

Ma. Cristina Sacristán

Maestra en historia por El Colegio de Michoacán, México, y doctora en antropología social y cultural por la Universitat Rovira i Virgili, Tarragona, España. Actualmente es investigadora del Instituto Dr. José María Luis Mora. Su investigación se ha centrado en los estudios sobre historia de la locura en el México colonial, historia de las relaciones entre el liberalismo mexicano y la psiquiatría legal durante el siglo XIX, y recientemente sobre el nacimiento de la psiquiatría pública mexicana. Entre sus publicaciones destacan: *Locura e Inquisición en Nueva España, 1571-1760*, México, 1992, *Locura y disidencia en el México Ilustrado, 1760-1810*, México, 1994, "Hacia una sociedad de individuos. Estado, familia y tutela de los incapaces según el Código Civil de 1870 para el Distrito Federal" en Carlos Illades y Ariel Rodríguez (comps.), *Ciudad de México: instituciones, actores sociales y conflicto político, 1774-1931*, México, 1996, "¿Qui peut exercer la tutelle d'un incapable? Évolution depuis le droit romain jusqu'à la codification", *Ateliers. Anthropologie et Histoire. Réflexion sur les Cinq Continents*, núm. 17, 1996, "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, 2000 y "Construyendo la nación en el México Independiente: una experiencia desde la locura", *Artefacto. Revista de la Escuela Lacaniana de Psicoanálisis*, núm. 8, 2001.

Resumen

El Manicomio de La Castañeda, inaugurado en la ciudad de México el primero de septiembre de 1910, ha sido calificado como la "cuna" de la psiquiatría pública mexicana por tratarse de una institución que perseguía la curación de los enfermos mentales. Sin embargo, en unos cuantos lustros se hizo evidente el agotamiento de un modelo terapéutico como el del asilo-manicomio de grandes dimensiones, que desde tiempo atrás había sido cuestionado en algunos países occidentales por su limitada eficacia. El artículo muestra algunas evidencias del fracaso de La Castañeda como institución terapéutica, que ponen de manifiesto el tipo de relación construido entre la psiquiatría y el Estado mexicano.

Palabras clave:

Manicomios, hospitales psiquiátricos, profesión psiquiátrica, México.

Abstract

La Castañeda Insane Asylum, inaugurated in Mexico City, September 1, 1910, has been called the cradle of Mexican public psychiatry, as it purposefully aimed at curing the mentally ill. Nonetheless, it soon became apparent that the therapeutic model of a large scale insane asylum like La Castañeda was becoming tired and old. Western countries had already questioned the limited efficacy of such institutions. The article presents evidence of the failure of La Castañeda as a therapeutic institution, bringing to light the relationship between psychiatry and the Mexican state.

Key words:

Insane asylums, psychiatric hospitals, psychiatric profession, Mexico.

Artículo recibido:
septiembre de 2000

Aceptado en su versión final:
marzo de 2001

Una valoración sobre el fracaso del Manicomio de La Castañeda como institución terapéutica, 1910-1944*

Ma. Cristina Sacristán

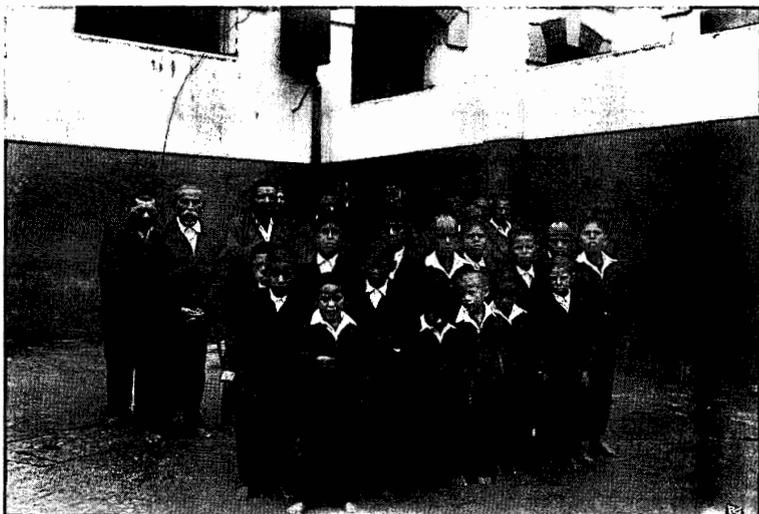
INTRODUCCIÓN

Uno de los problemas a los que se enfrentan hoy los estudiosos de la historia de la psiquiatría es conocer las causas del fracaso del manicomio como institución terapéutica. A principios del siglo XX y después de una centuria de práctica manicomial en Europa, Estados Unidos y algunos países de América Latina, el prestigio de los psiquiatras entre los profesionales de la medicina disminuyó en forma paralela al crecimiento de los enfermos crónicos que saturaban los grandes manicomios. El constante incremento de los internos, que pasó de unos cientos a principios del siglo XIX a miles al iniciar la siguiente centuria,

desvaneció la creencia en las virtudes curativas de este tipo de establecimiento, ante la evidencia de que los manicomios se habían convertido en “casas de depósito” para enfermos considerados incurables, donde las funciones terapéuticas habían sido rebasadas por las meramente custodiales.¹

¹ Para una visión general, pero muy bien lograda, de este problema, véase Shorter, *History*, 1997, pp. 33-68; para Francia, Lanteri-Laura, “Chronicité”, 1972, pp. 554-557, 563-568, y Gauchet, *Pratique*, 1980, pp. 158-200; para Estados Unidos, Rothman, *Discovery*, 1971, pp. 149-150, y McGovern, “Myths”, 1986; para España Comelles, *Razón*, 1988, pp. 99-100; Campos, “Psiquiatría”, 1995, p. 61, y Espino, “Reforma”, 1987, p. 227, y para Perú, Ruiz, *Psiquiatras*, 1994, pp. 21-39. El hecho de que estos autores hayan constatado el progresivo deterioro de la función terapéutica de los manicomios no quiere decir que ésta haya desaparecido por completo, pues el custodialismo podía coexistir con el tratamiento terapéutico, es decir, había enfermos que sólo salían del manicomio en un atadú mientras otros lo hacían restablecidos, véase un estudio de caso en McGovern, “Myths”, 1986 y en este mismo volumen el artículo de Cristina Rivera-Garza. Nuestro interés se centra en constatar que este proceso tuvo lugar también en el caso que estudiamos, pero en un momento en que este modelo terapéutico ya había sido rebasado, como se verá más adelante.

* Este trabajo se realizó durante un año sabático en el Instituto de Investigaciones Históricas de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Morelia, Michoacán, y contó con el apoyo del Instituto Nacional de Estudios Históricos de la Revolución Mexicana a través de su programa de becas 1999-2000. Agradezco a los miembros del Seminario de Historia Urbana del Instituto Mora sus comentarios a una primera versión de este trabajo, en especial a Ma. Eugenia Chaoul, María José Garrido, Ana Lau, Sergio Miranda Pacheco, Claudia Pardo y Verónica Zárate.



Niños y adultos internos con el uniforme reglamentario en La Castañeda, 1930.
Fondo Culhuacan, inv. 366974, © CONACULTA-INAH-SINAFO-FOTOTECA NACIONAL.



Interno en uno de los jardines del Manicomio de La Castañeda hacia 1930.
Fondo Casasola II, inv. 143739, © CONACULTA-INAH-SINAFO-FOTOTECA NACIONAL.

Analizar las razones de este fracaso es un hecho capital por una sencilla razón: con el manicomio nació la psiquiatría como especialidad médica entre fines del siglo XVIII y principios del XIX. Evidentemente, antes de esta centuria existieron médicos interesados en contender con la locura que escribieron tratados de medicina sobre la terapéutica de las enfermedades mentales. Sin embargo, la gran diferencia entre estos galenos y quienes después se denominarían *alienistas* —por tratar con la alienación mental— se encuentra no tanto en sostener que la locura podía ser curable —regularmente se aplicaban sangrías, purgas, vomitivos y cauterios como en cualquier otro padecimiento—, sino en poseer la firme convicción de que el manicomio curaba por sí mismo, esto es, que el confinamiento era terapéutico. Una de las grandes diferencias entre las instituciones medievales establecidas en las ciudades donde se acomodaba a los locos (hospitales, hospicios, asilos, cárceles) y el manicomio, es la que media entre custodiar a los enfermos sin mayores pretensiones de alcanzar su mejoría y la búsqueda deliberada de un fin terapéutico.²

El Manicomio General de la ciudad de México, inaugurado por Porfirio Díaz el primero de septiembre de 1910 como parte de los festejos para conmemorar el centenario de la independencia de México, está considerado hoy en día como la “cuna de la psiquiatría pública”.³ Si tomamos en cuenta el crite-

rio de fechar el nacimiento de la psiquiatría a partir de la fundación de una institución con fines terapéuticos como el manicomio, debemos concluir que esta afirmación regularmente sostenida por los psiquiatras es acertada sólo parcialmente.⁴ En su momento, este acontecimiento también fue vivido por los médicos mexicanos como el alumbramiento de una nueva era en materia de asistencia a los enfermos mentales, y por las elites políticas porfirianas como una evidencia fehaciente del estado de prosperidad por el que atravesaba el país.⁵ Y no era para menos: la erogación de casi dos millones de pesos para levantar 24 edificios construidos sobre una superficie de 78 480 metros cuadrados evidenciaba, materialmente hablando, dicho estado de progreso.⁶ En 1881 la primera comisión encargada de analizar la conveniencia de construir

⁴ Nuestra inquietud al respecto obedece a una lectura cuidadosa del reglamento de La Castañeda —nombre con el que comúnmente se conoció al manicomio—, donde además de establecer su función terapéutica, señalaba también su condición de asilo, dejando al descubierto un flanco que le acarrearía no pocos problemas. El artículo 2 indicaba que “dicho establecimiento tiene el doble carácter de hospital y asilo, y está destinado únicamente al tratamiento y asilo de toda clase de personas de ambos sexos y de cualquiera edad, nacionalidad y religión, afectadas de enfermedades mentales”, Archivo Histórico de la Secretaría de Salud (en adelante AHSS), Fondo Beneficencia Pública, Serie Establecimientos Hospitalarios, Sección Manicomio General (en adelante FBP, SEH, SEMG), leg. 3, exp. 25.

⁵ García, *Crónica*, 1911, pp. 109-111; Mancilla, *Locura*, 1997, pp. 111-120; Valdés, *Salud*, 1995, pp. 86-90.

