

Del espacio mental al espacio físico

Justificación de la construcción de "La Castañeda"

*Carlos Rodríguez Ajenjo **

A partir de la investigación que realizo sobre los paradigmas asistenciales y educativos que, en salud mental, han existido en México entre 1910 y 1990, he topado con una gran cantidad de documentos, interesantes por ilustrativos, acerca de algunas cuestiones insuficientemente esclarecidas aún; por ejemplo, el origen del manicomio en nuestro país.

Dicha cuestión, que no es un problema menor y que motiva este artículo, se fundamenta en una ponencia que presentaban en el II Congreso Médico Panamericano de 1896, el Dr. Samuel Morales Pereyra y Dr. Antonio Romero, ambos integrantes junto con el Dr. Vicente J. Morales, el Dr. Antonio Vado y el Ing. Luis León de la Barra, de la Junta General nombrada por el Gral. Manuel González Cosío, a la sazón Secretario de Gobernación, para proyectar la edificación de un manicomio para la Ciudad de México.

El antecedente más importante de este documento, lo constituye lo que al parecer es el texto más antiguo existente en nuestro país acerca del espacio social dedicado a la locura a partir del siglo XIX. Este libro, publicado (curiosamente) por el Ministerio de Fomento está escrito por el Dr. Román Ramírez y se titula: *El Manicomio*, y está publicado por la Oficina Tipográfica del Ministerio de Fomento, fechado en el año de 1884. El libro es el resultado de una investigación que el Ministerio referido solicitó al Dr. Ramírez, para que estudiase la literatura referente a la higiene mental y propusiera establecer un manicomio. El Dr. Ramírez, al parecer, se

* Profesor Investigador de la División de Ciencias Biológicas y de la Salud, UAM- Xochimilco.

basó en las experiencias norteamericanas, inglesas, francesas y —especialmente— en la que ocurría en Bélgica en aquellos años.

Ahora bien, pasando a la ponencia: *Exposición y proyecto para construir un manicomio para el D. F.*, publicada en las memorias de dicho Congreso, (fechadas en agosto de 1896) y contiene las consideraciones más importantes que la Junta mencionada encontró para justificar la creación de una institución de este tipo para la Ciudad de México. Al menos para mí, esta información no era conocida y la creo de utilidad para ir elaborando una historia crítica de la asistencia psiquiátrica en México.

El antecedente más importante al respecto fué la existencia en la ciudad de dos hospicios para dementes, el de *San Hipólito*, fundado por Bernardino Alvarez en 1560 (ubicado junto a la iglesia del mismo nombre en lo que hoy es la Av. Hidalgo, a espaldas de la Alameda Central) y el de *La Canoa o del Divino Salvador*, fundado por José Sáyago en 1680 y cuya ubicación a partir de 1700 fué en la calle de La Canoa (hoy Donceles No. 38), lugar donde se ubicó la Dirección General de la Beneficencia Pública y posteriormente diversas oficinas sanitarias; actualmente en ese mismo lugar se ubica el Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, justo en el viejo edificio del Hospital del Divino Salvador, frente al Teatro de la Ciudad.

Otro antecedente importante se relaciona con la administración de los servicios asistenciales por parte de una entidad gubernamental, en este caso la Dirección General de la Beneficencia Pública, dependiente de la Secretaría de Gobernación, a partir de las Leyes de Amortización de los Bienes Eclesiásticos que, como resultado del triunfo de los liberales sobre los conservadores y de la nueva Constitución de 1867, prohibía la prestación de este tipo de servicios a los particulares en general, y a las órdenes y asociaciones religiosas, en particular, por lo que las administraciones de la orden de *Los Hipólitos* (fundada por el propio Bernardino Alvarez) y la de la Beneficencia Privada que administraba el Hospital de *La Canoa*, debieron pasar, a partir de 1867 a la administración pública, concretamente a la Dirección General de la Beneficencia Pública, dependiente de la Secretaría de Gobernación.

Con estos antecedentes, y en el momento en que el Presidente Porfirio Díaz había girado instrucciones para construir el Hospital General de la Ciudad de México, que "incorporara los últimos

adelantos de la ciencia [y tuviera] capacidad relativa a los datos que arrojaba el último censo", se asistía a una especie de "modernización" de la atención médica, ya que existía la voluntad de la administración pública de incorporar los adelantos científicos y tecnológicos a la medicina mexicana.

