellones de enfermos crónicos, donde le esperaba un destino incierto; o bien, a los de trabajadores, si su estado de salud y su conducta le permitían participar en la terapia ocupacional, ya sea en el cultivo del campo, en los talleres de manufacturas, o en labores domésticas destinadas a las mujeres. Los crónicos, lamentablemente, no habían desaparecido, aunque a los psiquiatras colombianos les pareció que esta estrategia dirigida a los agudos disminuía la duración del internamiento hospitalario, aumentaba el “porcentaje de recuperaciones sociales, o curaciones”, alcanzando “una economía en los costos y una mayor efectividad en la asistencia”.<sup>60</sup>

<sup>59</sup> Estudio e informe sobre el Manicomio General, elaborado por una comisión de médicos de Colombia, AHSS, *Fondo Manicomio General*, Sección Administrativa, caja 53, exp. 6, 19 f., 1953. Las cursivas son mías.

<sup>60</sup> *Ibidem*.

En el proyecto de Ramírez Moreno, diseñado en la Dirección de Asistencia Neuropsiquiátrica, el consultorio central ubicado en dicho pabellón tuvo un rol muy importante, ya que desde él se realizarían tres operaciones fundamentales: primero, seleccionar aquellos enfermos que en verdad necesitaran ser recluidos, “limitando los ingresos”; segundo, dar las altas acompañadas de un seguimiento a los pacientes que debieran mantenerse bajo observación médica o tratamiento, para evitar su reingreso; y, en tercer lugar, “ser centros de propaganda de higiene mental”,<sup>61</sup> para prevenir las enfermedades mentales.<sup>62</sup> El peso dado a la consulta externa quedó plasmado al establecer que el jefe de ésta sería también el del Pabellón Central, ello con el fin de establecer una buena coordinación entre la consulta externa y los servicios que se brindaban en el pabellón, otorgando toda la prioridad a los pacientes agudos. Asimismo, la consulta externa tenía bajo su jurisdicción a las trabajadoras sociales, enlace entre el paciente y la familia, tanto durante su estancia en el manicomio como una vez que fuera dado de alta. Entre sus funciones se encontraban localizar a los familiares y citarlos cuando el médico lo solicitara, obtener la autorización de la familia para procedimientos graves como las lobotomías, hacer visitas a domicilio para conocer el estado de los pacientes y buscarles trabajo a su salida de la institución para apoyar su readaptación. Si bien en 1953 únicamente había 15 trabajadoras sociales en todo el manicomio, se trataba de un primer paso,<sup>63</sup> y aunque no podemos valorar en toda su dimensión el impacto de la consulta externa, para 1960 sus archivos contenían 1 485 expedientes.<sup>64</sup>

<sup>61</sup> Programa inicial de actividades de la Dirección de Asistencia Neuropsiquiátrica, por el doctor Samuel Ramírez Moreno, AHSS, *Fondo Manicomio General*, Sección Administrativa, caja 47, exp. 1, f. 2-4, 1947-1949.

<sup>62</sup> Andrés Ríos ha estudiado muy bien el papel de la higiene mental en la prevención de las enfermedades mentales y, con ello, en la reducción de los internamientos de enfermos. Véase Andrés Ríos Molina, *Cómo prevenir la locura. Psiquiatría e higiene mental en México, 1934-1950*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Históricas/Siglo XXI, 2016.

<sup>63</sup> Estudio e informe sobre el Manicomio General, elaborado por una comisión de médicos de Colombia, AHSS, *Fondo Manicomio General*, Sección Administrativa, caja 53, exp. 6, 19 f., 1953.

<sup>64</sup> AHSS, *Fondo Manicomio General*, Sección Administrativa, caja 53, exp. 3.

*Clasificar, investigar y enseñar*

Si bien la primera clasificación internacional de enfermedades mentales se creó con el objetivo específico de contar con una nomenclatura unificada destinada a la creación de estadísticas y de estudios comparativos,<sup>65</sup> lo cierto es que toda clasificación supone el reconocimiento de determinadas enfermedades y su ordenación, así como de los debates que van configurando el saber psiquiátrico.<sup>66</sup> Los escasos estudios sobre este aspecto para el Manicomio de La Castañeda apuntan a que durante los primeros años, quizá las primeras dos décadas, dominó la nosografía francesa decimonónica, que paulatinamente fue sustituida por la germana, concretamente por la clasificación kraepeliniana, y muy lentamente se fue introduciendo la norteamericana en los últimos años de La Castañeda.