⁶ Valdés, *Salud*, 1995, pp. 94-102.

² Shorter, *Psychiatry*, 1997, pp. 1-9.

³ Fuente, Medina-Mora y Caraveo, *Salud*, 1997, p. 15.

un manicomio general consideró la obra publicada por los médicos europeos más destacados en ese momento en el campo de las enfermedades mentales por sus aportaciones teóricas en el tratamiento de la locura y sobre el régimen interno de estas instituciones.⁷ Tres años después, la Secretaría de Fomento solicitó al doctor Román Ramírez un estudio detenido sobre las medidas que deberían tomarse para establecer un manicomio. Para ello le remitió 83 artículos sobre el tema que recogían las experiencias europeas y estadounidenses durante ese siglo.⁸ Otro de los proyectos había contemplado “los últimos adelantos de la ciencia”, pues sus distinguidos miembros tuvieron a su alcance las obras en las que “se encuentra todo lo que hay en el mundo de más moderno y más bien adoptado a los últimos conocimientos”.⁹ Sin temor a equivocarse, no escondieron su entusiasmo respecto a las bondades del futuro establecimiento cuando en 1896 dieron las razones para promover su construcción:

Los verdaderos manicomios son de institución reciente y desde que ellos existen la patología mental ha hecho grandes progresos hacia el conocimiento de las enfermedades del cerebro y sobre todo hacia las condiciones que hoy debe tener un establecimiento de esta índole, para llenar su objeto debidamente y para ser él, *en sí mismo*, la grande ayuda en la terapéutica de las enfermedades mentales, tanta que podemos asegurar, que *en las*

*perfectas condiciones de un manicomio, están las tres cuartas partes de la curación de los enfermos.*¹⁰

Con esa inquebrantable fe en la creencia de estar fundando una nueva época para la psiquiatría mexicana sostenían que México

se colocará muy pronto, con un buen manicomio que reúna todas las condiciones que actualmente demanda el conocimiento de este difícil ramo de las ciencias médicas, a la altura de los países civilizados y humanitarios.¹¹

En 1910 la medicina mental podía sentirse medianamente confiada: había logrado que el Estado invirtiera los recursos necesarios para un establecimiento de esa magnitud, que pronto se convertiría en el centro destinado a la formación de los médicos interesados en especializarse en el tratamiento de las enfermedades mentales a falta de estudios formales universitarios. Sin embargo, cuando en 1959 el manicomio fue objeto de una remembranza por parte de dos funcionarios de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, la valoración sobre su desempeño había

¹⁰ *Ibid.*, pp. 893-894. Las cursivas son mías.

¹¹ *Ibid.*, p. 894. Este optimismo inicial fue percibido también por los psiquiatras que muchos años después trabajaron en el manicomio: “se inauguró el hospital el primero de septiembre de 1910. Y se pensó que iba a ser el mejor sanatorio, tal vez de toda América Latina, *porque estaba al corriente de todos los avances científicos de entonces*”, testimonio del doctor Luis Antonio Gamiochipi recogido en Pensado y Correa, *Mixcoac*, 1996, p. 39. Las cursivas son mías.

⁷ Mancilla, *Locura*, 1997, pp. 111-120.

⁸ Ramírez, *Manicomio*, 1881.

⁹ “Exposición”, 1898, pp. 887-888.

cambiado sustancialmente. Según su dicho, pese a tratarse de “una institución acorde con el adelanto médico de entonces”,

la probable confirmación de que el enfermo que ingresaba a la institución *abi se quedaba*, hizo que pronto se aumentara la población de enfermos y en proporción inversa se descuidara su atención por la imposibilidad física y de personal adiestrado, al grado tal que en la Beneficencia Pública se tenía la convicción de que “no había recurso médico alguno sino exclusivamente de asilo para los locos”.¹²

Esta afirmación, sostenida en 1959 no está desprovista de fundamento. Al menos desde los años treinta los directores de La Castañeda mostraron su preocupación por el agotamiento de un modelo terapéutico como el del manicomio y pidieron el establecimiento de otras alternativas como la atención en consulta externa para disminuir el número de ingresos y la creación de las llamadas “granjas” para enfermos mentales en los estados que más enfermos remitían al manicomio.¹³ La primera de estas instituciones se estableció en

¹² En Álvarez, *Historia*, 1960, t. 3, p. 702. Las cursivas son mías.

¹³ AHSS, Fondo Manicomio General (en adelante FMG), Sección Administrativa (en adelante SEA), leg. 24, exp. 7, leg. 43, exp. 4, Patiño, “Cinuenta”, 1960, p. 5. No está muy clara cuál sería la función de estas granjas. La historiografía sostiene que fueron ideadas con una filosofía diferente a la del concepto de “asilo” que caracterizó a La Castañeda, pues pretendían que el paciente pudiera recuperarse mediante la “ergoterapia”, es decir, la rehabilitación por el trabajo en campos de cultivo, en el cuidado de animales de granja y

1944 en San Pedro del Monte, en el estado de Guanajuato, motivo de la periodización a la que nos sujetaremos en este artículo.¹⁴

En otro trabajo pude detectar los problemas más acuciantes que enfrentó el manicomio antes de 1944, siendo el sobrecupo de pacientes el que condicionó de manera más severa a la institución en el cumplimiento de los fines terapéuticos para los que había sido creada.¹⁵ Con el ánimo de profundizar ahora en este aspecto daremos cuenta de las dimensiones del problema y de las alternativas que los propios psiquiatras ofrecieron al Estado mexicano para atacarlo.

LAS DIMENSIONES DEL PROBLEMA

La capacidad estimada del establecimiento al momento de su construcción fue de 1 330 camas, de las cuales se

en labores manuales realizadas en talleres (panadería, carpintería, costura), con el fin de alcanzar varios objetivos: hacer que el paciente se sintiera útil debido al desempeño de un trabajo, impedir que perdiera sus habilidades debido a un largo confinamiento y adquirir los conocimientos para ejercer un oficio cuando saliera del hospital, de manera que pudiera sostenerse económicamente y conservar su autonomía. Véase “Dirección”, 1964, pp. 1188-1189; *Memoria*, 1964, pp. 153-155; Ramírez, *Asistencia*, 1950, pp. 42-43; Pérez-Rincón, *Breve*, 1995, pp. 47-49. Sin embargo, los propios médicos de La Castañeda las concebían como lugares ideados específicamente para los incurables, véase AHSS, FBP, SEH, SEMG, leg. 43, exp. 4. Son necesarios estudios al respecto.

¹⁴ *Memoria*, 1944, p. 40.

¹⁵ Véase Sacristán, “Resistir”, 2000, pp. 199-207.

ocuparon de inmediato casi las dos terceras partes por el traslado de los pacientes procedentes de los viejos hospitales para enfermos mentales de origen colonial que sortearon los avatares de la Beneficencia Pública durante el siglo XIX: el Hospital de San Hipólito y el Hospital del Divino Salvador, mejor conocido como La Canoa.¹⁶ Entre 1910 y 1913 la población del manicomio se incrementó sobrepasando los mil internos, momento a partir del cual inició un “descenso extraordinario” llegando a un mínimo en 1915 motivado por una elevada mortalidad entre los pacientes. Según testimonio de uno de los directores de La Castañeda, “esta crisis” correspondió “a la época en que el Distrito Federal estuvo sometido a todas las vicisitudes de las luchas revolucionarias, con el máximo de pobreza y abandono para el establecimiento”.¹⁷

En efecto, se sabe que entre fines de 1913 y principios de 1914 el conflicto armado comenzó “a minar la vigorosa economía mexicana”. El abandono de los campos por campesinos enrolados en los ejércitos provocó escasez de alimentos por la falta de cosechas, y la ocupación de los ejércitos alteró el sistema de comunicaciones y transportes dificultando el suministro de mercancías indispensable para el comercio. Finalmente, el exceso de circulante, debido a la liberalidad con la que cada

facción revolucionaria imprimía sus propios billetes para financiar sus campañas, provocó el deslizamiento del peso y una elevada inflación.¹⁸

La ciudad de México no fue ajena a estas vicisitudes, sin embargo “no hubo un sistema de ayuda institucional y permanente”; a lo sumo, paliativos temporales como el establecimiento, durante el gobierno de Obregón, de una junta para “repartir comida a los hambrientos de la capital” y el ejercicio de la caridad hacia los huérfanos por parte de las esposas de los ministros constitucionalistas. Las cocinas públicas establecidas durante 1915 cerraron en los primeros meses de 1916 con el argumento de que la situación había mejorado y la práctica de dar de comer a los pobres lo induciría a la vagancia.¹⁹ De hecho, 1915 se conoció en la capital como “el año del hambre”,²⁰ cuando la carestía, la pobreza, la desnutrición y los problemas de higiene pública acabaron debilitando a la población que cayó presa de las epidemias.²¹

No es de extrañar entonces que esta situación vivida en la capital haya afectado también al manicomio, cuya población comenzó a crecer lentamente a partir de 1916, sin que este incremento motivara alguna reacción de alarma entre los diferentes directores antes de los años veinte, ya que durante esta década si bien la población

¹⁶ Las cifras de ingreso en 1910 varían según los autores, Patiño, “Cincuenta”, mecanoscrito, p. 3 da el número de 848; Mancilla, *Locura*, 1997, p. 137 el de 796. Este último dato nos parece más acertado por el tipo de fuentes que consultó la autora.

¹⁷ AHSS, FMG, sea, leg. 43, exp. 4,

¹⁸ Haber, *Industria*, 1992, pp. 157-172; Knight, *Revolución*, 1996, vol. II, pp. 970-975.

¹⁹ Knight, *Revolución*, 1996, vol. II, p. 979.

²⁰ Rodríguez, “Desabasto”, 2000.

²¹ Knight, *Revolución*, 1996, vol. II, pp. 981-984.

del manicomio continuó elevándose, lo hizo a un ritmo tolerable en relación con el cupo máximo de la institución. Por el contrario, la década de los treinta produjo una abundante correspondencia entre el director en turno y las autoridades de la Beneficencia Pública en el Distrito Federal, y dio lugar a más de una desavenencia entre ambos interlocutores. En mayo de 1931 el número de internos ascendía ya a 1 833, que unos meses más tarde alcanzó la cifra de 1 905,²² para llegar a 2 001 en junio de 1932.²³ Un año después el hacinamiento alcanzaba a 2 053 pacientes,²⁴ que se vieron beneficiados por importantes obras de remodelación y ampliación, de las que luego hablaremos. Pese a estas reformas materiales, para fines de 1936 los internos hacían un total de 2 692, lo que significaba un exceso de 1 313 pacientes en relación con el “cupo higiénico” de plazas. La dramática situación fue expuesta por el doctor Alfonso Millán, director en ese momento, quien se vio

obligado a aprovechar el espacio de una manera práctica pero completamente anticientífica y casi diría hasta inhumana.