Martínez Cortés ubica en este siglo XIX mexicano, la asunción de la medicina nacional a calidad de científica. Los historiadores dan constancia de que es entre 1868 y 1910 donde surgen los primeros especialistas médicos mexicanos, a partir de que empiezan a realizar estudios en el extranjero, o bien de manera autodidacta, personajes de la talla de Rafael Lavista, Eduardo Liceaga, Porfirio Parra, Luis E. Ruíz, Ladislao de la Pascua, José G. Lobato, Isidoro Olvera, Miguel F. Jiménez, entre muchos otros, enfocados a la cirugía, la obstetricia, la medicina interna y la pediatría y que, a su vez, comenzaron a formar médicos que posteriormente fueron pioneros en sus respectivas especialidades.

Es de hacerse notar que una notable excepción en el desarrollo de las especialidades la constituye la psiquiatría.

Porfirio Díaz, su Secretario de Gobernación (el Gral. Manuel González Cosío) y su Director de la Beneficencia Pública (Manuel Amieva) integraron una Junta General con la idea de que estudiaran las características que debería tener un manicomio para la Ciudad de México. En dicha Junta no había ningún alienista, ya que en el país era desconocida tal especialidad, y la demanda (*fundamentar la construcción de un manicomio*) parecía definir, de entrada, la tarea de dicha Junta.

La Junta inicia su fundamentación, identificando algunos elementos de la historia de la asistencia psiquiátrica en el mundo. Presume que durante siglos el estudio de la locura "no sólo estaba olvidado sino retirado de la observación de los sabios". A partir del siglo XVII, comentan, se indica "la conveniencia de aislar a los infelices enajenados, no en calabozos donde se les flagelaba y se les disponía a morir quemados, sino en sitios más o menos aislados, a donde la caridad pública se acercara a ellos para su consuelo, como debe verificarlo todo ser desventurado".

Para la Junta, es en oriente donde se inicia la secuestro de los enajenados, "que a pesar de todo se les tenía encadenados y se les miraba con horror".

Posteriormente, la Junta argumenta que se hace la gran distinción, "entre el criminal y el desgraciado, entre el maldito de Dios y el digno de compasión... y ya era mucho para la época" (sic).

Sydenham, Willis, Bonet y Buerhaave son, para ellos, los fundadores de la psiquiatría, a los que sigue Pinel (1792, Bicetre, Paris) ayudado siempre por Pussin, que inaugura la *época moderna* e inicia el "tratamiento moral" a base de "la paciencia y la dulzura y la gran observación patológica", demostrando la necesidad de crear *establecimientos especiales*, indicando los principios generales que deberían presidir su construcción, su organización, la separación de enfermos en departamentos especiales de acuerdo a la forma y naturaleza de su afección (primera clasificación) y la importancia del médico en la observación y en la dirección material (sic) de los enfermos.

Esquirol, su discípulo, dirigió los primeros asilos para enajenados dándole gran importancia a la medicina mental (sic) constituyendo la base para la formación de tres generaciones de alienistas. En México, en ese momento, no había ningún alienista o especialista en enfermedades mentales.

La tesis central de la ponencia, que es muy importante, ya que viene del equipo que proyectó la creación del Manicomio General de la Ciudad de México (en ese momento aún impensable como "La Castañeda"), gira en torno al dilema: *aislar vs liberar* a los enfermos mentales, éste último, en dos modalidades: colocándolos a vivir con familias o ubicándolos en colonias de locos.

Los comisionados reconocen que 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*" (subrayado mío). Como una reacción a la "severidad de este principio", refiere la Junta en este documento, se han levantado y promovido interesantes discusiones entre alienistas.

Para defender la posibilidad de que el manicomio de la Ciudad de México se base en el sistema de la reclusión, la Junta analiza dos experiencias realizadas en Bélgica y Clermont, las cuales significan opciones diferentes a la del internamiento, ya que, la primera de ellas (conocida como "el sistema de Gheel") consiste en "colocar a los enajenados entre familias. La libertad de los enfermos y su existencia entre personas sanas –continúa el documento– haciendo

que tomen participación activa en sus ocupaciones, caracteriza esta institución". En la experiencia de Clermont, por su parte, catalogada como "colonia para locos" por la propia Junta, "emplean y hacen trabajar a los enajenados como jornaleros para todos los trabajos agrícolas".

