

**Los pacientes del Manicomio
La Castañeda y sus diagnósticos**

Coordinación
Andrés Ríos Molina

**Los pacientes del Manicomio
La Castañeda y sus diagnósticos**

Una historia de la clínica psiquiátrica en México, 1910-1968



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
INSTITUTO DE INVESTIGACIONES DR. JOSÉ MARÍA LUIS MORA**



INSTITUTO
DE INVESTIGACIONES
HISTÓRICAS

**LOS PACIENTES DEL MANICOMIO LA CASTAÑEDA
Y SUS DIAGNÓSTICOS**

**UNA HISTORIA DE LA CLÍNICA PSIQUIÁTRICA EN MÉXICO
1910-1968**



INSTITUTO
DE INVESTIGACIONES
HISTÓRICAS

INSTITUTO DE INVESTIGACIONES HISTÓRICAS
Serie Historia Moderna y Contemporánea /72





INSTITUTO
DE INVESTIGACIONES
HISTÓRICAS

LOS PACIENTES DEL MANICOMIO LA CASTAÑEDA Y SUS DIAGNÓSTICOS

UNA HISTORIA DE LA CLÍNICA PSIQUIÁTRICA
EN MÉXICO
1910-1968

Coordinación

ANDRÉS RÍOS MOLINA

Alejandro Giraldo Granada • Ximena López Carrillo
José Antonio Maya González • José Luis Pérez González
Andrés Ríos Molina • Cristina Sacristán
Alejandro Salazar Bermúdez • Daniel Vicencio



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
INSTITUTO DE INVESTIGACIONES DR. JOSÉ MARÍA LUIS MORA
MÉXICO 2017



Los pacientes del Manicomio La Castañeda y sus diagnósticos : una historia de la clínica psiquiátrica en México 1910-1968 / coordinación Andrés Ríos Molina ; [autores] Alejandro Giraldo Granada, Ximena López Carrillo, José Antonio Maya González, José Luis Pérez González, Andrés Ríos Molina, Cristina Sacristán, Alejandro Salazar Bermúdez, Daniel Vicencio.
452 p. – (Serie Historia Moderna y Contemporánea ; 72)

ISBN UNAM: 978-607-02-9714-4

ISBN Instituto de Investigaciones Dr. José María Luis Mora: 978-607-9475-67-3

1. Manicomio General La Castañeda (Ciudad de México). 2. Hospitales psiquiátricos – Ciudad de México – Historia. 3. Esquizofrenia. 4. Enfermedades mentales. 5. Retraso mental. 6. Neurología. 7. Epilepsia. 8. Alcoholismo. 9. Abuso de drogas. I. Ríos Molina, Andrés, coordinador, autor. II. Giraldo Granada, Alejandro, autor. III. López Carrillo, Ximena, autor. IV. Maya González, José Antonio, autor. V. Pérez González, José Luis, autor. VI. Sacristán, Cristina, autor. VII. Salazar Bermúdez, Alejandro, autor. VIII. Vicencio, Daniel, autor. IX. Serie.

RC452.M62 P33 2017

Esta obra fue posible gracias al financiamiento de la Dirección General de Asuntos del Personal Académico de la Universidad Nacional Autónoma de México, a través del Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT IN400313)

Primera edición: 2017

DR© 2017. Universidad Nacional Autónoma de México
INSTITUTO DE INVESTIGACIONES HISTÓRICAS
Circuito Mtro. Mario de la Cueva s/n, Ciudad Universitaria
Coyoacán, 04510. Ciudad de México
ISBN 978-607-02-9714-4

DR© 2017. INSTITUTO DE INVESTIGACIONES DR. JOSÉ MARÍA LUIS MORA
Calle Plaza Valentín Gómez Farías 12, San Juan Mixcoac
03730. Ciudad de México
ISBN 978-607-9475-67-3

Portada: Rebeca Bautista Gómez

Prohibida la reproducción total o parcial por cualquier medio sin la autorización escrita del titular de los derechos patrimoniales

Impreso y hecho en México



INSTITUTO
DE INVESTIGACIONES
HISTÓRICAS



ÍNDICE

Agradecimientos	7
Siglas y abreviaturas	9
Introducción	
<i>Andrés Ríos Molina y Ximena López Carrillo</i>	11
La clínica psiquiátrica en el Pabellón Central	
<i>Cristina Sacristán</i>	41
Esquizofrenia y psicosis maniaco-depresiva	
<i>Andrés Ríos Molina</i>	71
Retraso mental	
<i>Ximena López Carrillo</i>	123
Parálisis general progresiva	
<i>Alejandro Giraldo Granada</i>	165
Trastornos neurológicos	
<i>Daniel Vicencio</i>	219
Epilepsia	
<i>José Antonio Maya González</i>	281
Alcoholismo	
<i>Alejandro Salazar Bermúdez</i>	323
Toxicomanías	
<i>José Luis Pérez González</i>	373
Fuentes consultadas	411



AGRADECIMIENTOS

Esta investigación se realizó gracias al apoyo de la Dirección General de Asuntos de Personal Académico de la Universidad Nacional Autónoma de México, quien financió el proyecto PAPIIT IN400313.

En la maratónica tarea de construir una base de datos con más de doce mil registros, trabajaron arduamente durante más de un año Sandra Ayala, Alejandro Giraldo, Ximena López, José Antonio Maya, Alejandro Salazar, Alicia Sandoval, Anahí Toledo, José Luis Pérez y Daniel Vicencio. Valga señalar que Ximena se encargó de la dispendiosa tarea de coordinar a todo el equipo, revisar avances y detectar errores.

El apoyo de quienes laboran en el Archivo Histórico de la Secretaría de Salud fue fundamental para concluir esta ambiciosa investigación. Agradecemos el generoso apoyo que siempre brindaron Irma Betanzos, Rogelio Vargas Olvera, Patricia Olguín Alvarado, Patricia Guadalupe Alfaro Guerra y Rosalba Tena Villedda. En un principio no fue posible consultar algunos expedientes debido a restricciones legales, pero después de un largo periplo, en el que solicitamos al Instituto Federal de Acceso a la Información acceso a los expedientes, el permiso nos fue concedido. En dicho proceso fue central la asesoría de Aurora Gómez Galvarriato quien, desde la dirección del Archivo General de la Nación, nos ofreció todo el apoyo para sortear los intrínquilos jurídicos.

También queremos reconocer la generosidad de muchas personas que muy amablemente nos brindaron su apoyo en las siguientes bibliotecas: la “Nicolás León” del Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina, la “Antonio Caso” de la Facultad de Derecho, la “Miguel Lerdo de Tejada” de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, la “Rafael García Granados” del Instituto de Investigaciones Históricas, la “Ernesto de la Torre Villar” del Instituto de Investigaciones Dr. José María Luis Mora,

la del Centro de Documentación e Información del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, la del Fondo Reservado de la Biblioteca Nacional y de la Hemeroteca Nacional y, de manera especial, a Gamaliel Pineda por su apoyo desde la biblioteca de la Academia Nacional de Medicina.

Camilo Esquivel nos apoyó fotografiando algunas imágenes y Saúl Aragón Altamirano compartió generosamente numerosas fuentes que localizó y digitalizó para su propia investigación. Asimismo, los miembros del Departamento de Cómputo del Instituto de Investigaciones Históricas de la Universidad Nacional Autónoma de México nos asesoraron y apoyaron con todo lo relacionado con el mundo de la tecnología: Miguel Meléndez, Teresa Mondragón, Alonso González Cano y Alfredo Domínguez Pérez. A todos ellos agradecemos profundamente su disposición y auxilio constante.

En relación con el uso de la estadística, al inicio de la investigación contamos con la asesoría de la doctora Marcela Agudelo; su apoyo fue fundamental para la planeación de la metodología. Por su parte, el doctor Norberto Aldo Conti se desplazó desde Argentina hasta México para discutir los borradores de cada uno de los capítulos de este libro. Su mirada erudita de psiquiatra-historiador fue vital para robustecer argumentos, detectar debilidades y enriquecer algunos debates. Damos las gracias por toda la ayuda que nos proporcionaron al inicio y final de este camino.

Finalmente, tuvimos el gusto de contar con la asesoría de Teresa Ordorika a lo largo de toda la investigación. Junto con Andrés Ríos, impartió el seminario Historia de la Clínica Psiquiátrica, donde el equipo de trabajo procesó los debates historiográficos que rigen tan específico campo de especialización. Además, la doctora Ordorika asistió a todas las reuniones de trabajo y revisó cuidadosamente los avances de todos nosotros; sus numerosas y atinadas sugerencias fueron determinantes desde que comenzó a gestarse el proyecto hasta su culminación. A Tere nuestro más cariñoso agradecimiento.

