

Ser o no ser modernos

La salud mental en manos del Estado mexicano, 1861-1968

Cristina Sacristán¹

Resumen: El artículo examina los factores que pueden explicar el atraso histórico de la atención psiquiátrica en México, mediante el análisis de los dos momentos en que el Estado mexicano tomó la decisión de hacer una importante inversión de recursos públicos en salud mental. La primera ocasión tuvo lugar en 1910 en la ciudad de México al ser cerrados los hospitales dirigidos por religiosos, que habían sido fundados durante los siglos XVI y XVII, para ser sustituidos por un manicomio monumental. El segundo momento aconteció en 1968, cuando fue cerrado dicho Manicomio, para dar paso a las llamadas Granjas u Hospitales Campestres basadas en la terapia ocupacional y recreativa, un modelo terapéutico destinado a enfermos considerados crónicos. Del análisis se desprende que en dichos momentos la atención a los enfermos mentales estuvo marcada por la experiencia de trasladar a los pacientes de una institución a otra sin que se haya operado una transformación profunda en las prácticas médicas.

Abstract: This article examines the factors that may explain the historical lag time, or delay, of psychiatric attention in Mexico. It analyzes two key moments in which the State decided to invest heavily in the area of mental health. The first key moment took place in 1910, in Mexico City, when hospitals founded in the XVI and XVII centuries and directed by religious communities, were closed and replaced with one monumental asylum. The second moment was in 1968, when said asylum was closed, and itself replaced with so-called farms, or country hospitals, based on the use of occupational and recreational therapy. This therapeutic model was destined for patients considered chronic. The analysis shows that both key moments were marked by the experience of moving patients from one institution to another, but without the existence of a profound transformation in medical practices.

Keywords: Mexico, State, Psychiatry, Insane Asylums.

Palabras clave: México, Estado, Psiquiatría, Manicomios.

Hace menos de diez años el máximo órgano público encargado de velar por la salud de los mexicanos tuvo la honestidad de reconocer que la atención de la salud mental "constituye quizá el área de mayor rezago del sistema de salud en nuestro país".² Esta confesión esconde una realidad que no es nueva, pues entre los motivos que con más frecuencia se aducen para explicar el atraso histórico de la asistencia psiquiátrica en México destacan dos: la falta de recursos económicos destinados por el Estado a este sector y la existencia de modelos terapéuticos obsoletos que tardan en ser sustituidos por otros más modernos.³ El argumento presupuestal pareciera irrefutable, pues con solo echar un vistazo por los testimonios que se han conservado de los viejos manicomios o recorrer algunas de las actuales instituciones psiquiátricas afloran las carencias en

instalaciones adecuadas, personal capacitado o medicamentos, por no hablar de un trato que respete la dignidad de todo ser humano.⁴ El razonamiento de la falta de modernización en los servicios de salud mental como una de las causas del rezago asistencial se vería apoyado por el hecho de que todavía en el año 2010 no se haya auspiciado en México una reforma psiquiátrica con miras a disminuir el confinamiento de los enfermos mentales, reemplazando en forma progresiva los grandes hospitales psiquiátricos por servicios comunitarios de salud mental, tal y como lo recomienda la Organización Mundial de la Salud, ni se vislumbre el menor indicio de que pudiera haberla en un futuro.⁵ Sin embargo, también es posible encontrar a lo largo de la historia programas destinados a la asistencia psiquiátrica que fueron minuciosamente discutidos tras consultar a médicos muy

¹Doctora en Antropología Social y Cultural por la Universidad Rovira i Virgili, España. Profesora-Investigadora en el Instituto de Investigaciones Dr. José María Luis Mora, México. Estudia la profesionalización de la psiquiatría mexicana en el siglo XX. Su último artículo es "La locura se topa con el manicomio. Una historia por contar", *Cuicuilco. Revista de la Escuela Nacional de Antropología e Historia*, México, vol. 16, no. 45, 2009. E-mail: csacristan@hotmail.com

²SECRETARÍA DE SALUD. *Programa de Acción en Salud Mental*. México: Secretaría de Salud, 2001, p. 61.

³Véanse autores con posiciones muy diferentes frente a la psiquiatría mexicana, pero que presentan similitudes en este aspecto: CALDERÓN NARVÁEZ, Guillermo, "La salud mental en México. Antecedentes históricos y enfoque actual". En: *Acta psiquiátrica y psicológica de América Latina*, v. 16, pp. 234-239, 1970. DE LA FUENTE, Ramón y CAMPILLO, Carlos. "La psiquiatría en México: una perspectiva histórica". En: *Gaceta Médica de México*, México, v. 111, n. 5, pp. 425 y 435, mayo de 1976. SACRISTÁN, Cristina. "Una valoración sobre el fracaso del manicomio de La Castañeda como institución terapéutica, 1910-1944". En: *Secuencia. Revista de historia y ciencias sociales*, México, n. 51, pp. 91-120, septiembre-diciembre 2001.

⁴FRENK, Julio, ORTIZ, Mauricio, ORZECOWSKI, Aurora, y BOBADILLA, José Luis. "La Granja", En: MARCOS, Sylvia (coord.). *Dossier México sobre alternativas a la psiquiatría*. México: Nueva Sociología, 1982, pp. 159-180. VILLASEÑOR BAYARDO, Sergio Javier. *Voces de la psiquiatría. Los precursores*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, 2006. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Evaluación de Servicios de Salud Mental en la República Mexicana*. México: Organización Panamericana de la Salud, 2004. HERNÁNDEZ LARA, Oliver Gabriel. *La metamorfosis de la política de salud mental en México*. México, 2008. Tesis de Maestría (Sociología Política)-Instituto Mora, pp. 132-141.

⁵ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2001. Una descripción del enfoque comunitario en salud mental puede verse en el capítulo 4.

eminentes e invertir sumas fabulosas sin que trajeran una mejoría duradera a los pacientes. Aun considerando que infinidad de enfermos mentales fueron "almacenados" sin recibir tratamiento porque sencillamente no se contaba con ninguno,⁶ ¿cómo explicar que en poco tiempo instituciones presentadas ante la opinión pública como innovadoras desde el punto de vista terapéutico dejaran a los pacientes fuera de cualquier programa asistencial, si contaron con una fuerte inversión económica destinada a modernizar la atención psiquiátrica?⁷

Quizá encontremos una pista en las conclusiones a las que llegaron los expertos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) cuando recientemente evaluaron los servicios de salud mental de México a pedido expreso de las autoridades mexicanas, cuyos resultados fueron dados a conocer en el año 2004. Los especialistas señalaron que en México el problema no se encontraba en ese momento ni en la falta de recursos ni en las resistencias a cambiar de modelo terapéutico:

nadie en México parece oponerse al modelo comunitario como la mejor forma de atender los problemas de salud mental de la población.

Es probable que la implantación y generalización del modelo comunitario no sea fácil, y que se necesiten cambiar ciertas estructuras y vencer alguna resistencia, pero es viable.

El problema no es, en esencia, una cuestión de falta de recursos. Hay carencia en algunos lugares, pero hay otros que no están bien aprovechados.⁸

¿Dónde reside la dificultad entonces? ¿Por qué en México, se preguntan los expertos de la OPS, el pilar del sistema asistencial continúa siendo el hospital psiquiátrico, en vez de brindar tratamiento mediante camas psiquiátricas en los hospitales generales, en centros ambulatorios que no requieren hospitalización o bien integrando los servicios de salud mental en la atención general de la salud, cuando es bien sabido que los pacientes ingresados en grandes instituciones psiquiátricas evolucionan mal, son estigmatizados y sufren violaciones en sus derechos humanos? Según esta evaluación, México no ha avanzado hacia una transformación del modelo terapéutico debido a dos

razones: la gran distancia existente entre los propósitos y las realizaciones y el mal uso de los recursos públicos. El informe reconoce que México ha incorporado los principios que rigen las prácticas asistenciales a nivel internacional, pero asegura que éstos se quedan en el terreno del discurso y cuando, ocasionalmente, se llegan a traducir en algún programa determinado, se restringen al ámbito de lo material, es decir, a construir y renovar edificios en vez de asistir a la población.⁹ Esta manera de conducirse genera consecuencias sumamente graves, porque si el Estado anuncia un cambio de paradigma asistencial y asigna una fuerte inversión a la salud mental, pero se limita a construir nuevas instituciones psiquiátricas preservando las viejas prácticas asistenciales, los enfermos continúan bajo un régimen manicomial aseguran los expertos: "siempre existe el peligro de incurrir en una mera transinstitucionalización, por lo que si no se cambian primero las prácticas y luego la infraestructura, cualquier estructura nueva corre el riesgo de <manicomializarse>".¹⁰

En el caso de México, la conducción del Estado es esencial porque históricamente ha dominado la psiquiatría pública y si frente a la necesidad de mejorar la asistencia, el Estado se conforma con plasmar las nuevas directrices en un programa de atención a la salud mental y sólo lo consume en el terreno constructivo, la capacidad de acción se empobrece o hasta se nulifica. Por ello, en este trabajo queremos averiguar si en México la atención a los enfermos mentales a lo largo de la historia ha estado marcada por la experiencia de trasladar a los pacientes de una institución a otra sin que se haya operado una transformación profunda en las prácticas médicas. Nos preguntamos si las dos carencias detectadas por los expertos de la OPS, que definen hoy en día la asistencia psiquiátrica en México -la urgente necesidad de que los principios se traduzcan en medidas concretas y que los recursos se gasten en atender a la población-, son un fenómeno reciente o pudieran ser resultado de una herencia histórica.