En efecto, para que quepan más enfermos en algunos servicios, se les acues-

²² AHSS, FBP, SEH, seMG, leg. 17, exp. 3.

²³ AHSS, FMG, seA, leg. 4, exp. 14. Desconocemos las cifras para los años veinte debido al tipo de fuente que decidimos trabajar. La correspondencia solamente da cuenta del número de internos cuando éste se convertía en problema. Esta fuente es provechosa para nuestros fines ya que nos interesa detectar precisamente esos momentos.

²⁴ AHSS, FBP, SEH, seMG, leg. 22, exp. 4.

ta en el suelo porque las camas ocupan más espacio, lo que obliga a 181 enfermos del lado de hombres y 119 enfermas del lado de mujeres, es decir, a 300 enfermos, a dormir en el suelo.²⁵

La Beneficencia Pública del Distrito Federal tuvo conocimiento de estos y otros hechos en sucesivas y prolijas cartas que el doctor Millán envió sobre el cupo del establecimiento. Los 2 890 internos,²⁶ que en 1937 eran atendidos por trece médicos,²⁷ mostraban de manera palpable la triste situación que vivía el manicomio, como se desprende de la evaluación que hiciera en 1943 el doctor Manuel Guevara Oropeza:

las necesidades que impone la asistencia a alienados son en la actualidad *tan graves como pudieron haberlo sido antes de 1910* y quizá con perfiles de mayor tragedia por la dificultad para albergar, sostener, curar y vigilar el crecido número de enfermos mentales.

En 1942 el manicomio albergaba ya a 3 400 almas.²⁸

Las razones de este crecimiento desmedido eran varias: desde la falta de hospitales en la mayoría de los estados de la república hasta las dificultades para externar a pacientes rehabilitados por la negativa de las familias a recogerlos, pero también pesaba la circunstancia de que las autoridades públicas remitían individuos que en realidad

²⁵ AHSS, FMG, seA, leg. 24, exp. 7.

²⁶ *Ibid.*

²⁷ AHSS, FMG, seA, leg. 5, exp. 2.

²⁸ *Ibid.*, leg. 43, exp. 4. Las cursivas son mías.



Dr. Samuel Ramírez Moreno, director del Manicomio General y fundador de la *Revista Mexicana de Psiquiatría, Neurología y Medicina Legal*.

Héctor Pérez Rincón, *Breve historia de la psiquiatría en México*, Publicaciones del Instituto Mexicano de Psiquiatría, México, 1995, p. 72.

no estaban enajenados. Delincuentes sospechosos de padecer enfermedades mentales, indigentes sin ninguna psicopatología, y sujetos con padecimientos cerebrales, pero en modo alguno de carácter psiquiátrico, nutrían las órdenes de internamiento giradas por las autoridades.²⁹

Evidentemente, los directores de La Castañeda argumentaron su negativa a aceptar estos ingresos que desvirtuaban el sentido original de la institución, pues en unas ocasiones se pedía que el hospital funcionara como lugar de observación, en otras como asilo y hasta de reclusión forzada. Pero como las autoridades insistían en sus peticiones, los médicos terminaban por recibir a tan singulares pacientes. Sin embargo, la solución del problema no estaba tanto en la negociación particular de cada caso, como en atacar la causa de este tipo de ingresos, verdadero talón de Aquiles de casi todos los directores de La Castañeda desde los años treinta.

El reglamento interno del manicomio en su artículo 11 señalaba con toda claridad que el ingreso de un paciente requería la presentación de un certificado firmado por dos médicos donde

se demostrara que “los defectos de conducta y la falta de adaptación al medio social” ameritaban una estancia en el establecimiento para su curación.³⁰ Como puede apreciarse, los psiquiatras simplemente pretendían asegurarse de que trataban con locos. Así las cosas, la razón por la cual se internaban individuos sin tener la certeza de su padecimiento obedecía, precisamente, al incumplimiento del reglamento en el requisito relativo a la entrega del certificado acreditativo de la locura, el elemento que le habría permitido a la psiquiatría ejercer un verdadero control sobre el proceso de admisión de los pacientes, lo que no pudo lograrse plenamente.

Pero no solamente ingresaban “pacientes” bajo la sospecha de no tener dañadas sus facultades. En algunos casos se admitían personas “en calidad de mendigos”, recibidos a sabiendas de no presentar trastornos mentales, siendo internados “por implorar la caridad pública”. En 1931 el director, doctor Samuel Ramírez Moreno, constataba la dificultad de conservar por más tiempo a “los limosneros” y pedía a la Beneficencia Pública del Distrito Federal tomar cartas en el asunto, una muestra de la vigencia de las funciones custodiales de la institución, además de las terapéuticas.³¹ Desde nuestro punto de vista, este elemento es un indicador de las dificultades que hubo de afrontar la psiquiatría mexicana en su proceso de institucionalización, ya que los psiquiatras se vieron obligados a ad-

²⁹ Véase para un análisis particular sobre este aspecto, Sacristán, “Resistir”, 2000, pp. 199-214. Entre los hospitales de más reciente creación que atendían enfermos mentales en la república se encontraban el Hospital Civil de Guadalajara que desde 1860 contó con una sección para enfermos mentales, el Manicomio Estatal de Veracruz fundado en Orizaba en 1898 y el Hospital Neuropsiquiátrico Leandro León Ayala establecido en Mérida en 1906, véase Álvarez, *Historia*, 1960, vol. 3, pp. 699-702.

³⁰ AHSS, FBP, SEH, seMG, leg. 3, exp. 25, art. 11.

³¹ AHSS, FMG, seA, leg. 2, exp. 6.

mitir internos que no estaban locos y, como a continuación veremos, a conservar bajo la categoría de “asilados” a quienes ya se hubieran rehabilitado en detrimento de las condiciones de vida y de la recuperación de los recluidos que sí necesitaban de tratamiento.

Así como el relajamiento de las normas para la admisión fue uno de los factores que contribuyó a la sobrepoblación del manicomio y muy posiblemente a reducir la eficacia terapéutica del mismo, la dificultad para externar a los ya rehabilitados fue otra de las causas importantes por las cuales el número de enfermos no disminuía. Desde la década de los treinta se pudo constatar una queja permanente de parte de los directores de La Castañeda: muchas familias se negaban a llevarse a sus pacientes restablecidos aduciendo infinidad de motivos, desde dificultades económicas para el traslado (en los casos de pacientes provenientes de los estados), hasta el simple rechazo a hacerse cargo de un familiar enfermo del que ya se creían librados. En otros casos, el hospital no había podido contactar a la familia para avisarle del alta, ya fuera porque ésta hubiera cambiado su residencia sin notificarlo, o bien porque nunca hubiese existido vínculo alguno. Los indigentes recogidos en las calles por la policía —enajenados o no— habían llegado sin ningún antecedente biográfico ni social, de ahí la imposibilidad de abrirles las puertas a la libertad ante la amenaza de una recaída que hiciera peligrar nuevamente la seguridad pública. La experiencia había demostrado que pacientes dados de alta sin ningún tipo de apoyo familiar eran “en breve

tiempo reingresados por las autoridades judiciales”.³²

Debido a las dimensiones del problema, los subsecuentes directores y los médicos residentes no tardaron en ofrecer distintas alternativas a las autoridades de la Beneficencia Pública en el Distrito Federal, con el fin de lograr disminuir el número de enfermos, pues de lo contrario el carácter terapéutico de la institución se vería en entredicho.

A LA BÚSQUEDA DE UNA SOLUCIÓN

En conjunto o de manera individual, los psiquiatras enfocaron sus energías hacia cuatro objetivos: disminuir el número de ingresos y aumentar el de altas, establecer un marco legal a sus acciones, combatir la idea de que el manicomio era el único instrumento terapéutico al alcance de la psiquiatría y mejorar las condiciones materiales de La Castañeda.

En relación con el primer objetivo, disminuir la población del manicomio, los psiquiatras terminaron declarándose impotentes frente a las autoridades de la Beneficencia Pública que remitían “enfermos” sin el debido certificado médico, pero modificaron el procedimiento de admisión con el fin de contrarrestar en parte sus perniciosos efectos. A imitación de la legislación francesa, establecieron el llamado “certificado de 72 horas”, según el cual los médicos de los pabellones de observación esta-

³² *Ibid.*, leg. 10, exp. 15. Véase, para una descripción detallada de esta problemática, Sacristán, “Resistir”, 2000, pp. 206-207.

ban obligados a rendir un informe a las 72 horas del ingreso de un nuevo paciente donde se acreditara la necesidad de la internación, propuesta del director, doctor Manuel Guevara Oropeza, que fue aprobada por la Beneficencia Pública en 1932.³³ Independientemente del éxito de esta medida, que no podemos valorar en este momento,³⁴ lo cierto es que significó un esfuerzo de la psiquiatría por tener un mayor control médico de la institución.

Para disminuir el número de internos quedaba el recurso de dar el alta a la mayor cantidad posible. La petición de los médicos de externar a los pacientes ya curados, con o sin familia, tenía la batalla perdida de antemano ya que el propio reglamento establecía que la institución conservaba “el doble carácter de hospital y asilo”, de ahí que las personas admitidas podían encontrarse “en calidad de enfermos o de asilados”. El manicomio, además de perseguir fines terapéuticos, debía conservar entre sus filas a los internos dados de alta “abandonados” por sus familias o con “peligro evidente de recaer”, pudiendo permanecer en la institución “en calidad de asilados a la manera de los incurables”.³⁵ Una muestra de que este artículo del reglamento se cumplía religiosamente es que en la estadística de octubre de 1937, del total de reclui-

dos, que ascendía a 2 890, 2 273 eran pacientes y 517 asilados, de manera que casi la quinta parte de la población atendida correspondía a enfermos —si es que alguna vez lo fueron— aparentemente restablecidos, pero que no contaban con medios para subsistir fuera del hospital o que podían poner en peligro la seguridad pública si no eran convenientemente vigilados.³⁶

Los psiquiatras, conscientes de que la existencia de internos bajo la condición de “asilados” alimentaba continuamente el problema del sobrecupo debieron promover en 1932 una reforma al reglamento para eliminar la figura del “asilado”. El artículo reformado señalaba con toda claridad que “las personas que padezcan de cualquier forma de enajenación mental serán admitidas en el Manicomio *únicamente en calidad de enfermos*”.³⁷

Sin embargo, estos esfuerzos por dotar de un mayor contenido terapéutico a la institución chocaron con una mentalidad de antiguo régimen que seguía viendo en las instituciones públicas de beneficencia un refugio para los desposeídos, posiblemente a falta de otras alternativas.³⁸ Tal vez por esta razón en 1943 el jefe del departamento médico de la Secretaría de la Asis-

³⁶ AHSS, FMG, SeA, leg. 24, exp. 7.