LOS AUTORES



SIGLAS Y ABREVIATURAS

AGN	Archivo General de la Nación (México)
AHSSA	Archivo Histórico de la Secretaría de Salud (México)
	<i>Fondo Beneficencia Pública (FBP)</i>
	Sección Establecimientos Hospitalarios (SEH)
	Serie Manicomio General (SMG)
	<i>Fondo Hospital Federal de Toxicómanos (FHFT)</i>
	<i>Fondo Manicomio General (FMG)</i>
	Sección Libros de Registro (SLR)
	Sección Administrativa (SADM)
	Sección Expedientes Clínicos (SEC)
	<i>Fondo Salubridad Pública (FSP)</i>
	Sección Inspección de Farmacias (SIF)
	Sección Servicio Jurídico (SSJ)
	<i>Fondo Subsecretaría de Salubridad (FSUBS)</i>
	<i>Fondo Subsecretaría de Salubridad y Asistencia (FSUBSYA)</i>
BD-PAPIIT	Base de datos-PAPIIT
IIH	Instituto de Investigaciones Históricas, UNAM (México)
INAH	Instituto Nacional de Antropología e Historia (México)
	Sistema Nacional de Fototecas (SINAFO)



INSTITUTO
DE INVESTIGACIONES
HISTÓRICAS



INTRODUCCIÓN

El Manicomio General La Castañeda fue la institución psiquiátrica mexicana más importante en la primera mitad del siglo XX. Además de haber recibido a más de 60 000 pacientes a lo largo de sus 58 años de funcionamiento, en dicha institución se formaron generaciones de psiquiatras, se hicieron las primeras investigaciones en neurología y fue el espacio donde se experimentó con tratamientos que en su momento fueron considerados como novedosos, los cuales iban desde las terapias convulsivas hasta los psicofármacos. Desde hace casi dos décadas La Castañeda ha despertado el interés de historiadores y ha merecido la publicación de artículos y libros que han abordado diferentes facetas de su desarrollo histórico. En términos muy generales, podemos decir que la historiografía se ha enfocado en cuatro temáticas; la primera tiene que ver con el desarrollo administrativo, la creación de reglamentos y las reformas internas derivadas de las políticas de salud pública.¹ Una segunda vertiente tiene que ver con

¹ Véanse los artículos de María Cristina Sacristán, “Por el bien de la economía nacional. Trabajo terapéutico y asistencia pública en el Manicomio de La Castañeda de la ciudad de México, 1929-1932”, *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. XII, n. 3, 2005, p. 675-692; “Entre curar y contener. La psiquiatría mexicana ante el desamparo jurídico, 1870-1944”, *Frenia. Revista de Historia de la Psiquiatría*, Instituto de Historia del Consejo Superior de Investigaciones Científicas, Madrid, v. II, n. 2, 2002, p. 61-80; “Reformando la asistencia psiquiátrica en México. La granja de San Pedro del Monte: los primeros años de una institución modelo, 1945-1948”, *Salud Mental*, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, México, v. XXVI, n. 3, 2003, p. 57-65; “La locópolis de Mixcoac’ en una encrucijada política: reforma psiquiátrica y opinión pública, 1929-1933”, en María Cristina Sacristán y Pablo Piccato (coords.), *Actores, espacios y debates en la historia de la esfera pública en la ciudad de México*, México, Instituto de Investigaciones Dr. José María Luis Mora/Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Históricas, 2005, p. 199-232; “Historiografía de la locura y de la psiquiatría en México. De la hagiografía a la historia posmoderna”, *Frenia. Revista de Historia de la Psiquiatría*, Instituto de Historia del Consejo Superior de Investigaciones Científicas, Madrid,

las biografías de los médicos que allí laboraron; entre ellos están los trabajos sobre Mathilde Rodríguez Cabo, Dionisio Nieto, Samuel Ramírez Moreno, Edmundo Buentello y Raúl González Enríquez.² En tercer lugar está el rubro donde se concentra la mayor cantidad de trabajos: los estudios que se han dedicado al análisis de expedientes clínicos de La Castañeda en aras de abordar la subjetividad y las narrativas de los pacientes.³ Sin embargo,

v. v, n. 1, 2005, p. 9-34; “Para integrar a la nación. Terapéutica deportiva y artística en el Manicomio de La Castañeda en un momento de reconstrucción nacional, 1910-1940”, en Claudia Agostoni (coord.), *Curar sanar y educar. Enfermedad y sociedad en México, siglos XIX y XX*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Históricas/Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, 2008, p. 99-123; “La contribución de La Castañeda a la profesionalización de la psiquiatría Mexicana”, *Salud Mental*, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, México, v. XXXIII, 2010, p. 473-480; “Ser o no ser modernos. La salud mental en manos del Estado mexicano, 1861-1968”, *Espaço Plural*, Centro de Ciências Humanas, Educação e Letras, Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Marechal Cândido Rondon, v. XI, n. 22, 2010, p. 11-23; “Una valoración sobre el fracaso del Manicomio La Castañeda como institución terapéutica, 1910-1944”, *Secuencia: Revista de Historia y Ciencias Sociales*, Instituto de Investigaciones Dr. José María Luis Mora, México, v. LI, 2001, p. 91-120. Véanse, asimismo, Enrique Rivera Barón, *Una historia de la fotografía en el Manicomio General la Castañeda, 1910-1968*, tesis de maestría en Artes Visuales, México, Universidad Nacional Autónoma de México, 2011; Daniel Vicencio Muñoz, *Operación Castañeda: un intento de reforma asistencial de la psiquiatría en México, 1940-1968*, tesis de maestría en Historia, México, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Filosofía y Letras, 1995, 2014.

² Véanse Susana Sosenski y Gregorio Sosenski, “En defensa de los niños y las mujeres: un acercamiento a la vida de la psiquiatra Mathilde Rodríguez Cabo”, *Salud Mental*, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, México, 2010, v. xxxiii, n. 1, p. 1-10, [en línea]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-3325201000100001&lng=es&nrm=iso > [consultado el 1/11/2015]; María Cristina Sacristán, “En defensa de un paradigma científico. El doble exilio de Dionisio Nieto en México, 1940-1985”, en Ricardo Campos, Olga Villasante y Rafael Huertas (eds.), *De la “Edad de Plata” al exilio. Construcción y “reconstrucción” de la psiquiatría española*, Madrid, Frenia, 2007, p. 327-346; Andrés Ríos Molina, *Cómo prevenir la locura. Psiquiatría e higiene mental en México*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Históricas/Siglo XXI, 2016, 232 p.

³ Véase Andrés Ríos Molina, *Memorias de un loco anormal. El caso de Goyo Cárdenas*, México, Debate, 2010; “La psicosis del repatriado. De los campos agrícolas en Estados Unidos al Manicomio La Castañeda en la ciudad de México, 1920-1944”, *Mexican Studies/Estudios Mexicanos*, v. xxvii, n. 2, 2011, p. 361-384; “Un mesías, ladrón y paranoico en el Manicomio La Castañeda.

el problema de todos los mencionados trabajos es que se concentran en los primeros años de la institución; por ello, estamos frente a un vacío historiográfico, ya que pese a la relevancia de dicha institución carecemos de investigaciones que nos ofrezcan un amplio panorama que abarque desde la inauguración en 1910 hasta la clausura en 1968.

En esta investigación hemos tomado como fuente principal los expedientes clínicos. Algunos contienen cientos de páginas con diversos documentos que van desde descripciones clínicas, transcripciones de entrevistas, exámenes de laboratorio, seguimiento de los tratamientos, informes sobre la evolución del paciente, correspondencia entre la familia y las directivas de la institución y, en algunas ocasiones, encontramos cartas escritas por los mismos pacientes. Sin embargo, en numerosos casos el expediente está constituido por una sola hoja con muy poca información sobre el interno. En trabajos anteriores hemos propuesto que los expedientes clínicos son documentos polifónicos debido a que allí encontramos las miradas de los psiquiatras, de los familiares, de otras instancias remitentes, y la del mismo paciente.⁴ Es más, en ocasiones hallamos en un mismo expediente varias descripciones clínicas hechas por diferentes psiquiatras, donde los diagnósticos no coinciden y, en algunos casos, hasta

A propósito de la importancia historiográfica de los locos”, *Estudios de Historia Moderna y Contemporánea de México*, Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Históricas, México, n. 37, 2009, p. 71-96. Véanse, asimismo, Cristina Rivera Garza, “She neither respected nor Obeyed Anyone: Inmates and Psychiatrist Debate Gender and Class at the General Insane Asylum La Castañeda, Mexico, 1910-1930”, *Hispanic American Historical Review*, v. LXXXI, 2001, p. 653-688; Margarita Gutiérrez Colín, *Qué bello es sufrir y no llorar: expresión femenina de la locura; la historia de una mujer asilada en el Manicomio General La Castañeda (1914-1933)*, tesis de licenciatura en Psicología, México, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, 2011; Victoria Beltrán Bilchis, *El juicio familiar: calificación y asignación social de la locura en México, 1910-1930*, tesis de licenciatura en Historia, México, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Filosofía y Letras, 2014; Claudia Elizabeth Montañó Pérez, *La locura en México, un discurso de género: análisis de expedientes clínicos (1910)*, tesis de licenciatura en Psicología, México, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, 2011.

⁴ Andrés Ríos Molina, “La psicosis del repatriado. De los campos agrícolas en Estados Unidos al Manicomio La Castañeda en la ciudad de México, 1920-1944”.

se contraponen, lo cual hace evidente que la “mirada” de la psiquiatría, lejos de ser unificada y homogénea, es diversa y depende del sujeto que haga la observación y su momento histórico. Frente a esta heterogeneidad de miradas que convergen en los expedientes, partimos de que son documentos creados en el ejercicio de la clínica psiquiátrica, tópico que se convirtió en el eje de esta investigación.

La clínica de las enfermedades mentales ha sido un prolífico campo de investigación desarrollado por autores como Georges Lanteri-Laura, German Berrios, Paul Bercherie, Rafael Huertas, Darian Leader y José María Álvarez,⁵ quienes han analizado las transformaciones del saber psiquiátrico y los cambios en la forma de conceptualizar las entidades nosológicas, principalmente desde inicios del siglo XIX. Estos autores toman como referentes la obra de psiquiatras que se pueden considerar “canónicos”, tales como Pinel, Esquirol, Falret, Morel, Charcot, Kraepelin, Kahlbaum, Capgras, Sérieux, Claude, Lasègue, De Clèrambault, Griesinger, Wernike, Lombroso, entre muchos otros psiquiatras cuyas propuestas han sido determinantes en la historia de la clínica psiquiátrica. Sus tratados, artículos y debates han sido analizados detenidamente en el marco de lo que podríamos considerar una historia intelectual de la clínica psiquiátrica. Sin embargo, a la hora de historizar la clínica psiquiátrica en México, carecemos de psiquiatras cuyas propuestas hayan tenido relevancia o impacto internacional, o que hayan elaborado tratados a partir de su propia investigación. Por consiguiente, en lugar de seguir la historia intelectual como ruta analítica, tenemos la posibilidad de historizar

⁵ Georges Lanteri-Laura, *Ensayo sobre la historia de los paradigmas de la psiquiatría moderna*, Madrid, Triacastela, 2000; Darian Leader, *¿Qué es la locura?*, México, Sexto Piso, 2011; José María Álvarez, *La invención de la enfermedades mentales*, Madrid, Gredos, 2008; Germán E. Berrios, *Historia de los síntomas de los trastornos mentales. La psicopatología descriptiva desde el siglo XIX*, México, Fondo de Cultura Económica, 2008; Germán E. Berrios y Roy Porter (eds.), *Una historia de la psiquiatría clínica*, Madrid, Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental/Triacastela, 2012; Paul Bercherie, *Los fundamentos de la clínica. Historia y estructura del saber psiquiátrico*, Buenos Aires, Manantial, 2014; Rafael Huertas, *El siglo de la clínica. Para una teoría de práctica psiquiátrica*, Madrid, Frenia, 2005.

la forma en que dichos referentes fueron llevados a la práctica. De los cientos de médicos que pasaron por La Castañeda, sólo una minoría publicó algún artículo; su legado está más bien en los miles de expedientes que dan cuenta de la forma en que los referentes teóricos fueron llevados a la práctica y utilizados para clasificar a sujetos que fueron considerados como “locos” por el entorno social. Por ello, los expedientes clínicos se despliegan como una fuente privilegiada para comprender la forma en que el saber psiquiátrico fue llevado a la práctica clínica en el Manicomio General.

Un aspecto que salta a la vista al revisar los expedientes clínicos es la diversidad de realidades detrás de la categoría “enfermedad mental”. Considerar a los “locos” de La Castañeda como una población homogénea que moría después de un prolongado encierro bajo el yugo del poder psiquiátrico, es una idea que se desmorona al revisar las historias clínicas. Por el contrario, encontramos que cada diagnóstico no sólo implicaba síntomas y una evolución de la patología claramente diferenciada, sino una realidad cultural y un estigma social diferente. Es decir, no podemos asumir como iguales las realidades clínicas de alcohólicos, esquizofrénicos, epilépticos o toxicómanos. Además, las características sociales y el comportamiento de cada población variaban considerablemente, como se demostrará a lo largo de este libro. Por ello, si bien el término “locura” resulta de utilidad para comprender los criterios usados por el contexto social para clasificar a un sujeto cuyo comportamiento rompe con los límites de lo normal, en el terreno clínico es un impedimento para abordar las grandes diferencias que existen entre cada grupo de diagnósticos. En esta investigación colectiva buscamos, por una parte, profundizar en las especificidades clínicas de cada afección, los referentes científicos utilizados y las terapéuticas implementadas; por otra parte, buscamos comprender las especificidades sociodemográficas de cada grupo de diagnósticos, a saber, edad de ingreso, diferencias entre hombres y mujeres, tiempo de internación, instancias remitentes, cómo se dio el alta (si se curó, falleció o fue dado de alta por solicitud de algún pariente), entre otras variables.

METODOLOGÍA

El problema que emergió fue de carácter metodológico: ¿cómo analizar a una población de más de 60 000 pacientes? Para tales efectos, optamos por combinar el abordaje cuantitativo con el cualitativo. Los pocos trabajos que han utilizado dicha metodología han sido retomados como referentes en esta investigación. En el contexto español, Ana María Conseglieri, Paloma Vázquez y Raquel Tierno han realizado estudios sobre el Manicomio Nacional de Leganés en un marco cronológico que inicia con la República, pasa por la Guerra Civil y concluye con el primer franquismo (1931-1952), donde analizan la forma en que los cambios demográficos de la población psiquiátrica estaban estrechamente vinculados con procesos intrínsecos al entorno social, político y económico.⁶ Otro ejemplo es el trabajo de Jonathan Metz,⁷ quien hizo un estudio demográfico de los pacientes del Hospital para Criminales Dementes de Ionia con el fin de estudiar cómo fue que las problemáticas raciales y las protestas sociales de los negros por la igualdad de derechos en Estados Unidos influyeron en la remisión, diagnóstico y tratamiento de pacientes esquizofrénicos en un periodo de 28 años (1941-1969). Al igual

⁶ Olga Villasante, Paloma Vázquez de la Torre y Raquel Tierno, “La reforma psiquiátrica durante la Segunda República en el Manicomio Nacional del Leganés”, en Ricardo Campos, Luis Campos y Rafael Huertas (coords.), *Medicina, ideología e historia en España (siglos XVI-XXI)*, Madrid, Consejo Superior de Investigaciones Científicas, 2007; “El Manicomio Nacional de Leganés: entre la reforma legislativa y la práctica asistencial (1931-1936)”, en Ricardo Campos, Olga Villasante y Rafael Huertas, *De la “Edad de Plata” al exilio. Construcción y “Reconstrucción” de la psiquiatría española*, p.107-128. Raquel Tierno, “Demografía psiquiátrica y movimientos de la población del Manicomio de Santa Isabel (1931-1952)”, *Frenia. Revista de Historia de la Psiquiatría*, Instituto de Historia del Consejo Superior de Investigaciones Científicas, Madrid, v. VIII, 2008, p. 97-129; Paloma Vázquez de la Torre, *El manicomio nacional de Santa Isabel en Leganés durante la Guerra Civil Española (1936-1939): población manicomial y prácticas asistenciales*, tesis de doctorado, Madrid, Universidad Complutense de Madrid, 2013; Ana María Conseglieri, *El Manicomio Nacional de Leganés en la posguerra española (1939-1952): aspectos organizativos y clínico asistenciales*, tesis de doctorado, Madrid, Universidad Complutense de Madrid, 2014.

⁷ Jonathan Metz, *The protest psychosis. How schizophrenia became a black disease*, Boston, Beacon Press, 2011.

que los trabajos en cuestión, en esta investigación hemos buscado articular la información cuantitativa ofrecida por los Libros de Registro y los expedientes clínicos con otro tipo de fuentes que nos permitan contextualizar y comprender las especificidades clínicas de cada diagnóstico, como artículos y tesis publicados por los psiquiatras. Además, hemos incluido en la investigación documentos administrativos que nos permiten ver la forma en que operaban los diferentes pabellones y notas periodísticas que nos acercan al lugar de La Castañeda en la opinión pública.

Para abordar la mencionada población psiquiátrica hemos construido una base de datos a partir de una muestra aleatoria de 20% del total de la población, es decir, 12 296 registros.⁸ De casi todos ellos se recuperó la información correspondiente a 15 variables que a lo largo de toda la historia del manicomio se asentaron en los libros de registro: sexo, edad, estado civil, lugar y estado de nacimiento y residencia, ocupación, diagnósticos, institución remitente, categoría de internamiento, fechas de ingreso y alta, tiempo de estancia en meses, número de ingresos, motivo de alta y, en su caso, causa de muerte. En la década de 1930 encontramos pacientes que en el momento de su internación no se les registró diagnóstico alguno, sobre todo a partir de que en 1932 fue aprobada una propuesta de Manuel Guevara Oropeza que consistía en someter a todos los sujetos remitidos a un periodo de 72 horas de observación médica para determinar si tenían trastornos mentales que ameritaran internamiento.⁹ Esta medida fue propiciada por el gran problema de sobrepoblación y hacinamiento debido a que la institución tenía la doble

⁸ Para recopilar la información que se presentará a continuación se revisó el Archivo Histórico de la Secretaría de Salud (AHSS), específicamente los fondos *Manicomio General (FMG)*, Sección Administrativa (SADM), Libros de Registro (LR) y Expedientes Clínicos (SEC), el *Fondo Subsecretaría de Salubridad (FSUBS)* y el *Fondo Subsecretaría de Salubridad y Asistencia (FSUBSYA)*. En adelante citaremos este archivo por sus diferentes siglas.

⁹ Andrés Ríos Molina, *La locura durante la Revolución Mexicana. Los primeros años del Manicomio La Castañeda, 1910-1920*, México, El Colegio de México, 2009, y María Cristina Sacristán, "Una valoración sobre el fracaso del Manicomio La Castañeda como institución terapéutica, 1910-1944", *Secuencia: Revista de Historia y Ciencias Sociales*, Instituto de Investigaciones Dr. José María Luis Mora, v. LI, 2001, p. 91-120.

función de asilo y hospital, razón por la cual podía haber sujetos sin ningún trastorno mental en calidad de asilados. Así, en los casos en los que no hubo diagnóstico alguno en los libros de registro, tomamos el dato directamente del expediente clínico.

Una vez construida la base de datos, detectamos 42 pacientes cuyas afecciones no eran psiquiátricas, pues ingresaron en estado comatoso y padecían rabia, pelagra, sordomudez y hemiplejía, por mencionar algunas. Asimismo hubo 257 internos a quienes no pudieron adjudicarles ninguna enfermedad, ni física ni mental. Además, 1 361 recibieron al mismo tiempo dos diagnósticos distintos. Todos los anteriores, si bien fueron incluidos a la hora de obtener información global de la población de La Castañeda, fueron excluidos de los grupos de diagnósticos. Por consiguiente, el cuadro 1 fue construido con un universo de 10 641 registros, los cuales recibieron un diagnóstico psiquiátrico en el momento del ingreso, es decir, 86.5% de la muestra.¹⁰

Con esa base de datos tomamos la variable “diagnóstico” para determinar si era posible descubrir algún sistema clasificatorio utilizado en el manicomio. La base arrojó un total de 2 150 maneras diferentes de nombrar la enfermedad mental, confirmando el señalamiento de Rafael Huertas: “Cuanto mayor sea el número de historias estudiadas, mayor será la variedad terminológica utilizada, pudiendo llegar a constituir un amplísimo abanico de posibilidades diagnósticas —y terapéuticas— que es preciso jerarquizar.”¹¹ ¿Cómo clasificar y hacer manejables estas 2 150 posibilidades que teníamos ante nosotros? Este mismo problema lo enfrentó Ana Conseglieri, quien analizó los diagnósticos de los pacientes que ingresaron al Hospital de Leganés en España durante la posguerra y en cuyos libros de registro encontró 140 diagnósticos para tan sólo 615 pacientes; diagnósticos que fueron clasificados según el modelo de Kraepelin, el cual fue ampliamente utilizado, tal y como refieren diversas fuentes consultadas.¹²

¹⁰ Dicha base de datos será citada en adelante como BD-PAPIIT.

¹¹ Rafael Huertas, *El siglo de la clínica...*, p. 115.

¹² Ana María Conseglieri, “El Manicomio Nacional de...”, p. 136.

CUADRO 1
Clasificación de enfermedades del Manicomio General
basada en el *Tratado* de Kraepelin de 1899

<i>Grupos</i>	<i>Diagnósticos</i>	<i>Casos</i>	<i>%</i>
I. Alteraciones mentales en los traumatismos cerebrales	Lesiones	7	0.1
II. Alteraciones mentales en otros procesos orgánicos cerebrales	Encefalitis, Parkinson, corea, bradiquinesia, entre otros	225	2.1
	Alcoholismo	138	
	Alcoholismo agudo	40	
	Alcoholismo cerebral	88	
	Alcoholismo crónico	497	
	Alucinosis alcohólica	112	
III. Alteraciones mentales en intoxicaciones	Alcoholismo	2055	19.3
	Confusión mental alcohólica	88	
	Delirium tremens	112	
	Dipsomanía	28	
	Korsakoff	36	
	Psicosis alcohólica	874	
	Sin especificar	42	
	Marihuana	116	
	Heroína	95	
	Morfina	22	
	No definida	174	
	Otras sustancias	7	
		414	3.9

CUADRO 1. *Continuación...*

<i>Grupos</i>	<i>Diagnósticos</i>	<i>Casos</i>	<i>%</i>
IV. Alteraciones mentales en las enfermedades infecciosas	Meningitis	18	0.2
	Demencia parálitica	29	
V. Sífilis	Neurolues	163	
	PGP	685	998
	Sífilis	88	9.4
	Tabes	33	
VI. Senilidad	Arterioesclerosis	4	
	Senilidad y presenilidad	384	388
VII. Epilepsia	Epilepsia	940	
	Epilepsia esencial	345	
	Epilepsia jacksoniana	25	1 369
	Epilepsia focal	59	12.9
VIII. Esquizofrenia	Esquizofrenia	1 100	
	Esquizofrenia hebefrénica	224	
	Esquizofrenia simple	186	
	Esquizofrenia catatónica	106	2 120
	Esquizofrenia paranoide	400	
	Esquizofrenia mixta	104	
	Psicosis no definidas	268	
	Otras psicosis endógenas	127	395
IX. Psicosis maniaco-depresiva	Manía	318	
	Depresión	3	
	Melancolía	77	620
	Psicosis maniaco-depresiva	222	5.8
X. Psicopatías	Histeria	48	
	Histeria de conversión	12	
	Neurastenia	8	158
	Neurosis indiferenciada	27	1.5
	Psicastenia	9	

CUADRO 1. *Continuación...*

<i>Grupos</i>	<i>Diagnósticos</i>	<i>Casos</i>	<i>%</i>
	Psicopatía	24	
	Sociopatía	1	
	Otras neurosis	5	
	Psiconeurosis	24	
	Psicosis del repatriado	14	
	Psicosis situacional	16	
XI. Reacciones psicógenas	Psicosis postraumática	26	133
	Psiconeurosis de guerra	2	
	Locura puerperal	12	
	Psicosis reactiva	63	
XII. Paranoia	Paranoia		311
	Debilidad mental	159	2.9
XIII. Retraso mental	Idiocia	54	620
	Imbecilidad	109	
	Oligofrenia	298	
	Locura	323	
Categorías ambiguas	Delirio	25	810
	Demencia	128	
	Confusión mental	334	
TOTAL			10 641
			100.0

FUENTE: BD-PAPIIT.

En nuestro caso, no encontramos cuadros, tablas o algún tipo de formato estadístico para clasificar los diagnósticos, ni documento alguno que nos permitiera intuir alguna forma de estandarizar los criterios diagnósticos usados en La Castañeda, tópico también ausente en los artículos publicados o las tesis presentadas en la época. De manera excepcional contamos con dos documentos que nos permiten ver intentos por clasificar a los pacientes, pero que no obedecieron a políticas ni a criterios institucionales: el primero es un estudio del médico Enrique Aragón,

hecho en 1925 en La Castañeda, donde los criterios son confusos;¹³ y el segundo es la *Primera Investigación Nacional de Enfermos Neurológicos y Psiquiátricos*,¹⁴ censo levantado a partir de una encuesta nacional aplicada a médicos e instituciones en 1960 y publicada en 1964, siguiendo los criterios de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE).

Por lo anterior, consideramos que no hubo lineamientos institucionales para que los psiquiatras de La Castañeda usaran algún sistema de clasificación específico de las enfermedades mentales a la hora de diagnosticar o elaborar estadísticas. En un principio esta ausencia nos llevó a pensar que no hubo un sistema compartido por los psiquiatras del Manicomio General para diagnosticar a sus pacientes. Sin embargo, como se demostrará en el trabajo sobre esquizofrenia, una lectura de los expedientes clínicos nos reveló que, pese a no haber un sistema de clasificación oficial en La Castañeda, sí hubo un apego por parte de los psiquiatras a las propuestas de Emil Kraepelin para la clasificación de las enfermedades mentales, razón por la cual decidimos basar nuestra clasificación en dicha nosología, como se observa en el cuadro 1. Valga mencionar que la ausencia de un sistema clasificatorio establecido por la institución posibilitó que algunos psiquiatras utilizaran paralelamente la clasificación francesa; sin embargo, para efectos metodológicos hemos utilizado el modelo de Kraepelin en aras de abordar los expedientes clínicos en forma sistemática.

De manera específica hemos utilizado la clasificación propuesta en la sexta edición del *Tratado de psiquiatría* de Emil Kraepelin publicada en 1899.¹⁵

¹³ Enrique Aragón, "La enajenación mental en México", en *Mis 31 años de académico*, México, Academia Nacional de Medicina de México, 1943, v. 1, p. 415-470.

¹⁴ Dirección General de Bioestadística, *Primera Investigación Nacional de Enfermos Neurológicos y Psiquiátricos (periodo del 20 al 30 de junio de 1960)*, México, Talleres Gráficos de la Nación, 1964.

¹⁵ Una versión traducida al inglés se encuentra en Ross Defendorf, *Clinical Psychiatry. A text book for students and physicians*, London, Macmillan, 1904 [en línea]. Disponible en: <https://archive.org/stream/39002010262914.med.yale.edu#page/n5/mode/2up> [consultado el 09/01/2016].

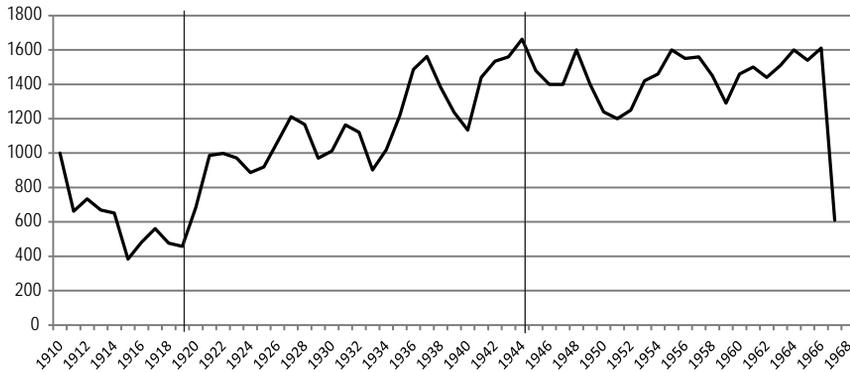
Debido a la gran cantidad de diagnósticos, en este libro nos hemos limitado al análisis de siete grupos de diagnósticos: psicosis endógenas (esquizofrenia y psicosis maniaco-depresiva), epilepsia, sífilis, alcoholismo, toxicomanías, trastornos del movimiento y retraso mental. Dicha elección ha obedecido a un trabajo colectivo de un año donde los autores revisamos fuentes primarias y debatimos sobre la perentoriedad de dichos diagnósticos a partir de su relevancia cuantitativa o clínica. Debido al trabajo que implicaba analizar cada diagnóstico y a lo acotado del grupo de investigación, nos vimos en la obligación de dejar fuera afecciones sumamente interesantes como la paranoia, la histeria o las demencias seniles.

EL MANICOMIO GENERAL LA CASTAÑEDA: TRES MOMENTOS¹⁶

Para el acercamiento histórico a esta institución proponemos una periodización que obedece a los cambios observados en el número de ingresos anuales (gráfica 1), que además coincide con la propuesta de Cristina Sacristán a partir de fuentes administrativas: un primer momento en que decrece la población psiquiátrica, el cual concuerda con la Revolución Mexicana (1910-1919); un segundo periodo conocido como la posrevolución (1920-1944), en el cual aumentó la cantidad de ingresos por año, que pasó de 684 en 1920 a 1 663 en 1944; y un tercer momento (1944-1968) donde se estabilizó el número de ingresos e inició un proceso de descentralización, posibilitado por la apertura de nuevas instituciones psiquiátricas destinadas a pacientes remitidos desde La Castañeda, con lo que se buscaba disminuir el sobrecupo que se venía padeciendo desde tiempo atrás, lo que finalmente contribuyó a su clausura. Veamos cada uno de estos momentos:

¹⁶ Los apartados “El Manicomio La Castañeda: tres momentos” y “Características de la población psiquiátrica” se publicaron previamente en Andrés Ríos Molina *et al.*, “Los pacientes del Manicomio La Castañeda y sus diagnósticos. Una propuesta desde la historia cuantitativa (México, 1910-1968)”, *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y la Ciencia*, Madrid, n. LXVIII, v. 1, 2016 (en prensa).

GRÁFICA 1
Cantidad de pacientes que ingresaron al Manicomio La Castañeda
1910-1968



FUENTE: BD-PAPIIT.

Decrecimiento, 1910-1919

Cuando se inauguró el manicomio, en 1910, estalló la Revolución y llegó, de manera paralela, la inestabilidad política, económica y administrativa. Si bien no encontramos reportes de una notable crisis o desabasto distintos al resto de lo que habría después,¹⁷ durante los diez años de la etapa armada de la Revolución hubo 12 directores titulares y 3 interinos, así como una alta movilidad entre los médicos, ya que de los 98 contratados en los primeros diez años, 82 ya no laboraban en 1921.¹⁸ Lo más llamativo, sin embargo, es la reducción en la cantidad de ingresos por año que se puede apreciar en la gráfica 1. Dichos ingresos disminuyeron hasta alcanzar un punto realmente bajo en 1915, justamente cuando la guerra civil estaba en su momento más álgido debido a las epidemias, a la falta de agua y de comida que, con razón, hicieron que aquel año fuera conocido como el “año del hambre”.¹⁹

¹⁷ Andrés Ríos Molina, *La locura durante...*

¹⁸ María Cristina Sacristán, “La contribución de La Castañeda...”

¹⁹ Ariel Rodríguez Kuri, *Historia del desasosiego. La revolución en la ciudad de México, 1911-1922*, México, El Colegio de México, 2010.

Como suele ocurrir en contextos de guerra, los parámetros para definir lo normal y lo anormal se diluyeron, repercutiendo en un menor número de internos en los manicomios.²⁰

Crecimiento, 1920-1944

Al iniciar la década de 1920 aparecieron informes sobre el mal estado de las instalaciones del manicomio, ya que durante la Revolución el mantenimiento fue precario: ausencia de colchones y sábanas, ventanas con los vidrios rotos, plagas de ratas y una farmacia raquítica. En esos años las instalaciones se descompusieron, los enseres se dañaron y no hubo recursos suficientes para cambiarlos.²¹ En esta década inició el aumento de la población psiquiátrica que se detuvo en 1944, año en que se registró la mayor cantidad de ingresos: 1 463 pacientes. 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 1960,²² y las campañas contra la mendicidad con las consecuentes *razzias* impulsadas por el gobierno capitalino. 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.²³ Es probable que la presencia

²⁰ Paloma Vázquez de la Torre, *op. cit.*

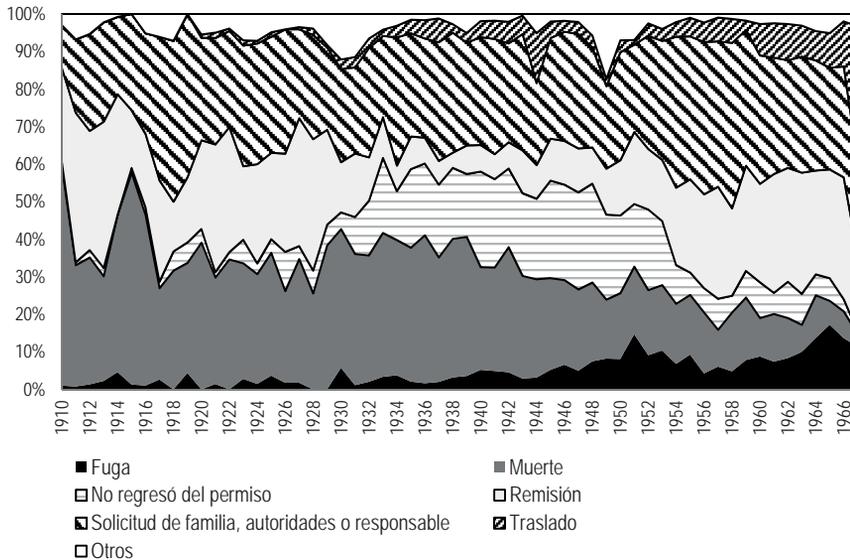
²¹ María Cristina Sacristán, “La contribución de La Castañeda...”

²² María Eulalia Mendoza García y Graciela Tapia Colocía, *Situación demográfica de México, 1910-2010*, México, Consejo Nacional de Población, 2010, p. 11-24, [en línea], disponible en: http://www.unfpa.org.mx/publicaciones/cua_dro_4.pdf [consultado el 13/11/2014]; y Martha Mier y Terán, “Dinámica de la población en México: 1895-1990. El gran cambio demográfico”, *Demos*, Universidad Nacional Autónoma de México, n. 4, 1991, p. 4-5, [en línea], disponible en: <http://www.ejournal.unam.mx/dms/no04/DMS00402.pdf> [consultado el 13/11/2014].

²³ Andrés Ríos Molina, “Indigencia, migración y locura en el México pos-revolucionario”, *Historia Mexicana*, v. LIX, n. 4, 2010, p. 1295-1337.

de pacientes sin claros síntomas psiquiátricos haya alentado el otorgamiento de permisos de salida, pues llama la atención que entre 1930 y 1950 una cantidad notable de pacientes no retornaron tras el permiso que se les otorgó (gráfica 2).

GRÁFICA 2
Condición de salida de los pacientes del Manicomio La Castañeda
1910-1967



FUENTE: BD-PAPIIT.

Este crecimiento de la población psiquiátrica también estuvo aparejado con la profesionalización de la psiquiatría. A diferencia de los años revolucionarios, en que imperó la inestabilidad institucional, a partir de 1929 el manicomio comenzó a ser dirigido por una nueva generación de psiquiatras que profesionalizó la psiquiatría en México; entre ellos destacan Alfonso Millán, Edmundo Buentello, Samuel Ramírez Moreno, Manuel Guevara Oropeza y Mathilde Rodríguez Cabo. Según Héctor Pérez-Rincón, “fueron ellos quienes iniciaron la asistencia propiamente médica de los enfermos mentales en los escasos centros asistenciales públicos y privados dedicados a su cuidado, y establecieron la

enseñanza formal de la neurología y la psiquiatría”.²⁴ Dichos psiquiatras fueron los que regularizaron los procesos de ingreso, promovieron una Ley General de Alienados “que respaldara la acción de la psiquiatría frente a otros poderes y protegiera al enfermo de múltiples abusos”, e impulsaron la reorganización del manicomio. Como parte de esta reorganización se abrió un consultorio y un laboratorio para análisis clínicos, se creó un pabellón de toxicómanos, uno de psiquiatría infantil, una escuela de niños anormales, se renovaron espacios que requerían mantenimiento y se implementaron nuevas prácticas terapéuticas como las actividades deportivas. Finalmente, y como muestra de la profesionalización que tenía lugar, comenzaron a circular dos revistas especializadas: *Revista Mexicana de Psiquiatría, Neurología y Medicina Legal* (1934) y *Archivos de Neurología y Psiquiatría de México* (1937).²⁵

Estabilización, 1944-1968

A partir de 1944 comenzó el proceso de descentralización de la atención psiquiátrica y La Castañeda dejó de ser la institución que inexorablemente recibía pacientes de todo el país. La Operación Castañeda fue una estrategia para crear una red de hospitales psiquiátricos en diferentes estados de la república para buscar poco a poco reducir la población del Manicomio General y finalmente clausurarlo en 1968. 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 La Castañeda mediante el traslado de los pacientes crónicos considerados incurables y permitir que los agudos recibieran

²⁴ Héctor Pérez Rincón, *Breve historia de la psiquiatría en México*, México, Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1995, p. 45.

²⁵ María Cristina Sacristán, “La contribución de La Castañeda...”

los beneficios de la ciencia.²⁶ Esta granja fue la primera de 12 instituciones erigidas para remplazar a La Castañeda: 6 hospitales-granja, 3 hospitales campestres, un albergue y 2 hospitales psiquiátricos para agudos.²⁷ 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.

CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN PSIQUIÁTRICA DE LA CASTAÑEDA

La población de la capital mexicana se quintuplicó entre 1910 y 1960 y pasó de 720 753 a 4 870 876 habitantes en un país que en el mismo lapso de tiempo duplicó su población de 15 160 369 a 34 923 128. Por una parte, el crecimiento demográfico de La Castañeda que tuvo lugar entre 1919 y 1940 fue congruente con el aumento de la población nacional; no obstante, entre 1940 y 1950, la población de la capital se duplicó (de 1 757 530 a 3 050 442), mientras que la cantidad de ingresos a La Castañeda pasó de 1 055 en 1940 a 1 410 en 1950. Debido a que carecemos de información sobre las instituciones psiquiátricas privadas y sobre pabellones psiquiátricos construidos en diferentes hospitales de la república, no es posible tener información global que nos permita comparar la cobertura ofrecida por La Castañeda frente a otras instituciones. Sin embargo, es un hecho que después de 1920 hubo un marcado problema de sobrepoblación: con capacidad inicial para 1 300 internos originalmente, albergó hasta 3 500 a finales de la

²⁶ María Cristina Sacristán, “Los hospitales para dementes y el crecimiento de la ciudad”, en Alicia Salmerón y Fernando Aguayo, *Instantáneas de la ciudad de México. Un álbum de 1883-1884*, México, Instituto Mora/Universidad Autónoma Metropolitana/Fomento Social Banamex, 2013, t. 2, p. 15-29.

²⁷ Daniel Vicencio Muñoz, *Operación Castañeda: un intento de reforma asistencial de la psiquiatría en México, 1940-1968*, tesis de maestría en Historia, México, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Filosofía y Letras, 2014.

década de 1930. Población numerosa si la comparamos con el Hospital Leganés en España o las instituciones británicas a fines del siglo XIX, las cuales no alcanzaban los 600 internos (Renvoize y Beveridge, 1989). Sin embargo, tampoco consiguió las proporciones colosales de la Salpêtrière en los tiempos de Charcot, ni del Hospicio Oliva en Córdoba (Argentina) que en la década de 1930 albergó 4000 pacientes.²⁸ Así, pese al aumento de la población tanto nacional como capitalina, el aumento en la cantidad de internamientos no fue proporcional debido a la creación de nuevas instituciones que fueron desplazando a La Castañeda como el único espacio psiquiátrico del país. Veamos las principales características de los habitantes de La Castañeda.

- a. La edad promedio de los pacientes de la institución fue de 33.6 años. La población más joven la encontramos en el grupo diagnosticado con retraso mental, con 20.2 años en promedio, mientras que los de mayor edad fueron diagnosticados como seniles o pre-seniles con 64.2 años. Cabe mencionar que otra enfermedad que supera la tendencia general es la parálisis general progresiva cuya población tenía una edad promedio de 39.6 años.
- b. En relación con el estado civil tenemos la siguiente distribución: solteros, 54.6%; casados, 29.6%; viudos, 5.9%; en unión libre o amancebados, 1.2%; divorciados, 0.5%; y sin información, 8.3%. Esta distribución fue constante en los diferentes grupos de diagnósticos, con excepción de los pacientes con parálisis general progresiva, pues 53.2% de dicha población eran casados que generalmente salían del manicomio por solicitud de la familia y muchas veces gracias a la gestión hecha por la misma esposa.
- c. En cuanto a la diferencia por sexo, siempre hubo más hombres (64.2%) que mujeres (35.8%). ¿Cómo explicar esta diferencia constante en un país con una población con más mujeres que hombres? En este punto en particular nos

²⁸ Jonathan Ablard, *Madness in Buenos Aires: patients, psychiatrist and the Argentine state, 1880-1983*, Calgary, University of Calgary Press, 2008, p. 75.

limitamos a formular hipótesis que podrán ponerse a prueba con el análisis de los expedientes clínicos posteriormente. Por una parte, podríamos entender esta superioridad numérica por el importante número de internos que fueron remitidos por instituciones de control social, como los cuerpos de seguridad, lo que establecía una clara relación entre trasgresión del orden público y enfermedad mental en los hombres (cuadro 2). Pero, por otro lado, también podemos suponer que en una sociedad donde las redes de parentesco han desempeñado un papel fundamental en la estructuración de las relaciones sociales, la mujer estuvo controlada por la familia, ya que desempeñaba un papel social propio de ama de casa orientado a las labores domésticas. En consecuencia, era muy probable que las familias se encargaran del cuidado de una enferma mental al mantenerla en el espacio propio para la mujer, según los criterios culturales de la época: el doméstico. El único grupo de diagnósticos donde se invirtió la proporción entre sexos fue el de psicosis maniaco-depresiva (23% hombres y 77% mujeres) y la diferencia más notable la encontramos en los pacientes con histeria (13% y 87%), quienes pasaron poco tiempo en el encierro psiquiátrico (8 meses).

CUADRO 2
Grupos de instancias remitentes, 1910-1968

<i>Instancias remitentes</i>	<i>Porcentaje</i>
No se sabe	37.3
Asistencia	26.6
Seguridad	13.5
Estatal	10.5
Familia	9.2
Hospitalaria	4.6
Voluntad propia	0.4
Otros	0.2
TOTAL	100.0

FUENTE: BD-PAPIIT.

- d. Si cruzamos las variables tiempo de estancia y condición de salida encontramos lo siguiente: los pacientes pasaron un promedio de 18.1 meses encerrados, 24.2% falleció en el encierro y 29.4% fueron dados de alta por solicitud de la familia (cuadro 3). La tendencia a permanecer internos menos de dos años, aunada a una baja cantidad de muertes en La Castañeda y una alta proporción de salidas por intervención de la familia, nos hace pensar en una institución con una alta circulación poblacional donde, si bien hubo pacientes crónicos que pasaron ahí toda su vida, éstos constituyeron una minoría frente a la multitud de personas que entraban y salían. Por esta razón es necesario pensar a La Castañeda no sólo cómo un espacio de reclusión perpetua sino como un sitio de paso donde la cronicidad no debió ser el problema más serio de la institución.²⁹

CUADRO 3
Grupos de condición de salida, 1910-1968

<i>Condición de salida</i>	<i>Porcentaje</i>
Solicitud de responsable o familiar	29.4
Muerte	24.2
Curación/Mejoría/Remisión/Apto para vivir en familia	19.9
No regresó de permiso	12.3
Traslado	4.4
Fuga	5.7
Otros	1.9
Sin dato	2.2
TOTAL	100.0

FUENTE: BD-PAPIIT.

²⁹ Andrés Ríos Molina, “El Manicomio General La Castañeda en México, sitio de paso para una multitud errante”, *Nuevo Mundo Mundos Nuevos*, [en línea] Disponible en: <http://nuevomundo.revues.org/50242> [consultado el 3/04/2015].

Si observamos la condición de salida en una perspectiva histórica (gráfica 2), veremos que en los primeros años de La Castañeda hubo un alto porcentaje de pacientes que fallecieron, particularmente en 1915, cantidad que se fue reduciendo hasta llegar a la mitad después de 1944. Además, entre 1930 y 1951 hubo un alto porcentaje de pacientes con ciertos signos de recuperación que recibieron un pase de salida por unos cuantos días, después de los cuales “no regresaron de permiso”. Desconocemos si lo anterior se relacione con una estrategia deliberada de autorizar la salida temporal para que los pacientes se reincorporaran a la vida social y los familiares se hicieran responsables de ofrecerles los cuidados necesarios. Por otra parte, entre 1952 y 1968 hubo un notable descenso en la mortalidad y un incremento en el número de fugas, lo cual permite suponer una reducción en los mecanismos del control de los internos, máxime considerando que la arquitectura de La Castañeda era poco apropiada para proporcionar una custodia tipo carcelaria. Aunado a lo anterior, hubo un notable incremento en la cantidad de pacientes que salieron “mejorados”, “curados” o “en remisión”, lo cual nos permite sugerir un aumento en la eficacia terapéutica de la institución, ya que fue a partir de dichos años cuando se comenzaron a utilizar tratamientos farmacológicos (antipsicóticos y anticonvulsivos).

- e. En cuanto al lugar de origen de los internos, 32.3% de la población nació en el Distrito Federal, lugar donde se encontraba el manicomio; 30.6% procedía de los estados próximos a éste (Guanajuato, Hidalgo, Michoacán, Morelos, Puebla, Querétaro y Tlaxcala); 35% provenía de estados más alejados (Coahuila, Chihuahua, Sonora, Sinaloa, Chiapas, Oaxaca, Campeche, Yucatán, entre otros); 2.1% lo comprendían extranjeros, cuyas dos terceras partes habían nacido en España, Estados Unidos, China, Alemania, Cuba e Italia, a los que se sumaban los provenientes de 18 países más de América, Europa y Asia. Por consiguiente, encontramos que 65.6% de la población de La Castañeda

eran migrantes llegados a la capital mexicana. En relación con la inserción de estos migrantes en la vida laboral, encontramos que 6.7% tenía como oficio el de “campesino” o “agricultor”, 32% no registra oficio alguno y el restante 61.3% tenía trabajos propios de la vida urbana: una larga lista de 708 oficios y profesiones que iba desde abogados, agentes de seguros, ingenieros, filarmónicos, políticos o militares, hasta voceadores, electricistas, estudiantes, choferes, mecánicos, para mencionar sólo unos cuantos, lo que confirma la estrecha relación entre el fenómeno urbano y las instituciones psiquiátricas. Así, nos encontramos con una alta población migrante que formó parte de la vida laboral propia de la capital mexicana.

CUADRO 4
Origen de los pacientes del Manicomio General, 1910-1968

	<i>Origen</i>	<i>%</i>
Extranjeros		2.1
1	Baja California, Sonora y Sinaloa	1.5
2	Aguascalientes, Colima, Jalisco y Nayarit	5.5
3	Durango, San Luis Potosí y Zacatecas	4.2
4	Coahuila, Chihuahua y Nuevo León	2.7
Mexicanos	5 Tabasco, Tamaulipas y Veracruz	6.4
	6 Campeche, Quintana Roo y Yucatán	0.7
	7 Estado de México y Distrito Federal	32.3
	8 Chiapas, Guerrero y Oaxaca	5.8
	9 Guanajuato, Hidalgo, Michoacán, Morelos, Puebla, Querétaro y Tlaxcala	30.6
Sin dato		7.3
TOTAL		100.0

FUENTE: BD-PAPIIT.

- f. Las instancias remitentes que más pacientes enviaron fueron las instituciones de asistencia, entre las que destacan la Beneficencia Pública y la Secretaría de Asistencia que, en 1944, se convirtió en Secretaría de Salubridad y Asistencia, además de asilos, hospicios y casas de ancianos. La cantidad de pacientes remitidos por dichas instancias obedece a que el reglamento estipulaba que quien llegara a las puertas del manicomio sólo podía ser ingresado si presentaba dos certificados médicos donde se mencionara la perentoriedad del encierro. Cuando las familias no tenían recursos para pagar un médico particular, éstas acudían a la Beneficencia o a la Asistencia para que les emitieran los certificados de manera gratuita, por lo cual es probable que el porcentaje de pacientes remitidos por la familia fuera superior a 9.2% (cuadro 1). Por otra parte, queremos resaltar la cantidad de pacientes que fueron enviados por las instancias de seguridad (13.5%), principalmente la policía y las cárceles, las escuelas correccionales y el Tribunal para Menores Infractores. Esto quiere decir que La Castañeda, además, fue un espacio asociado al control social.

A manera de síntesis, encontramos como una de las características principales de la población psiquiátrica de La Castañeda las bajas cifras de mortalidad: sólo 23.8% falleció en el encierro, porcentaje bajo si lo comparamos con el Hospital de Leganés, donde 71% de los pacientes falleció en el encierro durante la Guerra Civil en España³⁰ y 59.4% durante el franquismo.³¹ Una segunda característica tiene que ver con la brevedad del periodo de internamiento —18 meses—, si lo comparamos con la mencionada institución española —6.25 años durante la Guerra Civil y 7.78 durante la posguerra— o con las instituciones de la costa este de Estados Unidos, donde se alcanzaba hasta 5 años en el encierro.³² En tercer lugar, si bien hubo internos remitidos por

³⁰ Paloma Vázquez de la Torre, *op. cit.*, p. 183.

³¹ Ana María Conseglieri, *op. cit.*, p.106.

³² Gerald Grob, *The Mad Among Us. A History of the Care of America's Mentally Ill*, New York, Free Press, 1994, p. 119-123.

instancias como la policía o las correccionales, la mayoría de los pacientes de La Castañeda era dada de alta ya fuera por remisión, por solicitud de la familia o por fuga, hecho que nos lleva a cuestionar la idea generalizada de encierro perpetuo y comenzar a verla como un sitio de tránsito en el que estaban internados durante año y medio en promedio, y donde la familia jugó un papel determinante en el momento de solicitar el alta y optar por hacerse cargo de sus locos en lugar de dejarlos en el abandono.

GRUPOS DE DIAGNÓSTICOS

A pesar de que observamos estas tendencias entre la población general, encontramos que cada una de las enfermedades tenía características propias que no necesariamente seguían dichas tendencias. Al analizar los siete grupos de diagnósticos (alcoholismo, toxicomanía, enfermedades neurológicas, epilepsia, psicosis endógenas, retraso mental y sífilis) notamos que cada uno tiene una periodización distinta que dependió de muy diversos factores, como avances tecnológicos, campañas de salud, apertura de pabellones en el manicomio, entre otros. Asimismo, cada enfermedad tuvo su propia distribución de los motivos de alta, de instituciones remitentes, promedios de estancia y de edad distintos, los cuales evidencian la influencia de factores externos e internos. Por ello, los estudios que se presentarán a continuación localizarán las peculiaridades de cada diagnóstico y, posteriormente, interpretarán desde una perspectiva histórica esas peculiaridades, consultando artículos de revistas, tesis médicas de la época, notas periodísticas, documentos administrativos y expedientes clínicos de los pacientes.

Sin embargo, antes de sumergirnos en el tema, consideramos pertinente que este libro inicie con un trabajo sobre la historia de la institución. Por ello, el texto de Cristina Sacristán constituye una breve historia general de la administración del Manicomio La Castañeda, en la que hace particular énfasis en el Pabellón Central (1932). Desde allí, los médicos de La Castañeda desplegaron un proceso de profesionalización y legitimación de

la psiquiatría. Dicho espacio —único en la vasta extensión del manicomio— fue el escenario para: a) introducir la innovación tecnológica en el diagnóstico y el tratamiento; b) orientar la investigación y la enseñanza de la psiquiatría hacia una concepción biológica de la enfermedad mental, y c) convertir a la consulta externa (dependiente del Pabellón Central desde 1947) en un poderoso servicio ambulatorio destinado a evitar las estancias largas caracterizadas por un régimen de aislamiento propio de los grandes manicomios decimonónicos, separar los enfermos psiquiátricos de los neurológicos, y encabezar un amplio programa de trabajo social para dar seguimiento a las altas de los pacientes. Así, el trabajo de Sacristán esboza el determinante papel del Pabellón Central en la modernización de la atención psiquiátrica en México.

El siguiente estudio es un análisis centrado en dos enfermedades cuyo diagnóstico nos habla de la recepción de Emil Kraepelin y, por consiguiente, de la modernización de la psiquiatría: la demencia precoz (posterior esquizofrenia) y la psicosis maniaco-depresiva. La primera fue la enfermedad más diagnosticada en La Castañeda (el 21.3% de la totalidad de los internados recibió dicho diagnóstico), mientras que la segunda le fue diagnosticada al 5.8% de los internos. Si bien desde 1911 hay registro de la recepción de Kraepelin en La Castañeda, fue hasta mediados de la década de 1920 cuando comenzó a utilizarse de manera más sistemática la nosología alemana en detrimento de la francesa, la cual venía utilizándose desde mediados del siglo XIX. Este alejamiento de la escuela francesa y el progresivo acercamiento al modelo alemán significaron un cambio progresivo en el uso de algunas categorías. Tal transición tuvo lugar en México en el marco de un cambio generacional del cual emergieron los primeros psiquiatras: Samuel Ramírez Moreno, Leopoldo Salazar Viniegra, Manuel Guevara Oropeza, Edmundo Buentello, Guillermo Dávila, para mencionar los más relevantes en el proceso de modernización de la clínica psiquiátrica. Así, los cambios en la forma de denominar la locura coincidieron con el cambio de paradigma impulsado por la primera generación de psiquiatras. Un aspecto que se analiza en el trabajo tiene que ver con la forma en que los referentes

de Kraepelin fueron llevados al ejercicio de la clínica. Ello se evidencia en numerosos casos en que la sintomatología corresponde al cuadro de la esquizofrenia; sin embargo, también aparecen otros en los que la descripción de los síntomas no coincide con dicha enfermedad, razón por la cual consideramos que dicha afección fue diagnosticada muchas veces a pacientes con cuadros “raros”, complicados o ininteligibles. En palabras de Germán Berrios, la esquizofrenia se convirtió en una especie de metaconcepto usado para denominar muchas realidades, al punto de convertirse en un término genérico. Por ello, la propuesta es que el aumento de dicho diagnóstico fue una especie de colonización por parte de un concepto sobre diferentes manifestaciones de la locura.

Otro aspecto que se desarrolla en este estudio tiene que ver con que el aumento de la población psiquiátrica ocurrió de manera simultánea con una reducción en el tiempo de encierro, fenómeno que coincidió con la implementación de electrochoques y el uso de antipsicóticos. El uso de la primera técnica no fue tan masivo y/o indiscriminado; además, los resultados fueron poco halagadores, ya que presentaban unos menores índices de remisión en comparación con el resto de la población. Por otra parte, los pacientes esquizofrénicos que recibieron antipsicóticos tuvieron índices de remisión superiores al resto de la población y sus periodos de estancia fueron más cortos que los tiempos de estancia de la población promedio. Esta información, obtenida gracias a una muestra de los expedientes, nos ayuda a cuestionar la “leyenda negra” basada en los supuestos encierros perpetuos, ya que, pese a la esperada cronicidad, el tiempo promedio de internación no alcanzaba los dos años. Finalmente, se desarrolla un aspecto relevante relacionado con la psicosis maniaco-depresiva: ésta afectaba principalmente a las mujeres y se caracterizaba por la brevedad del acceso y del internamiento; las razones del internamiento se analizarán a la luz de una selección de casos.

Siguiendo con la recepción de Kraepelin en México, en su trabajo Ximena López argumenta que el diagnóstico del retraso mental fue definido a partir de una articulación entre el contexto social, científico y, sobre todo, institucional. Esto debido a que el sujeto con retraso mental representó en todas ocasiones a aquel

que no podía adaptarse, ni responder a las exigencias sociales y económicas depositadas en él, entre las que estaban ser económicamente productivos, independientes y educados. A medida que estas exigencias fueron cambiando, se fue transformando la mirada clínica de los psiquiatras, los tratamientos, el perfil de los pacientes y los síntomas característicos de la enfermedad. Sin embargo, estos cambios conceptuales se vieron siempre limitados o motivados por problemáticas institucionales como la sobrepopulación, el hacinamiento, la reincidencia de los pacientes y la falta de efectividad de los tratamientos.

Las colaboraciones de Alejandro Giraldo, Daniel Vicencio y José Antonio Maya tienen en común el impacto de los avances tecnológicos en la redefinición de la mirada clínica, en los tratamientos y en la precisión del diagnóstico. El estudio sobre la parálisis general progresiva, escrito por Alejandro Giraldo, nos explica la forma en que dicho diagnóstico aumentó considerablemente en las décadas de 1920 y 1930, mientras que su reducción inició en la década de 1940 como consecuencia del uso de la penicilina para el tratamiento de la sífilis, antibiótico que repercutió en la sucesiva eliminación de esta enfermedad en el manicomio. Además, el autor retoma casos significativos a través de los cuales documenta el estigma social, definido desde el degeneracionismo, que implicaba dicha afección tanto para el infectado como para la familia.

Por su parte, los trabajos de Daniel Vicencio Muñoz sobre las enfermedades neurológicas, y el de José Antonio Maya sobre la epilepsia, nos muestran la forma en que la introducción de aparatos de diagnóstico como el electroencefalógrafo (EEG) posibilitaron un diagnóstico mucho más preciso, fenómeno que ocurrió de manera paralela a la definición de la neurología como un campo diferenciado de la psiquiatría. Vicencio desarrolla las transformaciones en la mirada clínica, en los métodos y en la tecnología para diagnosticar las enfermedades neurológicas, al tiempo que la investigación en neurociencias liderada por Dionisio Nieto se consolidaba en La Castañeda. Valga mencionar que estas enfermedades no aparecen como un grupo de diagnóstico específico en el sistema clasificatorio propuesto por Kraepelin; sin

embargo, hemos decidido incorporarlo debido a que las fuentes nos han mostrado que en La Castañeda tuvo lugar el nacimiento y desarrollo de la neurología mexicana. Así, resulta lógico que los diagnósticos neurológicos que se fueron refinando a lo largo del siglo XX no estuviesen en el sistema clasificatorio de Kraepelin.

José Antonio Maya, en su trabajo sobre la epilepsia, señala la existencia de dos momentos: antes y después de 1934, año en que comenzó a utilizarse el EEG. Dicha innovación implicó pasar de un modelo explicativo anclado en el degeneracionismo y el estigma de la peligrósidad a uno centrado en la “neurologización” y el tratamiento farmacológico.

Las colaboraciones finales abordan dos diagnósticos que estaban más vinculados con problemas sociales que con los intereses de la clínica psiquiátrica: el alcoholismo y las toxicomanías. Alejandro Salazar Bermúdez analizó los expedientes clínicos de los pacientes con el segundo diagnóstico más numeroso en La Castañeda después de la esquizofrenia: el alcoholismo. Este hábito fue una preocupación para el Estado debido a que, bajo la influencia de la teoría de la degeneración, representó una amenaza para el orden y bienestar social. Sin embargo, los médicos de La Castañeda siempre cuestionaron la viabilidad de tratar alcohólicos en el manicomio y la misma clasificación del alcoholismo como enfermedad mental. El autor expone que el consumo de bebidas alcohólicas se volvió parte de discusiones psiquiátricas debido a la fuerte injerencia del Estado en la cotidianidad por medio de la creación de ligas antialcohólicas y de propagandas difundidas por el Comité Nacional de Lucha contra el Alcoholismo, en 1929, y la Campaña Contra el Alcoholismo y otras Toxicomanías en la década de 1930. Por lo tanto, esta investigación analiza principalmente las variables de instancias remitentes, diagnóstico y motivos de salida.

José Luis Pérez hace un análisis de los internos de La Castañeda diagnosticados como toxicómanos. Mediante un recuento de todas las legislaciones antinarcóticas desde la segunda mitad del siglo XIX, el autor expone cómo la producción, comercialización y consumo de drogas se convirtió en un acto criminal que primero fue tratado en las penitenciarías y, posteriormente, en instituciones



médicas como el Hospital Federal de Toxicómanos, anexo al Manicomio General. Además, el autor hará una exposición sobre cómo cambió el comportamiento demográfico y el perfil de los pacientes de acuerdo con la droga consumida, así como también el imaginario social en torno a los usuarios de dichas sustancias.

ANDRÉS RÍOS MOLINA y XIMENA LÓPEZ CARRILLO



LA CLÍNICA PSIQUIÁTRICA EN EL PABELLÓN CENTRAL*

CRISTINA SACRISTÁN
Instituto Mora
Centro Público CONACYT

El nacimiento de la psiquiatría en Europa entre fines del siglo XVIII y principios del XIX supuso una concepción del alienado y de su terapéutica muy distinta a la existente hasta ese momento, cuando los llamados locos, dementes o frenéticos podían ser socorridos para evitar que quedaran abandonados a su suerte, pero también controlados si se les creía peligrosos, con el fin de conservar la tranquilidad pública. Bajo este modelo asistencial, movido por la caridad y por el afán de preservar el orden, la curación ocupaba un lugar muy secundario, que fue ganando terreno a medida que la medicina comenzó a desplazar a la Iglesia y a quienes, por diversas razones, acogían a los insensatos en hospicios u hospitales, donde eran tratados prácticamente de la misma manera que otros enfermos, con sangrías, purgas, dietas, hierbas medicinales, con prácticas más extremas, como los exorcismos, o bien, sometidos por la fuerza.¹ Por el contrario,

* Mucho agradezco el invaluable apoyo recibido por parte de Berenice Ruiz, Alejandro Giraldo, Jovita Ramos, José Antonio Maya y Rosa Flores en la búsqueda y análisis de la información utilizada en este trabajo. Agradezco también los comentarios recibidos en el Seminario Interdisciplinario en Salud Mental por parte de Olga Cruz, Alejandra Golcman, José Antonio Maya y Teresa Ordorika, y en el Seminario Historia Social de la Salud del Instituto Mora. Asimismo, agradezco a los restantes autores de este libro por sus atinadas sugerencias, a los dictaminadores anónimos y, muy especialmente, a Andrés Ríos, por la posibilidad de colaborar en este proyecto.

¹ Enrique González Duro, *Historia de la locura en España. Siglos XIII al XVII*, Madrid, Ediciones Temas de Hoy, 1994, p. 79-133; Roy Porter, *Breve historia de la locura*, Madrid, Turner/Fondo de Cultura Económica, 2003, p. 21-66; Hélène Tropé, “Los tratamientos de la locura en la España de los siglos XV al XVII. El caso de Valencia”, *Frenia. Revista de Historia de la Psiquiatría*, Instituto de Historia del Consejo Superior de Investigaciones Científicas, Madrid, v. XI, 2011,

la psiquiatría apostó por la curación del enfermo y lo hizo mediante su confinamiento, por creer que, si quedaba completamente aislado del mundo exterior, alejado de las emociones que habían provocado su locura y bajo la severa vigilancia del médico, encargado de dirigirle en las nuevas rutinas que mantendrían ocupada su mente todo el tiempo, podría sanar.²

Si bien en sus inicios el manicomio y el tratamiento moral, la terapéutica inscrita entre sus muros, generaron un gran optimismo sobre la recuperación de los pacientes, hacia 1860 comenzaron a registrarse en Francia los primeros síntomas de que el sistema asilar entraba en crisis. A las acusaciones lanzadas desde la prensa, que ponían al descubierto los malos tratos y los internamientos arbitrarios, se sumaron las voces que desde la propia profesión criticaron los altos índices de cronicidad y la masificación de los manicomios. En efecto, la incurabilidad de algunos padecimientos orgánicos (epilepsia, psicosis por alcoholismo, neurosífilis) propició la cronicación, pero también el aislamiento propio del encierro, que de ninguna manera favorecía la vuelta a la sociedad.³

Aunque los crónicos se acumulaban,⁴ la institución asilar mantuvo su vigencia y se constituyó en el signo de identidad de la psiquiatría al menos hasta la segunda guerra mundial cuando,

p. 27-46; John S. Leiby, "San Hipolito's Treatment of the Mentally Ill in Mexico City, 1589-1650", *The Historian*, v. 54, n. 3, 1992, p. 491-498.

² Marcel Gauchet y Gladys Swain, *La pratique de l'esprit humain. L'institution asilaire et la révolution démocratique*, París, Gallimard, 1980, p. 68-100; Edward Shorter, *A History of Psychiatry. From the Era of the Asylum to the Age of Prozac*, New York, John Wiley & Sons, 1997, p. 8-16.

³ Laurent Sueur, "Les psychiatres français de la première moitié du XIXe siècle face à l'isolement des malades mentaux dans des hôpitaux spécialisés", *Revue Historique*, n. 291, 1994, p. 299-314; Ricardo Campos, "De la higiene del aislamiento a la higiene de la libertad. La reforma de la institución manicomial en Francia", *Frenia. Revista de Historia de la Psiquiatría*, Instituto de Historia del Consejo Superior de Investigaciones Científicas, Madrid, v. I, n. 1, 2001, p. 37-64.

⁴ En Inglaterra el número de internos pasó de entre 5000 y 10000 a principios del siglo XIX a 100000 hacia 1900; véase Gary Gutting, "Michel Foucault's *Phänomenologie des Krankengeistes*", en Mark. S. Micale y Roy Porter (eds.), *Discovering the history of psychiatry*, Oxford, Oxford University Press, 1994, p. 334-335. En Estados Unidos los pacientes reclusos sumaban alrededor de medio millón hacia 1940, en su mayoría considerados incurables; véase Gerald

tras la posguerra, se llegó a un consenso internacional sobre la necesidad de promover un sistema de atención en la comunidad que pusiera fin a la segregación.⁵

La centralidad que el manicomio ocupó durante 150 años como paradigma terapéutico ha convertido a esta institución en uno de los objetos más estudiados por la historiografía psiquiátrica. En este sentido, una de las líneas que ha orientado la discusión sobre la cronicidad asociada al manicomio sostiene que la tendencia al custodialismo, motivada por la existencia de numerosos pacientes crónicos que la propia institución asilar producía, operó en detrimento de su misión terapéutica. Según esta postura, la masificación impidió proporcionar una atención adecuada para cada enfermo y jugó en contra de los esfuerzos iniciales por medicalizar el tratamiento de la locura, dejando a los psiquiatras con muy pocas posibilidades de intervención sobre los pacientes. Sin embargo, desde otra perspectiva se ha historizado el manicomio como un espacio que permitió un gran desarrollo teórico y nosográfico, contribuyendo de manera muy importante al conocimiento psicopatológico, escenario donde se ensayaron innumerables tratamientos, marco propicio para la investigación y la enseñanza e incluso arena de debate entre los propios psiquiatras sobre la necesidad de superar el modelo manicomial como único dispositivo asistencial e instaurar en su lugar sistemas abiertos o de atención ambulatoria, todo ello con el fin de brindar una mejor atención a los pacientes y, desde luego, buscar su curación.⁶

N. Grob, *The Mad Among Us. A History of the Care of America's Mentally ill*, Cambridge, Harvard University Press, 1994, p. 165-166.

⁵ Enric J. Novella, "Del asilo a la comunidad: interpretaciones teóricas y modelos explicativos", *Frenia. Revista de Historia de la Psiquiatría*, Instituto de Historia del Consejo Superior de Investigaciones Científicas, Madrid, v. VIII, 2008, p. 10-12.

⁶ Uno de los primeros autores en llamar la atención sobre la cronicidad de los enfermos en los manicomios fue Georges Lantéri-Laura, "La chronicité dans la psychiatrie française moderne", *Annales*, v. XXVII, n. 3, 1972, p. 548-568. Los debates pueden verse en Ricardo Campos Marín y Rafael Huertas García-Alejo, "Los lugares de la locura: reflexiones historiográficas en torno a los manicomios y su papel en la génesis y el desarrollo de la psiquiatría", *Arbor. Ciencia, