



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN HISTORIA  
FACULTAD DE FILOSOFÍA Y LETRAS  
INSTITUTO DE INVESTIGACIONES HISTÓRICAS

***OPERACIÓN CASTAÑEDA: UN INTENTO DE REFORMA ASISTENCIAL DE LA  
PSIQUIATRÍA EN MÉXICO, 1940-1968***

**TESIS**

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:  
**MAESTRO EN HISTORIA**

PRESENTA:  
**DANIEL VICENCIO MUÑOZ**

TUTOR:  
**DR. CARLOS ANDRÉS RÍOS MOLINA**  
INSTITUTO DE INVESTIGACIONES HISTÓRICAS / UNAM

MÉXICO, D. F., MAYO DE 2014



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## Índice General

<b>Agradecimientos</b> .....	5
<b>Introducción</b> .....	7
Hacia el fin del Manicomio. Un recorrido historiográfico.....	10
Fuentes y metodología.....	15
La comprensión de la clausura. Objetivos e hipótesis.....	17
<b>Capítulo 1. Los psiquiatras frente al Estado. Debates y propuestas sobre la asistencia psiquiátrica en México, 1940-1968</b> .....	21
1.1 Una posible génesis del problema asistencial psiquiátrico.....	23
1.2 El eterno problema: la sobrepoblación.....	25
1.3 La terapia ocupacional y la Granja de San Pedro del Monte: ¿Una solución ideal?.	30
1.3.1 Asistencia psiquiátrica y políticas hospitalarias en los cuarenta.....	34
1.4 Diversas propuestas para una supuesta reforma.....	38
1.4.1 El Manicomio “fantasma”.....	39
1.4.2 Dos paliativos burocráticos: el Consejo Psiquiátrico y la Dirección de Asistencia Neuropsiquiátrica.....	40
1.4.3 Primer plan a seguir: separar enfermos crónicos y agudos.....	43
1.5 Las políticas de desarrollo social y la Dirección de Salud Mental.....	47
1.5.1 Entra al juego la Dirección de Salud Mental.....	52
Conclusiones.....	54
<b>Capítulo 2. Operación Castañeda. Reformas, procesos e instituciones, 1959-1968</b> .....	57
2.1 Innovando viejos conceptos: el “ambiente terapéutico”.....	59
2.1.1 Los psicofármacos y la “nueva” eficiencia terapéutica.....	61
2.1.2 El ambiente terapéutico: un optimismo renovado.....	64
2.2 Granjas a granel con una Castañeda “necesaria”.....	69
2.3 <i>Operación Castañeda</i> : ¿reforma asistencial o cambio de residencia?.....	75
2.3.1 Una reforma entre la política estatal y la asistencia psiquiátrica.....	76
2.3.2 De granjas a hospitales. Paradojas e instituciones para sustituir al Manicomio.....	81
Conclusiones.....	89

<b>Capítulo 3. Acabando con el enemigo. Elementos ocultos tras la clausura de La Castañeda, 1965-1968.....</b>	<b>92</b>
3.1 Condicionamientos geográficos.....	96
3.2 Migración y natalidad. Una megalópolis necesaria.....	98
3.3 De la “regencia de hierro” al crecimiento urbano.....	102
3.3.1 La ciudad necesita casas. Conflictos entre la regencia y la presidencia.....	105
3.4 De pueblo a ciudad: el crecimiento urbano de Mixcoac.....	108
3.4.1 La ciudad se come al Manicomio.....	115
3.5 El interés contra el bienestar. La historia oculta tras la demolición del Manicomio.	119
3.5.1 El exilio de La Castañeda.....	130
Conclusiones.....	132
<b>Conclusiones generales.....</b>	<b>135</b>
<b>Fuentes y bibliografía.....</b>	<b>140</b>

## Índice de gráficas, cuadros, planos e imágenes

### **Gráficas**

Gráfica 1. Comparación entre el número de pacientes y la capacidad del Manicomio entre 1930 y 1950.....	28
Gráfica 2. Capacidad de pacientes que tenían las Granjas abiertas entre 1959 y 1964...	70
Gráfica 3. Capacidad de las instituciones de la <i>Operación Castañeda</i> para absorber a los pacientes del Manicomio.....	89

### **Cuadros**

Cuadro 1. Lista de instituciones que se abrieron por orden cronológico después de la creación de la Dirección de Salud Mental, con lugar, fecha de apertura y capacidad de pacientes.....	88
---	----

### **Planos**

Plano 1. “Carta corográfica del Distrito Federal, 1909”.....	95
Plano 2. “Croquis del Municipio de Mixcoac, mandado a construir por el Ayuntamiento de la Ciudad de México en 1891”.....	97
Plano3. “Proyecto de Calzada entre Tacubaya y Mixcoac” c1900.....	99
Plano 4. “Plano de la Municipalidad de Mixcoac, junio de 1923”.....	100
Plano 5. “Cuartel X, antes Municipalidad de Mixcoac, DF.” c1930.....	111
Plano 6. “Plano de la Ciudad de México y Delegaciones” c1940.....	114
Plano 7. “Levantamientos de la zona de Mixcoac, 1948”.....	117
Plano 8. “Levantamientos de la zona de Mixcoac, 1948”.....	118
Plano 9. “Plano de la Ciudad de México” c1958.....	121
Plano 10. “Plano de la Ciudad de México, 1961-1962” [fracción].....	123
Plano 11. “Distrito Federal, 1963”.....	124
Plano 12. “Plano de la zona Unidad Habitacional Lomas de Plateros, 1975”.....	126

Plano 13. “Unidad Habitacional Lomas de Plateros, 1975”..... 128

**Imágenes**

Imagen 1. Fachada principal del antiguo Manicomio de La Castañeda..... 131

## Agradecimientos

La realización de una tesis, para cualquier disciplina, implica un esfuerzo enorme para investigar, escribir y crear. Este esfuerzo hubiera sido mayor de no ser por la ayuda, apoyo y cooperación de diversos actores e instituciones. Es por eso que a todas esas personas les dedico estos humildes párrafos.

Primero quiero agradecer a la Universidad Nacional Autónoma de México por brindarme la oportunidad de ingresar a sus filas estudiantiles para cumplir uno de mis objetivos de vida. En ese tenor, hay que mencionar que la realización de los estudios de maestría requieren una dedicación extenuante, por lo tanto quiero agradecer a la Coordinación de Estudios de Posgrado por otorgarme una beca de estudios por dos años para poder dedicarme exclusivamente a la escritura de esta tesis, sin la cual no estaría escribiendo estas líneas ahora. Al mismo tiempo quiero darle las gracias al Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica de la UNAM que me otorgó, por seis meses, una beca de apoyo a la titulación de estudios de posgrado, bajo el proyecto *Análisis cuantitativo de la población psiquiátrica del Manicomio General La Castañeda. 1910-1968*, dirigido por el Dr. Andrés Ríos.

Y ya que estamos hablando del Dr. Ríos, quiero extenderle particularmente mi total gratitud ya que su dirección, comentarios, enseñanzas y, hay que mencionarlo, regaños, a lo largo de estos años de investigación, me ayudaron a realizar una tesis original, de la que me siento orgulloso. ¡Gracias Andrés!

A lo largo de los seminarios de la maestría, conté con la invaluable ayuda y comentarios de diversos profesores a los que quiero agradecer, específicamente a la Dra. Georgette José, a la Dra. Claudia Agostoni, a la Dra. Elisa Speckman, al Dr. Juan José Saldaña, a la Dra. Susana Sosenski y al Dr. Sergio Miranda.

Las fuentes son herramientas fundamentales y es por eso que debo agradecer a las personas encargadas de los repositorios de éstas. Al personal del Archivo Histórico de la Secretaría de Salud que me permitió revisar expedientes históricos del Manicomio General entendiblemente muy resguardados; a las personas encargadas del Archivo Histórico del Distrito Federal por facilitarme expedientes y planos de no muy fácil acceso; y a la

Mapoteca “Manuel Orozco y Berra” de la SAGARPA por permitirme utilizar sus planos digitales en esta tesis.

El trabajo del historiador es a veces muy solitario, por lo tanto la presencia de amigos, familia y compañeros, ayuda a liberar la presión y combatir la soledad cotidiana. Por lo tanto, quiero dar la gracias a mis padres Carlos y Araceli, por nunca perder la fe en mí; a mis hermanos Carlos y Rosa Elena por soportar mi rebeldía; a Brenda por brindarme su apoyo, comprensión y amor incondicional a lo largo de tantos años; a mis entrañables amigos de la infancia Moisés, Fernando, Anton, Georgina, José Alberto, David, Joshua, Monserrat, el ausente Daniel y en particular a Marco por haber aportado su enorme granito de arena en esta investigación. También agradezco a mis ex compañeros de la tan querida ENAH por no perder la pista y a mis ex compañeros de la maestría por las constantes palabras de aliento.

A todos ellos y a la gente que no mencioné, pero que sabe que admiro y respeto, ¡gracias!



## Introducción

El Manicomio General de La Castañeda fue levantado en la primera década del siglo XX cerca de la zona de Mixcoac. Según las teorías psiquiátricas de la época, los enfermos mentales debían ser ingresados a instituciones que estuvieran alejadas de las ciudades, que tuvieran paisajes naturales y que contaran con grandes jardines con terrenos cultivables, ya que esto beneficiaría la situación mental del individuo. El pueblo de Mixcoac, en el Distrito Federal (DF), era el lugar indicado ya que a las afueras de éste existían las condiciones adecuadas que dictaba la medicina para el cuidado y asistencia de los locos. Sin embargo, a pesar que el Manicomio<sup>1</sup> fue construido con un optimismo evidente, no pasaron muchos años antes que comenzara a dar señas de problemas que a lo largo de su existencia fueron recurrentes: sobrepoblación, hacinamiento, poco presupuesto, etc.

La sobrepoblación, uno de los problemas más evidentes, se debió a diversos factores como los constantes ingresos y las pocas altas médicas, poca efectividad en la cura de los pacientes y un crecimiento poblacional constante que ocurrió en el Distrito Federal acentuado por las constantes inmigraciones de habitantes de otros estados. Para finales de los años treinta el exceso de pacientes en La Castañeda, como coloquialmente se le conocía al Manicomio, era evidente y aunque se hicieron modificaciones estructurales para resguardar más enfermos, la problemática continuaba. Con el afán de contrarrestar esta situación negativa, a partir de la década de 1940 los médicos psiquiatras que laboraban ahí comenzaron a proponer modelos alternativos que, por un lado, desahogaran de pacientes al Manicomio y que, por otro, beneficiaran la asistencia de los enfermos para mejorar su situación mental. Es por esta razón que hemos elegido el año de 1940 como la fecha inicio de esta investigación.

En el año de 1941 el doctor Manuel Guevara Oropesa, quien fue sido director de La Castañeda en dos ocasiones, realizó un escrito donde proponía construir una serie de “granjas” psiquiátricas donde el enfermo trabajara en labores agrícolas, como medida alternativa al Manicomio. A partir de ahí los médicos de La Castañeda comenzaron a hacer

---

<sup>1</sup> En adelante se utilizará “Manicomio” (con mayúscula) para referirse al caso particular del Manicomio de La Castañeda, y “manicomio” (con minúscula) para hablar del concepto general del dispositivo de asistencia psiquiátrica.

propuestas para mejorar la asistencia psiquiátrica pública, sin embargo, por diversas razones éstas tardaron años en ser acogidas por el Estado. Durante la presidencia de Adolfo López Mateos (1958-1964), en el marco de un aumento de políticas sociales, se comenzó a invertir en la asistencia psiquiátrica y se construyeron una serie de granjas que absorbieron algunos pacientes del Manicomio. No obstante, dichas instituciones no demostraron solucionar los problemas de La Castañeda, ya que los pacientes no disminuían y el hacinamiento continuaba. A pesar de ello, en marzo de 1965 el presidente Gustavo Díaz Ordaz (1964-1970) ordenó la sustitución del Manicomio por instituciones alternas, cuatro denominadas Hospitales Campestres (que eran instituciones similares a las granjas) y dos Hospitales Psiquiátricos (para pacientes agudos de corta recuperación) donde serían enviados todos los enfermos internos; al mismo tiempo se planeó el cierre del Manicomio que fue clausurado y demolido en 1968, para en su lugar construir unidades habitacionales y comercios. A este proceso se le conoce como *Operación Castañeda*.<sup>2</sup>

El argumento que el gobierno utilizó para comenzar dicho proceso fue que la asistencia en el Manicomio era inadecuada, anacrónica y poco humanitaria, así pues, la *Operación* fue presentada como un esfuerzo filantrópico del gobierno diazordacista para la población desprotegida. No obstante, en esta investigación hemos localizado fuentes que muestran que existieron otras variables, de suma importancia, inmersas en todo este proceso, las cuales deben ser analizadas ya que éstas nos permitirán dar otra explicación sobre el cierre del Manicomio. En ese sentido pensamos que, a pesar que los psiquiatras jugaron un papel importante, las condicionantes que participaron en la *Operación Castañeda* no fueron sólo médicas, es decir, si el Manicomio fue clausurado no fue tanto por la labor de los médicos, sino por otras cuestiones que tienen que ver más con dinámicas urbanas, planificaciones políticas e intereses económicos. Entonces pues, pensamos que la orden del presidente no respondió solo a la intención de mejorar la situación de los pacientes psiquiátricos, sino que hubo otros factores.

Para hacer una interpretación histórica del cierre y posterior destrucción del Manicomio es necesario observar diversos aspectos del fenómeno. Las distintas condicionantes en torno a la clausura de La Castañeda deben ser enlazadas y comprendidas

---

<sup>2</sup> Guillermo Calderón Narváez, “Actividades desarrolladas en México en relación con la salud mental”, en *Salud Pública de México*, México, Secretaría de Salubridad y Asistencia, mayo-junio de 1967, vol. IX, núm. 3, p. 879.

de manera global, es decir, uniendo cada fenómeno particular en una interpretación compleja y con fuentes suficientes. La *Operación Castañeda* fue el fin de un proceso de reforma asistencial psiquiátrico que inició desde la época de los cuarenta, cuando diversos médicos del Manicomio comenzaron a expresar las problemáticas que sufría la institución y a proponer nuevas alternativas. Pero en este proceso no sólo intervinieron factores médicos, sino también políticos, económicos y urbanos. De esta manera, la interpretación de todos estos factores es el aporte que ofrece esta investigación. Esto nos permite comprender que aunque la *Operación Castañeda* pudo significar una reforma asistencial psiquiátrica, las condicionantes que provocaron su clausura fueron diversas y que los intereses médicos compartieron el escenario con otros de igual trascendencia.

De esta manera, los antecedentes de la *Operación Castañeda* son el elemento clave para comprender un acontecimiento de esa naturaleza. Es decir, no sólo nos preocupa historizar la *Operación*, sino comprender por qué se llevó a cabo y descubrir cuáles fueron los presupuestos y las múltiples variables que influyeron en esa reforma. Para tal fin, se plantean tres escenarios: 1. en primer lugar mostraremos el papel que tuvieron los psiquiatras que exponían constantemente las problemáticas de la institución y que planteaban nuevas alternativas asistenciales; 2. después expondremos el proceso de la *Operación Castañeda* y las instituciones que sustituyeron al Manicomio; 3. por último, conoceremos los elementos no médicos que influyeron en la clausura de la institución, tales como urbanos, económicos y políticos.

Esta metodología que planteamos nos permitirá conocer, en primera instancia, cuál era la perspectiva médico-científica que se tenía de la asistencia manicomial y porqué fue criticada durante varios años; eso sentaría las bases para la posterior reforma. Luego entonces, observar la *Operación Castañeda* nos servirá para conocer el proceso en sí, las dinámicas institucionales, las decisiones políticas y los nuevos hospitales y granjas que surgieron, además de ubicar las limitantes de los nuevos modelos que fueron la base de la reforma. Para terminar, es necesario proponer una hipótesis sobre el problema, que es la cruce de diversas variables, no sólo médicas, en la clausura del Manicomio, prestando más atención a los elementos urbanos. Los alrededores de La Castañeda (que antes se encontraba lejos de la ciudad) se comenzaron a poblar y, no obstante que eso era anti terapéutico según la psiquiatría tradicional, para 1960 la ciudad necesitaba casas para toda

la ola de migrantes que llegaban a laborar en la ahora monstruosa ciudad de México, sin mencionar los beneficios económicos que se obtendrían de la venta del terreno. Esto es trascendental para comprender la reforma asistencial psiquiátrica que se dio en México en los sesenta.

## HACIA EL FIN DEL MANICOMIO. UN RECORRIDO HISTORIOGRÁFICO

La Castañeda fue construida entre 1908 y 1910 bajo el régimen de Porfirio Díaz, y se han escrito algunos trabajos que hablan sobre su planeación, construcción y sus primeros años. Sin embargo, la clausura del Manicomio General ha sido escasamente abordada y dicho proceso ha quedado prácticamente olvidado por la historiografía.

A partir de la década de los noventa han aumentado los estudios culturales sobre temáticas que giran en torno a la locura y la psiquiatría.<sup>3</sup> Diversos autores se han interesado por temas como la vida cotidiana en los manicomios, las representaciones simbólicas de la locura, el desarrollo científico e ideológico de la medicina y la psiquiatría, las instituciones psiquiátricas, etc. Autores como Andrés Ríos Molina, Cristina Rivera Garza, Cristina Sacristán y algunos otros representan esta nueva corriente historiográfica.

Estos estudios culturales han enmarcado diversas dinámicas que ayudan a comprender cómo es que una ciencia como la psiquiatría se ha desenvuelto en ciertas esferas sociales, en relación siempre con su principal objeto de estudio: los locos. Es claro que aunque existen infinidad de formas de abordar la historia de la locura, muchos de estos estudios han girado en torno a las instituciones encargadas de la asistencia (o aislamiento) de los locos; es así como los manicomios se han convertido en una exquisita fuente de interpretación para los historiadores.

Hacer una historia administrativa-institucional, como pretende ser ésta, no queda exenta de las condicionantes culturales y sociales de la época, además puede dar pie a otras investigaciones que amplíen este marco historiográfico. Bien es cierto que existen autores que han hablado sobre la historia de las instituciones mentales en México, como el clásico Germán Somolinos, hasta los estudios más culturalistas de Andrés Ríos o Francisco

---

<sup>3</sup> Un estudio muy interesante sobre el recorrido historiográfico de la locura y la psiquiatría en México lo hizo Cristina Sacristán, “Historiografía de la locura y la psiquiatría en México. De la hagiografía a la historia posmoderna”, en *Frenia. Revista de la Historia de la Psiquiatría*, España, Instituto de Historia del Consejo Superior de Investigaciones Científicas, enero-junio de 2005, vol. V, t. 1.

Morales, éstos últimos abocados a la creación del Manicomio de La Castañeda. Sin embargo, existe la tendencia historiográfica, no sólo hablando de locura y psiquiatría, de estudiar la fundación de instituciones y sus primeros años, dejando de lado los años finales y las clausuras, elementos también interesantísimos.

Sin duda, al hablar de historia de la locura y la psiquiatría en México, el Manicomio de La Castañeda se convierte en un paradigma casi obligado, aunque no el único. La Castañeda fue durante muchos años la única institución pública encargada de la asistencia de los enfermos mentales y gracias al resguardo de todos los archivos institucionales, es posible recrear e interpretar históricamente su devenir. Es por eso que en esta investigación nos hemos interesado en dicha institución, pero no en los acontecimientos fundacionales, sino en sus últimos años, cuando el paradigma de la asistencia psiquiátrica pública demandó un cambio en las políticas de salud y cuando las condicionantes espaciales y urbanas de la capital del país exigían la clausura de la institución y su demolición para hacer construcciones más acorde con las dinámicas urbanas y poblacionales de la época.

Un primer autor que mencionaremos que ha hablado de este proceso de cierre del Manicomio de La Castañeda es Guillermo Calderón Narváez. Este autor fue un médico psiquiatra que trabajó como Jefe del Pabellón Central del Manicomio y posteriormente fue nombrado director de la dependencia de la Secretaría de Salubridad y Asistencia encargada de los asuntos concernientes a la salud mental y la asistencia psiquiátrica pública. Para él, la asistencia de los enfermos de la mente fue parte de un progreso constante que tuvo su punto de algidez cuando se fundaron las granjas para enfermos mentales y se clausuró el Manicomio de La Castañeda en la década de 1960,<sup>4</sup> proceso en que él participó activamente. Su trabajo es meramente descriptivo, no existe una interpretación histórica, y más bien lo que desarrolla son sus memorias. Él menciona que la apertura de las granjas psiquiátricas fue tal vez el acontecimiento más importante para la psiquiatría mexicana ya que con dicha reforma México se ponía a la altura de las naciones modernas en relación con la asistencia de las enfermedades mentales; en ese sentido, el cierre del Manicomio, más que un proceso histórico complejo, era el cambio obligado para mejorar y reformar la psiquiatría. Entonces pues, los antecedentes y condicionantes que expone los muestra para

---

<sup>4</sup> Guillermo Calderón Narváez, Las enfermedades mentales en México. Desde los mexicas hasta el final del milenio, México, Trillas, 2002.

justificar la decisión tomada. En su texto los elementos médicos fueron los únicos que tuvieron injerencia y por los que el presidente Díaz Ordaz ordenó la clausura de la institución.

Otro trabajo es el de Julieta Bernal Chávez. En su texto hace una correlación de los factores que patrocinaron el cierre del Manicomio General de la Castañeda, desde su inauguración hasta su clausura en los años sesenta, con respecto al contexto científico, histórico, social y económico del país. En la primera parte de su trabajo, la autora hace una historia de la institución con la finalidad de demostrar que La Castañeda surgió como un sitio de reclusión para los enfermos mentales. Menciona que el Manicomio estaba hecho para aislar a los enfermos y que su clausura respondió, entre otros, a dos elementos clave: 1. Como una forma de legitimar el régimen de Gustavo Díaz Ordaz, ofreciendo una solución al problema de la asistencia psiquiátrica, y 2. Que las nuevas granjas para enfermos mentales que surgieron en los sesenta, que a la postre sustituyeron a La Castañeda, más que ser planeadas como una alternativa al problema de la asistencia de los enfermos mentales, fueron una reproducción del sistema manicomial pensados para contrarrestar el aumento de pacientes consecuencia de la migración poblacional hacia la capital del país.<sup>5</sup> Este último argumento es muy interesante, sin embargo en su texto falta una contextualización más amplia para comprender el fenómeno migratorio y las nuevas necesidades urbanas.

Es posible observar en esta autora una especie de visión foucaultiana al referirse a la psiquiatría como una ciencia patrocinada por el Estado para acallar a sectores sociales que salían de la normatividad. Propone que la institución, más que tener un fin terapéutico, servía para recluir a los enfermos mentales, y esta idea, en mi opinión, surge por la falta de revisión de fuentes de la época, donde se puede ver que los psiquiatras sí buscaban un sistema eficiente para la asistencia de los enfermos. Esta autora también desarrolla la idea de una psiquiatría que ha “monopolizado” la asistencia de los enfermos y no ha permitido que otras ciencias se encarguen de plantear nuevas estrategias para el tratamiento de éstos, de esa forma intenta justificar la injerencia de su disciplina profesional, que es la psicología, como necesaria en las propuestas asistenciales públicas.

---

<sup>5</sup> Julieta Bernal Chávez, La institución psiquiátrica en el México de los sesentas: crisis y cierre del Manicomio de La Castañeda y nuevas aproximaciones a la salud mental, México, Universidad Nacional Autónoma de México, 2006 (Tesis de Licenciatura en Psicología).

Una de las historiadoras más importantes y citadas en el campo de la historia de la psiquiatría y la locura en México, Cristina Sacristán, también ha desarrollado algunas interpretaciones muy interesantes concernientes al cierre del Manicomio de La Castañeda. Según Sacristán, uno de los principales problemas que provocó la sobrepoblación del Manicomio fue la reglamentación y las políticas administrativas. Ella menciona que el problema en el que se vio envuelto el Manicomio General fue su doble carácter de hospital y asilo, referido en su Reglamento de 1913. El Manicomio no podía rechazar a ningún enfermo mental, pero tampoco a cualquier persona con debilidad social, es decir indigentes, ebrios o mendigos, que llegaran a pedir asilo, aunado a que en muchas ocasiones los enfermos eran dados de alta y la familia se negaba a recogerlos. Esta situación provocó el asilamiento de sujetos que no estaban locos en detrimento de los que sí necesitaban un tratamiento psiquiátrico.<sup>6</sup> A la larga, las filas del Manicomio fueron aumentando y en menos de veinte años después de su inauguración el número de pacientes excedía el límite poblacional de la institución, razón por la cual en el año de 1945 se abrió la primera granja para enfermos mentales en Guanajuato.

Las políticas administrativas jugaron un papel importante en las dinámicas poblacionales de la institución, sin embargo, hubo otras condicionantes que provocaron el cierre de la institución. En otro trabajo la autora menciona que el Manicomio General “padeció las dos lacras que enfrentaron muchos otros grandes manicomios, la masificación y la cronificación de los enfermos.”<sup>7</sup> Esto provocó que en La Castañeda se desarrollara una “leyenda negra” que hacía referencia al mal trato a los pacientes, el hacinamiento y métodos coercitivos e inhumanos. Eso impulsó a los psiquiatras a promocionar en distintos medios de comunicación la necesidad de modificar los métodos asistenciales de la psiquiatría pública, lo que dio como resultado la creación de granjas para enfermos mentales. Según la autora la reforma psiquiátrica en México comenzó con la apertura de la Granja de San Pedro del Monte en 1945 y culminó con la clausura del Manicomio en 1968, después de haberse inaugurado 12 granjas más. Durante este periodo “México se sumó al consenso internacional existente sobre la necesidad de dar un viraje en las políticas de salud

---

<sup>6</sup> Cristina Sacristán, “Una valoración sobre el fracaso del Manicomio de La Castañeda como institución terapéutica, 1910-1944”, en *Secuencia. Revista de Historia y Ciencias Sociales*, México, Instituto de Investigaciones Dr. José María Luis Mora, septiembre-diciembre de 2001, núm. 51, p. 100.

<sup>7</sup> Cristina Sacristán, “Un Estado sin memoria. La abolición ideológica de la institución manicomial en México (1945-1968)”, en *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría*, Argentina, Polemos, 2011, vol. XXII, p. 315.

mental, ante el convencimiento de que los enfermos mentales ya no debían ser confinados en instituciones que los aislaran de la sociedad.”<sup>8</sup>

Este estudio, aunque muy interesante, no investiga a fondo los discursos científicos que los médicos psiquiatras hicieron años antes de la creación de la primera granja para enfermos mentales en 1945. Aunque es verdad que los psiquiatras fueron patrocinadores de la reforma asistencial en México, existieron muchos más actores, tanto institucionales como políticos, inmersos en un contexto histórico favorable para que el cierre de La Castañeda pudiera darse.

En un último trabajo al que haremos referencia, la autora comienza su análisis a partir de la evaluación que realizó la Organización Panamericana de Salud (OPS) sobre los sistemas asistenciales psiquiátricos de México en el año 2004. Las autoridades de la OPS llegaron a la conclusión de que en México existe un retraso en la asimilación de las nuevas teorías en torno al tratamiento de las enfermedades mentales, situación que tiene un trasfondo histórico en nuestro país, ya que las dos grandes reformas al sistema de atención psiquiátrica (la creación de La Castañeda en 1910 y su clausura a partir de la creación de granjas para enfermos mentales en 1968) han sido grandes proyectos institucionales pero sin una verdadera reforma asistencial de fondo.<sup>9</sup> Y es que la atención psiquiátrica ofrecida en las granjas que se crearon, según la autora, no varió de los métodos utilizados en el Manicomio General, lo que llevó de nuevo a una sobrepoblación, olvido y hacinamiento de los enfermos mentales.

Si bien las tres propuestas de la autora son interesantes, existen elementos que podemos criticar. El primero es que para Sacristán el inicio de las reformas psiquiátricas en México comenzó con la apertura de la Granja de San Pedro del Monte en Guanajuato, en 1945. Sin embargo, en esta investigación planteamos que este acontecimiento fue aislado, ya que no se volvió a reproducir una institución similar sino hasta 1958. Proponemos que las reformas asistenciales en materia psiquiátrica devinieron hasta la creación de la Dirección de Salud Mental en 1959, al tiempo que los gobiernos de López Mateos y Díaz Ordaz destinaron un presupuesto importante a instituciones de salud. Otra cuestión

---

<sup>8</sup> Ibid.

<sup>9</sup> Cristina Sacristán, “Ser o no ser modernos. La salud mental en manos del estado mexicano, 1861-1968”, en Revista Espaço Plural, Paraná, Educação e Letras, Universidade Estadual do Oeste do Paraná, enero-junio de 2010, año XI, núm. 22, p. 23.



importante es que ninguno de los últimos tres autores citados más arriba hace una interpretación de cada una de las instituciones que sustituyeron al Manicomio, cuestión que nos parece indispensable para estudiar la *Operación Castañeda*. Por otro lado encontramos necesario encuadrar en esta investigación las diversas causantes que pudieron existir en el cierre de La Castañeda, desde los discursos médicos que proponían reformar la asistencia psiquiátrica a inicios de la década de 1940, las relaciones entre el gremio de los psiquiatras, el sector salud y el Estado, hasta las condicionantes económico sociales que participaron este proceso de cierre como la urbanización de la ciudad de México.

Este último punto sobre el crecimiento urbano de la capital del país quizá sea el más importante referente del cierre del Manicomio de La Castañeda y paradójicamente el más olvidado por la historiografía. Si bien Julieta Bernal y Cristina Sacristán hacen referencia al aumento poblacional debido a la migración constante hacia el Distrito Federal, ninguno de los autores antes mencionados ha explotado el tema del crecimiento de la ciudad capital como un factor crucial en la clausura de La Castañeda. En la época existieron diversos discursos, críticas, propuestas e inversión estatal para la asistencia psiquiátrica pública, pero la verdadera caída del Manicomio como institución terapéutica se dio cuando la dinámica urbana de la capital del país exigía la demolición de la institución que ocupaba grandes terrenos aptos para la vivienda popular. Este es un aporte historiográfico esencial en la investigación.

## FUENTES Y METODOLOGÍA

Las fuentes utilizadas en esta investigación fueron diversas. Por un lado fue necesario localizar las fuentes administrativas del Manicomio, para ello hemos ingresado al Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, en el Fondo Manicomio General, en la sección Administrativa y se han encontrado una gran cantidad de archivos que van desde las primeras propuestas para modificar la asistencia psiquiátrica llevada a cabo en La Castañeda, en los años cuarenta, hasta el traslado de los internos del Manicomio y su cierre, en la segunda mitad de los años sesenta. Aunado a esto también en el Fondo Secretaría de Salubridad y Asistencia, en la sección Subsecretaría de Asistencia, se han encontrado importantes informes acerca de la vida institucional del Manicomio General a raíz del nacimiento de la Dirección de Salud Mental.

Estos archivos administrativos fueron la base para una reconstrucción histórica de la administración de La Castañeda, ya que en ellos se encuentran informes de actividades hechas en el Manicomio, reportes de presupuesto, propuestas que los médicos hacían sobre la inoperancia de la institución, personal médico, programas a seguir cuando comenzó la *Operación Castañeda*, reglamentos, informes sobre la construcción de las instituciones que sustituyeron al Manicomio, artículos de los médicos, reportes del personal, quejas de diversos sujetos, etc.

Ahora bien, las fuentes de archivo, aunque necesarias, no fueron las únicas utilizadas en esta investigación. Otro tipo de fuentes que fueron cruciales son los artículos de los psiquiatras que vivieron el proceso de la *Operación Castañeda*. Se buscaron revistas de la época especializadas en salud, en psiquiatría y en neurología, escritos que los psiquiatras hubieron realizado y que hablaran sobre las dinámicas asistenciales del Manicomio, sobre propuestas terapéuticas y sobre las nuevas instituciones que sustituirían a La Castañeda. Se revisaron revistas como Salud Pública de México, la Gaceta Médica de México, las Memorias de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, Psiquis. Revista de Higiene Mental, la revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría, Revista de Neurología, Psiquiatría y Medicina Legal, Archivos Mexicanos de Neurología y Psiquiatría y la revista Salud Mental. Estas fuentes también fueron muy importantes en la investigación, ya que en ellas se reflejan las propuestas de los médicos para modificar y mejorar los sistemas asistenciales psiquiátricos de México. La mayoría de las propuestas y los discursos que son base de este estudio fueron extraídos de dichas revistas, por lo que su valor es mucho.

Para poder comprender mejor los procesos de urbanización de la capital del país se revisaron los documentos del Archivo Histórico del Distrito Federal (AHDF), Fondo Departamento del Distrito Federal, Sección Obras Públicas. En éste se encuentra mucho material en torno a las obras públicas y de urbanización de la entidad tales como informes, contratos, proyectos, planos, propuestas, vialidades, etc, algunos de ellos relacionados con el Manicomio y sus alrededores. Sin embargo, para poder ver mejor la expansión urbana del DF fue necesario conseguir planos y mapas donde se pudiera exponer la situación geográfica de La Castañeda, para de esta manera justificar la hipótesis de que el crecimiento de la ciudad fue una condicionante para su clausura; de esta manera se ubicaron planos tanto del Fondo Planoteca del AHDF como de la Mapoteca Manuel Orozco

y Berra de la Secretaría de Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación (SAGARPA).

La prensa también fue una fuente valiosa para ubicar cuál era la visión que se tenía del Manicomio, de la población vecina y de los legisladores. Aunado a esto, la revisión de fuentes secundarias, tanto de autores extranjeros como nacionales, fue necesaria con la finalidad de reconstruir un marco histórico general, una historia de las políticas de salud en México en la época en cuestión y un marco histórico particular, para de este modo tener una interpretación histórica más completa y bien fundamentada.

## LA COMPRENSIÓN DE LA CLAUSURA. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

Un primer objetivo de esta investigación es hacer una interpretación histórica sobre las diversas variables que influyeron en el cierre y demolición de La Castañeda. Sin embargo contar la historia sobre cómo fue sustituida la institución no es lo que queremos abocar, más bien pensamos plantear una problemática más amplia a resolver.

Según nuestra visión, la *Operación Castañeda* fue parte de un proceso más largo que no comenzó cuando se decretó la clausura del Manicomio en 1965, sino que fue antecedido por una serie de discusiones, propuestas, críticas, teorías, etc., que se gestaron muchos años atrás, más específicamente desde los inicios de la década de 1940. Desde esa década, los médicos psiquiatras que laboraban en el Manicomio comenzaron a expresar sus preocupaciones sobre la asistencia psiquiátrica que se llevaba a cabo, y al mismo tiempo propusieron una serie de alternativas para modificar el sistema asistencial. No obstante, tuvieron que pasar varios lustros para que el Estado prestara atención a los médicos y a sus propuestas y así llevar a cabo la clausura de la institución.

Aunque el gobierno de López Mateos comenzó a destinar recursos a la asistencia psiquiátrica, este no fue el motivo directo para que se planeara su clausura y demolición. Un par de meses después de la llegada de Gustavo Díaz Ordaz a la presidencia, éste reunió a los médicos más prominentes del Manicomio y a algunos arquitectos de la SSA para comenzar la clausura. Dada la rapidez de las circunstancias, que veremos más adelante, parece que la decisión de cerrar La Castañeda y demolerla para construir unidades habitacionales ya estaba tomada. Tanto las condiciones urbanas como los intereses económicos jugaron un papel fundamental y el presidente en turno, que conocía las críticas

y los discursos de los médicos hacia la asistencia psiquiátrica dado que ellos habían estado proponiendo reformas desde varios años atrás, tomó como base las problemáticas del Manicomio y mostró la clausura como un esfuerzo filantrópico hacia los enfermos mentales.

Por tal motivo, aunque es inminente hablar sobre el proceso de construcción de las instituciones alternativas que sustituyeron al Manicomio, también es necesario observar lo que propusieron los médicos psiquiatras desde la década de los cuarenta, a las políticas gubernamentales en torno a los enfermos mentales y a la expansión urbana, ya que estas perspectivas nos permitirán tener un panorama más amplio sobre el fenómeno que representó la *Operación Castañeda*, no sólo como un decreto estatal, sino como una problemática científica, social, urbana y económica.

Para llegar a tal fin es necesario establecer objetivos generales que dirijan las tesis de esta investigación. Primero, hemos de observar que para combatir la sobrepoblación del Manicomio, los médicos psiquiatras emprendieron una serie de discursos, críticas y propuestas hacia el sistema manicomial; en ese sentido, hay que conocer la relevancia que tuvieron estos psiquiatras, los diálogos que entablaron con las autoridades gubernamentales y la injerencia que su voz significó para el proceso de reforma. Si bien su opinión pudo ser la base mediante la cual el gobierno justificó la clausura del Manicomio, hay que saber que existieron otras variables que participaron en la *Operación*.

Comprender el proceso de la *Operación Castañeda* y conocer las instituciones que sustituyeron al Manicomio también es trascendental. Saber cuáles fueron las propuestas que se llevaron a cabo y cómo fueron distribuidos los pacientes de acuerdo a una catalogación psiquiátrica (crónicos y agudos) es un punto principal ya que esto nos permite observar qué era lo que se buscaba reformar. Cuando se comenzaron a construir las granjas para enfermos mentales, durante los sesenta, su propuesta fundamental para lograr la curación era la terapia ocupacional en labores agrícolas, ganaderas, artesanales, etc., prácticas que ya eran llevadas a cabo en el Manicomio mucho antes, lo que provocó que las problemáticas de La Castañeda se reprodujeran en las nuevas instituciones. Esto nos lleva a pensar que esta transformación asistencial no implicó una renovación terapéutica que ayudara a la mejora mental de los enfermos, sin embargo, discursivamente, fue presentada como la innovación que la psiquiatría necesitaba.

Por último, pero no menos importante, hemos de demostrar que la decisión de clausurar el Manicomio no fue la consecuencia de las diversas propuestas de los médicos, sino que respondió más bien a una dinámica urbana y a intereses económicos del grupo en el poder. A fin de demostrar esto, presentamos una serie de fuentes gráficas (planos y mapas) que nos ayudan a comprender las condiciones urbanas que aceleraron el cierre del Manicomio. En dichas fuentes se muestra la forma en que los alrededores del Manicomio se fueron poblando a lo largo de los años, desde finales del siglo XIX hasta la década de los sesenta. Éstas son fundamentales para demostrar cómo la expansión de la ciudad de México fue una de las principales condicionantes del cierre de La Castañeda. Este es quizá el aporte más significativo de esta investigación, ya que se demostrará que, no obstante que los médicos psiquiatras fueron los que más criticaron la institución, no fueron ellos quienes decidieron el futuro del Manicomio. De este modo, queremos plantear que la *Operación Castañeda* más allá de una reforma en los métodos asistenciales de la psiquiatría, fue resultado de un interés político para dar otra finalidad a los gigantescos terrenos que ocupaba la institución, es decir, casas habitación.

Para resolver todos estos objetivos, hemos dividido esta investigación en tres capítulos. En el primer capítulo pondremos atención a las críticas y propuestas de los médicos que comenzaron a desarrollar a partir de la década de 1940. Será más un análisis de los discursos que fueron la base de la *Operación Castañeda*, complementados con diversos acontecimientos que demostrarán la falta de una verdadera propuesta terapéutica y el poco apoyo estatal a las políticas referentes a la asistencia psiquiátrica.

En el segundo capítulo desarrollaremos el proceso de la *Operación Castañeda*, mencionaremos las granjas y Hospitales Campestres que fueron creados, apoyándonos en la hipótesis en las granjas se reprodujeron las condiciones de vida de La Castañeda, pero en otro espacio físico que aunque pudo mejorar la calidad de la asistencia, no transformó de lleno las terapias.

En el último capítulo hablaremos del desarrollo urbano que se llevó a cabo en los alrededores de La Castañeda. Por medio de planos y mapas demostraremos cómo se fue poblando la zona, cómo se modificaron los límites políticos de las delegaciones, de qué forma las vías de comunicación, principalmente el Anillo Periférico, influyeron en las

colonias vecinas y cuáles eran los intereses económicos que buscaban ciertos políticos.  
Concluiremos este apartado con la demolición de La Castañeda.

# **Capítulo 1**

## **La psiquiatría frente al Estado. Debates y propuestas sobre la asistencia psiquiátrica en México, 1940-1968**

### **Introducción**

Desde la década de 1940 se puede observar que los psiquiatras del Manicomio comenzaron a expresar sus preocupaciones con respecto al cuidado y tratamiento de los enfermos mentales de La Castañeda, basadas éstas en que la institución poco a poco se llenaba de pacientes que tenían remotas posibilidades de salir y llevar una vida “normal”. En ese sentido, la función de los psiquiatras era buscar la forma en que su disciplina médica cumpliera el principal objetivo (curar a los enfermos) lo que no se estaba logrando. Para los médicos del Manicomio, la finalidad de éste no era solamente asistir a los enfermos (es decir, brindarles cuidados y custodiarlos), sino que ellos partían del presupuesto, por lo menos discursivamente, de que La Castañeda debía ser una institución terapéutica que permitiera la cura o por lo menos la mejoría de los pacientes.

Los psiquiatras consideraban que debían realizarse modificaciones asistenciales que tuvieran un fondo terapéutico, no sólo para mejorar las condiciones de vida de los enfermos, sino para conseguir la curación de sus afecciones. Por lo menos eso es lo que ellos exponían. Así pues, la creación de nuevas instituciones sería la base de esta reforma asistencial que, combinadas con modelos terapéuticos novedosos, concluirían con una reestructuración de la psiquiatría pública mexicana. Estas nuevas instituciones solo podían llevarse a cabo con la financiación del Estado, de tal manera que a lo largo de los años de estudio vamos a observar una comunicación constante entre el gremio de los psiquiatras y diversas autoridades estatales encargadas de la salud pública. En tales comunicaciones se puede ver cómo los médicos del Manicomio hacían peticiones y proponían modificaciones para mejorar la asistencia psiquiátrica, para las cuales las autoridades del Estado en materia de salud (funcionarios de la SSA) muchas veces demostraban renuencia y por lo tanto no se llevaban a cabo, o por lo menos no como los psiquiatras las planteaban (situación constante hasta la década de 1960). Una de las bases principales de este apartado es demostrar esa comunicación entre los psiquiatras y el Estado y cómo se fue desarrollando la dinámica que a la larga el presidente Gustavo Díaz Ordaz utilizó para justificar la clausura del Manicomio.

El objetivo principal de este capítulo es comprender el proceso de reforma asistencial desde los médicos y conocer qué papel jugaron o que tan relevantes fueron los psiquiatras en la *Operación Castañeda*. Es interesante observar que para los médicos el problema del Manicomio era que la asistencia no era suficiente, y tenían la convicción que su trabajo era curar a los enfermos mentales y pensaban que las terapias evolucionarían si se modificaban los métodos asistenciales. Si bien los cambios que los psiquiatras planteaban implicaban mejoras en la asistencia, terapéuticamente no se proponían muchos cambios y es que en realidad no se sabía a ciencia cierta cómo curar la enfermedad mental. Sin embargo, en sus discursos, podemos notar un optimismo en sus propuestas en el que pareciera que las modificaciones asistenciales traerían consigo la mejoría de los pacientes.

Por otro lado, para el gobierno la problemática no era ni de terapéutica ni de asistencia, sino de espacio, y esto determinó en gran medida que pasaran varios años antes de que se brindara un apoyo a la psiquiatría pública, ya que el gasto para abrir nuevas instituciones para enfermos mentales no era algo que quisiera asumirse. Es decir, la visión que se tenía de la problemática era distinta y por eso la comunicación entre los médicos y el gobierno era una especie de “diálogo de sordos”. En ese sentido, podemos anteceder que la relevancia de los médicos en la *Operación Castañeda* fue básicamente discursiva, es decir, el gobierno financió una reforma asistencial hasta principios de la década de 1960 basado en lo que los psiquiatras habían propuesto varios lustros antes, sólo cuando diversas condicionantes exigieron aplicar el cambio.

Lo que se plantea en este capítulo es articular dos elementos interpretativos que son: primero observar las peticiones y debates en torno a la asistencia psiquiátrica llevada a cabo en el Manicomio en relación con los diálogos que existieron entre el gremio de los médicos de La Castañeda y las autoridades estatales encargadas de la salud pública. Estas últimas observaban al Manicomio como una institución para asistir y cuidar a los enfermos mentales que se pensaban irrecuperables, mientras que los médicos psiquiatras proponían modificaciones para demostrar que su profesión y la institución tenían como fin buscar la curación de los enfermos, y no sólo “almacenar” a tales; segundo, conocer que el problema de la sobrepoblación, que era atribuido por los psiquiatras a lo insuficiente de la institución, pudo responder a diversos factores (falta de desarrollo en las terapéuticas psiquiátricas, crecimiento urbano, etc.), sin embargo, las propuestas de los psiquiatras eran construir



nuevas instituciones donde enviar a los enfermos, sin plantear innovaciones terapéuticas, más sí asistenciales, que realmente distaran de las llevadas a cabo en La Castañeda.

### **1.1 Una posible génesis del problema asistencial psiquiátrico**

A finales del siglo XIX, durante los gobiernos de Porfirio Díaz (1876-1880 y 1884-1911) y Manuel González (1880-1884), un grupo de médicos manifestaron la necesidad de crear una institución que atendiera a los enfermos mentales de la capital del país, como una parte importante, según los científicos positivistas, de la modernización de la misma. En el año de 1881, el Consejo Superior de Salubridad entregó un “Informe a la Secretaría de Gobernación sobre la planeación de un manicomio”.<sup>10</sup>

El gobierno apoyó la iniciativa del director del Consejo Superior de Salubridad y lo comisionó para buscar un terreno apropiado para la construcción de éste.<sup>11</sup> Una vez localizado el terreno, en el año de 1883 el Secretario de Fomento, Colonización, Industria y Comercio encargó al doctor Román Ramírez que estudiara la literatura científica más moderna de la época y propusiera las medidas que debían tomarse para la creación de la institución.<sup>12</sup> A pesar de que el sistema manicomial ya había sido muy criticado en otras partes del mundo, Ramírez, apoyado por otros médicos como José Peón Contreras, aseguró en su informe que la institución idónea para el tratamiento de dichos enfermos era el manicomio. La edificación de éste se alargó varios años hasta que en 1908 se iniciaron las obras que concluyeron en 1910. Fue inaugurado el 1º de septiembre de ese año con el nombre oficial de Manicomio General “La Castañeda”, llamado así por haber sido construido sobre una antigua hacienda que llevaba el mismo nombre.

La Castañeda fue financiada por el Estado porfiriano, el cual estaba muy influenciado por la ideología positivista,<sup>13</sup> por lo que una de las motivaciones del gobierno

---

<sup>10</sup> Archivo Histórico de la Secretaría de Salud (en adelante AHSSA), Fondo Beneficencia Pública (en adelante F-BP), Sección Establecimientos Hospitalarios (en adelante S-EH), Serie Manicomio General (en adelante Se-MG), legajo 1, exp. 2, f. 1. Consejo Superior de Salubridad, “Informe a la Secretaría de Gobernación sobre la planeación de un manicomio”, en 1881.

<sup>11</sup> Blanca Ramos de Viesca y Othón Tirado, “El Manicomio General de México. La anécdota de un terreno”, en Psiquiatría, México, Asociación Psiquiátrica Mexicana AC., septiembre-diciembre de 1993, vol. 9, núm. 3, pp. 214-215.

<sup>12</sup> José Luis Patiño Rojas e Ignacio Sierra Macedo, Cincuenta años de psiquiatría en el Manicomio General, México, Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1960, pp. 2-3.

<sup>13</sup> El positivismo fue una corriente de pensamiento que suponía que el progreso constante era la meta de la sociedad; al mismo tiempo afirmaba que el único conocimiento auténtico era el científico y sólo se podía

de Díaz fue llevar a México a la altura de las naciones “modernas”, con respecto a la atención de las enfermedades mentales. Quizá estos antecedentes parezcan un poco de sobra, pero lo que queremos resaltar es que el Manicomio fue el resultado de la adaptación de un modelo institucional y terapéutico que se había utilizado en naciones europeas, es decir, se creó un manicomio al estilo francés, de esos que a inicios del siglo XIX teorizó, por ejemplo, Jean Étienne Esquirol,<sup>14</sup> y se sacó a los enfermos de los viejos hospitales de origen colonial para dementes.<sup>15</sup> Aunque la forma de asistir a los enfermos se revolucionó con la construcción de La Castañeda, ya que no estarían en una institución completamente cerrada, sobrepoblada, y combinados unos enfermos con otros, lo que se sabía sobre el tratamiento de la enfermedad mental era limitado y se esperaba que la institución ayudara a la curación por sí misma al estar en un terreno amplio, alejado de la ciudad, por tener instalaciones nuevas y por ofrecer al enfermo actividades lúdicas y laborales que lo distrajeran de su locura.