Hasta aquí, el documento analizado es revelador de dos hechos fundamentales: en primer lugar, que ya existían en ese momento experiencias de asistencia psiquiátrica similares a las después desarrolladas en base a la ergoterapia y muy posteriormente a la comunidad de enfermos con sanos, y en segundo lugar que éstas no eran desconocidas para los que proyectaron la construcción de un manicomio para la Ciudad de México, y que, lejos de ello, este hecho expresa que tal construcción fue una toma de postura en relación a, por lo menos, las dos opciones asistenciales prevalentes en aquella época, posición que se afilia al principio de aislar al enfermo como fundamento del tratamiento moral.

Refiriéndose a las experiencias citadas, la Comisión afirma tajantemente que:

"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* (subrayado mío), 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 de Gheel, que también es irrealizable entre nosotros por las mismas razones"

franqueza que agradecemos a los autores, ya que de manera clara enfatizan en que, con conocimiento de causa, se optó por una manera concreta de tratar a los enfermos, justificándola ampliamente, en base a una supuesta protección y a una pretendida ineptitud social.

Igualmente, los autores fundamentan tal opción en base a aparentes fracasos de las experiencias de Gheel y Clermont, ya que –según lo mencionan– "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 (subrayado mío) y el que consideramos *único adoptable entre nosotros*, siempre que, y ésto 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, expencie el ánimo de los asilados y sirva para que se entreguen al trabajo de horticultura y floricultura, a los que muchos se prestan muy bien" y citando a Falret concluyen: "Si se consultan, sin embargo, las estadísticas publicadas por los partidarios de la colonia de Gheel y, en particular, las que están contenidas en las relaciones del Dr. Bulkens, se verá que están lejos de ser *desfavorables* a este sistema, sobre todo si se tienen en cuenta los reglamentos que rigen este establecimiento", opinión que además de estar en evidente contradicción con lo afirmado por los autores respecto al porcentaje de recuperación mencionado como pobre para el sistema criticado, ("están lejos –las estadísticas– de ser desfavorables a este sistema") nos ilustran de una manera meridiana la vieja costumbre médica de utilizar citas y afirmaciones descontextualizadas para iluminar y apoyar las aseveraciones propias, mismas que se trata de hacer pasar como correctas frente a las que se estigmatizan o condenan de antemano.

Sin embargo, el mismo autor defiende su acierto en base a dos eventos inherentes a la experiencia belga analizada: el primero de ellos es que, por reglamento de colonia, *no se autorizaba el envío a Gheel de enajenados declarados incurables* y el segundo es que, por los mismos reglamentos, se obligaba a los médicos a no recibir o a re–enviar a los asilos, a "los enajenados reputados como *homicidas, incendiarios, suicidas, eróticos*, etcétera, en una palabra, todos aquellos expuestos a cometer actos violentos", los cuales, a juzgar por el autor, "se llevan a cabo más bien en los períodos agudos que en los períodos crónicos de las enfermedades mentales". El segundo criterio, el de *peligrosidad*, parece aunado al del aislamiento para sustentar una modalidad asistencial como la del manicomio.

Pues bien, los hechos citados son utilizados por los autores para desconfiar de las estadísticas de curaciones de Gheel, las cuales, según afirmación del mismo autor "son aún más favorables de lo que

se podría suponer". Pese a ello, y sin argumentación de por medio, los autores afirman en un tono unipersonal:

"...por mi parte, creo poco en la verdad de las estadísticas en general, siempre que no reposen sobre hechos simples e indescomponibles, como los nacimientos y las defunciones, las entradas o las salidas, etcétera. Las estadísticas me parecen, sobre todo, dar resultados muy dudosos cuando se aplican a hechos tan complejos como las causas o las curaciones de la locura" (sic).