³⁷ *Ibid.*, leg. 4, exp. 14. Las cursivas son mías. Para junio de 1932 ya aparece esta modificación en el reglamento, la cual debió ser aprobada por la Beneficencia Pública del Distrito Federal, ignoramos si a instancias de los psiquiatras o de esta dependencia.

³⁸ Uno de los temas más abandonados por la historiografía mexicana de los siglos XIX y XX es el de la beneficencia pública, de ahí que a menudo entremos en el campo de la conjetura.

³³ AHSS, FMG, SeA, leg. 4, exp. 10.

³⁴ Sería preciso estudiar los casos posteriores al establecimiento de esta medida y compararlos con los precedentes. Sabemos que en La Castañeda se recibieron casi 60 000 pacientes entre 1910 y 1967.

³⁵ AHSS, FBP, SEH, MG, leg. 3, exp. 25, arts. 2, 10, 38, 42, 43.



Dr. Alfonso Millán, director del Manicomio General especialmente interesado en promover una Ley Federal sobre enfermos mentales.

Héctor Pérez Rincón, *Breve historia de la psiquiatría en México*, Publicaciones del Instituto Mexicano de Psiquiatría, México, 1995, p. 78.

tencia Pública reprendió al director del manicomio por externar a pacientes incapaces de ganarse la vida por sí mismos, al tiempo que le recordaba “las funciones de asilo para enfermos mentales” de La Castañeda. El manicomio no debía darlos de alta si carecían de familiares que estuviesen dispuestos a hacerse cargo de ellos económicamente, pese a su mejoría.³⁹ Ignoramos qué curso siguió aquella reforma de 1932 con la supresión de la figura del “asilado”, pues a juzgar por las palabras del funcionario, era letra muerta.

Pese a este cúmulo de obstáculos, los psiquiatras no dejaron de insistir en la importancia de “mantener al Manicomio General como un hospital psiquiátrico”, es decir, dar atención terapéutica precisamente a locos, y en especial, a los susceptibles de curación, porque entre quienes nutrían los números se encontraba un “elevado porcentaje de crónicos e incurables” que, según la opinión de uno de sus directores, se había constituido en “uno de los obstáculos más graves con que ha tropezado la institución”.⁴⁰ Con el fin de “dar salida” a los “crónicos”, problema endémico de la psiquiatría en esos momentos en muchos países,⁴¹ en 1941 el doctor Guevara Oropeza propuso el establecimiento de un modelo terapéutico alternativo denominado granjas para enfermos mentales donde ingresarían los pacientes considerados incurables que no necesitaran mayores cuidados, pero que pudieran desempeñar algunos trabajos en campos de cul-

tivo o en talleres de labores manuales, hecho que aliviaría en algo el elevado número de internos de La Castañeda; tendrían capacidad para 400 enfermos y deberían construirse, unas, cerca de la ciudad de México para recibir a los pacientes del manicomio, y otras en los estados de la república con mayor demanda a fin de empezar a descentralizar la atención psiquiátrica. Para ejemplificar, digamos que en 1943 39% de hombres internos y 26% de mujeres tenían su residencia fuera del Distrito Federal.⁴² Como ya dijimos, la primera granja se inauguró en San Pedro del Monte, en el estado de Guanajuato en 1944.⁴³

⁴² AHSS, FBP, SEH, SEMG, leg. 43, exp. 4. Es probable que muchos de los internos con residencia en el Distrito Federal hayan nacido en los estados, pero este dato lo desconocemos para estos años. Sabemos que de los pacientes que ingresaron en 1910, 69% de hombres y 50% de mujeres habían nacido fuera de la ciudad de México, aunque la capital de la república era su lugar de residencia para 78% de los hombres y 86% de las mujeres, véase Mancilla, *Locura*, 1997, pp. 139-142. Este es un dato importante porque la dificultad para localizar a los familiares al momento de las altas y su traslado para recoger a algún pariente incidió en el elevado número de enfermos restablecidos y no recogidos.

⁴³ Ya desde 1896 una de las comisiones encargadas de analizar la conveniencia de establecer un manicomio en la ciudad de México, había planteado la posibilidad de alternativas terapéuticas que no implicaran el aislamiento de los pacientes como las “colonias para locos”, donde los enajenados trabajarían empleándose como jornaleros agrícolas, propuesta similar a la del doctor Guevara Oropeza. Sin embargo, en su momento determinaron la imposibilidad de llevar a cabo esta empresa por la idiosincrasia del mexicano

³⁹ *Ibid.*, leg. 9, exp. 2.

⁴⁰ Patiño, “Cincuenta”, mecanoscrito, p. 4.

⁴¹ Lanteri-Laura, “Chronicité”, 1972.

Con anterioridad a estos hechos, los cuatro médicos residentes del manicomio en el año de 1933 le hicieron llegar al director una iniciativa para solucionar el problema de los pacientes dados de alta carentes de familiares. Tras admitir que los enfermos se encontraban “repentinamente frente a la lucha por la vida” en condiciones desventajosas frente al resto de la población por la posibilidad de “recaer en sus padecimientos”, propusieron, como ya se estaba haciendo en otros países, la creación de un “Patronato de ex asilados” al cual pudieran dirigirse los pacientes en busca de trabajo con el fin de sostenerse económicamente. Por otro lado, la existencia del patronato permitiría dar un seguimiento a estos enfermos por medio de visitadoras sociales quienes se ocuparían de que continuaran con el tratamiento en consulta externa pues una de las causas del sobrecupo del manicomio se encontraba en los reingresos.⁴⁴

No sabemos si esta propuesta, transmitida por el director del manicomio a la Beneficencia Pública, se puso en práctica en algún momento, pero un mes después de sugerida las propias autoridades de la Beneficencia se vieron ante el problema de cuatro enfermas que habiendo sido dadas de alta desde hacía un año continuaban internas por no haber localizado a su familia. Con el fin de poder autorizar

—que sería prolijo describir aquí—, así como por su firme creencia en que “el aislamiento se juzga como el primero y el más importante de todos los medios de tratamiento para los enajenados”, véase “Exposición”, 1898, pp. 890-891.

⁴⁴ AHSS, FMG, seA, leg. 12, exp. 5.

su salida, el jefe del Departamento Médico le encomendó al inspector de policía su vigilancia, “*tomando las medidas que fueren necesarias para evitar trastornos en la seguridad pública* cuando estos enfermos se pongan de nuevo en conflicto con la sociedad”, es decir, recluirlas nuevamente.⁴⁵

En relación con los pacientes cuyas familias se negaban a recibirlos, el manicomio adoptó el compromiso de que si en un lapso de 30 días reincidían en la enfermedad serían admitidos sin más trámite. Uno de los temores de los parientes era precisamente las recaídas, por la dificultad para poder manejar al paciente en una crisis, medida que al parecer fue aceptada de buen grado por las familias.⁴⁶

Uno de los objetivos perseguidos con más ahínco durante estos años por los directores y médicos residentes de La Castañeda fue la aprobación de una ley federal sobre enfermos mentales que diera mayor fuerza a las disposiciones ya existentes vertidas en reglamentos y llenara los vacíos legales a los que se enfrentaban cada día, como ellos decían, “según nuestro leal saber y entender”.⁴⁷ En sustancia, pretendían que todas sus acciones dentro y fuera del manicomio estuvieran sujetas a un marco legal, petición bastante razonable que no se vio satisfecha.

⁴⁵ *Ibid.*, leg. 11, exp. 27. Las cursivas son mías.

⁴⁶ *Ibid.*, leg. 22, exp. 4.

⁴⁷ La expresión es del doctor Leopoldo Salazar Viniestra, director de La Castañeda en 1946, *ibid.*, leg. 21, exp. 8. A los médicos les preocupaban varios de los aspectos de orden legal que involucraban a los enfermos mentales, como el procedimiento de admisión y de egreso de los hospitales, la expedición de los peritajes psiquiátri-

El doctor Alfonso Millán, siendo médico residente, participó en 1932 en el X Congreso Médico Nacional con una ponencia titulada “Anteproyecto de ley para internamiento de alienados”, que pretendía someterla a la consideración del Congreso para su aprobación. Dos fueron los motivos que lo inclinaron a redactar esta iniciativa de ley: “poner a salvo a la sociedad de internamientos irregulares”, y evitar que los enfermos salieran del manicomio bajo la responsabilidad de sus familiares “siendo aún peligrosos”. En el estado actual —se quejaba el doctor Millán— “cualquier enfermo mental puede abandonar el manicomio cuando sus parientes lo reclaman dizque bajo su responsabilidad, y ninguna autoridad puede oponerse, de por ley, a esa salida”, un ejemplo más de la minusvalía de la psiquiatría frente a las familias de los internos por la falta de legislación.⁴⁸

El propio doctor Millán, como director de La Castañeda, urgió en 1937

cos solicitados por los tribunales de justicia, y la necesidad de tomar medidas preventivas para proteger a la sociedad de la peligrosidad de los locos, pero nosotros sólo mencionaremos aquí aquellos que pudieron incidir sobre la calidad de la atención terapéutica; véase para los anteriores Sacristán, “¿Quién?”, 1998, pp. 214-220.