Para responder a esta pregunta, analizaremos los dos momentos en que el Estado mexicano tomó la decisión de hacer una importante inversión de recursos con la promesa de instaurar un nuevo paradigma asistencial desde que los poderes públicos asumieron, al menos legalmente, la administración de la locura. Ello ocurrió en 1861 cuando el Estado secularizó todos los hospitales que habían sido dirigidos por la Iglesia.¹¹

⁶DE LA FUENTE, Ramón, "Acerca de la identidad del psiquiatra". En: *Salud Mental. Revista del Instituto Nacional de Psiquiatría*, México, v. 17, n. 3, pp. 1-6, septiembre de 1994.

⁷Los dos proyectos que analizaremos en este trabajo son un ejemplo de ello.

⁸ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, *op. cit.*, p. 39.

⁹Literalmente el documento dice: "no es suficiente quedarse en el nivel de los principios" y "el énfasis y las principales inversiones financieras deben estar en los programas, no en los edificios", *Ibid.*, p. 16, véanse también las pp. 30-31.

¹⁰*Ibid.*, p. 32.

¹¹"No. 5188. Febrero 02 de 1861. Decreto del gobierno. Quedan secularizados los hospitales y establecimientos de beneficencia". En: DUBLÁN, Manuel, LOZANO, José María. *Legislación mexicana o colección completa de las disposiciones legislativas expedidas desde la independencia de la república*. México: Edición Oficial, tomo IX.

El primer momento tuvo lugar en 1910 en la ciudad de México al ser cerrados los “hospitales para enajenados” que habían sido fundados durante los siglos XVI y XVII como parte de una tradición católica que promovía entre los ricos el ejercicio de la caridad hacia los pobres para salvar su alma. Estos hospitales también fueron apoyados por las élites, ya que surgieron como una forma incipiente de control social para solucionar el vagabundeo de aquellos locos que escapaban a la tutela de la familia.¹² Erigidos bajo un diseño arquitectónico religioso, auspiciados por el clero y sostenidos con importantes donativos de particulares, al pasar a manos del Estado perdieron parte de sus ingresos y se redujeron en tamaño, pero lo que más dificultó adecuarlos a las exigencias de la ciencia médica fue su tipo constructivo al impedir la división en pabellones para mantener separados a los enfermos por padecimientos, tal y como lo exigía el paradigma asistencial con el que nació la psiquiatría, de ahí que estos viejos hospitales fueran clausurados en 1910 para dar paso al Manicomio La Castañeda, construido bajo la concepción de un manicomio de grandes dimensiones con pabellones independientes rodeados de corredores y grandes extensiones de terreno al aire libre para no transmitir a los pacientes la sensación de encierro. Si bien este acontecimiento se circunscribió a la capital, tuvo un impacto de alcance nacional ya que dicho manicomio se convirtió en centro de la asistencia psiquiátrica y de formación de psiquiatras.¹³

La segunda ocasión en que el Estado mexicano decidió transformar las instituciones psiquiátricas aconteció en 1968 cuando fue cerrado este manicomio, que se hallaba “en ruinas y con un descuido y abandono total de los enfermos”, dicho por quien encabezó la tarea de rediagnosticar a los 2800 internos que ahí malvivían “para su distribución en nuevas instalaciones”, movimiento que habría de bautizarse con el pomposo apelativo de “Operación Castañeda”. Tras constatar que alrededor de 2000 de estos pacientes se encontraban bajo la condición de crónicos, se pensó en un modelo terapéutico que pudiera frenar su deterioro y en algunos

casos apoyar su rehabilitación, del que ya había antecedentes en México, las llamadas Granjas u Hospitales Campesinos. Se afirmó entonces que este tipo de pacientes llevarían una nueva existencia, libre de “rejas, candados y control coercitivo” bajo “un ambiente terapéutico” en contacto con la naturaleza, donde “el enfermo mental encontrara una nueva motivación para su vida”.¹⁴ Además de depositar en la dimensión espacial parte del éxito terapéutico, las Granjas se apoyaban en la terapia ocupacional y recreativa, de manera que los enfermos pudieran trabajar en actividades agrícolas que les permitieran adquirir ciertas destrezas, mejorar su socialización y disminuir los costos de estancias que podían ser muy largas o incluso indefinidas, ya que con su trabajo contribuían a su propia manutención. Esta infraestructura de salud mental tuvo una gran repercusión, pues se extendió por el norte, el centro y el sur del país mediante trece unidades que se fueron construyendo entre 1945 y 1968. A ellas se le añadieron en la capital dos hospitales psiquiátricos, uno para niños y otro para adultos con servicio de consulta externa, con lo cual el Estado articulaba al mismo tiempo un modelo asistencial para crónicos y otro para agudos.¹⁵

Veamos en detalle cómo se produjo cada uno de los procesos mencionados más arriba, la fundación del Manicomio La Castañeda y la creación de las Granjas.

El proyecto de un manicomio “moderno”

Desde que en 1861 el Estado mexicano comenzó a administrar los hospitales para locos y concretamente, cuando en 1877 los de la ciudad de México pasaron a depender del Ayuntamiento, fueron los propios médicos quienes alzaron su voz para quejarse de lo inadecuado de sus instalaciones ante el crecimiento de la población de insanos, pero sobre todo por la dificultad para introducir la terapéutica que en México, y en otros países contaba con más adhesiones, el tratamiento moral, un modelo que requería el aislamiento del paciente en pabellones de acuerdo a su enfermedad, de ahí la necesidad de sustituir los viejos

¹²SOMOLINOS D' ARDOIS, Germán. *Historia de la psiquiatría en México*. México: Secretaría de Educación Pública, 1976, pp. 40-57. TROPÉ, Hélène. “Poder real, locura y sociedad: la concepción de los locos en los privilegios fundacionales otorgados al Hospital de Inocentes de Valencia por los monarcas aragoneses (1409-1427)”. En: *XV Congreso de Historia de la Corona de Aragón. Actas Tomo I. El poder real en la Corona de Aragón (siglos XIV-XVI)*, Zaragoza: Diputación General de Aragón, Departamento de Educación y Cultura, 1996, pp. 307-318.

¹³SACRISTÁN, Cristina. “Un manicomio para celebrar la Independencia en 1910”. En: *Bicentenario. El ayer y hoy de México*, México, v. 2, n. 5, pp. 26-35, julio-septiembre 2009. Antes de La Castañeda ya habían sido fundados otros manicomios de menor tamaño en distintas ciudades del país, como en Orizaba en 1897, AYALA FLORES, Hubonor, *Salvaguardar el orden social. El manicomio del estado de Veracruz (1883-1920)*. México: el Colegio de Michoacán, 2007; otro en Morelia en 1901, CAMPOS FARFÁN, César. “Ponciano Tenorio Montes (1912-1963): Pionero de la psiquiatría en Michoacán y fundador del hospital psiquiátrico de Morelia”, En: *Tzintzun. Revista de estudios históricos*, México, n. 46, pp. 89-128, 2007; otro en Mérida en 1906, ORTEGA CANTO, Judith Elena. “La historia de la práctica y del pensamiento psiquiátrico en Yucatán”. En: PALMA SOLÍS, Marco A. y CÁMARA VALLEJOS, Rubén M. (comps.). *Ensayos históricos y filosóficos de la medicina*. Mérida: Universidad Autónoma de Yucatán, Sociedad Yucateca de Historia y Filosofía de la Medicina, 1995; y continúa uno en Guadalajara que se funda a fines de la colonia, RAMOS ESCOBEDO, Alejandro. *El manicomio del Hospital Real de San Miguel de Belén de Guadalajara, 1794-1905*, México: Universidad de Guadalajara, 2005.

¹⁴CALDERÓN NARVÁEZ, Guillermo. “Testimonio de trabajo en la Operación Castañeda”, *Psiquis*, México, v. 4, n. 3, pp. 40-45, 1995.

¹⁵TEJEDA RUIZ, Carlos. “Los hospitales granjas”. En: *Salud Pública de México*. México, v. 9, n. 4, pp. 587-590, julio-agosto de 1967. VELASCO SUÁREZ, Manuel. “Dirección General de Neurología, Salud Mental y Rehabilitación”. En: *Salud Pública de México*. México, época V, v. VI, n. 6, pp. 1187-1189, septiembre-diciembre de 1964.

hospitales por un manicomio de grandes dimensiones.¹⁶

En 1877, Sebastián Labastida, director del Hospital de San Hipólito, una de las instituciones destinada a morir, afirmó que "la seguridad de la sociedad, el bienestar de las familias y el tratamiento o curación de los enfermos, exigen establecimientos especiales donde se reciban y atiendan, no sólo los pobres sino también los ricos". Tanto para proteger a los demás de sus actos como para "sujetarlos a un tratamiento eficaz" que aparte "de su espíritu todo aquello que pueda alimentar su delirio, sometiéndolos al mismo tiempo a cierta dependencia y regularidad, que no puede tener lugar en el seno de las familias", se "hacen indispensables las casas de locos" conforme a "los principios y doctrinas que se han admitido, aunque con algunas divergencias de detalle por los alienistas de todas partes", pues es bien sabido -continuaba Labastida- que "una casa de enajenados es un instrumento de curación, y el agente más poderoso contra las enfermedades mentales".¹⁷