Al respecto, José Luis Patiño Rojas, que empezó a trabajar en el manicomio en 1936 y fue su director durante 10 años, y su colega Ignacio Sierra Macedo, que comenzó a laborar en La Castañeda en 1942, llegando al cargo de subdirector,<sup>67</sup> señalaron en 1960 que cuando se fundó La Castañeda no existía una clasificación de las enfermedades propiamente, pero “con la aparición de la nosología kraepeliniana, el manicomio entró dentro de un carril científico y entre los años 1920-1925 se comenzaron a afinar los diagnósticos y a partir de esa fecha la situación caótica cambió por completo, usándose, desde entonces, más o menos modificada, la nomenclatura de Kraepelin”.<sup>68</sup> La historiografía ha confirmado el uso de algunas nociones kraepelinianas en la clínica de La Castañeda. Como se menciona en el trabajo de Andrés Ríos en

<sup>65</sup> Sandra Caponi, “Clasificaciones, acuerdos y negociaciones: bases de la primera estadística internacional de enfermedades mentales (París, 1889)”, *DYNAMIS, Acta Hispanica ad Medicinae Scientiarumque Historiam Illustrandam*, Granada, v. 32, n. 1, 2012, p. 185-207.

<sup>66</sup> Rafael Huertas, *El siglo de la clínica. Para una teoría de práctica psiquiátrica*, Madrid, Frenia, 2005, p. 257-260.

<sup>67</sup> Relaciones de directores del manicomio desde 1910 hasta 1962, AHSS, *Fondo Manicomio General*, Sección Administrativa, caja 57, exp. 11, 20 f., 1962.

<sup>68</sup> José Luis Patiño Rojas e Ignacio Sierra Macedo, Cincuenta años de psiquiatría en el Manicomio General, AHSS, *Fondo Manicomio General*, Sección Administrativa, caja 56, exp. 6, 12 f., 1960.

este mismo libro y en otros trabajos, a mediados de los años veinte la primera generación de psiquiatras mexicanos que profesionalizaron la psiquiatría en México y que trabajaron en La Castañeda en las décadas de los treinta y cuarenta, comenzó a abandonar los criterios clasificatorios franceses que habían sido utilizados desde finales del siglo XIX, para ser sustituidos progresivamente por la nosología kraepeliniana de factura alemana.<sup>69</sup> En su momento Kraepelin introdujo una transformación en la conceptualización de las enfermedades al clasificarlas según el curso de su evolución y no a partir del conjunto de síntomas que se presentaban en un momento dado, como se había hecho hasta entonces,<sup>70</sup> por lo que su establecimiento significó sentar las bases de la psiquiatría moderna por la que tanto se luchaba en La Castañeda.

En 1948, desde la Dirección de Asistencia Neuropsiquiátrica, Ramírez Moreno dispuso que se siguiera “la Clasificación Psiquiátrica Americana, de la cual envió un número de reimpresos para que fueran repartidos” entre los médicos,<sup>71</sup> pero el apego al sistema clasificatorio de Kraepelin debió ser tal que, según relataron Patiño y Sierra en 1960, “con la preeminencia de la escuela psiquiátrica norteamericana, las clasificaciones sufrieron un nuevo ajuste y en la actualidad hay el empeño de que se adopte la nomenclatura universal”, pero no se ha logrado por no ser “todo lo prácticas y satisfactorias para los médicos mexicanos”.<sup>72</sup>

Puede verse que el llamado de Ramírez Moreno para seguir la clasificación de la Asociación Psiquiátrica Americana todavía mostraba resistencias en 1960. Lo que sí se explotó de manera muy importante en el Pabellón Central fue la investigación con

<sup>69</sup> Andrés Ríos Molina, Cristina Sacristán, Teresa Ordorika Sacristán y Ximena López Carrillo, “Los pacientes del Manicomio La Castañeda y sus diagnósticos. Una propuesta desde la historia cuantitativa (México, 1910-1968)”, *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia*, v. 68, n. 1, 2016.

<sup>70</sup> Roy Porter, *Breve historia de la locura*, Madrid, Turner/Fondo de Cultura Económica, 2003, p. 175-176.

<sup>71</sup> Programa inicial de actividades de la Dirección de Asistencia Neuropsiquiátrica, por el doctor Samuel Ramírez Moreno, AHSS, *Fondo Manicomio General*, Sección Administrativa, caja 47, exp. 1, 1947-1949.