Según Cristina Sacristán, la creación del Manicomio General significó el desarrollo de la psiquiatría profesional mexicana,<sup>16</sup> lo que indica que cuando se inauguró el Manicomio General la práctica psiquiátrica era una disciplina precaria, cuestión que provocó que muchos de los primeros médicos del Manicomio no fueran psiquiatras, sino cirujanos.<sup>17</sup> En el Manicomio se ofrecieron cátedras de psiquiatría,<sup>18</sup> sin embargo tuvieron que pasar varios años, hasta la década de 1920, para que surgiera la primera generación de psiquiatras profesionales. Entonces pues, los primeros psiquiatras de México se formaron a

---

llegar a él por métodos observables. Nació a mediados del siglo XIX y fue ideada por el francés Augusto Comte y debido a las dinámicas de afrancesamiento del porfiriato, dicha corriente fue adoptada en México en el último tercio del siglo XIX.

<sup>14</sup> La idea de este médico francés era crear edificios especiales para la atención de los enfermos mentales con características como: dividir a los enfermos por similitud de enfermedades; ser construidos a las afueras de las ciudades, con una vista agradable de la naturaleza; tener grandes jardines para practicar una terapia ocupacional y para que el enfermo no tuviera la sensación de encierro. Todos éstos, factores importantes en la recuperación del enfermo, Jaques Postel y Claude Quétel, Nueva historia de la psiquiatría, México, Fondo de Cultura Económica, 1987, pp. 313-314.

<sup>15</sup> A saber, el Hospital de Hombres Dementes de San Hipólito y el Hospital de Mujeres Dementes del Divino Salvador, mejor conocido como “La Canoa”.

<sup>16</sup> Cristina Sacristán, “La contribución de La Castañeda a la profesionalización de la psiquiatría mexicana, 1910-1968”, en Salud Mental, México, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, noviembre-diciembre de 2010, vol. 33, núm. 6, p. 476.

<sup>17</sup> Ibid., p. 477.

<sup>18</sup> El primer director del establecimiento, José Mesa Gutiérrez, impartió el primer curso de Clínica Psiquiátrica en el Manicomio en 1911, Andrés Ríos Molina, La locura durante la Revolución mexicana. Los primeros años del Manicomio General La Castañeda, 1910-1920, México, El Colegio de México, 2009, p. 34.

la par de la experiencia que obtenían en el cuidado de los enfermos.<sup>19</sup> Así pues, debido a la práctica cotidiana fueron estos primeros psiquiatras, como Manuel Guevara Oropesa, Samuel Ramírez Moreno, Leopoldo Salazar Viniegra, Edmundo Buentello, Alfonso Millán, Mathilde Rodríguez Cabo, entre otros, quienes para la década de 1940 estaban pidiendo una reforma en los métodos de asistencia.

Para los psiquiatras, el Manicomio había significado el mayor avance en relación con la medicina psiquiátrica en la época en que fue construido, y no faltó quien afirmara que “los edificios del Manicomio General fueron diseñados según los conceptos hospitalarios de la época, y se le consideró lo mejor de Latinoamérica.”<sup>20</sup> Entonces, ¿por qué para mediados del siglo XX los psiquiatras que se habían formado como tales en el Manicomio comenzaban a proponer alternativas asistenciales y a criticar a la institución? Es claro que los médicos fueron los primeros en observar las problemáticas del Manicomio al laborar diariamente en él, pero hay que analizar hacia dónde iban sus críticas y cuáles eran sus propuestas.

## **1.2 El eterno problema: la sobrepoblación**

A partir de la década de 1940 ya encontramos expresiones de médicos que aseguraban que la asistencia en La Castañeda se quedó estancada con respecto al avance de la medicina psiquiátrica y dicha institución iba “resultando anacrónica e insuficiente.”<sup>21</sup> El hecho de que diversos médicos de La Castañeda comenzaran a mencionar esto, implica que observaban problemas graves que había que solucionar; entonces ¿qué veían los psiquiatras como la fuente de las problemáticas de La Castañeda, que al mismo tiempo eran la génesis de sus propuestas? La respuesta es la sobrepoblación.

La sobrepoblación de los manicomios en diversas partes del mundo fue una constante desde el siglo XIX, poco después de que éstos fueron construidos en diversos países de Europa. Esto provocó todas las críticas al sistema manicomial, mismas que a la

---

<sup>19</sup> Guillermo Calderón Narváez, “Hospitales psiquiátricos de México. Desde la Colonia hasta la actualidad”, en Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría, México, Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría, julio-septiembre de 1966, vol. 7, núm. 3, p. 115.

<sup>20</sup> Agustín Palacios, “Visión histórica de la psiquiatría en México”, en Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría, México, Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría, marzo de 1967, vol. 8, núm. 1, p. 25.

<sup>21</sup> Guillermo Calderón Narváez, “Hospitales psiquiátricos de México...”, op. cit., p. 115.

larga causaron su caducidad como único método asistencial en lugares como Francia, Inglaterra o Estados Unidos.<sup>22</sup>

Al igual que en otros manicomios del mundo, después de 10 años de su inauguración La Castañeda comenzó a sufrir del problema de la sobrepoblación que caracterizó a ese tipo de instituciones. En la Gráfica 1 podemos observar cómo entre 1930 y 1950 el número de pacientes del Manicomio excedió la capacidad de éste. Según Cristina Sacristán, un primer fenómeno que provocó esto fue que en el Reglamento del Manicomio, elaborado en 1913 (nótese que el Reglamento fue elaborado tres años después que se inauguró), se le daba a la institución el doble carácter de manicomio y asilo.<sup>23</sup> Esto significaba que además de internar enfermos mentales, se asilaban a personas con “debilidad social”, es decir indigentes, alcohólicos, personas sin hogar, etc., y esto se debía a que el Manicomio dependía de la Beneficencia Pública,<sup>24</sup> institución encargada de brindar auxilio a los más necesitados (esto nos muestra que la naturaleza del Manicomio era brindar ayuda a los “débiles sociales” antes que intentar curar la enfermedad mental). Muchas veces ocurría que cuando un paciente era dado de alta la familia se negaba a recogerlo, alegando que su paciente no estaba del todo curado y debido al carácter de asilo del Manicomio el individuo no podía salir de la institución y pasaba de paciente a “asilado”.<sup>25</sup> Otra situación común era que los delincuentes diagnosticados con alguna enfermedad mental eran remitidos al Manicomio para su tratamiento, pero al otorgarles los psiquiatras el alta médica, las autoridades judiciales prohibían la salida del individuo por ser éste un peligro para la sociedad.

---

<sup>22</sup> Para el caso francés véase Ian R. Dowbiggin, Inheriting Madness. Professionalization and psychiatric knowledge in nineteenth century France, Estados Unidos, University of California Press, 1991; Ricardo Campos, “De la higiene del aislamiento a la higiene de la libertad. La reforma de la institución manicomial en Francia (1860-1940)”, en Frenia. Revista de Historia de la Psiquiatría, Madrid, España, Instituto de Historia del Consejo Superior de Investigaciones Científicas, enero-junio de 2001 vol. I, t. 1; para Inglaterra véase Andrew Scull, The most solitary of afflictions. Madness and society in Britain 1700-1900, Estados Unidos, Yale University Press, 1993; para Estados Unidos véase Lynn Gamwell y Nancy Tomes, Madness in America. Cultural and medical perceptions of mental illness before 1914, Estados Unidos, Cornell University Press, 1995; Gerald N. Grob, The mad among us. A history of the care of America’s mentally ill, Estados Unidos, Harvard University Press, 1994.

<sup>23</sup> Cristina Sacristán, “Una valoración...”, op. cit., p. 95.

<sup>24</sup> En 1938 desapareció la Beneficencia Pública, para dar paso a la Secretaría de Asistencia Pública, a la cual pasó a depender el Manicomio.

<sup>25</sup> Por “asilados” vamos a referirnos a aquellos individuos que no tenían una afección mental, sin embargo permanecían en La Castañeda donde se les ofrecía techo y comida.

A lo largo de la década de 1930 los psiquiatras de La Castañeda criticaron estas problemáticas y exigieron una reforma al Reglamento con el objetivo de fortalecer las normas de admisión. En el artículo 11° se especificaba que para internar a una persona se requería del certificado de dos médicos que aclararan que sufría de sus facultades mentales.<sup>26</sup> Esto fue motivo de descontento entre los psiquiatras ya que no era necesario que el médico que hiciera la constancia fuera especialista en enfermedades mentales. Además alegaban que muchas veces esta regla no se seguía al pie de la letra,<sup>27</sup> porque en diversas ocasiones los familiares sólo abandonaban ahí al enfermo, las autoridades judiciales remitían individuos sin tales constancias, o simplemente algún indigente pedía asilo en la institución, quedando dichos sujetos en calidad de “asilados”, “esta situación provocó el asilamiento de sujetos que no estaban locos en detrimento de los que sí necesitaban un tratamiento médico.”<sup>28</sup>

El Manicomio fue construido para albergar hasta 1300 personas, pero en mayo de 1931 el número de internos ascendía a 1883, que unos meses más tarde alcanzó la cifra de 1905, para llegar a 2001 en junio de 1932; un año después la población alcanzaba los 2053 pacientes y para fines de 1936 los internos hacían un total de 2692.<sup>29</sup> En 1937 el doctor Alfonso Millán, director de La Castañeda entre 1934 y 1937, tuvo que “hacer más espacio entre los pabellones para que algunos internos [durmieran] en el suelo, ya que las camas ocupan más espacio”,<sup>30</sup> porque a pesar de que en ese año se aumentó la capacidad física del Manicomio para recibir más pacientes “con ampliaciones o segundos pisos, etc., hasta [para asilar] dos mil enfermos [albergaba en 1949], prácticamente hacinados unos sobre otros”,<sup>31</sup> a más de 2800.

Sacristán da una cifra muy esclarecedora que debe ser puesta en análisis: de los 2890 internos en 1937, 2273 eran enfermos mentales y 517 “asilados”.<sup>32</sup> Sin embargo, si observamos detenidamente, en 1937 La Castañeda tenía una capacidad para 2000 pacientes

---

<sup>26</sup> AHSSA, F-BP, S-EH, Se-MG, legajo 3, exp. 25. “Reglamento del Manicomio General”, en noviembre de 1913.

<sup>27</sup> Cristina Sacristán, “Una valoración...”, op. cit., p. 99.

<sup>28</sup> Ibid., p. 100.

<sup>29</sup> Ibid., p. 97.

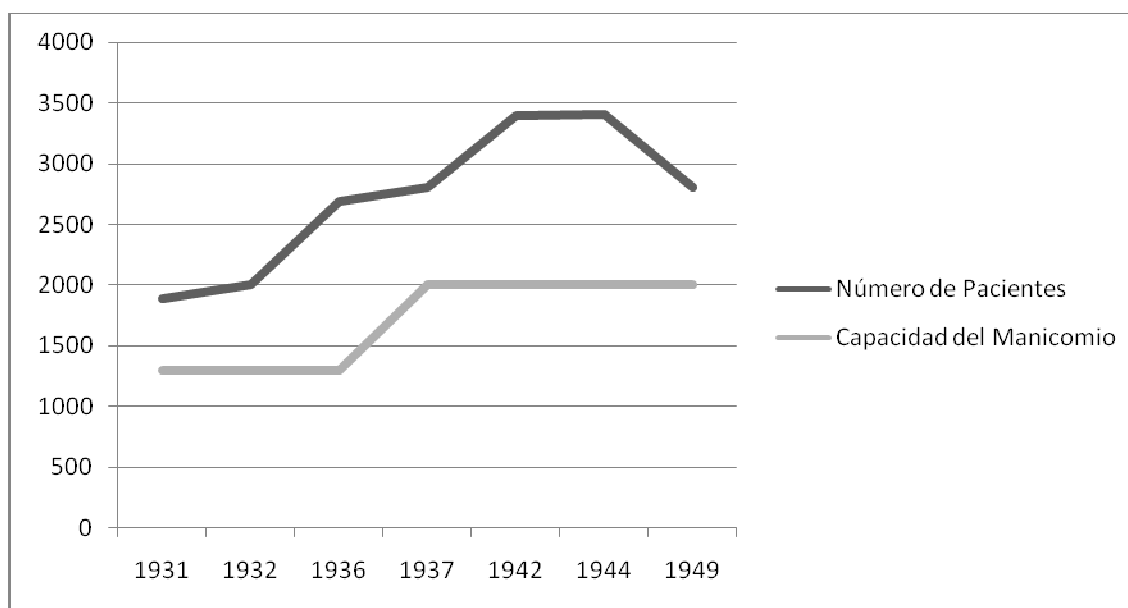
<sup>30</sup> AHSSA, Fondo Manicomio General (en adelante F-MG), Sección Administrativa (en adelante S-Adm), caja 24, exp. 27. Alfonso Millán, “Informe a la Secretaría de Asistencia Pública”, en 1937.

<sup>31</sup> Alfonso Millán, “La lucha contra las enfermedades mentales y neuróticas”, en Psiquis. Revista Mexicana de Higiene Mental, México, Liga Mexicana de Higiene Mental, enero de 1949, p. 8.

<sup>32</sup> Cristina Sacristán, “Una valoración...”, op. cit., p. 101.

y si quitáramos a los individuos internados como “asilados” aún queda un excedente de 273 internos. Si bien la propuesta de Sacristán es interesante y ofrece una interpretación sobre el problema de la sobrepoblación en el Manicomio, el número de “asilados” no era ni la mitad de los que estaban internados en calidad de enfermos mentales.

Gráfica 1. Comparación entre el número de pacientes y la capacidad del Manicomio entre 1930 y 1950



Fuente: Elaboración propia a partir de Cristina Sacristán, “Una valoración...”, *op. cit.*, pp. 97-100; AHSSA, F-MG, S-Adm, caja 24, exp. 27.

Si la base fundamental del problema no era únicamente la situación de los internos en calidad de “asilados”, puede ser que hubiera otro tipo de problema. El doctor Manuel Guevara Oropesa, quien también fuera director de la institución, dio otra respuesta. Según él, La Castañeda fue creada para albergar pacientes del Distrito Federal, sin embargo al ser el único de su especie desde que se comenzaron las labores en él, recibió enfermos de todas las entidades de la República, y hasta deportados “psicóticos” que eran enviados por las autoridades de Estados Unidos.<sup>33</sup>

<sup>33</sup> Hubo individuos que migraron a Estados Unidos y después de haber trabajado un tiempo allá presentaron trastornos mentales. Las autoridades estadounidenses encerraron a estos sujetos en cárceles y hospitales psiquiátricos y después los deportaron a México donde fueron internados en el Manicomio de La Castañeda con el diagnóstico de “psicosis del repatriado”, Andrés Ríos Molina, “La psicosis del repatriado. De los campos agrícolas de Estados Unidos al Manicomio La Castañeda en la ciudad de México, 1920-1944”, en *Mexican Studies/Estudios Mexicanos*, Estados Unidos, University of California, Institute for Mexico and United States, verano de 2011, vol. 27, núm. 2, p. 363.

El doctor Guevara Oropesa menciona que para 1943 “de 1844 asilados hombres que existen en el Manicomio, 1120 son residentes del Distrito Federal y 724 son residentes de otros Estados de la República. De las 1563 mujeres asiladas, 1150 son residentes del D.F., 413 residentes de otros estados.”<sup>34</sup> Si hacemos un ejercicio similar al que realizamos con respecto al número de enfermos y “asilados”, los resultados son interesantes: en 1943, fecha en que Guevara Oropesa hizo su análisis sobre la cantidad de pacientes residentes del Distrito Federal y del resto de la República, la capacidad del Manicomio seguía siendo para 2000 enfermos; si quitáramos a los internos que venían del resto de la República la cifra resulta ser de 2270 enfermos, entre hombres y mujeres, lo que nos deja con un excedente de 270 individuos.

Pensamos que el problema no tiene que ver solamente con la reglamentación administrativa o con el número de manicomios, sino también con la naturaleza asistencial de La Castañeda que básicamente se abocaban a la custodia y cuidado de los enfermos, lo cual provocaba que no salieran de la institución. Según Julieta Bernal, si el Manicomio “ofrecía cura y rehabilitación, resultaba contradictorio que no lograra su objetivo, luego entonces, la función del establecimiento ya no servía más al Estado [...]. En esto consistió la crisis principal de La Castañeda.”<sup>35</sup> Este argumento puede tener cierto grado de razón, sin embargo, hay que preguntarse si realmente las autoridades políticas y la sociedad esperaban que en el Manicomio se curaran los enfermos mentales. Nosotros pensamos que La Castañeda era vista por las autoridades políticas como un lugar de custodia y asistencia para los individuos ahí internados, y no como una institución terapéutica donde los enfermos se curaran, eso explicaría que el Manicomio también cumpliera una función de asilo para personas sin hogar, por ejemplo, y dicha situación también explicaría por qué el apoyo estatal fue mínimo, por lo menos hasta la década de los sesenta.

Los médicos psiquiatras estaban en contra de esa idea. Ellos tenían que revalorizar su profesión para no ser vistos como custodios de un mar de enfermos mentales incurables, y de ahí que promocionaran métodos asistenciales que según ellos conllevaran una dinámica terapéutica y mostraran a las instituciones psiquiátricas como un lugar donde los enfermos mentales fueran atendidos para lograr curar, o por lo menos mejorar de su

---

<sup>34</sup> AHSSA, F-MG, S-Adm, caja 43, exp. 4, f. 9. Manuel Guevara Oropesa, “La asistencia psiquiátrica en el Distrito Federal y en general el problema de la asistencia a alienados en la República”, en agosto de 1943.

<sup>35</sup> Julieta Bernal Chávez, *op. cit.*, p. 19.

afección. El objetivo era abandonar la imagen del Manicomio como un almacén donde sólo se asistiera a los enfermos, y de esta manera conseguir el apoyo estatal.

La sobrepoblación de La Castañeda mostraba que ésta no era suficiente para la atención de la totalidad de los enfermos mentales, por esa razón los médicos comenzaron a proponer instituciones alternativas que cumplieran con la función de curar a los enfermos. Sin embargo, en todas las propuestas de los psiquiatras encontramos una paradoja que podemos adelantar: todas iban dirigidas a liberar de pacientes el Manicomio, porque esa era la problemática más visible, pero no a proponer en sí innovaciones terapéuticas que distaran de las acciones llevadas a cabo en La Castañeda, y un ejemplo de ello es la terapia ocupacional.

### **1.3 La terapia ocupacional y la Granja de San Pedro del Monte: ¿una solución ideal?**

La propuesta más importante fue la del doctor Manuel Guevara Oropesa, sobre crear una granja para enfermos mentales. El día 11 de febrero de 1941 Guevara Oropesa envió una carta al Secretario de Asistencia Pública, Gustavo Baz, donde le expresaba uno de los principales problemas que sufría el Manicomio: “prácticamente único en toda la República este Manicomio, recibe enfermos de todos los Estados teniendo desde hace mucho tiempo una población que sobrepasa en más del doble su capacidad. Además el número de ingresos es incesante, en tanto que ni las altas ni las defunciones equilibran el constante incremento.”<sup>36</sup> A razón de esto, propuso crear “granjas para alineados” [sic] que estuvieran a las afueras de la ciudad, con un cupo máximo de 400 asilados y que estarían dotadas de terrenos para ser cultivados por los pacientes. A dichas granjas serían enviados aquellos enfermos que hubiesen sido diagnosticados con enfermedades crónicas (es decir, de larga recuperación). Al mismo tiempo proponía crear estas granjas en cada uno de los estados de la República.<sup>37</sup> “Así inició la granja de San Pedro del Monte.”<sup>38</sup>

En el año de 1941, durante el gobierno del general Manuel Ávila Camacho (1940-1946), la Secretaría de Asistencia Pública (que absorbió en 1938 a la Beneficencia Pública,

---

<sup>36</sup> AHSSA, F-MG, S-Adm, caja 43, exp. 4, f. 1. Manuel Guevara Oropesa, “La asistencia psiquiátrica en el Distrito Federal y en general el problema de la asistencia a alienados en la República”, en agosto de 1943.

<sup>37</sup> AHSSA, F-MG, S-Adm, caja 43, exp. 4, f. 1. Manuel Guevara Oropesa, “La asistencia psiquiátrica en el Distrito Federal y en general el problema de la asistencia a alienados en la República”, en agosto de 1943.

<sup>38</sup> Martha Valdez, Entrevista al doctor Manuel Guevara Oropesa, México, Instituto de Investigaciones Dr. José María Luis Mora, 1977, pp. 203-204.



razón por la cual el Manicomio pasó a formar parte de ésta) “compró la antigua Hacienda de San Pedro del Monte para edificar en sus 92 hectáreas la primera Granja de Recuperación para Enfermos Mentales Pacíficos de México.”<sup>39</sup> Fue inaugurada en 1945 y tenía capacidad para 400 pacientes que serían trasladados de La Castañeda. En teoría, la granja sería una extensión del Manicomio y su principal objetivo era desahogar la sobrepoblación que sufría la institución manicomial, al mismo tiempo que ofrecería una terapia que fue presentada como innovadora en su clase: la terapia ocupacional.

La terapia ocupacional aplicada en psiquiatría se basaba en la idea de que el enfermo mental debía realizar labores domésticas, agrícolas, artesanales y lúdicas con la finalidad de alejar las ideas delirantes y restablecer las facultades mentales, además de “infundir en los enfermos la idea de que se reintegrarían a la sociedad cuando fueran capaces de desempeñar un trabajo.”<sup>40</sup> Es importante hablar de la terapia ocupacional ya que ésta fue presentada por los psiquiatras como una gran novedad, no sólo en la creación de la Granja de San Pedro del Monte, sino en todo el proceso de la *Operación Castañeda* en la década de 1960.

Sin embargo, algo que los psiquiatras no quisieron notar es que dicha terapia había sido practicada en La Castañeda muchos años antes de la creación de la Granja de Guanajuato, como afirmó el doctor Samuel Ramírez Moreno: “muchas terapias se vienen empleando desde hace tiempo, como la ocupacional, que aunque ya se practicaba desde años atrás, tuvo su máximo desarrollo en 1930, en el Manicomio de ‘La Castañeda.’”<sup>41</sup> El doctor Francisco Garza García dijo que fue Ramírez Moreno, director de La Castañeda entre 1929 y 1932, quien instituyó dicho método con gran éxito, pero éste quedó en desuso después de su salida de la Dirección. Según él, fue en 1943 “cuando estudiando el problema de que el Manicomio General resultaba insuficiente para contener la gran cantidad de enfermos necesitados de internamiento, cuando volvió a recordarse la Terapia Ocupacional

---

<sup>39</sup> Cristina Sacristán, “Reformando la asistencia psiquiátrica en México. La Granja de San Pedro del Monte: los primeros años de una institución modelo, 1945-1948”, en *Salud Mental*, México, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, junio de 2003, vol. 26, núm. 3, p. 58.

<sup>40</sup> Cristina Sacristán, “Para integrar a la nación. Terapéutica deportiva y artística en el Manicomio de La Castañeda en un momento de reconstrucción nacional”, en Claudia Agostoni (coord.), *Curar, sanar y educar. Enfermedad y sociedad en México, siglos XIX-XX*, México, Instituto de Investigaciones Históricas, Universidad Nacional Autónoma de México, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, 2008, p. 99.

<sup>41</sup> Samuel Ramírez Moreno, *La asistencia psiquiátrica en México. Trabajo presentado en el Congreso Internacional de Psiquiatría de París, Francia*, México, Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1950, p. 57.

y sus enormes posibilidades.”<sup>42</sup> Estas palabras del doctor Garza García hacen pensar que la terapia ocupacional fue la gran idea que, retomada y mejorada, hizo de la Granja de San Pedro del Monte una institución diferente.

Aunque es cierto que la terapia ocupacional tuvo un desarrollo más consistente en el Manicomio General en la década de 1930, y que se desarrollaron diversos tipos de actividades ocupacionales como “actividades musicales, cinematográficas y deportivas con fines terapéuticos”,<sup>43</sup> algunos autores mencionan que “estas formas de ocupación no tenían más fin que sacar a los enfermos de la inactividad”;<sup>44</sup> este argumento refuerza la idea que aunque en el Manicomio se buscaban innovar terapias, lo único que se lograba era reestructurar los métodos asistenciales.

La terapia ocupacional fue practicada por los árabes desde el siglo VIII y fue retomada por los españoles después de la conquista musulmana a la Península Ibérica.<sup>45</sup> Este tipo de terapia se esparció por Europa y fue mejor desarrollada a partir del inicio del siglo XIX, tras el establecimiento en Francia del “tratamiento moral”,<sup>46</sup> con el que se proponía “traer de regreso” la razón del alienado (enfermo mental) por medio de la palabra, la comprensión y la misma terapia ocupacional. En México, al haber adoptado el sistema manicomial desarrollado en Europa en el siglo XIX, el “tratamiento moral” se convirtió en la teoría psiquiátrica imperante,<sup>47</sup> y eso explica porqué el Manicomio fue planeado con una enorme cantidad de terrenos cultivables, además desde su creación contaba con un Pabellón de Trabajadores.

---

<sup>42</sup> Francisco Garza García, “La terapia ocupacional para enfermos mentales en México”, en Revista Mexicana de Psiquiatría, Neurología y Medicina Legal, México, julio-agosto de 1946, vol. XIII, núm. 74, p. 15.

<sup>43</sup> Cristina Sacristán, “Reformando la asistencia psiquiátrica...”, op. cit., p. 61.

<sup>44</sup> Cristina Sacristán, “Para integrar a la nación...”, op. cit., p. 108.

<sup>45</sup> Cristina Sacristán, “Reformando la asistencia psiquiátrica...”, op. cit., p. 61.

<sup>46</sup> El “tratamiento moral” era una terapia afectiva que estaba dirigida a influir en las pasiones y acciones del individuo enfermo de la mente. Fue un dispositivo terapéutico cuyo fin era intervenir en el paciente por medio de tres dispositivos: el aislamiento, la relación persuasiva-punitiva entre el médico y el paciente y la terapia ocupacional. Esta teoría decía que los locos no eran enfermos irrecuperables sino que podían ser curados debido a que la enajenación mental no los privaba del entendimiento, y por lo tanto podían ser persuadidos entre lo normal y lo trasgresor, por tal motivo era necesario liberar a los locos de las cadenas y hacer uso de la filantropía y la palabra. Fue en todo el siglo XIX cuando el tratamiento moral se estableció como la terapia imperante, Daniel Vicencio, Diez historias de locura y masculinidad en el Porfiriato tardío. Locura, encierro y cotidianeidad, Ciudad de México, 1900-1910, México, Escuela Nacional de Antropología e Historia, 2010, p. 164 (Tesis de Licenciatura en Historia).

<sup>47</sup> Francisco Morales Ramírez, La apoteosis de la medicina del alma, México, Universidad Nacional Autónoma de México, 2008, p. 115 (Tesis de Licenciatura en Historia).

De hecho desde el “Informe sobre la planeación de un manicomio” del Consejo Superior de Salubridad, citado al principio del capítulo, se sugirió que las tierras de la institución deberían “ser a propósito para que un trabajo fácil que se pueda hacer en horas oportunas, proporcione al enfermo ocupación y distracción y a los fondos economías [sic].”<sup>48</sup> Y para ir más atrás, desde la segunda mitad del siglo XIX, en los antiguos hospitales para dementes en México, el Hospital de San Hipólito, para varones, y el Hospital del Divino Salvador, para mujeres, ya se les ponían trabajos y actividades a los enfermos para distraer su mal.<sup>49</sup> Nótese cómo antes de la Granja de Guanajuato no se habla de la terapia ocupacional como una práctica psiquiátrica que cure a los enfermos, sino como un mecanismo para distraer y custodiar a los internos.

Cabría preguntarse entonces si la terapia ocupacional adoptada en San Pedro del Monte fue tan innovadora como afirmó Garza García. La diferencia es que tras la Granja, la terapia ocupacional fue vista como un método eficaz para regresar la razón del enfermo mental y para que supiera hacer un trabajo después de su salida de la institución. Fue por esta razón que en la Granja la mayoría, si no es que todos, debían de trabajar. Tal era la efectividad del trabajo realizado por los internos que “todo trabajo que pudiera ser realizado por [los enfermos] con probabilidades de éxito, ellos mismos lo llevaban a cabo, aunque hubiera que desplazar a algún empleado.”<sup>50</sup>

El trabajo en la Granja de San Pedro del Monte también tenía fines económicos ya que con las labores agrícolas y de mantenimiento realizadas por los enfermos, los ingresos y el ahorro hacían que la manutención de los internos fuera más económica; hasta se logró que “el presupuesto diario por cada enfermo [fuera] de dos pesos treinta y ocho centavos, en tanto que en el Manicomio General, [era] de cuatro pesos noventa y cinco centavos.”<sup>51</sup>

Según Ricardo Campos y Rafael Huertas, en algunas sociedades europeas como España o Francia, las instituciones para enfermos mentales del tipo de granjas provocaron un fenómeno de auto-mantenimiento, ya que los enfermos trabajaban para la propia institución y comían lo que cosechaban. Poco a poco la constante sobrepoblación de los

---

<sup>48</sup> AHSSA, F-BP, S-EH, Se-MG, legajo 1, exp. 2, f. 12. . Consejo Superior de Salubridad, “Informe a la Secretaría de Gobernación sobre la planeación de un manicomio”, en 1881.

<sup>49</sup> Patricia Guadalupe Alfaro Guerra y José Luis Nájera Juárez, “Terapias ocupacionales a los alienados internos en el Manicomio General de México, 1910-1940”, en Cuadernos para la Historia de la Salud, México, Secretaría de Salud, 2003, p. 32.

<sup>50</sup> Francisco Garza García, op. cit., p. 17.

<sup>51</sup> Francisco Garza García, op. cit., p. 25.

enfermos mentales en instituciones autosustentables trajo como consecuencia un fenómeno que condenó al estancamiento el modelo del manicomio y aumentó el desinterés estatal hacia los enfermos mentales.<sup>52</sup> Sin embargo, de haber sido así en México, se hubieran construido varias instituciones de este estilo desde la década de los cuarenta, o antes. Por lo tanto es necesario abordar el problema desde otra perspectiva.

### 1.3.1 ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA Y POLÍTICAS HOSPITALARIAS EN LOS CUARENTA

La construcción de la Granja de san Pedro del Monte demuestra un interés por parte de las autoridades estatales por dar solución a un problema que un gremio institucionalizado, el de los psiquiatras, estaba exponiendo, que era la sobrepoblación del Manicomio y la falta de apoyo estatal. Hay que prestar atención al hecho de que la Granja de Guanajuato fue construida en un periodo en que el Estado comenzó un plan para el desarrollo de la salud pública. En principio observemos que para 1943 el gobierno fusionó al Departamento de Salubridad Pública y a la Secretaría de Asistencia Pública para crear la Secretaría de Salubridad y Asistencia, siendo su primer secretario el doctor Gustavo Baz.<sup>53</sup> Pero otro acontecimiento de gran importancia fue el Plan Nacional de Hospitales. En diciembre de 1944, en el marco del Segundo Congreso organizado por la Asociación Interamericana de Hospitales celebrado en Lima, Perú, el doctor Gustavo Baz

argumentó que una de las labores más importantes de cualquier gobierno era conservar y fomentar la salud del pueblo, primero mediante la prevención de enfermedades y después a partir de una atención de calidad a los enfermos. Para tales efectos era necesario construir hospitales ‘modernos’ y proporcionar ese servicio a todos los habitantes del país.<sup>54</sup>

Fue así como surgió el plan para construir una serie de hospitales a lo largo del territorio nacional, aunque las autoridades de salud se concentraron más en la capital de la República.

---

<sup>52</sup> Ricardo Campos Marín y Rafael Huertas, “Los lugares de la locura: reflexiones historiográficas en torno a los manicomios y su papel en la génesis y el desarrollo de la psiquiatría”, en Arbor. Ciencia, Pensamiento y Cultura, España, Consejo Superior de Investigaciones Científicas, mayo-junio de 2008, vol. 184, pp. 478-479.

<sup>53</sup> Claudia Agostoni y Andrés Ríos Molina, Las estadísticas de salud en México. Ideas, actores e instituciones, 1810-2010, México, Secretaría de Salud, Universidad Nacional Autónoma de México, 2010, p. 228.

<sup>54</sup> Ibid., p. 229.

Según Claudia Agostoni y Andrés Ríos, este proyecto de hospitales significó el inicio de una “compleja red institucional, no sólo dedicada a la atención a pacientes sino también a la investigación, que funcionó como sustento hospitalario del país durante la segunda mitad del siglo XX.”<sup>55</sup> Algunos de los hospitales que destacan son la Escuela Nacional de Nutrición (1941), los hospitales Infantil (1943) y de Cardiología (1944), el Hospital de La Raza (1954) y el Centro Médico Nacional (1956), los cuales pasaron a depender del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), también se creó el Hospital General de San Luis Potosí y el Hospital General de Veracruz, por mencionar algunos.<sup>56</sup>

En cierta medida estos acontecimientos pueden explicar que una institución como la de Guanajuato surgiera ya que, si lo pensamos de esta manera, dicha Granja era una institución hospitalaria. Sin embargo, surge una pregunta obligada, ¿por qué no se comenzó a construir una red de instituciones de tipo granja para enfermos mentales desde la década de los cuarenta? Las siguientes instituciones de este tipo fueron dos, inauguradas hasta 1958, una en Guadalajara y otra en Morelia, y eran independientes de la SSA y del Manicomio. Al respecto podemos dar dos posibles respuestas, ambas complementarias. La primera es que la Granja de Guanajuato fue abierta poco antes de la sucesión presidencial entre Manuel Ávila Camacho y Miguel Alemán Valdés (1946-1952). Sin negar que durante toda la década de 1940 y 1950 se siguieron realizando construcciones hospitalarias y esfuerzos políticos en el campo de salud pública, el titular de la SSA que apoyó el proyecto de la Granja de Guanajuato, Gustavo Baz, abandonó el cargo tras la llegada de Alemán al poder, lo que pudo frenar el proyecto de construcción de otras granjas. De hecho Gustavo Baz estaba dispuesto a planificar una red de instituciones (granjas) para enfermos mentales cuando era Secretario de Salubridad y Asistencia, tal como se menciona en un oficio enviado a la Dirección del Manicomio en 1944: “con el objeto de restringir el problema de los enfermos mentales de los Estados, el C. Secretario del ramo, Gustavo Baz, ha ordenado

---

<sup>55</sup> Ibid.

<sup>56</sup> Ibid.; Rolando Neri Vela, “La salud en México durante los años 1941 a 1981”, en Ana María Carrillo, Guillermo Fajardo Ortiz y Rolando Neri Vela, Perspectiva histórica de atención a la salud en México, 1902-2001, México, Organización Panamericana de la Salud, Universidad Nacional Autónoma de México, Sociedad Mexicana de Historia y Filosofía de la Medicina, 2002, p. 74.

que se localicen cascos de hacienda en los diferentes Estados de la República a fin de establecer posteriormente granjas para este tipo de enfermos.”<sup>57</sup>

La segunda respuesta que proponemos es más de fondo. Las innovaciones de las terapias psiquiátricas que surgieron en los cuarenta (las terapias de choque<sup>58</sup> o la inoculación de enfermedades febriles como el paludismo para combatir la neurosífilis), no habían influido de forma decisiva en la reducción de la población del Manicomio (como se muestra en la Gráfica 1). Si bien éstos habían sido avances importantes aún continuaba el problema de la sobrepoblación; entonces los psiquiatras planearon modificaciones asistenciales que apoyaran a estas terapéuticas para lograr una mejoría en la situación mental de los pacientes, y uno de estos cambios sería la modificación del espacio físico, llevar las instituciones a las afueras de las ciudades y promocionar un tratamiento, el ocupacional, como algo novedoso, cuando en realidad no lo era. Parece ser que se esperaba que la terapia ocupacional practicada en Guanajuato, combinada con los métodos clásicos de choque, realizara la función terapéutica que en La Castañeda no se había podido conseguir en los años anteriores.

Además aunque en un principio el objetivo de la Granja era recibir a los pacientes crónicos (de larga recuperación) del Manicomio (la Castañeda sería en teoría transformada en un hospital psiquiátrico donde se trataran enfermos agudos que necesitaran un tratamiento corto), la institución de Guanajuato era funcional sólo para un tipo de pacientes: para aquellos que pudieran trabajar, y no para todos los crónicos como había planteado Guevara Oropesa, lo que provocó que poco a poco la Granja se independizara del Manicomio y las autoridades de ella comenzaran a negarse a recibir cualquier tipo de enfermo ya que pedían “seleccionar aquellos [pacientes] que tuvieran un padecimiento crónico compatible con una buena salud física”,<sup>59</sup> lo que implicaba rechazar a ancianos, epilépticos, discapacitados, etc.

---

<sup>57</sup> AHSSA, F-MG, S-Adm, caja 47, exp. 1, f. 1. “Carta del director de asistencia del Distrito Federal, Raoul Fournier, al director del Manicomio, Edmundo Buentello”, el 6 de julio de 1944.

<sup>58</sup> Las terapias de choque incluían el de insulina, el cardiazólico y el electrochoque, Cristina Sacristán, “Reformando la asistencia psiquiátrica...”, op. cit., p. 62.

<sup>59</sup> AHSSA, F-MG, S-Adm, caja 45, exp. 10, f. 17. “Acta de la tercera sesión del Consejo Psiquiátrico de Toxicomanías e Higiene Mental”, el 30 de marzo de 1944.

Esta situación provocó disputas entre Leopoldo Salazar Viniegra, director de La Castañeda entre 1945 y 1947, y Ángel Ortiz Escudero, director de la Granja,<sup>60</sup> donde el primero alegaba que el Manicomio se venía “convirtiendo prácticamente en ‘Asilo de incurables’, no siendo esta su función, sino precisamente la contraria.”<sup>61</sup>

Si pensamos que la visión que tenían las autoridades políticas y de la SSA sobre el Manicomio era la de un lugar de asistencia y custodia para los enfermos mentales, puede ser que la renuencia a construir nuevas instituciones se debiera a que era más económico tener a todos los enfermos en una sola institución, en lugar de dispersarlos por todas las entidades federativas, ya que esto requeriría mayor presupuesto. Por tal motivo existía poco interés político en solucionar los problemas que los psiquiatras exponían, tal y como lo muestran las palabras de un funcionario: “debemos preocuparnos por los niños enfermos, por las mujeres embarazadas, por los tuberculosos, pero por los locos... a éstos no hay que hacerles nada.”<sup>62</sup>

En opinión del doctor Manuel Guevara Oropesa el problema era que “los enfermos mentales [eran] vistos con desdén y con enojo, se [pensaba que eran] inútiles ó que [eran] una carga [pero eran] seres humanos que [tenían] derecho a la asistencia que se reclamaba. [Eran] seres humanos acreedores de atención, de amor”;<sup>63</sup> además afirmaba que las personas encargadas de la asistencia pública y de los asuntos oficiales en los años cuarenta no quisieron entender que los enfermos mentales eran también merecedores de una atención justa, que la psiquiatría no era un problema de almacenar a los locos: “‘para qué si son locos’: parece mentira; pero esas expresiones y forma de ver en personas, pues profesionales y con cultura, a mi no me gustaba, siempre me pareció muy inapropiado.”<sup>64</sup> Sin embargo, en alguna medida, si eso opinaban las autoridades políticas, era porque la observación empírica demostraba que aquel que entraba al Manicomio, pocas veces salía curado.

---

<sup>60</sup> Cristina Sacristán, “Reformando la asistencia psiquiátrica...”, *op. cit.*, p. 63.

<sup>61</sup> AHSSA, F-MG, S-Adm, caja 47, exp. 3, f. 148. “Oficio del director del Manicomio, Leopoldo Salazar Viniegra, al director de Asistencia Neuropsiquiátrica, Samuel Ramírez Moreno”, el 28 de julio de 1947.

<sup>62</sup> Palabras citadas por el doctor Ramírez Moreno, en Samuel Ramírez Moreno, “Anexos psiquiátricos en los hospitales generales”, en Revista Mexicana de Psiquiatría, Neurología y Medicina Legal, México, diciembre de 1946, vol. XIII, núm. 75-76, p. 24.

<sup>63</sup> AHSSA, F-MG, S-Adm, caja 43, exp. 4, f. 14-15. Manuel Guevara Oropesa, “La asistencia psiquiátrica en el Distrito Federal, en general el problema de la asistencia a alienados en la República”, en agosto de 1943.

<sup>64</sup> Martha Valdez, *op. cit.*, p. 216.

De tal manera, a diferencia de la hipótesis de Ricardo Campos y Rafael Huertas sobre el fenómeno de auto-mantenimiento, en México la existencia de estas granjas causaba un gasto para el gobierno, entre construcción, sueldos de los médicos y materiales, y por lo tanto crear, mantener y brindar presupuesto a instituciones que podían convertirse en “depósitos” para enfermos mentales, no era la finalidad de los regímenes políticos envueltos en la ideología del “Milagro mexicano” de los cuarenta.

#### **1.4 Diversas propuestas para una supuesta reforma**

Los psiquiatras conocían las limitantes que se sufrían en el Manicomio, debido a ello desde los años cuarenta proponían innovaciones para descentralizar la atención psiquiátrica, revalorizar su profesión y conseguir el apoyo estatal. La respuesta fue desestimar lo que se había hecho en la institución manicomial y criticarla, con el fin de transformarla y proponer nuevas formas e instituciones para asistir a los enfermos mentales. De esta manera, lo que antes habían sido mecanismos para asistir y custodiar a los enfermos mentales, ahora serían promocionados, por lo menos en el discurso, como propuestas terapéuticas eficaces para la curación de los pacientes.

Manuel Guevara Oropesa, en su ponencia presentada en el Congreso Nacional de Asistencia Pública de 1943 titulada “La asistencia psiquiátrica en el Distrito Federal, en general el problema de la asistencia a alienados en la República”, planteaba que había que hacer frente al problema de la asistencia de los enfermos mentales “y resolverlo con un criterio que considere el futuro y que no se limite exclusivamente a dar la solución simplista de construir un local mayor en el Manicomio para que quepa el excedente que ahora tiene.”<sup>65</sup> Por supuesto planteó soluciones: una de ellas era crear granjas (como la que para ese momento se estaba construyendo en Guanajuato), en diversos lugares de la República; la segunda solución era, irónicamente, crear otro manicomio en la ciudad de México que absorbiera a la mitad de los enfermos que estaban en La Castañeda. Es interesante ver cómo las soluciones planteadas por este médico eran modificar el espacio físico donde se atendía a los enfermos; además hay que observar que para llevar a cabo dichas propuestas era necesaria la intervención estatal, lo que implicó un obstáculo para

---

<sup>65</sup> AHSSA, F-MG, S-Adm, caja 43, exp. 4, f. 9. Manuel Guevara Oropesa, “La asistencia psiquiátrica en el Distrito Federal, en general el problema de la asistencia a alienados en la República”, en agosto de 1943.



concretar las reformas por la constante renuencia a apoyar los presupuestos de los psiquiatras, como se verá a continuación.

#### 1.4.1 EL MANICOMIO “FANTASMA”

Desde 1939 el presidente Lázaro Cárdenas (1934-1940) prometió a los médicos del Manicomio General construir un nuevo local donde se asilaran sólo mujeres dejando el de La Castañeda sólo para hombres.<sup>66</sup> Cuando terminó el gobierno de Cárdenas el proyecto quedó pausado, pero no fue abandonado debido a que los psiquiatras de La Castañeda, reunidos en el Consejo Psiquiátrico de Toxicomanías e Higiene Mental,<sup>67</sup> continuamente presionaban a las autoridades de la SSA para que se llevara a cabo. No obstante, cada vez que los psiquiatras insistían en la construcción de esta institución, la Secretaría daba argumentos que posponían la puesta en marcha.

Por ejemplo en noviembre de 1944 el Secretario de Salubridad y Asistencia, Gustavo Baz, aceptó la construcción del nuevo manicomio y pidió al Consejo Psiquiátrico que entregara un informe sobre las necesidades básicas del establecimiento. Sin embargo en enero de 1945 el Director General de Asistencia, Manuel Martínez Baez, dio la noticia al Consejo de que el proyecto se iba a posponer hasta el siguiente año debido a que “la construcción del nuevo manicomio se tropieza con la dificultad del dinero y esto es un obstáculo importante porque la Secretaría de Hacienda teme darlo.”<sup>68</sup> Esta situación puede confirmar que el gobierno veía más necesario financiar otro tipo de instituciones de salud, que un manicomio.

Martínez Baez se justificó diciendo que “México había podido sobrevivir durante [mucho tiempo] con el Manicomio y que podía sobrevivir por tanto unos años más.”<sup>69</sup> En repuesta, los miembros del Consejo Psiquiátrico amenazaron con presentar su renuncia si no se cumplía su petición, a lo que el doctor Martínez Baez objetó que podían “suceder una de dos cosas o que ya no exista el Consejo Psiquiátrico [...], o bien que sus miembros sean

---

<sup>66</sup> El Reporter de Turno, “Charlando con... El Director del Manicomio de la Castañeda, Dr. Guevara Oropesa”, en Revista Mexicana de Higiene Mental, México, Liga Mexicana de Higiene Mental, diciembre de 1940, p. 46.

<sup>67</sup> Hablaremos a profundidad de este Consejo más adelante.

<sup>68</sup> AHSSA, F-MG, S-Adm, caja 45, exp. 10, f. 78, “Acta de la trigésima tercera sesión del Consejo Psiquiátrico de Toxicomanías e Higiene Mental”, el 18 de enero de 1945.

<sup>69</sup> AHSSA, F-MG, S-Adm, caja 45, exp. 10, f. 74, “Acta de la trigésima tercera sesión del Consejo Psiquiátrico de Toxicomanías e Higiene Mental”, el 18 de enero de 1945.

sustituídos.”<sup>70</sup> El Director General de Asistencia prometió ayudarles en lo posible, sin embargo, el proyecto del manicomio de mujeres se fue aplazando hasta que, cuando Gustavo Baz dejó la Secretaría, se canceló. Este “proyecto, como otros muchos, no [tuvo un] resultado objetivo.”<sup>71</sup>

De hecho debemos mencionar que el único resultado de la propuesta del nuevo manicomio fue una fuerte discusión entre el Director de La Castañeda, Leopoldo Salazar Viniegra, y el Consejo Psiquiátrico, donde se le acusaba al primero de darle una casa a su hermano dentro de los terrenos de La Castañeda y de desviar recursos al construir un pozo, comprar una camioneta y levantar una barda para el manicomio de mujeres cuando el proyecto aún no había sido aprobado por el gobierno. La conclusión fue la renuncia de Salazar Viniegra y la propuesta por parte de los psiquiatras de disolver el Consejo.<sup>72</sup> El evento tuvo tal difusión que fueron redactados varios artículos en diversos periódicos, uno de ellos en el periódico “El Universal”.<sup>73</sup>

#### 1.4.2 DOS PALIATIVOS BUROCRÁTICOS: EL CONSEJO PSIQUIÁTRICO Y LA DIRECCIÓN DE ASISTENCIA NEUROPSIQUIÁTRICA

Según un médico de La Castañeda “si bien los gobiernos posrevolucionarios se habían ido interesando en la asistencia pública de los enfermos, en materia de la asistencia de los enfermos mentales el apoyo [fue] inferior.”<sup>74</sup> Hasta este momento existe una pregunta

---

<sup>70</sup> AHSSA, F-MG, S-Adm, caja 45, exp. 10, f. 77, “Acta de la trigésima tercera sesión del Consejo Psiquiátrico de Toxicomanías e Higiene Mental”, el 18 de enero de 1945.

<sup>71</sup> AHSSA, F-MG, S-Adm, caja 43, exp. 4, f. 9, Manuel Guevara Oropesa, “La asistencia psiquiátrica en el Distrito Federal y en general el problema de la asistencia a alienados en la República”, en agosto de 1943”.

<sup>72</sup> AHSSA, F-MG, S-Adm, caja 45, exp. 10, f. 83. “Acta de la quincuagésima segunda sesión del Consejo Psiquiátrico de Toxicomanías e Higiene Mental”, el 24 de abril de 1946.

<sup>73</sup> Al respecto, el doctor Luis Pizarro envió una carta al Director de “El Universal”, donde decía que “se ha desencadenado una campaña periodística en contra del director de La Castañeda, lo acusan de las más disparatadas ideas y aún de delitos del orden común [...]. Al doctor Leopoldo Salazar Viniegra se le acusa de haber ‘derrochado’ los dineros que produce el Manicomio en obras DEL MISMO MANICOMIO, y por ende en beneficio de los propios asilados. La ya famosa camioneta pertenece en último análisis al Estado, y se encuentra al servicio de la Dirección del Manicomio [...]. La casa que habita el hermano del Dr. Salazar, también es del Estado, y no puede pasar a su patrimonio personal. La perforación del pozo era ya inaplazable: había que dotar de agua a una población de cerca de cinco mil amas ¿es locura que tenga agua todo el pueblo? [...]Lo invito cordialmente a visitar el manicomio sin previo aviso; llegue a la hora que usted quiera para que conozca lo que hubo y todavía hay, vea lo que se ha creado y sepa lo que falta por hacer.” AHSSA, F-MG, S-Adm, caja 50, exp. 5, f. 1-2. “Carta del doctor Luis Pizarro Zuárez al licenciado Fernando Lanz Duret, directivo del periódico ‘El Universal’”, el 1° de marzo de 1947. Mayúsculas del original.