⁴⁸ El reporte de su actuación en el congreso puede verse en AHSS, FMG, seA, leg. 43, exp. 16 y leg. 5, exp. 9. Desde el punto de vista jurídico la psiquiatría mexicana era muy débil. Mientras que el reglamento de La Castañeda permitía la salida de un enfermo únicamente con el consentimiento de un familiar, la ley francesa de 1838 le permitía al médico pedir al prefecto que transformara un internamiento voluntario en uno involuntario con el fin de impedir la salida de un

a solucionar el problema de los “delincuentes enfermos mentales” ya que “las autoridades judiciales” habían convertido el manicomio

prácticamente en una dependencia del poder judicial, pues el número de delincuentes enfermos mentales o en observación porque se necesiten dictámenes medicolegales en sus respectivos procesos, va creciendo año con año.⁴⁹

Diez años después, otro director del manicomio, el doctor Guevara Oropeza, se lamentaba de lo mismo, porque si bien el código penal normaba el problema de la inimputabilidad (locos delincuentes) y el civil el de la interdicción (locos incapacitados), en cuanto al internamiento no hay “ningún concepto legal”,

ni se sabe en qué condiciones debe estar un enfermo para que amerite el secuestro del manicomio, pues queda casi al arbitrio y buena fe de quien lo lleva al establecimiento y sólo administrativamente es costumbre exigir tanto en el manicomio como en los sanatorios privados un certificado firmado por dos médicos que

paciente sin su consentimiento (art. 14); véase Castel, *Orden*, 1980, p. 258. En Perú, un país con una herencia colonial similar a la de México en materia de beneficencia pública, los psiquiatras del Manicomio del Cercado, inaugurado en 1859, podían negar un alta a petición de la familia si consideraban que la seguridad del paciente peligraba fuera del manicomio, véase Ruiz, *Psiquiatras*, 1994, p. 65.

⁴⁹ AHSS, FMG, seA, leg. 24, exp. 7. En Río de Janeiro se fundó en 1921 un manicomio judicial con el fin de separar a los locos criminales de los restantes, véase Maciel, *Loucura*, 1999.



Dr. Manuel Guevara Oropeza, director del Manicomio General e impulsor de las granjas para enfermos mentales. Archivo Histórico de la Academia Nacional de Medicina en México.

acrediten la necesidad de internamiento en vista de un padecimiento mental.⁵⁰

Es más que probable que de haber existido un marco jurídico que precisara cada una de las circunstancias en las que podía verse involucrado un enfermo mental, la psiquiatría mexicana habría tenido mayor fuerza para defender la necesidad del certificado médico para el ingreso, impedir los abusos y secuestros que los propios médicos dieron a conocer y “mantener al Manicomio General como hospital psiquiátrico”.⁵¹

Todas las iniciativas mencionadas hasta ahora reforzaban a la institución manicomial como instrumento terapéutico siempre y cuando el número de pacientes se mantuviera en cifras manejables. Sin embargo, a fines de la década de los treinta, pero sobre todo durante los cuarenta, fueron concretándose una serie de propuestas que en sustancia cuestionaban el valor terapéutico del encierro tanto porque la psiquiatría contaba con nuevos elementos de diagnóstico y tratamiento, como porque los médicos advirtieron las consecuencias derivadas de una larga reclusión en cuanto a la pérdida de las habilidades de los pacientes para incorporarse al mercado laboral y a la dificultad para ser aceptado nuevamente en el seno familiar. Es probable que los médicos hiciesen la siguiente reflexión: aun cuando el encierro fuera

terapéutico —como se creía en 1896 cuando se podía escuchar “que el aislamiento se juzga como el primero y el más importante de todos los medios de tratamiento para los enajenados”—,⁵² el paciente ya restablecido no era autosuficiente debido al deterioro sufrido durante su aislamiento, además de cargar con el rechazo de su propia familia o, en el mejor de los casos, iniciar un duro proceso de adaptación a sus nuevas circunstancias.

En este sentido, los intentos por reducir el número de internos comenzaron a tomar otra dirección. En 1937 el director, doctor Alfonso Millán, proponía ampliar el número de locos atendidos en consulta externa mediante la fundación de diferentes centros especializados en distintas áreas como la neuropsiquiatría, la higiene mental o la psiquiatría para adolescentes, denominados “dispensarios psiquiátricos”. Su plan contemplaba también establecer un nuevo modelo hospitalario, el de “Hospital Abierto”, donde los pacientes recibirían terapia, pero no ocuparían camas, pensando en enfermedades que, a su juicio, no necesitaban internamiento como la sífilis, la parálisis general, la epilepsia o el alcoholismo, lo cual ayudaría, por otro lado, a disminuir el número de internos y a economizar en su tratamiento.⁵³

Además de intentar reducir la cantidad de pacientes, promover la promulgación de una ley federal sobre enfermos mentales y buscar alternativas terapéuticas al manicomio, los psiquiatras pidieron a las autoridades la am-

⁵⁰ AHSS, FMG, seA, leg. 43, exp. 4. La primera ley federal que reguló en México el internamiento en “establecimientos psiquiátricos” data de noviembre de 1995, véase “Norma”, 1995.

⁵¹ Véase n. 40.

⁵² “Exposición”, 1898, pp. 890-891.

⁵³ AHSS, FBP, SEH, SeMG, leg. 24, exp. 7.

pliación de La Castañeda construyendo nuevos pabellones. No deja de resultar paradójico que ésta haya sido la demanda mejor atendida, pues siempre se propuso como último recurso, simple paliativo a un problema de enormes dimensiones, ya que transcurriendo el tiempo, el manicomio corría el peligro de saturarse de nuevo.⁵⁴

En efecto, entre las mejoras materiales que experimentó La Castañeda durante la década de los treinta encontramos una profunda remodelación y ampliación cuya necesidad ya se había hecho notar desde 1920, cuando el director informó, por poner un ejemplo, de la casi total destrucción de las dueñas en muchos de los pabellones, lo que ocasionaba que los enfermos tropezasen y se lesionaran al caer.⁵⁵ Así las cosas, entre 1935 y 1940 se reinauguraron seis pabellones con los mismos nombres de antaño que reflejaban el espíritu clasificatorio de entonces (observación; agitados; oligofrénicos; tranquilos; epilépticas, y agitadas), cuyos pisos fueron contruidos de mosaico, eliminando con ello la “alarmante abundancia de ratas” que cohabitaban con los enfermos debajo de las viejas dueñas de madera; se cambió la instalación eléctrica, se ampliaron los ventanales para mayor ventilación, se mejoró el sistema de drenaje que “funcionaba defectuosamente”, se rehabilitaron los comedores y se construyó una nueva cocina destinada a la alimentación de ¡5 000! personas. Con miras a la atención terapéutica se construyeron baños

de temperatura constante, departamentos de aislamiento con el fin de desterrar “el uso de la camisa de fuerza”, un “anfiteatro de autopsias”, un laboratorio de análisis clínicos, medicina experimental y anatomía patológica, se restablecieron los talleres de manufacturas, el campo de hortaliza y el salón de cine que formaban parte de la terapia ocupacional y recreativa, y se contrató personal nuevo: cuatro psiquiatras residentes que se añadieron a los siete psiquiatras externos, quince enfermeros titulados, y 220 plazas para auxiliares de enfermería y servidumbre. En estos años se introdujo también la consulta externa y se construyeron dos pabellones, cuya denominación es indicativa de un cierto principio de especialización dentro del amplio campo de la psiquiatría general: el de psiquiatría infantil y el de toxicómanos (que luego se independizaría con muchas dificultades como Hospital Federal de Toxicómanos dentro de los terrenos del manicomio). Los trabajadores también fueron objeto de atención ya que se estableció un “salón de cuna” y un jardín de niños.⁵⁶ Estas mejoras le llevaron a afirmar a su director, el doctor Alfonso Millán, que “no es exagerado decir que el establecimiento es de los primeros del mundo”,⁵⁷ casi las mismas palabras con que se celebró su inauguración en 1910.

Pese a que durante la década de los treinta el manicomio fue objeto de estas reformas materiales que mejoraron

⁵⁴ *Ibid.*, leg. 17, exp. 3; FMG, SEA, leg. 4, exp. 14, 1932.

⁵⁵ AHSS, FBP, SEH, SeMG, leg. 10, exp. 24.

⁵⁶ Secretaría de la Asistencia Pública, *Asistencia*, 1940, pp. 62, 243-263, AHSS, FMG, SEA, leg. 3, exp. 8.

⁵⁷ AHSS, FMG, SEA, leg. 3, exp. 8.

sus espacios, así como de una “reorganización técnica” en cuanto a horarios y responsabilidades con el fin de “sacar más provecho” al servicio prestado por los médicos,⁵⁸ el problema de la sobrepoblación subsistía debido a que su causa no había podido atacarse. Recuérdese la evaluación que hiciera en 1943 el doctor Manuel Guevara Oropeza cuando sostuvo que la “tragedia” vivida por el manicomio se materializaba en las condiciones bajo las cuales se hallaban los 3 400 internos: “tan graves como pudieron haberlo sido antes de 1910”.⁵⁹

Esta vuelta al pasado, al año cero de la psiquiatría mexicana ¿podía haberse evitado? ¿Más de treinta años de revolución nos regresaban a los tiempos de don Porfirio? ¿El Estado mexicano emanado de la Constitución de 1917, un Estado social de derecho, había dejado a los enfermos mentales a su suerte?

Situar nuestro balance de La Castañeda como institución terapéutica en el marco de los objetivos sociales del Estado mexicano contribuirá a responder a estas preguntas.

EL ESTADO Y LA PSIQUIATRÍA

Durante un buen tiempo los estudios sobre la revolución mexicana se referían a ella como una “revolución social” caracterizada por un

alzamiento masivo, violentísimo e intensamente nacionalista, en el cual el “pueblo” destruyó el antiguo régimen, los

⁵⁸ *Ibid.*

⁵⁹ *Ibid.*, leg. 43, exp. 4.

campesinos reivindicaron sus tierras, los trabajadores organizaron sindicatos y el gobierno revolucionario empezó a explotar la riqueza del país para el bienestar nacional.

Si bien la revolución había detonado debido a un problema político —la sucesión de Porfirio Díaz— pronto derivó en una lucha de clases por amplias reformas económicas y sociales como las descritas.⁶⁰ Pese a la aparente consistencia de esta interpretación, el propio desarrollo de México posterior a 1940 hizo tambalear la creencia en los supuestos beneficios que el Estado nacido de la revolución había traído a los sectores más desprotegidos al constatar las desalentadoras condiciones de vida de los trabajadores.⁶¹ Ante esa evidencia, los historiadores replantearon su interpretación de la revolución mexicana:

más que entre las clases bajas y altas, la lucha que empezó en 1910 fue entre elementos frustrados de las clases alta y media y elementos favorecidos de las mismas clases. En esta lucha intervinieron masas populares, pero de forma intermitente, con diferencias regionales, y las más de las veces dirigidas por la clase media, menos en causas económicas y sociales que en una guerra civil burguesa. [...] Lo que sucedió realmente fue una lucha por el poder, en la cual las diferentes facciones revolucionarias no contendían únicamente contra el antiguo régimen y los intereses extranjeros, sino también, a me-

⁶⁰ Womack, “Revolución”, 1992, pp. 78-79.