<sup>72</sup> José Luis Patiño Rojas e Ignacio Sierra Macedo, *Cincuenta años de psiquiatría en el Manicomio General*, AHSS, Fondo Manicomio General, Sección Administrativa, caja 56, exp. 6, 12 f., 1960.

tratamientos de choque y los de índole quirúrgica, además de la experimentación con fármacos, que se llevó a cabo con pacientes de La Castañeda, pero también en forma ambulatoria con los de otras instituciones.

Entre las investigaciones que se realizaron en el Pabellón Central y cuyos resultados se publicaron, se encuentran el análisis de casos de enfermos con epilepsia orgánica donde se estableció una comparación entre los datos clínicos, los radiológicos y los electroencefalográficos durante un año, de 1944 a 1945,<sup>73</sup> la descripción de la evolución de pacientes a quienes por razones distintas se les extirpó el lóbulo frontal derecho (lobotomías) en 1945,<sup>74</sup> la aplicación de electrochoques en enfermos epilépticos como medio de diagnóstico y tratamiento en 1944,<sup>75</sup> entre otros. Para la década de los sesenta las investigaciones se concentraron en la experimentación farmacológica, en algunos casos en asociación con laboratorios privados que proporcionaron las dosis de los medicamentos para el tratamiento de cuadros psicóticos,<sup>76</sup> depresión<sup>77</sup> e insomnio,<sup>78</sup> con la característica de que la mayoría se ensayaron únicamente en mujeres.<sup>79</sup>

<sup>73</sup> Sixto Obrador Alcalde y P. Ortiz Estrada, "Comparación de los hallazgos radiográficos y encefalográficos en casos de epilepsia orgánica", *Archivos de Neurología y Psiquiatría de México*, t. VIII, n. 6, 1945, p. 135-149.

<sup>74</sup> Javier Garcíadiego, E. S. Hoff y Sixto Obrador Alcalde, "Dos casos de extirpación del lóbulo frontal derecho", *Archivos de Neurología y Psiquiatría de México*, t. VIII, n. 5, 1945, p. 101-119.

<sup>75</sup> Javier Garcíadiego, Francisco Núñez Chávez y Sixto Obrador Alcalde, "Aplicaciones del electro-choque como método de investigación y diagnóstico en los epilépticos", *Archivos de Neurología y Psiquiatría de México*, t. VII, n. 5, 1944, p. 117-128.

<sup>76</sup> Carlos Franco, Gonzalo Aguilera, Miguel Kireev y Agustín Caso, "Informe preliminar sobre el empleo de la flufenazina en las psicosis", *Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, n. 4, 1961, p. 110-116. Guillermo Calderón, "Valoración clínica de los resultados obtenidos con haldol", *Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, v. 9, n. 2, 1968, p. 117-122.

<sup>77</sup> Santiago Castillejos y Cristóbal Espinosa, "Los síndromes depresivos angustiosos tratados con el RO 4-1575", *Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, 1962, v. 3, n. 4, p. 118-215. Humberto Saldaña, "La imipramina en el tratamiento de las depresiones", *Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, v. 4, n. 1, 1963, p. 33-36.

<sup>78</sup> Guillermo Calderón, "Evaluación de la actividad hipnógena del RO 4-5360", *Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, v. 6, n. 2, 1965, p. 49-54.

<sup>79</sup> En 1960 se creó en La Castañeda el Pabellón Piloto, destinado a enfermos agudos y donde se llevaron a cabo importantes descubrimientos neuropatoló-

Si bien haría falta un estudio detallado sobre la investigación desarrollada en el manicomio, que no es el objeto central de este trabajo, me gustaría apuntar que no todos los médicos compartieron el entusiasmo por la investigación, considerando que la función primordial de la institución debía ser la atención a los pacientes. Así, en el seno del Consejo Psiquiátrico de Toxicomanías e Higiene Mental antes mencionado, sus integrantes afirmaron a fines de 1944 que “casi produce un sentimiento de rebeldía considerar que al lado de un Pabellón en donde duermen tres enfermos por cama, otros en pasillos, otros bajo las mesas, etc., haya un Pabellón Central dedicado a la investigación” y “que todas las obras de reparación [en los restantes pabellones] con las cuales nos hemos dado por satisfechos, no son más que paliativos a veces exasperantes”, por lo que consideran un “deber pedir como resultado de los estudios y reuniones que se han llevado a cabo, la construcción urgente de un nuevo Manicomio”, que nunca se materializó. La desesperación llegó a tal grado que Edmundo Buentello, médico que sucedió a Guevara Oropeza en la dirección de La Castañeda en ese mismo año de 1944, pensó “poner un letrero en el que se diga que no se puede admitir un solo enfermo más”, lo que evidentemente no hizo.<sup>80</sup>