<sup>74</sup> Luis G. Murillo, “La creación de la Dirección de Asistencia Neuropsiquiátrica”, en Revista Mexicana de Psiquiatría, Neurología y Medicina Legal, México, marzo-junio de 1947, vol. XII, núms. 78-79, p. 25.

obligada: hemos mencionado que las propuestas que los psiquiatras creían necesarias no fueron financiadas del todo por el Estado, pero fuera de la Granja de Guanajuato y el manicomio de mujeres ¿qué otros proyectos expusieron los médicos de La Castañeda?

Hubo diversos proyectos que los psiquiatras plantearon de los cuales la mayoría no se llevaron a cabo debido a la falta de apoyo estatal. Según el doctor Samuel Ramírez Moreno, “a pesar de que La Castañeda [contaba] con espléndidos edificios construidos en un enorme y bello parque, la atención psiquiátrica [era] deficiente y poco [había] variado desde su nacimiento.”<sup>75</sup> Entonces para 1946, fecha en la que escribe estas palabras, cuál era la novedad asistencial que planteaban él y otros médicos.

Una propuesta fue la creación de una asociación donde los médicos del Manicomio pudieran exponer a la SSA sus propuestas y peticiones. Dar el visto bueno a este proyecto fue relativamente sencillo, ya que no implicaba una inversión presupuestal, y en marzo de 1944 se creó el Consejo Psiquiátrico de Toxicomanías e Higiene Mental, formado por algunos médicos del Manicomio General<sup>76</sup> elegidos por la SSA. Se reuniría cada quince días en el auditorio del Manicomio y contaría con la presencia del Subsecretario de Asistencia, Manuel Martínez Baez, quien sería el intermediario entre la SSA y el Consejo. La labor del Consejo Psiquiátrico sería sugerir a la SSA las orientaciones que debían darse para la atención oficial de los enfermos mentales; proponer el establecimiento de granjas, sanatorios, consultorios; promover la legislación que proteja a los enfermos mentales; e incrementar la preparación de especialistas en neuropsiquiatría.<sup>77</sup>

A pesar que la formación de este Consejo fue aceptada por la Secretaría, en opinión nuestra fue una especie de “paliativo” ofrecido a los psiquiatras de La Castañeda donde, en teoría, se les daba voz y voto en torno a las labores de salud pública, pero no se llevaban a cabo sus propuestas. Una prueba de ello fue el plan para construir el manicomio de mujeres, que mencionamos más arriba. Las palabras de dos de sus integrantes son más esclarecedoras: Guevara Oropesa mencionó: “los miembros del Consejo Psiquiátrico asistimos aún cuando sea por el simple hecho de hacernos presentes [porque], en todo lo

---

<sup>75</sup> Samuel Ramírez Moreno, “Anexos psiquiátricos...”, *op. cit.*, p. 23.

<sup>76</sup> El primer Consejo estuvo formado por la doctora Matilde Rodríguez Cabo y los doctores Manuel Guevara Oropesa, Leopoldo Salazar Viniegra, Mario Fuentes Delgado y Edmundo Buentello, AHSSA, F-MG, S-Adm, caja 45, exp. 10, f. 15, “Acta de la segunda sesión del Consejo Psiquiátrico de Toxicomanías e Higiene Mental”, el 23 de marzo de 1944.

<sup>77</sup> AHSSA, F-MG, S-Adm, caja 45, exp. 10, f. 169-171. “Reglamento interior del Consejo Psiquiátrico Nacional”, en abril de 1946.

que se refiere a las peticiones del Consejo se aprecia una infraestimación [sic] de la importancia de sus problemas”;<sup>78</sup> por otra parte Mathilde Rodríguez Cabo afirmaba que el consejo fue “un organismo puramente decorativo, no se le tomó en consideración en las diversas iniciativas que presentó.”<sup>79</sup>

Un ejemplo de las propuestas del Consejo fue crear una oficina o departamento que formara parte de la propia Secretaría, para que hubiera una representación directa de sus intereses profesionales en la esfera burocrática. Por supuesto que la creación de esta oficina pasó por las mismas trabas administrativas de las que hemos hablado. En 1944 los doctores Manuel Guevara Oropesa, Edmundo Buentello y la doctora Mathilde Rodríguez Cabo realizaron un proyecto para crear la Oficina de Asistencia Neuropsiquiátrica,<sup>80</sup> pero el Subsecretario de Asistencia, Manuel Martínez Baez, no lo aprobó mencionando que “el personal que se solicita [para la Oficina] es excesivo y que no habría suficientes asuntos de momento, que justificaran el nombramiento de dicho personal.”<sup>81</sup>

Los médicos de La Castañeda tuvieron que esperar tres años más hasta que en 1947 Samuel Ramírez Moreno señaló: “con satisfacción por primera vez el Estado demuestra verdadero interés por resolver el problema de la asistencia neuropsiquiátrica ya que [...] se creó la Dirección de Asistencia Neuropsiquiátrica”,<sup>82</sup> que quedó a cargo del mismo Ramírez Moreno. La finalidad de la Dirección de Asistencia Neuropsiquiátrica era planificar el manejo de los enfermos mentales y crear las bases para una reforma de los sistemas de atención. Esta Dirección prometía ser el espacio de apoyo estatal a los psiquiatras, no obstante, la mayoría de los planes realizados por la Dirección se quedaron en eso, en sólo planes. Y es que esta Dirección, así como el Consejo Psiquiátrico, se encontraban en el nivel burocrático, se planteaban propuestas pero de la teorización de éstas a la puesta en marcha había un trecho muy amplio que se tropezaba con el necesario financiamiento estatal.

---

<sup>78</sup> AHSSA, F-MG, S-Adm, caja 45, exp. 10, f. 50, “Acta de la vigésima primera sesión del Consejo Psiquiátrico de Toxicomanías e Higiene Mental”, el 21 de septiembre de 1944.

<sup>79</sup> AHSSA, F-MG, S-Adm, caja 45, exp. 10, f. 115, “Acta de la quincuagésima segunda sesión del Consejo Psiquiátrico de Toxicomanías e Higiene Mental”, el 24 de abril de 1946.

<sup>80</sup> Edmundo Buentello y Matilde Rodríguez Cabo, *op. cit.*, p. 147.

<sup>81</sup> AHSSA, F--MG, SAdm, legajo 45, exp. 10, f. 49, “Acta de la vigésima sesión del Consejo Psiquiátrico de Toxicomanías e Higiene Mental”, el 17 de agosto de 1944.

<sup>82</sup> Samuel Ramírez Moreno, “Planes para la salud mental. Organización, preparación, propaganda, con referencia a lo que se hace en México”, en Psiquis. Revista Mexicana de Higiene Mental, México, Liga Mexicana de Higiene Mental, julio de 1948, pp. 273-274.

### 1.4.3 EL PRIMER PLAN A SEGUIR: SEPARAR ENFERMOS CRÓNICOS Y AGUDOS

El plan de trabajo de Ramírez Moreno al frente de la Dirección de Asistencia Neuropsiquiátrica consistía en la antigua idea de dividir a los pacientes en dos grupos: “enfermos mentales y nerviosos ‘externos’, es decir, cuya asistencia será en consultorios y dispensarios, y enfermos mentales y nerviosos ‘internos’, o sea los que deben estar recluidos en hospitales, granjas y colonias.”<sup>83</sup>

Si se tenía la idea de separar a los enfermos en agudos y crónicos, quiere decir que ambos convivían dentro de los muros de La Castañeda; en ese sentido ¿porqué los Directores del Manicomio, que eran los responsables de la marcha interna de la institución, no comenzaron a programar las altas de los pacientes agudos antes de que La Castañeda se sobrepoblara? Claro que existían dificultades administrativas que ya hemos esbozado, pero además había familias que se negaban a hacerse cargo del cuidado de su enfermo aún cuando éste no requería estar internado.<sup>84</sup>

Esto nos indica que, además de ser un problema institucional, existía una condicionante cultural que no podía ser atacada desde una planeación burocrática, sino que debía de existir una comunicación directa con las familias de los internos para que éstas aceptaran la responsabilidad que les correspondía. Al respecto en 1944 se intentó organizar un servicio de trabajadoras sociales en el Manicomio con la finalidad de que hubiera personas encargadas de observar las condiciones de vida de los asilados y ex-asilados y para que existiera una comunicación constante con las familias de los pacientes.<sup>85</sup> Sin embargo este plan se topó con dos complicaciones: primero, cómo solventar el sueldo de dicho personal, y luego cómo interesar a las trabajadoras sociales para que quisieran emplearse en La Castañeda. Por estas razones no se llevó a cabo el servicio propuesto, sino hasta los sesenta.

Cabe mencionar además que la cantidad de agudos no era equiparable al número de crónicos que había en La Castañeda y esto pudo ser porque las familias llevaban a los

---

<sup>83</sup> Luis G. Murillo, *op. cit.*, p. 26.

<sup>84</sup> Andrés Ríos hizo un interesante estudio sobre cómo las familias eran las principales responsables del encierro psiquiátrico en La Castañeda en sus primeros años de vida, de 1910 a 1920, Andrés Ríos, La locura durante la Revolución..., *op. cit.*

<sup>85</sup> AHHS, F-MG, S-Adm, caja 45, exp. 10, f. 123, Matilde Rodríguez Cabo, “Proyecto de organización de un Servicio Social en el Manicomio General”, el 25 de abril de 1944.

enfermos cuando su afección ya estaba desarrollada para que ahí fueran cuidados, cuando ya se habían convertido en un problema para ellos, en lugar de dirigirlos a la institución cuando los primeros síntomas aparecían. En ese sentido habría que preguntarse si el plan de trabajo de la Dirección de Asistencia Neuropsiquiátrica era viable o si la intención de fondo era desahogar a La Castañeda.

Una prueba de lo anterior es que en el Manicomio sí existió un local para ofrecer consulta externa a pacientes agudos, el Pabellón Central. Este se abrió desde 1932, y la idea era que funcionara como un “filtro” para separar a los enfermos crónicos de los agudos con lo que se evitaría que ingresaran pacientes que no ameritaran internarse. Aunque en palabras de uno de sus responsables, la “consulta se hacía en forma anárquica [...] sin llevar un control de los pacientes estudiados mediante Historias Clínicas debidamente archivadas.”<sup>86</sup>

Otro ejemplo es el “Consultorio 1”, abierto en 1950 en Tacubaya, Distrito Federal, que fue uno de los primeros consultorios neuropsiquiátricos y era dependiente del presupuesto económico otorgado al Manicomio anualmente, cuyo objeto era “internar en el Manicomio solamente a enfermos que presenten cuadros definitivos de enajenación mental, de inaplazable internamiento y enviar a dicho consultorio aquellos que no ameriten de manera necesaria e indispensable quedar en el Manicomio.”<sup>87</sup>

Entonces sí existieron este tipo de servicios, pero lo que hay que notar es que la existencia del Pabellón Central desde los años treinta y del “Consultorio 1” no influyeron mucho en la dinámica poblacional de La Castañeda, ni se redujo la proporción de internamientos; y aunque la ineficacia del Pabellón Central y del “Consultorio 1” como “filtros” para evitar el ingreso de enfermos crónicos era palpable, la idea de implementar locales para enfermos agudos seguía en pie.

Otro de los planes primordiales de la Dirección de Asistencia Neuropsiquiátrica, que no se llevó a cabo, era crear “en el Manicomio General las medidas fundamentales de su completa reorganización para transformarlo en el futuro Instituto Neuropsiquiátrico

---

<sup>86</sup> AHSSA, F-MG, S-Adm, caja 53, exp. 3, f. 121. “Oficio del jefe del Pabellón Central, Guillermo Calderón Narváez, al director del Manicomio, José Luis Patiño Rojas”, el 2 de septiembre de 1960.

<sup>87</sup> AHSSA, F-MG, S-Adm, caja 47, exp. 1, f. 69. “Oficio del director de la Granja San Pedro del Monte, Ángel Ortiz Escudero, al director de Manicomio, Edmundo Buentello”, el 10 de mayo de 1945.

Nacional”,<sup>88</sup> dedicado sólo a la atención de enfermos agudos y “seguir enviando a los crónicos e incurables a granjas y colonias; dando de alta a aquellos que se encuentran en remisión social y a quienes el Estado no tiene la obligación de sostener; limitando los ingresos a través de consultorios neuropsiquiátricos.”<sup>89</sup> Esta idea refleja la intención de los psiquiatras de transformar a La Castañeda en una institución terapéutica, dedicada a la investigación y tratamiento, quitándole el apelativo de asistencial y proponiendo una imagen de institución científica. Esto era lo que los psiquiatras buscaban, reformar los métodos asistenciales pero con un fondo terapéutico, eficaz para la cura donde la psiquiatría y sus instituciones dejaran de ser vistos como mecanismos de custodia; no obstante, a nuestro parecer, el problema fue que esta base terapéutica nunca fue bien desarrollada, ni en los cuarenta, ni en la *Operación Castañeda*.

Aunque parezca obvio, el hecho de que el Manicomio General fuera casi la única institución pública dedicada a la asistencia de los enfermos mentales en el país, fue una de sus peores sentencias. Esta situación fue tomada en cuenta por los psiquiatras y por eso proponían abrir más locales, aparte de las granjas, para el cuidado de este tipo de enfermos. Ramírez Moreno, por ejemplo, propuso la creación de anexos psiquiátricos en los hospitales generales. Para él, los manicomios “ya se consideraban anticuados y [su] sostenimiento era muy costoso”,<sup>90</sup> por lo tanto la mejor solución, sería hacer en los hospitales generales estos anexos cuyas ventajas serían decongestionar a La Castañeda, ofrecer un mejor tratamiento de los enfermos porque no se alejarían de su familia, dar mayores facilidades para interesar a los médicos jóvenes en la psiquiatría, etc.<sup>91</sup>

De hecho el 5 de junio de 1944 el entonces director de La Castañeda, Edmundo Buentello, envió una carta al Jefe de Servicios Médicos de Salubridad y Asistencia de los Estados que decía lo siguiente:

Ha llegado al conocimiento de la esta Dirección la circunstancia de que se están elaborando los planes para la construcción de 30 hospitales en diversos estados de la República. [...] Por tal motivo me permito sugerirle la conveniencia de establecer en

---

<sup>88</sup> AHSSA, F-MG, S-Adm, caja 47, exp. 1, f. 9. “Programa inicial de actividades de la Dirección de Asistencia Neuropsiquiátrica”, 15 de abril de 1947. Subrayado del original.

<sup>89</sup> AHSSA, F-MG, S-Adm, caja 47, exp. 1, f. 10. “Programa inicial de actividades de la Dirección de Asistencia Neuropsiquiátrica”, 15 de abril de 1947.

<sup>90</sup> Samuel Ramírez Moreno, “Anexos psiquiátricos...”, op. cit., p. 30.

<sup>91</sup> Ibid., pp. 30-33.

cada nuevo hospital un anexo psiquiátrico con capacidad de 20 enfermos, de esta suerte podría establecerse un servicio de intercambio ya que el Manicomio recibe enfermos de los estados para su tratamiento psiquiátrico, y podrían volver a los anexos sugeridos, enfermos mentales que sólo ameritaran medidas de asilo.<sup>92</sup>

En respuesta a esa carta, el Jefe de Servicios Médicos comentó que había “tomado nota de que en las construcciones de nuevos centros médicos se planeen locales especiales para enfermos neuropsiquiátricos o se adapten en aquellos que sean necesarios en los hospitales ya existentes.”<sup>93</sup> Sin embargo esta idea de anexos psiquiátricos se implementó poco en la década de los cuarenta y los cincuenta, sólo en “algunas grandes ciudades como Guadalajara, Monterrey, Puebla, Oaxaca, Mérida, y quizá alguna más, en los hospitales generales asilaron, en algún modesto departamento, a escasos enfermos mentales”,<sup>94</sup> no obstante estos servicios de asistencia del gobierno “sufrían permanentemente penuria y carecían de casi todo lo esencial, a veces hasta de lo más elemental.”<sup>95</sup>

Esta propuesta también se topó con el desinterés de los gobiernos estatales y federal porque había que remodelar los hospitales generales, gasto que no se quiso asumir. Aunado a esto, la cantidad de psiquiatras en el país para ese entonces era muy poca y los enfermos mentales debían ser atendidos por médicos generales<sup>96</sup> que poco sabían sobre enfermedades mentales, porque “desgraciadamente [hasta] en el Manicomio de La Castañeda se carecía de médicos adecuadamente adiestrados y de enfermeras.”<sup>97</sup>

Bajo todo el contexto ya expuesto, ¿cómo poder comprender la *Operación Castañeda* dentro de este transcurso histórico? Es decir, cómo explicar el hecho de que se implementara una política gubernamental para crear una serie de granjas para enfermos mentales, cuando lo que se había demostrado en los años anteriores era una renuencia

---

<sup>92</sup> AHSSA, F-MG, S-Adm, caja 45, exp. 15, f. 1. “Oficio del director del Manicomio, Edmundo Buentello, al jefe de Servicios Médicos de Salubridad y Asistencia de los Estados”, el 5 de junio de 1944.

<sup>93</sup> AHSSA, F-MG, S-Adm, caja 47, exp. 1, f. 6. “Oficio del jefe de Servicios Médicos de Salubridad y Asistencia de los Estados al director de asistencia neuropsiquiátrica, Samuel Ramírez Moreno, y al director del Manicomio, Edmundo Buentello”, el 17 de septiembre de 1947.

<sup>94</sup> Alfonso Millán, op. cit., p. 8.

<sup>95</sup> Ibid.

<sup>96</sup> Samuel Ramírez Moreno, La asistencia psiquiátrica en México..., op. cit., p. 44.

<sup>97</sup> Agustín Palacios, op. cit., p. 25. Según Ramírez Moreno, la cantidad de médicos que atendían a los pacientes en La Castañeda para 1947 era de 40, cuya consecuencia fue que algunos de ellos tenían que atender casi a 100 internos, lo cual era inadecuado, Samuel Ramírez Moreno, “Anexos psiquiátricos...”, op. cit., p. 25. El doctor Edmundo Buentello da una cifra más alarmante al aseverar que sólo existían 18 médicos, entre residentes y externos, para atender a 3800 internos y “podría decirse que existen 250 enfermos para cada médico, lo que hace imposible tan siquiera pasar visita personal a cada uno de ellos.” AHSSA, F-MG, S-Adm, caja 47, exp. 1, f. 156.



estatal para apoyar las propuestas de los psiquiatras. ¿Qué ofrecieron los psiquiatras en la década de los sesenta para que el Estado cambiara su perspectiva sobre la asistencia psiquiátrica?

Hay que entender la *Operación Castañeda* como parte de todo un proceso político e institucional, con condicionantes particulares que tienen que ver con desarrollo social, inversión estatal, crecimiento urbano y poblacional, etc. Si bien la *Operación Castañeda* fue consecuencia de fenómenos concretos que tienen que ver con urbanización, migración e intereses económicos (los cuales explicaremos en el tercer capítulo), lo cierto es que las instituciones que antecedieron a la *Operación* fueron parte de una serie de elementos que pueden entenderse a raíz de un patrocinio estatal iniciado con el aumento de políticas de desarrollo social, que sólo pudieron darse hasta principios de la década de los sesenta.

### **1.5 Las políticas de desarrollo social y la Dirección de Salud Mental**

En la década de los cincuenta se realizaron estudios sobre el control de algunas adicciones;<sup>98</sup> sobre el poder atarácico (tranquilizante) de ciertas drogas;<sup>99</sup> sobre la génesis bioquímica de la esquizofrenia;<sup>100</sup> y también se planteaba la urgente necesidad de acelerar la investigación neurológica. No obstante, las propuestas más importantes fueron las que tenían que ver con la creación de nuevas instituciones. Realmente entre 1940 y finales de 1950 poco fue lo que las autoridades gubernamentales hicieron en materia de asistencia de los enfermos mentales: a parte de las instituciones ya esbozadas, se inauguró el dispensario psiquiátrico anexo al Hospital Juárez, se crearon dos granjas independientes de la SSA que fueron construidas a semejanza de la de San Pedro del Monte: la Granja “La Esperanza” en Guadalajara, y la Granja “Doctor José Torres”, en Morelia, ambas inauguradas en 1958,<sup>101</sup> además se abrió el Hospital Neuropsiquiátrico de Chihuahua, pero este “fue costado por

---

<sup>98</sup> Fedro Palavicini, “Nota sobre algunos errores diagnósticos en la barbituromanía y la benzedrinomanía”, en *Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, México, Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría, julio-septiembre de 1959, vol. 1, núm. 3.

<sup>99</sup> Dionisio Nieto, “Experiencias clínicas sobre el poder atarácico de un derivado de la benzoquinolizina”, en *Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, México, Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría, enero-marzo de 1959, vol. 1, núm. 1.

<sup>100</sup> Dionisio Nieto, “Bioquímica de la esquizofrenia”, en *Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, México, Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría, abril-junio de 1959, vol. 1, núm. 2.

<sup>101</sup> Estas granjas dependían de los gobiernos estatales y eran independientes del Manicomio, “de manera que los primeros pacientes que arribaron a ellas provenían de hospitales generales y de asilos de la ciudad donde fueron construidas”, Cristina Sacristán, “Ser o no ser modernos...”, *op. cit.*, p. 20.

donación popular.”<sup>102</sup> En ese sentido, ¿qué fue lo que motivó al Estado a patrocinar una red de hospitales y granjas para enfermos mentales a partir de 1960?, ¿por qué no antes?, ¿qué novedad se presentó para que el Estado accediera a invertir en la atención de dichos enfermos?

A lo largo de los sesenta se consolidó, según Ilán Bizberg, “un régimen de bienestar que se constituyó como una de las fuentes centrales de legitimación [...] Dicho régimen fue creado por el Estado como moneda de cambio en la relación con el sector sindical organizado.”<sup>103</sup> Aunque este régimen de bienestar, según Bizberg, nació con la creación del IMSS en 1943, tuvo un mayor desarrollo durante las presidencias de López Mateos y Gustavo Díaz Ordaz y se caracterizó por la fundación de instituciones y fomentos a los sectores organizados del país.

En 1958 tomó posesión de la presidencia el licenciado Adolfo López Mateos. Los movimientos obreros de 1958 y 1959 hicieron necesario que la administración lopezmateísta buscara las formas para fortalecer las vías de legitimación política, después de la represión de los grupos disidentes que no se adecuaron a la cooptación, como los ferrocarrileros.<sup>104</sup> En ese sentido el incremento y fortalecimiento de las instituciones de seguridad social jugaron un papel importante.<sup>105</sup> Es necesario mencionar que la implementación de reformas sociales del gobierno lopezmateísta también pudo estar dirigida a contrarrestar la posible opinión favorable de las clases trabajadoras y medias con respecto al triunfo de la Revolución cubana, que se había consumado poco tiempo después de la toma presidencial de López Mateos.<sup>106</sup>

En 1960 el gobierno de Adolfo López Mateos destinó “la mayor parte del presupuesto federal a gastos en servicios públicos y administración de los aparatos de

---

<sup>102</sup> Samuel Ramírez Moreno, “Planes para la salud mental...”, *op. cit.*, p. 275.

<sup>103</sup> Ilán Bizberg, “El régimen de bienestar mexicano. Del corporativismo al asistencialismo”, en Ilán Bizberg y Scott B. Maritn, El Estado de bienestar ante la globalización. El caso de Norteamérica, México, El Colegio de México, 2012, p. 153.

<sup>104</sup> Claudia Sierra Campuzano, Historia de México. A la luz de los especialistas, México, Esfinge, 2001, pp. 478-479.

<sup>105</sup> Viviane Brachet-Márquez y Margaret Sherraden, “Austeridad fiscal, el Estado de bienestar y el cambio político: los casos de la salud y la alimentación en México (1970-1990)”, en Estudios Sociológicos de El Colegio de México, México, El Colegio de México, mayo-agosto de 1993, vol. XI, núm. 32, p. 334.

<sup>106</sup> Soledad Loaeza, “Gustavo Díaz Ordaz: el colapso del ‘milagro mexicano’”, en Ilán Bizberg y Lorenzo Meyer (coords.), Una historia contemporánea de México, México, Océano, 2005, vol. 2, p. 126.

Estado.”<sup>107</sup> Surgieron así el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), el Seguro Agrícola y el Departamento de Fomento Ejidal; en 1959 se modificaron diversos artículos de la Ley del Seguro Social, lo que permitió que el IMSS amparara a trabajadores agrícolas, “esta cobertura de salud alcanzó 27,866 trabajadores del campo, que en 1964 sumaban 272,671”;<sup>108</sup> también se creó en 1961 la Comisión Nacional de Subsistencias Populares (CONASUPO) que compraba ciertos productos del campo a precios de garantía y los vendía en las ciudades a precios bajos;<sup>109</sup> se elaboraron los libros de texto gratuitos y se amplió el sistema escolar;<sup>110</sup> se modificó el artículo 123 constitucional, con el nuevo “apartado B”, que elevaba a rango constitucional el Estatuto Jurídico creado en 1938 para reglamentar las relaciones entre el Estado y sus trabajadores, y se implementó el reparto de utilidades; también se crearon categorías para el salario mínimo, ubicando zonas económicas y ramas de actividad.<sup>111</sup> Además, tras el establecimiento de la Comisión de Salarios Mínimos, el salario mínimo real aumentó a una tasa promedio de 6.8 por ciento anual entre 1960 y 1970.<sup>112</sup>

Durante la presidencia de Gustavo Díaz Ordaz también hubo avances sociales. Él sabía que los movimientos obreros y campesinos eran el síntoma de problemas sociales más amplios como la miseria, la insalubridad, el analfabetismo, la desnutrición, la escasez de vivienda y el desempleo.<sup>113</sup> A pesar de las conocidas represiones al movimiento médico en 1964 y al movimiento estudiantil de 1968, en la administración diazordacista también se desarrollaron políticas de crecimiento: política fiscal y crediticia, creación de empresas paraestatales, relegación del sector primario de la economía, se descentralizó la CONASUPO, se creó el Instituto Mexicano del Petróleo, el Banco Nacional Agropecuario,

---

<sup>107</sup> Ilán Semo, “El ocaso de los mitos (1958-1968)”, en Enrique Semo (coord.), México, un pueblo en la historia, México, Alianza Editorial Mexicana, 1989, p. 109.

<sup>108</sup> Rolando Neri Vela, op. cit., p. 90.

<sup>109</sup> Cynthia Hewitt de Alcántara, “Ensayo sobre la satisfacción de necesidades básicas del pueblo mexicano entre 1940 y 1970”, en Cuadernos del Centro de Estudios Sociales, México, El Colegio de México, 1977, no. 21, p. 27.

<sup>110</sup> Ilán Semo, op. cit. p. 109.

<sup>111</sup> Germán Pérez Fernández del Castillo y Samuel León González, “75 años de política mexicana”, en México setenta y cinco años de Revolución. Desarrollo Político 2, México, Instituto Nacional de Estudios Históricos de la Revolución Mexicana, Fondo de Cultura Económica, 1988, p. 538-539.

<sup>112</sup> Cynthia Hewitt de Alcántara, op. cit., p. 26.

<sup>113</sup> Ibid., p. 127.

el Consejo Nacional de Ganadería, el Sistema de Transporte Colectivo (Metro),<sup>114</sup> se expandió el sistema de prestaciones para las clases trabajadoras y se incrementó la construcción de obras de infraestructura,<sup>115</sup> entre ellas hospitales. Entre 1965 y 1969, por ejemplo, se autorizó un importante presupuesto federal para la inversión en salud pública, de la cual se “designó 3.7 por ciento para instalaciones dedicadas a la medicina preventiva, en tanto que el 52.9 por ciento se destinó a hospitales federales y 9.2 por ciento más para hospitales especializados”,<sup>116</sup> entre los que estaban planeadas las instituciones psiquiátricas destinadas a sustituir al Manicomio General.

Uno de los servicios que más creció en esta época fue el de salud. La finalidad era mejorar las condiciones de vida de la población, en especial de los trabajadores. A partir de 1961 se inició un proceso para especializar las funciones del sector salud: “la SSA se limitaría desde entonces a las tareas sanitarias, asistenciales y preventivas; el IMSS tendría que prestar servicios médicos y hospitalarios a los trabajadores de la industria, y el ISSSTE se ocuparía de la burocracia.”<sup>117</sup> En 1965 el IMSS amparaba 2,191,160 derechohabientes, el ISSSTE tenía 366,419 derechohabientes y la SSA atendía un total de 30,326,956 personas no amparadas por las dos instituciones anteriores.

Algunos de los avances más significativos de dicho sector fueron el incremento de los trabajos y las investigaciones del Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales, la introducción de la vacuna Sabin como medida preventiva para combatir la poliomielitis, en 1964 fueron incorporados a la Ley del ISSSTE los funcionarios del poder ejecutivo, se promulgó la Ley del Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas<sup>118</sup> y se creó la Comisión Mixta Coordinadora de Actividades de Salud Pública, Asistencia y Seguridad Social en 1965, la cual suponía el óptimo aprovechamiento de los recursos de la SSA, del IMSS y del ISSSTE para evitar la duplicidad de inversiones y para crear una misma política sanitaria y asistencial.<sup>119</sup> También se crearon algunas Direcciones Generales para acrecentar las acciones de la SSA como la Dirección General de Servicios Coordinados de

---

<sup>114</sup> Secretaría de la Presidencia, México a través de sus informes presidenciales, México, Secretaría de la Presidencia, 1970, vol. 5 “Administración Pública”, p. 20.

<sup>115</sup> Soledad Loaeza, “Gustavo Díaz Ordaz...”, op. cit., p. 133.

<sup>116</sup> Cynthia Hewitt de Alcántara, op. cit., p. 59.

<sup>117</sup> Rocío Guadarrama, “Los inicios de la estabilización”, en Evolución del Estado mexicano, México, El Caballito, 1991, vol. 3, p. 95.

<sup>118</sup> Rolando Neri Vela, op. cit., p. 79.

<sup>119</sup> Miguel E. Bustamante, Carlos Viesca, et al., La Salud Pública en México, 1959-1982, México, Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1982, p. 207.

Salud Pública, la Dirección General de Investigación en Salud Pública, la Dirección General de Rehabilitación de Incapacitados y la Dirección de Neurología, Psiquiatría y Salud Mental, que después se convirtió en la Dirección de Salud Mental, de la cual hablaremos más adelante, entre otras.

Durante la presidencia de Díaz Ordaz se destinó un gran presupuesto para la construcción de instituciones hospitalarias que suponían el aumento en materia asistencial para la población, lo que de hecho provocó una saturación de instituciones federales de salud que alcanzó proporciones alarmantes en los sesenta.<sup>120</sup> Cabe mencionar que al tiempo que se construían hospitales, no se invirtió en la administración bien organizada de éstos ni en los salarios de los médicos,<sup>121</sup> lo que trajo como consecuencia el movimiento médico de 1964.<sup>122</sup> Para el final de la gestión de Díaz Ordaz, se habían invertido más de 10 mil millones de pesos en instituciones hospitalarias,<sup>123</sup> entre las cuales se encontraban las granjas para enfermos mentales y hospitales psiquiátricos que a la larga sustituyeron a La Castañeda.

Las instituciones que de la *Operación Castañeda* formaron parte de un contexto de incremento de instituciones hospitalarias en el país, más que a una revolución de los métodos terapéuticos. El olvido estatal que había sido recurrente en los años anteriores (cuarentas y cincuentas) dio un giro en la década de los sesenta cuando los gobiernos de López Mateos y Díaz Ordaz desarrollaron ciertos aspectos del sistema de prestaciones sociales y de salud. No obstante, hay que recalcar que la *Operación Castañeda* no hubiera sido viable sin las recurrentes observaciones que los médicos hacían de las limitantes asistenciales del Manicomio (de hecho podemos afirmar que Díaz Ordaz se basó en todos

---

<sup>120</sup> Cynthia Hewitt de Alcántara, *op. cit.*, pp. 59-60.

<sup>121</sup> Ricardo Pozas Horcasitas, *La democracia en blanco. El movimiento médico en México, 1964-1965*, México, Siglo XXI, 1993, p. 203.

<sup>122</sup> Aunque cabe mencionar que para 1965 Díaz Ordaz acordó una nueva tabulación para médicos y enfermeras, además de que se mejoraron las habitaciones y la alimentación de los médicos residentes, Miguel E. Bustamante, Carlos Viesca, *et al.*, *op. cit.*, p. 210.

<sup>123</sup> A finales de 1964 se inauguraron 57 edificios para servicios médicos hospitalarios y sociales, ubicados en 18 entidades federativas, entre los que destacaron el Hospital de Ciudad Madero, el Hospital de Minatitlán, el Instituto Neurológico Nacional, en el DF y el Hospital “El Plan” en Veracruz; en 1966 se pusieron en operación el Hospital “Carlos A. Carrillo”, en Veracruz, el Hospital de Villahermosa, el Hospital Pediátrico y de Ginecoobstetricia, en Jalisco, el Hospital “Guasave” en Sinaloa y el Hospital “Santo Domingo”, en Oaxaca; para 1967 ya se habían construido hospitales en Tamaulipas, Sonora, Chiapas, Hermosillo, Baja California, Guanajuato, San Luis Potosí, Colima, Nuevo León, Coahuila, entre otros, Secretaría de la Presidencia, *México a través de sus informes presidenciales*, México, Secretaría de la Presidencia, 1970, vol. 9 “Obra Pública”, pp. 319-344.

estos discursos médicos para justificar el cierre de La Castañeda), apoyados por la instancia gubernamental que sirvió a ese propósito: la Dirección de Salud Mental.

### 1.5.1 ENTRA AL JUEGO LA DIRECCIÓN DE SALUD MENTAL

La Dirección de Salud Mental fue resultado de una reestructuración de la Dirección de Asistencia Neuropsiquiátrica que de hecho había sido abandonada por el Estado para inicios de 1950 tras la muerte de su director Ramírez Moreno. Fue hasta 1959 que recibió un impulso presupuestal y se renombró como Dirección de Neurología, Psiquiatría y Salud Mental, quedando bajo la responsabilidad del doctor Manuel Velasco Suárez. Hay que aclarar que la creación de esta Dirección no fue un caso aislado ya que, como mencionamos más arriba, también nacieron otras dependencias gubernamentales en el campo de la salud pública.

En palabras de los doctores Guillermo Calderón Narváez y Héctor M. Cabildo, dicha Dirección surgió en “respuesta a la necesidad de contar con una oficina de nivel superior destinada a coordinar y encauzar los esfuerzos que en forma dispersa se habían venido realizando en materia de higiene mental y asistencia psiquiátrica.”<sup>124</sup> Un año después la SSA reestructuró la Dirección y la fusionó con la Dirección de Rehabilitación, dando origen a la Dirección General de Neurología, Salud Mental y Rehabilitación; sin embargo después de cinco años “deseando incrementar las labores de salud mental como las de rehabilitación, consideraron necesario volver a separar estas dos dependencias quedando, a partir de septiembre de 1965, específicamente como Dirección de Salud Mental.”<sup>125</sup> Con este último nombre nos referiremos a la Dirección creada en 1959 destinada a la prevención y asistencia de las enfermedades mentales.

Para los médicos responsables de la asistencia psiquiátrica pública la creación de la Dirección de Salud Mental “representó un avance importante para los trabajos de salud pública, pues anteriormente no existía una oficina especializada para atender los problemas de salud mental de la población” (nótese cómo ni siquiera mencionan a la Dirección de Asistencia Neuropsiquiátrica) y para ellos la labor asistencial de la SSA había estado

---

<sup>124</sup> Guillermo Calderón Narváez y Héctor M. Cabildo, “La Dirección de Salud Mental de la Secretaría de Salubridad y Asistencia”, en Salud Pública de México, México, Secretaría de Salubridad y Asistencia, mayo-junio de 1967, vol. IX, núm.3, p. 541.

<sup>125</sup> Ibid.

incompleta por no tomar en cuenta las necesidades de los enfermos mentales.<sup>126</sup> Más aún, para ellos la Dirección de Salud Mental fue el paso de mayor trascendencia en la psiquiatría desde la inauguración de La Castañeda en 1910.<sup>127</sup> Y no era para menos, ya que la Dirección de Salud Mental se convirtió en el punto de encuentro entre las expectativas de los psiquiatras en torno a la transformación de los métodos de asistencia psiquiátrica y la SSA, que a su vez representaba al Estado.

La Dirección de Salud Mental fue un elemento clave para la promoción de las instituciones que tanto había promocionado los psiquiatras, es decir las granjas. A pesar que hacía varios años los médicos planearon la construcción de estas granjas, fue hasta que se dio este contexto político que comenzó su construcción “en masa”. Hay que observar que si bien no fueron exactamente los psiquiatras de La Castañeda quienes decidieron el destino del Manicomio, todas sus propuestas influyeron en las instancias gubernamentales; es decir, después del constante olvido hacia los enfermos mentales, a partir de los sesenta el gobierno retomó lo que los médicos habían propuesto desde hacía mucho tiempo y llevaron a cabo la reforma asistencial. He aquí el papel que jugaron los psiquiatras quienes después de varios años de críticas y propuestas, en un contexto político particular fueron escuchados. Su participación no fue directa en la *Operación Castañeda*, pero su influencia fue significativa, y fue justamente la Dirección de Salud Mental la que se convirtió en ese punto medio que llevó las propuestas psiquiátricas al plano político.

En total fueron diez granjas y dos hospitales psiquiátricos. Las primeras seis granjas fueron creadas entre 1959 y 1964; las otras cuatro y los dos hospitales, que fueron planeados para sustituir al Manicomio de La Castañeda (fueron éstas últimas parte del plan conocido como *Operación Castañeda*), se construyeron entre 1964 y 1967. No queremos abordar más a fondo la planeación de estas instituciones, ya que serán estudiadas detenidamente en el siguiente capítulo; no obstante, sí queremos recalcar que estas granjas y hospitales fueron el eje principal del programa de reforma asistencial de la psiquiatría en los años sesenta, que concluyeron con la clausura de La Castañeda.

---

<sup>126</sup> AHSSA, Fondo Secretaría de Salubridad y Asistencia (en adelante F-SSA), Sección Subsecretaría de Asistencia (en adelante S-SubA), caja 88, exp. 3, f. 106. Dirección de Salud Mental, “Anexo 2 del Proyecto de Programa de Trabajo para el sexenio gubernamental, 1965-1970.”, en 1965.

<sup>127</sup> AHSSA, F-SSA, S-SubA, caja 88, exp. 3, f. 126. Dirección de Salud Mental, “Anexo 2 del Proyecto de Programa de Trabajo para el sexenio gubernamental, 1965-1970.”, en 1965.

Es importante tomar en cuenta que dicha red de instituciones de tipo granja fue vista ante los ojos de los psiquiatras como la solución asistencial para los problemas de La Castañeda. A partir de esta composición histórica acaecida desde 1959, el discurso psiquiátrico ya no estaba dirigido sólo a criticar y a transformar la imagen de La Castañeda, como ocurrió en los lustros anteriores, sino que comenzaron a construir una visión sobre la psiquiatría que prometía solucionar los arraigados problemas de la asistencia psiquiátrica.

Pero además queremos puntualizar otra situación. Hay que observar que las alternativas planteadas (granjas) significaban una reestructuración de la asistencia psiquiátrica, pero no planteaban en sí innovaciones terapéuticas, por lo menos no como los médicos las patrocinaban, y es que en sus discursos estas granjas fueron promocionadas como la solución a todos los problemas de la psiquiatría pública, pero al observar detenidamente los modelos asistenciales, notamos que no variaban mucho de lo que se hacía en La Castañeda: internar pacientes en grandes instituciones alejadas de las ciudades con terrenos cultivables y otras actividades para la terapia ocupacional. Esto nos hace preguntarnos, ¿las granjas implicaron una reforma asistencial con una base terapéutica?, ¿o fueron el pretexto que utilizó la elite del gobierno para llevar a cabo otros planes?

## **Conclusiones**

En este capítulo pusimos de manifiesto las dinámicas que existieron entre el gobierno y el gremio de los psiquiatras que laboraban en La Castañeda. Demostramos que a lo largo de varios lustros (1940-1960) las propuestas y peticiones que los médicos hacían para resolver las problemáticas de sobrepoblación del Manicomio fueron atendidas muy esporádicamente por el Estado, representado en este rubro por la SSA. A lo largo de este tiempo se desarrollaban propuestas y teorías para reformar la asistencia psiquiátrica, para las cuales hubo obstáculos debido a la renuencia del Estado de habilitar instituciones, departamentos e instancias para la atención de los enfermos mentales, por lo menos hasta la década de los sesenta.

Esta comunicación entre el gremio médico y el gobierno, que hemos catalogado como “diálogo de sordos” se debió a que ambas partes tenían una perspectiva diferente sobre la asistencia psiquiátrica: mientras que los psiquiatras buscaban la cura de las enfermedades mentales, el gobierno veía al Manicomio como un centro de custodia para los



pacientes. Mientras que para uno el problema era de renovación asistencial, para el otro era de espacio. Así pues la dinámica que intentamos exponer es que en realidad los médicos no fueron quienes directamente decidieron el destino del Manicomio, sino que sus discursos fueron escuchados en un contexto político particular y que más bien lo que tuvo relevancia en la *Operación Castañeda* fue su legado discursivo en torno a las reformas asistenciales que creían necesarias para conseguir la cura de los enfermos, por cierto reformas que expusieron mucho antes de que se pensara en la clausura del Manicomio.

La Granja de San Pedro del Monte es un ejemplo de esta búsqueda para modificar los sistemas de asistencia que, en lugar de proponer alternativas “viables”, su finalidad era desahogar a La Castañeda del exceso de enfermos. Y aunque sí ofrecieron un modelo asistencial, la terapia ocupacional, éste no fue del todo novedoso porque ya era practicado en el Manicomio desde su propia fundación. Si bien el Estado invirtió en la construcción de la Granja de Guanajuato, podemos catalogar este acontecimiento como aislado, ya que los gobiernos no hicieron otra inversión de esta envergadura hasta la década de 1960 y esto es debido, pensamos, a que la psiquiatría no ofrecía al Estado las bases para patrocinar más instituciones de este tipo, ya que era probable que las problemáticas de La Castañeda se repitieran en otras instituciones similares.

A partir de los años sesenta, en las presidencias de López Mateos y Díaz Ordaz, comenzó un proceso de inversión estatal en diversas obras de salud pública, entre ellas psiquiátricas. Se creó la Dirección de Salud Mental, que se convirtió en el punto de encuentro de las propuestas de los psiquiatras y las políticas estatales, y comenzaron a planearse acciones para la modificación de los métodos asistenciales psiquiátricos, de los cuales la más importante fue la construcción de seis granjas para enfermos mentales, cuatro hospitales campestres y dos hospitales psiquiátricos.

Algo interesante que hay que advertir es que el funcionamiento asistencial de las nuevas instituciones se fue modificando sobre la marcha, es decir, hubo una especie de ensayo y error. Las granjas psiquiátricas promovían cambios que al ser analizados detenidamente demostraron ser el reciclaje de viejos proyectos, siendo el más fundamental la terapia ocupacional. Este tipo de terapéutica, no obstante, limitaba el acceso de diversos tipos de enfermos que no encuadraban con la dinámica laboral, es decir, los que no podían trabajar en las granjas y talleres no eran susceptibles de ser enviados a las nuevas

instituciones. Esto sentenció al Manicomio a convertirse en el depósito de incurables que tanto temían los primeros psiquiatras profesionales.

Cuando la *Operación Castañeda* fue decretada de manera un poco acelerada por Gustavo Díaz Ordaz, las normas de admisión tuvieron que cambiar, se modificó la denominación de las granjas (pasaron a ser hospitales campestres) y el tratamiento básicamente quedó sin una base teórica bien establecida. Esta celeridad para construir las nuevas instituciones (se construyeron seis edificios en aproximadamente tres años que absorberían a todos los enfermos del Manicomio) tal vez llevó a éstas al olvido estatal que tanto sufrió La Castañeda a lo largo de su vida.

En el siguiente capítulo vamos a analizar históricamente la planeación y construcción de estas instituciones que a la larga sustituyeron a La Castañeda para así poder comprender cómo es que las terapéuticas se fueron estancando poco a poco y al mismo tiempo demostrar que el plan para cerrar el viejo Manicomio no fue tanto el resultado de la innovación y reforma de los métodos asistenciales, sino que fue una decisión tomada desde la cúpula del poder para satisfacer intereses y necesidades en un contexto histórico. Doce fueron las instituciones psiquiátricas inauguradas pero sólo algunas de ellas respondieron a proyectos visiblemente planeados por los psiquiatras. Entonces, las teorías y propuestas en lugar de ser el motivo de la clausura, se convirtieron en la justificación tomada por personajes básicamente alejados de la medicina psiquiátrica.

## Capítulo 2

### Operación Castañeda. Reformas, procesos e instituciones, 1959-1968

#### Introducción

Una vez que hemos intentado hacer una interpretación sobre cómo se conformaron ciertos discursos en torno al problema de la institución manicomial, es necesario pasar al siguiente punto: historizar el proceso de clausura del Manicomio. Si bien en el capítulo anterior nos interesamos por la reconstrucción de las propuestas y teorías, el diálogo entre la psiquiatría y el gobierno y el papel que jugaron los médicos psiquiatras en torno a una modificación de los métodos asistenciales, ahora es turno de ver cómo fue el proceso de sustitución del Manicomio, qué nuevas instituciones se construyeron y cuáles fueron algunas políticas que se propusieron para poner en marcha la *Operación Castañeda*.

En este apartado vamos a observar en qué se basaron los psiquiatras para justificar la construcción de nuevas instituciones alternas al Manicomio de La Castañeda. En este punto el término “ambiente terapéutico” tomó mucha importancia ya que para los médicos implicó una reformulación no sólo de los métodos asistenciales, sino también de los terapéuticos y prometía ser el modelo para conseguir la cura de diversas enfermedades mentales. En gran medida el “ambiente terapéutico” fue una especie de reformulación de la terapia ocupacional tan promocionada en San Pedro del Monte, renovada por un optimismo consecuencia de la llegada de los psicofármacos (que si bien no curaban del todo las enfermedades mentales, sí reducían los síntomas, factor al que los médicos prestaron mucha importancia); basados en este concepto los psiquiatras inmersos en la Dirección de Salud Mental y la SSA comenzaron a planear nuevas instituciones que, a diferencia de La Castañeda, pensaban que podrían curar a los enfermos de sus trastornos mentales, como lo muestran las fuentes revisadas.

Así pues expondremos las instituciones de manera cronológica, divididas en dos procesos: el primero, de 1959 a 1964, cuando se construyeron seis Granjas para enfermos mentales, basadas directamente en la idea del “ambiente terapéutico”, donde la principal terapia era la laboral. Estas primeras Granjas no fueron construidas con la finalidad de sustituir a La Castañeda, ya que el Manicomio se convirtió en el receptáculo de todos aquellos enfermos que no eran susceptibles de ser enviados a ellas; el segundo proceso, de

1965 a 1968, es el que corresponde a la *Operación Castañeda*, cuando por orden del gobierno de Gustavo Díaz Ordaz, impulsado por diversos intereses económicos y urbanos y justificándose con las propuestas de los psiquiatras y de la SSA, se planeó la sustitución y clausura del Manicomio General, para dar paso a otras seis instituciones: cuatro Hospitales Campestres y dos Hospitales Psiquiátricos, cuyas características serán expuestas a lo largo del apartado.

Una vez que todos los internos de La Castañeda fueron enviados a las nuevas instituciones psiquiátricas, el Manicomio fue clausurado y demolido en 1968, y en el terreno se construyeron unidades habitacionales patrocinadas por el gobierno y por inversionistas privados que analizaremos en el siguiente capítulo. El Manicomio no formó parte de la reforma asistencial psiquiátrica, sino que fue suprimido, cuestión que algunos médicos ignoraban y se preguntaban por qué la construcción no había sido utilizada para hacer algún parque de recreo, oficinas gubernamentales o cualquier otra función.