Un párrafo más adelante se afirmará que "...sin querer incriminar en nada la sinceridad del Dr. Bulkens, cuya ciencia y carácter honorable están por encima de toda sospecha, es cierto que una tendencia del espíritu humano, tendencia por decirlo así irresistible, nos arrastra, a nuestro despecho, a admitir curaciones con más facilidad cuando *creemos firmemente en la eficacia de un sistema terapéutico* que cuando dudamos de su influencia". Debido a ello, los autores concluyen que "...la estación de Gheel, tal como está hoy organizada, puede convenir a ciertos enajenados crónicos e inofensivos, pero que no conviene ni para los enajenados peligrosos ni para los enajenados curables" (pese a saber que estaba dedicada especialmente para este último tipo de enfermos). A esta visión, los autores la califican como de "verdadera imparcialidad".

Más aún, el documento también es muy interesante para descubrir una mentalidad acerca de lo que podría significar "curar la locura" en aquella época, hecho que al parecer estaba rasado por el criterio médico del momento, una mezcla de eliminación sintomatológica eficiente, control del padecimiento y reinserción social del paciente en el menor tiempo posible.

Lo interesante es que se sigue preguntando si Gheel es realizable en otro contexto utilizándolo como "un modo excelente de asistencia pública (sic) para los enajenados... como modelo y como medio de reemplazar los asilos cerrados o de remediar su insuficiencia o su aglomeración". Tautológicamente los autores afirman que mientras no se haya probado su eficacia en otros contextos, no puede ser recomendable su aplicación en México y formula preguntas sumamente interesantes acerca de esta experiencia, preguntas que en Goritzia y otros lugares, por ejemplo, reformularía, seguramente Franco Bassaglia en los setenta:

"¿Dónde se encuentra, desde luego, condiciones de localidad tan favorables, un país igualmente extenso y exento de peligros, tan bien separado de todas las comarcas que le rodean por una zona de terrenos deshabitados o por un cinturón de matorrales? ¿Dónde se encuentran habitantes de un natural tan dulce, tan benévolo, y una población entera habituada desde larga fecha y de generación en generación, no solamente a no someter a los enajenados, sino a aceptarlos en la intimidad de la familia y a cuidarlos con gusto? ¿Dónde se encuentra, en fin, autoridades locales y habitantes de un país, que consientan en soportar la presencia de enajenados en medio de sus mujeres y de sus hijos, sin temer los peligros que deben resultar y sin quejarse del desorden y de los inconvenientes de toda especie que su presencia debe acarrear necesariamente?"

porque para el autor, el miedo a los locos es "un temor instintivo que inspira en todas partes la cercanía de los enajenados". Porque lo que ocurrió cien años después fue, poco más o menos, lo contrario de lo que estos autores afirmaban en aquel momento.

Como puede verse, la identidad de la locura y la peligrosidad son un hecho único e indivisible, y la necesidad de aislar al loco para re-educarlo era el dispositivo social que se proponía en la era del "Orden y Progreso".

Otro aspecto invocado en el documento analizado, y que fundamenta el rechazo de la Comisión a reproducir en México una experiencia tipo Gheel, es lo relativo a las consideraciones económico-administrativas. Los autores analizan las "retribuciones pecuniarias" de que son objeto los locos en las experiencias analizadas (por ejemplo, a razón de 200 francos anuales) o bien, las remuneraciones otorgadas a cada campesino que se encargue del cuidado de cada enajenado, enfatizando que los simpatizantes de Gheel, tratan de demostrar, no sólo "que la aplicación de este sistema sería realmente un perfeccionamiento para el tratamiento y bienestar de los enajenados...[sino]...que este sistema sería más económico para las administraciones, que permitiría tratar *mayor número de enfermos con un gasto menor*, y que también remediaría *las aglomeraciones de los grandes asilos*, al mismo tiempo que aligeraría los gastos del erario de los Departamentos y el Estado". Desde luego, que los autores eran abiertos partidarios de la reclusión y la centralización de los servicios en una institución, en la que -soste-

nían— los enajenados están "bien alojados, con buena cama, bien vestidos y bien alimentados" como "*en los asilos actuales*".

Este aspecto no es despreciable, ya que —como sabemos— la ruina del manicomio comienza el mismo día en que se inaugura, ya que no se disponía de una planificación adecuada y lo que fué una institución calculada para albergar no más de 800 personas, llegó a recibir, con el mismo presupuesto, a prácticamente cinco veces esta cantidad, hecho que unido a la falta de mantenimiento de la institución, fue provocando una acumulación de miserias iatrogénicamente fundantes de la cronificación y la institucionalización de los pacientes.