⁶¹ Hamilton, *México*, 1983, p. 17; Womack, “Revolución”, 1992, p. 79.

nudo más aún, las unas contra las otras [...].⁶²

Pese a que esta interpretación privilegia la determinación política sobre la social —la lucha tuvo su origen en un problema de Estado: la gestión del poder político—, es bien sabido que la Constitución de 1917, además de recoger parte de la herencia liberal decimonónica, hizo suyos los llamados derechos sociales, merced a un grupo de diputados que exigieron se incluyesen en la Constitución reformas de orden social y económico, que no contaron con el favor del presidente Carranza.⁶³

En este sentido, la revolución “representó un esfuerzo por conseguir el reconocimiento de los contrastes y la diversidad de la sociedad mexicana”.⁶⁴ Como ha sostenido una historiadora del derecho,

el resultado se plasmó en un texto que reconoce la desigualdad sin nombrarla y otorga al Estado la capacidad para actuar en el seno de esa sociedad desigual en beneficio de la mayor parte de los habitantes.⁶⁵

Mientras que para el orden político liberal, doctrinalmente había una oposición entre Estado y sociedad, pues se trataba de dos sistemas con un alto grado de autonomía, el llamado Estado social de derecho consideraba que “la sociedad dejada total o parcialmente a sus mecanismos autorreguladores”

⁶² Womack, “Revolución”, 1992, pp. 79-80.

⁶³ *Ibid.*, pp. 123-124; Hale, “Ideas”, 1991, pp. 51-52.

⁶⁴ González, “Tradición”, 1993, pp. 86-87.

⁶⁵ *Ibid.*

conducía a un desarrollo económico y social injusto, de ahí la necesidad de la acción del Estado.⁶⁶ Las garantías sociales pretendían proteger al hombre en tanto integrante de un grupo social, pero en particular a los grupos que en el proceso de industrialización habían sido objeto de explotación y se encontraban entre los estratos más desamparados de la sociedad.⁶⁷ Los artículos 3, 27 y 123 de la Constitución de 1917 ejemplificaban muy bien este constitucionalismo social que concedía al Estado un creciente papel interventor para lograr un equilibrio entre los distintos intereses sociales.⁶⁸

Sin embargo, sabemos que las políticas sociales de 1917 se concretaron muy lentamente y a veces con vacilación, de ahí que la incorporación de reformas “que otorgaban al Estado mayores poderes en materia de ordenación de la sociedad” no podrá ser calibrada en toda su magnitud mientras no se estudien los casos particulares hacia los que el Estado dirigió sus esfuerzos.⁶⁹

Desde el punto de vista doctrinal, el gobierno que elaboró un pensamien-

⁶⁶ García-Pelayo, *Transformaciones*, 1988, pp. 18-23.

⁶⁷ Fix-Zamudio, “Estado”, 1984, pp. 337-340; Sayeg, *Constitucionalismo*, 1987, pp. 319-322.

⁶⁸ Sayeg, *Constitucionalismo*, 1987, pp. 326-334, 377-380.

⁶⁹ Knight, *Revolución*, 1996, vol. II, pp. 1025 y 1066. Véase también la opinión de Wilkie, *Revolución*, 1987, p. 189, respecto a la lentitud en inversiones en gasto social debido a que “los gastos en lo social ocasionan un cambio social indirecto que desafía la estructura misma de la sociedad, sea ésta tradicional o revolucionaria. Los resultados no pueden medirse con facilidad y pueden ser motivo de controversia”.

to más acabado de acuerdo con las premisas del constitucionalismo social en materia de asistencia pública, fue el del presidente Lázaro Cárdenas. Aquí sólo nos referiremos a los fundamentos ideológicos que guiaron la creación de la Secretaría de la Asistencia Pública a principios de 1938, ya que revelan la nueva concepción sobre los fines de la intervención del Estado en este campo.

En un mensaje dirigido a la nación el primero de diciembre de 1937, el presidente Cárdenas explicó la labor del Estado en materia de beneficencia: "evitar las causas de debilidad social que presentan algunos individuos, pugnando por reincorporarlos al proceso de producción, creándose con tal fin un organismo de terapia social". En la exposición de motivos de la ley constitutiva de la Secretaría, la asistencia pública quedaba comprendida entre las obligaciones del Estado:

la cual comprende no sólo la satisfacción "de las necesidades de subsistencia o de tratamiento médico" de los individuos "socialmente débiles", sino también el esfuerzo "por hacer de ellos factores útiles a la colectividad en bien de los intereses generales del país".⁷⁰

Según sus hacedores, sólo hasta ese momento llegó "el fundamento y la acción de la asistencia social ejercida por la secretaría, a estar completamente de acuerdo con la realidad de las cosas y con la revolución mexicana", porque quienes hasta entonces habían recibido apelativos como menesterosos, va-

⁷⁰ Secretaría de la Asistencia Pública, *Asistencia*, 1940, p. 16.

gabundos, mendigos o miserables serían calificados, bajo el nuevo punto de vista asistencialista, como "débiles sociales". El origen de su precaria condición obedecía a la falta de un trabajo que les permitiera cubrir dignamente sus necesidades y las de su familia; de ahí que el primer paso para erradicar a esta población se encontrara no tanto en medidas directamente dirigidas a ella, como en las destinadas a eliminar "las causas de las debilidades sociales que existen en el país, con la mira de corregirlas, disminuirlas o prevenirlas según los casos". El objetivo final de todas estas medidas, además de incidir sobre las condiciones de vida de dichos individuos, era "robustecer con ellos la economía nacional": más productores y más consumidores contribuirían a la mejora de "la vida material y espiritual de las mayorías nacionales". De otro modo nunca se haría justicia a las clases más desfavorecidas, que seguirían padeciendo las consecuencias de una sociedad no igualitaria:

Este nuevo concepto de la asistencia viene a encarnar también uno de los anhelos de la revolución; el que finca la igualdad democrática en una ayuda inteligente e intensa a quienes ocupan una posición social inferior, a fin de que una vez corregidas o disminuidas las causas de esa inferioridad, puedan, por su propio esfuerzo, elevar convenientemente su nivel de vida.⁷¹

Los autores de este ideario hacían hincapié en que el interés primordial

⁷¹ *Ibid.*, p. 17.

de la asistencia pública estaba dirigido hacia quienes carecían de una actividad económica estable, ya que tanto los campesinos como los trabajadores habían visto mejorada su condición mediante la "acción agraria" y los "derechos laborales", mientras una porción considerable permanecía aún "fuera del movimiento de la revolución mexicana": aquellos "individuos que no producen, o producen muy poco, y consumen insuficientemente". La meta consistía en mejorar la condición económica de estos mexicanos por medio del trabajo para que fueran "integrados, reintegrados o mantenidos como elementos activos de la producción y del consumo de bienes".⁷²

Así las cosas, los "débiles sociales" eran aquellos individuos que no podían atender "por-sí mismos, por sus allegados, [o] por la intervención de otras dependencias del gobierno sus necesidades básicas; biologicoeconómicas, eticosociales y educacionales", de manera tal que no siendo "elementos activos" ni del consumo ni de la producción "constituyen una carga para la sociedad y para el Estado".⁷³ Entre los muchos sectores de la población calificados como "débiles sociales" se hallaban los enfermos mentales por "padecer enfermedades agudas o crónicas" que les impedían de forma temporal o definitiva el ejercicio de una ocupación remunerada.⁷⁴

Esta "filosofía" tuvo una expresión durante el gobierno del presidente Cárdenas en relación con los montos desti-

nados al gasto social, que los comparamos con lo invertido en este mismo rubro por los gobiernos que le precedieron. Al momento del estallido de la revolución el ramo de "gastos sociales" ejercidos, que comprendía el renglón de salud pública, bienestar y asistencia, entre otros, llegaba a 9% del total de los gastos federales, porcentaje que se mantuvo hasta que Carranza llegó al poder, momento en que se desplomó a 2% mientras los gastos administrativos ascendieron vertiginosamente a 81.7%. Durante la década de 1920 y los primeros años de 1930 este porcentaje osciló entre 6 y 15% de los gastos ejercidos, alcanzando la mayor alza durante el gobierno de Cárdenas, ya que de 1934 a 1940 los gastos sociales programados pasaron de 20 a 26%, sujetos a cierta reducción en el gasto realmente ejercido. El primer impulso a la actividad económica que tiene un impacto sobre las condiciones sociales, también tuvo lugar durante la administración de Cárdenas, cuyo promedio de gastos ejercido superó al proyectado, llegando a alcanzar en años como 1936 y 1937 más de 40% del presupuesto total. Esta transformación se consiguió en buena medida porque los gastos administrativos fueron en promedio menores a 50% del presupuesto, hecho inédito en la historia del México republicano. El sucesor de Cárdenas, Ávila Camacho, mantuvo en materia de gasto social proyecciones similares a las de aquél, pues oscilaron entre 22 y 26% durante su mandato.⁷⁵

⁷² *Ibid.*, pp. 19-21.

⁷³ *Ibid.*, p. 21.

⁷⁴ *Ibid.*, p. 25.

⁷⁵ Wilkie, *Revolución*, 1987, pp. 81-111, 189-190.

En relación con los gastos que el gobierno de Cárdenas destinó específicamente a La Castañeda, vale la pena destacar que al principio de su sexenio el manicomio constituyó una prioridad en relación con el resto de las obras realizadas en otras instituciones de salud. Por ejemplo, del total erogado en el año de 1935 que fue de 599 200 pesos, al Manicomio General le correspondió 44.8% (268 898 pesos), monto muy superior al invertido en el resto de las obras materiales realizadas en otros establecimientos. Durante el año de 1936 el gasto disminuyó a 19 894 pesos, que aumentó a 125 909 pesos en 1937 ocupando el tercer lugar en inversión entre los establecimientos reacondicionados ese año. Durante los años de 1938, 1939 y 1940 continuaron las obras iniciadas en los años anteriores con un monto de inversión menor.⁷⁶

Como se recordará, estos montos se destinaron a remodelar físicamente el manicomio ampliando o rehabilitando los deteriorados pabellones, así como a la introducción de mecanismos más sofisticados de diagnóstico y tratamiento de los enfermos, pero sin atacar directamente las causas del elevado número de ingresos al establecimiento, tal y como pedían los médicos.