Con el mismo espíritu de concebir al manicomio como un espacio terapéutico, escribía tres años después José M. Álvarez, uno de los médicos que había hecho su internado en dicho hospital:

Los intereses de la sociedad, de la familia, y más que todo, los del mismo enfermo, reclaman como más importante medio el aislamiento. Condición de rigurosa necesidad cuando se quiere tener esperanza de éxito en la curación de los locos. Para hacer resaltar su importancia, basta observar lo que pasa con un enfermo de esta clase que permanece en el centro de su familia. Éste no tarda en tomar una gran aversión por las personas que le eran más queridas. La vida del hogar doméstico es para él una fuente continua de ideas delirantes.¹⁸

Además de aislar al enfermo de la familia por ser la fuente productora de su locura, Álvarez consideraba que el manicomio permitía mantenerlo vigilado, trasladarlo de un departamento a otro a medida que variara su enfermedad y mantenerlo distraído de todo aquello que lo abrumase mediante juegos, ejercicios gimnásticos o trabajos remunerados. Ni el Hospital de San Hipólito para hombres ni el Hospital de la Canoa para mujeres

reunían las condiciones para ello, de ahí que se volviera imperativo establecer un moderno manicomio.¹⁹

Alguna resonancia debieron tener estas quejas de los médicos porque unos años después, en 1883, la Secretaría de Fomento le encomendó al Dr. Román Ramírez que hiciera un estudio con miras a establecer un manicomio y le entregó 83 artículos sobre experiencias asistenciales en Inglaterra, Francia, Bélgica, España y Estados Unidos para que los estudiara y señalara qué modelo terapéutico era el más adecuado para México. En este texto, Ramírez se inclinó por el aislamiento del enfermo: "todo enajenado debe ser sustraído a sus hábitos, a su manera de vivir; debe ser separado de las personas con quienes vive habitualmente para ser colocado en lugares que le son desconocidos y confiados a cuidados extraños". Además de aislar a los pacientes, el manicomio permitía su distribución por sexo, edad, posición social, nivel cultural y padecimiento, ya que el éxito de cualquier tratamiento dependía de una buena clasificación. Finalmente, este sistema le pareció el más apropiado porque otros, un tanto más permisivos, como la colonia de Gheel, cuyas familias admitían a locos en su propio hogar, o el *non-restraint*, basado en la eliminación de cualquier medio de contención físico, eran recomendables sólo para algunos enfermos y definitivamente impracticables para los peligrosos, siendo el manicomio tradicional una opción que daba cabida a todo tipo de situaciones.²⁰

Aunque con cierta lentitud, el ambiente parecía propicio para la renovación asistencial, pues una década después, en 1896, la Secretaría de Gobernación nombró a una comisión de médicos, entre quienes se encontraba el director del Hospital de mujeres dementes, para que redactaran un informe con miras a la construcción de un manicomio. También en este caso los médicos debatieron sobre distintos modelos terapéuticos donde nuevamente la manzana de la discordia se centró en el rigor del aislamiento. Para esas fechas, fines del siglo XIX, tanto el tratamiento moral como el manicomio habían sido duramente cuestionados, pues en muchos países el fenómeno de la cronicidad de las enfermedades mentales era un hecho innegable y algunos críticos lo asociaban precisamente con la circunstancia de que el enfermo fuera separado de su comunidad, lo que en vez de favorecer su integración, la tornaba aún más remota.²¹

¹⁶MORALES RAMÍREZ, Francisco Jesús. *La apoteosis de la medicina del alma. Establecimiento, discurso y praxis del tratamiento moral de la enajenación mental en la ciudad de México, 1830-1910*. México, 2008. Tesis de Licenciatura (Historia)-Universidad Nacional Autónoma de México.

¹⁷LABASTIDA, Sebastián. "Informe del director del hospital de San Hipólito sobre el Establecimiento, presentado a la Dirección de Beneficencia Pública", En: *Gaceta Médica de México*, México, v. XIII, 1878, pp. 114-115. Labastida citaba puntualmente las doctrinas de los franceses Jean-Étienne-Dominique Esquirol (1772-1840) y Jean-Pierre Falret (1794-1870). Las cursivas son mías.

¹⁸ÁLVAREZ, José M. *Estudio teórico-práctico del tratamiento moral de la locura*. México: Imprenta de José Vicente Villada, 1880, p. 10. Las cursivas son mías.

¹⁹*Ibid.*, pp. 10-11, 24-25. Álvarez se apoyaba en las ideas de Philippe Pinel (1745-1826) y el ya mencionado Esquirol.

²⁰RAMÍREZ, Román. *El manicomio*. México: Secretaría de Fomento, 1884, pp. 5-61, la cita en la p. 12.

²¹GROB, Gerald N. *The Mad Among Us. A History of the Care of America's Mentally Ill*. Cambridge: Harvard University Press, 1994, pp. 165-166. SUEUR, Laurent. "Les psychiatres français de la première moitié du XIXe siècle face à l'isolement des malades mentaux dans des hôpitaux spécialisés". En: *Revue Historique*, Francia, n. 291, 1994, pp. 299-314. CAMPOS MARÍN, Ricardo, "De la higiene del aislamiento a la higiene de la libertad. La reforma de la institución manicomial en Francia". En: *Frenia. Revista de historia de la psiquiatría*, España, v. 1, n. 1, pp. 37-64, enero-junio 2001. SHORTER, Edward. *A History of Psychiatry. From the Era of the Asylum to the Age of Prozac*, New York, John Wiley & Sons, 1997, pp. 33-52.

Si bien los alienistas que redactaron dicho informe advirtieron que el manicomio ya no contaba con adhesiones tan firmes, creyeron que la ignorancia y el atraso educativo del pueblo mexicano no favorecerían la implantación de sistemas más tolerantes, los cuales requerían la colaboración de la familia y la sociedad. Además afirmaron, aunque sin proporcionar ninguna estadística, que bajo dichos sistemas el número de curaciones era inferior al del manicomio, de ahí que optaron por el modelo asistencial más tradicional en ese momento:

En Europa y América, todas las escuelas profesan las mismas doctrinas en psiquiatría y el aislamiento se juzga como el primero y el más importante de todos los medios de tratamiento para los enajenados. Pero de algunos años a esta parte, una reacción contra la severidad de este principio se ha levantado y promovido interesantes discusiones entre los alienistas. Se han hecho grandes elogios del sistema de Gheel, el que como sabemos, consiste en colocar a los enajenados entre familias. La libertad de los enfermos y su existencia entre personas sanas, haciendo que tomen participación activa en sus ocupaciones, caracteriza esta institución.

Las colonias para los locos es otro sistema usado en Clermont; allí emplean y hacen trabajar a los enajenados como jornaleros para todos los trabajos agrícolas.

Estos dos sistemas de tratamiento para los locos, no pueden tener lugar entre nosotros como se ha resuelto en las juntas generales habidas con este objeto, en atención a nuestro modo de ser social, costumbres, digámoslo de una vez, a la falta de educación, que haría muy difícil si no imposible, la permanencia de los enajenados entre nuestros incultos jornaleros, para quienes el pobre enfermo sería objeto de burlas y sátiras continuas, en vez de objeto de consideración y respeto. O bien, pensionados entre familias, como se hace en Bélgica, con el sistema Gheel, que también es irrealizable entre nosotros por las mismas razones. Además, está evidentemente demostrado por la experiencia, que los resultados prácticos de dichos sistemas para la curación de los enajenados, son relativamente muy inferiores a los obtenidos por el sistema de reclusión completa en manicomios cerrados, como el que proponemos y el que consideramos único adoptable entre nosotros, siempre que, y esto es preciso no perderlo de

vista ni un momento, se tenga en el interior suficiente extensión de terreno, que haga desaparecer la idea del claustro, expande el ánimo de los asilados y sirva para que se entreguen al trabajo de horticultura y floricultura, a lo que muchos se prestan muy bien.²²

Puede verse por este testimonio que la comisión de médicos mostró cierta ambigüedad. Por un lado, aceptaba que el aislamiento absoluto propio del manicomio había sido motivo de disenso entre los alienistas, de ahí que algunas voces propusieran opciones terapéuticas que favorecieran el contacto del paciente con la sociedad. Sin embargo, temieron arriesgarse a un experimento que se saliera del control de la medicina, sobre todo para el caso de los peligrosos, y optaron por el manicomio con la salvedad de brindarle a los internos espacios verdes para transmitirles la sensación de libertad. Esta concesión era inútil porque, con o sin jardines, los pacientes sabían perfectamente que estaban encerrados, como lo expresaron en cartas que después escribieron para quejarse de su reclusión.²³

Acaso para convencerse a sí mismos y a sus lectores, los médicos comisionados dieron su veredicto: “en las perfectas condiciones de un manicomio, están las tres cuartas partes de la curación de los enfermos” y optaron por un manicomio de grandes dimensiones.²⁴ Si algo puede decirse a favor de esta decisión es que a fines del siglo XIX el manicomio, pese a no ser un modelo terapéutico moderno, pues su origen tenía cien años de existencia, ni tampoco eficaz, ya que el aislamiento había probado ser un factor de cronificación de los enfermos, seguía siendo el modelo terapéutico más extendido. El manicomio fue la forma dominante de asistencia hasta la segunda guerra mundial, momento en que su escasa reputación como espacio terapéutico y el convencimiento de que los enfermos mentales ya no debían ser encerrados en instituciones que los segregaban de la sociedad, hizo que los psiquiatras se percataran de que mantener este dispositivo asistencial entrañaba un riesgo para el futuro de la profesión.²⁵

El proyecto de La Castañeda se materializó en 1908 al comenzar las obras de un manicomio con capacidad para 1300 camas y la posibilidad de extenderse a 2000. Con sus 24 edificios levantados sobre una superficie de 141,662 metros cuadrados que alcanzó un costo de más de dos millones de pesos se quiso atender algo más que “una necesidad social”,

²²MORALES PEREYRA, Samuel y ROMERO, Antonio. “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”, En: *Memorias del 2º. Congreso Médico Pan-Americano verificado en la ciudad de México*. México: Hoeck y Compañía Impresores y Editores, 1898, t. 2, p. 890.