Con los argumentos anteriores, si se quiere un tanto cuanto "forzados" para ilustrar una posición, la conclusión de la Comisión, para rechazar finalmente el sistema de colonias o de comunidad de enfermos y sanos, dejó de lado la posibilidad de una mayor utilidad desde un punto de vista terapéutico, y privilegió los siguientes criterios como decisivos:

- a) el sistema Gheel es de dudosa eficacia para los casos "agudos y curables";
- b) es peligroso para los enfermos verdaderamente peligrosos;
- c) el sistema Gheel es más favorable "al bienestar y a la felicidad moral de los enajenados crónicos e inofensivos";
- d) el sistema sólo funciona en un lugar del universo y no ha probado su eficacia en otro lado;
- e) igualmente, el sistema no ha probado ser más económico que el de los asilos cerrados.

Con estas consideraciones, la Comisión desechara la posibilidad de instaurar en nuestro país una experiencia asistencial distinta a la del encierro. No debemos dejar de considerar cuatro hechos que, en ese contexto, deben haber sido determinantes para que la Comisión optara por instaurar la vía asilar como la más adecuada. Me refiero a:

- 1.- La aplicación en todos los campos de la ciencia y de otras actividades humanas, de los principios del *positivismo* filosófico de importación francesa, paradigma que inspira la instauración del lema porfiriano de gobierno: "*orden y progreso*".

- 2.- La *tradición* mexicana de un modelo de atención a los locos, basado en el aislamiento o la reclusión, iniciado en la época colonial por Bernardino Álvarez, continuado por José Sáyago y las órdenes

religiosas los siglos XVII y XVIII y rescatado –casi intacto– para la posteridad por la beneficencia pública del Estado liberal, al finalizar el siglo XIX e iniciar el siglo XX.

3.- La práctica ausencia de médicos alienistas en el país en ese momento. Más aún, existen dudas acerca del momento en que se forman los primeros especialistas en el área (psiquiatría), toda vez que en la Junta "ex-profeso" formada para elaborar el proyecto de un manicomio para la ciudad de México, solamente se incluían médicos de gran prestigio, practicantes de la medicina o la cirugía, pero ninguno del área concreta de la psiquiatría; desde luego que este evento tiene su explicación en el hecho de que es a partir de fines del siglo XIX y principios del siglo XX que se inicia la formación (en el extranjero fundamentalmente) de los primeros especialistas médicos en varias ramas.

4.- A la Comisión, de entrada, se le da el encargo de estudiar y proyectar la construcción de un manicomio para la Ciudad de México, y no de explorar las modalidades terapéuticas existentes en el mundo en aquel momento. Podríamos afirmar que el encargo determina la modalidad de institución proyectada, es decir, la Junta únicamente responde así a la demanda del Estado.

En 1896, la Junta afirmaba que los manicomios eran instituciones de reciente creación, y que ellos eran la base de los grandes progresos que se habían dado hacia el conocimiento de las *enfermedades del cerebro* y, sobre todo, de las condiciones que debería tener un establecimiento de tal índole para llenar su objetivo. La Comisión, en su documento, llegó a asegurar "que en las perfectas condiciones de un manicomio, están las tres cuartas partes de la curación de los enfermos y que las pequeñas casas destinadas a la curación de estos enfermos, jamás darán el resultado tan amplio como se desea".

La Junta defendía la construcción de un manicomio, entre otras razones, porque hasta ese momento la locura había sido reclusa de manera *mezclada* con otras afecciones, en edificios que eran cuarteles o conventos, y en los que se ataba o encerraba en calabozos a los enfermos. Ciento veinte años antes de la fecha de elaboración del documento aquí analizado, es decir, hasta 1776 el viejo hospital de *San Hipólito* (1567) fué dedicado *exclusivamente a dementes* y el viejo hospital de *La Canoa*, dedicó, desde 1700 sus esfuerzos al mismo fin, pero sin incorporar "los adelantos de la ciencia y de la

época". ¿Cuáles eran estos adelantos de la ciencia y de la época para la Comisión?

