



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA**

---

---

**UNIDAD XOCHIMILCO**

**DIVISIÓN DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES**

**REPENSANDO LA MIRADA CLÍNICA Y EL TRATO HACIA  
USUARIOS DE LARGA ESTANCIA DENTRO DEL HOSPITAL  
PSIQUIÁTRICO DR. SAMUEL RAMIREZ MORENO:  
DE PACIENTE A USUARIO.**

**TRABAJO TERMINAL**

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:**

**LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTA:**

**HELENA ARACELI HERNÁNDEZ AGUILAR**

**ASESORES:**

**CABRERA AMADOR RAÚL EDUARDO**

**LECTORES:**

**GORBACH RUDOY FRIDA**

CIUDAD DE MÉXICO

04 NOVIEMBRE 2022

## ÍNDICE

Planteamiento.....	2
Objetivo.....	4
Preguntas de investigación.....	4
Justificación.....	5
Contexto Histórico.....	6
Marco Teórico.....	18
Metodología.....	27
Entrevista a Profundidad.....	27
Entrevista Semiestructurada.....	28
Observación Participante.....	30
Ser Afectado en el campo.....	32
Diario de Campo.....	32
Contenido.....	33
Hospital Psiquiátrico Dr. Samuel Ramírez Moreno.....	33
Pabellón 1.....	34
Psicogeriatría.....	34
Usuarios:	
Martín.....	35
Jacinto.....	37
Benjamín.....	37
Víctor.....	38
Tolentino.....	38
Adán y Napoleón.....	39
Análisis.....	40
Institución.....	40
Locura y estigma.....	42
El lenguaje y las palabras.....	45
De paciente a Usuario.....	50
Quehaceres de los usuarios.....	54
Nuevos Entendimientos.....	56
Reflexiones Finales.....	58
Bibliografía.....	61
Anexos.....	65

## PLANTEAMIENTO

Palabras Clave: Historia, Institución, Locura, Estigma, Trato, Paciente/Usuario.

A lo largo del tiempo y la historia, en la Ciudad de México han existido diversas instituciones, instrumentos del Estado, que se han encargado con diversos fines, de albergar y aislar del resto de la sociedad a poblaciones señaladas y, en muchos casos, estigmatizadas como -los enfermos mentales- o gente trastornada por su locura, -los locos-. Las razones de ser etiquetados de esa manera han sido diversas, pero una constante es que han sido reclusos debido a su comportamiento, manera de pensar, sentir, o por su forma de percibir al mundo, que pudiera ser totalmente distinta a lo que entiende y capta el resto o la mayoría de personas, que a través de su validación social se entiende como normalidad. Y ante estas personas, los médicos de estas instituciones han tenido la tarea de diagnosticar en nombre de la verdad, y dar un tratamiento que responda a esa demanda, apoyados en la ciencia y la medicina. Lo que los respalda es, justamente, ese discurso cientificista apoyado en teoría y literatura de orden médico, mismo que ha perdurado desde los manicomios hasta los actuales hospitales psiquiátricos.

Indistintamente de cada Institución, cada una ha tenido que nombrar de alguna manera a quien o a quienes tiene internados dentro de ella, tener un criterio y una mirada específica respecto a esos cuerpos, teniendo en cuenta que no siempre se ha nombrado de la misma manera. A recientes tiempos, un término en común entre ellas ha sido la palabra paciente, que tomada de la mano con la palabra, implica un trato específico, una serie de acciones pensadas y cuidadosamente contempladas para aplicarse en ellos, propiciando interacciones específicas entre la autoridad / el personal de salud y las personas internadas. Dentro de estas interacciones se encuentra la forma en que se le habla a los internos, la forma de tocarlos, la forma de mirarlos, la forma de pensarlos respecto a sus capacidades físicas y psicomotoras, la forma de ocuparlos en alguna tarea, entre otras formas de interacción de parte de los cuidadores hacia los internos; y por el lado de ellos, de los internos o usuarios hacia el personal de la institución está la forma en que responden, la forma en que platican, la forma en que se dirigen a

ellos, la forma en que comparten el espacio físico y la forma en que colaboran con ellos, por mencionar algunas.

Dentro de las características más perocederas del trato que se les dio a los internos en los primeros manicomios fue el aislamiento total ya sea por medio de jaulas, como lo fue en el Hospital de San Hipólito -el primer manicomio de la Ciudad de México aperturado en 1556-, en cuartos y hasta bunkers como el que se encontraba en el sexto pabellón del Hospital Psiquiátrico Dr. Samuel Ramírez Moreno; además de un trato de indiferencia ante las deplorables condiciones respecto al ambiente y la salubridad dentro de los espacios, haciendo de la suciedad un agente cotidiano conjunto al total descuido de la higiene personal de los internos; y finalmente, el uso de la fuerza y la medicación como método de contención y control hacia los cuerpos, por mencionar solo algunas.

Por lo que, todos los tratos hacia los internos de estas instituciones psiquiátricas están estrechamente ligados a cómo son y han sido nombrados; es decir, que el trato y las acciones son realizadas en torno a quienes “son” justificándose por ser, ya sea, -el loco, el nervioso, el psicótico, el paranoico, el esquizofrénico, el discapacitado psicosocial, etcétera-. Para el caso específico del Hospital Psiquiátrico Dr. Samuel Ramírez Moreno, hoy día ha dejado la palabra -paciente- para cambiarla por la palabra -usuario-, siendo así como actualmente les nombran a sus internos, dejando a la vista un claro y reciente cambio que es detonador para reflexionar en conjunto al trato que han recibido sus internos a lo largo del tiempo, y qué implicaciones lleva consigo el hecho de nombrarlos de una nueva manera, si es que ese cambio va de la mano y se logra reflejar en el trato que se les da a sus internos o no es así.

Por ello, es importante recordar y tener en cuenta que las acciones de nombrar y tratar, y la forma en que se hace, no han sido de una sola manera en toda la historia, sino que a través del tiempo, y la influencia de ideas de otros países, se han ido modificando estas acciones. El claro y vivo ejemplo de esto, son los actuales internos del Hospital Psiquiátrico Dr. Samuel Ramírez Moreno, quienes en algunos casos vienen de otros lugares como lo fue el Manicomio General La Castañeda, el centro psiquiátrico más grande de México hasta la segunda mitad del siglo XX, y que es a través de sus memorias y sus pieles que la historia se hace presente,

se tangibiliza y se cuenta a pesar de que en algunos de ellos, sus voces ya están silenciadas y su vista pareciera ya estar perdida; porque su cuerpo no deja de hablar, las marcas y cicatrices son recordatorios de todos esos eventos que les han atravesado y sucedido a lo largo de su vida dentro de estas instituciones.

Exponer y cuestionar estas acciones de nombrar y tratar a los ahora llamados usuarios, es vital para pensar en cómo y de qué manera éstas han cambiado, qué tanto se han modificado, según sea el caso y la mirada, en pro de lograr alcanzar un trato cada vez más humanizado y digno como los seres humanos que son, contemplando el tiempo y las modificaciones implementadas en las dinámicas entre autoridad-interno/usuario desde que se abrió el primer hospital o sanatorio mental.

\*\*\*

## OBJETIVO

El objetivo de este trabajo es, entonces, hacer una revisión histórica sobre las formas de nombrar y el trato que se le ha dado a los internos de Sanatorios, Manicomios e Instituciones psiquiátricas en México y Europa (debido a su influencia en América), tomando como última referencia al Manicomio General La Castañeda, y aterrizando en el Hospital Psiquiátrico Dr. Samuel Ramírez Moreno; exponiendo el actual trato que se les da a sus usuarios de larga estancia, ubicados en el pabellón 1 y el pabellón de Psicogeriatría dentro este hospital, a propósito del interés en la salud mental, para ver de dónde partimos históricamente y dónde estamos colocados actualmente en términos de trato hacia el usuario.

Además de reflexionar en torno a las formas de nombrar y tratar a quienes se encuentran internados actualmente en el Hospital Psiquiátrico Dr. Samuel Ramirez Moreno y si es que con el cambio de nombramiento (de paciente a usuario), hay nuevas implicaciones en el trato hacia ellos.

\*\*\*

## PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

¿Qué implicaciones lleva consigo nombrarlos como usuarios y no como pacientes?

¿Qué modificaciones ha ido sufriendo el trato que se les da a los usuarios de larga estancia que actualmente residen en el Hospital Psiquiátrico Dr. Samuel Ramirez Moreno, Unidad de Psicogeriatría y pabellón 1, desde su paso por el manicomio la castañeda, en algunos casos, hasta su actual estancia en el Hospital Psiquiátrico Dr. Samuel Ramirez Moreno?

\*\*\*

## JUSTIFICACIÓN

Lo que me ha motivado a realizar esta investigación es porque la salud mental comunitaria me parece que debería hablarse, repensarse y priorizarse cada vez más. Teniendo como eje central el constante cuestionamiento hacia el trato que se le brinda a las personas que están dentro de las instituciones psiquiátricas pertenecientes al Estado, ello para comenzar.

Para mí, es muy importante reflexionar en torno a las prácticas que se han sostenido a lo largo de la historia, y para ello, es necesario tomar en cuenta los procesos histórico-sociales que han rodeado a lo que hemos llamado locura. También es importante hacer la revisión histórica de lo sucedido en Europa, ya que México tuvo influencia de estos países desde la época de la colonia, tanto en la concepción de la locura, como en la construcción y diseño de los espacios destinados a “contenerla” (instituciones); tal es así, que se vio reflejado desde el primer manicomio construido en la Ciudad de México -Hospital de San Hipólito-, luego los manicomios desarrollados en la primera mitad del siglo XX, hasta los recientes hospitales psiquiátricos del Estado; porque, cabe aclarar que también están activos y funcionando algunos sanatorios mentales privados donde las dinámicas y condiciones no son iguales a las de uno público y de gobierno. Toda esa revisión histórica para entender de dónde venimos y dónde estamos colocados, para luego poner especial énfasis en el trato que han recibido los pacientes de larga estancia a lo largo de su vida dentro de los Hospitales psiquiátricos, pacientes que actualmente se encuentran residiendo en el Hospital Psiquiátrico -Dr. Samuel Ramirez Mo-

reno-.

Por ello tomo como última referencia al Manicomio General -La Castañeda-, porque algunos usuarios vienen de allá: cuando se cerró la Castañeda, muchos de ellos tuvieron que ser trasladados al Hospital Psiquiátrico Dr. Samuel Ramirez Moreno, el cual se convertiría en su nuevo lugar para habitar. La atención y el trato que recibieron en ese nuevo lugar, ya no fue lo mismo porque no se trataba de mudar la Castañeda a una nueva sede, sino que con el cierre de este sitio, se cerraron también las dinámicas que involucraban directamente a quienes vivían ahí.

Además de tomar en cuenta las reformas anti-psiquiátricas surgidas en Trieste, Italia, para entender cómo surgieron las nuevas formas de resignificar las concepciones de locura y los espacios psiquiátricos, desvaneciendo poco a poco la mirada de la locura desde las etiquetas y el estigma, para enriquecerla ahora con la crítica de otros saberes como la psicología social, la sociología, la antropología, etc. Y dar cuenta que el trato hacia los usuarios, deriva de un montón de elementos como lo son: las normativas y políticas propias de la institución, el presupuesto de la institución, los significantes e imaginarios sociales que la sociedad construye a partir de la noción locura, el propio bagaje cultural de los servidores públicos y sus motivaciones de estar sirviendo en la institución, por mencionar solo algunos.

Por lo que la intención de este trabajo no es señalar -un trato- o -forma de nombrar- como correcto o incorrecto, bueno o malo, blanco o negro, sino invitar a la reflexión para que nada se de por sentado o normalizado, y pensar en la posibilidad de intercambiar acciones por otras que sean más beneficiosas para todas las partes involucradas y fomenten tratos más dignos, respetuosos y humanizados con respecto a los cuerpos que se encuentran habitando las instituciones psiquiátricas, aquellos “usuarios de larga estancia” que ya no volverán a casa.

\*\*\*

## CONTEXTO HISTÓRICO

El autor Calderón, G. (2002) describe que predominantemente en Europa, se encadenaba a los enfermos mentales, mismos que eran exhibidos en jaulas o incluso eran incinerados por-

que se les consideraba embrujados. Idea que posteriormente, se siguió reproduciendo en territorio Americano.

*Un examen, aun somero, de la historia de la psiquiatría en nuestro país, pone de relieve varios hechos: uno, que hasta tiempos recientes todo se limitaba a proveer custodia tras los muros de un asilo a personas severamente perturbadas; otro, que nuestras carencias y omisiones se han explicado, por una parte, por el rezago de la psiquiatría como ciencia, y por otra, [por] la necesidad de emplear los recursos de la salud pública en problemas más urgentes. Sin embargo, es necesario reconocer que el descuido de los enfermos mentales en nuestro medio ha reflejado ignorancia, temores y prejuicios de nuestra sociedad. (De la Fuente, 1989: 441).*

Además, explica el autor Calderón, G. (2002) que al iniciar la época colonial, el Fray Bernardino Álvarez, fundó el Hospital San Hipólito, donde se atendió a enfermos mentales varones; el primero en su tipo en territorio Americano. Y años después, José Sáyago, gestionó y logró que se construyera otro hospital, con la diferencia que sería dedicado a las mujeres en la misma situación, y fue así como nació el Hospital del Divino Salvador en 1687.

Ello refleja lo que fue el primer antecedente de las instituciones destinadas a la contención de la “locura” en México, a mediados del siglo XVI. El Hospital San Hipólito se creó bajo la época del virreinato e influencias de la medicina renacentista surgida en Europa y trasladada a América Latina.

*El lugar fungía como “hospital para convalecientes y enfermos mentales”.*  
(Quijano:351).

Entonces, este hospital era conocido por poner atención exclusiva en enfermos mentales, los cuales recibían “*terapia ocupacional*” (ibid.) Sin embargo, en el año de 1821, el hospital quedó a cargo del control gubernamental y a partir de ese momento se fue en picada.

*En los días de la Colonia y después, algunos hospitales aceptaban enfermos mentales, pero en la mayor parte de los lugares los enfermos estaban confinados a celdas, desnudos o abandonados. (De la Fuente, 1976: 423).*



Es importante aclarar que a lo largo de la historia se construyeron y administraron nuevos espacios, sin embargo, no duraban mucho; ya sea por falta de financiamiento, alta demanda o condiciones inhumanas en las que se mantenía a las personas.

Y aunque este primer sanatorio mental tuvo su declive, la historia de la psiquiatría en México continuó. Se comenzó a concientizar sobre la necesidad de abrir nuevos espacios que se dedicaran al 100% a la contención de personas con locura, y en 1910, en la época del régimen autoritario del porfiriato, fue que se inauguró uno de los más grandes hospitales de la época: El Manicomio General en la Antigua Hacienda de la Castañeda<sup>1</sup>.

*Denominado por el pueblo como “Hospital de La Castañeda”, por estar ubicado en los terrenos de una hacienda que tenía ese nombre. (Calderón, 2002).*

De acuerdo a Ríos (2008) Este recinto tuvo influencias de Francia, y especialmente del médico psiquiatra Jean Étienne Esquirol, quien pensaba que una buena parte de la eficacia terapéutica se encontraba en las condiciones óptimas de los edificios. Él hizo una crítica a las antiguas estructuras medievales, que se caracterizaban por ser oscuras, postulando que aumentaban la sensación de encierro e impedían el proceso de recuperación debido a la falta de luz y ventilación. Así que para evitar el ambiente tan nocivo, los espacios de encierro que pretendían la curación de los enfermos mentales, debían reunir tres características:

*La clasificación de los internos debía hacerse según los síntomas similares y, a su vez, se separaba cada grupo en pabellones autónomos; la funcionalidad estaría dada por la construcción de tres hileras de edificios, a la izquierda y a la derecha de los pabellones centrales, que albergarían los hospitalizados, la administración y los servicios generales; la eficiencia de un manicomio implicaba que debía ser construido a las afueras de la ciudad, preferiblemente en la ladera de una montaña para que los in-*

---

<sup>1</sup> Arrancaría en 1910 con la fundación del Manicomio General de la ciudad de México que representaría la «cuna de la psiquiatría pública», hasta el momento de su clausura en 1968 para dar paso a la psiquiatría de hospital (Sacristán, 2005:17). El proyecto porfiriano buscaba convertir la capital en el reflejo fehaciente del ingreso de México en la modernidad. (Ríos, 2008: 76)

*ternos tuvieran una agradable vista y así evitar la sensación de encierro*<sup>2</sup>. (Ríos, 2008: 76).

Por lo que en el Manicomio La Castañeda sería un espacio donde cambiarían algunos aspectos tanto de la Estructura como de la Ubicación. Además, sería un lugar mixto, donde ya no sería exclusivo de un género, siendo en ese sentido un lugar moderno, a pesar de que posteriormente se hiciera de una mala reputación a causa de la insalubridad que imperaron en sus instalaciones. El Manicomio General de La Castañeda fue instaurado con una doble función, que en primera instancia fuera sede del hospital y asilo para la atención psiquiátrica de enfermos mentales de ambos sexos, de cualquier edad, nacionalidad y religión; y en segunda instancia, fuera un lugar que proporcionara enseñanza médica mediante la participación de las clínicas de psiquiatría en sus pabellones.

*No es sorprendente que el Manicomio General fuese construido*<sup>3</sup> *a las afueras de la Ciudad de México “cuando se inauguró, las familias internaron a hombres y mujeres que reunían los requisitos para ser considerados como locos y merecedores de tratamiento psiquiátrico”.* (Ríos, 2008: 73).

---

<sup>2</sup> Muy cerca de las líneas del tranvía aparecía una imponente reja forjada de once metros de ancho, con un letrero en la parte superior que decía Manicomio General. Al lado izquierdo de la reja se encontraban la garita del vigilante y una casita con dos recámaras, baño y cocina. Después de pasar la reja, las tres viviendas de los médicos eran lo primero que el visitante veía. [...] Una vez adentro, el visitante se encontraba con un complejo arquitectónico acorde con el modelo esquiroliano. Era un conjunto de pabellones autónomos regidos por un eje central que iniciaba con las oficinas de administración, y pabellones laterales que se alineaban de forma casi simétrica; todo esto rodeado por una imponente muralla que acordonaba el complejo, rematando con casetas de vigilancia en cada esquina. (Cuadriello Aguilar, 1983: 77-78)

<sup>3</sup> Detrás de los Servicios Generales estaba el Pabellón de Enfermería y Electroterapia. Allí había un salón para hombres y otro para mujeres, cada uno con veinticuatro camas y con los aparatos transformadores necesarios para la terapia eléctrica. Posterior a éste se hallaba el Pabellón de Imbéciles, de una sola planta, el cual tenía una sala para distinguidos, otra para la escuela y en medio del edificio había un comedor, un taller y un espacio para el gimnasio. Y concluyendo esta hilera de edificios estaban los baños para hombres y para mujeres, y el mortuario. Los pabellones laterales eran los de Distinguidos, Alcohólicos, Tranquilos –divididos en a y b, de acuerdo a la categoría de “indigentes” o “pensionistas”–, Infecciosos y Peligrosos. (Ríos, 2008: 78)

De acuerdo con el Archivo General de la Nación, La Castañeda a pesar de que estuvo conformada por hombres y mujeres, su organización si estuvo basada en una separación por pabellones y estos estaban distribuidos de la siguiente manera:

*Según el reglamento de la institución, los enfermos estaban distribuidos en diferentes secciones. El pabellón de los distinguidos recibió a enfermos de primera clase sin considerar distinción de acuerdo con sus padecimientos; el pabellón de observación estaba destinado a indigentes y pensionistas de segunda y tercera clase; una sección se reservó para los toxicómanos y el pabellón de los peligrosos albergó a personas violentas, agitadas y a presos cuya seguridad era difícil de garantizar. Asimismo, existieron pabellones para epilépticos, “imbéciles” e infecciosos, mismos en los que se canalizaron a las prostitutas, homosexuales, enfermos venéreos. (2022)*

Sacristán Cristina (2005) en *Historiografía de la locura y de la psiquiatría en México. De la Hagiografía a la historia posmoderna*, menciona que muchas de las personas permanecían dentro de este hospital, pese a mostrar una mejora, puesto que sus familiares, pagaban mensualidades para una estancia permanente, y en algunos casos también el olvido.