²³RÍOS MOLINA, Andrés. “Locos letrados frente a la psiquiatría mexicana a inicios del siglo XX”. En: *Frenia. Revista de historia de la psiquiatría*, España, v. IV, n. 2, pp. 17-35, 2004.

²⁴MORALES PEREYRA, *op cit.*, pp. 893-894.

²⁵NOVELLA, Enric J. “Del asilo a la comunidad: interpretaciones teóricas y modelos explicativos”. En: *Frenia. Revista de Historia de la Psiquiatría*, España, v. VIII, pp. 10-21, 2008.

como se argumentó en una ocasión.²⁶ Fruto de la confluencia de intereses entre el Estado mexicano y los alienistas más influyentes, este proyecto buscó posicionar a México ante el concierto internacional como una nación moderna y civilizada, a la altura de sus pares europeas, y con ello exhibir los progresos logrados por el oligárquico y autoritario régimen del presidente Porfirio Díaz, de ahí que a su inauguración acudieran más de dos mil selectos invitados, entre ellos el cuerpo diplomático, a quienes les quedó claro 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”.²⁷ No en vano dicho acto abrió los festejos para conmemorar el Centenario de la Independencia de México en 1910, pues esta obra monumental formó parte de una estrategia de visibilidad del régimen. Desde luego, la prensa de la capital le dio una gran cobertura entre sus páginas.²⁸

Aunque todos los médicos que a lo largo de 25 años fueron requeridos para opinar sobre la pertinencia de establecer un manicomio le dieron un cariz científico a sus dictámenes, criticando los arcaicos hospitales de origen colonial y debatiendo las ventajas de un modelo asistencial sobre otro, es muy evidente que para el Estado mexicano la edificación de un manicomio iba más allá de un programa científico. “Mejorar la suerte de los infelices desposeídos de la razón”²⁹ constituía un capital político si se explotaba de forma conveniente mostrando la importancia que el Estado daba a los grupos más desfavorecidos con una obra que “en todos los países civilizados es una demostración práctica de su cultura y progreso”.³⁰ Por ello, alzar un manicomio de esas dimensiones fue parte de un faraónico programa de modernización que también incluyó el crecimiento de la burocracia, la expansión de los sistemas de comunicación y transporte y el desarrollo de métodos para censar a la población.³¹

Una semana después de su inauguración, el Manicomio fue ocupado por los casi 800 hombres y mujeres procedentes de San Hipólito y La Canoa. La prensa de la capital no sólo recogió los discursos de apertura donde se vanaglorió de la fuerte inversión

destinada a La Castañeda, sino que aprovechó para denostar a los vetustos hospitales coloniales a los que tachó de “deficientísimos en todos sentidos, semejantes a sórdidos presidios y adonde los infelices enfermos vivían incómoda y malamente”³², sobre todo porque carecían “de los elementos que la ciencia en los tiempos que corren, prescribe para la curación de la terrible enfermedad” y, desde luego, elogió al gobierno, quien “tomando en consideración las necesidades impuestas a la medicina en el ramo de la psiquiatría, acordó el establecimiento de un manicomio, tal y como lo exigen los últimos adelantos de la ciencia”.³³

Pese a tan buenos augurios, hacia mediados de los años veinte comenzó a forjarse la leyenda negra de La Castañeda. Noticias en los periódicos de la capital daban cuenta de malos tratos, detenciones forzosas y hasta asesinatos que las autoridades del Manicomio desmentían sin mucho éxito.³⁴ Tanto así, que en 1925, a quince años de su aparatosa inauguración, el organismo público del que dependía el Manicomio nombró una comisión para que elaborara un informe con las reformas que ameritaba. En dicho texto su autor, el médico y psicólogo Enrique Aragón señalaba que en esos tres lustros “la psiquiatría ha evolucionado enormemente, al grado de que *hay que romper los moldes viejos para formar otros nuevos* que estén de acuerdo con las necesidades contemporáneas”, pues la institución “*ha permanecido estancada* sin ir paralela al desarrollo de los conocimientos científicos”; de no hacerlo así, el Manicomio dejará de ser “una institución modelo que pueda tener cabida entre los similares que marchan a la vanguardia en otros países cultos y civilizados”.³⁵ Con estas palabras, el médico apelaba a la necesidad de modernizar el Manicomio para que México pudiera seguir perteneciendo a ese selecto grupo de países.

En su diagnóstico de La Castañeda, Aragón solicitaba aumentar el personal debido al crecimiento del número de enfermos que llegaban de todo el país, rehabilitar algunos espacios y favorecer la formación de psiquiatras porque “en México, los alienistas se han formado principalmente solos y a sus propios esfuerzos”, pero centraba su informe en la importancia de llevar con

²⁶ “Proyecto de manicomio para ambos sexos en el Distrito Federal”, En: *Revista quincenal de anatomía patológica, clínicas médica y quirúrgica*, t. 1, n. 17, 1896, p. 635. Los datos del manicomio se encuentran en los informes leídos el día de su inauguración, publicados en VALDÉS FERNÁNDEZ, Marisa. *La salud mental en el Porfiriato. La construcción de “La Castañeda*. México, 1995. Tesis de Licenciatura (Historia)-Universidad Nacional Autónoma de México, pp. 135-144.

²⁷ GARCÍA, Genaro. *Crónica oficial de las fiestas del primer centenario de la Independencia de México*. México: Talleres del Museo Nacional, 1911, p. 110.

²⁸ Sería muy extenso citar todas las notas de prensa que estuvieron publicándose entre los días 21 de agosto y el 10 de septiembre de 1910.

²⁹ GARCÍA, *op. cit.*, p. 110.

³⁰ “Proyecto de manicomio para ambos sexos en el Distrito Federal”, *op. cit.*, p. 637.

³¹ VAN YOUNG, Eric. “Estudio introductorio. Ascenso y caída de una loca utopía”, En: *Secuencia. Revista de historia y ciencias sociales*, México, n. 51, pp. 24-25, septiembre-diciembre 2001.

³² “La inauguración del Manicomio General”. En: *La Semana Ilustrada*, año I, n. 45, 9 de septiembre de 1910.

³³ “Hoy fue inaugurado el Manicomio General de la Castañeda”, En: *El Tiempo. Diario Católico*, 1 de septiembre de 1910, año XXVIII, n. 8948, p. 1 y 3.

³⁴ RIVERA-GARZA, Cristina. “Por la salud mental de la nación: vida cotidiana y Estado en el Manicomio General de La Castañeda, México 1910-1930”. En: *Secuencia. Revista de historia y ciencias sociales*, México, n. 51, pp. 80-81, septiembre-diciembre de 2001.

³⁵ ARAGÓN, Enrique O. “La enajenación mental en México”. En: *Mis 31 años de académico*. México: Academia Nacional de Medicina de México, 1943, t. 1. pp. 431-432. Las cursivas son mías.

el máximo rigor las hojas de admisión y las historias clínicas para poder diagnosticar, clasificar y ofrecer un tratamiento a los enfermos. Por ello, diseñó un modelo de historia clínica que debía seguirse escrupulosamente para cada paciente, el cual comprendía, además de los datos generales y los antecedentes familiares y personales, una descripción de la enfermedad acompañada de un examen pormenorizado del paciente que debía consignarse por escrito a través de 165 preguntas. Aunque aparentemente este detallado control sólo requería médicos con la preparación necesaria y el seguimiento que periódicamente se daría a cada enfermo, Aragón recalcó que este registro clínico no podría cumplimentarse sin el instrumental apropiado, los medios de exploración y un Departamento de Investigación con varias secciones (gabinete antropológico y psicopatológico, electroterapia, bacteriología, serodiagnóstico, análisis químicos, museo anatomopatológico e histopatológico) que no existía en el Manicomio.³⁶

Aragón estaba en lo cierto cuando argumentaba que la población de La Castañeda había comenzado a aumentar, pues sabemos que a partir de 1920 las peticiones de internamiento duplicaron a las de la década anterior sin que el personal creciera en la misma proporción.³⁷ Sin embargo, esta falta de médicos no era la causa de que los pacientes estuvieran desatendidos, pues la obligación de llevar una historia clínica se había abandonado al menos desde 1914 cuando en el Manicomio sobraban los médicos. Entre dicho año y 1916 el 25% de los pacientes que ingresaron carecieron de diagnóstico, cifra que llegó al 45% entre 1917 y 1920. En esos años el personal era más que suficiente porque el Manicomio se encontraba muy por debajo de su capacidad, ya que las solicitudes de ingreso disminuyeron durante su primera década en contra de lo previsto. No hay que olvidar que el país se hallaba en plena convulsión revolucionaria, pues escasos meses después de ser inaugurado el Manicomio, México se alzó en armas y el presidente Porfirio Díaz tuvo que dejar el poder y tomar el camino del exilio, si bien la guerra propiamente sólo afectó a la capital por un tiempo y la institución contó con suficiente personal para el número de enfermos que solicitaron su ingreso.³⁸

También el tipo de laboratorios y el museo anatomopatológico a los que aludía Aragón existían desde 1910, pero debieron caer en el olvido.³⁹ El médico se quejaba amargamente de que durante quince años no se hubiera conservado un solo cerebro para su estudio, ni llevado una gráfica para valorar el éxito de los tratamientos empleados o levantado una estadística con la frecuencia de las enfermedades, pues este tipo de investigaciones le parecían indispensables en un momento en que los tratamientos en psiquiatría eran muy experimentales.⁴⁰

Aunque tampoco es una cuestión menor que en México no existiera un gremio de psiquiatras constituido, enseñanza formal de la psiquiatría, ni revistas especializadas donde se produjera el tan preciso intercambio científico -como lo apunta Aragón-, no sólo hemos de achacar a esta ausencia el descuido terapéutico de los pacientes. Décadas después, cuando se subsanen estas penurias y la psiquiatría mexicana presuma de sociedades científicas, estudios universitarios y publicaciones periódicas, los males de La Castañeda, que llevarán a su clausura, se seguirán atribuyendo a las mismas causas: la falta de presupuesto de la institución y el abandono científico en que se la tenía.⁴¹

El origen del problema no parece entonces que se encontrara únicamente en la capacidad instalada o en el personal existente, sino en la conducción de la institución y la supervisión de la misma por parte del Estado, la instancia que se azoraba ante el constante deterioro, sin acaso advertir que era parte consustancial del mismo. Por ejemplo, el primer reglamento de La Castañeda se aprobó tres años después de su apertura, de manera que la institución se inauguró apenas fue construida, pero sin poner atención siquiera en algo tan importante como contar con un reglamento.⁴² No es menos significativo que durante sus primeros diez años La Castañeda tuviera catorce directores (con una duración promedio de nueve meses en el cargo cada uno de ellos)⁴³, lo cual hacía imposible una mínima estabilidad institucional y, hasta donde sabemos, no hubo inspecciones formales como la que motivó el informe de 1925 antes de esa fecha.

Ahora bien, después de esta radiografía de la institución, ¿qué seguimiento se le dio a la recomendación de Aragón? ¿Se estableció el tipo de

³⁶ *Ibid.*, pp. 432-435.

³⁷ RÍOS MOLINA, Andrés. "Indigencia, migración y locura en el México posrevolucionario". En: *Historia Mexicana*, México, n. 236, v. LIX, abril-junio 2010.

³⁸ RÍOS MOLINA, Andrés. *La locura durante la Revolución Mexicana. Los primeros años del Manicomio General La Castañeda, 1910-1920*. México: El Colegio de México, 2009, pp. 159 y 182.

³⁹ *Manicomio General. Informe rendido por el ingeniero contratista, teniente Coronel Porfirio Díaz*. México: Compañía Editora Nacional, 1910, acta número 11.

⁴⁰ ARAGÓN, *op. cit.*, pp. 433-434.

⁴¹ Sólo dos pabellones tenían competencia científica, el llamado Pabellón Central y el Pabellón Piloto, véase CALDERÓN NARVÁEZ, Guillermo, "Testimonio de trabajo en la Operación Castañeda", *Psiquis*, México, v. 4, n. 3, pp. 40-48, 1995.

⁴² *Reglamento Interior del Establecimiento*, En: Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, Fondo Beneficencia Pública, Sección Establecimientos Hospitalarios, Serie Manicomio General, leg. 3, exp. 25, 1913.

⁴³ RÍOS MOLINA, Andrés. "Indigencia, migración y locura en el México posrevolucionario". En: *Historia Mexicana*, México, n. 236, v. LIX, abril-junio 2010.

historia clínica que aconsejaba para lo cual era indispensable contar con el mencionado Departamento de Investigación? Un informe del director del Manicomio emitido al año siguiente, a fines de 1926, adelantaba que para dar solución "al arduo problema de la capacidad del establecimiento que se encuentra pletórico de enfermos se inaugurarán próximamente dos pabellones que albergarán a niños enajenados, y están en proyecto otros dos más", es decir, que en materia de ampliación del inmueble aún no había resultados concretos. El total de pacientes era entonces de 1545. Respecto a la historia clínica propiamente, el informe asentaba que ahora ésta "comprende la vida afectiva, complejos sumergidos, estado asociativo de las ideas, etc.," pero que "las referencias antropológicas, antropométricas, coeficiente intelectual, medida de la memoria, índices u ángulos faciales, etc. se practicarán muy pronto, pues están por crearse dos Gabinetes, uno Antropológico y otro Psicopatológico", de manera que tampoco se habían establecido. En relación con el departamento de electroterapia, el informe apuntaba que en estos días se va a inaugurar porque ya se cuenta con un aparato de rayos X, pero queda pendiente la parte de "agentes físicos, mecanoterapia, masaje, hidroterapia, helioterapia". Por lo que hace al laboratorio de análisis clínicos aseguraba que funcionaba para las pruebas de detección de sífilis, pero el Departamento de Investigaciones, pronto a inaugurarse, quedaría dividido en "Sección de Bacteriología, Serodiagnóstico, Análisis Químicos, para que todos colaboren al mismo fin y se complementen los unos con los otros", por lo que también se encontraba a la espera. Para cumplimentar la estadística, el informe revelaba que ya se había comenzado a llevar "con un practicante, necesitándose un médico especial para ella"; el "Museo Anatómico-Histológico-Patológico" también se había iniciado, pero "para esto necesitamos un médico que se dedique exclusivamente a hacer preparaciones microscópicas, conservar los cerebros del idiota, del parálítico, del demente precoz muerto en el establecimiento".⁴⁴

Un nuevo reporte del año siguiente, 1927, daba cuenta de obras realizadas en la cocina, la lavandería el drenaje, la instalación eléctrica, rejas, vidrios, pisos, baños, azoteas, jardines, cuartos acojinados para excitados y la apertura de dos nuevos pabellones de los cuatro que se señalaron en el informe anterior, es decir, que se invirtió en remodelar y ampliar el Manicomio, pero no sabemos si se avanzó en el aspecto médico, porque de lo propiamente terapéutico no se hizo ninguna mención.⁴⁵

En 1932, a raíz de un cambio en la dirección de la Beneficencia Pública, el órgano del que dependía La Castañeda, una nueva visita de inspección derivó en la necesidad de reestructurar seriamente el Manicomio, que en esta ocasión consistió en dividir a los enfermos entre los considerados crónicos -que habrían de permanecer mucho tiempo o quizá toda la vida en la institución- y los agudos -cuya esperanza de curación era mayor-. Para los primeros, se decidió relanzar la terapia ocupacional que había sido abandonada; para los segundos, se reinaugararon nuevos pabellones con objeto de dar atención especializada a ciertas enfermedades (epilépticos, toxicómanos, sífilíticos, toxifrénicos, niños) y se remodelaron los laboratorios, lo cual se materializó en 1934. Nuevamente el discurso aseguró que con esto se modernizaba el Manicomio. Su director Alfonso Millán aseguró que esta "radical transformación" se operó porque

La Castañeda pedía nuevos métodos terapéuticos para los enfermos, métodos más humanos, más de acuerdo con la ciencia moderna. Y así se procedió a estudiar detalladamente cada caso, haciendo desaparecer de raíz todo lo arcaico y peligroso, todo lo perjudicial e inadecuado, para convertir el establecimiento en lo que es ya, una institución modelo de su clase en la América Latina.⁴⁶

La necesidad de redistribuir los pacientes en crónicos y agudos pareció un mal presagio, pues anticipó lo que a partir de entonces sería su talón de Aquiles. El problema provocado por la saturación de los pabellones en La Castañeda, que se hizo muy grave desde la década de 1930, procedía de los enfermos tenidos por crónicos para quienes el único recurso médico que se instrumentó en ese momento fue la terapia ocupacional centrada en el trabajo, una terapéutica que no estaba destinada a lograr su curación propiamente, sino a frenar su deterioro o a matar el ocio y, en el mejor de los casos, a recuperar habilidades perdidas como la concentración, la coordinación o la capacidad para seguir órdenes. También buscaba acercar la vida en el manicomio a la vida en el exterior haciendo sentir a los enfermos que podían ser útiles si eran capaces de desempeñar una actividad productiva y evitar la inactividad, en virtud de que este tipo de pacientes posiblemente pasarían el resto de sus días tras los muros de la institución, además de que el trabajo desempeñado por el enfermo generaba un ingreso, ya que la remuneración percibida era

⁴⁴"Informe que rinde el Director del Manicomio General". En: *La Beneficencia Pública en el Distrito Federal. Revista Mensual Ilustrada*, México, t 1, n. 3, pp. 94-102, noviembre 1926.

⁴⁵"Manicomio General". En: *La Beneficencia Pública en el Distrito Federal. Revista Mensual Ilustrada*, t. 2, n. 11, pp. 34, 42-44, 1927.

⁴⁶MILLÁN, Alfonso. "Radical transformación en el Manicomio General de Mixcoac". En: *Asistencia. Órgano oficial de la Beneficencia Pública en el D.F.* México, año 1, n. 1, p. 14, 15 agosto de 1934. La terapia ocupacional se contempló desde el proyecto arquitectónico, de ahí que los planos originales consideraran la construcción de talleres para que los enfermos elaboraran manufacturas, véase *Manicomio General, op. cit.*, acta número 1.

prácticamente simbólica.⁴⁷ Sin embargo, la existencia de estos pacientes crónicos, con todo y terapia ocupacional, desprestigiaba a la psiquiatría frente a la opinión pública, transmitía una imagen del manicomio más cercana a un espacio de reclusión que de curación e impedía concentrar los esfuerzos terapéuticos en los enfermos de reciente evolución para quienes la medicina abrigaba más esperanzas con las terapias de choque recién estrenadas. Si se pretendía remedicalizar el manicomio, dar una salida a estos pacientes crónicos era ineludible.⁴⁸

Por ello, con el ánimo de dotar a La Castañeda de una verdadera función curativa los psiquiatras lograron que a principios de 1940 las autoridades de salud dirigieran sus esfuerzos hacia una opción asistencial exclusiva para estos enfermos que ya había sido ensayada por esas mismas fechas en otros países de América Latina como un mecanismo para descongestionar de crónicos a los manicomios y aliviar en alguna medida el hacinamiento.⁴⁹ Además, las llamadas Granjas, Hospitales Campestres o Asilos Colonias, construidas bajo la modalidad de explotaciones rurales, eran conocidas en Europa desde fines del siglo XIX y podían ser relativamente autofinanciables gracias a los ingresos obtenidos por el trabajo agrícola, ganadero y manufacturero de enfermos mentales de muy larga estancia.⁵⁰ La primera Granja fue inaugurada en México en una antigua hacienda en 1945 cuando La Castañeda contaba en promedio con un psiquiatra por cada 300 pacientes⁵¹ y su capacidad original de 1300 camas estaba más que rebasada pese a las ampliaciones, pues en 1942 alojaba a 3400 internos.⁵² ¿Esta opción asistencial insufló suficiente aire a una institución moribunda?

Antes de que La Castañeda se clausurara fue objeto de un análisis por parte de dos psiquiatras muy eminentes, que trabajaron en ella durante sus últimos años. Para ellos, La Castañeda utilizó todos los recursos terapéuticos que la psiquiatría puso a su alcance, pero la sobrepoblación del manicomio socavó su vocación asistencial. Consideraron que la planeación “fue hecha

conforme a los conocimientos médicos de la época” y “contaba con los elementos asistenciales y terapéuticos para tratar al enfermo mental”, pero atribuían el fracaso a la reglamentación que impedía “rechazar jamás a ningún enfermo mental que amerite internamiento”, de ahí que acogiera “a todos los pacientes con pocos recursos del Distrito Federal y a la gran mayoría del resto del país”. Influyó también “la prolongada estancia que requieren para su atención este tipo de enfermos y el elevado porcentaje de crónicos e incurables”, que fueron adueñándose de la institución al grado de convertirla en un asilo más que en un hospital:

Se pusieron en práctica terapéuticas como la balneoterapia, los medicamentos sedativos, la ergoterapia, la paludoterapia, las técnicas de choque, los psicolépticos y psicoanalépticos. Sin embargo, pese a este contenido médico que poseía la institución hubo una realidad insuperable. Pese a que fue el lugar más importante de investigación y de experimentación, lo cierto es que la sobrepoblación de la Institución impidió que se convirtiera en una institución médica al 100%. La lucha fundamental de los médicos y directores ha estado dirigida a mantener al Manicomio General como un Hospital Psiquiátrico.⁵³

Veamos qué tanta razón les asistía a estos médicos.

El proyecto de las Granjas para enfermos crónicos

Este plan de alcance nacional consideraba la creación de una primera Granja con capacidad para 400 enfermos, ideada como “una mera prolongación del manicomio”, en el sentido de que debía recibir pacientes considerados incurables o de muy difícil recuperación enviados únicamente desde La Castañeda. Para que el

⁴⁷RAMÍREZ MORENO, Samuel. “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, pp. 115-123. SACRISTÁN, Cristina. “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”. En: *Historia, Ciencias, Saúde, Manguinhos*, Brasil, v. 12, n. 3, pp. 675-692, septiembre-diciembre de 2005.

⁴⁸SACRISTÁN, Cristina. “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 de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, Instituto de Investigaciones Históricas de la UNAM, 2008, pp. 99-123.

⁴⁹GARZA GARCÍA, Francisco. “La terapia ocupacional para enfermos mentales en México”. En: *Revista mexicana de psiquiatría, neurología y medicina legal*, México, v. XIII, n. 74, pp. 14-27, julio-agosto de 1946. ERASO, Yolanda. “El trabajo desde la perspectiva psiquiátrica. Entre el tratamiento moral y el problema de la cronicidad en el Manicomio de Oliva de Córdoba en las primeras décadas del siglo XX”. En: *Cuadernos de Historia*, Serie Economía y Sociedad no. 5. Córdoba: Universidad de Córdoba, 2002, pp. 33-63.

⁵⁰LANTÉRI-LAURA, Georges. “La chronicité dans la psychiatrie française moderne”. En: *Annales*, Francia, v. XXVII, n. 3, 1972, pp. 548-568.

⁵¹RAMÍREZ MORENO, Samuel. “Anexos psiquiátricos en los hospitales generales”. En: *Revista mexicana de psiquiatría, neurología y medicina legal*, México, v. XIII, n. 75-76, p. 25, diciembre de 1946.

⁵²GUEVARA OROPEZA, Manuel. “La Asistencia Psiquiátrica en el Distrito Federal y en general el problema de la asistencia a alienados en la República”, En: Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, Fondo Manicomio General, Sección Administrativa, leg. 43, exp. 4, 41 ff. 1941-1943.

⁵³PATIÑO ROJAS, José Luis y SIERRA MACEDO, Ignacio. “Cincuenta años de psiquiatría en el Manicomio General”. En: Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, Fondo Manicomio General, Sección Administrativa, leg. 56, exp. 6, 1960.

programa fuera exitoso, a ésta debían seguir otras, con el fin de ir desalojando el Manicomio de los crónicos para quedarse sólo con “los padecimientos de evolución aguda”.⁵⁴ Aunque la primera Granja se fundó conforme a lo previsto, este proyecto le causó muchas amarguras a su ideólogo, Manuel Guevara Oropeza.

Al año de su inauguración, su director, Ángel Ortiz Escudero, observó que la terapia ocupacional combinada con los tratamientos de choque daba mejores resultados en los pacientes provenientes de las poblaciones vecinas a la Granja -cuyas familias al saber de una institución psiquiátrica acudían a solicitar el ingreso-, que en los enviados desde La Castañeda, ya que éstos cursaban con procesos demenciales y signos irreversibles, así que decidió que él haría una selección de los pacientes remitidos por el Manicomio y rechazaría aquellos que no le parecieran aptos para el trabajo. Como era previsible, este hecho suscitó un conflicto con el director de La Castañeda, quien le recordó que los propósitos de dicha Granja eran “asilar enfermos incurables, sin especificar la capacidad que tuvieran para las labores agrícolas”. No obstante este pleito, al año siguiente, en 1947, el director de San Pedro del Monte, lugar donde estaba ubicada la Granja, pidió que los nuevos pacientes no excedieran de 40 años a menos que gozaran de buenas condiciones físicas, tuvieran una complexión que les permitiera ser resistentes al trabajo, no padecieran enfermedades contagiosas, fueran enfermos manejables en relación con su estado mental y hubieran adquirido en el Manicomio alguna práctica en el cultivo del campo o en los talleres.⁵⁵ Para 1948, el 63% de los pacientes ingresados provenía de La Castañeda, pero el otro 37% restante estaba constituido por enfermos que habían llegado de lugares cercanos a la Granja.⁵⁶ Esto no sería demasiado grave si todos los procedentes de La Castañeda fueran crónicos, como estaba contemplado originalmente, pues acoger pacientes de la región también ayudaba a que el Manicomio no se saturara con nuevos ingresos, pero con las características referidas más arriba no parece que ese 63% estuviera comprendido exclusivamente por

crónicos, con lo cual se estaba minando el fin que motivó este programa asistencial.

En segundo lugar, las tan ansiadas Granjas, que habrían de dar continuidad a la pionera para proseguir con el proyecto de que La Castañeda sólo atendiera agudos, nunca llegaron. Transcurrieron trece largos años para que en 1958 se abrieran dos más, ambas hacia el occidente del país, pero ya totalmente independientes del Manicomio, de manera que los primeros pacientes que arribaron a ellas provenían de hospitales generales y de asilos de la ciudad donde fueron construidas, pero no de La Castañeda.⁵⁷ Otras seis se inauguraron entre 1960 y 1964 en el centro, sur y norte del país, también jurídicamente independientes de La Castañeda y, finalmente, cuatro más entre 1965 y 1968 como parte de la ya citada “Operación Castañeda”⁵⁸, que tampoco estaban dirigidas a transformar el Manicomio en un hospital psiquiátrico, como había sido la idea original en los años cuarenta, sino a cerrarlo definitivamente, y a demolerlo, cosa que Guevara Oropeza ignoraba por completo.⁵⁹

¿Por qué un programa concebido hacia 1940 se estaba ejecutando veinte años después y para otros fines? Guevara Oropeza cuenta con bastante desazón la poca respuesta que encontró en las autoridades cuando les presentó el plan de las Granjas allá por 1943, un modelo asistencial dirigido exclusivamente a los enfermos “diagnosticados como incurables” o en los que “todos los tratamientos” hayan “fracasado”.⁶⁰ En ese entonces redactó un informe donde hizo una valoración de las condiciones asistenciales del país respecto a la salud mental para que el Secretario de Salubridad tuviera un conocimiento detallado de la situación y alentara dicho proyecto, con el que aparentemente estaba de acuerdo. Él mismo relata en una entrevista la suerte de ese texto y la dificultad que encontró para sensibilizar a las autoridades:

Lo que se proponía ahí era precisamente una reorganización de La Castañeda y de las Granjas, establecer en distintos lugares del país hospitales psiquiátricos como hospitales, es

⁵⁴GUEVARA OROPEZA, *op. cit.* SACRISTÁN, Cristina. “Reformando la asistencia psiquiátrica en México. La Granja de San Pedro del Monte: los primeros años de una institución modelo, 1945-1948”, En: *Salud Mental. Revista del Instituto Nacional de Psiquiatría*, México, v. 26, n. 3, pp. 57-65, junio de 2003.

⁵⁵*Documentos relativos al traslado de enfermos del Manicomio General a la Granja de San Pedro del Monte*. En: Archivo Histórico de la Secretaría de Salubridad, Fondo Manicomio General, Sección Administrativa, leg. 47, exp. 3, 1944-1948.

⁵⁶*Informe sobre las actividades técnicas comprendidas entre los días 15 de enero de 1945 y 30 de junio de 1948 en la Granja de Recuperación para Enfermos Mentales Pacíficos en San Pedro del Monte, León, Guanajuato*, En: Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, Fondo Secretaría de Salubridad y Asistencia, Sección Subsecretaría, leg. 19, exp. 1, 1948.

⁵⁷Una Granja se abrió en las afueras de la ciudad de Morelia y la otra en la carretera Guadalajara-Chapala. Si bien esta última se inauguró en 1956, no se abrió propiamente sino dos años después, CAMPOS FARFÁN, *op. cit.* RAMOS ESCOBEDO, Alejandro. “El manejo de pacientes crónicos en el hospital psiquiátrico de Jalisco”, En: *Relaciones. Estudios de Historia y Sociedad*, México, v. XIX, n. 74, pp. 175-176, primavera 1998.

⁵⁸VELASCO SUÁREZ, *op. cit.*, pp. 1183-1194. CALDERÓN NARVÁEZ, Guillermo, “Testimonio de trabajo en la Operación Castañeda”, *Psiquis*, México, v. 4, n. 3, pp. 40-48, 1995.

⁵⁹Según confiesa Guevara Oropeza: “en esos momentos yo no sabía que iban a acabar con todo”, en alusión a la demolición del manicomio. *Entrevista al Dr. Manuel Guevara Oropeza realizada por Martha Valdez en el domicilio particular del doctor el día 4 de octubre de 1977*. México: Instituto de Investigaciones Dr. José María Luis Mora, 1982, p. 232.

⁶⁰GUEVARA OROPEZA, *op. cit.*

decir, lugares en donde se fueran a tratar los enfermos que tenían posibilidad de recuperación, y al lado de esos hospitales poner Granjas adonde fueran los enfermos más deteriorados, incurables y que no tenían una posibilidad de recuperación social, obteniéndose por lo menos productos del campo, productos de granja, algunas cosas en las que ellos pudieran colaborar o trabajar. Este proyecto es una de las cosas que me han producido mayor frustración porque fue muy bien aceptado, yo creo que debería haberse puesto en práctica *desde el principio*, pero casi toda la edición que ha de haber sido pues pocos ejemplares ¿no?, fue una cosa nada más de repartir, pero supongo que fueron doscientos ejemplares, casi todos los ejemplares se los fui dando, uno por uno al Secretario de Salubridad y Asistencia, que nunca los llegó a leer, le preguntaba yo: ¿Ya leiste esto? - Hombre no, lo perdí. - Toma otro - ¿Ya leiste el folleto? - Pues no sé dónde lo puse. - Toma otro. Y nunca llegó a leer el folleto.

Naturalmente se acabó el sexenio, se acabaron las gentes que podían haber hecho algo, y después de dos sexenios más, ya pues... yo creo que por mil novecientos sesenta y tantos que se hizo la "Operación Castañeda" en donde un discípulo mío muy querido, el doctor Guillermo Calderón, se encargó de llevar a cabo la transformación que se hizo con la edificación del Hospital Fray Bernardino Álvarez: era exactamente lo que yo había propuesto, y *las Granjas entonces se establecieron como una aportación nueva, cuando nosotros las teníamos ya previstas desde hacía quince años, veinte años antes*. Entonces, como le digo, es una de esas cosas en que uno ve lo difícil que es que las gentes que tienen a su cargo el manejo de la asistencia pública y de los asuntos oficiales, entiendan que los enfermos son también acreedores a una atención justa, que el problema psiquiátrico no es lo que se cree de almacenar locos y encerrarlos, sino de darles atención.⁶¹

En esta conversación Guevara Oropeza descubre uno de los mayores frenos en la atención a los enfermos mentales en México: la cantidad de años que transcurren desde que se aprueba un proyecto hasta que se ejecuta, lo que conduce a que cuando se materializa ya resulte obsoleto, aunque las autoridades creen o, al menos afirman creerlo, que sigue siendo innovador.

Veamos qué suerte tuvieron estas Granjas y cómo su destino estuvo fatalmente ligado al de La

Castañeda. Las dos que se establecieron en 1958, aunque desatendieron el llamado a desahogar el Manicomio de crónicos, paradójicamente se hicieron a imagen y semejanza de la Granja precursora. En primer lugar, fueron supervisadas y recibieron la aprobación de su director, el Dr. Ortiz Escudero, tuvieron a la terapia ocupacional y recreativa como el eje de su práctica médica, se ubicaron fuera de los centros urbanos para contar con terrenos de cultivo y una de ellas, la de Guadalajara, no se construyó *ex profeso*, sino que también se adaptó a una antigua hacienda, de ahí que se le quedara el poco científico nombre de "La Esperanza", el mismo de la vieja propiedad.⁶²

Tanto ambas Granjas, como las edificadas después, se diseñaron siguiendo un modelo asistencial para enfermos crónicos, pero se publicitaron como si estuvieran revolucionando la psiquiatría por el simple hecho de que mantenían al enfermo en contacto con la naturaleza -una vieja utopía ilustrada-, bajo un supuesto régimen de libertad y dedicado a actividades productivas que lo dignificaban, como si este ambiente terapéutico fuera curativo por sí mismo, exactamente como décadas atrás se pensó que sucedería con el aislamiento en el marco del manicomio.

Por ejemplo, en relación con los tratamientos, el reglamento de la Granja de la ciudad de Morelia indicaba que "aunque la terapia ocupacional es un excelente medio terapéutico" no será el único, sino que "los juegos y deportes, las sesiones cinematográficas, las audiciones musicales y en general todos los medios de distracción que puedan emplearse, deberán considerarse como otros tantos modos de lograr la recuperación física de los enfermos" (artículos 16 y 17), una manera de enfrentar los trastornos mentales que se quedaba en el terreno de la rehabilitación. Aunque este mismo reglamento señalaba que sólo se internarán enfermos "susceptibles de mejoría o curación" (art. 5) y "cuando un enfermo sea considerado como crónico deberá entregarse a sus familiares" o "enviado a una institución más adecuada a su condición" (art. 12), quienes la estrenaron fueron "los reclusos (sic) que anteriormente se encontraban alojados en una parte del Hospital Civil", es decir, el Hospital General que desde 1901 contaba con dos pabellones para enfermos mentales, por lo que cabe suponer que entre ellos habría pacientes de muy larga data. Esto significa que comenzaron a dar atención médica tanto a crónicos como a agudos bajo un paradigma asistencial que estaba enfocado a los primeros. Lo más sorprendente de este reglamento es que se pretendía aplicar cuando el único personal existente era el director, que hacía las veces de psiquiatra, el administrador y tres enfermeras. El

⁶¹ *Entrevista, op. cit.*, pp. 207-208. Las cursivas son mías.

⁶² La primera Granja, con una extensión de 92 hectáreas, se estableció en San Pedro del Monte a 11 kilómetros de la ciudad de León, capital del estado de Guanajuato; la segunda, con una superficie de 100 hectáreas, a 17.5 kilómetros de la ciudad de Guadalajara, capital del estado de Jalisco y la tercera en las afueras de la ciudad de Morelia, capital del estado de Michoacán, CAMPOS FARFÁN, *op. cit.*, pp. 115 y 118; VILLASEÑOR BAYARDO, *op. cit.*

propio hijo del fundador cuenta que la Granja padeció “un escándalo inicial de nota roja en el que se afirmaba que los enfermos morían de hambre y se les maltrataba”⁶³, acusaciones típicas de los manicomios.

La otra Granja, fundada ese mismo año de 1958 en Guadalajara, fue recordada después de su fundación por uno de los médicos que trabajó en ella de esta manera:

Por aquel entonces (1965), la granja era un sitio deprimente, al estilo de los antiguos manicomios. Estaba llena de enfermos crónicos, muy deteriorados y mal vestidos, algunos se paseaban desnudos por el campo. Los recursos farmacológicos eran escasos y la alimentación mala. El personal de enfermería, aunque bien intencionado, estaba constituido por gente del campo, con ningún o muy poco entrenamiento especializado, a excepción del jefe de enfermeros, una persona muy responsable, compasivo y con toda la experiencia de haber trabajado por años en la Granja. Aparte del director, en ese entonces el Doctor Gustavo Mojica, yo era el único médico para atender una institución de casi mil camas, además de un servicio incipiente de consulta externa para recibir a los pacientes que se internaban, o para tratar problemas agudos. La terapia electroconvulsiva en su forma más elemental era un recurso cotidiano para los pacientes agitados.⁶⁴

La segunda camada de Granjas, inauguradas entre 1960 y 1964, fue promovida por el Dr. Manuel Velasco Suárez cuando estuvo al frente de la Dirección General de Neurología, Salud Mental y Rehabilitación con el ánimo de sustituir “los sistemas manicomiales casi carcelarios, de sujeción del paciente” por “modernos establecimientos de puertas abiertas”. A su juicio, las seis nuevas Granjas constituían una innovación asistencial bajo el modelo de “comunidad terapéutica”, ya que los enfermos eran “estudiados por un equipo de especialistas en psiquiatría, psicología, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y terapia recreacional”, donde el compromiso de los familiares de mantenerse en contacto con los pacientes formaba parte indispensable del tratamiento.⁶⁵ En la *Memoria* que la Secretaría de Salubridad publicó en 1964 para dar cuenta de los logros de ese sexenio en materia de salud se aseguraba que “los sistemas manicomiales, coercitivos y casi de aprisionamiento, han sido desechados para implantarse los modernos establecimientos para enfermos

neuropsiquiátricos, donde, regulando el trabajo, la diversión, el descanso, y fijándole responsabilidades al paciente que vuelve a la conciencia de su dignidad personal”, se logra “reintegrar al enfermo a una vida absolutamente normal” gracias a “los recursos de la farmacoterapia, la psicoterapia individual o de grupo”.⁶⁶

Para dar a conocer en forma masiva las nuevas instituciones psiquiátricas, el Estado mexicano promocionó sus obras a través del cine al grabar un documental en una de las Granjas, mientras una voz en *off* afirmaba que para los enfermos ya no habrá “más puertas cerradas, ni candados, ni cadenas, ni guardias, ni celdas, ni azotes, ni baños de agua helada”, es decir, ningún tipo de coerción. Con el título de *Puertas cerradas* se aludía a un negro pasado que quedaba enterrado y a un futuro esperanzador construido en un lugar donde se estaban empleando “todos los recursos de la terapia ocupacional y recreativa para la ‘remotivación’ del enfermo nervioso y su posible curación y rehabilitación”, ya que “en los trabajos agrícolas, en la cría de animales, en los talleres de artesanía y en la sana distracción descubren nuevos motivos para vivir”.⁶⁷

Precisamente la Granja en cuyas instalaciones se rodó dicho documental fue objeto de un reportaje periodístico en 1977, dieciséis años después de su apertura, por un grupo de estudiantes de medicina que durante cinco semanas acudieron a ella para cursar la materia de psiquiatría impartida por el propio director, quien les permitió recorrer hasta el último rincón de la propiedad, incluyendo el famoso Pabellón G, un antiguo gallinero transformado en cárcel. La sensación que invadió a estos futuros médicos fue que el pasado seguía ahí, que en las nuevas instituciones como ésta persistían los viejos procedimientos, la misma violencia y la tradicional concepción del loco que las supuestas reformas psiquiátricas habían pretendido erradicar:

El Pabellón G no es sólo el sitio más insalubre, donde se encierra a los enfermos más graves de la Granja. Toda su estructura de pesadilla está diseñada para hacerlo también el sitio de castigo. En esta forma la reclusión entra a la institución de la reclusión, creando un mundo interno de segregación dentro del espacio mismo de la segregación. Las “celdas de aislamiento”, que los enfermos llaman calabozo, todavía se encubren bajo una pretensión terapéutica o al menos bajo una supuesta protección contra los locos agitados. En cambio el Pabellón G se declara abiertamente como un sitio de castigo. Ahí son

⁶³CAMPOS FARFÁN, *op. cit.*, pp. 119 y 125-126.

⁶⁴VILLASEÑOR BAYARDO, *op. cit.*, pp. 266-267. Las cursivas son mías.

⁶⁵VELASCO SUÁREZ, *op. cit.*, pp. 1188-1189.

⁶⁶SECRETARÍA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA. *Memoria 1958-1964*. México: Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1964, pp. 153-155.

⁶⁷*Puertas Cerradas*, Dirección Francisco del Villar. Mucho agradezco a Andrés Ríos Molina que haya llamado mi atención sobre este material filmico que yo desconocía.

escarmentados aquellos locos que no se pliegan a la disciplina de la Granja o que violan el respecto jerárquico a los superiores. No hay más. Ya ni siquiera se pretende el encubrimiento ideológico. El pabellón G es pura y abiertamente un sitio de tortura.⁶⁸

A este reportaje le siguieron bastantes más sobre las Granjas, incluyendo las inauguradas con motivo de la clausura de La Castañeda. Titulares como “El infierno de La Castañeda aún existe en las clínicas campestres”, “La miseria humana al descubierto”, “Un almacén de enfermas mentales”, “Degradación, inmundicia e ineficacia médica en los hospitales psiquiátricos” pusieron en evidencia el fracaso terapéutico de un modelo asistencial que no rehabilitó a los crónicos, cronificó a los agudos, y mantuvo a ambos en extremo abandono, bajo condiciones carcelarias, invadidos por ratas, gravemente desnutridos, desnudos y sin personal médico capacitado y suficiente⁶⁹, de forma muy, pero muy similar a cuando habitaban en el viejo edificio porfiriano de La Castañeda, sólo que ahora las camisas de fuerza habían sido parcialmente sustituidas por fármacos, cuya acción sedativa las suplía bajo un “atarantamiento” colectivo.⁷⁰

Ser o no ser modernos

El anhelo de modernidad que se encuentra en los dos proyectos analizados y que se materializó en un manicomio monumental y en trece instalaciones rurales, con la promesa de un cambio de paradigma asistencial, significó un movimiento de pacientes sin que se instrumentara previamente una reforma médica de fondo. En el primer caso, el Manicomio La Castañeda no fue la institución moderna que se proclamó en los discursos. Pese a los múltiples esfuerzos por medicalizar constantemente la institución, el propio modelo centrado en un manicomio de grandes dimensiones parecía condenado al fracaso, a lo que hemos de aunar, el descuido en que el Estado mantuvo a la institución por tiempos muy prolongados.

En el segundo caso, el proyecto inicial de las Granjas, cuyo propósito era desahogar a La Castañeda de los pacientes incurables para convertirse en un auténtico hospital psiquiátrico y abandonar el papel asilar propio de un manicomio, contribuyó también a su propia ruina por instrumentarse veinte años después de su planeación y para otros fines, de ahí que los 2800 pacientes hacinados tras sus muros llevaran a su clausura en 1968. Pero la tardía ejecución de las Granjas no sólo hizo naufragar a La Castañeda. El hecho de que se destinaran a

fines opuestos a los planeados -tratar enfermos agudos en vez de crónicos-influyó para que el paciente que ingresara en ellas tuviera una muy alta probabilidad de cronificarse, pues en vez de recibir un tratamiento farmacológico -que para la década de 1960 cuando se abrieron la mayoría de ellas ya había dado sus primeros pasos-y apoyo psicológico, se encontraba frente a varias hectáreas de terreno con recursos terapéuticos centrados en la terapia ocupacional. Por su ubicación, algunas Granjas estaban mal comunicadas con los centros urbanos, perfecto caldo de cultivo para que los familiares progresivamente fueran abandonando a sus pacientes. Desgraciadamente, las Granjas no sirvieron a ninguno de los dos fines: ni para disminuir el número de crónicos que asfixiaba a La Castañeda, ni para atender los enfermos agudos que llegaban de su entorno, pues al ingresar eran tratados bajo un régimen terapéutico destinado a pacientes crónicos.

Según nuestro análisis, en México, históricamente la asistencia psiquiátrica ha arrastrado el mal de impulsar modelos terapéuticos caducos desde su inicio, que se presentan como reformas asistenciales, hasta que un buen día se vuelven obsoletos. El Estado actúa en el campo de la salud mental cuando las circunstancias lo rebasan y, para posicionarse ante la opinión pública, presenta grandes proyectos institucionales sin plantearse una reforma asistencial auténtica, de ahí que los modelos propuestos sean espectaculares, pero no los más adecuados. Valiéndose del recurso de atacar a las instituciones existentes para justificar su cierre y la apertura de otras, crea la sensación de instaurar una nueva era en salud mental, movido por una gran fe en las instituciones como portadoras de cambio por sí mismas. Festeja la apertura de instituciones creyendo ver en éstas la solución a los problemas de la nación, pero una vez echadas a andar las abandona y caen en la incuria para ser refundadas de nuevo. Tiempo después el ciclo se vuelve a repetir. ¿Hasta cuándo?

Artigo recebido em: 07/05/2010

Aprovado em: 09/07/2010

⁶⁸FRENK, *op. cit.*, p. 176.

⁶⁹GURZA, Teresa. “En jaulas de tigres”. En: *El Día*. México, 16 al 24 de agosto de 1978. Véase también HERNÁNDEZ LARA, Oliver Gabriel. *La metamorfosis de la política de salud mental en México*. México, 2008. Tesis de Maestría (Sociología Política)-Instituto Mora, pp. 132-141.

⁷⁰RAMOS ESCOBEDO, *op. cit.*, pp. 181-183.