- 1.- La rigurosa observación de los enajenados.
- 2.- La necesidad de ubicar los manicomios en despoblado como resultado de la experiencia anterior.
- 3.- La construcción basada en una distribución y separación de los enfermos según las diferentes "*formas de locura*", que sin duda insinúa un criterio inicial de *clasificación nosológica*.
- 4.- Una clasificación basada en el principio de Bouches: "el estudio del alma aislada del cerebro, como el estudio del cerebro, hecha abstracción del alma, son pretensiones cuya realización es imposible". Sin embargo, esto implicaba una mirada moralista sobre el enfermo mental. En el documento no se aprecia con detalle esta mirada, y se insinúa la dificultad de sostener, hasta sus últimas consecuencias, esta integridad alma-cuerpo:

"Conformes en todo con este principio, apoyamos en este axioma la necesidad de la conveniente separación de los diversos departamentos, para poder llevar a cabo una clasificación basada en aquel principio y que lleve por norma mantener en cada uno de ellos, casos tan homogéneos en todos sus detalles, que si se miran unos a los otros se entienda que se miran en un espejo. Así conseguiremos evitar que se lastimen y perturben las facultades afectivas de aquél que sólo está afectado en sus facultades intelectuales; así conseguiremos evitar el *contagio* de aquellos que sufren de depravación moral, de impulsiones, actos vergonzosos, etcétera, que no deben presenciar aquellos, que si locos, conservan sana y pura su moral y por consiguiente, su alma. Los locos agitados son los menos; los locos incoherentes son muchos, pero los razonados son los más y por esto es preciso, aunque difícil, la selección, muy particularmente en los histéricos, en sus variadas e infinitas formas, en donde el *contagio por imitación* está demostrado por multitud de hechos. Se ve, pues, que es muy importante tener presente el gran principio de Bouches porque es principio muy aplicable al loco razonado."

En efecto, la "clasificación diagnóstica" y la separación (aislamiento) son, a juicio de la Comisión, las bases de un adecuado estudio "verdaderamente clínico de los fenómenos morbosos que presenta la enajenación mental". Esta idea originaba, asimismo, la

disposición del espacio en la construcción de las diferentes áreas manicomiales, especialmente las siguientes:

- a) las oficinas del Director General, pilar del establecimiento;
- b) las oficinas administrativas y científicas, incluyendo habitaciones para los médicos, quienes deberían vivir en el establecimiento;
- c) dos departamentos básicos: *admisión* y *clasificación*, con "todo lo necesario para la observación y vigilancia de varios días en cualquier estado en que se encuentren los enfermos y bien retirado de los demás departamentos".

Para la Junta, era en este departamento, donde residía "la clave del buen orden terapéutico para la colocación definitiva y tratamiento de los enajenados", al cual concedían una importancia capital también "desde el punto de vista criminal en los casos de simulación", imitando los grandes manicomios franceses de Santa Ana, Bauclouse y Ville Ebrard, "modelos de distribución y belleza".

Los comisionados insistían en la necesidad de contar con un buen suelo ("seco") para construir el manicomio, así como un lugar ventilado y bien orientado, de una extensión calculada en 700,000 varas cuadradas en promedio, para el caso de la Ciudad de México, y ubicado en "el lugar más sano del Distrito Federal".

El aislamiento, el trabajo metódico (lejano aún de llamarse "ergoterapia"), así como distracciones y "para algunos la sociedad", eran los factores clave del llamado orden moral considerado para erigir el manicomio. Los de "orden de construcción" incluían: pabellones aislados unos de otros, con no más de veinte camas cada uno, con sus correspondientes oficinas de vigilancia, reunión, aseo, refectorios, inodoros, etcétera, y con un comedor por cada seis pabellones, considerando siempre, una clara distinción entre los pabellones generales para enfermos asistidos por la beneficencia, y los especiales o de pensionistas, en los cuales estarían pacientes con capacidad de pagar por un servicio y a los cuales se les asignaba, a futuro, la misión de mantener el conjunto de la institución (según sus cálculos, 62 pensionistas de 1ª y 2ª, sostendrían a 600 enfermos de asistencia gratuita).