Aunque la enseñanza tampoco era el objetivo prioritario del Pabellón Central, en el edificio de Servicios Generales donde aquél se encontraba se ubicaban las aulas, y vale la pena señalar que dos años antes de su clausura en 1968 la relación de materias que se impartían a los estudiantes de psiquiatría mostraba una clara orientación neuropsiquiátrica: clínica de psiquiatría, neurooftalmología, neuroanatomía, neurofisiología, neuro-

gicos, se inició el estudio clínico de los primeros psicofármacos y se realizaron investigaciones con varios productos psicodislépticos, dirigidas por su titular, el doctor Dionisio Nieto. Véase Asuntos relacionados con el nuevo pabellón piloto del Manicomio General, AHSS, *Fondo Manicomio General*, Sección Administrativa, caja 55, exp. 9, 1958-1966, 63 f., y Alfonso Escobar, “Dionisio Nieto y la investigación científica”, *Salud Mental. Revista del Instituto Nacional de Psiquiatría*, v. 31, n. 4. 2008, p. 331-334.

<sup>80</sup> Actas de las sesiones del Consejo Psiquiátrico de Toxicomanías e Higiene Mental, AHSS, *Fondo Manicomio General*, Sección Administrativa, caja 48, exp. 2, 102 f., 1944-1945.

logía y psicología normal, indicio del peso que aún tenía la unión de ambas especialidades, pese a que en otros países ya se estaban separando.<sup>81</sup>

### *Para concluir*

Durante sus casi 60 años de vida institucional, de 1910 a 1968, La Castañeda vivió una tensión casi permanente entre la pretensión de contar con buenos medios de diagnóstico y tratamiento, que legitimaban la existencia de una especialidad médica como la psiquiatría, y la ineludible realidad de resguardar en condiciones muy precarias a hombres y mujeres que la propia psiquiatría consideraba incurables. Esta labor médica y asilar por momentos parecía entrar en contradicción, pues mientras una se realizaba con el apoyo de la infraestructura hospitalaria y los recursos científicos más modernos, la otra se reducía a una suma de paliativos que de ninguna manera lograban calmar el sufrimiento humano propio de la enfermedad mental.

El esfuerzo llevado a cabo por avanzar en la modernización de La Castañeda dependió en buena medida de los servicios y la atención brindada en el Pabellón Central. La profesionalización de la psiquiatría, entendida desde la innovación tecnológica hasta una concepción biológica de la enfermedad mental, se fraguó en dicho lugar, pero no evitó la frustración personal de quienes a diario constataban que seguía habiendo pacientes a quienes la psiquiatría no tenía nada o casi nada que ofrecer, pese a los avances. Esta labor la llevó a cabo la primera generación de psiquiatras mexicanos gracias a su interés por el desarrollo, sistematización y organización de la clínica psiquiátrica, vocación personal que muchas ocasiones estuvo muy por encima de las políticas instrumentadas por el Estado mexicano, que no siempre estuvieron a

<sup>81</sup> AHSS, *Fondo Manicomio General*, Sección Administrativa, caja 1, exp.4, 1966. Véase también Dionisio Nieto, “El problema de las relaciones entre la neurología y la psiquiatría”, *Neurología-Neurocirugía-Psiquiatría*, v. 10, n. 3, 1969, p. 175-177, y el trabajo en este mismo libro de Daniel Vicencio Muñoz.



la altura de las auténticas necesidades de los enfermos internados en La Castañeda.

En este sentido, la experiencia histórica del Manicomio General de la ciudad de México muestra que, si bien el manicomio como institución posibilitó el desarrollo de la clínica psiquiátrica, la experimentación con los más diversos tratamientos, la investigación y la enseñanza, e incluso permitió idear formas de atender a los enfermos mentales que no implicaran su reclusión, no pudo evitar que muchos padecimientos se cronificaran y mantuvo en el olvido a cientos, acaso miles de pacientes, que por carecer de interés científico o por no poder alzar su voz, pasaron el resto de sus días en un estado de abandono que ninguna institución pública debería permitir.