Aunque no hemos entrado aquí a discutir los medios a disposición de la psiquiatría para enfrentar la locura, parece improbable que bajo las condiciones de sobrepoblación de La Castañeda éstos hubieran tenido éxito con los enfermos, para poder, como rezaba el idea-

rio cardenista, “integrarlos”, convertirlos en “elementos activos de la producción y del consumo de bienes”.⁷⁷

CONCLUSIONES

Cuando en 1910 se inauguró La Castañeda, el modelo que lo inspiró de un manicomio de grandes dimensiones, que daba cabida a todo tipo de enfermos, conservando tanto funciones terapéuticas como custodiales, ya había sido duramente cuestionado en varios países desde fines del siglo XIX por su limitada eficacia.⁷⁸

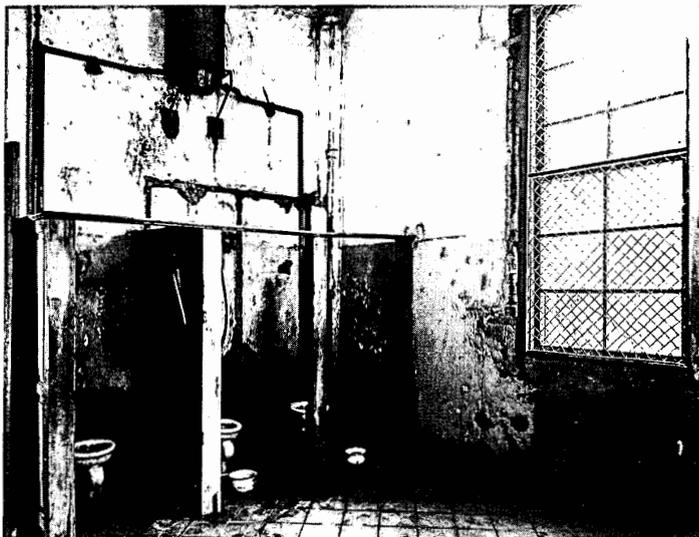
La última de las comisiones encargadas de proyectarlo conocía de estas críticas, pero prefirió reproducir un modelo que ya había dejado insatisfechos a los psiquiatras en otras latitudes, debido a dos razones: a la poca confianza depositada en el pueblo mexicano para contribuir a la terapéutica de la locura bajo las alternativas que en ese momento se ofrecían, y a la excesiva fe en las virtudes del aislamiento. Según testimonio de dicha comisión:

En Europa y en 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,

⁷⁶ Secretaría de la Asistencia Pública, *Asistencia*, 1940, pp. 239-263.

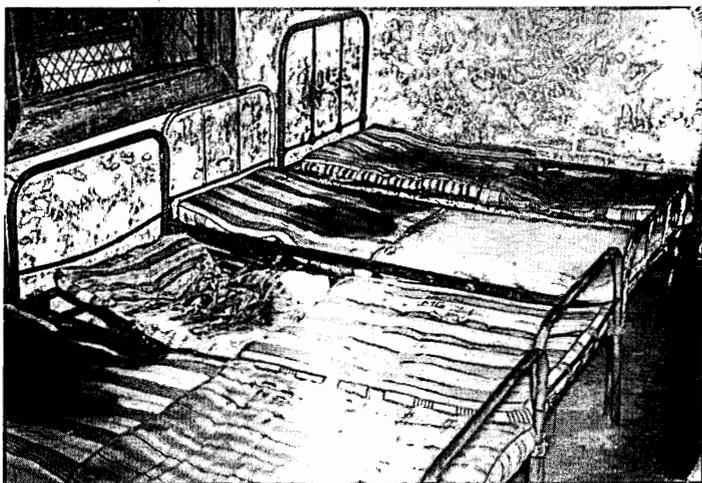
⁷⁷ *Ibid.*, pp. 19-21.

⁷⁸ Véase n. 1.



Baños del manicomio dejados en el olvido, 1940.

Fondo Culhuacan, inv. 460824, © CONACULTA-INAH-SINAFO-FOTOTECA NACIONAL.



Camas y colchones en lamentable estado en el manicomio de Mixcoac, 1945.

Fondo Casasola II, inv. 296547, © CONACULTA-INAH-SINAFO-FOTOTECA NACIONAL.

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 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 eso es preciso no perderlo de vista ni un momento, se tengan en el interior suficiente extensión de terreno, que haga desaparecer la idea del claustro, *expañcfe [sic]* 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.⁷⁹

⁷⁹ "Exposición", 1898, p. 890.

En aquel momento, cuando estas líneas se escribieron, y posteriormente, países que se vieron en la necesidad de sustituir el modelo del asilo manicomio, comenzaron a interesarse por distinguir entre las enfermedades que provocaban alteraciones mentales de la "alienación mental" propiamente, pues no tenía la misma connotación tratar con pacientes que "no deliran", como los epilépticos, que con enfermos mentales,⁸⁰ alcohólicos, toxicómanos, niños mentalmente anormales o locos criminales ameritaban también intervenciones diferentes, que no tenían cabida en el modelo masificador del manicomio. Para hacer frente al problema de los crónicos se pensó en las colonias agrícolas y familiares, menos costosas y con aspiraciones más limitadas.⁸¹

Por citar un caso concreto, digamos que España vivió una importante reforma en 1931 durante la segunda república para acometer un importante reto: el sobrecupo de las instituciones. Según testimonio de un médico de la época, "el crecimiento de los establecimientos había cuadruplicado el número de acogidos en lo que iba de siglo, y aún se podía estimar en el doble los que no estaban siendo ni tratados ni vigilados".⁸² El nuevo modelo asistencial propuesto, que se vio truncado por la guerra civil, pretendía disminuir el hacinamiento de los internos mediante mecanismos para reducir los

⁸⁰ Estas propuestas son del médico francés V. Magnan (1835-1916), véase Huertas, "Psiquiatría", 1995, p. 31.

⁸¹ Campos, "Psiquiatría", 1995, p. 61.

⁸² Testimonio recogido en Espino, "Reforma", 1987, p. 227.

ingresos y facilitar las altas; los enfermos declarados incurables y sin posibilidad de integración social serían destinados a colonias agrícolas, que se esperaba fueran autofinanciables con el trabajo de los propios internos; los asilos manicomios se transformarían en hospitales psiquiátricos para atender a los enfermos considerados curables y, siempre que fuera posible, en consulta externa. Finalmente, para socorrer a los enfermos pobres aún convalecientes y facilitar altas precoces, se crearían "patronatos" encargados de dar un seguimiento poscura a los pacientes rehabilitados a fin de facilitar su reinserción en la sociedad, conseguirles trabajo o vigilarlos en posibles recaídas.⁸³

Como se habrá notado, estas propuestas son muy similares a las que empezaron a poner en marcha los psiquiatras mexicanos desde la década de los treinta, probablemente inspirándose en éste o en otros intentos de reforma asistencial llevados a cabo en otros países.⁸⁴ Recuérdese la introducción de la consulta externa en el manicomio o la construcción de dos pabellones especializados (psiquiatría infantil y toxicómanos), que culminaron en 1944 con el establecimiento de la primera granja para enfermos mentales en el estado de Guanajuato. Aunque muchas otras peticiones de los médicos no llegaron a concretarse, estos intentos de reforma en La Castañeda fueron en realidad

los primeros pasos para su desmantelamiento, ya que cuestionaban las premisas básicas que le dieron sustento.

Así las cosas, la decisión de establecer en 1910 un asilo manicomio parecía condenada al fracaso desde sus cimientos. Hemos visto que La Castañeda reprodujo uno de los problemas más acuciantes de la psiquiatría decimonónica, motivo entre otros de su clausura: la sobrepoblación del establecimiento. Para concluir sobre las razones del mismo que, como se dijo al inicio, sigue siendo objeto de un intenso debate, es preciso analizar otro tipo de fuente a la aquí utilizada, como los libros de registro y los expedientes clínicos, que permitirían contabilizar el número de internos pero realizando un desglose de los mismos. Por ejemplo, estableciendo qué porcentaje de enfermos remitía la familia, y cuántos llegaban por orden de la autoridad, separando en este último caso, a los procedentes de otras instituciones de beneficencia y corrección como hospitales, hospicios y cárceles, de quienes eran ingresados por las fuerzas del orden como la policía. Sería necesario distinguir también el tipo de padecimiento que los aquejaba, pues sabemos que ciertas enfermedades, como la neurosífilis y las psicosis motivadas por el consumo de alcohol, tuvieron un notable incremento durante el siglo XIX.⁸⁵ Sin embargo, es posible afirmar que el tipo de relación construida entre la psiquiatría y el Estado mexicano contribuyó a este proceso: las dificultades de los psiquiatras para controlar el proceso de admisión y de altas, para man-

⁸³ *Ibid.*, pp. 225-229.

⁸⁴ Sería necesaria una investigación específica para conocer las fuentes de información de los psiquiatras mexicanos, tarea que en este momento no podemos realizar.

⁸⁵ Shorter, *History*, 1997, pp. 53-64.



Concurrencia de la sociedad capitalina con motivo de la inauguración del Pabellón de Psiquiatría Infantil, 1940.

Fondo Culhuacan, inv. 462033, © CONACULTA-INAH-SINAFO-FOTOTECA NACIONAL.

tener al manicomio únicamente como institución terapéutica, y los vacíos legales que enfrentaron, mermaron la calidad de la asistencia prestada a los pacientes simplemente porque la “presión de los números” desbordó las funciones terapéuticas de la institución.

Como ya vimos, el Estado mexicano destinó recursos materiales para paliar las pésimas condiciones de vida de los internos de La Castañeda y dotar a la psiquiatría de mejores herramientas para el diagnóstico y la curación de los enfermos. Sin embargo, el problema de la sobrepoblación del manicomio, que lo era también de su futuro como institución terapéutica, se dejó crecer

hasta límites inadmisibles para la psiquiatría, pero tolerables para los poderes públicos, que colocaron al manicomio como parte de la red asistencial del Estado donde cabían por igual limosneros, borrachos, indigentes y hasta locos.

Por su parte, los psiquiatras no dejaron de insistir en la razón de ser del manicomio. La terapéutica de las enfermedades mentales era al mismo tiempo la condición de su sobrevivencia como una nueva especialidad médica. Si los psiquiatras como “colectivo profesional” no curaban, la psiquiatría perdería legitimidad ante la propia sociedad y ante el resto de sus colegas

médicos, tal y como estaba ocurriendo en otros países. Si su “oferta” terapéutica no lograba establecer un tipo de vínculo exitoso con las instituciones y los grupos sociales objeto de su acción, su “mercancía” no despertaría mayor interés.⁸⁶

Y no era retórica. Entre 1932 y 1933, durante una primera reforma material del manicomio, un médico alcanzó a identificar las causas de la “desastrosa” situación de La Castañeda. Según él, la poca credibilidad de la psiquiatría ante la sociedad y la carencia de un estatuto científico sancionado por los poderes públicos se hallaban en el origen de sus males:

nos encontramos con la ignorancia de muchas gentes, comprendiendo a la mayoría de los médicos no especialistas en neuropsiquiatría. Esa ignorancia hacía y aún hace pensar que el médico psiquiatra es un *dilettanti* de la filosofía de la medicina o de los linderos entre la medicina y la literatura. Se ha pensado, por mucho tiempo, que el neuropsiquiatra es un clasificador de enfermos mentales, a los cuales pone la etiqueta correspondiente a su diagnóstico y que éste se elabora por procedimientos “psicológicos” cercanos a la técnica de la literatura general. Consecuentemente con ese erróneo criterio, la neuropsiquiatría no sería una ciencia biológica como lo son las diversas ramas de la medicina, sino una actividad “literaturizante” al alcance de médicos de imaginación más o menos romántica y exaltada, y la traducción, en el terreno social, de aquellas falsas ideas, tenía que

ser desastrosa para las funciones verdaderas del Manicomio General como institución de real y positiva acción social. En efecto, no concediendo a la neuropsiquiatría sus verdaderos caracteres de ciencia, no solamente se desconoce también el verdadero papel del neuropsiquiatra, sino que el manicomio mismo es tomado como un simple lugar de reclusión, a donde van todos los enfermos mentales a “sufrir”, tal es la expresión adecuada, las consecuencias de sus padecimientos.⁸⁷

Admitiendo la psiquiatría la hostilidad con la que era vista, los límites de sus reivindicaciones, y lo que el Estado estaba dispuesto a dar (mejoras materiales, construcción de nuevos pabellones, ampliación de la nómina de psiquiatras) probablemente lamentara que las fuerzas de la sociedad –familia, pacientes, los propios médicos– hayan dirimido los conflictos con muy poca intervención del Estado, cuya escasa capacidad para “ordenar” la sociedad hiciera tambalear la Constitución de 1917 que propuso, precisamente, el control de los “derechos privados” en favor del “bien público”.⁸⁸

BIBLIOGRAFÍA

-Álvarez Amézquita, José, Miguel E. Bustamante, Antonio López Picazos y Francisco Fernández del Castillo, *Historia de la salubridad y de la asistencia en México*, Secretaría de Salubridad y Asistencia, México, 1960, 4 vols.

⁸⁶ Huertas, “Psiquiatría”, 1995, p. 22.

⁸⁷ AHSS, FMG, SEA, leg. 3, exp. 8.

⁸⁸ Wilkie, *Revolución*, 1987, pp. 84-85.

-Castel, Robert, *El orden psiquiátrico. La edad de oro del alienismo*, La Piqueta, Madrid, 1980.

-Campos Marín, Ricardo, "Psiquiatría e higiene social en la España de la Restauración" en *Un siglo de psiquiatría en España. Dr. Gaëtan Gatian de Clérambault (1872-1934). Maestro de L'Infirmier. Certificateur*, Extra Editorial, Madrid, 1995, pp. 53-66.

-Comelles, Joseph Ma., *La razón y la sinrazón. Asistencia psiquiátrica y desarrollo del Estado en la España contemporánea*, Promociones y Publicaciones Universitarias, Barcelona, 1988.

-Espino, José Antonio, "La reforma psiquiátrica en la II República española" en Rafael Huertas, Ana I. Romero y Raquel Álvarez (coords.), *Perspectivas psiquiátricas*, Consejo Superior de Investigaciones Científicas, Madrid, 1987, pp. 223-230.

-"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 formarlos", *Memorias del 2o. Congreso Médico Pan-Americano verificado en la ciudad de México, D.F.*, noviembre 16, 17, 18 y 19 de 1896, Hoeck y Compañía Impresores y Editores, México, 1898, tomo 2, pp. 887-899.

-Fix-Zamudio, Héctor, "Estado social de derecho y cambio constitucional", *Memoria del III Congreso Nacional de Derecho Constitucional*, UNAM, México, 1984.

-Fuente, Ramón de la, María Elena Medina-Mora y Jorge Caraveo, *Salud mental en México*, Fondo de Cultura Económica/Instituto Mexicano de Psiquiatría, México, 1997.

-García, Genaro, *Crónica oficial de las fiestas del primer centenario de la independencia de México*, Talleres del Museo Nacional, México, 1911.

-García-Pelayo, Manuel, *Las transformaciones del Estado contemporáneo*, Alianza Editorial, Madrid, 1988.

-Gauchet, M. y G. Swain, *La pratique de l'esprit humain. L'institution asilaire et la révolution démocratique*, Gallimard, París, 1980.

-González, María del Refugio, "La tradición jurídica intervencionista del Estado en México" en Armando Alvarado et al., *La participación del Estado en la vida económica y social mexicana, 1767-1910*, Instituto Nacional de Antropología e Historia, México, 1993, pp. 55-92.

-Haber, Stephen H., *Industria y subdesarrollo. La industrialización de México, 1890-1940*, Alianza Editorial, México, 1992.

-Hale, Charles, "Ideas políticas y sociales en América Latina, 1870-1930" en Leslie Bethell (comp.), *Historia de América Latina*, vol. 8, *América Latina: Cultura y Sociedad, 1830-1930*, Editorial Crítica, Barcelona, 1991, pp. 1-64.

-Hamilton, Nora, *México: los límites de la autonomía del Estado*, Era, México, 1983.

-Huertas García-Alejo, Rafael, "La psiquiatría española del siglo XIX. Primeros intentos de institucionalización" en *Un siglo de psiquiatría en España. Dr. Gaëtan Gatian de Clérambault (1872-1934). Maestro de L'Infirmier. Certificateur*, Extra Editorial, Madrid, 1995, pp. 21-40.

-Knight, Alan, *La revolución mexicana. Del porfiriato al nuevo régimen constitucional*, vol. II, *Contrarrevolución y reconstrucción*, Grijalbo, México, 1996.

-Lanteri-Laura, G., "La chronicité dans la psychiatrie française moderne", *Annales, E.S.C.*, vol. XXVII, núm. 3, 1972, pp. 548-568.

-Maciel, Laurinda Rosa, "A loucura encarcerada: um estudo sobre a criação do Manicomio Judiciário de Rio de Janeiro (1896-1921)", disertación de maestría en historia, Universidade Federal Fluminense, 1999.

- Mancilla Villa, Marta Lilia, "La locura de la mujer durante el porfiriato", tesis de doctorado, UNAM, México, 1997.
- McGovern, Constance M., "The myths of social control and custodial oppression: patterns of psychiatric medicine in late nineteenth-century institutions", *Journal of Social History*, vol. xx, núm. 1, 1986, pp. 3-23.
- Memoria 1943-1944*, Secretaría de Salubridad y Asistencia, México, 1944.
- Memoria 1958-1964*, Secretaría de Salubridad y Asistencia, México, 1964.
- "Norma oficial mexicana NOM-025-SSA2-1994, para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica", *Diario Oficial de la Federación*, 16 de noviembre de 1995, pp. 10-16.
- Patiño Rojas, José Luis e Ignacio Sierra Macedo, "Cincuenta años de psiquiatría en el Manicomio General", mecanoscrito.
- Pensado, Patricia y Leonor Correa, *Mixcoac. Un barrio en la memoria*, Instituto Mora, México, 1996.
- Pérez-Rincón, Héctor, *Breve historia de la psiquiatría en México*, Instituto Mexicano de Psiquiatría, México, 1995.
- Ramírez Moreno, Samuel, *La asistencia psiquiátrica en México*, Artes Gráficas del Estado, México, 1950.
- Ramírez Román, *El manicomio. Informe escrito por comisión del ministerio de Fomento*, Oficina Tipográfica de la Secretaría de Fomento, México, 1884.
- Rodríguez Kuri, Ariel, "Desabasto, hambre y respuesta política, 1915" en Carlos Illades y Ariel Rodríguez Kuri (comps.), *Instituciones y ciudad. Ocho estudios históricos sobre la ciudad de México*, Ediciones ¡Uníos!/Soner, México, 2000, pp. 133-164.
- Rothman, David J., *The Discovery of the Asylum. Social Order and Disorder in the New Republic*, Little, Brown and Company, Boston, 1971.
- Ruiz Zevallos, Augusto, *Psiquiatras y locos. Entre la modernización contra los Andes y el nuevo proyecto de modernidad. Perú: 1850-1930*, Instituto Pasado & Presente, Lima, 1994.
- Sacristán, María Cristina, "¿Quién me metió en el manicomio? El internamiento de enfermos mentales en México, siglos XIX y XX", *Relaciones. Estudios de Historia y Sociedad*, vol. XIX, núm. 74, 1998, pp. 214-220.
- , "Resistir y asistir. La profesión psiquiátrica a través de sus instituciones hospitalarias, 1859-1933" en Carlos Illades y Ariel Rodríguez Kuri (comps.), *Instituciones y ciudad. Ocho estudios históricos sobre la ciudad de México*, Ediciones ¡Uníos!/Soner, México, 2000, pp. 187-216.
- Sayeg Helú, Jorge, *El constitucionalismo social mexicano*, UNAM/INEHRM, México, 1987, tomo II, pp. 319-322.
- Secretaría de la Asistencia Pública, *La asistencia social en México. Sexenio 1934-1940*, Talleres Gráficos de la Nación, México, 1940.
- Shorter, Edward, *A History of Psychiatry. From the Era of the Asylum to the Age of Prozac*, John Wiley & Sons, Inc., Nueva York, 1997.
- Valdés Fernández, Marisa, "La salud mental en el porfiriato. La construcción de La Castañeda", tesis de licenciatura, UNAM, México, 1995.
- Womack, John, "La revolución mexicana, 1910-1920" en Leslie Bethell (comp.), *Historia de América Latina*, vol. 9, México, América Central y el Caribe, c.1870-1930, Editorial Crítica, Barcelona, 1992 pp. 78-145.
- Wilkie, James, *La revolución mexicana (1910-1976). Gasto federal y cambio social*, Fondo de Cultura Económica, México, 1987.