Asimismo, la Comisión daba especial importancia a prados y jardines que separaban pabellones, a los salones de recreación, de juego, biblioteca, talleres, "de incalculable valor si se tiene una

brigada de celadores *bien retribuidos y convenientemente amaestrados* (sic).

A todo lo anterior, se agregaban como *auxiliares del tratamiento* (no deja uno de preguntarse cuál sería el tratamiento básico o fundamental) departamentos de labor y recreación, baños y departamento de "agitados y furiosos". Conviene transcribir un párrafo entero en el cual la Junta muestra su criterio respecto a la labor de aislar y vigilar; respecto pabellones de "agitados y furiosos", la Junta dice: "...tienen la forma de abanico y cada celda tiene un pequeño patio cercado a una altura a donde el enfermo puede salir de día sin ser visto de nadie pero bien vigilado, como lo demuestra el plano. No hay en el mundo ejemplar mejor que el que proponen los comisionados con respecto a este departamento" (sic).

Proyectado en dos pisos, con una dirección única ("no hay subordinación a donde no hay unidad de mando"), bisexual y con servicios generales, la Comisión completaba el proyecto con los departamentos de: degenerados, imbeciles, idiotas, epilépticos, colocados en un lugar "retirado y especial", asumiendo, sin duda el hecho de que éstos serían pacientes que jamás saldrían de aquel lugar.

Una consideración final acerca de algo aparentemente tan trivial, como el alumbrado, resume toda una concepción de aquella época sobre los enfermos mentales; la Comisión dice: "...los manicomios no deben estar muy alumbrados porque los locos no duermen sino artificialmente y la luz excesiva impediría dormir" (sic).

Estas son, a grandes rasgos, las ideas centrales discutidas en el documento comentado, verdadera joya histórica proporcionada amablemente por el funcional Archivo Histórico de la Secretaría de Salud. Ellas dan mucho material para analizar los antecedentes de la psiquiatría mexicana, toda vez que prefiguran una concepción de lo que debía ser una práctica social, así como delineaban las características del dispositivo social utilizado para ello.

La vocación manicomial que imitaba en México, las experiencias de Francia y Estados Unidos, principalmente, consagró un espacio social específico para aislar, vigilar, observar y clasificar a la locura, así como adoptó una propuesta terapéutica (el tratamiento moral) en lo que posteriormente fue el Manicomio General de la Ciudad de México, conocido como *La Castañeda* (1910-1967). Este, a su vez, se continuó en un dispositivo hospitalario basado en

la creación de dos hospitales para pacientes agudos, uno de adultos y otro de niños, así como de once hospitales campestres o "granjas" de recuperación, para enfermos crónicos, irreversibles o "de larga estancia", como se denominó, eufemísticamente, a este tipo de enfermos (1967–1993).

Posteriormente, una breve y frustrada experiencia de "psiquiatría comunitaria" (1978–1989), en la cual a través de Centros de Salud Mental Comunitaria, pretendía unificar los tres niveles de atención psiquiátrica, precedió a la creación del Instituto Mexicano de Psiquiatría (1988), institución "de excelencia" encargada de investigar el problema de la salud mental en nuestro país, en múltiples niveles.

Debemos consignar otros dos hechos importantes vinculados a la situación expuesta: en primer lugar, el desarrollo de una psiquiatría privada, manicomial y de consultorio, paralela al desarrollo de la psiquiatría manicomial, "para pobres". En segundo lugar, el desarrollo –marginal a la psiquiatría "oficial"– de la corriente psicodinámica dentro de la terapéutica psiquiátrica, a través de instituciones no gubernamentales, institutos y asociaciones privados que formaron especialistas con una visión diferente de la locura y sus "tratamientos". Estos, curiosamente, siempre han aparecido como antagónicos de la psiquiatría organicista, misma que predomina en las instituciones públicas.

Estas son las primeras huellas de un recorrido temático que pretendo realizar rastreando los orígenes de ambos enfoques y así como sus desarrollos institucionales y la reproducción de sus respectivos saberes en calidad de formación de sus recursos humanos y el desarrollo de sus teorías, tarea ambiciosa y extensa, necesaria y útil, que debe trascender el plano historiográfico y profundizar en una visión sistemáticamente analítica.