Algunas familias como solo querían abandonarlos, no les importaba mucho las condiciones en que se encontrara el hospital ni como trataran a sus familiares, lo que importaba era mantenerlos dentro de La Castañeda. En algunos otros casos, quienes estaban dentro de la Institución, no tenían familiares ni nadie que velara por ellos, ya que desde temprana edad perdieron a sus familiares o simplemente venían de la calle.

Respecto al trato hacia los internos del antiguo Hospital General La Castañeda, el cual estuvo marcado por ausencias, dolor, violencia y descuido, algunos documentos y cartas de queja rescatadas del Archivo General de la Nación, dan cuenta de la inconformidad de parte de externos y familiares de los internos, además de exponer las carencias que presentaba la institución.

En algunos documentos que se escribieron ya sea para el presidente o para alguna otra figura de autoridad, se habló del abuso de poder por parte de las autoridades del manicomio hacia sus pacientes y se registró:

*Me di cuenta en una conversación que escuché, entre algunas empleadas del plantel, de un delito que ocurrió en uno de los pabellones de dementes, está una señorita demente y muda, en un pabellón de dementes pasíficos, es la muchacha muy bonita. Y abusando de su inocencia, y de su estado de inconciencia, El señor Arreola, jefe del Almacén, avusó de esa Señorita dejándola en un estado lamentable de desgracia [...].*

Con ello, es evidente que el trato hacia los usuarios del manicomio, llevó consigo una carga simbólica, que no solo marcó sus cuerpos, invalidando sus experiencias y vínculos, sino que hubo abuso de poder. Se silenció la palabra de quienes se encontraban en una posición vulnerable y eso no era para nada ético. Sin recibir justicia por esos actos, se le agregaba las más malas condiciones de vida que pasaban los usuarios dentro de la institución.

Algunos -descuidos- iban desde falta de ropa e instalaciones adecuadas para la correcta higiene de los usuarios, la sobrepoblación de los dormitorios, la fuga de algunas personas en las áreas destinadas a “contenerlos”, así como también el poco personal destinado al servicio dentro de la institución, sin dejar de lado el abuso de poder que estos ejercían sobre los usuarios, mismo que agravaba su condición mental.

*Tanto los que pagaban como los excentos se alojaban en pabellones carentes de casi todos los servicios, muy especialmente los sanitarios y los baños. Se puede afirmar que en ninguno de ellos disponían de agua caliente y de regaderas para el aseo personal, teniendo que recurrir a los molestos baños generales.*

*En el servicios de pensiones de Primera, Mujeres, las enfermas habían de comer en pie y faltas de cubiertos y las habitaciones carecían de todo lo necesario para un bienestar elemental, especialmente durante el invierno.*

*Y nada habría que decir en cuanto a recursos de ocupación o diversiones, pues careciendo hasta de sillas, mal podrían esperar ningún otro refinamiento de los que todo el mundo -y los enfermos mentales no han de ser la excepción- reclama para ocupar su tiempo ocioso.*

Estos documentos/cartas de queja eran enviados en algunos casos por los familiares de las personas ingresadas en el Hospital General, quienes buscaban mejores y dignas condiciones

sanitarias como se puede leer en las cartas, tales como los baños, los servicios básicos de comida, vivienda, estructura (especialmente en temporadas de invierno), agua caliente y de estancia para sus familiares internados, puesto que las familias que pagaban una cuota por el internamiento no veían una mejora en la atención de los usuarios.

*El Manicomio La Castañeda<sup>4</sup> fue concebido como un gran museo de la locura, donde las diferentes formas de anormalidad serían clasificadas y guardadas en bellas estanterías, todo en aras de construir un saber científico sobre aquellos seres cuya débil constitución biológica los marginó del mundo civilizado. [...] El Manicomio General sería el espacio en el que la sociedad porfiriana reuniría sujetos extraños en los cuales reconocerse a sí misma a través de la alteridad. [...] la sociedad porfiriana vería, a través de las diferentes formas de locura, un panorama aleccionador: las ruinas humanas de quienes no pudieron o no quisieron beber los jugosos beneficios de la modernidad. (Ríos, 2008:78).*

Existía entonces, una mirada sobre los cuerpos que se enfocaba en ver características de alguna anormalidad, para luego convertirlo en algún tipo de conocimiento científico. Ante la diferenciación, existía la señalización.

Por ello, es visible que esa -enajenación- que se siente frente a los otros marcados por la “locura”, se ha construido desde la creación de esos espacios hasta las funciones y las etiquetas que se les han colocado históricamente.

Descenso de la Castañeda:

*El nuevo Manicomio fue considerado por las élites como un incuestionable signo de modernización en materia de atención psiquiátrica, que garantizaba un lugar para México a la «altura de los países avanzados». Además de haber atendido a 61.480 pacientes, fue un espacio central para la formación de psiquiatras, neurólogos, enfermeras, psicólogos, psicómetras y trabajadoras sociales. (Ríos, 2016).*

---

<sup>4</sup> México, tuvo un crecimiento en la población psiquiátrica que motivó la construcción de nuevas instalaciones. En Orizaba, Veracruz, se erigió el Hospital del Estado en 1897 (Ayala Flores, 2007); en Mérida, Yucatán, se fundó el Hospital Leandro León Ayala; la orden San Juan de Dios fundó dos hospitales psiquiátricos: uno en Zapopan, Jalisco, en 1905 y otro en Cholula, Puebla, en 1910. (Ob. Cit. Ríos, 2008)

Entonces, el Manicomio General La Castañeda, parecía también ser un espacio de formación médico-psiquiatra, y que dio pauta a estudios especializados en conductas y diagnóstico. Al iniciar la década de 1920, aparecieron informes sobre el mal estado de las instalaciones del Manicomio, ya que durante la época de la Revolución en México (1910-1917), el mantenimiento fue precario: de acuerdo con Sacristán (2010) hubo ausencia de colchones y sábanas, ventanas con vidrios rotos, plagas de ratas y una farmacia sin ser abastecida. Fue que en esos años las instalaciones se descompusieron, los enseres se dañaron y no hubo recursos suficientes para cambiarlos.

Además, en esa misma década, fue la primera guerra mundial (1914-1918) y sumado con el golpe económico de la revolución mexicana, el manicomio sufrió de desabastecimiento de recursos. Aunado a ello, en esa misma década el manicomio experimentó un aumento considerable de la población psiquiátrica. Después de 1920, el país se encontró devastado por consecuencia de la guerra y los recursos del manicomio se habían reducido aún más, llevando a la Castañeda a experimentar una sobre-demanda y saturación, manteniendo a más de 3 mil pacientes internos, siendo tres veces su capacidad. Ello se debió a los estereotipos de la locura que imperaban en la sociedad de la época, muchos de esos pacientes fueron víctimas de discriminación y abandono, porque eran sus propios familiares quienes los recluían ahí, dejándolos a su suerte y la institución pública se veía forzada a darles asilo aunque muchos de ellos ni siquiera ameritaban ser recluidos.

*El crecimiento en el número de internos lo podemos comprender desde varias perspectivas, entre ellas, el aumento de la población nacional que pasó de 14.2 millones en 1920 a 35 millones en 1960. (Mendoza, 2010; Mier y Terán, 1991).*

De acuerdo a Ríos, (2016), los camiones de la Beneficencia Pública recogían en las calles a todos los que no pudieran demostrar un domicilio fijo. Una vez en las oficinas, éstos eran remitidos a las diferentes instituciones asistenciales, entre ellas, La Castañeda. Sin embargo, solían ser indigentes con altos grados de desnutrición, deshidratación y alcoholismo, quienes al cabo de unos cuantos meses eran dados de alta.

La alta población dentro de este espacio requería de mayor personal, y un espacio más amplio. Sin embargo, debido a las malas condiciones (no solo por falta de financiamiento) en

salubridad, estructura, falta de trabajadores, y los cambios sociales dados en la época, llevaron al Hospital a caer en una época de descenso. Y fue a partir de 1944 que comenzó el proceso de descentralización de la atención psiquiátrica y La Castañeda, dejó de ser la institución moderna que recibía pacientes de todo el país.

Posterior a ello, se dio paso a lo que se conoció como: Operación Castañeda. Fue una estrategia para crear una red de hospitales psiquiátricos en diferentes estados de la república, para poco a poco reducir la población del Manicomio General<sup>5</sup> y finalmente, clausurarlo en 1968.

A su cierre, se crearon varios hospitales que sustituyeron a la Castañeda, y entre ellos se encuentra el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez con un albergue de 600 camas; el Hospital Psiquiátrico Dr. Samuel Ramírez Moreno con un total de 519 camas; Hospital Psiquiátrico Dr. Adolfo M. Nieto con 524 Camas; Hospital Psiquiátrico Dr. Rafel Serrán con 495 camas; y el Hospital Psiquiátrico Dr. Fernando de Ocaranza con 620 camas. (De la Fuente, 1976: 424)

Y en este momento de la historia, es donde el Hospital Psiquiátrico Dr. Samuel Ramírez Moreno, adquiere relevancia en la investigación al ser uno de los hospitales que sustituyen y albergan a la población de la Castañeda.

De acuerdo con un artículo de la Revista Médica del Hospital General de México (2014), este hospital se creó con la idea de que fungiera como un Hospital-Granja, en donde la rehabilitación del paciente se basaba en oficios artesanales y agropecuarios, más como un modelo de -terapia ocupacional-

---

<sup>5</sup> Después de numerosas solicitudes por parte de los directivos, donde señalaban la cantidad de problemas que generaba la saturación de pacientes, en 1945 fue inaugurada la primera granja para enfermos mentales localizada en San Pedro del Monte (Guanajuato) en una extensión de 92 hectáreas con capacidad para 400 enfermos. Esta propuesta buscaba desahogar el Manicomio mediante el traslado de los pacientes crónicos considerados incurables, y permitir que los agudos recibieran los beneficios de la ciencia (Sacristán, 2013). Esta granja fue la primera de doce instituciones erigidas para remplazar a La Castañeda: seis hospitales-granja, tres hospitales campestres, un albergue y dos hospitales psiquiátricos para agudos (Vicencio, 2014). Además, en 1964 se inauguró el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía y diversas instituciones psiquiátricas en Jalisco, Monterrey y Yucatán. La creación de estas instituciones nos permite comprender el estancamiento en el crecimiento de la población de La Castañeda, el cual se mantuvo en un promedio de 1,500 ingresos por año entre 1944 y 1968. (Ob. Cit. Ríos, 2016).

El propósito inicial de este Hospital fue proporcionar un servicio médico con eficacia y eficiencia, satisfaciendo la demanda de la población adulta con trastornos psiquiátricos conforme a la normatividad establecida. Para ello se basó en 4 objetivos pilares:

*1) Que las actividades asistenciales médico psiquiátricas en adultos, se otorguen de acuerdo con los estándares de calidad establecidos. 2) Que se fomente la investigación clínica y epidemiológica, cuyos resultados sean una aportación al campo de la salud mental. 3) Que los especialistas en psiquiatría egresados de la institución cumplan con los requerimientos técnicos y éticos, que les permita atender los problemas de salud mental de la población. 4) Que los recursos de la unidad hospitalaria sean administrados correctamente para la calidad de los usuarios y el correcto funcionamiento de esta.* (Secretaría de Salud, 2010).

Si bien es cierto, se hicieron avances en el campo de la psiquiatría y de las instituciones, pero eso no garantizaba un trato más humanitario para las personas usuarias de esos espacios.

*Términos como histeria, neurosis, psicosis, trauma, paranoia, alucinación, delirio, depresión, todos ellos gestados en la psiquiatría del siglo XIX, se han incorporado al lenguaje cotidiano de nuestra sociedad; y la literatura, la prensa y el cine han desempeñado un papel determinante en este proceso. La psiquiatría se ha insertado en nuestras expresiones cotidianas dándonos referentes para pensar y cuestionar nuestro propio comportamiento y el de los otros. El abanico de tratamientos de toda índole y la sobreoferta de psicofármacos es una muestra de la exitosa incursión de la cultura del psi en nuestros hábitos de consumo, dejando en el pasado aquellos tratamientos asociados con los choques eléctricos, el encierro y la camisa de fuerza.* (Ríos, 2008: 82-83).

Colocados ahora en el terreno de los fármacos como una nueva forma de control de los cuerpos, ya no se necesita una fuerza física que ate los brazos o las piernas, no se necesita mantener quieto el torso o la cabeza, puesto que una pastilla o inyección puede “contener” a los cuerpos que parecen no caber en la sociedad, a los olvidados, a los endemoniados, a los locos.



Las semillas de autonomía comenzaron en países europeos alrededor de 1960<sup>6</sup>. Italia fue uno de los países con mayores avances dentro de la transformación y desinstitucionalización de los psiquiátricos. Desde 1961 comenzaron a darse un par de manifestaciones en contra y a favor del manejo del hospital psiquiátrico; Franco Basaglia en Gorizia, comenzó a fomentar el pensamiento de la humanización dentro de los hospitales psiquiátricos, así como sus diferentes ejes de apoyo. Sin embargo, sus ideas no llegaron a completarse por las presiones sociales y las demandas frente a la nueva forma de pensamiento, por lo que terminó por dejar su puesto de director.

Para ese entonces, Italia era un país con una desigualdad social muy marcada.

*“las personas que sufren trastornos mentales son una de las minorías más oprimidas, porque se les niegan los derechos de ciudadanía, y sobre todo porque la negación del acceso a estos derechos está normalmente basada sobre un malentendido estatus científico de “enfermedad”.* (Ideass, 2014: 4)

Tanto las instituciones como las políticas gubernamentales fomentaban la violencia psiquiátrica para aquellas personas clasificadas como -enfermas mentales-.

Fue hasta 1971 que Basaglia tomó de nuevo la dirección de un hospital psiquiátrico en Trieste, Italia, impulsando una de las más grandes modificaciones de las instituciones psiquiátricas. Su visión de la desinstitucionalización de la locura y las posteriores reformas psiquiátricas, tomaron valor frente al antiguo modelo biomédico de la incurabilidad, la incapacidad, exclusión y clasificación.

*La estrategia de la desinstitucionalización prevé varios niveles:*

- 1. cultural-científico*
- 2. organizativo*
- 3. relaciones humanas.* (Evaristo, 2010:345)

---

<sup>6</sup> Durante esta década, en el mundo se crearon diversos movimientos sociales que comenzaron a cuestionar al gran discurso científicista en algunas de las áreas sociales, el nuevo modelo psiquiátrico visto desde el psicoanálisis y su apertura al campo de la subjetividad fue tomando forma. Para 1964 Foucault lanzó su libro *Historia de la locura en la época clásica*, y en 1963 publicó *El nacimiento de la clínica*, en 1975 publica *Vigilar y castigar*.

Es el 13 de mayo de 1978<sup>7</sup>, el parlamento italiano aprobó la Ley 180 o Ley Basaglia, una de las leyes que cambió radicalmente la forma de ver a las instituciones psiquiátricas. Entre sus estatutos se encontraban que las personas con sufrimiento psíquico debían tener una red de apoyo social, con la creación de servicios específicos de cada territorio; estos servicios ayudarían a la inserción paulatina de las personas sufrientes a la sociedad, no vistas como personas con trastornos o enfermedades mentales sino tratadas como sujetos partícipes de una sociedad.

*La ley 180, quizá, la única ley nacional que prohíbe totalmente hospitales psiquiátricos, es un marco general de claros elementos:*

- 1. El cierre gradual de los hospitales psiquiátricos, prohibiendo nuevos ingresos y la construcción de nuevos hospitales. El cierre completo precisó de más de 15 años. [y sigue actualmente]*
- 2. La apertura de Centros de Salud Mental (C.S.M.) Comunitarios, ejes de la nueva red asistencial para prevención y rehabilitación de pacientes psíquicos.*
- 3. Pequeñas secciones de psiquiatría en los hospitales generales (máximo 15 camas, para que no vuelvan a la atmósfera manicomial), si los pacientes no tienen oportunidad de ingresar en los C.S.M.*
- 4. Conexiones con los otros sectores de la medicina dentro del Sistema Nacional de Salud; antes la psiquiatría tenía una Administración separada, bajo normas del Ministerio del Interior.*
- 5. Los tratamientos deben ser voluntarios; los obligatorios deben ser excepciones: TSO (tratamientos sanitarios obligatorios) precisan de garantías específicas (firmas de dos médicos, por lo menos uno psiquiatra público, ratificación del alcalde como representante de los ciudadanos, control formal del juez) y por tiempo breve (7 días, renovables con las mismas garantías).*
- 6. Transferir gradualmente los recursos (trabajadores, dinero...) del hospital a los Servicios Comunitarios (C.S.M.).*

---

<sup>7</sup> En la década de los 80, se produce un gran cambio en la concepción del enfermo mental, pasando a ser una persona sujeto de derechos y obligaciones que precisa de una intervención técnica, psicológica y social. (Garcés, María, 2010:335)

7. *La creación de servicios territoriales adoptando un estilo operativo muy distinto del modelo clínico hospitalario*<sup>8</sup>. (Evaristo, 2010:346)

Esta ley tenía como propósito eliminar paulatinamente los hospitales psiquiátricos o como Basaglia lo llamaba: las instituciones Totales, no de manera inmediata, puesto que se quería evitar que las personas dentro de estas instituciones quedarán a merced de otras instituciones que ejercían igualmente violencia o en su defecto en las calles.

Se planteaba de igual manera la atención domiciliaria y los centros de salud mental que servirían para dar un seguimiento al proceso del sujeto.

*La creación de cooperativas se convierte en un recurso central de las transformaciones y de gestión de ciudadanía.* (Fernández, 2016:121) esto les permitía garantizar el apoyo a su tratamiento además del respeto a sus derechos.

*El trabajo se centra en la reconstrucción de las historias personales de los pacientes, tratando de restablecer las relaciones con sus familias y lugares de origen. [...] El estilo de trabajo involucra activamente a los enfermeros, para que abandonen el papel tradicional de guardianes y asuman un papel protagónico en el proceso de cambio.* (Ideass,2014: 7)

Sin embargo, este no ha sido un camino espontáneo, muchas políticas detuvieron su proceso, así como las múltiples oposiciones sociales. *Este nuevo modelo anti-institucional se confrontaba a la “ideología institucional”* (Basaglia,1971:54) y la significación política implícita en ella, además de que resaltaba las desigualdades del sistema económico y de valores frente a los sujetos en sufrimiento psíquico.

Esta confrontación, incluso al día de hoy sigue en pie. Sin embargo, se presentan nuevos obstáculos: la falta de profesionales con la capacidad de sensibilizarse frente al trabajo social.

---

<sup>8</sup> Se dirige al paciente sin utilizar filtros y competencias rígidas, estandarizadas, valorizando la red de sus relaciones sociales, insistiendo en la calidad y capacidad de las personas en lugar de los síntomas. Se trata de modelos operativos que no definen protocolos y tiempos de hospitalización, más bien se ocupan del proyecto de cada persona, manteniendo elevada la calidad de los espacios, del mobiliario, de la limpieza, de la comida, todos factores decisivos para la calidad de las relaciones sociales. (Ideass, 2014: 4)

*Corren el riesgo de mudarse otra vez a respuestas tecnificadas o de control de conductas más que de creación de salud. (Garces, 2010:351)*

Con un sistema político, económico y social homogeneizador, se dificulta pensar en la colectividad como apoyo para los sujetos en sufrimiento psíquico, quitándoles de esta manera el papel de actor social.

Incluso ahora, México está atrasado en muchos aspectos frente a las nuevas propuestas y reformas anti-psiquiátricas, perpetuando la visión de la incurabilidad y exclusión.

\*\*\*

## MARCO TEÓRICO

*La psiquiatría observa al loco, pero éste es elegido por la sociedad. En consecuencia, el saber psiquiátrico tiene como sustrato los referentes sociales y culturales para definir la anormalidad. Este hecho abre un rico campo de investigación antropológica: el fundamento cultural del saber psiquiátrico. Es posible diseccionar el saber psiquiátrico con herramientas de la antropología ya que dicho saber no nace de la observación minuciosa en los laboratorios, con la ayuda de potentes microscopios que escudriñaban los secretos del cerebro, sino en la interacción con la sociedad. Esto nos acerca a la naturaleza dialógica del saber psiquiátrico. (Ríos, 2008: 83).*

Como lo menciona el autor Ríos (2008), la psiquiatría si bien es fundamentada mayormente por los primeros gérmenes de un discurso médico, éste no está alejado de las construcciones socioculturales que aparecen en determinada época alrededor de lo que es entendido por “lo-cura”. Más bien, su saber psiquiátrico está profundamente vinculado con los referentes sociales y culturales.