Los objetivos de este capítulo, son demostrar que el “ambiente terapéutico”, que fue uno de los marcos conceptuales que se utilizaron para justificar la construcción de nuevas instituciones psiquiátricas, fue una innovación asistencial limitada ya que promocionaba que la curación de los enfermos dependía de ubicarlos en un gran terreno donde pudieran realizar diversas actividades laborales, sobre todo agrícolas, apoyados por el uso de psicofármacos que, aunque implicaron una revolución en el campo psiquiátrico, no influyeron de manera decisiva en las dinámicas poblacionales de las instituciones para enfermos mentales; luego entonces, debido a que la terapia se basaría en el trabajo en campo, los requisitos para aceptar enfermos eran muy específicos y, por lo tanto, los pacientes que no pudieran trabajar no eran aceptados en las granjas, por tal motivo La Castañeda se fue convirtiendo en el “almacén” de discapacitados, seniles, epilépticos, niños, etc., lo que la convirtió en una institución necesaria, una de las razones por las cuales cuando se construyeron las primeras seis granjas no se tenía la intención de clausurarla.

Por otro lado, vamos a observar que al ser decretada la *Operación Castañeda*, tuvieron que modificarse las normativas de internación en las nuevas instituciones, dejando de aceptar sólo a enfermos que pudieran trabajar, para recibir cualquier tipo de enfermos, pudieran o no realizar labores agrícolas, motivo por el cual dichas instituciones dejarían de llevar el apelativo de “granjas” para convertirse en “Hospitales Campestres”. Sin embargo,

tras esta modificación los métodos terapéuticos no quedaron bien definidos y la principal función dejó de ser la cura de los pacientes para regresar al cuidado asistencial y custodial. Esto nos permite pensar que la *Operación Castañeda* no fue tanto el resultado de una nueva eficiencia asistencial devenida con los Hospitales Campestres, sino que existieron elementos más allá que provocaron su clausura.

## 2.1 Innovando viejos conceptos: el “ambiente terapéutico”

Comenzaremos este apartado con las siguientes palabras del doctor Rogelio Flores, médico de La Castañeda, en 1961: “los métodos anteriores [de asistencia de los enfermos mentales] no son ahora eficientes para solucionar este problema, porque no es posible pensar que las necesidades de 20 a 30 años atrás sean las mismas en la actualidad; por lo tanto es conveniente adoptar una nueva organización que se apegue a las necesidades actuales.”<sup>128</sup> Entonces ¿qué pasaba en 1961 con respecto a la asistencia psiquiátrica, que difiriera de lo que ocurría 20 años atrás?, ¿por qué los métodos asistenciales debían cambiar?, ¿cuáles eran las nuevas propuestas?

Según el doctor Manuel Velasco Suárez, “desde 1910, año en que se inauguró el Manicomio General de La Castañeda en Mixcoac, no ha vuelto a atacarse en forma seria e importante el problema de la asistencia hospitalaria de los enfermos mentales”, aunque más adelante advierte que “es de señalarse que se dio un paso valioso en la filosofía asistencial moderna en 1944”,<sup>129</sup> cuando se creó la Granja de San Pedro del Monte. Es interesante notar cómo para este médico la creación de la Granja de Guanajuato no fue un acontecimiento tan importante para mejorar los sistemas de asistencia, sino que fue “un esfuerzo esporádico”<sup>130</sup> que no modificó en casi nada la labor de la psiquiatría.

Velasco Suárez fue parte de los médicos de La Castañeda desde la década de los cincuenta, vivió el nacimiento de la Granja de Guanajuato, fue Director de Asistencia Neuropsiquiátrica cuando el doctor Ramírez Moreno murió, y aún así afirmaba que la asistencia psiquiátrica estaba rezagada. Quizá con el paso de los años comprendió que dicha

---

<sup>128</sup> AHSSA, F-MG, S-Adm, caja 56, exp. 1, f. 68. Rogelio Flores, “Anteproyecto del trabajo de estadística a realizar en el Manicomio General La Castañeda de la ciudad de México”, en 1961.

<sup>129</sup> Manuel Velasco Suárez, “Nuevos servicios de asistencia neurológica y psiquiátrica de la Secretaría de salubridad y Asistencia”, en Salud Pública de México, México, Secretaría de Salubridad Pública, mayo-junio de 1961, vol. III, núm. 3, p. 359.

<sup>130</sup> Ibid.

Granja<sup>131</sup> no estaba solucionando las problemáticas que el Manicomio y la medicina psiquiátrica sufrían; al mismo tiempo, estaba consciente que para modificar en forma positiva los métodos de asistencia psiquiátrica era necesario proponer y llevar a cabo una planeación médico-política distinta a lo que se había intentado en las décadas anteriores, principalmente entre 1940 y 1950.

Velasco Suárez era el responsable de la Dirección de Salud Mental y en sus manos estaba modificar los métodos de asistencia psiquiátrica. Ahora bien, si para este doctor, y algunos otros, en las décadas anteriores se había hecho poco para apoyar las políticas de asistencia psiquiátrica, y lo que se había hecho eran acciones esporádicas que poco habían beneficiado a resolver el problema de la asistencia a los enfermos mentales, ¿cuál podría ser la solución más conveniente para atacar las problemáticas que los psiquiatras expresaban?

El primer paso fue la creación de una oficina dependiente de la SSA para que se encargara de la planeación y organización de los servicios asistenciales que el gobierno estaba dispuesto a patrocinar. Esa fue la labor de la Dirección de Salud Mental. Pero la sola creación de direcciones y puestos burocráticos no resolvería el asunto. Era necesario analizar el problema en sí y comprender la génesis del problema asistencial.

Según el doctor Guillermo Calderón Narváez, el problema era que los manicomios eran “verdaderas instituciones carcelarias y para controlar al enfermo excitado se recurría a la camisa de fuerza y otros medios de contención”, además de que “los profesionales de la medicina se ocupa[ban] poco de la especialidad” y no aportaban nada nuevo para las terapéuticas psiquiátricas.<sup>132</sup> Hay que prestar atención a dos elementos importantes: primero, si Calderón Narváez dice que esto ocurría en los manicomios en general, quiere decir que en La Castañeda también ocurría. Nótese cómo se comienza a crear un discurso que a la larga sería la justificación de los psiquiatras y del Estado para clausurar el Manicomio. Pero también hay que observar que el doctor nos dice que las mismas políticas asistenciales se habían quedado estancadas, y esto lo menciona para promover la idea de

---

<sup>131</sup> En adelante usaremos la palabra “Granja” (con mayúscula) cuando hablemos del nombre propio de alguna institución en específico y “granja” (con minúscula) cuando hablemos del dispositivo de asistencia psiquiátrica en general.

<sup>132</sup> Guillermo Calderón Narváez, “La evolución de los conceptos de la terapéutica psiquiátrica y sus consecuencias en los programas de salud mental”, en *Salud Pública de México*, México, Secretaría de Salubridad y Asistencia, julio-agosto de 1967, vol. IX, núm. 4, p. 521.

que después de la creación de la Dirección de Salud Mental los conocimientos médicos habían comenzado a transformarse, aunque eso tiene sentido si pensamos que en cuestiones políticas, siempre se busca la innovación.

El doctor Calderón Narváez afirmaba que el descubrimiento más importante que revolucionó el saber psiquiátrico fueron los psicofármacos que modificaron “profundamente las perspectivas del tratamiento psiquiátrico, imponiendo nuevas características en el manejo de los enfermos mentales.”<sup>133</sup> Entonces el papel de los psicofármacos fue trascendental, sobre todo discursivamente, ya que se puede decir que trajeron consigo un optimismo renovado sobre la naturaleza asistencial y terapéutica de la enfermedad mental.

### 2.1.1 LOS PSICOFÁRMACOS Y LA “NUEVA” EFICIENCIA TERAPÉUTICA

Debemos decir que lo que transformó la asistencia de los enfermos mentales, no sólo en México, sino en el mundo fue la llegada de los psicofármacos. El descubrimiento de los medicamentos que combatían las enfermedades mentales trajo consigo el desarrollo de nuevas formas de asistir a los enfermos de la mente. Gracias a ellos daría inicio el llamado “tratamiento ambulatorio” que fue la base para el establecimiento de una verdadera consulta externa. Con dichos medicamentos se pudieron atacar diversas enfermedades mentales con lo cual se evitó que ciertos pacientes tuvieran que mantenerse dentro de los manicomios.

El descubrimiento de la penicilina a principios del siglo XX<sup>134</sup> implicó el nacimiento de una nueva forma de tratar algunas enfermedades infecciosas que antes no tenían una cura efectiva. Pero hablando de padecimientos neurológicos y mentales, la penicilina demostró servir también, por ejemplo, contra algunas “enfermedades piógenas del sistema nervioso–meningitis, abscesos cerebrales y medulares, heridas del cerebro,

---

<sup>133</sup> *Ibid.*, p. 522.

<sup>134</sup> En el año de 1928 el bacteriólogo escocés Alexander Fleming logró sintetizar del hongo “*Penicillium sp*” la primera muestra del antibiótico conocido como Penicilina. La Penicilina demostró ser un agente muy efectivo contra ciertas bacterias que producían infecciones en los seres humanos que antes no tenían una cura. Esta síntesis de Fleming fue estudiada más a fondo por otros médicos hasta que se consiguió crear un antibiótico estable y eficaz. Gracias a este descubrimiento inició lo que se conoce como “revolución farmacológica”. Cabe mencionar que la producción en masa de la Penicilina en Europa y Estados Unidos se alargó hasta inicios de la década de 1940. *Nueva Enciclopedia Temática*, México, Grollier, 1990, t. 4, pp. 468-470.

etc.”<sup>135</sup> Uno de los usos más importantes de la penicilina en neuropsiquiatría fue para combatir la neurosífilis, que aunque para la época era discutible su efectividad en dicho padecimiento, fue una de las causas para que en la década de 1950 se comenzara a tratar sífilíticos por medio de la consulta externa en México.

No obstante, el fármaco que trajo consigo una reforma en la asistencia y las terapéuticas psiquiátricas fue la clorpromazina. Este activo fue descubierto en Francia en 1952 por el doctor Henri Laborit, y fue utilizado para tratar a pacientes esquizofrénicos. Dicho fármaco, extraído de la molécula de la fenotiazina, hacía que redujeran las alucinaciones y los estados de excitación en los esquizofrénicos, además que los dejaba soñolientos y tranquilos.<sup>136</sup> Aunque desde antes ya existían medicamentos para tratar la enfermedad mental, como el “ácido prúsico, el bromuro potásico, la solución de Hoffmann (50% de éter sulfúrico y 50% de alcohol), y las infusiones relajantes de valeriana, menta o azahar”,<sup>137</sup> su eficacia clínica era dudosa y servían más como paliativos para reducir los estados de excitación. Según Cecilio Álamo, Eduardo Cuenca y Francisco López-Muñoz, con la clorpromazina los psiquiatras liberaron a los “pacientes psiquiátricos del tormento de la inclusión manicomial, esta vez con una herramienta farmacológica.”<sup>138</sup>

No obstante, la clorpromazina no fue el único fármaco utilizado contra las enfermedades que presentaran cuadros alucinógenos. También se hicieron otros derivados de la fenotiazina, como la promazina, la levomepromazina, la trifluoperazina, la perfenazina, la flufenazina o la tioproperazina,<sup>139</sup> además de la reserpina que era una sustancia natural extraída de la raíz de la “*rauwolfia serpentina*”, comercializada en 1953.<sup>140</sup> Por otro lado se desarrollaron medicamentos para otras alteraciones mentales y

---

<sup>135</sup> Samuel Ramírez Moreno, “La penicilina en neuropsiquiatría”, en Revista Mexicana de Neurología, Psiquiatría y Medicina Legal, México, marzo-junio de 1947, vol. 13, núms. 78-79, p. 4.

<sup>136</sup> Cecilio Álamo, Eduardo Cuenca y Francisco López-Muñoz, “Aspectos históricos del descubrimiento y de la introducción clínica de la clorpromazina: medio siglo de psicofarmacología”, en Frenia. Revista de Historia de la Psiquiatría, Madrid, España, Instituto de Historia del Consejo Superior de Investigaciones Científicas, enero-junio de 2002, vol. II, t. 1, pp. 83-85.

<sup>137</sup> Rafael Huertas, El siglo de la clínica, Madrid, España, Frenia, 2004, p. 248.

<sup>138</sup> Cecilio Álamo, Eduardo Cuenca y Francisco López-Muñoz, op. cit., p. 80. De hecho, durante la primera mitad del siglo XX, el número de pacientes ingresados en hospitales psiquiátricos se incrementó alarmantemente de 150.000 hasta 500.000 enfermos. Sin embargo, desde 1956, fecha en la que los antipsicóticos comenzaron a utilizarse masivamente, la tasa de hospitalizaciones se invirtió, y el número de ingresados descendió, ibid., p. 99.

<sup>139</sup> Guillermo Calderón Narváez, “Tratamiento ambulatorio del enfermo esquizofrénico”, en Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría, México, Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría, julio-septiembre de 1969, vol. 10, núm. 2, pp. 84-85.

<sup>140</sup> Cecilio Álamo, Eduardo Cuenca y Francisco López-Muñoz, op. cit., p. 79.



neurológicas como el nitrozepam y el diazepam para la depresión; o la psilocibina y la fenilpiperazina para los trastornos del sueño.<sup>141</sup>

Todos estos medicamentos fueron adoptados por los psiquiatras mexicanos a lo largo de la segunda mitad de la década de los cincuenta, ya que, por ejemplo, la clorpromazina comenzó a fabricarse en masa hasta 1956. Para los psiquiatras, su introducción en la medicina psiquiátrica nacional tuvo un impacto trascendental ya que significó un motivo para “tener un contacto más estrecho con la comunidad a través de centros de salud, consultas externas de hospitales generales y establecimientos psiquiátricos modernos, totalmente diferentes a los viejos manicomios”,<sup>142</sup> y además, según algunos médicos, facilitó el externamiento de pacientes. Y es que la importancia de estos fármacos fue monumental ya que por primera vez se tenía una herramienta eficaz para quitar a los enfermos mentales sus síntomas y ofrecer cierto grado de curación, cosa que antes era muy complicada.

No obstante, hay que mencionar que dichos medicamentos tenían efectos secundarios. Es verdad que las medicinas antipsicóticas suprimían los estados alucinógenos, sin embargo, algunos efectos secundarios de éstas eran el encorvamiento de la columna vertebral, dificultad para sentarse, inmovilidad de los brazos al caminar y arrastrar los pies al andar. Pero el uso más prolongado de estos psicofármacos provocaba otros efectos más graves como trastornos del sistema circulatorio y desarrollo de síndromes extrapiramidales, como el Parkinson, además de desencadenar estados de angustia, “razón por la cual el paciente se niega a volver a tomar el medicamento que le originó estas molestias.”<sup>143</sup>

Sin embargo, gracias al control que se podía tener de algunos enfermos mentales fuera de la institución manicomial, muchos psiquiatras estaban de acuerdo en que no debía “advertirse al paciente [sobre los efectos secundarios], a fin de evitar factores psicológicos agregados para evitar que se angustie y suspenda el tratamiento.”<sup>144</sup> Parece que para

---

<sup>141</sup> Arturo Fernández Cerdeño, María del Socorro Quiroga y Manuel Velasco Suárez, “El Instituto Nacional de Neurología. Su estructura, funcionamiento, doctrina y finalidades”, en *Salud Pública de México*, México, Secretaría de Salubridad y Asistencia, julio-agosto de 1967, vol. IX, núm. 4, p. 584.

<sup>142</sup> Guillermo Calderón Narváez, “Tratamiento ambulatorio...”, *op. cit.*, p. 83.

<sup>143</sup> *Ibid.*, p. 87.

<sup>144</sup> *Ibid.*, p. 88.

algunos médicos era más importante eliminar los cuadros alucinatorios y de excitación que el mismo cuidado integral de los enfermos.

Hay que advertir que para los psiquiatras mexicanos la psicofarmacología no era suficiente para reformar sus prácticas. Aunado a ella debía desarrollarse un modelo asistencial que permitiera lograr sus objetivos. Por diversas razones, que no hemos localizado, los psicofármacos no influyeron de manera trascendental en las dinámicas poblacionales del Manicomio de La Castañeda, es decir, si bien se promocionó el tratamiento ambulatorio con medicinas, el número de pacientes no se redujo, así pues se propuso otro modelo asistencial que más bien fue una reformulación de los que ya se había intentado antes; a éste lo denominaron “ambiente terapéutico”.

### 2.1.2 EL AMBIENTE TERAPÉUTICO: UN OPTIMISMO RENOVADO

El “ambiente terapéutico” era aquel donde el hospital en que estuviera internado un enfermo mental curara por sí solo, es decir, que hubiera un ambiente tranquilo, con espacios abiertos, donde el enfermo no se sintiera encerrado y que los trabajadores y los pacientes trabajaran juntos para la curación de los pacientes. Debían ser “hospitales ‘abiertos’, en donde el paciente colabora[ra] en el tratamiento [y] la terapia ocupacional se convi[rtiera] en lo más importante dentro de las instalaciones.”<sup>145</sup> Según el doctor Gastón Castellanos, “no todas las enfermedades cursan con enajenación, hacia el deterioro mental progresivo”,<sup>146</sup> y por lo tanto debían planearse instituciones donde se pudiera evitar que el enfermo se cronificara. Así pues, para lograr esto habría que crear hospitales de tipo granja ya que éstos eran, en palabras del doctor Castellanos, las instituciones idóneas para el desarrollo de “verdaderas ‘comunidades terapéuticas.’”<sup>147</sup>

La idea parecía tan innovadora que de hecho en un informe presentado a algunos médicos del Manicomio en 1958, se recomendaba que se trabajara en planificar este tipo de instituciones:

---

<sup>145</sup> Ibid.

<sup>146</sup> Gastón Castellanos, “Rehabilitación de los enfermos mentales crónicos en el Hospital Granja ‘Bernardino Álvarez’”, en Salud Pública de México, México, Secretaría de Salubridad y Asistencia, noviembre-diciembre de 1961, vol. III, núm. 6, p. 919.

<sup>147</sup> Ibid.

Los expertos [admitieron] que existe una tendencia general a que el hospital de psiquiatría se parezca a una cárcel, con sus “grandes tapias, rejas, ventanas blindadas, manojos de llaves, vestidos de uniforme y todos los demás atavíos de la prisión”. La comunidad terapéutica debe [implementarse y] tomar como modelo el pueblo. Deberá planearse cada unidad para un grupo pequeño de pacientes, de preferencia unos 25 o 30, y hay que suponer que la mayoría de los pacientes trabajarán...<sup>148</sup>

Así pues, a partir de 1960 comenzó a planearse una estructura arquitectónica de hospitales mentales, que sería la base de todas las granjas y hospitales psiquiátricos surgidos en los sesenta. En dicha década, la Dirección de Salud Mental “formó un equipo de trabajo que después de un año de labores en conjunto llegó a determinar una serie de normas e índices de planeamiento, para poder atacar y resolver el problema de la prevención, asistencia y rehabilitación de los enfermos mentales.”<sup>149</sup> Se decidió que estas instituciones serían construidas a lo largo del país, tomando en cuenta las condiciones particulares (económicas, políticas y sociales) de cada región, estarían subordinadas a la existencia de un hospital general cercano y se evitaría en lo posible el “aspecto de asilo” para que el enfermo supiera que su estancia era transitoria.<sup>150</sup>

No obstante, hay que observar que la propuesta era una especie de reproducción de lo que ya se había hecho antes, ya que pensar en un espacio abierto donde el enfermo trabajara y la terapia ocupacional se planteara como lo más novedoso, es lo mismo que se hizo en la Granja de San Pedro del Monte y, es más, lo mismo que se planeo alguna vez en La Castañeda. En palabras de Cristina Sacristán, estas instituciones se publicitaron “como si estuvieran revolucionando la psiquiatría por el simple hecho de que mantenían al enfermo en contacto con la naturaleza [...] bajo un supuesto régimen de libertad y de actividades productivas que lo dignificaban.”<sup>151</sup>

Para los psiquiatras esta era la “revolución” de los métodos de asistencia psiquiátrica y no dudaron, con apoyo del Estado y la SSA, en llevarlo inmediatamente a cabo. La primera institución creada bajo la idea del “ambiente terapéutico” fue el Hospital

---

<sup>148</sup> AHSSA, F-MG, S-Adm, caja 42, exp. 2, f. 134. José Zozaya, “El moderno Hospital de Psiquiatría”, en diciembre de 1958.

<sup>149</sup> Julio Chomstein, “Planeación arquitectónica de hospitales mentales”, en Salud Pública de México, México, Secretaría de Salubridad y Asistencia, noviembre-diciembre de 1961, vol. III, núm. 6, p. 923.

<sup>150</sup> Ibid., pp. 923-924.

<sup>151</sup> Cristina Sacristán, “Ser o no ser modernos...”, op. cit., p. 21.

Granja “Bernardino Álvarez”:<sup>152</sup> “a escasos 4 meses de creada la Dirección [...], se iniciaron activamente los trabajos de adaptación y arreglo general de la Escuela para Débiles Mentales, de Tlalpan para convertirla en Granja para enfermos mentales.”<sup>153</sup> Esta Granja comenzó sus labores en marzo de 1960, tenía capacidad para 100 enfermos mentales y epilépticos y contaba con granjas agrícola, avícola, porcina y vacuna. Fue presentada por el Director de Salud Mental como una gran innovación en el tratamiento y asistencia de los enfermos mentales por ofrecer “una comunidad de humana comprensión.”<sup>154</sup>

En palabras del doctor Gastón Castellanos, “las labores de rehabilitación del enfermo mental forma[ban] parte de una terapia integral que [...] correspondían a los métodos de terapia ocupacional, recreativa y educativa”; más adelante afirmaba que “la terapia ocupacional implantada en el Hospital se [regía] por el principio fundamental de seleccionar el tipo de trabajo que más convenga a cada paciente.”<sup>155</sup> En un oficio enviado en noviembre de 1959 (antes de que se abriera la Granja), de la Dirección de Salud Mental al Director en turno del Manicomio, el doctor José Luis Patiño Rojas, con motivo de la elección de los pacientes que serían trasladados, se suscribía que “un enfermo para el tipo de Granja como la mencionada anteriormente, deb[ía] reunir características adecuadas de salud física general, de posibilidades de trabajo en campo y en talleres, tener espíritu gregario y tendencias no destructivas.”<sup>156</sup>

Esto nos deja con una pregunta: ¿qué pasaba con aquellos enfermos que no podían realizar cualquier tipo de actividad laboral? El mismo doctor Castellanos responde que “los enfermos que exigen para su atención asistencia especial, son atendidos en los servicios correspondientes del Manicomio General.”<sup>157</sup> Parece ser que aunque había una propuesta teórica, la idea seguía siendo desahogar el exceso de pacientes de La Castañeda.

La idea del “ambiente terapéutico” seguía teniendo las mismas limitantes que ya antes se habían experimentado con la Granja antecesora, y es que lo que en realidad era lo más beneficioso para el tratamiento de los enfermos no era dicho “ambiente”, sino la

---

<sup>152</sup> No hay que confundir esta institución con el posterior Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”, del que hablaremos más adelante.

<sup>153</sup> Manuel Velasco Suárez, “Nuevos servicios de asistencia neurológica...”, *op. cit.*, p. 360.

<sup>154</sup> *Ibid.*

<sup>155</sup> Gastón Castellanos, *op. cit.*, p. 920.

<sup>156</sup> AHSSA, F-MG, S-Adm, caja 56, exp. 2, f. 1. “Oficio de la Dirección de Neurología, Psiquiatría y Salud Mental, al director del Manicomio, José Luis Patiño Rojas, sobre el traslado de enfermos a la primera granja de Tlalpan”, el 19 de noviembre de 1959.

<sup>157</sup> Gastón Castellanos, *op. cit.*, p. 920.

utilización de la psicofarmacología, que sí era una propuesta diferente a la reproducción de granjas, y es el mismo doctor Castellano quien lo afirma: “la introducción de las *drogas tranquilizadoras* en el arsenal terapéutico psiquiátrico, ha abierto nuevas esperanzas para el tratamiento de los enfermos [...]. Estos psicofármacos han modificado el ambiente hospitalario y social en los cuales vivían los pacientes mentales.”<sup>158</sup>

Entonces pues, la eficacia del “ambiente terapéutico” de las granjas dependía de la utilización de los psicofármacos. A pesar de que las nuevas instituciones planificadas por la SSA y el Estado eran promovidas como la “reforma” de los métodos asistenciales de la psiquiatría, fue en realidad la llegada de las medicinas para las enfermedades mentales lo que implicó no sólo una transformación asistencial, sino también terapéutica. Esto nos deja una pregunta, ¿realmente era necesario hacer tantas propuestas y planear una red de instituciones tipo granja, además de deslegitimar a La Castañeda? Hay que aclarar que las propuestas de los psiquiatras con respecto al “ambiente terapéutico”, la “comunidad terapéutica” y la terapia ocupacional fueron de la mano con la utilización de psicofármacos, porque los tratamientos de las granjas no curaban por sí solos.

La siguiente institución de tipo granja para la asistencia de los enfermos mentales fue el Hospital Granja para Enfermos Mentales “La Salud”, construida en Zoquiapan, Estado de México, e inaugurada en junio de 1961. Esta institución contaba con una capacidad para 300 internos, que tiempo después fue aumentada hasta 500 debido a la gran cantidad de pacientes. Estaba dotada además “de las mejores instalaciones y medios para atender en forma científica y humana a enfermos mentales subagudos y crónicos.”<sup>159</sup>

El aspecto más importante de esta institución era “la belleza del ambiente [...]: las calzadas de cipreses y eucaliptos, la belleza de un conjunto [necesarias] para la gran comunidad terapéutica de este Hospital Granja.”<sup>160</sup> Lo interesante es que el autor de estas palabras menciona más adelante: “tenemos fe en que ahora más que nunca las ciencias neuropsiquiátricas tendrán en México una institución superior, debidamente equipada y prevista para su mejor función.”<sup>161</sup>

---

<sup>158</sup> Ibid. Subrayado del original.

<sup>159</sup> Secretaría de Salubridad y Asistencia, “Dirección General de Neurología, Salud Mental y Rehabilitación”, en Salud Pública de México, México, Secretaría de Salubridad y Asistencia, septiembre-octubre de 1961, vol. III, núm. 5, p. 793.

<sup>160</sup> Manuel Velasco Suárez, “Nuevos servicios de asistencia neurológica...”, op. cit., p. 361.

<sup>161</sup> Ibid.

Nuevamente, la propuesta de la granja era muy interesante y prometedora, pero ¿a partir de su funcionamiento cumplió con las expectativas que los psiquiatras se plantearon? En primer lugar nos topamos con las limitantes que este tipo de instituciones presentaban: no cualquier enfermo podía ser recibido. El 20 de julio de 1961 el jefe del Pabellón de Trabajadores B, Fedro Palavicini, envió un oficio al Director de La Castañeda que decía: “suplico a usted de la manera más atenta que, de no tener inconveniente, se sirva usted gestionar, por solicitud mía, si así le parece, el traslado efectivo, y si es posible inmediato, de un reducido número de enfermos de este servicio, al Hospital Granja de Zoquiapan.”<sup>162</sup> El Director del Manicomio envió dicha solicitud al responsable de la Dirección de Salud Mental, la cual fue aprobada y se le pidió al doctor Dionisio Nieto que hiciera la elección de los pacientes. El informe de Dionisio Nieto es muy interesante: “he comenzado el examen de los enfermos con el propósito de estimar si reúnen las condiciones adecuadas para ser admitidos en la citada Granja. De los 6 enfermos primeramente examinados he encontrado 3 que no reúnen las condiciones que se han establecido.”<sup>163</sup>

Sin embargo, el doctor Nieto menciona en su informe algo más que queremos remarcar:

Voy a continuar haciendo la revisión del Pabellón de Trabajadores B sin carácter de urgente porque he podido comprobar que la situación del Pabellón no es tan angustiosa como ha sido señalado por el doctor Palavicini [...]. En la actualidad sólo hay 169 enfermos y por ello su situación general ha mejorado notablemente. Sin duda habrá algunos enfermos que reúnan las condiciones necesarias para su traslado a la Granja. Pero en vista de este dato que le estoy proporcionando, me parece notoriamente más urgente que sean trasladados pacientes de otros pabellones que se encuentran indudablemente sobrecargados. En vista de estas razones me parecen totalmente injustificadas, inadecuadas, y carentes de todo sentido técnico asistencial, las urgentes reclamaciones del doctor Palavicini.<sup>164</sup>

Es interesante el desdén con el que habla el doctor Dionisio Nieto con respecto a las peticiones del doctor Palavicini. Pero hay que prestar más atención la justificación del doctor Nieto para postergar la elección de pacientes del Pabellón, fue que no urgía

---

<sup>162</sup> AHSSA, F-MG, S-Adm, caja 56, exp. 2, f. 18. “Oficio del jefe del Departamento de Trabajadores B del Manicomio, Fedro Palavicini, al director del Manicomio, José Luis Patiño Rojas”, el 20 de julio de 1961.

<sup>163</sup> AHSSA, F-MG, S-Adm, caja 56, exp. 2, f. 25. “Oficio del doctor Dionisio Nieto al director de Salud Mental, Neurología y Rehabilitación, Manuel Velasco Suárez”, el 2 de agosto de 1961.

<sup>164</sup> AHSSA, F-MG, S-Adm, caja 56, exp. 2, f. 26-29. “Oficio del doctor Dionisio Nieto al director de Salud Mental, Neurología y Rehabilitación, Manuel Velasco Suárez”, el 2 de agosto de 1961.

transferirlos porque la cantidad no era tan alta como en otros Pabellones. Entonces cuál era la forma en la que elegían a los pacientes para trasladarlos a la Granja de Zoquiapan, ¿por características nosológicas o para desahogar el exceso de pacientes en los Pabellones del Manicomio? Más que plantear soluciones a los problemas que envolvían al mismo saber psiquiátrico, los médicos proponían cambiar el espacio físico en que se atendía a los enfermos para promover en cierta medida la idea de que lo que no estaba funcionando era el Manicomio, no su ciencia.

Por otro lado, otra de las problemáticas con que se topó esta Granja es que “exist[ía] poco personal de enfermería para cubrir el servicio nocturno, y sólo un enfermero podría vigilar dos pabellones”,<sup>165</sup> además de que el cuerpo de médicos era muy poco. Según el doctor Guillermo Calderón Narváez, “uno de los problemas más importantes [...] de estos Centros Hospitalarios, [era] el limitado número de médicos que desea[ban] prestar sus servicios en ellos.” La explicación que daba este médico era que los psiquiatras trataban de “evitar el ser aislados del entrenamiento adecuado o de la práctica activa del hospital.”<sup>166</sup> Pero nosotros proponemos dos respuestas alternativas: primero, el número de médicos psiquiatras para 1960 era poco, ya que hasta en La Castañeda se sufría por falta de psiquiatras; segundo, ¿cuántos médicos estaban dispuestos a apartarse de sus hogares para ser “aislados” en instituciones alejadas de las ciudades? Pensamos que pocos. Por tal motivo el problema de la cantidad de médicos psiquiatras fue constante a lo largo de la creación de granjas para enfermos mentales.

## **2.2 Granjas a granel con una Castañeda “necesaria”**

Estas dos Granjas, la de Tlalpan y la de Zoquiapan, fueron las primeras de una red de instituciones de ese estilo para la asistencia de los enfermos mentales. A partir de 1960 la construcción de granjas comenzó a ser una de las prioridades de la Dirección de Salud Mental, la SSA y el Estado. Según Guillermo Calderón Narváez para el régimen de Adolfo López Mateos “el Manicomio ha[bía] sido motivo de preocupación [...], y con un verdadero deseo de dar al pueblo la asistencia médica que se merec[ía], propugnó la

---

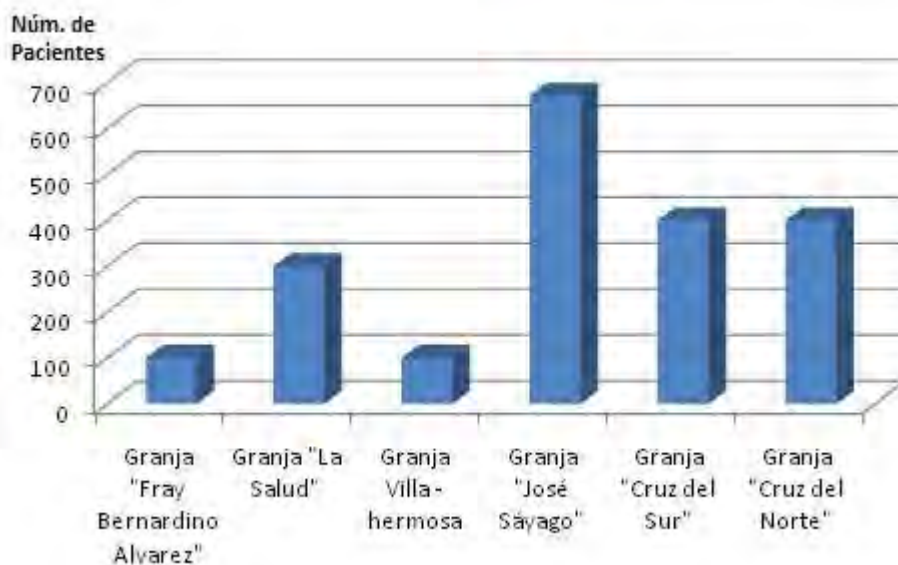
<sup>165</sup> AHSSA, F-SSA, S-SubA, caja 98, exp. 2, f. 16. “Oficio del director de la Granja de Zoquiapan, Carlos Tejeda Ruiz, al director de Salud Mental, Guillermo Calderón Narváez”, el 17 de agosto de 1966.

<sup>166</sup> AHSSA, F-SSA, S-SubA, caja 88, exp. 3, f. 49. Guillermo Calderón Narváez, “Anteproyecto inicial de actividades de la Dirección de Salud Mental”, el 22 de febrero de 1966.

creación de nuevas unidades nosocomiales que contaran con todos los elementos que el psiquiatra [...] necesit[aba].”<sup>167</sup> En la Gráfica 2 podemos observar la capacidad poblacional de las granjas que fueron creadas en el gobierno de López Mateos entre 1959 y 1964; se puede ver que las cantidades son dispares y que en realidad no tenían el espacio con que contaba el Manicomio.

¿La construcción de tantas granjas habría de solucionar el problema de la asistencia de los enfermos mentales? En parte es claro que el hecho de que hubiera más instituciones dedicadas a los enfermos mentales concluiría con la disminución de la sobrepoblación en el Manicomio, lo que es posible que fuera útil para la asistencia psiquiátrica porque atender a menos pacientes sería mejor que asistir a muchos.

Gráfica 2. Capacidad de pacientes que tenían las Granjas abiertas entre 1959 y 1964.



Fuente: Elaboración propia a partir de Gastón Castellanos, *op. cit.*, pp. 919-920; Manuel Velasco Suárez, “Nuevos servicios de asistencia neurológica...”, *op. cit.*, pp. 360-366; *AHSSA*, F-SSA, S-SubA, caja 98, exp. 2.

Según cifras de la Dirección de Salud Mental, a inicios de 1959 la cantidad de camas psiquiátricas era de 3,500, número de camas que había en La Castañeda y en la Granja de

<sup>167</sup> Guillermo Calderón Narváez, “La salud mental y los hospitales psiquiátricos de México”, en *Salud Pública de México*, México, Secretaría de Salubridad y Asistencia, julio-agosto de 1967, vol. IX, núm. 4, p. 500.



San Pedro del Monte. Para 1963 el número había aumentado a 5,100,<sup>168</sup> entre las que se encontraban en las Granjas de Tlalpan, Zoquiapan y la de Villahermosa que se acaba de inaugurar, además de anexos psiquiátricos en hospitales generales. Si se supone que la asistencia psiquiátrica había evolucionado a tal grado que el “ambiente terapéutico” de las granjas curaba por sí mismo, ¿para qué abrir tantas camas psiquiátricas?, ¿no se supondría que con los psicofármacos y la terapia ocupacional, el número de enfermos mentales debería de reducir o por lo menos no aumentar? Porque hay que aclarar también que los Pabellones de La Castañeda no se estaban cerrando con la apertura de las granjas.

Quizá los médicos psiquiatras y las autoridades de salud sabían que abrir granjas en diversos lugares del país iba a provocar que los habitantes comenzaran a llevar a sus enfermos a los hospitales cercanos, porque tal vez debido a limitantes económicas o familiares no los habían podido llevar al Manicomio. Pero es posible pensar que este mismo fenómeno provocaría la reproducción del problema que tuvo el Manicomio, la sobrepoblación.

La Granja de Villahermosa es un caso interesante. A finales de 1962 se terminó la construcción del Hospital Granja para Enfermos Mentales y Nerviosos de Villahermosa, Tabasco. Se supone que contaría con instalaciones para albergar hasta 250 enfermos, pero debido a la tardanza en la construcción, comenzó a funcionar con 100 camas.<sup>169</sup> La principal prioridad de esta Granja sería prestar asistencia a la población nativa y de los alrededores, dejando pocos espacios para pacientes del Manicomio. Supuestamente del total de camas sólo el 20 por ciento estaría destinado a pacientes agudos y el resto para pacientes crónicos, lo que nos indica que dentro de la misma planeación de estas instituciones, los médicos estaban conscientes que el número de agudos era muy inferior al número de pacientes que necesitaban un tratamiento prolongado, entonces ¿qué era lo que inspiraba a los psiquiatras a pensar que el número de curaciones podía ser elevado, si el número de pacientes con enfermedades en fases desarrolladas era mayor?

Pero además otra cuestión que amerita destacarse es que la intención primordial era la “rehabilitación integral [de los enfermos] que les permit[iera] retornar a la vida social y

---

<sup>168</sup> Secretaría de Salubridad y Asistencia, “Dirección General de Neurología, Salud Mental y Rehabilitación”, en *Salud Pública de México*, México, Secretaría de Salubridad y Asistencia, enero-febrero de 1963, vol. V, núm. 1, p. 122.

<sup>169</sup> *Ibid.*, p. 121.

económica de su comunidad.”<sup>170</sup> La idea no era sólo curar a los pacientes, sino hacerlos productivos para la vida económica, ya que “uno de los fines que [perseguía] la rehabilitación de los enfermos mentales [era] lograr su reintegración productiva al medio familiar y social.”<sup>171</sup> Por supuesto que esta idea no era del todo nueva, el problema era que aunque los conceptos cambiaran las ideas propuestas variaban poco de lo que se había intentado antes.

Las otras tres granjas creadas en este periodo contenían las mismas características que ya hemos esbozado: el Hospital Granja “José Sáyago”, construido en Tepexpan, Estado de México, en 1962, que contaba con 672 camas para albergar sólo enfermas mentales contaba “con modernas instalaciones de terapia ocupacional, terapia recreativa y grandes terrenos cultivables”,<sup>172</sup> pero para trasladar enfermas a esa institución debía “tomarse en consideración que dichas pacientes no sobrepasaran los 40 años [...] y que no fueran débiles mentales profundas”<sup>173</sup> para que pudieran trabajar. El Hospital Granja “Cruz del Sur”, inaugurado en 1963 en la ciudad de Oaxaca, contaba con 400 camas que serían ocupadas por pacientes de La Castañeda que fueran “originarios de Oaxaca y cuyos familiares radi[caran] en lugares de los estados del sureste.”<sup>174</sup> Y el Hospital Granja “Cruz del Norte”, ubicado en la capital del estado de Sonora, abierto en 1964, que “con sus terapias ocupacionales y sus granjas agrícolas cubriría las necesidades asistenciales de aquella región.”<sup>175</sup> Con esta última Granja concluyeron las actividades constructoras antes de que se planeara la *Operación Castañeda*.

Ahora bien, ya se tenía una idea para la modificación de los métodos de asistencia psiquiátrica, pero como hemos notado los argumentos de los psiquiatras que analizamos aún no hacen referencia a la clausura de La Castañeda. Hay que mencionar que después de la creación de la Dirección de Salud Mental, la sustitución del Manicomio como institución

---

<sup>170</sup> Ibid.

<sup>171</sup> Gastón Castellanos, op. cit., p. 919.

<sup>172</sup> Secretaría de Salubridad y Asistencia, “Dirección General de Neurología, Salud Mental y Rehabilitación”, en Salud Pública de México, México, Secretaría de Salubridad y Asistencia, enero-febrero de 1964, vol. VI, núm. 1, p. 140.

<sup>173</sup> AHSSA, F-MG, S-Adm, caja 56, exp. 2, f. 197, 262. “Oficio del director del Hospital José Sáyago, Pablo Mena Franco, al director del Manicomio, José Luis Patiño Rojas”, el 6 de octubre de 1964.

<sup>174</sup> AHSSA, F-MG, S-Adm, caja 58, exp. 2, f.1. “Oficio de la Dirección de Neurología, Salud Mental y Rehabilitación al director del Manicomio, José Luis Patiño Rojas”, el 20 de mayo de 1964.

<sup>175</sup> Secretaría de Salubridad y Asistencia, “Dirección General de Neurología...”, vol. 6, núm. 1, op. cit., p. 141.

asistencial no fue uno de sus objetivos, es decir, a pesar de que se comenzó a planear una red de granjas para enfermos mentales, no se tenía la intención de cerrar La Castañeda, por lo menos hasta 1964.

De hecho, aunque parezca contradictorio, a partir de la creación de la Dirección de Salud Mental el presupuesto y las obras de reparación y mejora del Manicomio aumentaron: “se mejoró [el Manicomio] en lo posible tanto en su planta física, como en su organización y doctrina de trabajo, dotándolo de más personal, mobiliario y equipo.”<sup>176</sup> Los trabajos para la mejora de los servicios psiquiátricos en La Castañeda fueron casi inmediatos una vez creada la Dirección de Salud Mental. En el mismo año de 1959 se puso en marcha un proyecto de reorganización del trato a los pacientes:

1. El trato de todo el personal debe ser siempre cordial y comprensivo y todos los enfermos deben tener oportunidad de comunicar sus cosas graves o trascendentales.
2. La instalación del enfermo debe ser adecuada [...].
3. La alimentación debe ser sana [...].
4. Debe dársele oportunidad durante su reclusión de ejercitar una vida social grata y atractiva con los demás enfermos y con el personal.
5. debe desarrollar actividad física para emplear sus energías, que acumuladas, pueden producir crisis de agitación incontrolable.
6. Hay que facilitar sus relaciones con el medio social y familiar del cual fueron separados y para ello hay que organizar y fomentar reuniones familiares.<sup>177</sup>

Aparte se le dotó de una “excelente unidad de rayos X, de una magnífica cocina, transformación de los baños, instalación de salones de terapia ocupacional en los principales pabellones, arreglos múltiples de pintura, plomería, etc., y una dotación de medicación moderna que nunca antes había tenido la institución.”<sup>178</sup>

Tras la llegada de un nuevo administrador al Manicomio enviado por la Dirección de Salud Mental en 1959, Hugo Peralta Salgado, éste envió un reporte donde advertía todas las anomalías que existían en La Castañeda y que debían de solucionarse de inmediato, por ejemplo, irresponsabilidad de los guardias, falta de un supervisor que vigilara a los trabajadores, desorganización en la Oficina de Admisión, malas provisiones alimenticias,

---

<sup>176</sup> Manuel Velasco Suárez, “Dirección General de Neurología, Salud Mental y Rehabilitación”, en Salud Pública de México, México, Secretaría de Salubridad y Asistencia, noviembre-diciembre de 1964, vol. VI, núm. 6, p. 1190.

<sup>177</sup> AHSSA, F-MG, S-Adm, caja 47, exp. 1, f. 77-80. “Informe sobre el Manicomio General”, en 1959.

<sup>178</sup> Manuel Velasco Suárez, “Dirección General de Neurología...”, op. cit., p. 1190

trabajadores “viciosos”, escasez de personal, vigilantes y guardias “faltistas”, etc.<sup>179</sup> Además puso énfasis en la necesidad de surtir de más medicamentos la farmacia y aumentar el número de plazas de médicos residentes.

Según las autoridades del Manicomio, la desorganización de éste se debía a la falta de reglamentos para cada área, por lo tanto el Director y el administrador se dispusieron en 1960, redactar los Reglamentos del Pabellón de Reos y Agitados y el de Toxicómanos, el Reglamento de Visita General y el de Servicios Alimenticios, además se consiguió “un servicio permanente de la 10ª delegación formado por dos parejas de policías del DF” para que vigilaran el Pabellón de Reos.<sup>180</sup>

Tras la planeación de las granjas para enfermos mentales a inicio de los años sesenta, no se dejó de intentar la mejora asistencial brindada en el Manicomio, es decir, a diferencia de lo que pasaba en décadas anteriores, cuando el presupuesto económico brindado a La Castañeda era inferior y poco se invertía en su manutención, a partir de la creación de la Dirección de Salud Mental los trabajos realizados en el Manicomio aumentaron.

Esto nos hace pensar que, por lo menos entre 1959 y 1964, la intención de la Dirección de Salud Mental y la SSA no era clausurar el Manicomio. Las granjas para enfermos mentales fueron planeadas como instituciones donde los enfermos recibirían un tratamiento que los curara de sus enfermedades en un periodo de tiempo no tan prolongado, es decir, se tenía pensado que fueron “sitios de paso” para enfermos que mediante el “ambiente terapéutico”, la terapia ocupacional y la psicofarmacología recuperarían su salud en un lapso de seis a ocho meses. El problema es que dichas instituciones sólo estaban pensadas para atender enfermos que pudieran trabajar, como ya se ha explicado, pero ¿qué ocurría con los enfermos que necesitaran un tratamiento más prolongado o que su enfermedad hubiera llegado a ser incurable? Las granjas no estaban preparadas para eso.

---

<sup>179</sup> AHSSA, F-MG, S-Adm, caja 56, exp. 1, f. 15-16. Hugo Peralta Salgado, “Informe de la anomalías que fueron observadas por el suscrito al iniciar su gestión administrativa y que se han corregido en su mayor parte”, el 30 de octubre de 1961. Dicho administrador propuso la modificación del reglamento de los trabajadores y el establecimiento de una oficina de supervisión que vigilara las actividades de todos los empleados, además proponía reducir las actividades del Sindicato de Trabajadores del Manicomio General, argumentando que éste protegía demasiado a los trabajadores y solapaba sus faltas y ausencias.

<sup>180</sup> AHSSA, F-MG, S-Adm, caja 56, exp. 1, f. 25. “Informe de actividades desarrolladas por la administración del Manicomio General, entre el 1º de abril de 1959 y el 15 de enero de 1960”, en febrero de 1960.

Bajo la perspectiva citada, el Manicomio se volvía “necesario” ya que en él se dejaba a los pacientes que no pudieran ser atendidos en las granjas, aquellos pacientes discapacitados, epilépticos, seniles o agresivos, cuya estancia complicaba la labor realizada; de hecho, también desde dichas granjas se enviaban pacientes con estas características a La Castañeda, que los lugareños dirigían a las instituciones. Entonces, pensar en mejoras para el Manicomio era necesario ya que con la experiencia obtenida de la asistencia en las nuevas instituciones, los psiquiatras se daban cuenta que se seguía necesitando un lugar que sirviera de “resguardo” para enfermos incurables que irónicamente, eran más de la mitad: para 1964, de 2836 enfermos en La Castañeda, sólo 384 enfermos eran considerados agudos, 565 eran rehabilitables a largo plazo y 1729 eran no rehabilitables.<sup>181</sup>

A pesar de que en el pasado se había querido convertir al Manicomio en hospital para “enfermos externos”, y para 1964 se acondicionaron “en una forma adecuada los Pabellones destinados al tratamiento de enfermos agudos”,<sup>182</sup> La Castañeda se había convertido en lo contrario, en el lugar de asistencia de los incurables, y esta situación pudo ser la condicionante para evitar que fuera clausurado mientras se construían las granjas entre 1959 y 1964. A pesar de todas las críticas negativas hacia la institución, La Castañeda era un “mal necesario”. Entonces ¿cuándo se decidió la clausura del Manicomio?

### **2.3 Operación Castañeda: ¿reforma asistencial o cambio de residencia?**

En palabras de Guillermo Calderón Narváez, a pesar de que las seis granjas construidas entre 1959 y 1964 habían sido un gran paso para la mejora de los sistemas de asistencia psiquiátrica, “seguía en pie el serio problema del alojamiento adecuado del gran número de enfermos que aún tenían que estar reclusos en el viejo manicomio.”<sup>183</sup> Según Calderón Narváez, este problema se debía a “la falta de establecimientos adecuados para atenderlos”,<sup>184</sup> es decir, que no existían las granjas necesarias para absorber a todos los pacientes que aún estaban en La Castañeda. Aunque esta hipótesis tiene algo de cierto, ya que el número de pacientes excedía la cantidad de camas con que se habían inaugurado las

---

<sup>181</sup> AHSSA, F-SSA, S-SubA, caja 98, exp. 2, f. 5. “Informe de la junta con el Secretario de Salubridad y Asistencia, con motivo de la construcción de instituciones que absorberán a La Castañeda”, en marzo de 1965.

<sup>182</sup> Manuel Velasco Suárez, “Dirección General de Neurología...”, op. cit., p. 1190.

<sup>183</sup> Guillermo Calderón Narváez, “Hospitales psiquiátricos de México...”, op. cit., p. 119.

<sup>184</sup> Ibid.

granjas, no es del todo viable. Si recordamos que no cualquier enfermo podía ser enviado a las granjas y que de hecho algunos pacientes que eran llevados por los lugareños fueron enviados de las granjas al Manicomio, nos lleva a pensar que no era un problema de espacio, sino de una falta de eficiencia en la cura de las enfermedades mentales.

Por supuesto que las críticas hacia el Manicomio no cedieron. Frases como “el Manicomio General [...] fue construido a principios de siglo cuando privaba el criterio de que el establecimiento psiquiátrico tenía como objetivo único el asilar al paciente con el objeto de proteger a la sociedad en que vive”,<sup>185</sup> y que “el concepto del Hospital Psiquiátrico tradicional creado para proteger a la sociedad del enfermo mental, más que para atenderlo desde el punto de vista médico, se ha venido transformando en forma total en los últimos años”<sup>186</sup> indican que la idea de que La Castañeda era obsoleta seguía más que vigente.

### 2.3.1 UNA REFORMA ENTRE LA POLÍTICA ESTATAL Y LA ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA

¿Cuándo se pensó en clausurar la institución?, ¿quién ordenó la clausura de La Castañeda? ¿por qué tuvieron que pasar seis años de creada la Dirección de Salud Mental para que se pensara en la sustitución del Manicomio? En 1964, Manuel Velasco Suárez abandonó la Dirección de Salud Mental, para tomar el cargo de director del recién creado Instituto Nacional de Neurología del que fue su principal ideólogo.<sup>187</sup> A su salida, el doctor Guillermo Calderón Narváez se convirtió en la cabeza de la Dirección y al ser él uno de los principales promotores de la ineficacia del Manicomio comenzó a discutir la pertinencia de clausurar La Castañeda. Según Calderón Narváez,

a finales de 1965, durante el periodo presidencial de Gustavo Díaz Ordaz, el entonces Secretario de Salubridad y Asistencia, Rafael Moreno Valle, hizo una visita al Manicomio General. Por primera vez en su historia, la institución recibía a un alto funcionario en el campo de la salud [...]. Considerando que ésta era una oportunidad magnífica para obtener ayuda de las autoridades, que por muchos años estuvo limitada [...] inicié la visita por los pabellones de niños, trabajadores y

---

<sup>185</sup> Ibid.

<sup>186</sup> Guillermo Calderón Narváez, “La evolución de los conceptos...”, op. cit., p. 522.

<sup>187</sup> María del Carmen García Aguilar, Manuel Velasco Suárez: del gabinete científico al despacho político, México, Consejo Estatal para la Cultura y las Artes de Chiapas, 2000, p. 32.

epilépticos, por entonces en ruinas y descuidados, en donde los enfermos estaban en abandono total [...]. Tanto para él [Rafael Moreno Valle] como para sus acompañantes el impacto fue grande; en tal virtud ordenó [...] que la transformación del Manicomio fuera prioridad en su nuevo cargo.<sup>188</sup>

No podemos afirmar que Rafael Moreno Valle tomó la esa decisión espontáneamente al ver las carencias del Manicomio. De hecho es muy posible que haya realizado esa visita con el propósito de ordenar el cierre de la institución, ya que varios sectores estatales y privados estaban muy interesados en ocupar los terrenos del Manicomio para satisfacer necesidades urbanas en una ciudad que crecía a un ritmo acelerado.

El día 26 de marzo de 1965 el presidente Gustavo Díaz Ordaz, pocos meses después de comenzar su mandato, “considerando las características obsoletas de las instalaciones con que contaba el Manicomio General [...] dio instrucciones al Secretario de Salubridad y Asistencia [Rafael Moreno Valle] de suprimirlo definitivamente para ser substituido [sic] por instalaciones modernas”,<sup>189</sup> ya que, según las palabras de un médico, el presidente “consideró como uno de los problemas que ameritaban una rápida resolución, el transformar el sistema asistencial psiquiátrico.”<sup>190</sup> A este proceso es al que se le conoce como *Operación Castañeda*.

En realidad la prisa con la que fue tomada la decisión sugiere que la intención de clausurar el Manicomio existía antes de la visita de Moreno Valle. La *Operación Castañeda* fue una política gubernamental, es decir, fue el presidente quien la ordenó, sin embargo, detrás de todos los intereses económicos y las necesidades urbanas y poblacionales tras este proceso es posible que tal situación pudiera darse, en parte, gracias a que los mismos médicos expresaban constantemente las carencias y la ineficiencia terapéutica de la institución desde hacía varios años. Interpretamos que la *Operación* fue justificada con los discursos médicos, quienes exponían las limitantes de la institución y la culpaban de la poca efectividad en la curación de los enfermos mentales, y es que, como dice Cristina Sacristán, “este discurso estigmatizador del enfermo mental y la enfermedad fue creado por la psiquiatría oficial; no resultó obra ni de la religión, ni de un movimiento radical en pro de los derechos humanos, sino de quienes tenían la responsabilidad de velar

---

<sup>188</sup> Guillermo Calderón Narváez, *Las enfermedades mentales en México...*, *op. cit.*, pp. 107-108.

<sup>189</sup> Guillermo Calderón Narváez, “Hospitales psiquiátricos de México...”, *op. cit.*, p. 119.

<sup>190</sup> Guillermo Calderón Narváez, “La salud mental y los hospitales psiquiátricos...”, *op. cit.*, p. 500.

por la salud mental en la institución.”<sup>191</sup> De hecho el doctor Manuel Guevara Oropesa decía que:

en esta Operación Castañeda comenzaron a moverse ciertos intereses que yo no puedo juzgar sino por lo que se puede ver objetivamente, que fueron para mí dolorosos y desagradables. Se empezó a hacer una propaganda desmedida de lo mal que estaba La Castañeda: todo lo que decían era cierto, pero la forma de presentarlo era para dar al público la impresión de que aquello era un antro abominable y que había que acabar con él.<sup>192</sup>

Por supuesto que existían discursos del Estado para llevar a cabo un plan de tal magnitud. A mediados de los sesenta el socialismo ya se había establecido en Cuba, y la presión de Estados Unidos hacia el gobierno mexicano pudo obligar a Díaz Ordaz a implementar medidas que legitimaran el sistema político. Por otra parte la puesta en marcha de un “Estado de Bienestar” también pudo inferir en el desarrollo de un plan de esta envergadura, con la finalidad de proporcionar un mejor sistema de salud a grupos desprotegidos. Pero lo que en realidad privó fueron intereses privados y personales basados en necesidades urbanísticas debido a la posición geográfica de la institución dentro de la ciudad, las cuales serán desarrollados más adelante. La puesta en escena de la *Operación Castañeda*, entonces se le debe atribuir a la unión de elementos políticos, económicos, sociales y urbanos, justificados con los discursos de los actores fundamentales que fueron los psiquiatras encargados de la asistencia pública y de la Dirección de Salud Mental.

Semanas antes del anuncio oficial de la clausura de La Castañeda, el 9 de marzo de 1965 “en la oficina del C. Secretario Rafael Moreno Valle, con arquitectos, psiquiatras y neuropsiquiatras se trató lo referente a la solución del problema de construir establecimientos que absorb[ieran] a la población de La Castañeda y que [resolvieran], en lo posible los problemas psiquiátricos y neuropsiquiátricos.”<sup>193</sup> De hecho la Dirección de Salud Mental junto con la Comisión Constructora de la SSA fueron las encargadas de dirigir todo el proceso de clausura del Manicomio.

---

<sup>191</sup> Cristina Sacristán, “Un estado sin memoria...”, *op. cit.*, p. 316.

<sup>192</sup> Martha Valdez, *op. cit.*, p. 229.

<sup>193</sup> A dicha junta asistieron los arquitectos Álvarez Ordóñez, Machorro del Monte y Galguero, junto con los doctores Manuel Velasco Suárez y Ruiz Esparza, y los Psiquiatras Guillermo Calderón Narváez, Héctor M. Cabildo, Mario Fuentes Delgado, José Luis Patiño Rojas e Ignacio Sierra Macedo, *AHSSA*, F-SSA, S-SubA, caja 98, exp. 2, f. 3-4.



Para inicios de 1965 había aproximadamente 2800 pacientes en el Manicomio, de los cuales 1350 eran hombres y 1330 mujeres, además de 115 niños y 120 niñas. La idea era hacer un hospital pediátrico infantil en el sur de la capital del país, donde además se brindarían servicios para adolescentes. También se pensó en un Hospital Psiquiátrico, es decir, una institución para enfermos agudos donde se trataran pacientes que necesitaran un tratamiento muy corto; se convino que el hospital debía ubicarse en la ciudad de México y de preferencia cercano a otros hospitales, con el propósito de permitir las labores docentes y las funciones de colaboración con otras instituciones. Al mismo tiempo se planearon tres granjas para enfermos rehabilitables a largo plazo, de preferencia en distintas entidades, pero una debería ser muy próxima a la ciudad de México, “por ejemplo, en la ciudad de Puebla, otras podrían quedar en Veracruz o en San Luis Potosí, que son ciudades donde existen posibilidades de encontrar personal técnico y especializado, capaz de dar buena atención.”<sup>194</sup> Por último, se pensó en la pertinencia de un albergue para enfermos no rehabilitables.

La presentación de la *Operación Castañeda* contenía un discurso que nos puede parecer familiar, como si lo que se planteara fuera algo distinto a lo hecho anteriormente:

Sustituiremos el Manicomio por un sistema de establecimientos psiquiátricos acorde con nuestra época. Esta sustitución por unidades hospitalarias especializadas en el tratamiento de enfermos mentales, reviste caracteres de importancia nacional; baste decir que en la operación se sustituirán no menos de 2,800 camas de hospital.

Las nuevas instalaciones que se erigen son de tal magnitud, que cubren las necesidades referentes a la atención de enfermos psiquiátricos en cerca de un 30 por ciento de la población nacional, existiendo una capacidad de tratamiento para atender a los enfermos pertenecientes a Instituciones de Seguridad Social, de así requerirse por los acuerdos de la Comisión Mixta Coordinadora de Salubridad, Asistencia y Seguridad Social.<sup>195</sup>

Además se mencionó que las nuevas construcciones también podrían ofrecer servicios a instituciones de seguridad social, como el IMSS. Sin embargo, hay que observar que de hecho desde 1950 se firmó un convenio entre la SSA y el IMSS mediante el cual la Secretaría subrogó al Seguro Social un edificio construido dentro de los muros del

---

<sup>194</sup> También se propusieron otras entidades como Zacatecas, Durango, Oaxaca o Sonora, pero éstas eran menos atractivas, AHSSA, F-SSA, S-SubA, caja 98, exp. 2, f. 5.

<sup>195</sup> AHSSA, F-SSA, S-SubA, caja 98, exp. 2, f. 7-8, “Características arquitectónicas de las nuevas instituciones de salud mental”, el 16 de marzo de 1965.

Manicomio para que allí fueran instalados los enfermos mentales que el IMSS tenía la obligación de atender. Dicho centro recibió el nombre de Sanatorio Psiquiátrico y se construyó en un edificio independiente, pero dentro del terreno de La Castañeda.<sup>196</sup>

El Sanatorio estaba “totalmente separado de los pabellones del Manicomio, tiene sus jardines, sus patios y sus hortalizas independientes, así como su entrada directa por las calles de Merced Gómez, sin necesidad de pasar por los pabellones y jardines del Manicomio.”<sup>197</sup> Ambas instituciones compartían el servicio de enfermería y de vigilancia, además de la comida, la ropa y las sábanas para las camas y asistencia quirúrgica de ser necesario.<sup>198</sup> A cambio el Seguro pagaría a la administración de La Castañeda una cuota de 10 pesos diarios por enfermos, hasta que el director del Manicomio en 1951, Francisco Núñez Chávez, pidió un aumento de la cuota, dado lo caro que era el mantenimiento del edificio y los pacientes.<sup>199</sup> El Sanatorio tendría capacidad para 50 asilados, que diez años después tuvo que aumentar a 150, debido en parte a la dinámica que ya hemos expresado del cuidado de enfermos mentales en grandes instituciones;<sup>200</sup> de hecho en 1960 se tuvieron que ampliar los pabellones del edificio para dar cupo al exceso de pacientes.

Entonces, ¿cuál era la novedad que ofrecían las nuevas instituciones que la SSA y la Dirección estaban planeando a partir de 1965?, ¿por qué fue hasta esa fecha que se pensó en sustituir al Manicomio?, ¿por qué no se planeó la “Operación Castañeda” desde 1960, cuando se comenzaron a construir las nuevas granjas para enfermos mentales? Era evidente

---

<sup>196</sup> AHSSA, F-MG, S-Adm, caja 51, exp. 11, f. 5. “Convenio de subrogación sanatorial que celebran el Instituto Mexicano del Seguro Social y la Secretaría de Salubridad y Asistencia”, el 17 de julio de 1950.

<sup>197</sup> AHSSA, F-MG, S-Adm, caja 51, exp. 11, f. 21. “Convenio de subrogación sanatorial que celebran el Instituto Mexicano del Seguro Social y la Secretaría de Salubridad y Asistencia”, el 17 de julio de 1950.

<sup>198</sup> AHSSA, F-MG, S-Adm, caja 51, exp. 11, f. 5-6. “Convenio de subrogación sanatorial que celebran el Instituto Mexicano del Seguro Social y la Secretaría de Salubridad y Asistencia”, el 17 de julio de 1950.

<sup>199</sup> Según Núñez Chávez, no era suficiente “la cantidad de diez pesos diarios por enfermo porque: 1. Que el Sanatorio está al servicio exclusivo del Seguro Social y se ha conservado en las buenas condiciones materiales y de organización con que se inauguró. 2. Que todos los servicios del Sanatorio funcionan correctamente, lo que ha traído comodidad para los enfermos. Por lo anterior ruego a usted se sirva a aumentar a \$ 20.00 diarios por enfermo”, AHSSA, F-MG, S-Adm, caja 51, exp. 11, f. 10-11. “Oficio del director del Manicomio, Francisco Núñez Chávez, al director general del IMSS”, el 17 de octubre de 1951. Nuevamente en 1955 el Director José Chávez Almazán, pidió un aumento de la cuota a 23 pesos diarios, AHSSA, F-MG, S-Adm, caja 51, exp. 11, f. 23. “Oficio del director del Manicomio, José Chávez Almazán, al director general del IMSS”, el 9 de marzo de 1955.

<sup>200</sup> Para 1960 el Sanatorio psiquiátrico sufrió el mismo fenómeno de sobrepoblación que el Manicomio, “la capacidad actual del Sanatorio está totalmente saturada por lo que en un futuro próximo encontraremos serias dificultades para satisfacer las crecientes demandas del Seguro Social [...], de lo asentado [...] se deduce que la ampliación del sanatorio [a 150] enfermos”, AHSSA, F-MG, S-Adm, caja 51, exp. 11, f. 122-123. “Informe de la administración del Manicomio, sobre la ampliación del Sanatorio Psiquiátrico”, en 1960.

que las granjas creadas entre 1960 y 1964 no solucionaban el problema de la sobrepoblación de La Castañeda. Entonces, los psiquiatras tuvieron que repensar propuestas para poder sustituir al Manicomio.

### 2.3.2 DE GRANJAS A HOSPITALES. PARADOJAS E INSTITUCIONES PARA SUSTITUIR AL MANICOMIO

Las granjas como la de Zoquiapan o la de Tlalpan no estaban hechas para recibir a cualquier tipo de pacientes. Entonces en la planeación de las nuevas granjas que serían parte de la *Operación Castañeda* se tenían que modificar los “requerimientos” de admisión. El “ambiente terapéutico” solo era funcional si se entrelazaba con la terapia ocupacional, mediante trabajos agrícolas y otras labores. Pero esto excluía a pacientes que, aunque gozaran de buena salud, no podían trabajar, como los agresivos o los epilépticos. Entonces había que modificar los requerimientos necesarios para aceptar pacientes en dichas granjas. Las nuevas instituciones debían ser incluyentes ya que, de acuerdo a la experiencia obtenida en las granjas antecesoras a la *Operación Castañeda*, sólo una pequeña parte de la población del Manicomio era admitida.

El cambio fue esencial: las nuevas instituciones no tendrían el apelativo de “granjas”, el cual hace referencia a labores agrícolas como parte de la vida cotidiana; las nuevas instituciones serían “Hospitales Campestres”. Esta nueva denominación nos permite hacer dos interpretaciones. El término “Hospital” puede referirse a una institución terapéutica cuya finalidad sería la curación del paciente, lo que daría al enfermo y a la familia la sensación de ser un sitio de recuperación y no sólo de trabajo, donde sólo estarían de “6 a 8 meses.”<sup>201</sup> La segunda interpretación es que al quitar el término de “granja”, la institución se convertía en un sitio incluyente, donde cualquier paciente podía ser atendido. Y así fue, ya que la restricción de que sólo se recibirían enfermos gozaran de “buena salud” fue sustituida por la idea de que “deben considerarse como pacientes que deben ocupar las granjas [aquellos que] pudieran pasar eventualmente a otras categorías rehabilitables”,<sup>202</sup> además que se internarían también a

---

<sup>201</sup> AHSSA, F-SSA, S-SubA, caja 98, exp. 2, f. 11, “Características arquitectónicas de las nuevas instituciones de salud mental”, el 16 de marzo de 1965.

<sup>202</sup> AHSSA, F-SSA, S-SubA, caja 98, exp. 2, f. 6. “Características arquitectónicas de las nuevas instituciones de salud mental”, el 16 de marzo de 1965.

aquellos que no pued[ieran] ser rehabilitados y deb[ieran] ser educados para hacer menos deprimente su condición para las instituciones que [tuvieran] que atenderlos, es decir: que dentro de los mismos pu[ieran] desarrollar actividades productivas y bastarse a sí mismos, manteniendo una buena relación con los demás individuos y grupos que form[aran] parte de esa comunidad terapéutica.<sup>203</sup>

Esta nueva concepción de las actividades de los Hospitales Campestres tendría como finalidad que ningún paciente de La Castañeda fuera rechazado, cuestión que había sido muy recurrente en las granjas, desde que se construyó la primera en Guanajuato.

Una vez que se planeó la sustitución del Manicomio, los médicos comenzaron a hablar sobre la pertinencia de clausurar la institución. Para Calderón Narváez “las instalaciones existentes en La Castañeda no apoya[ban] adecuadamente los programas de salud mental por no reunir los requisitos cualitativos y cuantitativos que exig[ían] las técnicas modernas de prevención, tratamiento, rehabilitación, enseñanza e investigación de estas enfermedades”,<sup>204</sup> y por esta razón era necesario sustituirlo. Según Joaquín Álvarez Ordóñez, arquitecto de la Comisión Constructora de la SSA, los hechos que influyeron la decisión tomada fueron dos: primero “la necesidad de aplicarles [a los enfermos] tratamiento psiquiátrico con criterios modernos [...] por medio de nuevos tipos de hospital”,<sup>205</sup> segundo, menciona que “las características obsoletas de las instalaciones con que [contaba] el Manicomio General” no eran las adecuadas para la curación de los enfermos. Básicamente el discurso sobre el Manicomio era el mismo, sin embargo, ahora lo que se estaba haciendo era justificar la decisión tomada y mostrarla como la acción necesaria para transformar de lleno al asistencia psiquiátrica,<sup>206</sup> aunque para el doctor Manuel Guevara Oropesa estas instituciones “se establecieron como una aportación nueva,

---

<sup>203</sup> AHSSA, F-SSA, S-SubA, caja 98, exp. 2, f. 11, “Características arquitectónicas de las nuevas instituciones de salud mental”, el 16 de marzo de 1965.

<sup>204</sup> AHSSA, F-SSA, S-SubA, caja 88, exp. 3, f. 52. Dirección de Salud Mental, “Proyecto del programa del cambio del Manicomio General de La Castañeda a los nuevos hospitales psiquiátricos”, el 15 de enero de 1963.

<sup>205</sup> Joaquín Álvarez Ordóñez, “Programas arquitectónicos y médicosociales de la salud mental en el Distrito Federal”, en Salud Pública de México, México, Secretaría de Salubridad y Asistencia, mayo-junio de 1966, vol. VIII, núm. 3, p. 394.

<sup>206</sup> Claro que los médicos también argumentaron que “teniendo en cuenta la planeación y creación ulterior de nuevas unidades hospitalarias y de otra índole para resolver el problema de la asistencia psiquiátrica, teniendo en cuenta que esto durará varios años, se hace de imperiosa necesidad el cuidar del mantenimiento del hospital para que pueda funcionar lo más adecuadamente posible en este periodo de transición. En otra forma la situación general de la institución se volvería caótica y a todas luces insostenible”, AHSSA, F-MG, S-Adm, caja 58, exp. 5, f. 1. “Programa de actividades del Manicomio General, año de 1965”, el 8 de febrero de 1965.

cuando nosotros [los psiquiatras del Manicomio] las teníamos ya previstas desde 15, 20 años antes.”<sup>207</sup>

Una vez decretada la *Operación Castañeda*, la construcción de las nuevas instituciones fue casi simultánea. El plan era construir dos hospitales psiquiátricos para enfermos agudos, uno para adultos y otro para niños, ambos en el Distrito Federal; tres hospitales campestres para enfermos crónicos con capacidad de recuperación, uno en el Distrito Federal, uno en Puebla y otro en el Estado de México; y un albergue para enfermos incurables en Hidalgo. Se puede notar que todas las instituciones se encontrarían en la misma zona geográfica, en el centro del país, y esto pudo ser debido a que muchas de las familias de los internos pudieran estar en desacuerdo de que enviaran a sus enfermos lejos de la capital de la República. En ese sentido podría ponerse a discusión el hecho de que la reforma asistencial planteada tuviera, como algunos psiquiatras la promocionaron, un alcance nacional. Aunque tiene sentido que, si la intención era desalojar el Manicomio, las nuevas instituciones estuvieran cerca para facilitar los traslados y los trámites administrativos.

La primera institución en inaugurarse fue el Hospital Psiquiátrico Infantil “Juan N. Navarro”, a inicios de diciembre de 1966, aunque los niños comenzaron a ser trasladados hasta el año siguiente ya que todavía para el 20 de diciembre “las puertas de los pabellones del citado nosocomio, carec[ían] de vidrios.”<sup>208</sup> Parece que tenían mucha prisa en inaugurarlo aunque no estuviera terminado.

Dicho Hospital fue construido en Tlalpan, Distrito Federal, y tenía capacidad para 200 niños; esta cifra es interesante, ya que en el Manicomio había 240 niños y niñas aproximadamente, y si pensamos que esta institución fue pensada para absorber la población de La Castañeda, la cifra es un poco contradictoria. Tal vez, las autoridades médicas del Manicomio tenían la intención de dar de alta a cierto número de niños y trasladar al resto al Hospital.

Esta institución fue creada para atender niños y adolescentes que tuvieran algún padecimiento mental debido a que, según los médicos, las enfermedades de los niños

---

<sup>207</sup> Martha Valdez, *op. cit.*, p. 208.

<sup>208</sup> AHSSA, F-SSA, S-SubA, caja 98, exp. 2, f. 14. “Oficio del director de Salud Mental, Guillermo Calderón Narváez, a Joaquín Álvarez Ordoñez, arquitecto de la comisión constructora de la SSA”, el 20 de diciembre de 1966.

distaban mucho de las de los adultos. De hecho, hasta en las características asistenciales las enfermedades de los niños eran tratadas diferente y las granjas no eran para la asistencia de ellos, “con objeto de no romper los nexos familiares, situación que [podía] perjudicar su curación o rehabilitación”,<sup>209</sup> por lo tanto para los infantes con alguna enfermedad mental, fueran crónicos o agudos, debían ser atendidos en el Hospital.

Una de las instituciones donde sí se diferenciaba entre crónicos y agudos fue el Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”, que se inauguró en mayo de 1967, ubicado en Tlalpan, Distrito Federal, con una capacidad para 600 enfermos de corta recuperación.<sup>210</sup> La construcción de éste había sido pensada, en primera instancia, para hacer un hospital de maternidad, pero al decretarse la *Operación Castañeda*, se optó por hacer en ese lugar el Hospital Psiquiátrico.

A pesar de que había sido construido para una capacidad mayor de enfermos, previniendo el aumento de internaciones una vez inaugurado, sólo fueron trasladados aproximadamente 300 pacientes de La Castañeda, porque era la cantidad de enfermos agudos con que contaba la institución. Nótese la gran cantidad de camas destinadas para este tipo de pacientes cuando en La Castañeda se había observado a lo largo de su vida que los enfermos agudos siempre habían sido una cantidad inferior en comparación con el resto de la población. Para hacer una comparación más interesante, los hospitales campestres tendrían una capacidad de 500 camas cada uno, y el Hospital Psiquiátrico tenía cupo para 100 internos más. Esto tiene que ver con la idea de los psiquiatras de atender a los enfermos antes de que se cronificaran; de hecho la internación de éstos sería solamente de “8 a 12 semanas”,<sup>211</sup> y si la enfermedad lo ameritaba, el tiempo máximo de estancia sería de tres meses.

---

<sup>209</sup> AHSSA, F-SSA, S-SubA, caja 98, exp. 2, f. 10. “Características arquitectónicas de las nuevas instituciones de salud mental”, el 16 de marzo de 1965. De hecho para algunos médicos, las condiciones familiares eran trascendentales en el desarrollo de la enfermedad mental del niño y en su asistencia, por lo tanto los padres tendrían que estar cerca de su hijo durante su tratamiento; el niño pasaría a la sección de crónicos sólo si fuera muy necesario, Jorge M. Velasco Alzaga, “Hospital Psiquiátrico Infantil ‘Juan N. Navarro’”, en Salud Pública de México, México, Secretaría de Salubridad y Asistencia, julio-agosto de 1967, vol. IX, núm. 4, p. 565.

<sup>210</sup> Secretaría de Salubridad y Asistencia, “Inauguración del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”, en Salud Pública de México, México, Secretaría de Salubridad y Asistencia, julio-agosto de 1967, vol. IX, núm. 4, p. 555.

<sup>211</sup> Javier Garcíadiego Madrid, “Estructura y funcionamiento del Hospital Psiquiátrico ‘Fray Bernardino Álvarez’”, en Salud Pública de México, México, Secretaría de Salubridad y Asistencia, julio-agosto de 1967, vol. IX, núm. 4, p. 561.

También, para evitar las internaciones innecesarias, se adoptó la política de “puerta abierta”, es decir, que el paciente podía salir y entrar del Hospital cuando lo creyera conveniente, “evitando hasta donde [fuera] posible, las restricciones de tipo físico, encaminando el tratamiento psiquiátrico de los enfermos de acuerdo con el concepto [...] de evitar la hospitalización de los mismos, para lograr su curación o rehabilitación en la consulta externa del hospital.”<sup>212</sup>

Esta institución es muy importante en el proceso de sustitución del Manicomio, ya que desde varios años atrás, como hemos visto, se había tenido la intención de transformar a La Castañeda en un hospital para enfermos agudos, mientras que los crónicos serían enviados a las granjas. Al ver la dificultad que sería transformar al Manicomio en un hospital de ese estilo, los médicos decidieron proponer una institución diferente dedicada a dichos enfermos, entonces La Castañeda ya no sería responsable de ese papel, una forma más de justiciar su clausura.

Ahora bien, la propuesta de estos dos primeros hospitales era atender enfermos particulares que se encontraban en el Manicomio, es decir, niños y pacientes agudos, los cuales no eran ni la mitad de los internos de La Castañeda. A parte de ellos, todavía existía una población de 2000 enfermos aproximadamente en el Manicomio que debían ser colocados. Las instituciones que se encargarían de eso fueron los Hospitales Campestres. Se planeó la construcción de tres de estas instituciones, cada una con capacidad para 500 enfermos, es decir, sería trasladados 1500 pacientes de La Castañeda.

El primero en inaugurarse fue el Hospital Campestre “Rafael Serrano”, cerca de la capital del estado de Puebla, en diciembre de 1966; los otros dos, abiertos en 1967, fueron el Hospital Campestre “Samuel Ramírez Moreno”, en Tláhuac, Distrito Federal y el Hospital Campestre “Adolfo M. Nieto”, en el Estado de México. No tenemos claro cuáles eran los criterios de selección de los enfermos que pasarían a formar parte de estos hospitales, pero en palabras de los psiquiatras esas instituciones estaban “destinadas para aquellos pacientes cuya recuperación requiere un periodo de hospitalización prolongado, considerado como tal aquel que rebasa los 6 meses consecutivos de hospitalización.”<sup>213</sup>

---

<sup>212</sup> AHSSA, F-SSA, S-SubA, caja 98, exp. 2, f. 9, “Características arquitectónicas de las nuevas instituciones de salud mental”, el 16 de marzo de 1965.

<sup>213</sup> AHSSA, F-SSA, S-SubA, caja 98, exp. 2, f. 12, “Características arquitectónicas de las nuevas instituciones de salud mental”, el 16 de marzo de 1965.

Solo podemos advertir que el Hospital de Tláhuac sería para varones, el del Estado de México para mujeres, y el de Puebla sería mixto.

El problema para conocer los criterios de selección para trasladar pacientes a esos lugares es porque, a diferencia de las granjas que hemos esbozado con anterioridad, en los Hospitales Campestres no era necesario que los enfermos pudieran realizar actividades laborales. Esta es una situación muy importante porque la principal herramienta con que fueron promocionadas de las granjas anteriores era la terapia ocupacional en labores agrícolas apoyada con la psicofarmacología; sin embargo, para evitar las trabas administrativas al trasladar a los pacientes a los nuevos Hospitales Campestres, el “requerimiento” de que el enfermo pudiera trabajar había sido omitido.

La forma en que los enfermos serían tratados en dichas instituciones es algo que los médicos no responden, lo que nos hace pensar que la terapia para los internos no quedaba bien definida, parece ser que ni siquiera para los psiquiatras, y entonces el objetivo pasó a ser la asistencia y custodia, ya no tanto la recuperación. Se puede interpretar que dichas instituciones estaban pensadas para alojar a una masa heterogénea de enfermos lo que, en cierta medida, las hacía parecerse aún más a La Castañeda. En teoría, serían asistidos los enfermos que presentaran un trastorno capaz de ser remitido, pero entre éstos se encontraban tanto pacientes que gozaran de buena salud física, como enfermos agresivos, epilépticos, algunos discapacitados, etc. Entonces, aquí vemos más claro cómo si bien se reformó la forma de asistir a los enfermos al ser llevados a otras instituciones, las propuestas terapéuticas quedaron sobrepasadas.

La última de las instituciones en inaugurarse fue el Hospital Albergue “Fernando Ocaranza”, abierto en 1967, ubicado en San Miguel Eyecalco, Hidalgo, “con capacidad para 500 camas, destinado para enfermos mentales de difícil recuperación y que debido a las condiciones de estos pacientes la atención que reciban será fundamentalmente de medicina general, enfermería y custodia.”<sup>214</sup> La idea de hacer un Hospital Albergue surgió de que los médicos sabían que en el Manicomio existían pacientes cuyas posibilidades de recuperación eran muy difíciles, o hasta imposibles, por lo tanto era necesario hacer una institución donde, más que intentar curar, se custodiara a esos enfermos. Cuando se

---

<sup>214</sup> AHSSA, F-SSA, S-SubA, caja 98, exp. 2, f. 12, “Características arquitectónicas de las nuevas instituciones de salud mental”, el 16 de marzo de 1965.



abrieron las granjas como la de Tlalpan o Zoquiapan, la labor de La Castañeda fue la de resguardar a esos pacientes que no pudieran recuperarse, lo que hacía necesaria su existencia, sin embargo, con la construcción del Hospital de Hidalgo esa labor ya iba a ser absorbida, con lo cual se completaban las camas necesarias para sustituir al Manicomio.

Cabe aclarar que esta fue la última institución en inaugurarse y de hecho todavía el 26 de junio de 1968, pocos días antes de la clausura oficial de La Castañeda, aún quedaban “412 enfermos que están destinados al albergue ‘Dr. Fernando Ocaranza.’”<sup>215</sup> Esto fue porque, al ser un Hospital donde los enfermos estarían internados de forma permanente, muchos de los familiares tardaron en aceptar el traslado de sus parientes, aunque de hecho unos ni siquiera estaban enterados de que su paciente iba a ser transferido al nuevo Hospital.<sup>216</sup>

Para un mejor análisis de todas las instituciones abiertas entre 1960 y 1967, en el Cuadro 1 se enlistan por orden cronológico los hospitales, con lugar, fecha de apertura y capacidad de pacientes. Por otro lado, en la Gráfica 3 podemos ver cómo fueron repartidos los enfermos en la *Operación Castañeda*.

Así pues, estas fueron las seis instituciones construidas para absorber a todos los enfermos del Manicomio. Es de notar que, a parte del Hospital “Fray Bernardino Álvarez”, ninguna de las demás instituciones había sido planeada con camas extra para el posible internamiento de más personas. Parecía que los psiquiatras tenían la certeza que con estas instituciones, más las granjas que se habían abierto con anterioridad, el número de pacientes no iban a aumentar y que no eran necesarias más camas, porque las “modernas” técnicas psiquiátricas que tanto presumían los médicos, al parecer, eran muy efectivas. Sin embargo, no fue así ya que las características que tanto se le criticaron al Manicomio general pronto se reprodujeron en las instituciones recién construidas y todas las ideas de innovación, que eran en cierta medida reciclaje de viejos proyectos, pronto denotaron

---

<sup>215</sup> AHSSA, F-MG, S-Adm, caja 61, exp. 9, f. 47. “Oficio del director del Manicomio, Agustín Caso, al director de Salud Mental, Guillermo Calderón Narváez”, el 15 de mayo de 1968.

<sup>216</sup> Al respecto surgió una controversia entre Guillermo Calderón Narváez, Director de Salud Mental y Agustín Caso, el último director de La Castañeda, donde el primero preguntaba al segundo por qué las familias no estaban enteradas de los traslados, a lo que Caso respondió: “Atentamente me permito comunicar a usted que, con objeto de informar debidamente a los familiares de los enfermos que pasaron al hospital ‘Dr. Fernando Ocaranza’, se mandaron imprimir circulares y se distribuyeron oportunamente a dichos familiares.”, AHSSA, F-MG, S-Adm, caja 61, exp. 9, f. 59. “Oficio del director del Manicomio, Agustín Caso, al director de Salud Mental, Guillermo Calderón Narváez”, el 25 de mayo de 1968.

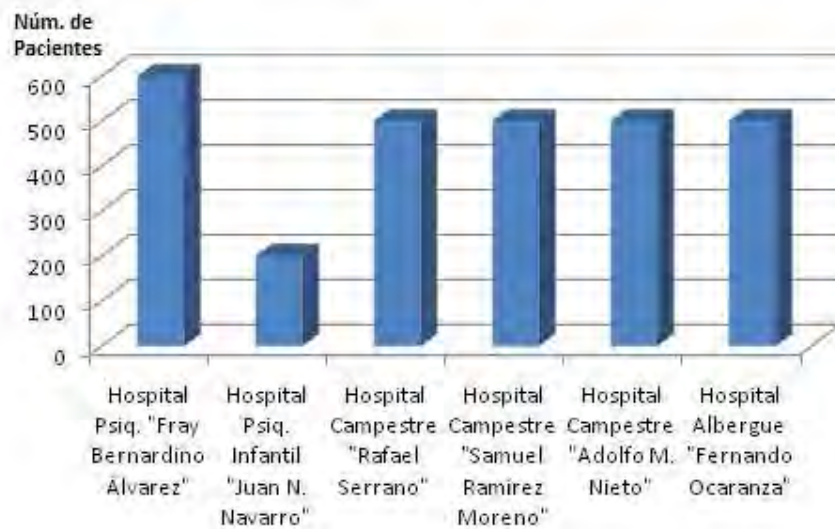
limitantes asistenciales que sentenciaron a muchos de los nuevos hospitales al olvido estatal. Pero ese es otro tema de investigación.

Cuadro 1. Lista de instituciones que se abrieron por orden cronológico después de la creación de la Dirección de Salud Mental, con lugar, fecha de apertura y capacidad de pacientes.

<b>Institución</b>	<b>Lugar</b>	<b>Año de apertura</b>	<b>Capacidad</b>
Hospital Granja “Fray Bernardino Álvarez”	Tlalpan, DF.	1960	100 pacientes
Hospital Granja “La Salud”	Zoquiapan, Estado de México	1961	300 pacientes
Granja para Enfermos Mentales y Nerviosos de Villahermosa	Villahermosa, Tabasco	1962	100 pacientes
Hospital Granja “José Sáyo”	Tepexpan, Estado de México	1962	672 pacientes
Hospital Granja “Cruz del Sur”	Oaxaca, Oaxaca	1963	400 pacientes
Hospital Granja “Cruz del Norte”	Hermosillo, Sonora	1964	400 pacientes
Hospital Psiquiátrico Infantil “Juan N. Navarro”	Tlalpan, DF.	1966	200 niños
Hospital Campestre “Rafael Serrano”	Puebla, Puebla	1966	500 pacientes
Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”	Tlalpan, DF.	1967	600 pacientes
Hospital Campestre “Samuel Ramírez Moreno”	Tláhuac, DF.	1967	500 pacientes
Hospital Campestre “Adolfo M. Nieto”	Acolman, Estado de México	1967	500 pacientes
Hospital Albergue “Fernando Ocaranza”	San Miguel Eyehualco, Hidalgo	1967	500 pacientes

Fuente: Elaboración propia a partir de Gastón Castellanos, *op. cit.*, pp. 919-920; Manuel Velasco Suárez, “Nuevos servicios de asistencia neurológica...”, *op. cit.*, pp. 360-366; *AHSSA*, F-SSA, S-SubA, caja 98, exp. 2.

Gráfica 3. Capacidad de las instituciones de la *Operación Castañeda* para absorber a los pacientes del Manicomio.



Fuente: Elaboración propia a partir de AHSSA, F-SSA, S-SubA, Caja 98, Exp. 2.

## Conclusiones

La Castañeda había sido criticada por los mismos psiquiatras durante muchos años antes de que fuera clausurada. La idea de los psiquiatras de construir nuevas instituciones para la asistencia de los enfermos mentales tardó varios lustros para que fuera asimilada y llevada a cabo por el Estado. Quizá esta situación influyó en que las teorías de los médicos no variaran tanto respecto a las propuestas de los años cuarenta; y es que hay que advertir que el llamado “ambiente terapéutico”, que fue la base teórica de las granjas que se comenzaron a construir a inicios de los años sesenta, se quedó corto con respecto a la recuperación de los enfermos, en relación con los discursos de los médicos.

La construcción de las primeras granjas a inicios de los años sesenta se encontró con la misma paradoja que el Manicomio, es decir, que los enfermos que no eran capaces de trabajar no eran susceptibles a los “nuevos” tratamientos propuestos, entonces se toparon con la incertidumbre sobre qué hacer con ellos. Así pues, La Castañeda se fue quedando con muchos pacientes irrecuperables, mientras que los enfermos que gozaban de mejor

salud eran enviados a las granjas, cuestión que provocó quizá, que el Manicomio fuera convirtiéndose poco a poco en la representación del atraso de los métodos asistenciales.

Pero el problema de qué hacer con los enfermos con dificultades para realizar un trabajo agrícola, o cualquier otro, seguía en boga. Quizá los médicos notaron esta problemática y debido a eso modificaron las normativas de internación de los Hospitales Campestres una vez decretada la *Operación Castañeda*. Ahora cualquier enfermo con posibilidades de curación sería enviado a las nuevas instituciones, y para aquellos que no pudieran curarse hicieron un albergue. Pareciera que las autoridades médicas crearon las instituciones antes de conocer bien cuáles eran las necesidades reales de los enfermos, por esa razón tuvieron que modificar las normas de admisión, sin embargo, después de esta modificación los métodos asistenciales no quedaron bien claros y a los Hospitales Campestres comenzaron a llegar una masa heterogénea de enfermos, cuestión que no había sido prevista en un principio.

Así pues, a pesar de todas las contradicciones existentes, la *Operación Castañeda* se llevó a cabo. Sin duda hace falta establecer una pregunta: ¿qué fue lo que realmente orilló a las autoridades gubernamentales a decretar la clausura del Manicomio? Por un lado hemos esbozado que los constantes discursos médicos pudieron tener injerencia en los proyectos planteados; no obstante, también hemos dejado algunas pistas sobre otro tipo de elementos de suma importancia para la clausura de La Castañeda. Si bien los discursos de los psiquiatras giraban en torno a la necesidad de modificar las formas de asistencia, es visible que éstos más bien estaban justificando una decisión que no fue tomada por ellos. Es decir, planteamos que las críticas, propuestas y planes que los médicos expresaban fueron tomadas por el gobierno de Díaz Ordaz para justificar la puesta en marcha de un plan que se intentaba proyectar desde hacía muchos años y que, de la noche a la mañana y argumentando una política de bienestar social, fue aceptado y financiado con una celeridad no vista antes en materia de salud mental.

Si bien la necesidad de modernizar los métodos asistenciales era evidente, tuvo que existir un impulso, un interés particular para llevar a cabo el cambio. Con las propuestas de los médicos, se estaban reciclando viejos saberes, factores que Díaz Ordaz conocía al ser un personaje muy allegado a la elite política desde hacía tiempo. Tras la fundación de la Dirección de Salud Mental no se pensó en clausurar el manicomio, entonces, si los

financiadores de la *Operación Castañeda* no fueron exactamente los médicos, ¿quién fue?, y más importante aún, ¿porqué?

No es casualidad que la clausura del Manicomio hubiera llegado justo en un contexto de cambios políticos, económicos y sociales particulares. El año de 1968 es fecha clave en la historia nacional, no sólo por los movimientos sociales (médicos, estudiantes, etc.), sino por fenómenos que tienen que ver con crecimiento poblacional, migraciones a las grandes ciudades, desarrollo de núcleos urbanos, consolidación de las industrias, mayor entrada de capitales extranjeros en áreas clave de la economía y presencia de México en el concierto mundial (habría que recordar los Juegos Olímpicos de 1968 y el Mundial de Fútbol de 1970). Todos estos factores, unidos con intereses económicos de la clase política y de inversionistas privados en los terrenos del Manicomio, pintan para dar una interpretación que salga del ámbito meramente médico. Así pues, en el siguiente capítulo analizaremos todas estas posibles condicionantes que influyeron la decisión estatal de cerrar y demoler La Castañeda.

### Capítulo 3

## Acabando con el enemigo. Elementos ocultos tras la clausura de La Castañeda, 1965-1968

### Introducción

Como se ha mostrado en los capítulos anteriores, la *Operación Castañeda* fue presentada tanto por los médicos como por el gobierno, como una reforma completa en los sistemas de asistencia psiquiátrica; en cierta medida sí lo fue, ya que se reestructuró la forma de asistir a los enfermos al llevarlos a nuevas instituciones que no estarían, por lo menos en los primeros años, sobrepobladas como el Manicomio. Aunque en palabras de los psiquiatras los pacientes mejorarían su salud, en realidad los modelos eran limitados y reciclados de lo que ya se había intentado antes. Si bien, la llegada de los psicofármacos implicó una revolución en la terapia psiquiátrica, la continua sobrepoblación de La Castañeda nos hace ver que no influyeron de forma tan directa en las dinámicas poblacionales de la institución.

Las granjas demostraron no conseguir del todo la remisión de la población psiquiátrica ya que las mismas normas de admisión eran segregativas. Los enfermos, sobre todo los crónicos y los incurables, seguían siendo un problema difícil de resolver. Sin embargo, a pesar de toda esta situación en marzo de 1965 se planeó el cierre y desmantelamiento de La Castañeda. Esto nos lleva a pensar que es muy posible que las variables participantes en el cierre del Manicomio no fueron solamente médicas. Es decir, ni siquiera dejaron pasar mucho tiempo después de la apertura de las primeras granjas (a excepción de San Pedro del Monte que se abrió 20 años antes) para saber si eran una alternativa viable para reformar la asistencia psiquiátrica.

Apenas pasaron tres meses después que Gustavo Díaz Ordaz tomó la presidencia cuando ya se estaba planeando la clausura del Manicomio y esta celeridad en la toma de la decisión da pie para interpretar que los elementos que influyeron en la dicha situación no correspondían directamente con intereses asistenciales. Esta acción fue presentada como una de las más grandes obras filantrópicas del gobierno diazordacista, no obstante, al indagar un poco en este proceso se puede pensar que, dadas las diversas condicionantes del momento y las limitantes del nuevo modelo asistencial, había intereses que iban más allá del deseo de brindar una mejor asistencia psiquiátrica.

Los discursos médicos fueron la justificación para realizar un plan de esa magnitud (a lo largo de la investigación hemos visto cómo criticaban la institución), y esa fue a nuestro parecer la trascendencia que tuvieron en este proceso de reforma. No obstante, muchos otros factores influyeron más directamente y esos son lo que queremos exponer en este apartado. La década de los sesenta en México fue muy particular ya que, aparte de los movimientos sociales que se gestaron, existieron otros fenómenos que denotaron la necesidad de cerrar el Manicomio y ocupar los terrenos para otros rubros. En dicha época se incrementó la migración hacia el Distrito Federal y la ola de personas que llegaban a la ciudad ocasionó que fueran necesarios más espacios para casas habitación. Así pues, el crecimiento urbano se disparó y la ciudad comenzó a expandirse de forma acelerada; pronto el Manicomio, que a inicios del siglo XX se encontraba a las afueras de la ciudad de México, fue absorbido por la mancha urbana y sus alrededores se poblaron. En ese sentido, los mapas y planos que presentamos se convierten en una fuente para advertir dicho fenómeno. Aunado a ello, la forma en que fue fraccionada La Castañeda para construir unidades habitacionales también muestra que hubo ciertos intereses económicos, tanto de políticos como de inversionistas privados, que permitieron acelerar el proceso de cierre.

Así pues, este capítulo tratará sobre la última parte de la *Operación Castañeda*, ese momento en que el Manicomio fue clausurado y demolido para construir casas, al mismo tiempo que mostrarnos los elementos que, a nuestro juicio, influyeron de manera contundente en este proceso y que han sido ignorados por la historiografía contemporánea: el crecimiento urbano, el aumento poblacional, la necesidad de construir casas habitación para los sectores más desprotegidos, y las ganancias económicas que resultarían de la venta del Manicomio. La idea es demostrar que si bien la clausura del Manicomio fue respaldada por diversos sectores médicos y justificada con un discurso estigmatizador sobre La Castañeda, las condicionantes, por lo menos las más decisivas, fueron otras y que en dicho proceso, además de una reforma asistencial, existía un fondo político, económico y urbano.

Para cubrir ese objetivo, en este capítulo se mostrarán los condicionamientos geográficos de la zona donde se encontraba el Manicomio, como una causal del acelerado crecimiento poblacional y urbano en los alrededores de sus terrenos; también se analizarán los fenómenos concernientes al crecimiento del Distrito Federal como la urbe más grande del país, y el papel que el regente Ernesto P. Uruchurtu tuvo en esta dinámica; por último se

mostrarán los intereses económicos que el gobierno de Díaz Ordaz y otros individuos tuvieron para llevar a cabo la clausura del Manicomio. Todo esto acompañado de planos que permitirán ver cómo la urbanización iba llegando poco a poco a La Castañeda lo que hasta cierto punto, podría haber justificado su cierre y demolición.



Plano 1. “Carta corográfica del Distrito Federal, 1909”.



En este plano se muestran de color rojo las zonas urbanas que existían poco después de la inauguración del Manicomio. Se puede observar que La Castañeda (amarillo) estaba bastante lejos de lo que en ese entonces era la ciudad de México (rojo). Fuente: Mapoteca Manuel Orozco y Berra (en adelante MMOyB), Colección General (en adelante C-GE), Varilla CGDF01, núm. Clasificador 1181-CGE-725-A.

### 3.1 Condicionamientos geográficos

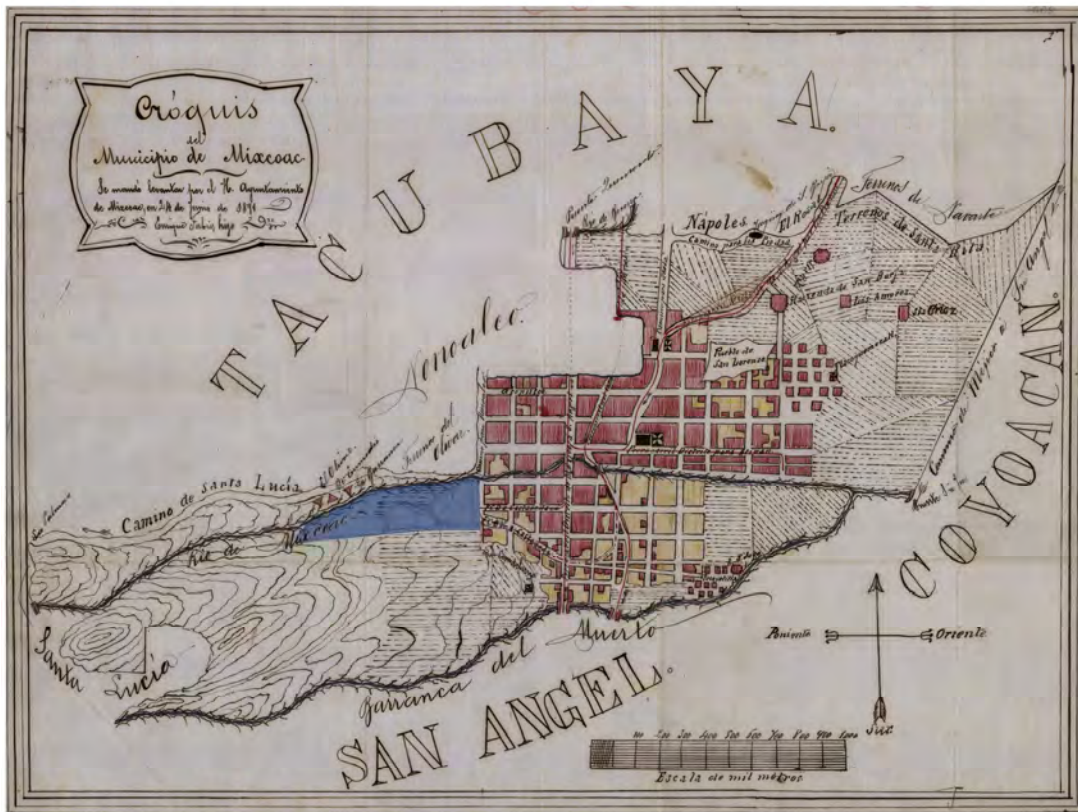
Cuando se proyectó la construcción de La Castañeda se adoptaron las teorías imperantes sobre la estructura arquitectónica y espacial de los manicomios que se habían desarrollado en países como Francia. Una de las características que una institución psiquiátrica debía tener era la tranquilidad y la sensación de no encierro para los enfermos. Por tal motivo, la institución debía construirse lejos del bullicio de la ciudad y debería tener un paisaje natural. La comisión que se encargó de la construcción del Manicomio General de México pensó en estas características y consintieron construir los edificios que lo conformarían bajo estas premisas. Así fue como el pueblo de Mixcoac se convirtió en una de las mejores opciones. En el Plano 1 observamos cómo para 1909 el terreno donde se construiría La Castañeda (en amarillo) estaba bastante alejado de la pequeña ciudad de México (en rojo), esto reafirmó el espacio como la mejor opción para levantar el Manicomio.

La Hacienda de La Castañeda, lugar donde se construyó el Manicomio y de donde tomó su nombre, era un lugar ideal: estaba en las afueras del pueblo, se encontraba a las faldas de los cerros que están al poniente del Distrito Federal lo que daba a la construcción un paisaje natural, además en su extremo norte corría el Río Mixcoac, que abastecería de agua al Manicomio. Lo único que conectaba a la institución con la ciudad era un ferrocarril que tardaba cerca de treinta minutos desde el centro de la capital del país. Por otro lado, la irrigación del río hacía de la mayoría de las tierras de La Castañeda aptas para el cultivo de diversos frutos, por eso las huertas que servirían para la terapia ocupacional estaban a las faldas de aquel. Entonces era un lugar aislado, con una buena vista hacia la naturaleza y prácticamente autosuficiente como puede observarse en el Plano 2. Además, en dicha zona existían vías de comunicación, como el Camino de Tacubaya a Mixcoac (representado en el Plano 3), el Ferrocarril La Castañeda y el Ferrocarril a Cuernavaca, lo que facilitaría el transporte de enfermos, médicos, empleados y familias a la institución. Estas condicionantes fueron las que convencieron al gobierno de Porfirio Díaz elegir dicho espacio para la construcción del Manicomio.

No obstante, el crecimiento económico que sufrió México durante las siguientes décadas después de la inauguración del Manicomio ocasionó que las características geográficas que rodeaban a La Castañeda cambiaran rotundamente. A lo largo del siglo XX la periferia del pueblo de Mixcoac se transformó y poco a poco la ciudad fue absorbiendo al

Manicomio; en el Plano 4, de 1923, puede verse que diversas colonias, como la Carrera Landizábal y Alfonso XIII, se estaban levantando cada vez más cerca del Manicomio, además que el pueblo de Mixcoac también crecía.

Plano 2. “Croquis del Municipio de Mixcoac, mandado a construir por el Ayuntamiento de la Ciudad de México en 1891”.



La Castañeda fue construida al oeste del pueblo de Mixcoac, entre el Río de Mixcoac y la Barranca del Muerto, en medio de los municipios de Tacubaya y San Ángel. Se puede observar lo extenso del terreno a las orillas del pueblo. En la época en que fue construido el Manicomio, la densidad poblacional era mínima y sólo había pequeños asentamientos. Sombreado de azul se muestra el terreno que posteriormente ocuparía La Castañeda. Fuente: MMOyB, Colección Orozco y Berra (en adelante C-OyB), varilla OYBDF09, núm. clasificador 2553-OYB-725-A.

Ya para la década de 1960 la mancha urbana devoró la zona y sus alrededores. Así pues, La Castañeda dejó de estar a las afueras de la urbe para convertirse en parte de una zona céntrica, razón por la cual sus terrenos aumentaron de valor. Este crecimiento urbano del Distrito Federal acaecido en la década de los sesenta hizo que los terrenos del Manicomio se convirtieran en el interés de diversos fraccionadores habitacionales privados que auspiciados por el gobierno del presidente Díaz Ordaz, tendrían muchas ganancias si el

Manicomio era fraccionado. De este modo, pensamos que la clausura y demolición de La Castañeda dependió no tanto de las propuestas de los médicos psiquiatras que pedían modificar los métodos asistenciales, sino del gran valor económico que significaba La Castañeda.

### **3.2 Migración y natalidad. Una megalópolis necesaria**

Entre 1940 y 1970 el desarrollo nacional fue hasta cierto punto evidente, sin embargo los beneficios de la rápida industrialización sólo fue para unos cuantos. La estrategia modernizadora de los gobiernos mexicanos a partir de la década de los cuarenta no proporcionó los mecanismos institucionales para garantizar una seguridad social y económica<sup>217</sup> a los individuos que fueron empleados como mano de obra en la industrialización. Las políticas desarrolladas en México para acelerar el crecimiento económico provocaron una inequidad en la distribución del ingreso y “gran parte de la cuenta de la rápida industrialización se ha pagado con mayores reducciones en el consumo de la gran mayoría de la sociedad mexicana situada en los últimos peldaños en la escala” social.<sup>218</sup>

El crecimiento económico de México durante las décadas que transcurrieron entre 1940 y 1970 se caracterizó por beneficiar a los sectores empresariales, lo cual provocó un descenso en los gastos sociales que hubieran mejorado el nivel de vida de las clases trabajadoras y campesinas, y a pesar de que en el gobierno de Adolfo López Mateos se ampliaron los servicios públicos esta amplitud fue limitada ya que si México, por ejemplo, fue pionero en América Latina en desarrollar un sistema de seguridad social con la creación del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en 1943, para el año de 1967 sólo el 6.1 de la población total recibía los beneficios de tal institución, un porcentaje menor con respecto a otros países latinoamericanos.<sup>219</sup>

---

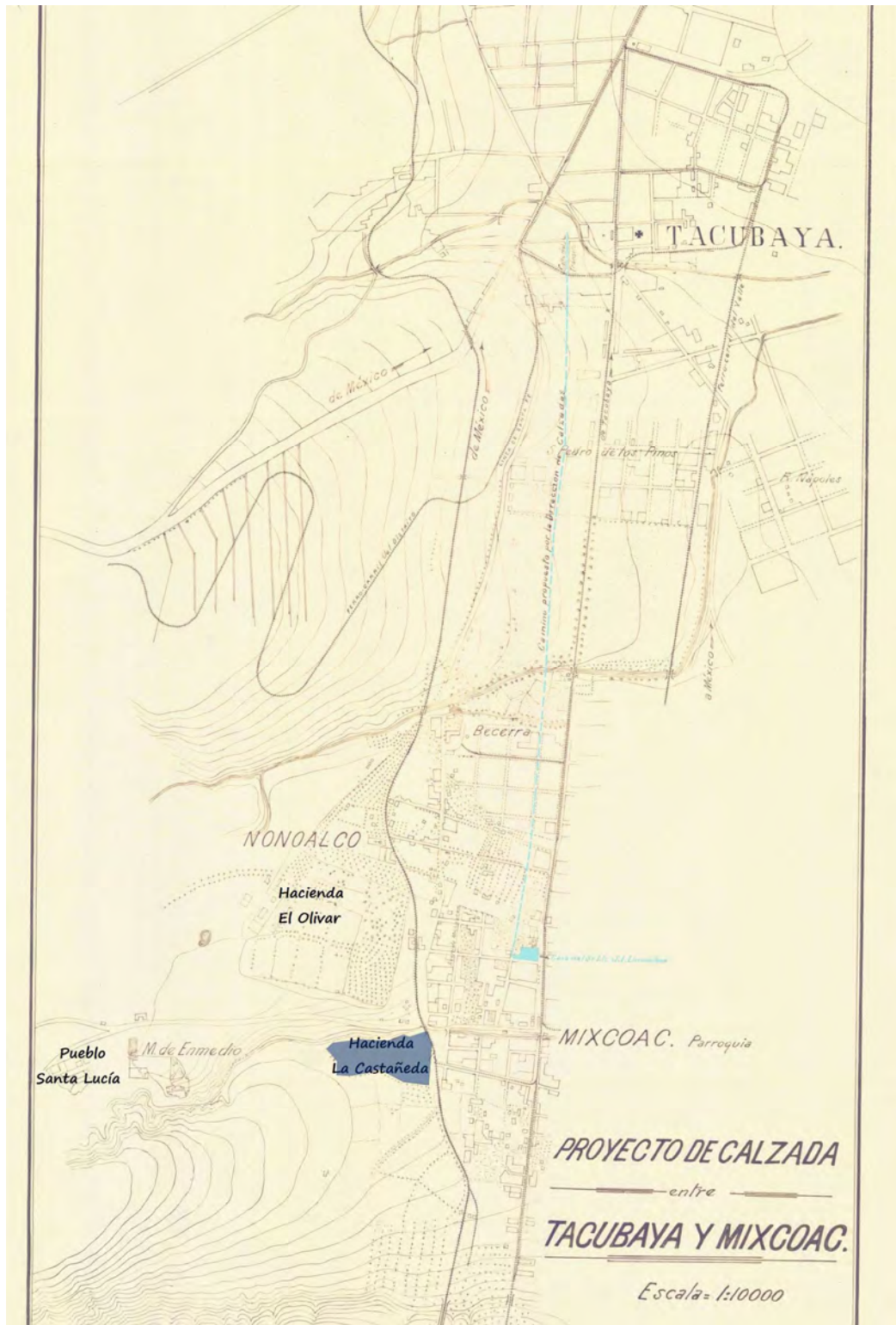
<sup>217</sup> Cynthia Hewitt de Alcántara, *op. cit.*, p. 24.

<sup>218</sup> Roger Hansen, *La política del desarrollo mexicano*, México, Siglo XXI, 1971, p. 97.

<sup>219</sup> Roger Hansen menciona que el grado de desigualdad del ingreso económico en México en los sesenta fue mayor que en otros países latinoamericanos, cuyos porcentajes de cantidad total de población que recibía servicios de seguridad social en 1967 eran: Argentina, 24.9 por ciento; Brasil, 6.6; Chile, 21.8; Perú, 8.4; Venezuela, 6.9, *ibid.*, pp. 116-117.

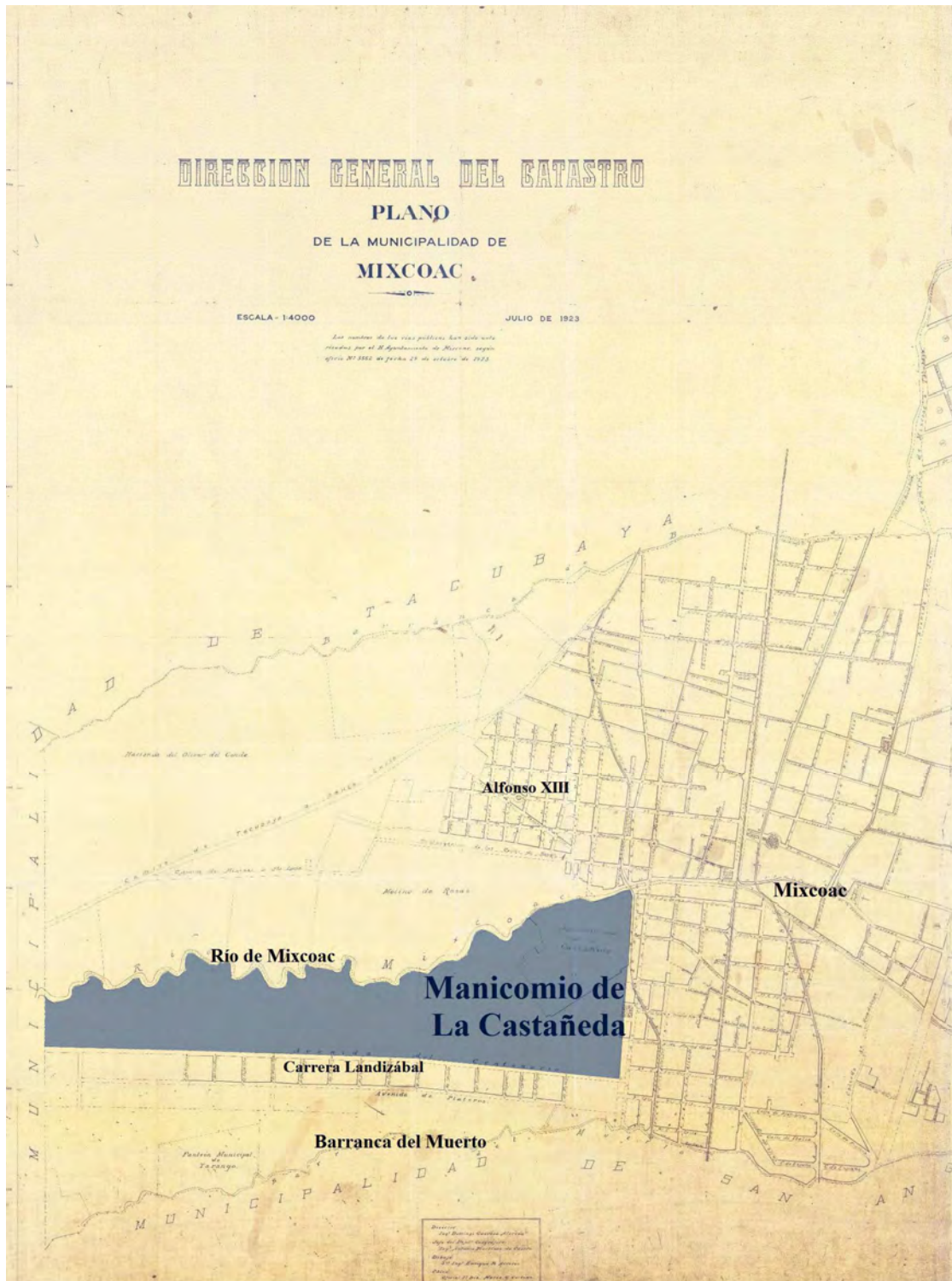


Plano3. "Proyecto de Calzada entre Tacubaya y Mixcoac" c1900.



En este plano se pueden apreciar los desiertos límites de la Hacienda que se convertiría en el Manicomio, la cual se encuentra sombreada en azul. Lo más cercano a La Castañeda, además del pueblo de Mixcoac, eran la Hacienda del Olivar y el Pueblo de Santa Lucía. Fuente: MMOyB, C-OyB, varilla OYBDF09, núm. clasificador 2180-OYB-725-A.

Plano 4. "Plano de la Municipalidad de Mixcoac, junio de 1923".



Aquí se puede ver cómo la zona donde se encontraba el Manicomio ya se estaba comenzando a urbanizar, Mixcoac empezaba a dejar de ser un pueblo y se establecieron dos colonias cercanas al Manicomio: la Alfonso XIII al norte y la Carrera Landizábal (hoy Merced Gómez), en las afueras al sur de La Castañeda. El Manicomio está sombreado en azul. Fuente: MMOyB, C-GE, varilla CGDF02, núm. clasificador 1238-CGE-725-A.

Como resultado del proceso industrializador hubo un acaparamiento de las tierras para agricultura en manos de empresarios, lo que provocó una migración constante de personas de zonas rurales a las ciudades, cuestión que influyó en un desmedido crecimiento demográfico en las urbes<sup>220</sup> lo cual acentuó más las desigualdades sociales; los migrantes de las zonas rurales se dirigían al sector urbano donde buscaban mejores condiciones de vida y poco a poco eran absorbidos por las ocupaciones industriales.

Según Luis Unikel, México dejó de ser un país predominantemente rural durante la década de 1960-1970.<sup>221</sup> La ciudad de México en particular fue una zona de afluencia de migrantes provenientes del Bajío, Estado de México, Puebla, Tlaxcala y Veracruz.<sup>222</sup> El fenómeno del crecimiento poblacional del DF se desarrolló paralelamente a la acelerada industrialización del país, acaecida desde mediados de la década de 1940. Esto se debe, en parte, a que el DF era la entidad con mejor infraestructura, lo que hizo que las principales inversiones industriales se dirigieran ahí.

Según María Eugenia Negrete y Héctor Salazar, el crecimiento total de la población en la entidad se puede descomponer en dos factores: el crecimiento natural, que es la resta entre nacimientos y defunciones, y el crecimiento social, que es resultado de la migración.<sup>223</sup> El crecimiento natural del DF siguió un cauce lineal a partir de 1930, consecuencia de una tasa de natalidad constante de 45 nacimientos por cada 1000 habitantes, y por una reducción de la tasa de mortalidad resultado del desarrollo de los sistemas sociales y de salud. De hecho es importante mencionar que la delegación Álvaro Obregón (a la que pertenecía el Manicomio de La Castañeda), junto con las de Coyoacán y Tlalpan, fueron las que mostraron los menores niveles de mortalidad durante el periodo de 1950-1980.

Sin embargo, si esta fuera la única causa del crecimiento demográfico, la población del DF se hubiera multiplicado al mismo ritmo que el resto del país (2.5 entre 1940 y

---

<sup>220</sup> Georgette José Valenzuela, Historia de México. Síntesis 1946-1982, México, Universidad Nacional Autónoma de México, Porrúa, 1988, p. 5.

<sup>221</sup> Luis Unikel, El desarrollo urbano en México, México, El Colegio de México, 1978, p. 29.

<sup>222</sup> Ariel Rodríguez Kuri, "Secretos de la idiosincrasia. Urbanización y cambio cultural en México, 1950-1970", en Carlos Lira Vázquez y Ariel Rodríguez Kuri (coords.), Ciudades mexicanas del siglo XX. Siete estudios históricos, México, Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, El Colegio de México, Universidad Autónoma Metropolitana – Azcapotzalco, 2009, p. 29.

<sup>223</sup> María Eugenia Negrete y Héctor Salazar, "Dinámica de crecimiento de la población de la Ciudad de México (1900-1980)", en Atlas de la Ciudad de México, México, Departamento del Distrito Federal, 1987, p. 126.

1980), y no se hubiera cuadruplicado,<sup>224</sup> tal como ocurrió. Otro elemento indispensable que hay que atender es el crecimiento social o migración. La migración tuvo en el DF una importancia decisiva en cuanto a su composición poblacional: la capital del país fue un destino buscado por los migrantes nacionales (y extranjeros), tanto de destinos urbanos como rurales, quienes han sido los principales responsables de la sobrepoblación existente en la entidad hoy en día. De hecho el crecimiento por causas de migración tuvo su máximo auge en los sesenta, década en que fue demolido el Manicomio General para construir unidades habitacionales para toda la población que estaba en búsqueda de una casa.

La principal consecuencia de este crecimiento demográfico fue la necesaria expansión geográfica de la ciudad de México dentro del Distrito Federal. Aquí hay que hacer una aclaración para evitar confusiones: el Distrito Federal es el territorio político-administrativo que alberga las diversas delegaciones que se rigen bajo un poder central; por su parte, la ciudad de México era el centro y la capital del Distrito Federal, hasta 1970 que fue dividida en cuatro delegaciones políticas: Benito Juárez, Cuauhtémoc, Miguel Hidalgo y Venustiano Carranza.<sup>225</sup> Esta aclaración es fundamental para entender el proceso de urbanización del DF, ya que la principal urbe, que era la ciudad de México, se fue expandiendo exponencialmente desde el centro hacia los alrededores, absorbiendo poco a poco pueblos, villas, haciendas, etc., que eran ocupadas por los nuevos pobladores que no encontraron sitios para vivir en el centro y que fueron integrándose a la dinámica citadina, muchas veces a expensas de las autoridades del DF que buscaban detener el crecimiento urbano descontrolado.

### **3.3 De la “regencia de hierro” al crecimiento urbano**

Cuando Adolfo Ruiz Cortines tomó la presidencia en 1952, designó como regente de la entidad a Ernesto P. Uruchurtu debido a su carácter rígido, con la esperanza de que pudiera domar a una ciudad abierta y liberal y con una “profusa vida nocturna”,<sup>226</sup> como era la ciudad de México. En efecto, desde la llegada de Uruchurtu a la regencia del DF, comenzó una serie de medidas encaminadas a organizar una entidad que a lo largo de su vida se

---

<sup>224</sup> Virgilio Partida Bush, “El proceso de migración a la Ciudad de México”, en *Ibid.*, p. 134.

<sup>225</sup> Boris Graizbord y Héctor Salazar, “Expansión física de la ciudad de México”, en *Ibid.*, p. 120.

<sup>226</sup> Armando Cisneros Sosa, La ciudad que construimos. Registro de la expansión de la ciudad de México (1920-1976), México, Universidad Autónoma Metropolitana-Iztapalapa, 1993, p. 137.



había caracterizado por actitudes libertinas de su población. Desalojó a los vendedores ambulantes del Zócalo, acalló manifestaciones, y destruyó asentamientos de viviendas irregulares, denominadas como “paracaidistas”. Este último punto fue uno de los más recurrentes en el regente, lo que en futuro provocaría su renuncia forzada. De este modo, Uruchurtu fue conocido entre la población como el “regente de hierro”.<sup>227</sup>

Aunque era evidente que debido a la tradición política del país Uruchurtu estaba bajo las disposiciones del presidente, gozó de ciertas libertades en la forma de llevar su gobierno.<sup>228</sup> El regente tenía una gran influencia para realizar los cambios que creyera necesarios en la política y la administración, al grado de disentir del ejecutivo cuando alguna medida propuesta por éste último no fuera la más adecuada para las necesidades de la capital. Así fue como el regente comenzó a tener un importante peso político.<sup>229</sup>

Ernesto P. Uruchurtu llegó en un momento coyuntural a la regencia del DF. La entidad necesitaba una persona que equilibrara las necesidades sociales, las políticas fiscales y el crecimiento poblacional que seguía en marcha (para 1950 el Distrito Federal contaba ya con más de 3 millones de habitantes).<sup>230</sup> Si Uruchurtu quería reducir el endeudamiento de la entidad y al mismo tiempo desarrollar políticas sociales para la población, era necesario contener el crecimiento poblacional y por lo tanto el urbano. Una de las características del gobierno de Uruchurtu fue el control del crecimiento de la urbe; así restringió la construcción de fraccionamientos de paracaidistas, evitó la dotación de servicios en las zonas donde estaba prohibido construir, rechazó invasiones de tierras por parte de migrantes y hasta modificó la Ley de Planificación y Zonificación a fin de ser él quien controlara las propuestas de planificación urbana tanto del gobierno como de los particulares. Prácticamente nada se construía, si el regente estaba en desacuerdo.<sup>231</sup>

---

<sup>227</sup> Ibid.

<sup>228</sup> En la Ley Orgánica del Distrito Federal de 1941, su reforma de 1942 y su sustitución por la Ley de 1946, se estableció que el gobierno del DF estaba a cargo del presidente de la república, como había sido desde siempre, sin embargo, este poder lo ejercería por conducto de un individuo denominado jefe del Departamento del Distrito Federal, mejor conocido como regente. Regina Hernández Franyuti, El Distrito Federal: historia y vicisitudes de una invención, 1824-1994, México, Instituto de Investigaciones Dr. José María Luis Mora, 2008, p. 206, 212.

<sup>229</sup> Ibid., p. 205.

<sup>230</sup> Ibid., p. 213.

<sup>231</sup> Estas disposiciones fueron mal vistas por los fraccionadores, quienes se vieron en la necesidad de invertir en tierras del Estado de México, donde las leyes no eran tan estrictas; esto puede explicar cómo fue que la expansión del área metropolitana del Estado de México comenzó a desarrollarse a partir de los años cincuenta

En toda la década de los cincuenta el “regente de hierro” logró organizar social y fiscalmente el DF. Esto provocó que Uruchurtu fuera sostenido en el cargo de la regencia cuando López Mateos llegó al poder. Todos estos años le permitieron a Uruchurtu moldear el DF y principalmente la ciudad de México tal y como lo creía necesario. Sin embargo, según Diane Davis, a pesar del apoyo del partido hacia el regente, la mayor fuerza política con que contaba Uruchurtu era la población, principalmente la clase media urbana y la pequeña y mediana industria. El poder del regente se basaba en una alianza política con los grupos mayoritarios de la entidad, específicamente del centro.<sup>232</sup>

Todos estos grupos estaban en contra del crecimiento urbano por diferentes razones: los transportistas temían que con el aumento de asentamientos urbanos, el monopolio del que gozaban se viera amenazado por la entrada de nuevas líneas independientes, algunas de ellas provenientes del Estado de México; los industriales sabían que la llegada de nuevas industrias era inminente si los límites de la urbe se expandían, lo que pondría en peligro su hegemonía; por su parte, con el establecimiento de nuevas zonas habitacionales, el crecimiento de nuevos grandes y pequeños comercios pondría en peligro el predominio de la ciudad de México como el principal centro comercial de la entidad; por otro lado, los habitantes del centro del DF verían deteriorarse sus condiciones de vida si se permitía el establecimiento de nuevas viviendas, ya que estos inmigrantes inundarían las calles de la capital lo que provocaría más tráfico, mayor competencia por los empleos, más delincuencia e incremento de la densidad de población.

Al mismo tiempo, Uruchurtu estaba en contra de la llegada de grandes olas migratorias, a las que él y varios sectores de la población culpaban por la “destrucción física y social de la ciudad. Limitar el crecimiento urbano, manteniendo a estos migrantes en las áreas rurales, o impidiendo su asentamiento en la ciudad, equivaldría a conservar la ciudad de México como la urbe gloriosa de clase media que él recordaba.”<sup>233</sup> Así pues, los grandes inversionistas, la mayoría de ellos fraccionadores y concesionarios de obras públicas, estaban en desacuerdo con las políticas de organización urbana del regente, sin

---

(un ejemplo de esto es ciudad Satélite, en el municipio de Naucalpan), Armando Cisneros Sosa, *op. cit.*, p. 150.

<sup>232</sup> Diane Davis, *El leviatán urbano. La ciudad de México en el siglo XX*, México, Fondo de Cultura Económica, 1999, pp. 113-117.

<sup>233</sup> *Ibid.*, p. 229.

embargo, la mano dura de Uruchurtu continuó prefiriendo la alianza con la clase media, los transportistas y la mediana industria.

No obstante, a pesar de todos los logros obtenidos durante sus primeros ocho años en el gobierno, el poder del “regente de hierro” comenzaría a declinar a partir de 1960. Uno de los motivos de esto, que más señala la historiografía actual, fue la propuesta de un tren subterráneo que sería conocido como Metro.

Desde un principio Uruchurtu estuvo en desacuerdo con la construcción del Metro, debido a diversas causas que en este espacio no podemos analizar,<sup>234</sup> ya que no es el fin de este estudio. Lo cierto es que su postura inflexible fue un factor para su destitución. Sin embargo, algo que la historiografía no ha terminado de explotar es que el declive del poder del “regente de hierro” en la década de los sesenta pudo responder a su renuencia ante una verdadera necesidad de vivienda para la masa de habitantes que poco a poco poblaban el DF, necesidad que fue enfrentada por los presidentes López Mateos y Díaz Ordaz, y lo que provocó diversos conflictos entre aquellos y Uruchurtu. Esta parte es importante para comprender el contexto en el que fue clausurada y demolida La Castañeda para construir en el terreno una gran cantidad de casas habitación.

### 3.3.1 LA CIUDAD NECESITA CASAS. CONFLICTOS ENTRE LA REGENCIA Y LA PRESIDENCIA

Como se ha mencionado antes, en las presidencias de López Mateos y Díaz Ordaz se puede hablar de una clase de Estado de Bienestar, ya que con ellos las instituciones sociales crecieron. Un grupo de estas instituciones se crearon para fomentar la vivienda para las clases medias y bajas: Instituto del Fondo Nacional para la Vivienda de los Trabajadores (Infonavit), Fondo de la Vivienda del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (Fovissste), Fondo de Operación y Descuento Bancario para la Vivienda (Fovi), Instituto Nacional de la Vivienda (Invi), entre otras. En estos gobiernos se atendió la necesidad de construir casas para las olas migratorias que llegaban al DF y que se empleaban en diversos sectores productivos. Así pues, López Mateos y, mayormente, Díaz Ordaz, destinaron diversos terrenos, haciendas y ejidos para la construcción de casas ya que

---

<sup>234</sup> Para conocer las diversas causas por las que Uruchurtu no quiso aprobar el proyecto del Metro, véase *ibid.*; Regina Hernández Franyuti, *op. cit.*; Armando Cisneros Sosa, *op. cit.*

de hecho en la Ley Orgánica del Distrito Federal vigente en ese momento, el presidente de la República tenía la facultad de declarar de utilidad pública y de expropiar terrenos para construcción de casas.<sup>235</sup>

Para 1962 se decretó la construcción de las gigantescas zonas habitacionales de Tlatelolco y San Juan de Aragón;<sup>236</sup> en 1963, por acuerdo presidencial se construyó la Unidad Habitacional de Santa Cruz Meyehualco, en Iztapalapa;<sup>237</sup> en 1965 se le permitió a algunos colonos de Santa Úrsula fraccionar y obtener la propiedad de las tierras,<sup>238</sup> y a finales del mismo año se estaba construyendo la Unidad Plateros en los inmensos terrenos del Manicomio de La Castañeda.

No obstante, a pesar de ser decretos presidenciales y tener que acatarlos, Uruchurtu estuvo muchas veces en contra de estas disposiciones. La inconformidad del regente se debía en primer lugar, a que las políticas iban en contra de la retención urbana que tanto cuidaba, pero también porque la dotación de servicios debía ser absorbida por el presupuesto del DF, además muchas veces el pago de las expropiaciones de terrenos y ejidos eran hechos por el gobierno de la entidad y algunos casos, como en San Juan de Aragón, los contratos de compra-venta fueron gestionados por el mismo Uruchurtu,<sup>239</sup> cuestiones que afectaban la balanza presupuestaria del DF.

Todos estos decretos presidenciales respondían a necesidades reales por el crecimiento poblacional acelerado que sufría el DF en la década de los sesenta, ante los cuales las políticas del regente eran contrarias. Esto pudo, en cierta medida, precipitar la caída de Uruchurtu en 1966, aunado a la indisposición para aceptar el proyecto del Metro y al enfrentamiento con Díaz Ordaz, quien buscaba hacer crecer y modernizar la entidad.

El crecimiento económico acaecido tras el desarrollo estabilizador, comenzado en la segunda mitad de la década de 1950, fue evidente. Entre 1963 y 1971 “la economía mexicana creció 7% anual; la inflación se mantuvo 2.8%; aumentó el empleo, y el PIB

---

<sup>235</sup> Archivo Histórico del Distrito Federal (en adelante AHDF), Fondo Departamento del Distrito Federal (en adelante F-DDF), Serie Obras Públicas (en adelante S-OP), caja 295, leg. 2, s/e, s/f., “Acuerdo del Presidente de la República al C. Jefe del Departamento del Distrito Federal”, el 9 de agosto de 1963.

<sup>236</sup> Armando Cisneros Sosa, *op. cit.*, p. 164.

<sup>237</sup> “Acuerdo por el cual se le autoriza al Departamento del Distrito Federal enajenar 3000 casas”, en *Diario Oficial de la Federación*, 5 de diciembre de 1963, t. CCLXI, núm. 29, p. 20.

<sup>238</sup> AHDF, F-DDF, S-OP, caja 295, leg. 2, s/e, s/f, “Decreto de tierras ejidales de la Delegación Coyoacán”, en 1965.

<sup>239</sup> AHDF, F-DDF, S-OP, caja 96, leg. 3, s/e, s/f, “Contratos de compra-venta de la Unidad Habitacional de San Juan de Aragón”, en 1965.

[Producto Interno Bruto] per cápita se incrementó en más de 3% al año.”<sup>240</sup> Y aunque las diferencias sociales contrastaban de manera evidente entre pobres, campesinos, obreros, clase media y clase alta, la imagen de México en la década de los sesenta fue positiva en el plano internacional.

Fue justamente en esa década que la relación de México con el extranjero fue de vital importancia; de inicio, el triunfo de la Revolución cubana en 1959 hizo que los mandatarios mexicanos aumentaran la diplomacia con el vecino del norte, debido al temor de este último por la expansión del comunismo. Poco después, Díaz Ordaz realizó varias giras por el mundo con la finalidad, entre otras cosas, de llevar la imagen de un México moderno, desarrollado y estable. Soledad Loaeza menciona que el crecimiento económico junto la promoción de México como una nación moderna fue lo que llevo al gobierno a buscar y obtener la sede de los Juegos Olímpicos de 1968 y la Copa Mundial de Futbol de 1970.<sup>241</sup>

Se puede pensar en una correlación entre los Juegos Olímpicos y la demolición de La Castañeda ya que ésta se encontraba a las faldas del recién construido Anillo Periférico, vía por donde pasarían las delegaciones deportivas en la llamada “Ruta de la Amistad” para llegar a sus dormitorios ubicados en la Villa Olímpica, también realizada a orillas del Periférico al sur del DF. Mostrar un Manicomio obsoleto, sobrepoblado y con una “leyenda negra” de fondo, no era la imagen que el gobierno quería dar del México moderno.<sup>242</sup>

Díaz Ordaz era un asiduo partidario de la expansión urbana, no sólo del DF, sino de diversas ciudades del país. Esta posición chocaba con las políticas urbanas del regente, sobre todo con aquellas que tenían que ver con la dotación de servicios, como luz, agua y drenaje, a las nuevas colonias de paracaidistas. Los choques ideológicos eran tales que el Secretario de la Presidencia, Emilio Martínez Manatou, fue comisionado para enviar una carta a Uruchurtu que rezaba: “el presupuesto del Distrito Federal deberá distribuirse conforme al presidente le parezca necesario, y no como el regente lo estime [...] si se quiere modificar el programa, se debe contar con la autorización del presidente.”<sup>243</sup>

---

<sup>240</sup> Soledad Loaeza, “Modernización autoritaria a la sombra de la superpotencia, 1944-1968”, en Nueva Historia General de México, México, El Colegio de México, 2010, pp. 683-684.

<sup>241</sup> Ibid., p. 687.

<sup>242</sup> Entrevista realizada al Dr. Antonio Lafuente, el día 20 de octubre de 2012.

<sup>243</sup> AHDF, F-DDF, S-OP, caja 103, leg. 1, s/e, s/f, “Carta de Emilio Martínez Manatou, Secretario de la Presidencia, a Ernesto P. Uruchurtu, Jefe del Departamento del Distrito Federal”, el 11 de febrero de 1966.

Aunado a ello, entre 1964 y 1966 ocurrieron una serie de acontecimientos que llevaron a la inaplazable caída del “regente de hierro”. En palabras de Diane Davis, diversos sectores del PRI que estaban a favor de la construcción del Metro abrieron espacios de expresión a la ola de “paracaidistas” que buscaban legalizar la tenencia de tierras y la llegada de servicios públicos a las áreas periféricas de la ciudad de México; además, debido al caos reinante en la ciudad como consecuencia de la imposibilidad de detener la migración, los habitantes vieron en la construcción de nuevas zonas habitacionales una válvula de escape para la gran densidad de población. “Los grupos de trabajadores representados en el PRI que habían perdido la posibilidad de tener una vivienda, se unieron a las voces de los paracaidistas [...] y de los grandes fraccionadores para desaprobando y rechazar la política del regente.”<sup>244</sup>

En otoño de 1966 Uruchurtu mandó bulldozers a desalojar por la fuerza un área de “paracaidistas” cerca de Santa Úrsula. El gobierno Federal y la Cámara de Diputados desaprobaron tal hecho y se formó una comisión para estudiar el caso; la comisión dio su dictamen en que se acusó al Departamento y a Uruchurtu de “ignorar los derechos humanos”.<sup>245</sup> El 14 de septiembre de 1966 Uruchurtu presentó su renuncia a la regencia del DF. Tras la renuncia de Uruchurtu, fue nombrado en su lugar el general Alfonso Corona del Rosal, fiel compañero de Díaz Ordaz. El cambio en las políticas urbanas se vio de inmediato cuando, apenas llegaba Corona del Rosal al poder, fue aprobado después de seis años de disputas el proyecto del Metro. Después de 1966, pudo observarse en el DF el “incremento del desarrollo inmobiliario, el crecimiento incontrolado del área urbana, el aumento constante de la migración, y el deterioro de las condiciones sociales.”<sup>246</sup>

### **3.4 De pueblo a ciudad: el crecimiento urbano de Mixcoac**

El Manicomio de Mixcoac se encontraba a las faldas de los accidentados cerros que se encuentran al poniente del Distrito Federal. En la gran cantidad de barrancas que existen en el poniente de la entidad (hoy en día muchas de ellas llenas de casas), como la Barranca del Muerto o la Cascada, la tierra era sumamente fértil y apta para la agricultura, eso explicaría que desde muchas décadas atrás se establecieran ahí diversas haciendas, como la del Olivar

---

<sup>244</sup> Regina Hernández Franyuti, *op. cit.*, p. 219.

<sup>245</sup> Armando Cisneros Sosa, *op. cit.*, pp. 178-179.

<sup>246</sup> Regina Hernández Franyuti, *op. cit.*, p. 220.

del Conde o la misma Castañeda (que era una hacienda pulquera). La diversidad de recursos naturales permitió también el establecimiento de varias fábricas como las de papel de San Ángel o la textil de La Magdalena. De hecho, hasta ya entrado el siglo XX el pueblo de Santa Lucía, que se encuentra en la parte más alta de dicha zona, era fundamentalmente rural.

Las fuentes de agua también eran varias. Esta era una zona que fue bañada por diversos ríos, tales como el Mixcoac, el Becerra, el Tacubaya, el San Borja y el río de La Piedad. Éstos fueron entubados en la década de los cincuenta para convertirse, en un principio, en drenajes externos que servían para sanear la zona que se urbanizaba rápidamente; más tarde serían transformados en importantes arterias viales como ahora son el Viaducto Miguel Alemán y parte del Circuito Interior.

Toda esta zona colindaba con la antigua demarcación de la ciudad de México y además la prolongación hacia el sur de la avenida Insurgentes a mediados de los cincuenta hizo más fácil el acceso a otros medios de transporte, ya no sólo a los ferrocarriles. Por todas estas cuestiones y por la relativa cercanía al centro de la ciudad, todo este territorio se convirtió en uno de los destinos preferidos de diversos sectores de la población, en su mayoría clases medias y medias altas, para comenzar a crear nuevas colonias. Así pues, se construyeron “numerosos fraccionamientos y colonias destinados a grupos sociales de ingresos altos y medios, muchos de los cuales abandonaron sus antiguas residencias en los barrios céntricos de la ciudad de México, para ir a habitar”<sup>247</sup> dicha zona. Aunque hay que advertir que también existían zonas con alto índice delictivo como los barrios de San Lorenzo y Actipan.

Mixcoac siempre había sido una zona muy tradicional. Característico por sus amplios paisajes boscosos y llenos de flores, ese sitio fue utilizado como un lugar de descanso para los ciudadanos de la clase alta que construyeron grandes casas “de campo” para escapar del bullicio de la urbe. Personajes como Valentín Gómez Farías, Ireneo Paz o José Yves Limantour fueron dueños de grandes residencias en la zona. En cierta medida, que Mixcoac fuera uno de los lugares utilizados por personajes de esa clase social para hacer sus casas, fue lo que provocó que el lugar se convirtiera al paso de los años en un territorio habitado por clases sociales medias altas y altas. No obstante, también hubo una importante

---

<sup>247</sup> Alberto Lenz, “Delegación Álvaro Obregón”, en *Atlas de la Ciudad de México*, op. cit., p. 244.

atracción de migrantes que conformaron colonias proletarias, las cuales eran peligrosas debido al crimen.

La construcción más acelerada de casas habitación en Mixcoac comenzó aproximadamente en la década de los veinte. Con el crecimiento exponencial de la ciudad de México muchas familias buscaron zonas alternativas para habitar y salir de la congestionada capital del DF. Mixcoac fue una de las zonas con gran afluencia poblacional y poco a poco, lo que había sido el pequeño pueblo porfiriano, se convirtió en parte de la misma ciudad. La antigua lejanía entre Mixcoac y la ciudad de México desapareció y gracias al desarrollo de las vías de comunicación dicha zona se urbanizó aceleradamente, crecieron los servicios y se comenzaron a fraccionar los terrenos.

En 1928 desaparecieron las municipalidades y se crearon las delegaciones políticas del DF. Como consecuencia, el Municipio de Mixcoac fue suprimido y la zona fue dividida en dos: una mitad quedó integrada en la delimitación política de la ciudad de México, con la denominación Cuartel X (ver plano 5); la otra parte pasó a formar la nueva delegación Villa Álvaro Obregón, la cual iniciaba justamente desde el edificio del Manicomio hacia el sur poniente. En ese sentido, el Manicomio, administrativa y urbanísticamente hablando, dejó de estar lejos de la ciudad para convertirse en parte de la misma como se muestra en el Plano 6.

No obstante, a pesar que Mixcoac comenzó a formar parte de la ciudad de México, pasaron algunos años para que en dicha zona se reprodujeran las problemáticas poblacionales del centro de la capital. Todavía para finales de los treinta Mixcoac seguía siendo una zona florida y con paisajes naturales.<sup>248</sup> Aún más, en los cincuenta, según un testimonio entrevistado por Patricia Pensado, “vivir en Mixcoac era vivir lejos; pasando La Castañeda, se puede decir no había ya casas. Había algo en Alfonso XIII, algo también en el pueblo hasta allá arriba de Santa Lucía, pero había pocas casas, había mucho terreno, era muy tranquilo.”<sup>249</sup> Pero desde de finales de la década de 1950, debido al crecimiento de casas habitación y de algunos condominios horizontales, se agudizó la urbanización de la zona, subieron de precio los terrenos, se comenzó a practicar la especulación y aumentaron las obras viales y el transporte. Además, debido a las personas que poblaron la región,

---

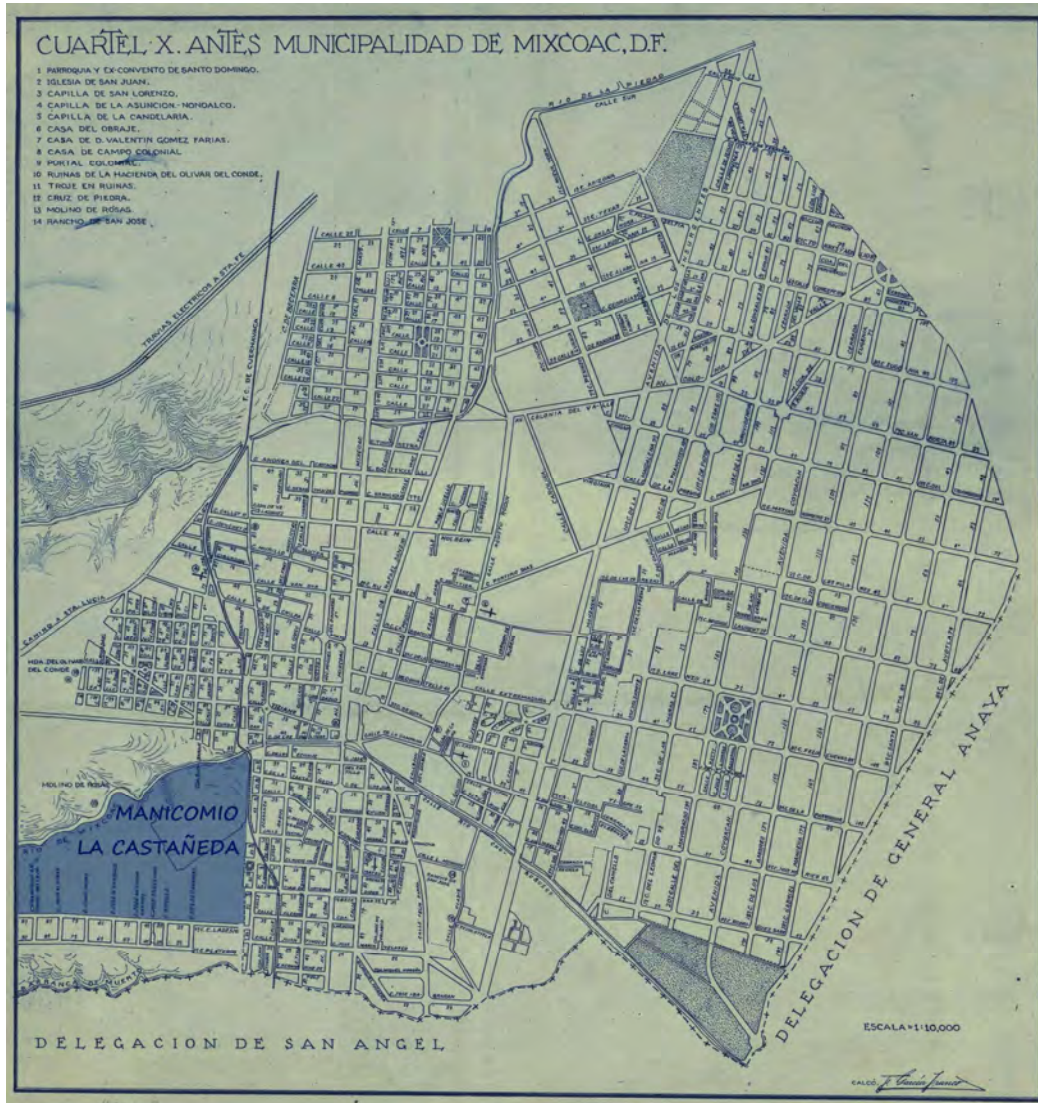
<sup>248</sup> Patricia Pensado, Mixcoac, un barrio en la memoria, México, Instituto de Investigaciones Dr. José María Luis Mora, 1996, p. 19.

<sup>249</sup> Ibid.



Mixcoac y sus alrededores se convirtieron en una zona comercial de importancia y grandes tiendas de autoservicio y departamentales fueron instaladas como la tienda Gigante y el Puerto de Liverpool.

Plano 5. "Cuartel X, antes Municipalidad de Mixcoac, DF." c1930.



Aquí se muestra un plano de lo que antes había sido el Municipio de Mixcoac; la urbanización y la cercanía con la ciudad de México eran tales que la zona se tuvo que integrar política y administrativamente al centro. Ahora Mixcoac no sería una colindancia, sino parte de la misma urbe. La ciudad poco a poco se fue comiendo una zona que antes había pertenecido a la lejana periferia. La Castañeda se encuentra sombreada en azul.

Fuente: MMOyB, C-GE, varilla CGDF06, núm. clasificador 1469E-CGE-725-A.

Se puede decir que lo que detonó la urbanización exponencial de la zona fue el crecimiento de las vías de transporte, en particular el Anillo Periférico. Para inicios de los años sesenta

era evidente que la ciudad de México se había convertido en una urbe congestionada. Siguiendo las rutas tradicionales del transporte, todos los caminos del DF, de norte a sur, de este a oeste, pasaban necesariamente por el centro de la ciudad. Entonces, en el marco de las políticas del presidente López Mateos, se dispuso hacer diversas obras para mejorar el transporte de la capital. Uno de los proyectos más ambiciosos de la época fue construir una arteria vial de alta velocidad que rodeara en forma de anillo la periferia de la ciudad de México. El regente Uruchurtu, a pesar de sus ideas anti crecimiento urbano descontrolado, vio con buenos ojos el proyecto ya que eso beneficiaría de sobremanera a los habitantes del centro de la ciudad y del resto de la entidad, además que era un proyecto aunque caro, viable.

A partir de 1960 se comenzó la construcción del Anillo Periférico, una arteria vial que daría la vuelta a la ciudad, de ahí su nombre. La ejecución de las obras del Periférico en la zona poniente comenzó a partir de 1961, y para esto se expropiaron diversas propiedades y ejidos.<sup>250</sup> Dicha vialidad colindaría con la entrada principal de La Castañeda, por lo que diversos jardines que adornaban los pasillos que conducían al edificio principal del Manicomio fueron despojados a la institución.

La nueva vialidad iba a pasar por Legaria, Chapultepec, Tacubaya, Mixcoac y San Ángel. Entonces, el hecho de que Mixcoac haya sido un punto específico por donde pasaría el Periférico fue trascendental en el desarrollo urbano. Junto con la construcción de dicha arteria vial también se planeó la mejora y desarrollo de las colonias por las que pasaría, como lo mencionaron varios periódicos: “En la zona de Tacubaya, Mixcoac y San Ángel se va, con tales obras [del Periférico] ampliar vías de comunicación a múltiples colonias residenciales y proletarias”;<sup>251</sup> “El Periférico atraviesa la zona oriente de Lomas de Chapultepec, [...] Tacubaya, Los Pinos y Mixcoac, beneficiando a más de 15 colonias proletarias con obras de urbanización que se extenderán a las mismas, resolviendo graves problemas de circulación”;<sup>252</sup> “Desde la colonia del Periodista, hasta Las Águilas, pasando por el Chorito, Observatorio, Molino de Rosas, Tacubaya, San Pedro de los Pinos y

---

<sup>250</sup> Por decreto presidencial del 12 de mayo de 1961 se declaró de utilidad pública la ejecución de las obras del Anillo Periférico en la zona poniente, AHDF, F-DDF, S-OP, caja 295, leg. 2, s/e, s/f, “Memorándum del Director General de Obras Públicas al Jefe de la Oficina de Planificación”, el 28 de noviembre de 1963.

<sup>251</sup> La Crítica, 1 de julio de 1961.

<sup>252</sup> Impacto, 19 de julio de 1961.

Mixcoac, son 28 las colonias de tipo popular que reciben la influencia benéfica de esta obra [el periférico].”<sup>253</sup>

La importancia de esa vialidad en el desarrollo urbano de Mixcoac fue primordial, y hasta se puede decir que si Mixcoac comenzó a crecer como una zona de alta densidad poblacional y con un tráfico importante de vehículos fue gracias al Periférico. Su construcción, que atravesaría la zona más céntrica del poniente del DF, causó un aumento en la migración de población hacia allí, ya que los accesos eran cada vez más aptos para los automóviles y otros transportes de motor que en esa época se desarrollaban muy rápido. A partir de esta monumental obra, el desarrollo de servicios y de mejoras en las colonias cercanas a Mixcoac fueron evidentes: se planeó un interceptor de aguas negras que correría desde la avenida Revolución hasta el municipio de Naucalpan, pasando por todo el poniente de la ciudad;<sup>254</sup> se comenzaron diversos trabajos de introducción de agua potable y alcantarillado en 18 colonias de la zona de Mixcoac;<sup>255</sup> se concluyó el entubamiento del Río Mixcoac; se abrió el Viaducto La Piedad en 1962, el cual conectaría al Aeropuerto con Tacubaya y Mixcoac; fue ampliado el mercado de Mixcoac y reinaugurado en 1962 por el presidente López Mateos; y se pavimentaron varias calles de colonias como Alfonso XIII y Molino de Rosas.

La mayoría de estas obras fueron realizadas por personal del Departamento del Distrito Federal, lo que indica que el regente Uruchurtu estuvo de acuerdo con la urbanización de la zona, y esto se debió a que la modernización de los caminos reclamaba la mejora urbana de las colonias. Pero un factor que fue determinante para el apoyo del regente, es que la zona se caracterizaba por estar habitada por gente de la clase media y media alta, grupos poblacionales que Uruchurtu veía como los indicados para poblar la entidad. Entonces, mientras en otras zonas del DF el jefe del Departamento prohibía la creación de colonias y fraccionamientos, en Mixcoac se incentivó la dotación de servicios, de vialidades y de urbanización.

---

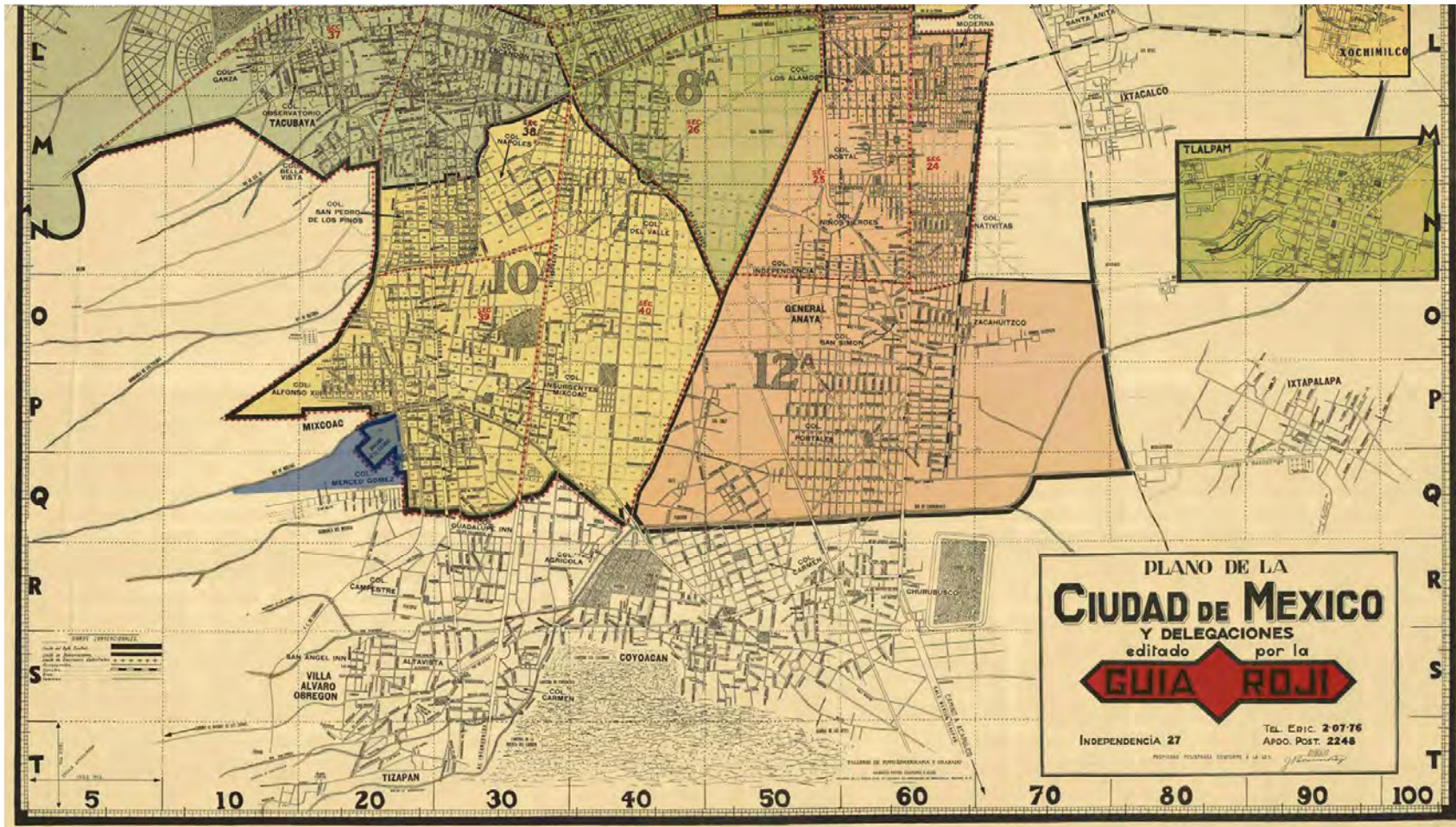
<sup>253</sup> Impacto, 29 de noviembre de 1961.

<sup>254</sup> Mañana, 16 de julio de 1960.

<sup>255</sup> La Crítica, 1 de junio de 1961.



Plano 6. “Plano de la Ciudad de México y Delegaciones” c1940.



Aquí podemos ver con mejor claridad cómo fue dividida administrativamente la zona de Mixcoac: una parte se convirtió en el Cuartel X de la ciudad de México (sombreado con amarillo); el resto, hacia el sur-poniente se transformó en la Delegación Álvaro Obregón. Se aprecia cómo los edificios de La Castañeda eran el límite de la nueva división, al tiempo que los terrenos del Manicomio pasaron a formar parte de la nueva Delegación, dicha zona está sombreada en azul. También se pueden apreciar al este y al norte parte de los otros cuarteles que integraban la creciente ciudad de México. Al sur, la Delegación Coyoacán también estaba bastante urbanizada. Fuente: MMOyB, C-GE, varilla CGDF11, núm. clasificador CGDF-V11-19-CGE-725-C-2.

Claro que las colonias que se beneficiaron de estas obras fueron las que estaban cercanas al Periférico; pero eso no evitó que otros territorios aledaños a La Castañeda comenzaran a poblarse. En los límites occidentales del Manicomio, la antigua Hacienda del Olivar comenzó a venderse a pequeños propietarios que fraccionaron la zona desde mediados de los cincuenta; otro ejemplo fue el fraccionamiento de las Minas de Araña, antiguas minas de arena. Poco a poco seguía llegando gente de las afueras del DF buscando mejores condiciones de vida y un lugar para establecer su hogar. Durante la década de los cincuenta y los sesenta crecían los poblados a las espaldas del Manicomio y se construían casas a lo largo de barrancas, antiguas minas y zonas boscosas hasta llegar al pueblo de Santa Lucía.

Estas colonias, meramente populares y repletas de migrantes de varios estados de la República, no gozaron de los servicios que el Departamento del DF estaba brindando a las zonas cercanas al Periférico, sin embargo, la gente las seguía poblando y esto fue porque estas zonas, antes inhabitadas, ahora eran colindantes con la ciudad. De hecho, todavía en 1965 el Olivar del Conde era una colonia irregular, sin alumbrado, drenaje y pavimento y no había transporte pero la gente caminaba 20 minutos para llegar a Mixcoac, donde podían tomar algún autobús.<sup>256</sup> Mucha de esta gente recorría diariamente las afueras del Manicomio y conocen historias muy curiosas.

Lo importante es que la urbanización, patrocinada o no por el gobierno, comenzó a “trepar” por las afueras del Manicomio hasta las zonas más alejadas de lo que era propiamente dicho la ciudad de México. Estas nuevas zonas demográficas fueron detonando una explosión urbana que, para mediados de la década de los sesenta, hicieron del Manicomio un territorio de grandes intereses para fraccionadores.

### 3.4.1 LA CIUDAD “SE COME” AL MANICOMIO

El crecimiento poblacional se quintuplicó entre 1940 y 1970, pasando de 133,000 a 663,000 habitantes, lo que representaba el 9% del aumento total que registró el DF en esos años.<sup>257</sup> Al ser de la clase media y media alta los sectores que comenzaron a poblar el territorio, el valor de la tierra se elevó tras la creación de colonias como la Guadalupe Inn, San Ángel, San Jacinto, Jardines del Pedregal, etc. Poco a poco las zonas aledañas a La Castañeda

---

<sup>256</sup> Entrevista a Jesús Cruz, realizada el 20 de junio de 2013. Él es vecino del Olivar del Conde y desde muy joven, a principios de los cincuenta, llegó al DF proveniente de San Juan del Río, Querétaro.

<sup>257</sup> *Ibid.*, p. 245.

comenzaron a convertirse en habitaciones con un gran valor inmueble y crecieron rápidamente colonias como Molino de Rosas, Alfonso XIII y el Olivar del Conde con inmigrantes de las zonas rurales de diversos estados de la República, además de que Mixcoac dejó de ser un pueblo para transformarse en una zona urbana. Los planos 7 y 8 nos permiten ver cómo las zonas habitacionales comenzaban a colindar con el Manicomio, específicamente las colonias Carrera Landizábal y Molino de Rosas (fundada en la década de los cuarenta). Sin embargo, también podemos observar que aún existían, para 1948, grandes terrenos que en ese momento eran minas de arena, pero que después serían urbanizados en los cincuenta.

De esta manera el Manicomio se convirtió en una construcción ubicada en una zona de alta plusvalía. De hecho desde finales de la década de 1940 el director del Manicomio, Francisco Núñez Chávez, proponía la venta “de TRESCIENTOS MIL METROS CUADRADOS, que le [eran] inservibles al Manicomio y cuya compra beneficiar[ía] enormemente a la población de Mixcoac. El precio que se propon[ía era]de UN MILLÓN DE PESOS”,<sup>258</sup> que para esa época era mucho dinero, porque había mucha gente interesada en esos terrenos. En el año de 1949, diecinueve miembros de la Liga Nacional Campesina “Úrsulo Galván”, pidieron a las autoridades de la SSA que les dieran en arrendamiento por cinco años, con opción a venta después del periodo señalado, el terreno que Núñez Chávez proponía poner a la venta, ya que existía “la mejor disposición para el aprovechamiento de esas tierras que hace años se encuentran sin cultivo, con perjuicio de la economía nacional”,<sup>259</sup> a lo que el Secretario de Salubridad y Asistencia, Rafael Pascasio Gamboa, respondió que “dentro del Manicomio no exist[ían] terrenos que se [pudieran] dar en arrendamiento o concesión para que fuera explotada por dichos campesinos.”<sup>260</sup>

---

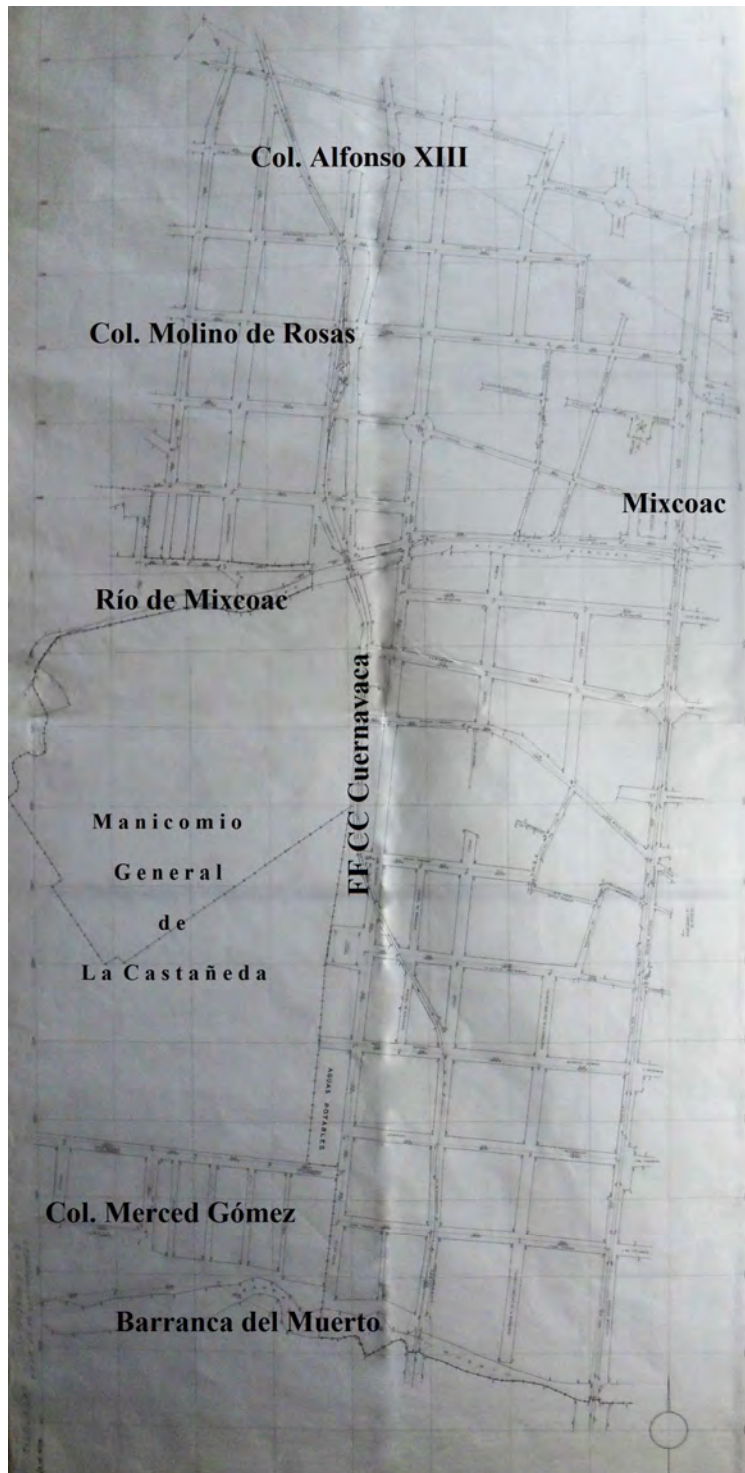
<sup>258</sup> AHSSA, F-MG, S-Adm, caja 51, exp. 1, f. 2. “Oficio del director del Manicomio, Francisco Núñez Chávez, al Secretario de Salubridad y Asistencia, Rafael Pascasio Gamboa”, el 3 de enero de 1948. Mayúsculas del original.

<sup>259</sup> AHSSA, F-MG, S-Adm, caja 51, exp. 1, f. 45. “Oficio de la Liga Nacional Campesina ‘Úrsulo Galván’, al Secretario de Salubridad y Asistencia, Rafael Pascasio Gamboa”, el 3 de agosto de 1949.

<sup>260</sup> AHSSA, F-MG, S-Adm, caja 51, exp. 1, f. 49. “Oficio del Secretario de Salubridad y Asistencia, Rafael Pascasio Gamboa, a la Liga Nacional Campesina ‘Úrsulo Galván’” el 10 de agosto de 1949.



Plano 7. "Levantamientos de la zona de Mixcoac, 1948".



Se muestra el levantamiento de los terrenos aledaños a La Castañeda con la finalidad de dotar de servicios públicos a las colonias Molino de Rosas, Merced Gómez y Alfonso XIII. Solo se realizó el levantamiento de las zonas que estaban más cercanas a Mixcoac; las colonias que rodeaban al Manicomio más hacia el poniente, la mayoría de ellas irregulares, no fueron dotadas de servicios hasta varios años después. Fuente: AHDF, Fondo Planoteca (en adelante F-Pl), módulo 3, planero 7, fajilla 173, clasificación 401 (073)/563, plano 2.

Plano 8. "Levantamientos de la zona de Mixcoac, 1948".



Se observa el resto del Manicomio que fue cortado del plano anterior. Se puede ver con más detalle cómo para finales de los cuarenta las zonas más al poniente aledañas a La Castañeda aún estaban bastante despobladas. Tanto al norte como al sur del Manicomio había varias minas de arena y en el extremo occidental había una barranca donde la compañía Luz y Fuerza instaló unos cables de alta tensión (hoy es una avenida que lleva el mismo nombre). Fuente: AHDF, F-PI, módulo 3, planero 7, fajilla 173, clasificación 401 (073)/563, plano 1.

La constante migración interna del centro al poniente de la entidad provocó que las rentas de casas habitación en la zona se elevaran a partir de los cuarenta, lo que causó que los terrenos del Manicomio fueran invadidos, obviamente sin el permiso de las autoridades de La Castañeda o de la SSA, en su zona norte entre las huertas y el Río Mixcoac por los mismos trabajadores para establecer ahí sus hogares.



Ante tal situación, Pascasio Gamboa envió un extrañamiento al director del Manicomio que decía:

Algunos empleados construyeron sus casas; pero como su situación es anómala pues ningún convenio de compraventa, sesión o de alguna otra índole, que los autorice para utilizar bienes de la nación ni para construir en dichos terrenos su casa, sírvase a la mayor brevedad posible estudiar el aspecto jurídico de este problema y emitir su opinión para que se regularice la propiedad de dichos empleados a los terrenos y casa que han construido.<sup>261</sup>

El director Núñez Chávez alegó que los empleados tomaron los terrenos sin su consentimiento, pero que si la resolución era desalojar a esas personas, no estaba en sus manos realizarlo ya que eran un grupo alto, “de 80 a 100 familias.”<sup>262</sup> La solución fue que la SSA fraccionó los terrenos y se los entregó, a modo de préstamo, a los empleados más antiguos y con mejor expediente. A los pocos años la Secretaría les vendió los lotes a los empleados y así nació la colonia El Sol, para los trabajadores del manicomio a finales de 1949.<sup>263</sup> Ya para finales de la década de 1950 era visible la mancha urbana que se expandía por las orillas del Manicomio como nos muestra el Plano 9, donde la colonia Molino de Rosas se había extendido y la antigua hacienda del Olivar del Conde se había fraccionado para construir casas.

### **3.5 El interés contra el bienestar. La historia oculta tras la demolición del Manicomio**

A lo largo de esta investigación hemos mencionado varias propuestas de médicos sobre la asistencia de las enfermedades mentales. Se mencionó que para los psiquiatras, en La Castañeda la asistencia no era la adecuada, que los enfermos vivían hacinados y en sobrepoblación y que un viejo manicomio no era suficiente para lograr la cura de los pacientes. Si bien los médicos proponían nuevas instituciones y métodos asistenciales

---

<sup>261</sup> AHSSA, F-MG, S-Adm, caja 51, exp. 1, f. 3. “Oficio del Secretario de Salubridad y Asistencia, Rafael Pascasio Gamboa, al director del Manicomio, Francisco Núñez Chávez”, el 11 de mayo de 1948.

<sup>262</sup> AHSSA, F-MG, S-Adm, caja 51, exp. 1, f. 5. “Oficio del director del Manicomio, Francisco Núñez Chávez, al Secretario de Salubridad y Asistencia, Rafael Pascasio Gamboa”, el 9 de marzo de 1949.

<sup>263</sup> Poco después de que los colonos comenzaron a comprar los lotes, comenzaron a surgir algunos problemas, por ejemplo, en 1954 los residentes comenzaron a vender sus casas a personas ajenas al Manicomio; en 1955 comenzaron a romper las bardas que separaban las habitaciones de la hortaliza para tener una entrada directa al Manicomio, lo que provocó que muchas personas que no vivían ahí entraran a robar frutos; y en 1959 se había formado un pequeño basurero en la franja norte de La Castañeda que dividía a la institución y al Río Mixcoac, AHSSA, F-MG, S-Adm, caja 51, exp. 1, f. 58-60. “Memorando del administrador del Manicomio, Jorge Galindo Suárez, a Francisco Gómez Morán, presidente de la Colonia de Trabajadores del Manicomio General.”, el 31 de marzo de 1955.

desde la década de los cuarenta, ninguno de ellos mencionó que La Castañeda debía ser sustituida; la idea de “jubilar” al Manicomio surgió a partir del decreto de la *Operación Castañeda* en 1965.

Aún así, dentro de las propuestas médicas, ninguna decía que La Castañeda debía ser demolida y de hecho algunos médicos, como Manuel Guevara Oropesa, ni siquiera sabían que el Manicomio iba a ser desmantelado. Cuando este médico se enteró de la demolición estuvo en total desacuerdo:

no sé qué participación hayan podido tener los árboles de La Castañeda en ese mal trato y esa abominación para que hayan acabado con ese parque magnífico, que estaba en frente de La Castañeda, que llegaba hasta el periférico, con árboles de castaños, y de otros (de ahí el nombre de La Castañeda) y que era una posibilidad de parque de recreo para la población de Mixcoac, para los alrededores, para las colonias que están ahí cerca. Hubo una tala de todos los árboles de La Castañeda, una destrucción en masa como si se hubiera bombardeado todo el edificio, arrasaron cuanto había y levantaron edificios de productos... las llamadas torres de Mixcoac [...] simplemente echaron abajo todo.<sup>264</sup>

La idea de transformar la asistencia psiquiátrica en el país venía desde varios lustros atrás; si los gobiernos se lo hubieran propuesto, el Manicomio podría haberse vendido hacía varios años y con esa inversión construir otras instituciones, más pequeñas y autosustentables, como se supone era la dinámica de estos hospitales. Ahora bien, tras las políticas sociales de López Mateos se comenzaron a construir granjas psiquiátricas, pero no se pensó en cerrar el Manicomio ya que, como hemos mencionado, éste era necesario porque en él se trataba a los pacientes que no podían trabajar en las granjas. No obstante, después de la llegada de Díaz Ordaz al poder, aunque se conocían las limitantes asistenciales de las granjas, se decretó el cierre de La Castañeda y se enviaron a los enfermos a nuevas instituciones donde se reprodujeron los mismos problemas que el Manicomio había sufrido. ¿Qué fue lo que motivó al gobierno de Díaz Ordaz a clausurar el Manicomio?, ¿realmente fue un impulso a nuevas políticas asistenciales de la psiquiatría?, ¿o había otros intereses detrás?

---

<sup>264</sup> Martha Valdez, *op. cit.*, p. 229, 232.

Plano 9. “Plano de la Ciudad de México” c1958.



Se puede observar cómo alrededor de La Castañeda se había llenado ya de casas. La Hacienda del Olivar del Conde se vendió en terrenos individuales y se comenzó a fraccionar a principios de 1950. Molino de Rosas era una colonia que rodeaba al Manicomio en su parte norte y Merced Gómez se poblaba cada vez más.

Fuente: MMOyB, C-GE, varilla CGDF12, núm. clasificador CGDF-V12-59-CGE-7252-D-02.

En los cuarenta la zona del Manicomio apenas estaba creciendo y no estorbaba a la urbanización, al tiempo que no existía esa visión de hacer crecer la ciudad; pero para mediados de los sesenta, como se ha mostrado, la zona donde estaba el Manicomio se había urbanizado casi por completo. En el Plano 10 podemos ver varias líneas cercanas a La Castañeda que representan calles, avenidas y fraccionamientos; mientras que en el Plano 11, que es una imagen completa del Distrito Federal hecha en 1963, observamos cómo la gran mancha urbana (en gris) ha absorbido casi por completo al Manicomio (en amarillo). Así pues, notamos que los terrenos de La Castañeda ya no están lejos de la urbe, sino que son parte de ella.

Es posible pensar que en la época de la *Operación Castañeda* el Manicomio era un obstáculo para la expansión de la mancha urbana y que además el hecho de que la institución estuviera dentro de la ciudad era anti-terapéutico en sí. La visión urbanista de Díaz Ordaz influyó de manera directa en la decisión sobre el Manicomio. Su intención de hacer crecer la ciudad pudo responder a intereses económicos que sellaron el destino de La Castañeda.

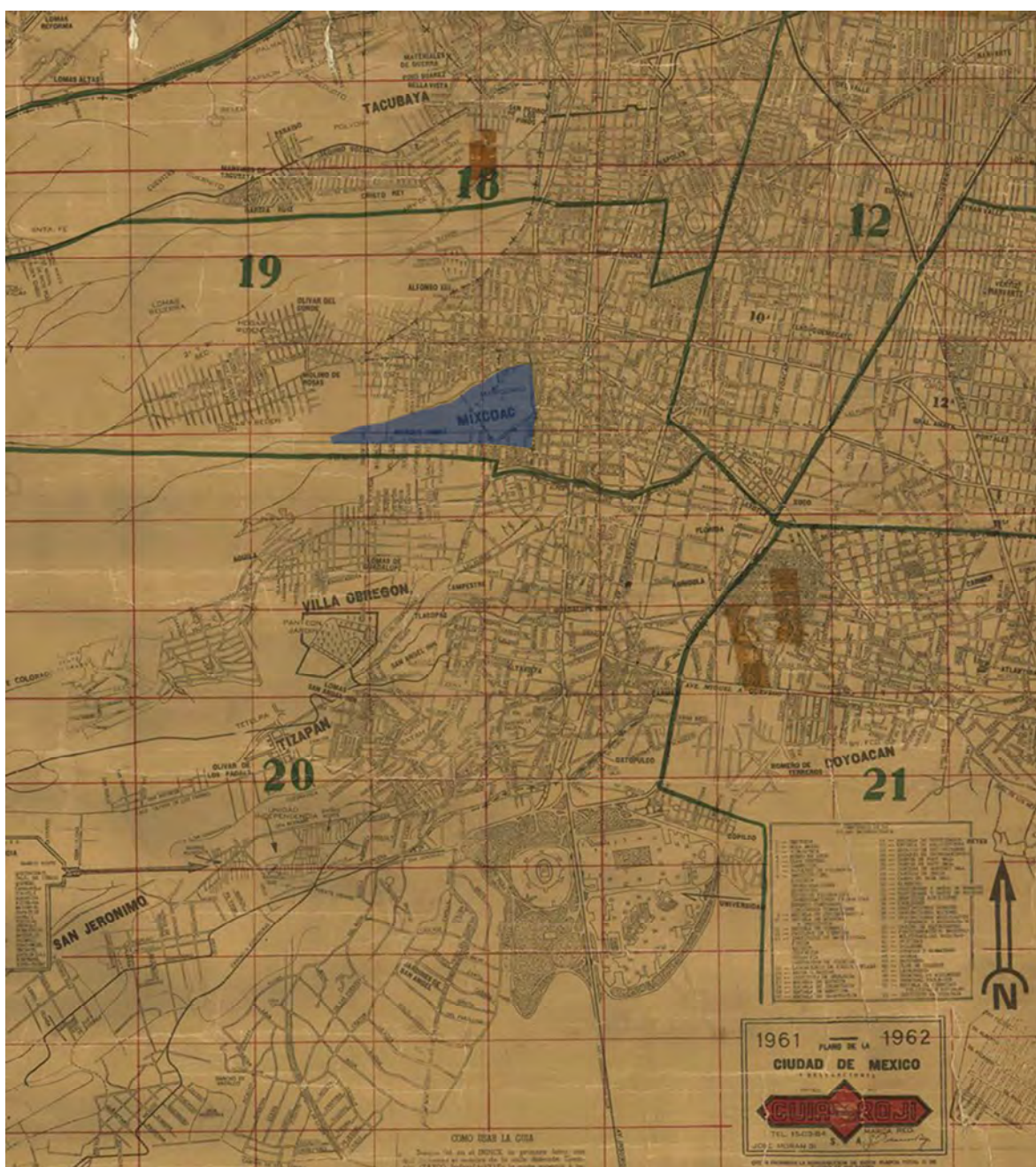
Sólo tres meses después de su toma de posesión, el 9 de marzo de 1965, Díaz Ordaz ordenó a las autoridades de la SSA que se reunieran para acordar la mejor forma de sustituir al Manicomio.<sup>265</sup> Algunos días después, el 25 de marzo, fue decretada la *Operación Castañeda*. Era bien conocido por las autoridades gubernamentales los problemas que sufría el Manicomio debido a las diversas peticiones que los psiquiatras hacían al gobierno desde varios años atrás, por lo tanto se tomaron esos discursos para argumentar la necesidad de clausurar la institución. Sin embargo, por la rapidez del acuerdo parece que la decisión de clausurar y demoler el Manicomio ya estaba tomada. El gran terreno de La Castañeda era idóneo para construir unidades habitacionales, dada la gran demanda que existía en la época, además, cosa muy importante, el predio era del mismo gobierno.

---

<sup>265</sup> AHSSA, F-MG, S-Adm, caja 98, exp. 2, f. 4, “Acta de la junta celebrada entre las autoridades de la Secretaría de Salubridad y Asistencia y del Manicomio General para construir nuevas instituciones que absorban la población de La Castañeda”, el 9 de marzo de 1965.



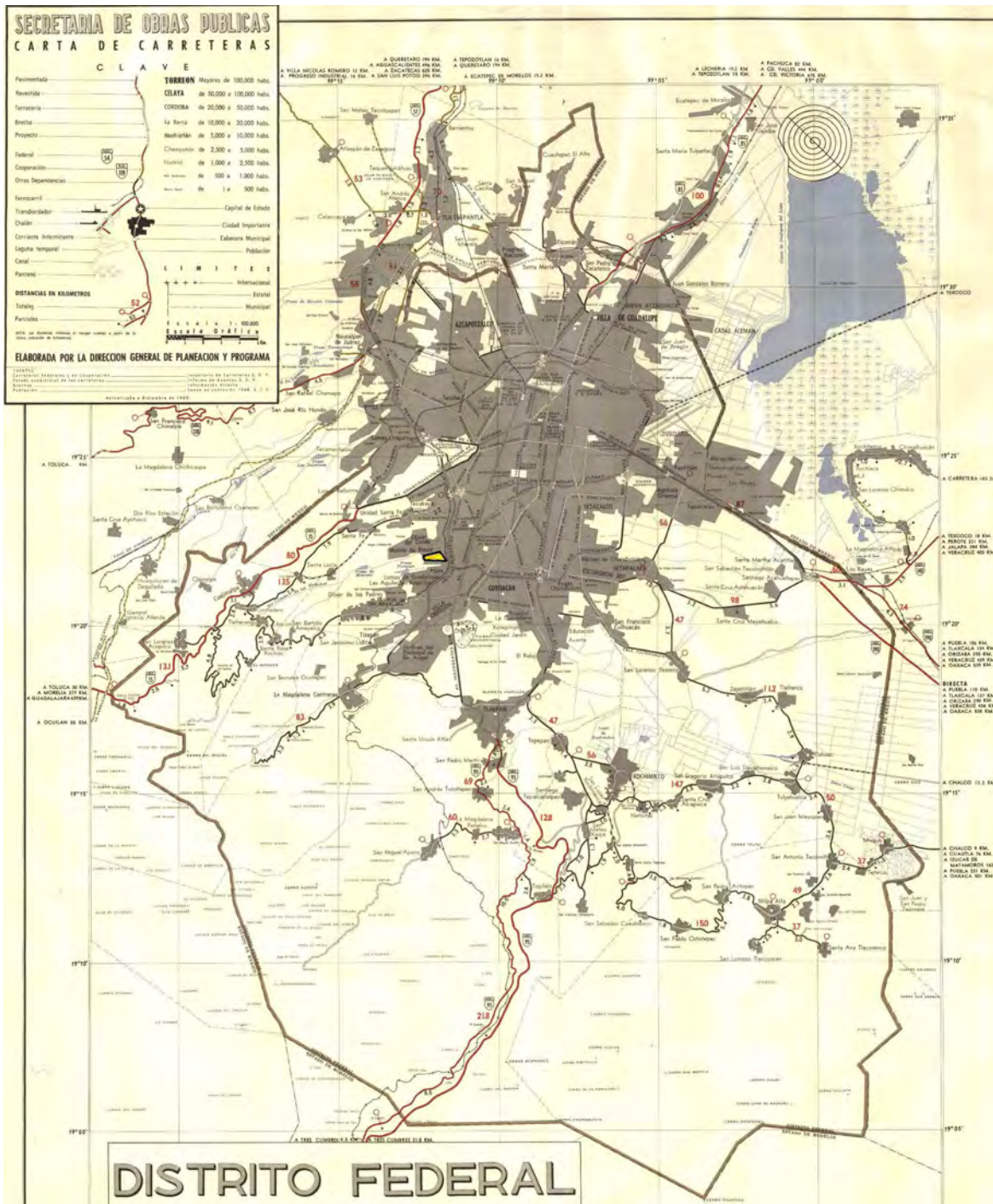
Plano 10. "Plano de la Ciudad de México, 1961-1962" [fracción].



Se puede ver la urbanización de la zona alrededor del Manicomio. La cantidad de casas y comercios es tal que los terrenos de La Castañeda se ven relativamente pequeños en comparación con la mancha urbana. El Manicomio y sus terrenos están sombreados en azul. Fuente: MMOyB, C-GE, varilla CGDF12, núm. clasificador CGDF-V12-62-CGE-725-A-2.



Plano 11. "Distrito Federal, 1963".



En este plano de la entidad podemos observar de color gris el tamaño que tenía la ciudad de México en la primera mitad de la década de los sesenta. La Castañeda (amarillo) quedó inmersa en la dinámica citadina y este fue un factor para su clausura. Fuente: MMOyB, C-GE, Varilla CGDF12, núm. clasificador CGDF-V12-58-CGE-725-A.

Algunas fuentes mencionan que con la venta del terreno se recuperaría la inversión de la construcción de las otras instituciones, a parte de que se tendría un ahorro para gastos venideros de los nuevos hospitales.<sup>266</sup> Según el arquitecto Joaquín Álvarez Ordóñez, uno de los encargados de la planeación de los nuevos hospitales, era “conveniente que los terrenos ocupados por el Manicomio General tuviesen un uso más acorde con la evolución de la zona urbana donde se localiza[ba] dicho establecimiento.”<sup>267</sup>

Para el arquitecto:

los edificios estaban deteriorados y sin mantenimiento y no eran utilizables para el tratamiento psiquiátrico [...] había un desperdicio de área y no se pensó que nada pudiera ser útil, a diferencia de la Penitenciaría que sí se utilizó [...]. Había una necesidad de vivienda popular, que no estuviera en el cerro, y tenía una ventaja porque era una zona céntrica, estaba subutilizada. Fue el mejor aprovechamiento que se le pudo dar en ese momento.<sup>268</sup>

Aparte de ser un gran terreno, tenía una infraestructura ya elaborada, es decir, tenía drenaje, alumbrado, tomas de agua, etc., era el lugar idóneo para hacer casas. Sin embargo, hay elementos que nos hacen pensar que, más que una acción social, existían detrás intereses económicos tanto públicos como privados.

Con la *Operación Castañeda* los enfermos y el personal serían trasladados a las nuevas instituciones que se crearían, como consecuencia “las instalaciones y el viejo edificio de La Castañeda quedaron a disposición del gobierno”,<sup>269</sup> y dejó de pertenecer a la SSA. El terreno sería dividido de la siguiente manera: en la mayor parte del territorio se realizarían dos unidades habitacionales, Lomas de Plateros, la más grande para un sector de la población con ingresos medios y bajos, y Torres de Mixcoac, una unidad más pequeña para población con ingresos un poco más altos; otra sección del terreno se le vendió a la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), en la cual se construiría la Preparatoria 8 (30,742 m<sup>2</sup>) y un instituto de cardiología (43,511 m<sup>2</sup>), este último nunca

---

<sup>266</sup> Entrevista al arquitecto Joaquín Álvarez Ordóñez, realizada el 14 de mayo de 2013; Guillermo Calderón Narváez, “Los nuevos hospitales psiquiátricos de México”, en *Salud Pública de México*, México, Secretaría de Salubridad y Asistencia, noviembre-diciembre de 1968, vol. X, núm. 6, p. 879.

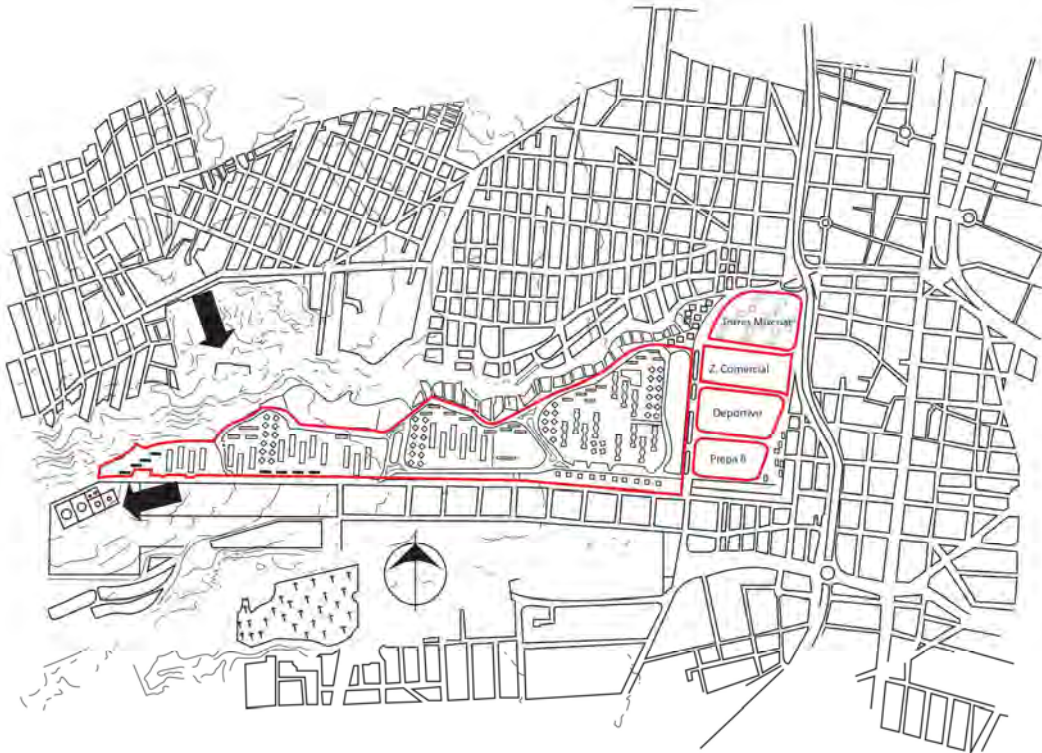
<sup>267</sup> Joaquín Álvarez Ordóñez, *op. cit.*, p. 394.

<sup>268</sup> Entrevista al arquitecto Joaquín Álvarez Ordóñez, realizada el 14 de mayo de 2013.

<sup>269</sup> Entrevista a Francisco J. Vázquez, realizada el 30 de mayo de 2013. Francisco J. Vázquez fue un empleado de la Asociación Hipotecaria Mexicana (AHM) y era el responsable de realizar las operaciones de crédito que el gobierno tenía con la AHM, una de esas operaciones fue precisamente la de la Unidad Habitacional Lomas de Plateros, que se construyó sobre los terrenos del Manicomio.

llegó a consumarse (en su lugar se construyó el Deportivo Lomas de Plateros); la última parte del terreno se le vendió a la cadena de tiendas de autoservicio “Aurrera”. En el Plano 12 podemos ver cómo fue dividido el terreno y qué se construyó en cada sección.

Plano 12. “Plano de la zona Unidad Habitacional Lomas de Plateros, 1975”.



Dentro de la sección remarcada con rojo se puede observar la forma en la que fue seccionado el terreno del antiguo Manicomio: al oeste se encuentra la gigantesca unidad Lomas de Plateros; al noreste la unidad Torres de Mixcoac; debajo de ésta, la zona comercial de la cadena “Aurrera”, hoy “Walmart”; al sureste los dos terrenos de la UNAM, de los cuales uno fue utilizado para el Deportivo Lomas de Plateros. Al mismo tiempo, se puede observar el crecimiento urbano de la zona. Fuente: María Guadalupe Lomas Maldonado, *op. cit.*, p. 105.

El gobierno encomendó la construcción de las dos unidades habitacionales a Fovi, quien a su vez nombró fiduciaria a la Asociación Hipotecaria Mexicana (AHM).<sup>270</sup> Fovi fue creada en 1963 como una institución de naturaleza bancaria que se encargaba de otorgar apoyos financieros y facilidades para la construcción de la vivienda popular; es decir, Fovi como tal no absorbía el gasto de la construcción, sino que facilitaba a las bancas y constructoras privadas la realización de las viviendas, por eso es que en los sesenta, dicha institución sólo

<sup>270</sup> María Guadalupe Lomas Maldonado, *Fallas de la construcción y vicios ocultos en viviendas de interés social. El caso de la Unidad Habitacional Lomas de Plateros, Mixcoac, 1ª etapa*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, 1985, p. 43 (Tesis de Licenciatura en Arquitectura).



aportaba el 10% del financiamiento, y de hecho entre 1960 y 1970 la promoción de muchos fraccionamientos se daba por la participación del sector privado, apoyado en alguna medida por los créditos del Fovi para viviendas de interés social.<sup>271</sup> Por lo tanto, la inversión, y por ende la mayor parte de las ganancias, se las llevaban las empresas fiduciarias.

Ahora bien, la forma en que la AHM fue elegida para construir las unidades habitacionales es muy oscura. Según Francisco J. Vázquez, quien fuera empleado de la Asociación, durante el sexenio de 1964-1970 la AHM

fue dirigida por el cuñado de Díaz Ordaz, el Lic. Antonio Esperón Unzueta [...]. Durante los años en que él estuvo a cargo de ese banco hipotecario se realizaron muchas operaciones financieras de distintos fraccionamientos en diferentes estados de la República, principalmente Puebla, Guadalajara y el DF. Fue entonces cuando Lomas de Plateros se creó, siendo tan solo uno de ellos [...]. Por el tipo de responsabilidades que yo tenía en la AHM, por mi escritorio pasaron todas y cada una de las operaciones de crédito de estos fraccionamiento y traté personalmente con los individuos que representaba a los acreditados ante el banco. Las Torres [de Mixcoac] y todo Lomas de Plateros se constituyeron como un excelente negocio familiar.<sup>272</sup>

Es interesante observar que muy poco tiempo después del decreto de la “Operación Castañeda”, todavía en 1965, ya había comenzado la venta de los departamentos que se construirían,<sup>273</sup> es decir, la promoción inmobiliaria comenzó antes de que se iniciara si quiera la construcción de las nuevas instituciones que absorberían la población del Manicomio. Esta acción hace pensar que la demolición del Manicomio y la construcción de las unidades habitacionales fue una decisión que el gobierno ya había tomado con anterioridad, sin el aval aún, de los médicos. De hecho, algunos de ellos no sabían si el terreno se había vendido o quién lo iba a fraccionar, por ejemplo, Guevara Oropeza alegó: “qué particular tan poderoso podía haber acabado con todos los pabellones de La Castañeda. Según parece fue una compañía particular o un individuo que se enriqueció o que explotó esta situación, pero quién sabe.”<sup>274</sup>

---

<sup>271</sup> Martha Scheingart, “La promoción inmobiliaria en el área metropolitana de la ciudad de México (1960-1980)”, en *Demografía y economía*, México, El Colegio de México, 1983, t. XVII, vol. 1, p. 100, 102.

<sup>272</sup> Entrevista a Francisco J. Vázquez, realizada el 30 de mayo de 2013.

<sup>273</sup> María Guadalupe Lomas Maldonado, *op. cit.*, p. 42.

<sup>274</sup> Martha Valdez, *op. cit.*, pp. 230-231.

Para poder construir Lomas de Plateros (ver plano 13), se le encomendó al Departamento del Distrito Federal que expropiara las casas de los empleados del Manicomio que habían establecido la colonia El Sol, al norte de la institución. Muchos de ellos accedieron a esta situación ya que iban a ser trasladados a los nuevos hospitales que se habían construido, no obstante, hubo quienes fueron casi obligados a abandonar sus hogares a quienes el director del Manicomio advirtió: “haciendo referencia al compromiso que firmaron con las autoridades de este Hospital, de desocupar el lugar que ocupan como habitación, se comunica a usted que a partir de esta fecha, se le concede un plazo improrrogable de quince días para desocupar dicho lugar”,<sup>275</sup> o de lo contrario serían desalojados. También se le delegó al gobierno de Uruchurtu expropiar otros lotes que estuvieran a las orillas del Manicomio, so título de construir “casas para trabajadores.”<sup>276</sup>

Plano 13. “Unidad Habitacional Lomas de Plateros, 1975”.



Puede verse el gran espacio que se dispuso para su construcción, cuenta con 32 edificios para aproximadamente 2000 viviendas; se planeó como una unidad con todos los servicios como parques, áreas verdes, escuelas, etc. Fuente: María Guadalupe Lomas Maldonado, *op. cit.*, p. 112.

María Guadalupe Lomas Maldonado escribe en su tesis de licenciatura en arquitectura que uno de los principales problemas de la Unidad Lomas de Plateros fue que, según diversas entrevistas que realizó a los vecinos, no estaba legalizada la tenencia de la tierra a nombre del gobierno federal, es decir, “la Unidad Plateros ni siquiera existía como tal en el Registro

<sup>275</sup> AHSA, F-MG, S-Adm, caja 61, exp. 9, f. 1. “Memorándum del director del Manicomio, Agustín Caso, a diversos ex-empleados del Manicomio que tenían sus habitaciones dentro de la institución”, el 8 de julio de 1968.

<sup>276</sup> AHDF, F-DDF, S-OP, caja 295, leg. 2, s/e, s/f, “Memorándum sobre la compra de un terreno en la antigua Hacienda La Castañeda”, el 18 de abril de 1966.

Público de la Propiedad [para 1973], sino que los terrenos se encontraban todavía a nombre de diversos propietarios que no cedían las escrituras para tratar de negociar una mayor plusvalía en la venta de éstas.”<sup>277</sup> Si bien es cierto que había partes del terreno que pertenecían a particulares, la mayoría de ellos empleados del Manicomio, se supone que les fueron expropiados y que la mayor parte del territorio pertenecía al gobierno, entonces ¿por qué no estaba legalizada la tenencia de la tierra?