Y es que, esos referentes sociales y culturales se aprenden, como bien lo mencionaría Renato Rosaldo (1989):

*Los seres humanos no pueden dejar de aprender la cultura o las culturas de los lugares en los que crecen. [...] Las culturas se aprenden, no están codificadas genéticamente. (Rosaldo,1989:48)*

Para que exista la anormalidad, entonces, tiene que haber una normalidad y ella solo puede ser sostenida por los referentes sociales y culturales propios de la sociedad específica en la que se ve inscrita. Por años, se ha estudiado la anormalidad desde los ojos clínicos y el entendido social como cultura, y la normalidad se sigue quedando atrás respecto a esta otra estudiada y eso es lo que también debería cuestionarse.

*Al definir la cultura como un conjunto de significados compartidos, las normas clásicas de análisis dificultan el estudio de zonas de diferencia, tanto dentro de las culturas como entre ellas. (Rosaldo,1989:49)*

El trato que se les daba y se les sigue dando a los usuarios, vistos entonces como los anormales, viene marcado por un gran sesgo en la sociedad mexicana que lleva siglos de construcciones sociales con referencia a la locura:

*Esta presencia del saber psiquiátrico y los referentes culturales para definir quién merecía el encierro terapéutico marca la diferencia entre enfermedad mental y locura. La primera es un criterio clínico para ubicar un sujeto en una entidad nosológica, mientras que la segunda tiene que ver con los referentes usados por cada cultura para aislar a quienes asumen como poseedores de una naturaleza “anormal”. (Ríos,2008:82).*

Al hablar de los usuarios que actualmente están inscritos dentro de una Institución psiquiátrica, el Hospital Psiquiátrico Dr. Samuel Ramirez Moreno, es necesario echar un vistazo al tema de la institucionalización y desinstitucionalización del concepto -locura-, además de revisar el término -salud mental-. Es importante tomar en consideración que a lo largo del tiempo, se han tenido diferentes significaciones tanto de la palabra locura como del término salud mental, que juega un papel clave en la concepción de los hospitales psiquiátricos.

Así pues, comencemos por el término -salud mental-, que para la Organización Mundial de la Salud (OMS) es “*un estado de completo bienestar y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades*”. (s/f)

Mientras que en el artículo *La salud mental “revisitada”* (2016) escrito por Fernandez Rivas, Flores Flores y Ruiz Velasco Márquez, se menciona:

*La noción de salud mental es polisémica. Suele remitir a la idea de ausencia de enfermedad, a cierta condición humana donde prevalece el uso de la razón, al estado de normalidad [...] Cada momento histórico va marcando un derrotero distinto en la forma de conceptualizar y entender el dolor y el sufrimiento humano y va acompañando de aproximaciones filosóficas y epistemológicas para comprender el sentido de la existencia.* (Rivas, 2016: 114)

Es importante mencionar que polisémico hace referencia a que tiene más de un significado. De esta manera la salud mental es entendida y determinada por la época, el contexto histórico y social del cual el sujeto es parte.

No importando, lo que las personas señaladas como -locos o enfermos mentales- puedan decir para defenderse y más estando dentro de una institución que no los escuchará por no estar en una posición de poder y mucho menos ser portavoces de la profesión clínica. Mario Rufer (2012) ante esto señala: *Hay voces que no producen acto de habla porque no pueden garantizar las condiciones sociales de la escucha.* (Rufer, 2012:76)

Y mientras no puedan liberarse del estigma social, las etiquetas y diagnósticos, no podrán ser seres emancipados, sino cuerpos atados, controlados y aislados.

Laura Quintana (s.f) explica entonces:

*La emancipación no implica un cambio en términos de conocimiento, sino en términos de posición de los cuerpos” “la emancipación es entonces, antes que nada, una ruptura con una corporeidad, con una forma de experimentar el cuerpo que trae consigo una transformación en su posición: su inscripción en otro universo sensible con respecto al asignado [...] (Quintana:35)*

El diagnóstico de esos cuerpos, sin importar la institución, al final de cuentas habla sobre una enfermedad, que busca ser -contenida o curada-, en el panorama más idealista.

*“La enfermedad [...] siempre está ligada con las ideas y creencias de cada época, con el contexto histórico y social que las produce. Por eso, cuando hablamos de la salud mental es importante considerarla como un campo que comprende la implicación sociohistórica de esas nociones, como también las respuestas sociales e institucionales que se producen en consecuencia. Un campo atravesado por múltiples factores, sociales, institucionales, intersectoriales”* (Rivas, 2016:114-115).

De esta manera, queda claro que hablar del sufrimiento psíquico, entromete experiencias singulares y significaciones colectivas.

Un claro ejemplo de la noción polisémica de la que habla Rivas (2016), está plasmado en la obra de Foucault (1961) *Historia de la locura en la época clásica*. Si bien es cierto, la concepción sobre -locura- ha existido desde mucho antes de las fechas que se hablan en ese libro, mismo que es pertinente para contextualizar tres momentos importantes en la historia: Edad Media, Renacimiento y Época Clásica. Foucault (1961) habla en primera instancia de “La nave de los locos”. Él comienza por describir cómo era tratada la locura en la Edad Media en Europa y la inexistencia de lugares para la “atención” de la misma. Los locos debían ser excluidos y mantenerse a una distancia “sagrada”. Para este entonces la batalla contra la lepra estaba diezmada y se le denominaba a la locura como “una nueva lepra”; las enfermedades venéreas y la locura eran vistas como iguales. Se trataba de combatirla a través de la exclusión: separar, enviar lejos, a aquellos que caían dentro de la categoría de locos: los vagabundos, pobres, delincuentes y cabezas alienadas. Sin embargo, esa exclusión los remitía también a una sanación espiritual, es decir, dentro del orden simbólico social, la locura estaba relacionada a algo divino, a la existencia de un alma espiritual que reafirmaba la fe e idolatría. La locura fascinaba por su relación íntima con Dios.

Por otro lado, en el Renacimiento, la locura volvía al hombre, a la razón y la sin razón, se colocaba en el pensamiento, ya no había una fascinación espiritual o demonios que acechaban al sujeto, la locura daba cuenta de la estrecha relación del hombre con el hombre mismo, por lo que se podría inferir que la locura se comenzaba a ver como algo más humano.

*La locura se convierte en una forma relativa de la razón: toda locura tenga su razón y toda razón su locura. [...] Locura es búsqueda: renuncia al mundo. Afloración de angustias, imágenes y miseria. (Foucault, 1967)*

La locura se convertía en unas de las formas mismas de la razón, ya sin haber un ser divino que la llevase, estaba en el pensamiento, con una completud entre sabiduría y locura, siendo una realidad trágica, pero ya no de un Dios sobre el hombre, sino el hombre mismo.

En cambio, dentro de la experiencia Clásica, la liberación de la locura (aparecida en el Renacimiento) era encerrada; es en esa época lo que Foucault (1967) habla como “El gran encierro”, ya no hay nave de los locos, ya no hay sin razón y sabiduría, ahora se abría paso a la Hospitalización de los locos. Ante esto, Manuel Desviat (1994), habla de ese gran encierro como los inicios de la *-institucionalización de la locura-*.

*El encierro en los hospicios de mendigos, desempleados y gente sin hogar es una de las respuestas del siglo XVII a la desorganización social y a la crisis económica que los cambios en los modos de producción provocaron entonces en Europa. (Foucault, 1967:17)*

Es en la época Clásica que se colocaba a la locura como “*una condición de imposibilidad de pensamiento*” Foucault (1967:41). En el siglo XVII se crearon una serie de espacios u *Hospitales generales* para atender la mendicidad y la ociosidad: esos hospitales trataban de acoger, hospedar y alimentar a aquellos que se presentaban por sí mismos y los que eran enviados por la autoridad. Además de que no había límites en edad y sexo. Esos hospitales estaban a cargo del orden burgués, bajo la mirada de una “*ética del trabajo*”, con el fin de ocultar la miseria y el sufrimiento. Es decir, la intolerancia y falta de sensibilidad frente a los sujetos con sufrimiento psíquico, estaba relacionada con los modos de producción, aquél incapaz de producir, estaba destinado a esos lugares.

Roy Porter (2002) rescata lo que Michael Foucault (1961) habló respecto a las clasificaciones de las actitudes históricas que se tuvieron hacia estas personas internadas en los psiquiátricos, y señala:



*La percepción tradicional del “loco”: de ser un insensato, como se le había visto hasta el momento al cual no había que escuchar ni atender pues era completamente ilógico. (Porter,2002:2)*

Poco a poco se crearon instituciones con el fin de internar. Una de las formas que se encontró de combatir no sólo la miseria causada por las frecuentes crisis, sino también la locura, surge bajo la amenaza (para los de “afuera” y un castigo para los de “adentro”): la pérdida o la conservación de la libertad. El internado, entonces, se volvió un lugar que tratara de homogeneizar diferentes rostros: locura, miseria, pobreza, hombres, mujeres, niños, ancianos, delincuentes, desempleados, etc.<sup>9</sup> que no tenían lugar en el orden económico de producción capitalista.

Es hasta el siglo XIX, de acuerdo a Desviat (1994), que se comenzaron a establecer lugares para brindar atención médica a personas enfermas de locura, pero la característica de esos sitios era que eran instituciones especializadas: hospitales psiquiátricos. Fue en ese momento donde apareció la institucionalización de la locura, en respuesta frente a la noción de “enfermedad mental” y “curación”.

*Por una parte, se trata de encerrar a los individuos que pueden causar daño a la sociedad, por otra, se trata de poner medidas de curación a personas enfermas. (Desviat, 1994:19)*

Es en ese siglo que aparece la psiquiatría y la medicina como herramientas para diferenciar la locura y proporcionarle un espacio especial para ellas. “El gran encierro que describe Foucault (1967), símbolo elocuente del absolutismo debe ser abolido” (ibid.), con la promulgación de la Ley de 1838 y junto con la declaración de los Derechos del hombre y del ciudadano, el internamiento en los espacios u hospitales psiquiátricos debía estar en la mirada de tratamiento terapéutico, moral, el aislamiento y la curación.

Sin embargo, se presentaba también una nueva forma de exclusión bajo una entidad clínica, detrás del discurso médico y el diagnóstico, habiendo una completa incompreensión del sujeto con sufrimiento psíquico. Esto lo separa como actor social y como sujeto de derechos:

---

<sup>9</sup> No es de extrañar incluso que en la actualidad los “locos y los psiquiátricos”, carguen consigo tantos estigmas, que llevan siglos establecidos en la significación social.

*El enajenado es una persona supuestamente irresponsable, no es sujeto de derecho de acuerdo con las normas que está estableciendo la burguesía. Escapa a la pura imposición de la ley [...] en cuanto no puede ser enteramente responsable de su conducta.*  
(Desviat, 1994: 21)

El entramado dado entre el gran paradigma médico dentro del terreno de la salud mental y el derecho, se veía insuficiente, y la creación de instituciones psiquiátricas seguía creciendo, “*la fe en la curación del loco [...] la confianza en la razón y en el sujeto humano, pronto se verá roto*” (*ibid.*), por lo que caía de nuevo en medios de amenaza y violencia para los internados.

Los roles de poder se visibilizaron aún más; por un lado estaba el médico: sano, sabedor y poseedor. Por el otro estaba el loco: enfermo, desconocido y desposeído (no solo de su libertad, sino de sus derechos).

Apareció dentro de ese modelo la violencia institucional psiquiátrica que consiste en invisibilizar a los seres humanos, cosificarlos y clasificarlos en distintas categorías dependiendo un diagnóstico científico. El miedo a la locura y su incompreensión, llevó a recluirlos y discriminarlos.

*Volvamos al origen histórico de los hospitales psiquiátricos y a las actuales justificaciones de su existencia según la opinión más generalizada, las leyes, y los reglamentos interiores: la función esencial y primera de estas instituciones no es terapéutica, sino represiva. Los asilos de alienados tienen por cometido defender a los ciudadanos de ciertos sujetos que presentan un comportamiento desviante, que los médicos han denominado patológico: cualquier individuo «peligroso para sí mismo y para los otros» es internado.* (Basaglia, 1972:285)

El autor Goffman (1961) publicó *Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*, donde escribió sobre lo que él denominó -instituciones totales-: instituciones tangibles, con un lugar, un espacio y un nombre. Con un enfoque sociológico en ese trabajo escribió:

*Una institución total puede referirse como un lugar de residencia y trabajo donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un periodo*

*de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente.*  
(Goffman, 1961:13)

Las instituciones totales, entonces, tienden a tener dinámicas que no se encuentran dentro de la esfera social, son absorbentes y no compatibles con la familia. Esto quiere decir que son invasoras y violentas para el individuo, lo sacan de su cotidianidad y se instauran a la fuerza en él. Para ello, Goffman (1961) proporciona una clasificación para pensar en el propósito de la creación de las instituciones totales (p.18) :

1. *Las que cuidan personas que parecen ser incapaces e inofensivas.*
2. *Las que cuidan personas que, incapaces de cuidarse por sí mismas, constituyen además una amenaza involuntaria para la comunidad.*
3. *Las que se crean para cuidar a la comunidad de quienes constituyen intencionalmente un peligro para ellas. En esta especialmente recae en proteger a la comunidad, pero no a aquellos llamados "internos".*
4. *Las destinadas al mejor cumplimiento de una tarea de carácter laboral y que solo se justifican bajo estos fundamentos instrumentales.*
5. *Los establecimientos concebidos como refugios del mundo, aunque con frecuencia sirven también para la formación de personas religiosas.*

*A los individuos dentro de estas instituciones se les clasifica como "internos". Los hospitales psiquiátricos son una de las formas de institución total. Contraponen los distintos tipos de vida como un "fuera" y un "dentro" de la institución que corresponde a los diferentes roles: internos y los supervisores (Goffman, 1961: 20).*

Éstos últimos, serían las figuras portadoras del poder y la autoridad. La rutina diaria de estos -internos- difería con las estructura y dinámica social. De esta manera, él hace una diferenciación entre las instituciones totales y los establecimientos sociales. (Este último ligado mayormente al desarrollo de determinada actividad, mayor libertad a relaciones sociales, afectivas e informales).

Además, el autor Goffman (1961), también menciona que este tipo de instituciones totales, rompe con la relación del individuo actor y sus actos.

El interno se somete ya que su respuesta defensiva no sirve dentro de la institución. A tal grado de volverse un ser sin estímulos. La institución pareciera que cumple con una desestructuración del sujeto, en tanto reacciones, actos, afectos, que dentro de la sociedad lo consolidan como un sujeto.

Respecto a la desinstitucionalización de la locura, fue a finales de la segunda mitad del siglo XX, que junto con los cambios sociales, las demandas, revoluciones e influencia del pensamiento de Goffman, se crearon una serie de revueltas en diversos países europeos como: Italia, Francia, España, Inglaterra, haciendo alusión a una crítica de la institución psiquiátrica<sup>10</sup>, y posteriormente una desarticulación de la misma, que llevó a pensar en nuevas formas de ver y nombrarlos: usuario/ paciente/ interno, como sujeto vivo, con derechos y con demandas de una vida vivible. Posteriormente, este movimiento llegó a varios países del continente americano, entre ellos; Canadá, Argentina y Brasil, lo que sirvió para repensar en el gran paradigma psiquiátrico y su relación con los sujetos. Desde entonces, se comenzó a cuestionar los métodos, las técnicas y la teoría por los cuales se sostiene a las instituciones psiquiátricas.

*La mirada que subyace a las prácticas psiquiátricas hegemónicas – muchas veces apoyada en las neurociencias, desde las cuales se explica la causa de los padecimientos mentales– ha sido en ese sentido muy grave, pues la atención al sujeto –a sus necesidades, incluso las más básicas– se ha descuidado, centrándola más en la enfermedad y su “cura” que en un abordaje integral, multidisciplinario, psicosocial. (Fernandez, 2016:116)*

Las reformas anti-psiquiátricas y de desinstitucionalización que siguen hasta el día de hoy y lograron alcanzar a México, buscan garantizar la seguridad y la dignidad de las personas.

*No se trata de morir con sus libertades puestas en las calles [...] pero tampoco de sacrificar la libertad. (Desviat, 1994: 25).*

Se trata de pensar en un proceso social complejo que también cuestiona el modelo productivo:

---

<sup>10</sup> En esa época, no son sólo las instituciones psiquiátricas las que llevan consigo una crítica, sino más bien todas aquellas instituciones tales como: la cárcel, los hospicios, los orfanatos, etc. pero es la institución psiquiátrica la que tiene más auge en ese momento histórico.

*La época actual atravesada por la ideología del neoliberalismo ha modificado nuestros modos de estar en el mundo, y así puede verse también en el complejo campo de la salud mental. (Fernandez,2016:114)*

*Desde el momento en que los límites de la norma se han fijado en términos de productividad, la enfermedad mental como cualquier otro tipo de inferioridad que margine del campo productivo sólo asume socialmente una significación irreversible y estigmatizante [...] no sirve más que para definir técnicamente la diferencia. (Basaglia, 1971: 51)*

Si bien, incluso hoy día para diagnosticar no se debe tomar a la ligera y para eso se necesita tener un criterio bastante amplio y articulado por distintos saberes. Otorgarle una etiqueta a un individuo es delicado. Pensar en la locura es complejo y nada determinante. Por ello se debe contemplar todo el bagaje conceptual y teórico respecto a un -conocimiento-, conocer referencias y experiencias que pueda servir para no caer en errores del pasado.

\*\*\*

## METODOLOGÍA

*Dado que no existen instrumentos prefigurados para la extraordinaria variabilidad de sistemas socioculturales, ni siquiera bajo la aparente uniformidad de la globalización, el investigador social sólo puede conocer otros mundos a través de su propia exposición a ellos. Esta exposición tiene dos caras: los mecanismos o instrumentos que imagina, crea, ensaya y recrea para entrar en contacto con la población en cuestión y trabajar con ella, y los distintos sentidos socioculturales que exhibe en su persona. (Rosana Guber, 2001:7)*

Para realizar este trabajo decidí optar por diferentes herramientas metodológicas como lo son:

- Entrevistas a profundidad
- Entrevista semiestructurada
- Observación participante
- Ser afectado en el campo.

-Diarios de campo.

a) **Entrevista a profundidad.**

En cuanto a la entrevista a profundidad era importante hacer uso de ella debido a lo que nos ofrece, que de acuerdo a Diaz (2007) en el texto *Entrevista a profundidad. Un elemento clave en la producción de significación de los sujetos*, señala que a través de este tipo de entrevistas se busca acceder a datos que van un poco más allá de lo que habitualmente se reconoce como objetivo. En este sentido queremos acceder a significaciones que porta el sujeto social y que son reconocidas como elaboraciones personales de los sujetos.

Hay que mencionar que la entrevista a profundidad opera bajo la suposición de que cada persona resignifica sus experiencias a partir de la manera en como se ha conformado su esquema referencial. Por este motivo es que opté por aplicarla con el psicoanalista Alberto Adhemar Carvajal Gutiérrez, ya que esto me permitiría echarle un ojo a la forma en cómo ha integrado su conocimiento, percepción y valoraciones en relación a lo que lo rodea, en este aspecto haciendo alusión al Hospital Psiquiátrico Samuel Ramírez Moreno en el cual ha laborado desde hace más de dos décadas.

Al usar la entrevista a profundidad con el psicoanalista Carvajal, me permitía entrar en el mundo de alguien que ha visto pasar el tiempo desde los 80's hasta la actualidad, viendo cambios en la institución, el ir y venir de pacientes y la estancia de aquellas personas llamadas usuarios de larga estancia.

Además de compartirme una visión respecto al antes y después de la Institución Dr. Samuel Ramirez Moreno, ya que ha sido espectador de su evolución a lo largo del tiempo.

Por otra parte, es importante mencionar que solicité entrevistas con la Psicóloga encargada del área de Psicogeriatría, unidad perteneciente al pabellón de psicogeriatría en el Hospital Psiquiátrico Dr. Samuel Ramirez Moreno. Sin embargo, en ninguna de las dos ocasiones que contacté con ella, obtuve respuesta alguna. No me concedió un espacio por más que yo le di opción de adaptarme a sus tiempos y espacios.

De igual manera, el Coordinador del área de Psicología del Hospital Psiquiátrico Dr. Samuel Ramírez Moreno, en las dos ocasiones que le solicité un espacio para entrevistarle, no dio respuesta alguna, tan solo se mantuvo al margen de enterado.

Y finalmente, con el Psicólogo encargado del pabellón 1 de la unidad de larga estancia, no hubo posibilidad de contactarlo, por lo que tampoco se abrió el espacio para entrevistarle.

#### **b) Entrevista semiestructurada.**

Ya con la experiencia por la inmersión en el campo, me enteré que el Hospital Psiquiátrico Dr. Samuel Ramírez Moreno, había invitado en varias ocasiones al Dr. Erick López Huerta, para dar cursos y conferencias en el Hospital. Ello fue mi motivación para realizarle una entrevista y escuchar un poco más sobre su experiencia en el ámbito de las instituciones psiquiátricas y su acercamiento particular a los usuarios de larga estancia del hospital. El psiquiatra forense es un médico cirujano, graduado de la Universidad La Salle, especialista en psiquiatría por el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. Cuenta con un posgrado de alta especialidad en psiquiatría legal por parte de la Universidad Nacional Autónoma de México; con estudios en el extranjero: Estados Unidos, Canadá y España. Inmerso en 12 años el campo de la psiquiatría social, forense y etnopsiquiatría. Conferencista de tópicos diversos. Encargado del dormitorio de las personas con discapacidad psicosocial en el Reclusorio Preventivo Juvenil de Oriente, con trabajos también en la Secretaría de Marina Armada de México. Médico cirujano especialista en psiquiatría del Hospital General Naval de alta especialidad. Fungió como Director (y Director Médico) del Hospital Psiquiátrico Histórico: el Sanatorio Psiquiátrico del Carmen.

De acuerdo a Sampieri (2014). Las entrevistas semi estructuradas se basan en una guía de asuntos o preguntas y el entrevistador tiene la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener mayor información. Debido a esto, consideré que podría preparar el tema de la entrevista y habiendo hecho una búsqueda de la carrera del Dr. podría ir indagando más en aquellos temas que pudieran ir sobresaliendo por su formación y contacto con el Hospital.

Para de este modo, aprovechar de mejor manera el breve tiempo que pudiera compartirme. A continuación se presentan las preguntas pre-concebidas para abrir la entrevista semiestructu-

rada con el Dr. Erick López:

1. Respecto a su trayectoria académica ¿dónde ha laborado en la última década?
2. ¿A partir de cuándo comenzó a implementarse el uso de la palabra usuario en lugar de paciente?
3. ¿A que le atribuye el cambio de nombre de paciente a usuario?
4. Ante los modelos de Hospitales Psiquiátricos Asilares ¿qué otros modelos, sistemas e incluso pedagogías, propondría usted implementar?
5. ¿Cuáles han sido sus experiencias con el Hospital Psiquiátrico Dr. Samuel Ramírez Moreno?
6. ¿Considera que son necesarios los Hospitales Psiquiátricos?
7. ¿Qué diferencias y similitudes encuentra entre el manicomio la Castañeda y el Hospital Psiquiátrico Dr. Samuel Ramírez Moreno?

Estas preguntas tan solo fueron una guía para conducir un poco la entrevista, pero al final se fueron agregando preguntas conforme a lo que él me iba contando.

### **c) Observación participante.**

Con la oportunidad que tenía de estar en el campo por el servicio social era adecuado echar mano de toda herramienta posible, en este caso la observación participante, que de acuerdo con Guber (2001) *tiene como objetivo detectar las situaciones que se expresan y generan los universos culturales y sociales en su compleja articulación y variedad.* (Guber, 2001:24)

Además, para poder recabar información verbal estarían las entrevistas ya sea a profundidad o semi estructurada, pero ¿qué pasa con lo no dicho? ¿qué pasaría con el discurso no verbal que me pudieran compartir los usuarios que no pueden verbalizar ya que no tienen voz? Por ello también sería importante la observación participante, que me implique estar ahí, conectando con ellos de alguna manera.

Ante esto, pienso en el término *Einfühlung* del que habla Favret-Saada (s.f) donde explica sobre la comunicación no verbal y menciona: *Lo que me es comunicado es solamente la in-*



*tensidad con la que el otro es afectado [...] Las imágenes que, para él y sólo para él, se asocian con tal intensidad, escapan a esta forma de comunicación (verbal).*(Favret-Saada:64)

De este modo, la observación participante, desde luego, me permitiría estar inmersa en las actividades con los usuarios de larga estancia mientras que al mismo tiempo podría observar todo lo que acontece en el campo. De este modo podía llevar un registro de las experiencias directas con las personas usuarias, las personas que ahí laboran y todo el que transite por ahí. Ello sería útil para tener una impresión y noción de lo que ocurre dentro de la institución.

Respecto a esto, Rosana Guber (2015) menciona: *La observación participante permite recordar, en todo momento, que se participa para observar y que se observa para participar; esto es, que involucramiento e investigación no son opuestos sino partes de un mismo proceso de conocimiento social (Holy 1984). En esta línea la observación participante es el medio ideal para realizar descubrimientos, para examinar críticamente los conceptos teóricos y para anclarlos en realidades concretas.* (Guber, 2015:57)

La observación participante coloca en juego:

*La presencia directa [que se vuelve] indudablemente, una valiosa ayuda para el conocimiento social porque evita algunas mediaciones -del incontrolado sentido común de terceros- ofreciendo a un observador crítico lo real en toda su complejidad. Es inevitable que el investigador se contacte con el mundo empírico a través de los órganos de la percepción y de los sentimientos; que éstos se conviertan en obstáculos o vehículos del conocimiento depende de su apertura.* (Guber, 2001: 24).

La observación participante se vuelve entonces dentro del campo una herramienta para acercarse a los otros y dejarse afectar: *la observación participante permite recordar, en todo momento, que se participa para observar y que se observa para participar; esto es, que involucramiento e investigación no son opuestos sino partes de un mismo proceso de conocimiento social* (Ibid.) Esta interacción en el campo permite la construcción de un conocimiento, de elementos que dan pauta para la construcción de esta investigación y sus líneas de análisis. Además de que en la observación, se ponen en juego muchos elementos que, por ejemplo, podría existir en algún punto algún tipo de reconocimiento en el otro.

En ese sentido, Descola, Phillippe hablaría sobre la identificación y citando a Mauss (1974) en *Más allá de la naturaleza y la cultura* diría:

*El hombre se identifica con las cosas e identifica a las cosas consigo mismo teniendo a la vez el sentido de las diferencias y de las semejanzas que establece.*

(Descola, s/a:86)

Y aunque sea inevitable que en la observación se llegue a un punto de incomodidad o sentir que algo es desagradable, por el simple hecho de que no parezca ejecutado desde una posición empática, es necesario pasar por allí.

Shoshan, Nitzan (2015) señala que:

*Lo desagradable reside en los ojos del espectador [...] lo desagradable es una forma de mirada que señala una variedad de aspectos culturales que, en tanto son atribuidos a grupos específicos, resultan ofensivos a los que investigan y escriben sobre los mismos (Nitzan,2015:152)*

#### **d) Ser Afectado en el campo.**

Para que pudiera dejarme permear por la información y observación que pudiera lograr, necesitaría de lo que Jeanne Favret-Saada (2014) describe, desde su propia experiencia en el campo, como lo que sería "ser afectado":

*Buena parte de esa comunicación no se realizaba a través palabras; era aprehensible a través de la transmisión de una carga energética que era leída en el comportamiento y apariencia de los interlocutores. (Favret-Saada, 2014:51)*

*Es importante para la Antropología Social y para el trabajo de campo “dejarnos afectar” por las realidades que viven y experimentan nuestros informantes e interlocutores, abandonando nuestro principio de orientación etnocéntrico como única medida de la realidad y de las teorías que elaboramos. (Favret-Saada, 2014:52)*

#### **e) Diario de campo**

¿Qué herramientas utilizar para las experiencias de campo? ¿Cómo hacer que mis memorias no me jugaran en contra? ¿Qué escribir? ¿Cómo convertir una experiencia de campo a un texto escrito? Y frente a estas preguntas recordé la herramienta que me podría ayudar a plasmar en texto aquello que mis ojos pudieran llegar a observar, y todo lo que mis sentidos me permitieran registrar del campo, además de aportar elementos para la construcción del trabajo de investigación.

El autor Rabinow, Pawl (1992) menciona:

*El trabajo de campo, entonces, es un proceso de construcción intersubjetiva de formas liminales de comunicación* (Rabinow, 1992:144)

Y en el texto *Reflexiones sobre un trabajo de campo en Marruecos* (1992) presenta un ejemplo amplio sobre la utilización de este instrumento, no solo para narrar su experiencia sino para posteriormente darse cuenta de los elementos que giraban alrededor de esta experiencia y la utilización para el análisis de su experiencia. Al igual que el texto de Rihan Yhe, *Anacleto. El tiempo y el don en una ruta del transporte público (Tijuana, México)* (2020) presenta las formas en las que el diario de campo se mezcla con la teoría y las reflexiones, y lleva a pensar desde una nueva mirada el vínculo y el don.

El diario de campo aparece entonces no sólo como un texto descriptivo, sino que recopila las experiencias y los afectos producidos en la interacción con el campo. Jeanne Favret- Saada en *-ser afectado-* como medio de conocimiento en el trabajo de campo antropológico. El diario de campo trata de recopilar casi exactamente esa experiencia primera, en algunas circunstancias confusas y sin sentido, pero igualmente impactantes, estas experiencias que aparecen como aleatorias se tejen en una red de afectos y significaciones que permiten develar elementos para el análisis. Así este diario se convierte en una suerte de archivo que me permite recopilar las experiencias para este trabajo de investigación.

Por último, Ernesto Licona (2015) me dio para pensar en la noción de implicación y rescato de sus palabras:

*La implicación se refiere a los elementos que determinan nuestra ubicación en un determinado campo y ante tal objeto. La implicación siempre es una situación a descu-*

*brir, porque en nuestra relación con el objeto nos vamos descubriendo al mismo tiempo.* (Licona, 2015: 72-73). Aunque prefiero pensar en sujetos que en el objeto de estudio cuando pienso en los usuarios del hospital psiquiátrico

\*\*\*

## CONTENIDO

### **Hospital Psiquiátrico Dr. Samuel Ramírez Moreno**

El hospital inaugurado el 28 de septiembre de 1967 a los límites de la colonia Santa Catarina Yecahuizotl, ciudad de México y San Juan de Tlalpizahuac, Estado de México cuenta con una extensión de 22 hectáreas (De la Cruz, 2013:113), durante un tiempo funcionó como Hospital Campestre en el cual se desarrollaban actividades agrícolas e incluso se tenía una pequeña granja, pero ahora la organización del hospital ha retirado estas actividades desde hace varios años y se han propuesto talleres para la recreación de los usuarios:

Para esto solo tomaremos en las unidades de larga estancia, donde se encuentra el pabellón 1 y el área de psicogeriatría, a los cuales puede acceder por medio de mi servicio social que realicé con un tiempo aproximado de 8 meses.

Éstas áreas estaban compuestas sólo por usuarios hombres de avanzada edad que incluso tenían un historial ligado al antiguo Hospital General “La Castañeda”, ya que habían sido trasladados desde allí, en algunos casos.

#### **Pabellón 1**

Tiene la característica de que cuentan con un gran patio, donde en algunas ocasiones, dependiendo del horario, se logra ver a algunos de los usuarios dispersos por el patio o a veces, acostados en el piso. Se entra por un pasillo techado, que viene del exterior y continúa hasta la mitad de las construcciones de adentro; para entrar y salir hay vigilancia y registro, así como gel antibacterial. Del lado izquierdo, se encuentra un patio de jardineras con árboles donde cualquier usuario se puede sentar, y normalmente los enfermeros ponen una mesa para que los usuarios trabajen al aire libre. Pasando las jardineras, están las construcciones de los dormitorios, a los cuales se entra por una puerta principal que da de frente al área de enferme-

ría que es algo pequeña, a ambos lados se extienden los dormitorios, y en algunas paredes blancas los usuarios cuelgan sus dibujos.

Del lado derecho la unidad continúa, pasando por unas puertas que casi siempre están cerradas, se llega a un pequeño salón con televisión, mesas y sillas, algo pequeño para el número de usuarios. Continuando por la construcción alargada se llega a otro espacio como el de los primeros dormitorios, pero sin camas ni mobiliario, se ve abandonado.

Si alguien sale de ese lado, pasa directamente a las áreas verdes; hay varios árboles y pasto en el terreno, el cual es irregular y está poblado por algunos topos. Además, hay varias bancas de cemento. Y finalmente, caminando en dirección a la salida, hay una mesa cuadrada igualmente de cemento, que se encuentra del lado del pasto y árboles.

### **Psicogeriatría:**

Al llegar a la unidad, se pasa por un patio, luego por una puerta que da acceso a lo que parecen unos dormitorios. Es un espacio amplio y bastante habitado; lo primero que se ve son dormitorios llenos de camillas. Tienen ventanas amplias que permiten la luz natural, los techos son altos y todo es prácticamente color blanco. Del lado izquierdo, están los baños; y del derecho, se encuentra un espacio con mesas, que es donde comen los usuarios. En el centro, hay un espacio para ver televisión con algunas sillas, detrás de éste, está una barra circular que es donde se encuentra el personal del hospital.

Al entrar, a veces hay ruido, gritos y movimiento, y se llega al encuentro con numerosos y diferentes cuerpos que viven dentro de la unidad: muchos en camillas, otros en sillas de ruedas y otros más, de pie. Además, es notorio el movimiento del personal médico, de enfermería y de limpieza. También hay algunos lockers viejos que probablemente guardan objetos personales, una tabla donde tienen fotos de los dientes de los usuarios y sus cepillos, así como algunas fichas pegadas sobre las camillas para identificar a los ocupantes.

### **USUARIOS**

MARTIN

Es un señor chaparrito que a veces, trae una gorra roja en la cabeza que dice Pablo, el nombre de su compañero de psicogeriatría, también tiene una mano lastimada que regularmente la mantiene lo más cerca de su torso. A pesar de llevar una gorra con el nombre de otro usuario sabe bien cuál es su nombre y hasta su apellido: “Martin Martínez”

Regularmente cuenta que trabajaba deshierbando y cosechando cebollas, calabazas, chiles, etc. -pero ya no lo hace porque ya no lo dejan-. Dice que por deshierbar no le pagaban nada, cuando hacía ese trabajo; que solo lo invitaban a comer unos tacos. Continuamente menciona que le gusta el chicharrón en salsa verde y que como ya no lo dejan salir, ahora trabaja en la noche sacando la ropa sucia del pabellón: suele contar una anécdota en donde una vez se resbaló con orines de sus compañeros y se golpeó la cabeza.

Por las pláticas con el profesor Carvajal, se sabe que Martín ha habitado el hospital desde su apertura y cuando él habla de su momento cosechando, es porque deja ver que aún recuerda el pasado de la institución como hospital granja y lo siente como si todo hubiese pasado el año anterior.

Le gusta pintar, pero esta actividad la desarrolla coloreando completamente las hojas y juntándolas para hacer un cuadro más grande. Algo importante de mencionar, es que cuando Martín desarrolla esa actividad, da paso al relato: este se centra principalmente en recuerdos de la siembra o sus paseos por la carretera con un doctor y en un camión.

Suele decir que él cuida de la casa de su doctor, el mismo que lo llevó hasta ahí.

Cuando Martín colorea, resalta algo que para él es sumamente importante: el trabajo. Se compara con sus compañeros de pabellón, y se describe a sí mismo como una persona muy trabajador aa diferencia de sus compañeros, ya que entre otras actividades que lleva a cabo resalta la acción de ayudarlo a las enfermeras a limpiar o recoger la ropa de los demás.

Él, resalta su gusto por la Coca-Cola, el picante, las tortas con salchicha y aguacate, así como el chicharrón con salsa verde, las tortas de longaniza y de chicharrón que venden afuera del hospital. Dice que ahí dentro solo le dan frijoles, habas y zanahoria, carne de res y pollo para comer. Cuenta que las cosas que a él le gustan, las venden afuera, pero que a él no lo dejan salir -“*aquí no hay libertad ya, se enojan*”-.

Menciona que los alimentos son proporcionados por una enfermera que trabaja ahí, quien le entrega 2 coca colas a escondidas de los demás usuarios -*“Ella siempre me trae mi Coca y una torta”*. Martín la llama *“mamá”* y ella le llama *“mi niño”*.

Martín puede dar detalles y ubicación del pabellón 1, ya que anteriormente se encontraba ahí; y comenta que en la época en la que él había estado ahí, se llevaba con su amigo, el doctor, que era muy bueno con él; fue quien le dijo que siempre tenía que ser trabajador y que no pidiera nada gratis, sino que debía ayudar para así ganarse las cosas. Es de allí su constante queja contra sus compañeros a quienes describe como personas flojas que -*“solo saben pedir”*. Cuenta que cuando ese doctor se fue, hubo un problema con unos estudiantes, y mencionaba que esos estudiantes eran personas malas que solo habían llegado a dar problemas. Dice que por eso lo cambiaron a donde ahora se encuentra (psicogeriatría), y después de eso, destruyeron la capilla que estaba detrás del pabellón.

Martin también relata que se siente ajeno al área en la cual se encuentra ahora (psicogeriatría), no conoce a nadie y dice que no lo dejan trabajar como antes lo hacía en el campo: -*“En el campo grandote; allá nací, allá afuera, allá por el pabellón uno. El doctor Antonio Talajero, me cuidaba el año pasado, él es el que me cuida, él es el que manda”*, *“Yo soy de allá afuera, Antonio Talajero me dejó aquí adentro, otro también que se llama doctor Nuñez me dejó aquí encerrado”*.

Martín no tiene vicios: -*“nunca fumo porque al doctor no le gusta”*-

Y a veces, el personal lo saca a que haga alguna actividad, como estar en el taller de cerámica.

## JACINTO

Es un señor que viste con ropa formal: de saco y zapatos. A diferencia de sus compañeros, que solo les permiten usar suéteres y crocs, a él le consigue la Psicóloga encargada del pabellón sus sacos, aunque no le ajusten del todo bien. Siempre es muy amable y le gusta salir a tomar el sol.

Está pendiente de cuidar su aspecto: dice que le hacen falta muchas cosas, como un buen reloj y zapatos. En repetidas ocasiones pide que se le lleve un saco nuevo porque el que solía usar, ya no le quedaba bien, y solo así él sería muy feliz y se pondría contento.

Él relaciona el uso de la bata blanca con “ser doctor”.

No le gusta el sabor de la comida del hospital y cuando tiene la oportunidad dice: –*“solo a los que trabajan aquí, si les dan de comer bien”*–.

Le gusta ver películas en la televisión que tienen ahí, pero dice que luego no sirve bien; que él también disfruta cuando las enfermeras ponen música, por ejemplo, –*“canciones de Vicente Fernández o Jorge Negrete.”*

Menciona el uso de medicamentos como algo frecuente: –*“aquí a todos nos dan medicamento por igual”*–.

Tiene recuerdos del antiguo pabellón (1) en el que se encontraba: –*“ahí estuve yo también, es que me cambió un enfermero”*–, además comenta que él solía tener un casillero–*“pero tumbaron todos los casilleros, todo lo que tenía en mi casillero, a la basura, ya tiene mucho que los quitaron”*.

## BENJAMIN

Es un señor alto y con cabello canoso. Casi no habla ni escucha, pero la forma de comunicarse con él es escribiéndole, ya que puede escribir y sabe leer.

A él, le gusta acostarse en su camilla y caminar bajo el sol, pero siempre va hacia la salida del hospital y trata de irse, por lo que el personal de vigilancia y enfermería, al querer darle “contención” le dicen que a las “cinco” mientras le muestran el número 5 con la palma, y posterior a ello, se dispone a regresar a su cama.

Tiene, según los diagnósticos de parte de los médicos, esquizofrenia residual y en el expediente se explica que se había detonado a partir del movimiento del 68, cuando él era un estudiante universitario.



Las preguntas le molestan, su voz es ronca y pareciera que le costara hablar, también en su andar y sus movimientos corporales se pueden denotar varios espasmos.

La psicóloga encargada parece que no le hace mucho caso.

VICTOR:

Es un hombre alto que no habla mucho, viste con un suéter en mal estado, y casi siempre está vendado de los pies, solo lleva puesto sus crocs.

Le gusta mucho el contacto físico y pide mucho que le soben la espalda, él con su mano señala exactamente la parte de su cuerpo que desea que le soben. Todo mediante señas, cuando es sobado o masajeador sonríe y ríe felizmente, cuando no es sobado se enoja.

A veces pareciera estar enojado con el personal, le grita fuerte y se va hacia su camilla a golpear el colchón varias veces, mientras reniega. A veces, cuando se encuentra con otro usuario por el pasillo y no logran pasar ambos, se empuja con el otro levemente y mira de forma brusca.

Víctor usa una andadera y con ayuda del personal, logra desplazarse. Cuando no es incluido en los paseos, debido a que se necesita personal con fuerza física para ayudarlo, él se molesta y refunfuña.

TOLENTINO

Reside en el pabellón 1. Es alguien que pareciera ser solitario, y el personal lo describe como un usuario “bien portado”, lleva casi 40 años en el hospital y por el momento pareciera que lo piensan dejar ahí. El personal suele llamarle -Tole-, y dicen que él no tiene familia que lo visite.

Se pueden observar heridas en sus pies descalzos, no habla y tampoco levanta mucho la mirada; a diferencia de los otros usuarios, Tole es reacio a comunicarse con señas.

Le gusta caminar, así como la música lenta y tranquila, eso relaja a Tolentino. Cuando se sienta en el pasto, siempre parece disperso y si se ensucia, poco a poco quita manualmente todas las pequeñas plantas y tierra que se le pegan. Cuando camina, con sus pies quita la tie-

rra y plantas que ve frente a él. Siempre parece estar absorto en lo que pasa a su alrededor. Cuando alguien pasa por su lado, no levanta mucho la cabeza ni ve alrededor.

Le gusta mucho colorear, es una actividad que desarrolla de manera rápida, con urgencia, y sin apartar la vista de la hoja incluso si ha pasado mucho tiempo coloreándola.

#### ADÁN Y NAPOLEÓN:

Se les ve juntos casi siempre y parece que son buenos amigos. Uno siempre busca estar con el otro y compartir actividades. Suelen acercarse a las enfermeras, piden permiso y luego hacen una fila para que les den unas chancas que se encuentran en una bolsa negra.

Adán siempre se presenta emocionado y a la vez, un tanto desesperado por salir a pasear.

Napoleón se hace cargo de mantener -el orden- del pabellón. En una ocasión se dió cuenta de que uno de ellos se había hecho del baño y lo desvistió, pues sus ropas estaban manchadas, para después entregarle su ropa a las enfermeras.

Napoleón les llama “*doctoras o mamá*” a las mujeres que transitan por su pabellón. A él, le gusta que le digan “bravo, bravo, Napo” para denotar que está realizando bien alguna actividad.

\*\*\*

En general, los -usuarios- están descalzos o con calzado dañado. A muchos de ellos se les ve paseando por los pasillos con los pantalones llenos de orín. Se puede percibir un gran número de usuarios que portan consigo prendas agujereadas y con telas delgadas que no los cubren del frío. Algunos tienen habilidades para jugar juegos de mesa. Solo pueden realizar las actividades que el personal médico les indique, a veces son talleres como el de cerámica. Constantemente, los premian cuando realizan alguna acción correctamente, según la mirada de los psicólogos que se encuentran laborando ahí mismo. Sus cuerpos parecen estar muy rígidos y faltos de actividad física. Se emocionan cuando saben que irán a ver una película o van a tener un evento especial, como las posadas.

## ANÁLISIS

Los elementos que la experiencia de campo, lo visto en él, la información proporcionada por los propios -usuarios- y también la información compartida por los entrevistados, me han servido para pensar los siguientes elementos:

### INSTITUCIÓN

La institución aparece repetidas veces en esta investigación no solo con una suerte de historización de la psiquiatría en México, sino también como una manera de ver y entender a la “locura” en la actualidad, rodeado de un discurso médico.

Un parteaguas para entender a la institución psiquiátrica ha sido “La Castañeda”, en el sentido que su construcción e historización llevan consigo procesos sociales que marcaron una época y consecuentes estructuraciones para la creación de nuevos hospitales.

*[Hospital] Adolfo Menieto, es un hospital que también se construye en la época de los sesentas en el tiempo de Díaz Ordaz, se construyen estos hospitales cuando se propone borrar del mapa el manicomio conocido como La Castañeda, el manicomio general, en esa década se construyen algunos hospitales como el Samuel Ramírez Moreno, el Adolfo Menieto, el Fray Bernardino. (dicho por Carbajal, Alberto).*

Estos pretendían cubrir el mayor porcentaje de personas internadas en la Castañeda posterior a su cierre en 1968<sup>11</sup>, es por lo que surge el interés en los pacientes de larga duración, puesto que estos “pacientes”, llevan marcas no solo en su cuerpo sino también en su historia referentes a este cambio. Personas que fueron trasladadas desde las afueras de la ciudad para ingresar a un “nuevo lugar”, un nuevo psiquiátrico, ¿Qué implica este cambio para las personas? ¿Cómo resignifican los espacios y sus vivencias? Algunos servidores de la institución piensan que ellos no tienen conocimiento acerca del traslado, otras más cuentan la historia de Martín, un usuario que fue trasladado de la Castañeda al Hospital Samuel Martínez Moreno: para evitar que se quitara la vida o se escapara de las instalaciones, quedando como un vagabundo

---

<sup>11</sup> La Operación Castañeda fue una estrategia para crear una red de hospitales psiquiátricos en diferentes estados de la república, para poco a poco reducir la población del Manicomio General y finalmente clausurarlo en 1968. (Ríos, 2008).

más o incluso muriendo en las calles, se le ha engañado, haciéndole creer que va a cuidar la casa de un médico.

*En el campo grandote, allá nací, allá afuera, allá por el pabellón uno donde está usted, allí los estudiantes, con el doctor Antonio Talajero, el me cuidaba el año pasado, él es el que me cuida, él es el que manda” “Yo soy de allá afuera, Antonio Talajero me dejó aquí adentro, otro también que se llama doctor Nuñez me dejó aquí encerrado”. (dicho por el usuario Martin).*

Cada una de estas personas entra con un expediente, que explica las causas y afecciones que tienen y terminan con un diagnóstico, que eventualmente le colocará una etiqueta para su clasificación. Y todavía, como en la época de La Castañeda, se siguen agrupando a los usuarios en pabellones de acuerdo a síntomas similares.

*Son expedientes que no te dicen nada porque son tan técnicos, si acaso el citar el supuesto delirio, la supuesta alucinación, estas cosas que ya no sé exactamente qué quieren decir porque creo que son saberes tanto para esa experiencia alucinatoria o la experiencia delirante son saberes que conviene empezar a estudiar como tales y no como parte de una producción patológica. (dicho por Carbajal, Alberto)*

Por las pláticas con el profesor Carvajal, sabemos que Martín ha habitado el hospital desde su apertura y cuando él habla de su momento cosechando, es porque deja ver que aún recuerda el pasado de la institución; como el Hospital granja que en algún momento fue y lo siente como si todo hubiese pasado el año anterior, aunque ese concepto de Granja desapareció:

*Bueno en México todo aparece y desaparece misteriosamente, entonces yo me imagino que es parte de una mala administración, mal funcionamiento. (dicho por López, Erick).*

Carvajal, no solo por su experiencia en el hospital sino por su formación, tiene una relación diferente con la “locura”, en su lenguaje aparecen las palabras amigo y compañero, la visión de una persona en lugar de un paciente, para él, los diagnósticos no van más allá que una mera clasificación separatista de los mismos sujetos. Y la locura no es propia de los que antes

se conocían como endemoniados, ni enfermos mentales, sino que todos tenemos un poco de ella:

*A diferencia de lo que ocurre en los hospitales actualmente: alguien que entra así, desahogado, como el amigo de este arquitecto, al que no lo dejan que viva su locura. Lo enchufan con mil medicamentos o bien, lo sujetan como estábamos hablando hace un momento, si está en una crisis fuera de sí y hay como una especie de oclusión de la locura o de esa experiencia de la que llamamos locura, de la que nadie está exenta. (dicho por Carbajal, Alberto)*

Por otro lado, el discurso del Dr. Erick López, psiquiatra de formación desde la universidad La Salle y que ha trabajado en el ámbito psiquiátrico aparece como un discurso más contrastante:

*La persona llegue descontrolada, es decir, con agresividad o con un peligro que sea un riesgo para sí mismo, para los demás, ya sea su familia o la sociedad, se ingresa como en cualquier otra institución pública o privada, un tiempo recibe un tratamiento, no está más allá de 30 días (...) y se reintegra al núcleo familiar, es decir, puede funcionar también como un hospital psiquiátrico. (dicho por López, Erick)*

Respecto a su descripción, sigue siendo una persona recluida, por ser un peligro para sí mismo y para los demás, como bien lo señala Basaglia y que deja ver que ese estigma sigue estando presente a nuestras fechas.

*Los asilos de alienados tienen por cometido defender a los ciudadanos de ciertos sujetos que presentan un comportamiento desviante, que los médicos han denominado patológico: cualquier individuo «peligroso para sí mismo y para los otros» es internado. (Basaglia,1972:285)*

## LOCURA Y ESTIGMA

*La psiquiatría observa al loco, pero éste es elegido por la sociedad. En consecuencia, el saber psiquiátrico tiene como sustrato los referentes sociales y culturales para definir la anormalidad. (Ríos, 2008:83).*

Como lo hemos visto a lo largo de la historia la locura se ha significado de diferente manera, Foucault, nos ha llevado de la mano a la Historia de la Locura en la época clásica; Desviat, nos ayuda a comprender el proceso de institucionalización de la locura, que aporta elementos para ir construyendo el gran paradigma médico-psiquiátrico, que sigue teniendo raíces aún en nuestros días; Sacristán, nos plantea pensar más allá de lo biológico y pone en cuestión el paradigma psiquiátrico entramándolo con los aconteceres sociales.

Es por lo que trato de pensar a la locura en la actualidad y para ello hemos de cuestionar si estos han cambiado en su significación, aunque todo apunta que no :

*Se sigue viendo a la persona con discapacidad psicosocial como un loco peligroso como si estuviéramos en el siglo XIX, el hecho de que continúen existiendo hospitales psiquiátricos favorece que sean vistos como manicomios [...] pero mientras México continúe con modelos asilares de atención psiquiátrica cómo lo es su red de hospitales que hasta la fecha continúan, el estigma seguirá vigente y no los van a dejar de ver cómo los locos peligrosos del siglo XIX. (dicho por, López, Erick)*

El Dr. Lopez nos ilustra un poco acerca de estas condiciones sociales, que conllevan en sí mismas una potente carga histórica, los locos, los desviado, los enfermos, los endemoniados, tantas y tantas significaciones que se juegan alrededor de estos sujetos, refuerzan una y otra vez los estigmas, que perpetúan la violencia y el entendimiento de que existe lo normal y lo sano.

*Esta presencia del saber psiquiátrico y los referentes culturales para definir quién merecía el encierro terapéutico marca la diferencia entre enfermedad mental y locura. (...) la segunda tiene que ver con los referentes usados por cada cultura para aislar a quienes asumen como poseedores de una naturaleza “anormal”. (dicho por Ríos, 2008:82)*

Y pensando en todas las veces que he escuchado, incluso dentro del Hospital, que las personas de ahí dentro son violentas, me hace reflexionar: cuando se habla de los psiquiátricos o de las personas usuarias de estos espacios, se reflejan en nuestra mente una serie de imágenes, que no son al azar, sino que vienen construidas desde lo social; tantas películas de cine nos han mostrado al homicida, al asesino serial, al enfermo, desde una perspectiva en donde el diagnóstico es fundamental, en donde los actos brutales y la agresividad se refleja en la cara, en los gestos y en los movimientos erráticos.

*Habló de la minoría porque no es un estigma tener una discapacidad psicosocial, no es igual a ser, a tener mayor proclividad a ser delincuente; no tiene nada que ver. Poquitas personas, el 1% de las personas que padecen discapacidad psicosocial cometen delitos. (dicho por López, Erick)*

Y esas etiquetas de agresivos o delincuentes enfermos, parecen desvanecerse cuando existen, por ejemplo, usuarios como Víctor, quien más que demostrar una actitud violenta, está en busca de afecto, pidiendo caricias en el cuerpo y que pueda pasear en los pastos acompañado de alguien. O Martín que lo que pareciera más importarle es ser trabajador y no pedir las cosas gratis. O Jacinto que primero que nada cuida de su apariencia para estar presentable. O Benjamin que espera pacientemente las 5pm para poder salir de ese lugar. O Tolentino que incluso es nombrado por las personas del Hospital como un usuario bien portado, que solo quiere caminar descalzo por el pasto. O Napoleón que busca el reconocimiento y aprobación de alguna figura materna, y hace cosas positivas para ser aplaudido. O Adán que busca la amistad de su compañero.

Podemos hablar, entonces, que el entendimiento del otro, otro marcado por un “diagnóstico”, está atravesado por las concepciones histórico/socio-culturales acerca de la dicotomía entre locura y razón. Para ello los diagnósticos funcionan como una herramienta no solo para “entender las afecciones”, por medio de manuales, sino también un modo de estigmatizar y clasificar a las personas dentro del espacio psiquiátrico. Y que ello también se traduce en un trato estigmatizado, que viene el trato en sí mismo ya atravesado por ideas y referentes sociales. Como cuando el personal del hospital no deja que los usuarios se acerquen mucho a las personas que están visitando su pabellón, por tener miedo a que puedan ser violentos de un momento a otro, aunque no sea así en su cotidiano. Tal es el caso del usuario Víctor, a quien no

lo dejan salir si es que no es acompañado por una o dos personas que lo vigilen de no tornarse violento y de no estar disponibles, lo dejan recluido en su pabellón.

*Por una parte, se trata de encerrar a los individuos que pueden causar daño a la sociedad, por otra, se trata de poner medidas de curación a personas enfermas. (Desviat, 1994:19)*

El Dr. Erick López menciona que este estigma orilla al aislamiento y exclusión, misma que no solo está puesta sobre las personas sino también sobre los que se mueven dentro del área psiquiátrica, como en el caso de los psicólogos sociales:

*Es que hay poca difusión de la carrera y de que la mayor parte de las personas no tiene ni la más remota idea de que es un psicólogo social. [...] la falta de información y la ignorancia muy probablemente genere un estigma como suele pasar, (...) hay poca difusión de lo qué es la carrera y a qué se dedica específicamente un psicólogo social. (dicho por López, Erick).*

Si bien es cierto, parte de estas construcciones también devienen de la construcción de figura del psiquiatra médico, este campo sigue en juego bajo el velo de las creencias, el miedo y la anormalidad, que colocan una barrera de acercamiento y entendimiento del otro, no como paciente o loco sino como persona.

## EL LENGUAJE Y LAS PALABRAS

En el lenguaje del Dr. Erik, aparecen palabras como “discapacitados psicosociales”, paciente y contención: *“un hospital, un sanatorio o una clínica que trate personas con discapacidad psicosocial no difiere o no debe ser diferente, mejor dicho, que las comodidades y servicios que tiene cualquier otro proveedor en materia de salud”.* (dicho por López Erick)

Rescatando un poco de las ideas de Goffman (1961) en cuanto a nombrarlos de una forma distinta y verlos como sujetos de derecho: *-ideas que llevó a pensar en nuevas formas de ver y nombrarlos [...], como sujeto vivo, con derechos y con demandas de una vida vivible.-*



Dentro de mi experiencia de campo, la importancia de las palabras que va de la mano con las construcciones sociales, es un tema clave. Foucault, muestra elementos importantes para repensar “el nombrar”: tomaré en cuenta lo ya dicho anteriormente, con una suerte de dilucidar la importancia del lenguaje y las palabras en el encuentro con los otros.

El lenguaje se presenta como un complejo sistema no solo de signos sino de significaciones construidas socialmente, una herramienta que permite la comunicación (o no) con las personas. Podemos decir, entonces, que el nombrar también nos permite desarrollar un vínculo, un acercamiento y relación con el otro, que permea el trato y las dinámicas de ese vínculo en determinado momento (o momentos).

Ahora las personas llamadas ahora usuarias o “discapacitados sociales”, han tenido varios adjetivos a lo largo de la historia, tales como: locos, endemoniados, poseídos, dementes, enfermos mentales, raros, pacientes.

Estas etiquetas permean la relación y marcan una diferencia, *los de adentro y los de afuera* de la institución psiquiátrica, aunada a las construcciones de la imagen, los médicos, psiquiatras, especialistas y trabajadores, se uniforman, no solo con batas blancas, sino con placas e identificaciones que denotan quienes son, y qué rol desempeñan, en cambio los usuarios su carta de presentación son vestuarios rotos y ropa que regularmente no es de su medida, añadido al expediente, junto con todas las afecciones.

Benjamín, diagnosticado con esquizofrenia residual y en su expediente se explica que ello se había detonado a partir del movimiento del 68, cuando él era estudiante universitario. Martín, Jacinto, Benjamín, Víctor, Tolentino, Adán y Napoleón, usuarios tanto del pabellón 1 y de psicogeriatría, son presentados por las enfermeras de acuerdo a su diagnóstico, y en algunos casos advierten de sus conductas; en cambio ellos, saben que los que llevan bata blanca son Médicos, los que están en la entrada son policías, es decir hay un entendimiento de la posición y el rol de los otros, pero con un potencial diferenciador que es el uniforme.

Carvajal nos muestra un cambio, no tratar de comprender las causas, sino más bien el escuchar, incluso su delirio, escuchar su dolor o simplemente acompañarlos.

*Entonces, de lo que se trataba más bien, no era tanto de lo que había pasado para que ellos llegaran al hospital, si no, ¿qué era lo que ellos estaban haciendo en el lugar?, es decir, ¿qué es lo que hacían una vez que ya habían llegado ahí?, ¿cómo se las arreglaban para estar en ese lugar miserable, porque sigo sintiendo que los hospitales en general siguen siendo lugares bastante miserables y por ello, el propósito era más bien preguntarse e indagar, más que preguntar [...] Una vez que prescindimos de eso, nos abocamos más bien a acompañar a las personas que estaban ahí, a acompañarlas en el tiempo que podíamos acompañarlos y a ser lo más horizontales posible, porque es un tiempo que lo utilizábamos más bien para estar con ellos y para que a través de nosotros, ellos puedan hacer algo. (dicho por Carbajal, Alberto)*

Este acercamiento planea ser una alternativa a la ya distante y diferenciada relación que se plantea desde un inicio con aquello que han sido marcados a través de un diagnóstico.

Él, precisamente nos relata un evento: una chica en el pabellón de mujeres se desvistió y mostraba su cuerpo y torso desnudo, entonces llega un psiquiatra y le dice:

*“¿y ahora tú que haces mostrando tus miserias?”. Yo estaba muy cerca de ese evento, dije: “uh la que se va a armar” y no, justamente a partir de eso, la chava empezó a reírse, se dió la vuelta y se fue a poner un pants”*

*El decirle a una persona con discapacidad psicosocial "¿otra vez estás enseñando tus miserias?" No importa que con esa intervención la persona se vuelva a cubrir, es un trato indigno y degradante. (dicho por Carbajal, Alberto)*

Lo que deja ver nuevamente un trato hacia los usuarios desde la violencia institucional y los roles de poder, de los que hablaría Foucault, y ante eso, el Dr. López menciona:

*A ver, número uno, no debe existir desde la perspectiva de los derechos humanos, una autoridad vs. paciente o usuario; uno de los principios de los derechos humanos es la universalidad, es decir, todos somos iguales, para empezar. Dos, la forma en la que esta persona, ahora sí que haya sido quien haya sido ¿verdad?, en realidad no me interesa su función dentro del hospital; vulnera por completo los derechos humanos de las personas con discapacidad psicosocial toda vez que la está tratando de manera*

*indigna y eso es un delito, es decir, a nivel de tratados internacionales, hay un protocolo que se llama "protocolo de Estambul" que por cierto, hace algunos años todos los hospitales psiquiátricos de México tuvieron observaciones por parte de la Comisión Nacional de Derechos Humanos, con relación a malos tratos, crueles, inhumanos o degradantes. El protocolo de Estambul estudia la tortura, pero no solo se llama así, se llama "Protocolo para acreditar la tortura, malos tratos, crueles, inhumanos o degradantes"; entonces el decirle a una persona con discapacidad psicosocial "¿otra vez estás enseñando tus miserias?" No importa que con esa intervención la persona se vuelva a cubrir, es un trato indigno y degradante; así que es un delito. (dicho por López, Erick)*

Además, este hecho coloca sobre la mesa un tema bastante delicado y contundente que es: el cuerpo y la sexualidad. El cuerpo de los usuarios, pone en juego, la sexualidad, el erotismo y los afectos. Regularmente se piensa que los usuarios deben ser vigilados para evitar el "coito" e incluso reprendidos por actos auto exploratorios y masturbatorios se hacen en un espacio visible o íntimo. Partimos pensando que el cuerpo está atravesado por construcciones sociales, el cuerpo al vivirse hombre, mujer, joven, adulto, etc. nos posiciona y nos marca en las vivencias, pero estas personas, que llevan una larga estancia en el hospital psiquiátrico: la corporalidad y la sexualidad pareciera que están nulos, e incluso castigados y reprendidos cuando no es el caso de un encuentro consensuado:

*Hay que considerar también el tema de la sexualidad, si no tienes vigilado a todos los pacientes desde un nivel, llamémosle "plano óptico" de alguna manera, algo que te permita ver si un paciente se pueda pasar de una cama de otro, entonces no sabes si hay una actividad sexual consensuada entre los pacientes. Si tienes que vigilar que eso no pase; no puede haber actividad sexual ahí. (dicho por Erick López).*

Entonces, si la sexualidad está planteada como un derecho ¿cómo proceder con los usuarios de los hospitales psiquiátricos? En primera instancia tendríamos que saber ¿qué se está entendiendo por sexualidad? Y después qué demandas tienen los usuarios en este ámbito, ¿Cómo viven su erotismo? Desde una mirada médica, contener este tipo de actos plantea que no existan relaciones, al menos las no consentidas entre pacientes, y esto abre a otra pregunta

¿pueden dar consentimiento o no? ¿Y de ser así, qué pasa con los usuarios que consienten tenerlas? Respecto a esto, la institución se ha mantenido de manera autoritaria en evitarlas:

*Ahí si es una paradoja, es un derecho humano, pero al mismo tiempo, como institución sanitaria, pues no sé puede admitir que exista sexo entre los pacientes. ¿Qué podría pasar? A lo mejor en algún momento derivas en, no voy a decir una orgía, pero a lo mejor actividad sexual entre cuatro o cinco pacientes y estamos hablando del mismo sexo. Casos en el Fray Bernardino aislados, muy muy aislados que tienen su actividad en el jardín. Hay pisos de hombres y pisos de mujeres; en donde han salido mujeres embarazadas, ¿cómo jurídicamente explicas eso a la familia? Es un tema, pero el Fray es de agudos; el Samuel es de crónicos y solo de hombres. (dicho por Dr. López).*

La responsabilidad de la institución, ¿que tanto ha invisibilizado la sexualidad? ¿se ha negado a ver que el usuario, puede poseer una sexualidad? Y aunado a eso, la idea que se crea alrededor de los usuarios respecto a este tema tanto en la institución como en las familias, pensarlos como seres sexuados, pareciera aberrante, impensable, e incluso estigmatizante. Si se permitieran los encuentros sexuales, quizá tendrían que hacerles exámenes médicos para llevar un seguimiento de su salud sexual, a no ser que se siga pensando que tendrán infecciones por el hecho de tener actividad sexual entre hombres. Como en el caso de La castañeda y su pabellón de infecciosos, donde metían a las sexoservidoras en ese pabellón, dando por hecho que estaban enfermas, y ni siquiera se les hacían estudios para quizá, pasarlas a otro pabellón. Entonces, ¿qué implica el placer, el erotismo y la sexualidad en los usuarios?:

*Bueno, el tema de la autoexploración es un tanto más sencillo porque quién está explorando, a lo mejor identifica el movimiento o la conducta abajo de una sábana o sin sábana pero está en su cama, punto y se acabó, se respeta el tema y ahí no se meten. El problema es cuando se meten a otra cama o cuando dos personas ya no están visibles, ya no están a la vista, dónde se fueron [...] La vigilancia siempre será un alter ego, es decir, aunque sea una persona que esté vigilando a diez personas, se encarga de que no hagan lo que no tiene que hacer. (dicho por Erick López)*

Mantener la vista en los cuerpos, en el movimiento ¿cuánta privacidad se les otorga a los usuarios? ¿Acaso estaríamos hablando de un trato de vigilancia y control? Incluso cuando se habla de masturbación están vigilados, la vigilancia de esos cuerpos, el control y la represión, me hacen pensar en Foucault y su aporte con el término de biopolítica: que nos permite pensar en la forma en que se ejerce el poder y el control sobre los cuerpos, sus fluidos, sobre sus sensaciones y su goce, ¿cómo pensar estos cuerpos más allá del mandato y discurso institucional? ¿Cómo pensar la sexualidad de los usuarios?

Más allá del coito, la penetración, se juega algo importante también, que es el afecto junto con el tacto: en nuestra vida cotidiana el contacto está presente, desde los abrazos, los saludos, el roce, regularmente estamos siempre en contacto con los otros, ¿pero qué pasa con los cuerpos de los usuarios que probablemente tiene poco tacto? El contacto que puedan tener dentro de la institución, no iguala lo que se construye desde el lazo familiar y social afuera del Hospital. Y, es a partir de esas pocas interacciones, que los pacientes demandan ese afecto y tacto, como es el caso de Victor.

*Él con su mano señala exactamente la parte de su cuerpo que desea que le soben. Todo mediante señas, cuando lo sobaban o masajeban sonreía y se reía felizmente, aunque a veces si paraban de hacerlo se ponía molesto.*

O la búsqueda de afecto maternal como es el caso de Martín y Napoleón que llaman a las enfermeras como *mamá*.

## DE PACIENTE A USUARIO

Tanto Carvajal Alberto y López Erick, nos han mencionado que el cambio de nombre no ha sido más que un cambio administrativo, me cuestiono ¿si no cambian los tratos, por qué ponemos tanta atención en cómo llamarlos?

*El cambio de término a "usuarios" deriva de la necesidad de ser congruentes con el derecho administrativo, no existe otra razón; es decir, somos servidores públicos cuando brindamos atención en una institución pública, por lo tanto, la contraparte, bueno, la persona que recibe el servicio se le denomina usuario. (dicho por López, Erick)*

En este sentido puede generarse un cambio si la palabra usuario ha sido resignificada, y plantea en sí misma una nueva mirada a las personas “usuarias” de estos espacios psiquiátricos, pero pareciera que esta nueva palabra funciona más bien como un sinónimo de paciente o discapacitado psicosocial, pero que es más agradable para las cuestiones administrativas:

*En pocas palabras se les ha tratado igual antes, durante y después, en la transición de nombrarlos de pacientes a usuarios, no hay diferencia. (dicho por López, Erick)*

En este sentido usuario, paciente, loco, demente, discapacitado psicosocial, están sujetas a nociones separatistas ya no solo por los roles que se cumplen dentro de la institución psiquiátrica sino también por las construcciones desde el carácter jurídico:

*Estaría de acuerdo que hace que las personas se sientan ajenas al médico que les brinda la atención, pero bueno, finalmente las instituciones también desde un carácter jurídico administrativo necesitan esa figura, o mejor dicho, ceñirse en la figura que el derecho indica. (dicho por López, Erick)*

Esta figura vuelve a ceñirse a las nociones dicotómicas sociales, para definir ahora jurídica y administrativamente la salud mental: en la noción de sano-enfermo.

Pero ¿cómo se nombran ellos? Los usuarios se reconocen a sí mismos por su nombre, y a quien haga uso de batas blancas, los nombran como “doctores” aunque solo sean estudiantes. Con el tiempo la palabra amigo aparece, los gestos se presentan, los no, los sí, las muecas y los sonidos, otra de las características en dos de los usuarios presentados en el apartado de Contenido, es el uso de la palabra mamá, a las compañeras mujeres y a las enfermeras, esto me hace preguntar ¿qué papel tiene la figura materna en los internos? ¿Cómo ésta palabra (mamá) configura relaciones con el personal de trabajadores del hospital? y más importante aún, ¿por qué pensar en nombrarlos cuando ellos presentan alternativas para nombrarnos a nosotros y nombrarse a sí mismos?

Otro de los elementos que podemos recatar es lo que Carvajal, Alberto nos ha de mencionar:

*El cambio mas visible que ha tenido el sistema psiquiátrico es referente al trato: “lo más llamativo me parece el cambio en el trato muy policiaco quizás, muy cuadrado*

*que antes se utilizaba (...) y el trato muy punitivo [...] en el Samuel y en ninguno de los otros hospitales que anduve me tocó ver que utilizaran camisas de fuerza, aunque en cada uno de los pabellones había lugares de castigo y aislamiento eso sí se ha modificado quizás un poco el abandono, hay más personal, mayor cantidad de medicamentos y eso me parece que es muy visible” (dicho por Carvajal)*

Eso se vincula con lo que se vivió en el Hospital general (La Castañeda), podemos encontrar algunos estudios que hablan de los castigos, modos de tortura e incluso abandono en las instalaciones. Paulo Amarante nos expone el caso de un hospital psiquiátrico en Brasil, en el cual una mujer perdió la vida en una de sus celdas, al ser castigada, el cuerpo fue encontrado años después, ya que las autoridades, médicos y servidores de la institución “se le olvidó” que la mujer se encontraba en esa habitación, su silueta se quedó marcada en la pared hasta el día de hoy.

*En esa época había medicamentos, pero no dejaba de haber estos tratamientos de aislamiento y electrochoques, en esos momentos de crisis de lo que llaman que algo ocurrió o alteró un cierto orden del hospital porque lo que tiene que primar en el hospital, como en todo hospital es la tranquilidad, entonces cuando esto se ve alterado es cuando recurren a esos métodos. (Dicho por Carbajal, Alberto)*

La terapia de electrochoques era muy común en el Hospital General, se administraban no solo como terapia sino también como herramienta de castigo, en algunos hospitales de Italia también utilizaban el ahogamiento parcial para el control de las personas. Estos métodos de “contención” fijados más bien en torturas, en algunas ocasiones acababan con la vida de la persona o empeoraba su situación psicoemocional. En la actualidad existen varios tipos de técnicas que son:

*Hay contenciones de diferentes tipos. En primer lugar, está la contención verbal, esto es, uno acude frente a la persona con discapacidad psicosocial para intentar dialogar con ella y disminuir su riesgo de generar daño para sí mismo o para los demás, sería la contención verbal. La siguiente contención, el segundo tipo de contención que utilizamos es la contención ambiental, esto es, se integra a la persona con discapacidad*

*psicosocial a un ambiente diferente en el que está en ese momento, entonces se lleva al paciente o usuario al jardín, se calma, incluso puede correr, puede hacer ejercicio, lo que él necesite, por supuesto que tiene que estar vigilado tanto por un equipo multidisciplinario, el psiquiatra, camilleros, personal de enfermería y demás. El tercer tipo de contención es el farmacológico, cómo te das cuenta, estamos subiendo de nivel dependiendo de la interurrencia o eventualidad que tengamos con personas con discapacidad psicosocial que sienten o que están a punto de perder el control. La contención farmacológica hay dos formas de administrarla, para este momento nosotros contamos con un consentimiento informado, ya sea por parte del paciente o por parte del familiar que nos autoriza a tener este tipo de intervenciones; la contención farmacológica puede ser voluntaria o involuntaria. (dicho por López, Erick)*

Pero ¿esta contención ha dejado completamente fuera a la contención física<sup>12</sup>?

*Hay también varios tipos de contención física, la de dos puntos, le llamamos así cuando se sujeta con herramientas que se llaman sujetadores que son una especie de cinturones, se sujetan las extremidades superiores a las muñecas y a las manos, siempre vigilando el estado circulatorio, es decir, que no se apriete de más a la persona y no se le deja más de una hora [...] Ahora bien, otro tipo de sujeción es la de cuatro puntos, ya hablamos de dos puntos. Cuatro puntos serían extremidades superiores, extremidades inferiores; cuando la persona está o impide su atención por medio de sus piernas, su agitación está descontrolada. La sujeción de cinco puntos son las extremidades superiores, inferiores y el abdomen, y finalmente, la sujeción de seis puntos involucra la cabeza; se sujeta al paciente en la cara frontal del cráneo hacia la cama porque hay pacientes que cuando te acercas a tomarles los signos vitales te muerden (dicho por López, Erick)*

---

<sup>12</sup> En resumen, hay cuatro tipos de contención: la verbal, la ambiental, la farmacología en sus dos modalidades, voluntaria o involuntaria, y la física en sus seis modalidades de sujeción, dos, cuatro, cinco y seis puntos. (dicho por López, Erick, 12)



Las contenciones a lo largo de los años han cambiado, pasaron de camisas de fuerza a otras alternativas, mayormente con el uso en la actualidad de fármacos:

*La contención farmacológica, [...] involuntaria, se le administra a la persona en contra de su voluntad el medicamento con el objetivo de disminuir el riesgo de que se haga daño o a personas a su alrededor, ejemplo, que se esté golpeando en la cabeza, que este golpeando a otros pacientes, que este destruyendo mobiliario del hospital y que no exista otra forma de contenerlo más que sea mediante la administración de medicación en contra de su voluntad. (dicho por López, Erick)*

Pero ¿estas nuevas alternativas dejan de ser punitivas? El avance del conocimiento científico en el ámbito de la psiquiatría ha generado la creación de medicamento para la supresión, relajación y calma de los usuarios en una crisis:

*Ahora más el uso de los medicamentos es mucho más pacífico el trato, un paciente me decía hace tiempo que los medicamentos son como camisas de fuerza neuronales, por ello ya no es necesario el uso de fuerza, de sujetarlos a los camastros, de aislarlos o pasar por esta terapia de electrochoques con los medicamentos, con una subida de la dosis ya tienen más control de sus cuerpos que están de pronto en alguna crisis, eso ha modificado el paisaje del hospital y el trato se ha modificado, aunque sigue siendo un trato donde el diagnóstico no deja de convocar una discriminación, son usuarios de un servicio psiquiátrico y eso los coloca en cierta desventaja. (dicho por Carbajal, Alberto).*

Esto abre un nuevo campo, si bien es cierto, el medicamento “trata” de ser menos agresivo, invasivo y una alternativa frente a las contenciones físicas, pero se sigue sujetando, tomando el control ahora de todo, la inmovilización del cuerpo desde el cerebro. ¿De qué manera los usuarios resignifican esta experiencia?

*“ Es una camisa de fuerza neuronal” (Dicho por un usuario)*

*Hay intervenciones que en esos momentos de crisis que no necesariamente tienen que ser, vía la fuerza, por eso es que de inicio todas esas intervenciones son miserables,*

*sin embargo, una vez que ya ocurren pueden ser vividas de diferentes maneras (...)  
conviene matizar a partir de estos eventos. (dicho por Carbajal, Alberto)*

¿Acaso no nos ha dejado la enseñanza de que en algunos casos las personas que ingresan en el psiquiátrico vienen de sistemas más autoritarios que otros, que sus cuerpos han sufrido ya bastante tortura como para entrar a otro sistema de poder, autoridad, represión y castigo, solo que ahora más aislado y validado por las autoridades? Las -sujeciones gentiles- logradas con el amarre de los cuerpos a las camas, gracias a los nudos y ataduras que logra hacer el personal del hospital con las mismas sábanas de las camas, no se salvan de entrar en estos sistemas de castigo y sumisión. Probablemente en ciertas situaciones es necesario una contención del usuario cuando se encuentra en medio de una crisis o que ponga en riesgo la salud e integridad de otro interno, pero no debería convertirse en lo común o la solución rápida / ya conocida. Además de reforzar el acompañamiento durante todo el proceso y mostrar empatía a lo que está experimentando la otra persona, porque no se trata de someter al cuerpo y esperar a que le pase el ataque en su soledad.

*Aquí a todos nos dan medicamento por igual. (dicho por Jacinto).*

Cuando el medicamento es suministrado en los cuerpos de los internos, no termina ahí la tarea para el personal de cuidado, sino que debería haber esa estancia para acompañarlos y platicar un poco sobre cómo se encuentran.

## QUEHACERES DE LOS USUARIOS

Algunas de las actividades que se realizan en el Samuel Ramírez Moreno tienden a ser demasiado infantilizadas, lo que me ha llevado a pensar en la relación entre el saber y el usuario, desde la forma en la cual los servidores se refieren a ellos “como niños”, las actividades y materiales ofrecidos, los talleres etc.

*Es que tampoco pueden tener muchas actividades, llamémosle así, porque la mayoría son crónicos y su disfunción cerebral les impide tener muchas actividades, pero sí por lo menos vigilados, limpios, procurados. (Dicho por Dr.López)*

Sin embargo, parte de las actividades desarrolladas a cargo del profesor Alberto Carbajal, ha dado para pensar en el surgimiento de talleres y actividades no para los usuarios sino surgidas desde los usuarios mismos:

*Les preguntaron a los estudiantes que si tenían algunas actividades, algún juego para ellos, alguna manualidad..., Y claro, eso se haría pero también dependía si esa petición venía de parte de ellos, y sí, de repente ellos también solicitaron una hoja o un plumón o una crayola aparte del cigarro. De pronto surgían estas demandas de materiales; alguien quería escuchar música, por ejemplo, entonces la música fue un elemento muy conector de estos grupos que iban de visita de la UAM. (dicho por Carbajal, Alberto).*

Pero no solo eso, a través de las demandas de los usuarios hacia el uso de ciertos materiales podemos ver a través de sus ojos, un ejemplo de ello fue la apertura que dio el uso de la fotografía como una herramienta de acercamiento:

*Uno de los chicos, Miguelito, se interesó mucho por las cámaras fotográficas y partiendo de ese interés hicimos proyectos de fotografía, lo cual fue una iniciativa que partió de Miguelito, pero se transmitió a partir de que contaba Miguel con una cámara [...] nos dimos cuenta que con esa sensibilidad ellos convierten el espacio miserable en muchas cosas. (dicho por Carbajal, Alberto)*

El resignificar estos espacios conlleva una nueva mirada a ese espacio, a esos pasillos y pabellones, plantea mirar-nos, e incluso generar un poco de dinero:

*Retomar las actividades del campo, como el Hospital granja que en su momento fue el Dr. Samuel Ramirez Moreno; a lo mejor, imaginemos que sean jitomates y chiles, y una vez cultivados, los mismos pacientes los ofrecen a la venta y se generan sus propios ingresos para comprarse su ropa, no sólo estar ahí dependientes. (dicho por López, Erick).*

Convertir el espacio en un espacio de ellos, del que puedan apropiarse, propondría una nueva forma de entender y acercarnos no solo a los psiquiátricos, sino a aquellos que se han marcado como diferentes.

## NUEVOS ENTENDIMIENTOS

El Hospital Psiquiátrico, me ha llevado a confrontar los temores propios acerca de la locura, este espacio abre a pensar en nuevas alternativas para las personas y el trato, a la vez que devela la violencia sistémica en la que los usuarios están inmersos no solo dentro de la institución sino también en el sistema sociocultural. Pensar que el psiquiátrico puede ofrecernos una mirada a las relaciones que entre los mismos usuarios hacen, es un camino para saber cómo acercarnos a ellos:

*Se apoyan en las relaciones que existen entre ellos y en aquellos que en esas relaciones tienen un lugar de respeto, hay algunos compas que tienen un lugar que los demás miran como un lugar de confianza, de respeto y los enfermeros que son muy observadores de estas relaciones se apoyan en estos compas que pueden permitir que las cosas puedan realizarse, que puedan colaborar, porque hay estos otros que hacen que las órdenes o la forma como se lleva el servicio puede ser más viable. (dicho por Carbajal, Alberto)*

El servicio social de los compañeros de UAM, ha sido un parteaguas frente a la formación de otras instituciones, la manera interdisciplinaria, no sólo requerida en la investigación, puede funcionar como una herramienta para la atención y vínculo con los usuarios: la interdisciplina, nos hace conocer Lawrence Grossberg, que permite ver un fenómeno desde diferentes ópticas y ser reflexivos, en la medida que esta reflexión pueda llevarnos a una conciencia del fenómeno y su eventual producción de conocimiento. En este sentido, la interdisciplina, se juega dentro del campo psiquiátrico, cuando las disciplinas tanto médicas, como psiquiátricas están limitadas al entendimiento de los usuarios:

*El líder de la operación pienso que debería ser un psiquiatra capacitado en materia de derechos humanos (...) En seguida, dos brazos, el derecho y el izquierdo; el derecho tendría que ser trabajo social, paradójicamente con los que pudieran pensar*

*otras personas; y el izquierdo, enfermería. De ahí, una parte importante sería, un sociólogo, perdón, antes del sociólogo, psicología. Esas serían las primeras líneas de defensa de derechos humanos para la persona con discapacidad psicosocial; psiquiatría, enfermería, trabajo social, psicología, sería lo básico y ya si tenemos un poco más de posibilidad, sociología y antropología (...) el objetivo es que regresen a sus casas, a sus comunidades; bueno, el objetivo de la psiquiatría moderna. (dicho por López, Erick)*

Priorizar la interdisciplina dentro de estos espacios permite tener un mayor entendimiento, acercamiento y escucha, así como la consideración de sus derechos y el acompañamiento en sus procesos, es decir, un trato más humanitario. Esto al igual cerraría un poco las brechas entre usuario y servidor, entre médico y enfermo:

*Yo no participo, al tener esta relación con los usuarios, contando que sea horizontal sin la bata, permitió en su conjunto de la comunidad que trabaja en esta comunidad también tener otros tratos con los usuarios. (dicho por Carbajal, Alberto)*

Y entre una de estas características está el uso de las batas blancas que marcan una diferenciación física y corporal con los usuarios. En el servicio antes de entrar a los pabellones, podemos visualizar al equipo médico, y los trabajadores, con uniformes impecables, con batas pulcras y blancas, e incluso alumnos de la UNAM o La Salle, llevan esta distintiva prenda, pero contrasta visualmente con las ropas de los usuarios: *“cuidado con el olor, ellos se ven así, pero si los bañamos”* (Dicho por el Coordinador de Psicología), es lo que nos advierten antes de entrar, y claro, el olor es fuerte pero a diferencia de los servidores, los usuarios llevan una vestimenta descuidada, ropa que ha sido donada o traída por otros compañeros, vieja, rota, sucia, que deja ver un claro trato de indiferencia cuando de sus cuerpos no se trata:

*La persona con discapacidad psicosocial sí requiere identificar un límite y la bata blanca es un símbolo, un símbolo de límite que incluso nos protege a nosotros en ocasiones de recibir agresiones, es un límite, todos somos iguales; no hay que abusar de ese límite, pero sí, yo pienso que es necesario. (dicho por López, Erick)*

¿Pero qué plantea este límite? ¿Qué implicaciones conlleva? La bata es un artículo que te ubica en un saber, en un saber de... incluso como de poder, como de “yo tengo el poder aquí, yo mando aquí, yo soy la que sabe y tú no”. Dejar atrás esta diferenciación propondría un intento de “ponernos a la par”, es decir como iguales. Pensarse y posicionarse desde otro camino, uno en el que el paciente se convierta no solo en un usuario, sino en un amigo y nosotros en un acompañante. Desde un trato más empático.

\*\*\*

## REFLEXIONES FINALES

Repensar la mirada clínica dentro del trabajo de investigación plantea no solo acceder a la historización del hospital psiquiátrico en el contexto mexicano, sino también preguntarse sobre el trato hacia las personas internadas, esta estructuración y reflexiones surgen a partir de la experiencia de campo que a manera de reflexión aparecen en este trabajo como puntos a pensar y cuestionar, una suerte de des-articular aquello que hemos entendido por locura, planteando una nueva mirada, una que no ha surgido de la nada, sino más bien, deviene de procesos y luchas sociales que llevan décadas pugnando por una vida más digna y vivible para los usuarios.

Siguiendo el modelo propuesto en Trieste (desarrollado en el apartado de marco teórico) en los años 70's podríamos pensar en una nueva forma de organización dentro del sistema psiquiátrico en México, este modelo nos permite pensar en varios elementos clave para generar un cambio que no se quede solo en el ámbito administrativo, sino que funcione como una red de apoyo, que implica colocar el tema en un ámbito colectivo, en donde el Estado, las Políticas públicas, la sociedad y las familias y el sujeto mismo no se vean como esferas aisladas sino como un entramado de elementos que funcionan entre sí.

Entre los elementos que están a juego dentro de este repensar la institución psiquiátrica y el trato a las personas (dentro de los psiquiátricos) están: *los profesionales, los usuarios, familiares, sociedad y las políticas.*

**Los profesionales:** abarca una gran gama de personas preparadas para la atención psicosocial, aquí entra en juego el papel de los médicos, enfermeros, terapeutas, psicólogos, asistentes sociales, etc. pero, el rol a desempeñar no será en un rol de poder, en el cual uno posea el

mandato y el otro esté sometido, se requiere de la escucha y la creación de vínculos afectivos y profesionales en el que las personas involucradas puedan ser escuchadas y que los otros estén definitivamente dispuestos a escuchar, comprometerse y hablar.

No como lo que se vive actualmente, al menos, en la dirección de los pabellones de larga estancia. Donde ni los encargados del área de psicología, ni los coordinadores se disponen a hablar y dialogar lo que está pasando con los usuarios.

De aquí, ha de ligarse a la importancia de la formación estudiantil de las Universidades, son estas un foco importante para el cambio de pensamiento de los alumnos frente a su entorno sembrará los gérmenes de la autonomía y la crítica social. Sin profesionales dispuestos a escuchar, el gran discurso de poder biomédico seguirá reproduciéndose.

Es necesario colocar sobre la mesa, algo que durante el trabajo de campo ha surgido ¿el cambiar el nombre de paciente a usuario ha hecho algún cambio? He tratado de acercarme a este planteamiento y con base a las entrevistas, se denota que: más que la modificación radical de la relación y el trato entre servidores y usuarios, esta solo es una modificación administrativa, y me pregunto ¿si el cambio de nombre, es más bien utilizado como sinónimo de la palabra paciente, entonces, por qué enfocarnos en cómo nombrar a las personas dentro de los psiquiátricos y no colocar la mirada en lo más básico, que es la relación de los trabajadores y los usuarios?

**Los familiares:** forman el principal y primer apoyo, los vínculos sociales que se tienen entre sí son importantes en el proceso, proveen de una red de apoyo y participación en las dinámicas familiares. De igual manera se necesita atención psicológica ya que en algunas ocasiones el mismo círculo de la familia no proporciona un ambiente adecuado ni un espacio de pertenencia. Así como la creación de programas de salud de la familia que apoyen el proceso y les otorguen herramientas para la comprensión y respuesta frente a diversas situaciones de crisis, presentes en el sufrimiento psíquico.

**Usuarios:** pensados como personas de derecho, podrían construirse a partir de allí diversas formas de participación, desde creación de redes de apoyo, así como las redes de trabajo, pero principalmente las manifestaciones de tolerancia, así como las creaciones de centros

comunitarios, cooperativas etc., este le provee no solo un apoyo social sino tener mayor campo para sostenerse a sí mismo sin la dependencia absoluta de financiamiento del gobierno.

Esto es pensado en base a la experiencia de campo dentro del Hospital Psiquiátrico Samuel Ramírez, puesto que al colocarles la etiqueta de “discapacitados sociales” se plantea que no son “capaces” de realizar actividades más complejas que solo dibujar, se puede observar una infantilización del usuario, en tanto que las actividades o materiales recurrentes son infantiles.

Aunado al punto anterior la creación de talleres dentro de la institución es llevada a cabo por un requerimiento Estatal y organizacional, pero estos mismos no están pensados para los usuarios sino para un “llenado de actividades” requeridas como instancia pública. Pensar en talleres y actividades que surjan de la demanda de los usuarios, podría plantearse en el ámbito del desarrollo de habilidades psicosociales y una herramienta para la reinserción.

Tal es el caso de la fotografía, las esculturas, las pinturas, el baile, paseos, o incluso la creación de empleos a base de materiales u hortalizas que pudiesen comercializar, para generar cierta dependencia económica para las personas usuarias.

Estas iniciativas devenidas de los usuarios nos hablan de una imaginación creadora, en donde el no-lugar, tiene un lugar ahora ¿pueden hablar los subalternos? Una pregunta que se hace Ranciere en La Noche de los Proletarios: ¿qué nos dicen los usuarios a través de su locura? ellos, en la obra de Ranciere serían clasificados como subalternos, que se someten a una jerarquía social, que otorga (o no) reconocimiento y validez no solo a su conocimiento sino a sus sentimientos, afectos, a su lugar. La condición de la palabra del otro, y en este caso la condición de la locura del otro, se ve intervenida violentamente por las instancias sociales. ¿Pueden hablar los usuarios?, en el trabajo de campo la mayoría de ellos no, no mencionan palabras, pero si, si hablaban, se comunicaban con gestos, con miradas y movimientos y ¿qué dicen? ¿a quién se lo dicen? a través de ello trataban de mostrar su mundo, un mundo que representa su realidad, y a través de sus ojos resignifican los lugares y crean su biografía.

Para ello creo también relevante que puedan tener un espacio, un buró, un escritorio, un armario, en donde coloquen sus pertenencias, y que estos lugares sean respetados



*Yo tenía un casillero, pero tumbaron todos los casilleros, todo lo que tenía en mi casillero, a la basura, ya tiene mucho que los quitaron.* (dicho por usuario Jacinto)

Estas cosas forman parte de sus biografías, son sus pertenencias y también su historia, tirarlas conlleva en sí mismo una acción violenta, un desgarró, y una falta a sus derechos, desde la institución para/con el usuario.

**Políticas:** la salud mental al tratarse de un asunto de salud pública entromete al Estado donde se promueven las leyes, las políticas, los tipos de servicios y el financiamiento, mediante lo cual se toman decisiones para resolver los problemas que vive la población. (Fernández: 2016) el Estado se debe comprometer en financiar centros de intervención social para que los pacientes puedan recibir atención, al tiempo que se integran en la comunidad.

*El marco jurídico debería cubrir de manera integral todas las necesidades de las personas con sufrimiento psíquico, proteger al usuario en las instituciones de salud, pero también garantizar las estrategias para que se lleve a cabo la inclusión en la comunidad, el acceso a los servicios, la protección de los derechos y las estrategias de prevención y promoción de derechos en espacios que van más allá de los servicios de salud como la vivienda, la educación y el empleo.* (Fernández: 2016).

Pensar en que el Estado pueda destinar mayor financiamiento en las instituciones psiquiátricas públicas, cerraría la brecha de las diferencias de condiciones entre el ámbito público y privado, y el mejoramiento de las condiciones de vida de las personas usuarias, sin embargo, un pensamiento inquietante resalta en mi mente ¿a quién beneficia que las instituciones públicas no puedan satisfacer las necesidades de los usuarios? ¿qué implicaciones y beneficios tienen las instituciones psiquiátricas privadas? ¿son las instituciones privadas una alternativa al modelo arraigado o continúan perpetuando las diferencias y relaciones de poder?

Hablar del sufrimiento psíquico como algo individual es un error, ya que está ligado a diversos lazos sociales, componentes culturales y significaciones colectivas. Pensar en el nuevo paradigma es pensar en el otro en calidad de ciudadano, en un sujeto de derecho, que devuelve el papel de actor social y participe de su contexto a aquel que durante tanto tiempo se le excluyó por temor.

## BIBLIOGRAFÍA

- Amarante, P. (2015). “Estrategias y dimensiones del campo de la salud mental y la atención psicosocial” en *Salud mental y atención psicosocial*. Editorial FIOCRUZ.
- Archivo General de la Nación. (2022). "La Castañeda: el estigma y el cuidado de la salud mental en México". <https://www.gob.mx/agn/es/articulos/la-castaneda-el-estigma-y-el-cuidado-de-la-salud-mental-en-mexico?idiom=es>
- Basaglia, F. (1971) “La asistencia psiquiátrica como problema antinstitucional” pp. 47-61.
- Basaglia, F. (1972) “Crisis de la psiquiatría y contradicciones institucionales” y “Transformación institucional y finalidad común” en *La institución negada: informe de un hospital psiquiátrico*, Barral Editores, Buenos Aires, Argentina, pp. 47-61.
- Benedetto, S. (2011). La ciudadanía como forma de tolerancia. *Sociedad civil, salud mental y psiquiatría*, 3.
- Calderón, G. (2002), Las enfermedades mentales en México. Desde los mexicas hasta el final del milenio. *Rev Neurol Neurocir Psiquiat*. 2005; 38 (4): pp. 154-155
- Canguilhem, G. (1986). *Lo normal y lo patológico*. México: Siglo XXI Editores.
- De la Cruz Gonzales, Israel. (2013). “El espacio arquitectónico y la enfermedad mental. Estudio de caso: Hospital Campestre Dr. Samuel Ramirez Moreno Tesis para obtener el grado de Maestro en urbanismo en Universidad Autonoma de Mexico. pp. 81-168.
- De la Fuente, R. y Campillo, S. C. (1976). La psiquiatría en México: una perspectiva histórica. *Gaceta Médica de México*. Vol. 111- No. 5, pp. 421-436.
- De la Fuente, R. (1989). “Psiquiatría” en Soberón, G., Kumate, J., Laguna, J. (comps.) *La salud en México. Testimonios 1988. Especialidades Médicas en México. Pasado, presente y futuro*. México, Fondo de Cultura Económica, tomo IV (1), p. 441
- Descola, P. (s/a). “Más allá de la naturaleza y la cultura”. *Cultura y naturaleza*. Jardín Botánico de Bogotá José Celestino Mutis.
- Desviat, M. (1994). “La institucionalización de la locura” en *La reforma psiquiátrica*, Madrid, pp. 17-25.

- Diaz Barriga, A. (2007). La entrevista a profundidad. *TRAMAS. Subjetividad Y Procesos Sociales*, (3), pp. 161-178. Recuperado a partir de <https://tramas.xoc.uam.mx/index.php/tramas/article/view/54>
- Enríquez, E. (1ª. Ed. 1989) “El trabajo de muerte en las instituciones” en *La institución y las instituciones*. Ed. Paidós. Buenos Aires, Argentina, pp. 84-92.
- Favret-Saada, F. (29 de septiembre 2014) “*Ser afectado*” como medio de conocimiento en el trabajo de campo antropológico. ISSN: 1515-2413 (impreso); 1851-1694 (online). pp. 49-67.
- Favret- Saada, J (s/f). “Ser afectado” como medio de conocimiento en el trabajo de campo antropológico. Presentación y traducción de Laura Zapata\* y Mariela Genovesi.
- Fernández Rivas, L., Flores Flores, L., Ruiz Velasco Márquez, M. E. (2016). La salud mental “revisitada”. *TRAMAS. Subjetividad Y Procesos Sociales*, (45), pp. 113-139. Recuperado a partir de <https://tramas.xoc.uam.mx/index.php/tramas/article/view/776>
- Flores Flores, L. (2019). Salud mental y políticas públicas en México. *Trazos y contextos*. Universidad Autónoma Metropolitana.
- Foucault, M. (1967). *Historia de la locura en la Época clásica*. Recuperado de: [https://proletarios.org/books/Foucault-Historia\\_de\\_la\\_locura\\_I.pdf](https://proletarios.org/books/Foucault-Historia_de_la_locura_I.pdf)
- Garcés Trullenque, E. M. (2010). “El trabajo social en la salud mental” en *Cuadernos de trabajo social, Vol. 23* 333-352. ISSN: 0214-0314, pp. 334-340.
- Goffman, E. (1961, 3a ed.,2001) *Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Amorrortu Editores. Buenos Aires, Argentina, pp. 13-46.
- Green, A. (1999) *Narcisismo de vida, narcisismo de muerte*. Amorrortu Editores. Buenos Aires, Argentina.
- Grossberg, Lawrence. (2009). “El corazón de los estudios culturales: contextualidad, construccionismo y complejidad” en *Tabula Rasa*. Bogotá - Colombia, No.10, ISSN 1794-2489. Pp. 13-48.
- Guber, R. (2001). “Capítulo 3: La observación participante” en *La etnografía, método, campo y reflexividad*, Grupo Editorial Norma, Bogotá. pp. 22-29.

- Guber, Rosana (2015). La etnografía. Método, campo y reflexividad, México, Siglo XXI. “3. La observación participante”, y “4. La entrevista etnográfica, o el arte de la “no directividad”, pp. 51- 92
- Hernandez Sampieri, R. (2014). *Metodología de la investigación 6ta Edición*, Interamericana Editores, Ciudad de México.
- Ideass. Innovación para el Desarrollo y la Cooperación Sur-Sur. (2014). *Desde el manicomio: hacia los servicios de salud mental en el territorio, ART GOLD*.
- Lemus Alcántara, S., Hamui Sutton, A., Ixtla Pérez, M. & Paulo Maya, A. (2017). Una mirada crítica sobre la noción: paciente/usuario/cliente desde la antropología en salud. *Revista CONAMED*, 22(2). Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/conamed/con-2017/con172h.pdf>
- Licona, E. (2015). “La etnografía de los “otros” cercanos: la implicación antropológica en las metrópolis”. *Graffylia*, BUAP; año 13, núm. 20, enero-junio.
- Organización Mundial de la salud. (2022). “Salud Mental”, recuperado de: <https://www.gob.mx/salud/conadic/acciones-y-programas/que-es-la-salud-mental>
- Pasquale, E. (2010) “La reforma psiquiátrica hoy día en Trieste e Italia” en *Conferencia invitada a XXVII Jornadas de la Asociación Andaluza de Neuropsiquiatría*. 2011; 31 (110), 345-351. doi: 10.4321/S0211-573520110002000011
- Porter, R. (2002) Breve historia de la locura. pp.1-224.
- Quintana, L. (S/f). Política de los cuerpos. Introducción pp. 29-62
- Quijano, Pitman, F. (s.f.). “El primer hospital psiquiátrico en América” en *Gaceta Médica México* Vol. 133 No. 4. pp. 351.
- Rabinow, Paul (1992). Reflexiones sobre un trabajo de campo en Marruecos, España, Júcar Universidad.
- Rihan, Y. (2020). Anacleto. Tiempo, don y comunicación en el transporte público (Tijuana, México). *Revista de Antropología y Sociología: Virajes*, 23(1), 48-64. <https://doi.org/10.17151/rasv.2021.23.1.3>
- Ríos Molina, A. (2008). “Locura y encierro psiquiátrico en México: el caso del manicomio la castañeda, 1910” en *Instituto de Investigaciones Históricas de la Universidad Nacional Autónoma de México*, UNAM, ISSN: 1900-5407 antípoda nº6. pp. 73-90.

- Ríos Molina, A., Sacristán, C., Ordorika Sacristán, T., y López Carrillo, X. (2016), *Los pacientes del Manicomio La Castañeda y sus diagnósticos. Una propuesta desde la historia cuantitativa (México, 1910-1968)*, *Asclepio*, 68 (1): p136. DOI: <http://dx.doi.org/10.3989/asclepio.2016.15>
- Rosaldo, R. (1989). *Cultura y verdad. Nueva propuesta de análisis social*, México, CONACULTA, “Subjetividad en el análisis social” (157-190).
- Rufer, M. (12) *El habla, la escucha y la escritura. Subalternidad y horizontalidad desde la crítica poscolonial* pp. 55-84
- Sacristán, C. (2005). “Historiografía de la locura y de la psiquiatría en México. De la Hagiografía a la historia posmoderna” en *FRENIA*, México Instituto Mora Vol. V-1. pp. 9-33.
- Sacristán, C. (2009). *La locura se topa con el manicomio. Una historia por contar*”. *Revista Scielo*, 16(45). [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-16592009000100008](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-16592009000100008)
- Secretaria de Salud. (2010). *Servicios de Atención Psiquiátrica*. Recuperado de: <https://dof.gob.mx/mision/6566/004415.htm>
- Shoshan, N. (2015) *Nueva Antropología*, vol. XXVIII, núm. 83, julio-diciembre. Más allá de la empatía: la escritura etnográfica de lo desagradable pp.147-162.

## ANEXOS



(1940). *Manicomio General. Pabellón de Servicios Generales*. Colección Salud Pública.

MID 77\_20140827-134500:461770. Fototeca Nacional del INAH. <https://mediateca.inah.->

[gob.mx/repositorio/islandora/search/catch\\_all\\_fields\\_mt%3A%22%20Manicomios%22?](https://repositorio.islandora/search/catch_all_fields_mt%3A%22%20Manicomios%22?)  
page=3



(1930). *Baños del manicomio General, interior, vista parcial*. Colección Culhuacán MID 77\_20140827-134500:460824. Fototeca Nacional del INAH. [https://mediateca.inah.gob.mx/repositorio/islandora/search/catch\\_all\\_fields\\_mt%3A%22%20Manicomios%22?page=6](https://mediateca.inah.gob.mx/repositorio/islandora/search/catch_all_fields_mt%3A%22%20Manicomios%22?page=6)



(1935;1937). *Internos trabajando en la huerta*. Colección Salud Pública. MID 77\_20140827-134500:462139. Fototeca Nacional del INAH. [https://mediateca.inah.gob.mx/repositorio/islandora/search/catch\\_all\\_fields\\_mt%3A%22%20Manicomios%22?page=13](https://mediateca.inah.gob.mx/repositorio/islandora/search/catch_all_fields_mt%3A%22%20Manicomios%22?page=13)



Imagen 1. Pacientes en el patio del Manicomio General La Castañeda  
Secretaría de Salud de la Ciudad de México, “Salud mental”, Programas y Acciones, SSP,  
Programas, Salud Mental, 2020. Disponible en <http://data.salud.cdmx.gob.mx> [Consulta: 29  
de marzo de 2022]



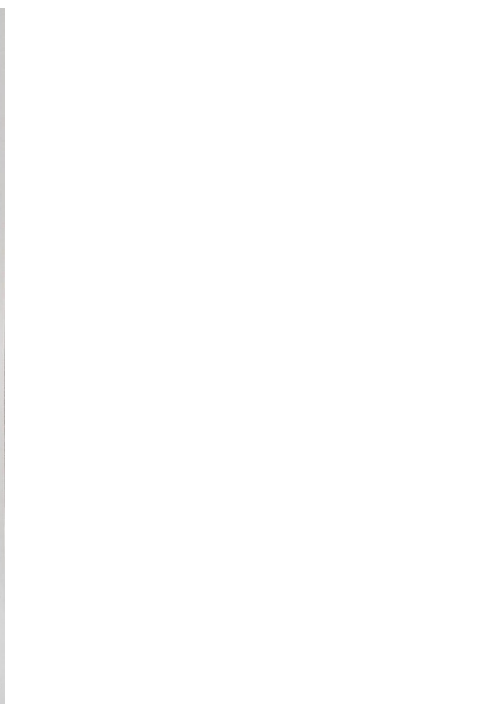
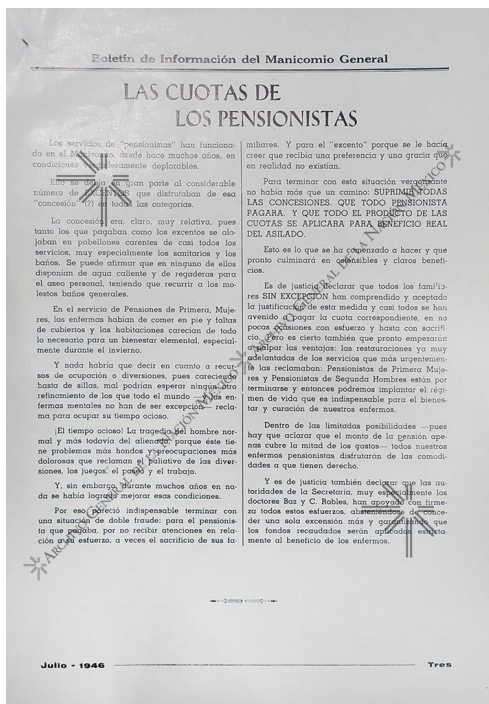
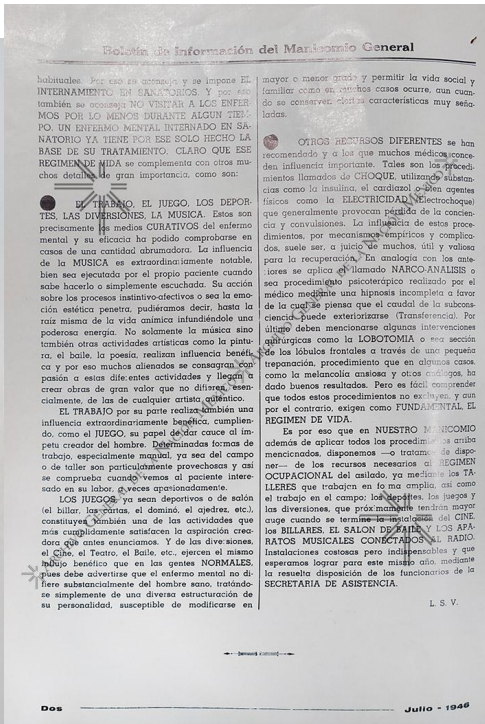
Imagen 2. Fachada del Manicomio General La Castañeda  
Secretaría de Salud de la Ciudad de México, “Salud mental”, Programas y Acciones, SSP,  
Programas, Salud Mental, 2020. Disponible en <http://data.salud.cdmx.gob.mx> [Consulta: 29  
de marzo de 2022]



Imagen 3. Pacientes pediátricos del Manicomio General

Secretaría de Salud de la Ciudad de México, “Salud mental”, Programas y Acciones, SSP, Programas, Salud Mental, 2020. Disponible en <http://data.salud.cdmx.gob.mx> [Consulta: 29 de marzo de 2022]





Imágenes 4, 5 y 6. Boletín informativo del Manicomio General (1946) Secretaría de Salud de la Ciudad de México, "Salud mental", Programas y Acciones, SSP, Programas, Salud Mental, 2020. Disponible en <http://data.salud.cdmx.gob.mx> [Consulta: 29 de marzo de 2022]



Imagen 7. Paciente con episodios epilépticos atendida en el Manicomio General La Castañeda.

Secretaría de Salud de la Ciudad de México, “Salud mental”, Programas y Acciones, SSP, Programas, Salud Mental, 2020. Disponible en <http://data.salud.cdmx.gob.mx> [Consulta: 29 de marzo de 2022]

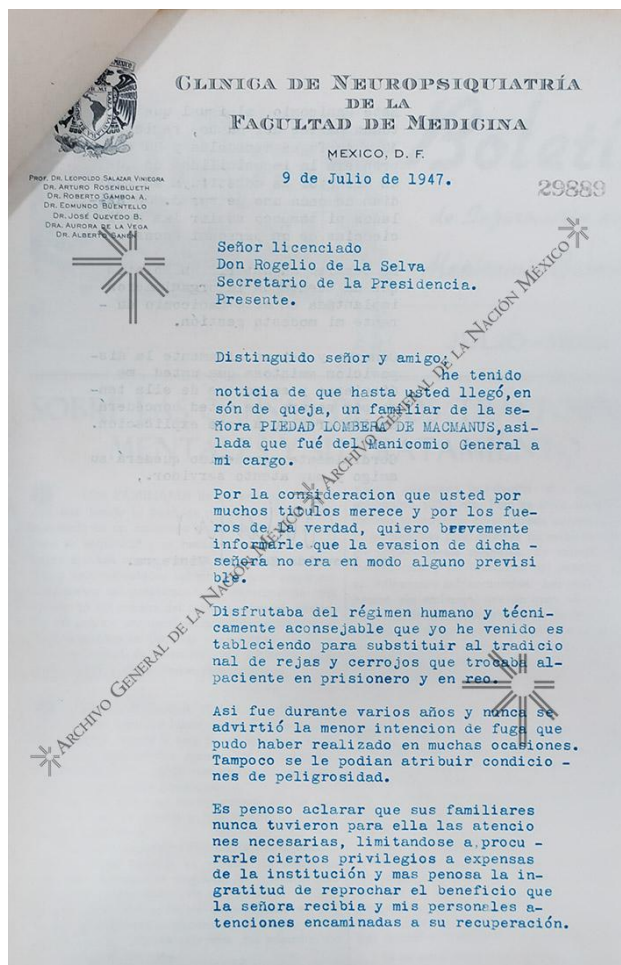


Imagen 8. Explicación de un responsable del Manicomio General ante la fuga que una paciente (1947).

Secretaría de Salud de la Ciudad de México, “Salud mental”, Programas y Acciones, SSP, Programas, Salud Mental, 2020. Disponible en <http://data.salud.cdmx.gob.mx> [Consulta: 29 de marzo de 2022]

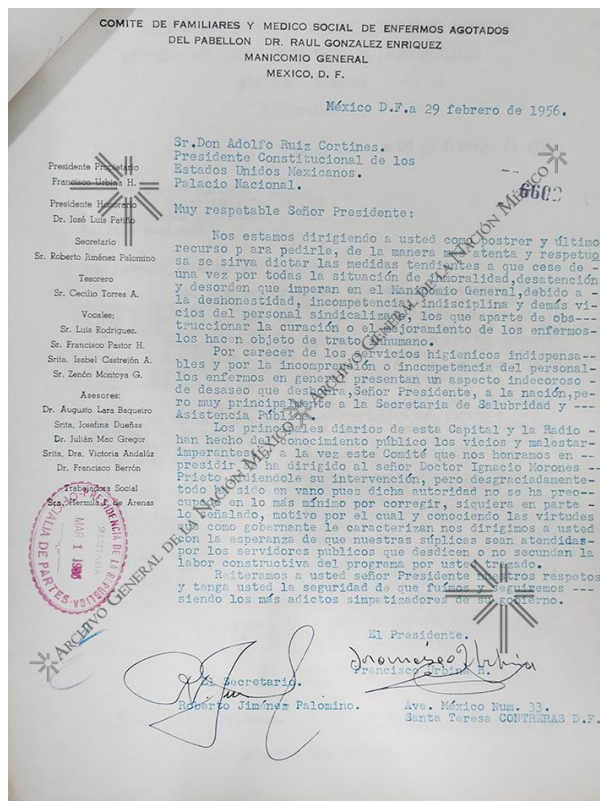


Imagen 9. Quejas presentadas ante la Secretaria de Presidencia por las detenciones del personal del Manicomio General (1956).

Secretaría de Salud de la Ciudad de México, “Salud mental”, Programas y Acciones, SSP, Programas, Salud Mental, 2020. Disponible en <http://data.salud.cdmx.gob.mx> [Consulta: 29 de marzo de 2022]

Francisco Chacón Cano,  
 de Chiapas #6-Int.14  
 México, D.F. Enero 27/58

Sr. Don Adolfo Ruiz Cortines,  
 Presidente Constitucional de  
 la República Mexicana.

Muy respetado Sr. Presidente:

Recurrimos a Ud. Sr. Presidente en demanda de su valiosa ayuda por  
 razón de la reconocida actitud de elevado humanitarismo y muy ad-  
 eplia comprensión para los problemas de su Pueblo, que no se ha equi-  
 vocado al sentir en Ud. un gran Gobernante enérgico, pero benefactor.

Desde hace 18 años, este su servidor y atribulada Familia, sufrimos  
 con inmenso dolor, la desgracia de que un hermano menor perdiera la  
 razón o facultades mentales y tuvimos necesidad de internarlo en  
 el Manicomio General de México.

Desgraciadamente, como en su mayoría, estas enfermedades se convier-  
 ten en incurables, mi hermano ha permanecido en dicho Manicomio por  
 todo el tiempo antes citado, mediante la concesión con que nos favo-  
 reció la Secretaría de Salubridad y Asistencia, de media cuota en el  
 pago de la pensión, en el Repellón de Pensionistas de 3a. clase.

La media cuota de pensión, que posible lograrla debido a que mi her-  
 mano, Francisco Chacón Cano, prestó sus servicios durante algunos  
 años en la mencionada Secretaría de Salubridad, a la que estamos  
 agradecidos muy amablemente por el gran favor recibido, aun cuando  
 nos significa sacrificio económico, al cubrir la cuota fijada.

Sin embargo, Sr. Presidente, en el Manicomio se carece de todo, los en-  
 fermos no tienen ni siquiera ropa con que cubrir sus femelicos y  
 sucios cuerpos. Las condiciones en que vegetan estos infelices, no  
 se puede decir viven por razón de están muertos en vida, al faltar  
 la estabilidad de la mente, son inhumanas.

Me toca la libertad, Señor, de incluir a la presente un pequeño re-  
 sume de la realidad, en el cual se detallan, como un pelillo de ajo,  
 las realidades, verdaderas ante propios y extraños, de lo que suce-  
 de en el Manicomio, desde hace años.

Aparte de otras urgentes necesidades, ojalá fuera posible dotar de  
 2 overoles corrientes, al año, para cada enfermo. Cuando hace frío ó  
 llueve, es muy deprimente ver como tiemblan los esqueleticos y muy  
 desaseados cuerpos de los dementes. No existe servicio Médico ade-  
 cuado, no hay suficientes enfermeros y tampoco cuidadores para la  
 vigilancia y aseo necesarios.

Si por su gran benevolencia, Sr. Presidente, pudiéramos ser atendidos  
 en nuestra angustiosa petición, viviremos agradecidos a Ud. con todo  
 el afecto sincero de nuestros corazones, pues sabemos de innumera-  
 bles gestiones, tenemos toda nuestra fe en Ud. Señor Presidente.

Con todo respeto,  
 Francisco Chacón Cano

Imagen 10. Solicitud presentada ante la Secretaria de Presidencia por la falta de ropa y aseo en los pacientes del Manicomio General (1958).

Secretaría de Salud de la Ciudad de México, “Salud mental”, Programas y Acciones, SSP, Programas, Salud Mental, 2020. Disponible en <http://data.salud.cdmx.gob.mx> [Consulta: 29 de marzo de 2022]

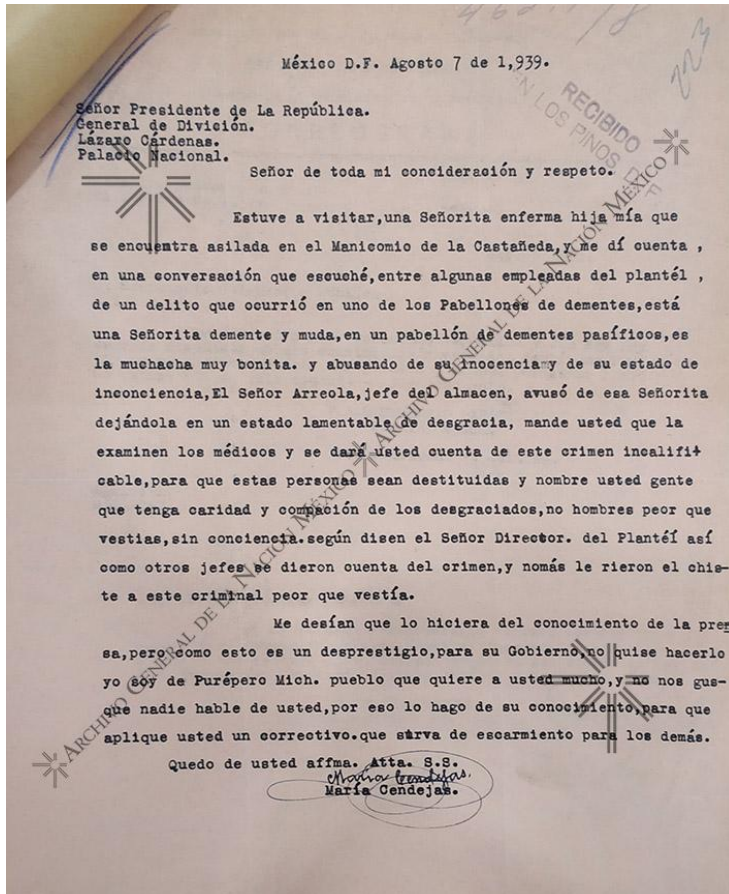


Imagen 11. Denuncia que presenta la madre de una paciente del Manicomio General ante la Secretaria de Presidencia por el abuso de una menor internada (1939).

Secretaría de Salud de la Ciudad de México, “Salud mental”, Programas y Acciones, SSP, Programas, Salud Mental, 2020. Disponible en <http://data.salud.cdmx.gob.mx> [Consulta: 29 de marzo de 2022]



Imagen 12. Grupo de mujeres internas en actividades de terapia dentro del Manicomio General.

Secretaría de Salud de la Ciudad de México, “Salud mental”, Programas y Acciones, SSP, Programas, Salud Mental, 2020. Disponible en <http://data.salud.cdmx.gob.mx> [Consulta: 29 de marzo de 2022]



Casasola. (1945). *Maestro de educación física e internos del manicomio de La Castañeda*. Colección Archivo Casasola. MID 77\_20140827-134500:296482. Fototeca Nacional del INAH. [https://mediateca.inah.gob.mx/repositorio/islandora/search/catch\\_all\\_fields\\_mt%3A%22%20Manicomios%22](https://mediateca.inah.gob.mx/repositorio/islandora/search/catch_all_fields_mt%3A%22%20Manicomios%22)



Casasola. (1945). *Internos del manicomio de La Castañeda en taller de Artes Manuales*. Colección Archivo Casasola. MID 77\_20140827-134500:296478. Fototeca Nacional del INAH. [https://mediateca.inah.gob.mx/repositorio/islandora/object/fondo%3Asinafo\\_a](https://mediateca.inah.gob.mx/repositorio/islandora/object/fondo%3Asinafo_a)



(1937). *Cocina del manicomio*. Colección Salud Pública. MID 77\_20140827-134500:462018. Fototeca Nacional del INAH. [https://mediateca.inah.gob.mx/repositorio/islandora/search/catch\\_all\\_fields\\_mt%3A%22%20Manicomios%22?page=3](https://mediateca.inah.gob.mx/repositorio/islandora/search/catch_all_fields_mt%3A%22%20Manicomios%22?page=3)



Casasola. (1945; 1950). *Enfermos mentales comiendo en un patio del manicomio de La Castañeda*. Colección Archivo Casasola. MID 77\_20140827-134500:296526. Fototeca Nacional del INAH. [https://mediateca.inah.gob.mx/repositorio/islandora/search/catch\\_all\\_fields\\_mt%3A%22%20Manicomios%22?page=4](https://mediateca.inah.gob.mx/repositorio/islandora/search/catch_all_fields_mt%3A%22%20Manicomios%22?page=4)



Casasola. (1945; 1950). *Enfermo mental sonriendo, en el manicomio La Castañeda*. Colección Archivo Casasola. MID 77\_20140827-134500:296523. Fototeca Nacional del INAH. [https://mediateca.inah.gob.mx/repositorio/islandora/search/catch\\_all\\_fields\\_mt%3A%22%20Manicomios%22?page=4](https://mediateca.inah.gob.mx/repositorio/islandora/search/catch_all_fields_mt%3A%22%20Manicomios%22?page=4)



Plenilunia Salud Mujer. (2018). *Inauguración de ampliación y remodelación de instalaciones del hospital psiquiátrico "Dr. Samuel Ramírez Moreno"*. <https://plenilunia.com/salud-publica/novedades-medicas/inauguracion-de-ampliacion-y-remodelacion-de-instalaciones-del-hospital-psiquiatrico-dr-samuel-ramirez-moreno/58642/>





Narro López, J. *Hospital Psiquiátrico*

<https://twitter.com/JoseNarroR/status/1058066855590539264?t=AD10jm8A0r1kxm61fd-PZGg&s=19>