Según Francisco J. Vázquez, en los créditos hipotecarios que pasaban por su escritorio, ni el gobierno federal, ni alguna instancia oficial, ni siquiera la AHM, aparecían como legítimos dueños de los lotes, sino que los traslados eran hechos de individuos particulares a los compradores.<sup>278</sup> Esta situación se presta a diversas interpretaciones que no podemos aseverar debido a la falta de fuentes, sin embargo, hay que notar que existieron factores muy oscuros en la creación de esta unidad.

Además del problema de la tenencia de la tierra, surgieron otros elementos que provocaron muy pronto conflicto con los vecinos: vicios ocultos y fallas en la construcción (los edificios comenzaron a mostrar hundimientos, grietas, etc.), adeudos crediticios, falta de mantenimiento y conservación, falta de suministro de agua, drenaje y alumbrado, etc.<sup>279</sup> Parece ser el presupuesto para la construcción de la unidad fue ínfimo y eso se reflejó muy poco tiempo después del poblamiento de la unidad, ya que desde julio de 1968, días después de la clausura del Manicomio, el periódico El Universal anunciaba:

Muchos departamentos construidos por Fovi en la Unidad Habitacional “Lomas de Plateros” están a punto de ser desocupados en virtud de que los servicios de mantenimiento son nulos, no obstante que son pagados por los inquilinos. La situación se deriva por los daños que en su mobiliario han venido sufriendo desde más de 8 días.<sup>280</sup>

En palabras de Francisco J. Vázquez, todo este proceso de clausura y desmantelamiento de La Castañeda fue “uno de los más grandes robos a plena luz del día y en el corazón mismo de la ciudad de México.”<sup>281</sup>

---

<sup>277</sup> María Guadalupe Lomas Maldonado, *op. cit.*, p. 47.

<sup>278</sup> Entrevista a Francisco J. Vázquez, realizada el 30 de mayo de 2013.

<sup>279</sup> Para conocer todas las fallas en la construcción y los problemas de abastecimiento de servicios en la Unidad Lomas de Plateros, ver María Guadalupe Lomas Maldonado, *op. cit.*

<sup>280</sup> El Universal, 2 de julio de 1968.

<sup>281</sup> Entrevista a Francisco J. Vázquez, realizada el 30 de mayo de 2013.

### 3.5.1 EL EXILIO DE LA CASTAÑEDA

La clausura oficial del Manicomio General de La Castañeda fue el día 27 de junio de 1968. Aunque fue una ceremonia con pocas personas presentes y sin mucha promoción, al evento acudieron diversas autoridades médicas, entre ellas Guillermo Calderón Narváez, Agustín Caso, Rafael Moreno Valle y Manuel Guevara Oropesa, a quien le pidieron que diera un discurso por haber sido uno de los médicos más emblemáticos de la institución; al terminar la ceremonia “la emoción se hizo presente en todos los que en esa vieja escuela [fueron] formados profesionalmente. [Pero] los tiempos cambian y exigen instituciones nuevas”,<sup>282</sup> son las palabras de Calderón Narváez recordando el cierre de la institución.

La clausura del Manicomio fue tres años después que se decretara la *Operación Castañeda*, y también tres años después que se iniciaran las obras de las nuevas unidades habitacionales. Cuando ocurrió este evento, prácticamente lo que quedaba del Manicomio era el edificio principal de Servicios Generales; los enfermos habían sido trasladados a las nuevas instituciones conforme éstas se inauguraban y para principios de 1968 sólo quedaban algunos pacientes y personal médico y de guardia.

Los pabellones, huertas, campos, talleres, etc., fueron destruidos y lo único que se salvó fue la fachada del edificio principal. El rescate de este edificio también guarda una historia oscura. Como se ha mencionado antes, en 1961 iniciaron las obras de construcción del Anillo Periférico en su zona poniente. La empresa que ganó la licitación para la construcción de este tramo fue ICA, que realizó el paso a desnivel desde Barranca del Muerto (que en ese entonces ya era una avenida) hacia el norte, cruzando por Mixcoac, Tacubaya, Paseo de la Reforma, hasta la calzada Legaria.<sup>283</sup>

Desde su creación en 1947 por iniciativa del ingeniero Bernardo Quintana Arrijoja,<sup>284</sup> ICA ganó muchos concursos para la construcción de edificios, puentes, vialidades, etc., a lo largo de toda la República. En el DF esta empresa realizó diversas obras como el Multifamiliar Miguel Alemán, la Unidad Tlatelolco, parte de la Ciudad Universitaria de la UNAM, el edificio de la Tesorería, varias construcciones de la Ciudad

---

<sup>282</sup> Guillermo Calderón Narváez, *Las enfermedades mentales en México*, op. cit., p. 118.

<sup>283</sup> Ingenieros Civiles Asociados, *ICA. Hacemos realidad grandes ideas*, México, Grupo ICA, Espejo de Obsidiana, 1997, p. 161.

<sup>284</sup> *Testimonios sobre Bernardo Quintana Arrijoja*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, Fundación ICA, 1996, p. 33.

Deportiva de la Magdalena Mixhuca, la Villa Olímpica, el Metro, el drenaje profundo, diversos tramos del Periférico, entre otras; entre 1950 y 1980 ICA funcionó “casi como una empresa paraestatal.”<sup>285</sup> En la década de los sesenta ICA ya era una empresa fuerte y contaba con una gran cantidad de filiales;<sup>286</sup> durante el gobierno de Díaz Ordaz, debido a su apoyo al proyecto del Metro (que fue propuesta de ICA), se intensificó la relación entre la empresa y el ejecutivo, aunado al hecho de que la esposa de Díaz Ordaz, Guadalupe Borja, estaba emparentada con dos de los principales fundadores de la empresa, Ángel Borja Navarrete y Gilberto Borja Navarrete.<sup>287</sup>

Imagen 1. Fachada principal del antiguo Manicomio de La Castañeda



La fachada principal del antiguo Manicomio de La Castañeda fue trasladada piedra por piedra a una hacienda, antes propiedad de Arturo Quintana, en Amecameca, Estado de México, en el año de 1968. Fuente: [www.istmo.mx](http://www.istmo.mx), revisada el día 3 de junio de 2013.

<sup>285</sup> Entrevista al arquitecto Joaquín Álvarez Ordóñez, realizada el 14 de mayo de 2013.

<sup>286</sup> Entre ellas Hornos Unidos S.A., Concretos de Alta Resistencia S.A. (CARSA), Madera S.A., Prefábrica S.A., Servicio a la Construcción S.A., Administración de Inmuebles S.A. (ADISA), Equipos Nacionales S.A. (ENSA), entre otras, Ingenieros Civiles Asociados, *op. cit.*, pp. 72-87.

<sup>287</sup> Diane Davis, *op. cit.*, p. 242.

Al ganar la licitación para la construcción del Periférico en la zona donde estaba La Castañeda, ICA fue la responsable del derrumbe de casas y terrenos que estorbaban la construcción de dicha vialidad. Eso explicaría que fuera el hermano de Bernardo Quintana, Arturo Quintana Arrijoa (dueño de AQ Industrial, dedicada a la rama de la carpintería), quien "había adquirido, ¿quién sabe cómo?"<sup>288</sup> el edificio principal de La Castañeda. Puede que, a razón de las diversas relaciones que existían entre Díaz Ordaz y la empresa ICA, se le facilitó la compra del edificio a Arturo Quintana, pero eso es algo que probablemente nunca se sabrá a ciencia cierta. Los empleados de Quintana dismantelaron piedra por piedra el inmueble que servía de atención a Servicios Generales en el Manicomio y lo trasladaron a su hacienda en Amecameca, Estado de México, en el año de 1968. Años después, tras la muerte de Arturo Quintana, el grupo religioso de los Legionarios de Cristo del sacerdote Marcial Maciel, se hizo del inmueble, el cual permanece en dicho lugar hasta nuestros días (ver imagen 1).

## **Conclusiones**

Diversos factores influyeron en la clausura de La Castañeda. Si bien es cierto que los psiquiatras hacían propuestas para mejorar la asistencia y conseguir la cura de los pacientes, no fueron tanto éstos los principales responsables del cierre del Manicomio. Se ha hablado de terapia ocupacional, granjas psiquiátricas, hospitales campestres, psicofármacos, etc., sin embargo la conjunción todos esos elementos no fueron el detonador primordial del cierre del Manicomio.

La clausura de La Castañeda y su demolición fueron una decisión gubernamental, tomada desde el presidente quien, como hemos visto, tenía la firme intención de hacer crecer la ciudad y además existían intereses económicos en los terrenos del Manicomio. Por supuesto que las constantes quejas de los médicos en torno a la asistencia brindada en La Castañeda favorecieron la toma de la decisión; no obstante, hubo un doble discurso donde por un lado se buscaba la mejoría de los enfermos y por otro con el fraccionamiento del Manicomio se obtendrían grandes ganancias. Así pues, parece ser que con la llegada de Díaz Ordaz al poder el destino de La Castañeda había quedado sellado, y eso pudo comprobarse al notar que la decisión se tomó a escasos meses de la llegada del presidente al

---

<sup>288</sup> Entrevista a Francisco J. Vázquez, realizada el 30 de mayo de 2013.

poder. Al ser allegado a las políticas sociales de López Mateos, Díaz Ordaz conocía las problemáticas que sufría el Manicomio y se basó en éstas para promover un cambio mostrado como filantrópico.

El crecimiento poblacional del DF fue un factor fundamental para este proceso. Cuando Mixcoac pasó a formar parte de la ciudad de México, el Manicomio se convirtió en colindancia de la zona urbana más importante del país. Sin este crecimiento de la urbe no hubiera sido necesaria la demolición del Manicomio; es decir, si no existiera una necesidad real de construir casas para la gran ola de migrantes que llegaban a la ciudad, el fraccionamiento de los terrenos del Manicomio no hubiera sido necesario, y es que La Castañeda quedó inmersa en una zona preferentemente habitacional, y es posible que si el gobierno hubiera decidido hacer ahí una zona de hospitales, tal vez no se habría demolido dicha institución, pero no fue así.

Aunque Uruchurtu detuvo mucho la expansión urbana en otras zonas, Mixcoac fue blanco de dotación de servicios y vialidades debido la clase social de la gente que llegó a poblar la región. Por otro lado, el regente no pudo detener a la ola de migrantes que llegaban a establecerse ahí, y es que la zona es un lomerío, básicamente apto para la construcción de casas. La consecuencia directa fue la colonización de la ahora cercana periferia de la ciudad de México, fenómeno que evidencian los planos que proporcionamos.

Si bien los discursos médicos en torno a la asistencia psiquiátrica y las nuevas instituciones son elementos fundamentales que debemos analizar para describir un proceso como la *Operación Castañeda*, los fenómenos expuestos en este capítulo pueden ser catalogados como las causas más directas de este proceso. Por lo tanto, no fueron las necesidades que tanto expresaron los médicos psiquiatras durante casi treinta años lo que provocó directamente el cierre de la institución, sino que fueron otras condicionantes externas al ámbito médico las que nosotros planteamos como causantes de este proceso tan complejo de historizar. Así pues, el crecimiento poblacional, la migración y los intereses económicos y políticos se convierten en la base rectora de un proceso que fue maquillado como política de bienestar, y aunque los médicos dieron un gran apoyo para la clausura de la institución, no fueron ellos directamente quienes promocionaron su cierre.

No podemos dar entonces una sola respuesta al problema planteado en esta investigación, es decir, la *Operación Castañeda* incluyó diversos elementos que

conjugados todos en un contexto particular, concluyeron en la clausura y demolición de un manicomio que a lo largo de su vida fue criticado y temido. Aunque todo fue demolido, una pequeña parte de aquella majestuosa institución pudo salvarse, a pesar que exista una historia oscura detrás de ese acontecimiento. Lo que quedó de La Castañeda, su edificio principal, fue exiliado de la ciudad, enviado a un rincón alejado del bullicio y la contaminación. La Castañeda fue olvidada y sólo quedan recuerdos de su existencia.



## Conclusiones generales

En el año de 1971, tres años después de la clausura de La Castañeda, el médico Rafael Velasco Fernández redactó un escrito para la Subsecretaría de Asistencia de la SSA que decía: “la reciente multiplicación de hospitales y granjas ha permitido que la atención psiquiátrica alcance a un número mucho mayor de enfermos mentales, sin embargo [...] el hecho es que [de los enfermos que son dados de alta] la mayor parte de ellos tienen que ser readmitidos en los hospitales psiquiátricos, por que se carece de la organización necesaria para el control efectivo de los pacientes”<sup>289</sup> La cuestión es que los psiquiatras y el Estado mostraron la construcción de hospitales campestres y psiquiátricos como la opción más viable y única para conseguir la reforma de la asistencia psiquiátrica; por su parte, la clausura del Manicomio era la consecuencia más necesaria debido a lo “anacrónico” e ineficiente de éste. Sin embargo, al leer las palabras de Velasco Fernández se puede notar cierta insatisfacción y, hasta cierto punto, desconcierto debido a que las nuevas instituciones “modernas” y funcionales no estaban consiguiendo el objetivo que los médicos establecieron: curar a los pacientes.

Como hemos mencionado, La Castañeda fue planeada desde un principio como una institución terapéutica siguiendo un modelo extranjero adaptado a la realidad nacional, no obstante, este lugar se concibió con un optimismo extremo, esperando los mejores esfuerzos médicos, cuando ni siquiera existía una ciencia psiquiátrica bien desarrollada. A lo largo de los años las personas encargadas de la asistencia psiquiátrica fueron observando el fracaso de una institución que, dicho sea de paso, nació siendo anacrónica; pero la ciencia psiquiátrica no lo era, ésta era vista como una disciplina moderna, eficaz y eficiente, lo que concluyó en un constante desprestigio de la institución que, debido a su naturaleza, fue el centro del olvido estatal por varios años.

La sobrepoblación, el hacinamiento, la gran cantidad de ingresos y las pocas altas daban la impresión de que la psiquiatría no podría desarrollarse plenamente en un lugar viejo, descuidado y olvidado; ahí iniciaron las críticas. Las nuevas propuestas de instituciones psiquiátricas iban dirigidas a buscar esa esperanza de curación que en La

---

<sup>289</sup> AHSSA, F-SSA, S-SubA, caja 88, F. 261, “Problemas de salud mental en México”, en enero de 1971.

Castañeda no se conseguía y los esfuerzos proponer nuevos modelos fue una constante por varios lustros.

Las granjas psiquiátricas, los hospitales campestres y los hospitales psiquiátricos fueron modelos que funcionaron, en nuestra opinión, como paliativos de un problema que difícilmente tenía una solución. El constante reciclaje de teorías, como la terapia ocupacional, y la inevitable reproducción problemas de antaño no lograron advertir, a ojos de los psiquiatras de la época, que los diversos modelos planteados eran una re-legitimación de un mismo fenómeno que se repetía en el transcurso de las generaciones: instituciones abiertas, lejos de la ciudad, con paisajes naturales, con campos para el trabajo agrícola, con talleres para el oficio artesanal, con grandes patios para evitar la sensación de encierro, etc.

La pregunta fundamental, que creemos haber ilustrado en esta investigación, fue ¿por qué una *Operación Castañeda*? Es decir, si durante la mayor parte de su existencia La Castañeda fue criticada, olvidada y sentenciada, porqué en ese momento, en ese contexto, bajo esas condicionantes se le clausuró. No es por nada sencillo interpretar un proceso que, hay que decirlo, es largo y se encuentra delimitado por una gran cantidad de condiciones. Encontrar ese punto coyuntural en el que se decidió cerrar y derrumbar el Manicomio fue complicado, más por el hecho de que la “leyenda negra” de La Castañeda ensombreció su existir durante la mayor parte de las décadas de su existencia. Los médicos proponían modelos alternos, nuevas instituciones, terapias diferentes y aún así el Manicomio fue olvidado por el Estado, pero casi de repente se decide cerrarlo y es demolido y borrado de la memoria de las generaciones posteriores.

La conclusión tuvo que ser indagada y la respuesta fue buscar los motivos de la clausura del Manicomio en fenómenos que, irónicamente, no tienen que ver tanto con lo médico o con las políticas de salud, sino con lo urbano y lo económico. El crecimiento de la ciudad de México tomó el papel del paradigma central de un proceso que fue justificado como un devenir filantrópico de un gobierno que a lo largo de la historia ha sido tachado de dictatorial y represor. La *Operación Castañeda*, que a ojos de los médicos y de los políticos fue consecuencia del deseo de brindar bienestar social por parte del presidente Díaz Ordaz, toma un vuelco drástico cuando al observar los elementos aquí planteados, los cuales proponen que la dinámica urbana y los intereses económicos son el punto nodal de todo este proceso tan complejo.

No cabe en este apartado resumir los elementos demostrados a lo largo de toda la investigación. Pero si de corroborar hipótesis se trata, hay que decir que una sarta de elementos variopintos jugaron diversos papeles, todos ellos fundamentales, en el cierre del Manicomio de La Castañeda. Queda entonces resolver una pregunta que si bien no es exactamente fundamental, es necesaria: ¿la *Operación Castañeda* implicó una reforma en los métodos de asistencia psiquiátrica? Si hablamos estrictamente, en realidad la respuesta sería que sí. Sin entrar en conceptos duros y discutibles, hay que aceptar que sacar a los pacientes de un Manicomio viejo y descuidado para llevarlos a instituciones nuevas, recién construidas, sí modificó la forma de asistir a los enfermos. Pero esta modificación fue básicamente a corto plazo, es decir, mientras las instituciones seguían siendo “nuevas”. No obstante, estos hospitales no tardaron en ser objeto de críticas, de sobrepoblación y de hacinamiento, a parte que, como lo indica el doctor Velasco Ramírez, los pacientes que salían de ahí terminaban regresando. Entonces, respondiendo la última pregunta, hablando en un sentido más flexible, y teniendo que dar un juicio de valor obligado, podríamos decir que no implicó una reforma asistencial como los médicos esperaban.

Hemos demostrado a lo largo de esta investigación, con elementos históricos, que hubo algunas políticas sociales (básicamente de salud) que más que brindar una respuesta a las problemáticas eternas como es la asistencia psiquiátrica, fueron resultado de condicionantes externas y subjetivas. Si debemos develar un aporte, no sólo historiográfico, sino que tenga una repercusión en el contexto contemporáneo es que en diversas ocasiones las políticas estatales, que son “disfrazadas” de bienestar social, responden a intereses muy particulares y a elementos que son externos al mismo problema. En este caso podemos observar cómo las reformas a la asistencia psiquiátrica en México en la década de los sesenta tienen que ver mucho con factores externos al ámbito médico y por lo tanto muchas veces estas políticas están sentenciadas a reproducir las viejas problemáticas que se supondría que debían resolver.

Para poder corroborar la tesis anterior esta investigación se centró en abarcar el problema de la asistencia psiquiátrica pública desde diversos ángulos. Primero analizamos los discursos médicos, las propuestas que los psiquiatras hicieron para resolver el paradigma psiquiátrico y la trascendencia de éstos en todo el proceso. Encontramos que las propuestas eran interesantes, pero reiterativas y eso en cierta medida, sentenció a estas

propuestas a la reproducción de viejos problemas. Luego entonces, analizamos detenidamente el proceso conocido como *Operación Castañeda*, desenmarañando las bases de las políticas, las instituciones y las justificaciones, lo que nos llevó a observar no sólo la aplicación de propuestas que volvían a reciclarse, sino también las limitantes de un modelo que se buscó implementar por varios años y que cuando se llevó a cabo, demostró ser ciertamente ineficiente.

Por último decidimos abrir la mirada histórica a fenómenos que salían del ámbito médico. Realmente la investigación no terminaba por amarrar debido a que no habíamos podido dar una respuesta concreta al problema planteado, que era ¿por qué fue clausurada La Castañeda? Si bien el análisis de los discursos médicos (primer capítulo) y de la misma *Operación Castañeda* (segundo capítulo) mostraban elementos interesantes, aún no lograban dar puntual cuenta de la problemática que nos aquejaba. Claro que La Castañeda cerró debido a una orden presidencial, pero detrás de toda política hay causales que no habían sido advertidas en esta investigación. Y si las fuentes médicas y políticas no habían podido vislumbrar una solución, era necesario salir de esa dialéctica y refrescar el discurso, es decir, buscar por otro lado.

Llegamos a una conclusión: si las variables ya revisadas no daban una respuesta, entonces había que buscar otras y después de indagar, investigar e interpretar, concluimos que si en los terrenos del extinto Manicomio de La Castañeda se construyeron unidades habitacionales fue porque la necesidad de casas en esa zona era grande; entonces pues, había que prestar atención a los elementos ambientales, geográficos y urbanos. Pensamos que esta última cuestión es un verdadero aporte historiográfico en los temas concernientes a la historia de la psiquiatría en México, ya que observamos el cierre del Manicomio en función de elementos que eran inmediatamente externos a él, a la psiquiatría y a la medicina en general. Plantear una explicación que sale, digamos, de lo tradicional fue lo que dio al trabajo ese “click” que hacía falta para amarrar las hipótesis, exponenciado por la presentación de mapas y planos que daban más veracidad a los argumentos. Así pues, esta búsqueda nos llevó a encontrar que en toda la *Operación Castañeda* no sólo influyeron factores urbanos y geográficos, sino también intereses personales de un grupo político que, sobra decirlo, también se caracterizó por acudir constantemente a la corrupción.

Si bien no pensamos exponer la “verdad” sobre el proceso de la *Operación* y del cierre del Manicomio General, sí creemos que hemos planteado diversos aspectos del fenómeno que a la larga pueden ser discutibles, pero no negables. La multiplicidad de condicionantes aportan a la tesis diversos ángulos para observar el mismo proceso y esto es, a nuestro parecer, una de las labores de la historia. Sin tener la intención de dar una sola respuesta a las causas de la *Operación Castañeda*, hemos abierto un tema que, a nuestro parecer, ha sido abordado escuetamente por la historiografía contemporánea. Como mencionamos al principio de esta investigación, la historicidad del nacimiento de instituciones ha sido constante en la historiografía, pero las clausuras son básicamente olvidadas y pensamos que así como las condiciones de apertura son interesantísimas, los contextos de cierre son de igual manera necesarios.

El día 27 de junio de 1968 al Manicomio General de La Castañeda fue clausurado oficialmente. Diversos factores, fenómenos y procesos influyeron en el cierre y por lo tanto las interpretaciones pueden ser varias; no obstante, algo es cierto: tras 58 años de vida La Castañeda fue la representación de la medicina psiquiátrica nacional y su clausura y demolición cerraron una página más, no sólo de la historia de la psiquiatría, sino de la historia nacional, aunque dicha página ha sido olvidada ya por la mayor parte de la memoria colectiva.

## Fuentes y bibliografía

- FUENTES PRIMARIAS

Archivo Histórico de la Secretaría de Salud

- Fondo Beneficencia Pública, Sección Establecimientos Hospitalarios, Serie Manicomio General.
- Fondo Manicomio General, Sección Administrativa.
- Fondo Secretaría de Salubridad y Asistencia, Sección Subsecretaría de Asistencia.

Archivo Histórico del Distrito Federal

- Fondo Departamento del Distrito Federal, Sección Obras Públicas.
- Fondo Planoteca.

Mapoteca “Manuel Orozco y Berra”

- Colección General
- Colección Orozco y Berra

- FUENTES SECUNDARIAS

**Agostoni, Claudia y Andrés Ríos Molina**, Las estadísticas de salud en México. Ideas, actores e instituciones, 1810-2010, México, Instituto de Investigaciones Históricas, Universidad Nacional Autónoma de México, Secretaría de Salud, 2010.

**Álamo, Cecilio, Eduardo Cuenca y Francisco López-Muñoz**, “Aspectos históricos del descubrimiento y de la introducción clínica de la clorpromazina: medio siglo de psicofarmacología”, en Frenia. Revista de Historia de la Psiquiatría, Madrid, España, Instituto de Historia del Consejo Superior de Investigaciones Científicas, enero-junio de 2002, vol. II, t. 1.

**Alfaro Guerra, Patricia Guadalupe y José Luis Nájera Juárez**, “Terapias ocupacionales a los alienados internos en el Manicomio General de México, 1910-1940”, en Cuadernos para la historia de la salud, México, Secretaría de Salud, 2003.

**Álvarez Ordóñez, Joaquín**, “Programas arquitectónicos y médicosociales de la salud mental en el Distrito Federal”, en Salud Pública de México, México, Secretaría de Salubridad y Asistencia, mayo-junio de 1966, vol. VIII, núm. 3.

Atlas de la Ciudad de México, México, Departamento del Distrito Federal, 1987.

**Béjar Algazi, Luisa y Paulina Fernández Christlieb**, “La década de los sesenta”, en Evolución del Estado mexicano, México, El Caballito, 1991, t. III.

**Bizberg, Ilán**, “El régimen de bienestar mexicano. Del corporativismo al asistencialismo”, en Ilán Bizberg y Scott B. Martin, El Estado de bienestar ante la globalización. El caso de Norteamérica, México, El Colegio de México, 2012.

**Bizberg, Ilán y Scott B. Martin**, El Estado de bienestar ante la globalización. El caso de Norteamérica, México, El Colegio de México, 2012.

**Bizberg, Ilán y Lorenzo Meyer** (coords.), Una historia contemporánea de México, México, Océano, 2005, vol. 3.

**Brachet-Márquez, Viviane y Margaret Sherraden**, “Austeridad fiscal, el Estado de bienestar y el cambio político: los casos de la salud y la alimentación en México (1970-1990)”, en Estudios Sociológicos de El Colegio de México, México, El Colegio de México, mayo-agosto de 1993, vol. XI, núm. 32.

**Buentello, Edmundo y Matilde Rodríguez Cabo**, “Bases generales para un estatuto de asistencia psiquiátrica”, en Archivos de Neurología y Psiquiatría de México, México, Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría, noviembre-diciembre de 1944, vol. VII, núm. 6.

**Bustamante, Muguel E., Carlos Viesca, et al.**, La Salud Pública en México, 1959-1982, México, Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1982.

**Cabildo, Héctor M.**, “Consideraciones sobre el problema de la salud mental en México”, en Salud Pública de México, México, Secretaría de Salubridad y Asistencia, julio-agosto de 1967, vol. IX, núm. 4.

----- “El Médico en el campo de la salud mental”, en Salud Pública de México, México, Secretaría de Salubridad y Asistencia, mayo-junio de 1962, vol. IV, núm. 3.

----- “Programa para el Dispensario Central de Higiene Mental”, en Salud Pública de México, México, Secretaría de Salubridad y Asistencia, noviembre-diciembre de 1961, vol. III, núm. 6.

----- “Organización de la Salud Mental Pública en México”, en Salud Pública de México, México, Secretaría de Salubridad y Asistencia, mayo-junio de 1963, vol. V, núm. 3.

**Calderón Narváez, Guillermo**, “Actividades desarrolladas en México en relación con la salud mental”, en Salud Pública de México, México, Secretaría de Salubridad y Asistencia, mayo-junio de 1967, vol. IX, núm. 3.

----- “Hospitales psiquiátricos de México. Desde la Colonia hasta la actualidad”, en Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría, México, Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría, julio-septiembre de 1966, vol. 7, núm. 3.

----- “La evolución de los conceptos de la terapéutica psiquiátrica y sus consecuencias en los programas de salud mental”, en Salud Pública de México, México, Secretaría de Salubridad y Asistencia, julio-agosto de 1967, vol. IX, núm. 4.

----- “La salud mental y los hospitales psiquiátricos de México”, en Salud Pública de México, México, Secretaría de Salubridad y Asistencia, julio-agosto de 1967, vol. IX, núm. 4.

----- Las enfermedades mentales en México. Desde los mexicas hasta el final del milenio, México, Trillas, 2002.

----- “Los nuevos hospitales psiquiátricos de México”, en Salud Pública de México, México, Secretaría de Salubridad y Asistencia, noviembre-diciembre de 1968, vol. X, núm. 6.

----- “Tratamiento ambulatorio del enfermo esquizofrénico”, en Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría, México, Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría, julio-septiembre de 1969, vol. 10, núm. 2.

**Calderón Narváez, Guillermo y Héctor M. Cabildo**, “La Dirección de Salud Mental de la Secretaría de Salubridad y Asistencia”, en Salud Pública de México, México, Secretaría de Salubridad y Asistencia, mayo-junio de 1967, vol. IX, núm. 3.

**Campos Marín, Ricardo**, “De la higiene del aislamiento a la higiene de la libertad. La reforma de la institución manicomial en Francia (1860-1940)”, en Frenia. Revista de Historia de la Psiquiatría, Madrid, España, Instituto de Historia del Consejo Superior de Investigaciones Científicas, enero-junio de 2001 vol. I, t. 1.

**Campos Marín, Ricardo y Rafael Huertas**, “Los lugares de la locura: reflexiones historiográficas en torno a los manicomios y su papel en la génesis y el desarrollo de la psiquiatría”, en Arbor. Ciencia, Pensamiento y Cultura, España, Consejo Superior de Investigaciones Científicas, mayo-junio de 2008, vol. 184.

**Caravedo, Baltazar**, “Tratamiento social de los enfermos de la mente”, en Revista Mexicana de Neurología, Psiquiatría y Medicina Legal, México, noviembre de 1942, vol. IX, núm. 66.

**Carrillo, Ana María, Guillermo Fajardo Ortiz y Rolando Neri Vela**, Perspectiva histórica de atención a la salud en México, 1902-2001, México, Organización Panamericana de la Salud, Universidad Nacional Autónoma de México, Sociedad Mexicana de Historia y Filosofía de la Medicina, 2002.

**Castellanos, Gastón**, “Rehabilitación de los enfermos mentales crónicos en el Hospital Granja ‘Bernardino Álvarez’”, en Salud Pública de México, México, Secretaría de Salubridad y Asistencia, noviembre-diciembre de 1961, vol. III, núm. 6.

**Chomstein, Julio**, “Planeación arquitectónica de hospitales mentales”, en Salud Pública de México, México, Secretaría de Salubridad y Asistencia, noviembre-diciembre de 1961, vol. III, núm. 6.



**Cisneros Sosa, Armando**, La ciudad que construimos. Registro de la expansión de la ciudad de México (1920-1976), México, Universidad Autónoma Metropolitana-Iztapalapa, 1993.

**Davis, Diane**, El leviatán urbano. La ciudad de México en el siglo XX, México, Fondo de Cultura Económica, 1999.

**Delgado de Cantú, Gloria**, Historia de México. Estado moderno y crisis en el México del siglo XX, México, Addison Wesley Longman, 1998.

**Dowbiggin, Ian R.**, Inheriting mandates. Professionalization and psychiatric knowledge in nineteenth century France, Estados Unidos, University of California Press, 1991.

**El Reporter de turno**, “Charlando con... El Director del Manicomio de la Castañeda, Dr. Guevara Oropeza”, en Revista Mexicana de Higiene Mental, México, Liga Mexicana de Higiene Mental, diciembre de 1940.

Evolución del Estado mexicano, México, El Caballito, 1991, t. III.

**Fernández Cerdeño, Arturo, María del Socorro Quiroga y Manuel Velasco Suárez**, “El Instituto Nacional de Neurología. Su estructura, funcionamiento, doctrina y finalidades”, en Salud Pública de México, México, Secretaría de Salubridad y Asistencia, julio-agosto de 1967, vol. IX, núm. 4.

**Fuente, Ramón de la, et al.**, Salud Mental en México, México, Fondo de Cultura Económica, Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1997.

**Gamwell, Lynn y Nancy Tomes**, Madness in America. Cultural and medical perceptions of mental illness before 1914, Estados Unidos, Cornell University Press, 1995.

**García Aguilar, María del Carmen**, Manuel Velasco Suárez: del gabinete científico al despacho político, México, Consejo Estatal para la Cultura y las Artes de Chiapas, 2000.

**Garciadiego Madrid, Javier**, “Estructura y funcionamiento del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”, en Salud Pública de México, México, Secretaría de Salubridad y Asistencia, julio-agosto de 1967, vol. IX, núm. 4.

**Garza García, Francisco**, “La terapia ocupacional para enfermos mentales en México”, en Revista Mexicana de Psiquiatría, Neurología y Medicina Legal, México, julio-agosto de 1946, vol. XIII, núm. 74.

**Graizbord, Boris y Héctor Salazar**, “Expansión física de la ciudad de México”, en Atlas de la Ciudad de México, México, Departamento del Distrito Federal, 1987.

**Grob Gerald N.**, The mad among us. A history of the care of America’s mentally ill, Estados Unidos, Harvard University Press, 1994.

**Guadarrama, Rocío**, “Los inicios de la estabilización”, en Evolución del Estado mexicano, México, El Caballito, 1991, vol. 3.

**Hansen, Roger**, La política del desarrollo mexicano, México, Siglo XXI, 1971.

**Hernández Franyuti, Regina**, El Distrito Federal: historia y vicisitudes de una invención, 1824-1994, México, Instituto de Investigaciones Dr. José María Luis Mora, 2008.

**Hernández Peniche, J. y J. Vázquez del Mercado**, “El electroencefalograma en los tumores intracraneales supratentoriales”, en Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría, México, Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría, enero-marzo de 1959, vol. 1, núm. 1.

**Hewitt de Alcántara, Cynthia**, “Ensayo sobre la satisfacción de necesidades básicas del pueblo mexicano entre 1940 y 1970”, en Cuadernos del Centro de Estudios Sociales, México, El Colegio de México, 1977, no. 21.

**Huertas, Rafael**, El siglo de la clínica, Madrid, España, Frenia, 2004.

----- “Historia de la psiquiatría, ¿por qué?, ¿para qué? Tradiciones historiográficas y nuevas tendencias”, en Frenia. Revista de Historia de la Psiquiatría, Madrid, España, Instituto de Historia del Consejo Superior de Investigaciones Científicas, enero-junio de 2001, vol. I, t. 1.

**Ingenieros Civiles Asociados, ICA**. Hacemos realidad grandes ideas, México, Grupo ICA, Espejo de Obsidiana, 1997.

**José Valenzuela, Georgette**, “Historia de México. Síntesis 1946-1982”, en Antologías para la actualización de los profesores de la enseñanza media superior, México, Universidad Nacional Autónoma de México, Porrúa, 1988.

**Krauze, Enrique**, La Presidencia Imperial. Ascenso y caída del sistema político mexicano (1940-1996), México, Tusquets, 1997.

**Lenz, Alberto**, “Delegación Álvaro Obregón”, en Atlas de la Ciudad de México, México, Departamento del Distrito Federal, 1987.

**Lira Vázquez, Carlos y Ariel Rodríguez Kuri (coords.)**, Ciudades mexicanas del siglo XX. Siete estudios históricos, México, Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, El Colegio de México, Universidad Autónoma Metropolitana – Azcapotzalco, 2009.

**Loeza, Soledad**, “Gustavo Díaz Ordaz: el colapso del ‘milagro mexicano’”, en Ilán Bizberg y Lorenzo Meyer (coords.), Una historia contemporánea de México, México, Océano, 2005, vol. 3.

----- “Modernización autoritaria a la sombra de la superpotencia, 1944-1968”, en Nueva Historia General de México, México, El Colegio de México, 2010.

**Lombardo de Ruiz, Sonia**, Atlas histórico de la Ciudad de México, México, Consejo Nacional para la Cultura y las Artes, Instituto Nacional de Antropología e Historia, 1996.

**López-Albo, W.**, “Profilaxis e higiene mental”, en Psiquis. Revista Mexicana de Higiene Mental, México, Liga Mexicana de Higiene Mental, abril de 1948.

México setenta y cinco años de Revolución. Desarrollo Político 2, México, Fondo de Cultura Económica, Instituto Nacional de Estudios Históricos de la Revolución Mexicana, 1988.

**Millán, Alfonso**, “La lucha contra las enfermedades mentales y neuróticas”, en Psiquis. Revista Mexicana de Higiene Mental, México, Liga Mexicana de Higiene Mental, enero de 1949.

**Murillo, Luis G.**, “La creación de la Dirección de Asistencia Neuropsiquiátrica”, en Revista Mexicana de Psiquiatría, Neurología y Medicina Legal, México, marzo-junio de 1947, vol. XII, núms. 78-79.

**Negrete, María Eugenia y Héctor Salazar**, “Dinámica de crecimiento de la población de la Ciudad de México (1900-1980)”, en Atlas de la Ciudad de México, México, Departamento del Distrito Federal, 1987.

**Neri Vela, Rolando**, “La salud en México durante los años 1941 a 1981”, en Ana María Carrillo, Guillermo Fajardo Ortiz y Rolando Neri Vela, Perspectiva histórica de atención a la salud en México, 1902-2001, México, Organización Panamericana de la Salud, Universidad Nacional Autónoma de México, Sociedad Mexicana de Historia y Filosofía de la Medicina, 2002.

**Nieto, Dionisio**, “Bioquímica de la esquizofrenia”, en Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría, México, Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría, abril-junio de 1959, vol. 1, núm. 2.

----- “Experiencias clínicas sobre el poder atarácico de un derivado de la benzoquinolizina”, en Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría, México, Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría, enero-marzo de 1959, vol. 1, núm. 1.

Nueva Enciclopedia Temática, México, Grollier, 1990, t. 4.

Nueva Historia General de México, México, El Colegio de México, 2010.

**Palacios, Agustín**, “Visión histórica de la psiquiatría en México”, en Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría, México, Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría, marzo de 1967, vol. 8, núm. 1.

**Palavicini, Fedro**, “Nota sobre algunos errores diagnósticos en la barbituromanía y la benzedrinomanía”, en Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría, México, Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría, julio-septiembre de 1959, vol. 1, núm. 3.

**Partida Bush, Virgilio**, “El proceso de migración a la Ciudad de México”, en Atlas de la Ciudad de México, México, Departamento del Distrito Federal, 1987.

**Patiño Rojas, José Luis e Ignacio Sierra Macedo**, Cincuenta años de psiquiatría en el Manicomio General, México, Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1960.

**Pensado, Patricia**, Mixcoac, un barrio en la memoria, México, Instituto de Investigaciones Dr. José María Luis Mora, 1996.

**Pérez Fernández del Castillo, Germán y Samuel León González**, “75 años de política mexicana”, en México setenta y cinco años de Revolución. Desarrollo Político 2, México, Instituto Nacional de Estudios Históricos de la Revolución Mexicana, Fondo de Cultura Económica, 1988.

**Pozas Horcasitas, Ricardo**, La democracia en blanco. El movimiento médico en México, 1964-1965, México, Siglo XXI, 1993.

**Ramírez Moreno, Samuel**, “Anexos psiquiátricos en los hospitales generales”, en Revista Mexicana de Psiquiatría, Neurología y Medicina Legal, México, diciembre de 1946, vol. XIII, núms. 75-76.

----- La asistencia psiquiátrica en México. Trabajo presentado en el Congreso Internacional de Psiquiatría de París, Francia, México, Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1950.

----- “La penicilina en neuropsiquiatría”, en Revista Mexicana de Neurología, Psiquiatría y Medicina Legal, México, marzo-junio de 1947, vol. 13, núms. 78-79.

----- “Planes para la salud mental. Organización, preparación, propaganda, con referencia a lo que se hace en México”, en Psiquis. Revista Mexicana de Higiene Mental, México, Liga Mexicana de Higiene Mental, julio de 1948.

**Ramos de Viesca, Blanca y Othón Tirado**, “El Manicomio General de México. La anécdota de un terreno”, en Psiquiatría, México, Asociación Psiquiátrica Mexicana AC., septiembre-diciembre de 1993, vol. 9, núm. 3.

**Ríos Molina, Andrés**, “El Manicomio La Castañeda. Sitio de paso para una multitud errante”, en Nostromo. Revista Crítica Latinoamericana, México, Nostromo Ediciones, 2010.

----- La locura durante la Revolución mexicana. Los primeros años del Manicomio General La Castañeda, México, El Colegio de México, 2009.

----- “La psicosis del repatriado. De los campos agrícolas de Estados Unidos al Manicomio La Castañeda en la ciudad de México, 1920-1944”, en Mexican Studies/Estudios Mexicanos, Estados Unidos, University of California Institute for Mexico and United States, verano de 2011, vol. 27, núm. 2.

**Rivera Garza, Cristina.** La Castañeda. Narrativas dolientes desde el Manicomio General. México 1910-1930, México, Tusquets, 2010.

----- “Por la salud mental de la nación: vida cotidiana y Estado en el Manicomio General de La Castañeda, México 1910-1930”, en Secuencia. Revista de Historia y Ciencias Sociales, México, Instituto de Investigaciones Doctor José María Luis Mora, septiembre-diciembre 2001, núm. 51.

**Rodríguez Kuri, Ariel,** “Secretos de la idiosincrasia. Urbanización y cambio cultural en México, 1950-1970”, en Carlos Lira Vázquez y Ariel Rodríguez Kuri (coords.), Ciudades mexicanas del siglo XX. Siete estudios históricos, México, Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, El Colegio de México, Universidad Autónoma Metropolitana – Azcapotzalco, 2009.

**Sacristán, Cristina,** “Historiografía de la locura y de la psiquiatría en México”, en Frenia. Revista de Historia de la Psiquiatría, Madrid, España, Instituto de Historia del Consejo Superior de Investigaciones Científicas, enero-junio de 2005, vol. V, t. 1.

----- “La contribución de La Castañeda a la profesionalización de la psiquiatría mexicana, 1910-1968”, en Salud Mental, México, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, noviembre-diciembre de 2010, vol. 33, núm. 6.

----- “Para integrar a la nación. Terapéutica deportiva y artística en el Manicomio de La Castañeda en un momento de reconstrucción nacional”, en Claudia Agostoni (coord.), Curar, sanar y educar. Enfermedad y sociedad en México, siglos XIX-XX, México, Instituto de Investigaciones Históricas, Universidad Nacional Autónoma de México, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, 2008.

----- “Reformando la asistencia psiquiátrica en México. La Granja de San Pedro del Monte: los primeros años de una institución modelo, 1945-1948”, en Salud Mental, México, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, junio de 2003, vol. 26, núm. 3.

----- “Ser o no ser modernos. La salud mental en manos del estado mexicano, 1861-1968”, en Espaço Plural, Paraná, Educação e Letras. Universidade Estadual do Oeste do Paraná, enero-junio de 2010, vol. 11, núm. XXII.

----- “Un Estado sin memoria. La abolición ideológica de la institución manicomial en México (1945-1968)”, en Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría, Argentina, Polemos, 2011, vol. XXII.

----- “Una valoración sobre el fracaso del Manicomio de La Castañeda como institución terapéutica”, en Secuencia. Revista de Historia y Ciencias Sociales, México, Instituto de Investigaciones Doctor José María Luis Mora, septiembre-diciembre de 2001, núm. 51.

**Schteingart, Martha**, “La promoción inmobiliaria en el área metropolitana de la ciudad de México (1960-1980)”, en Demografía y economía, México, El Colegio de México, 1983, t. XVII, vol. 1.

**Secretaría de la Presidencia**, México a través de sus informes presidenciales, México, Secretaría de la Presidencia, 1970, vol. 5, 9.

**Secretaría de Salubridad y Asistencia**, “Dirección General de Neurología, Salud Mental y Rehabilitación”, en Salud Pública de México, México, Secretaría de Salubridad y Asistencia, septiembre-octubre de 1961, vol. III, núm. 5.

----- “Dirección General de Neurología, Salud Mental y Rehabilitación”, en Salud Pública de México, México, Secretaría de Salubridad y Asistencia, enero-febrero de 1963, vol. V, núm. 1.

----- “Dirección General de Neurología, Salud Mental y Rehabilitación”, en Salud Pública de México, México, Secretaría de Salubridad y Asistencia, enero-febrero de 1964, vol. VI, núm. 1.

----- “Inauguración del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”, en Salud Pública de México, México, Secretaría de Salubridad y Asistencia, julio-agosto de 1967, vol. IX, núm. 4.

**Scull, Adrew**, The most solitary of afflictions. Madness and society in Britain 1700-1900, Estados Unidos, Yale University Press, 1993.

**Semo, Enrique** (coord.), México, un pueblo en la historia, México, Alianza Editorial Mexicana, 1989.

**Semo, Ilán**, “El ocaso de los mitos (1958-1968)”, en Enrique Semo (coord.), México, un pueblo en la historia, México, Alianza Editorial Mexicana, 1989.

**Sierra Campuzano, Claudia**, Historia de México. A la luz de los especialistas, México, Esfinge, 2001.

**Tejeda Ruiz, Carlos**, “Los hospitales granjas”, en Salud Pública de México, México, Secretaría de Salubridad y Asistencia, julio-agosto de 1967, vol. IX, núm. 4.

Testimonios sobre Bernardo Quintana Arrijoa, México, Universidad Nacional Autónoma de México, Fundación ICA, 1996.

**Valdez, Martha**, Entrevista al doctor Manuel Guevara Oropesa, México, Instituto de Investigaciones Dr. José María Luis Mora, 1977.

**Van Young, Eric**. “Estudio introductorio. Ascenso y caída de una loca utopía”, en Secuencia. Revista de Historia y Ciencias Sociales, México, Instituto de investigaciones Dr. José María Luis Mora, septiembre-diciembre 2001, Vol. 51.

**Velasco Alzaga, Jorge M.**, “Hospital Psiquiátrico Infantil ‘Juan N. Navarro’”, en Salud Pública de México, México, Secretaría de Salubridad y Asistencia, julio-agosto de 1967, vol. IX, núm. 4.

**Velasco Suárez, Manuel**, “Asistencia adecuada y rehabilitación para enfermos nerviosos (neurológicos y mentales)”, en Salud Pública de México, México, Secretaría de Salubridad y Asistencia, mayo-junio de 1962, vol. IV, núm. 3.

----- “Dirección General de Neurología, Psiquiatría y Salud Mental. Prevención, asistencia, rehabilitación, investigación”, en Salud Pública de México, México, Secretaría de Salubridad y Asistencia, julio-septiembre de 1959, vol. I, núm. 1.

----- “Dirección General de Neurología, Salud Mental y Rehabilitación”, en Salud Pública de México, México, Secretaría de Salubridad y Asistencia, noviembre-diciembre de 1964, vol. VI, núm. 6.

----- “Nuevos servicios de asistencia neurológica y psiquiátrica de la Secretaría de salubridad y Asistencia”, en Salud Pública de México, México, Secretaría de Salubridad Pública, mayo-junio de 1961, vol. III, núm. 3.

**Unikel, Luis**, El desarrollo urbano en México, México, El Colegio de México, 1978.

**Uruchurtu Suárez, Alfredo**, Del único mexicano en el Titanic, del Regente de Hierro y otros Uruchurtu, México, Libros Para Todos, 2004.

- FUENTES INÉDITAS

**Bernal Chávez, Julieta**, La institución psiquiátrica en el México de los sesentas: crisis y cierre del Manicomio de La Castañeda y nuevas aproximaciones a la salud mental, México, Universidad Nacional Autónoma de México. 2006 (Tesis de Licenciatura en Psicología).

**Hernández Lara, Oliver Gabriel**, La metamorfosis de la política de salud mental en México, México, Instituto de Investigaciones Dr. José María Luis Mora, 2008 (Tesis de Maestría en Sociología Política).

**Gallegos Gaitán. Tania**, Club Deportivo en Lomas de Plateros, Distrito Federal, México, Universidad Nacional Autónoma de México, 1994 (Tesis de Licenciatura en Arquitectura).

**Lomas Maldonado, María Guadalupe**, Fallas de la construcción y vicios ocultos en viviendas de interés social. El caso de la Unidad Habitacional Lomas de Plateros, Mixcoac, 1ª etapa, México, Universidad Nacional Autónoma de México, 1985, (Tesis de Licenciatura en Arquitectura).

**Morales Ramírez, Francisco**, La apoteosis de la medicina del alma, México, Universidad Nacional Autónoma de México, 2008 (Tesis de Licenciatura en Historia).

**Pulido Esteva, Diego**. Imágenes de la locura en el discurso de la modernidad. México, Universidad Nacional Autónoma de México, 2004 (Tesis de Licenciatura en Historia).

**Vicencio Muñoz, Daniel**, Diez historias de locura y masculinidad en el Porfiriato tardío. Locura, encierro y cotidianidad, Ciudad de México, 1900-1910, México, Escuela Nacional de Antropología e Historia, 2010 (Tesis de Licenciatura en Historia).

- FUENTES PERIODÍSTICAS

La Crítica.

Impacto.

Mañana.

El Universal.

- FUENTES ORALES

Entrevista al Arquitecto Joaquín Álvarez Ordóñez, realizada el 14 de mayo de 2013.

Entrevista a Francisco J. Vázquez, realizada el 30 de mayo de 2013.

Entrevista a Jesús Cruz, realizada el 20 de junio de 2013.

- FUENTES ELECTRÓNICAS

[www.istmo.mx](http://www.istmo.mx), revisada el día 3 de junio de 2013.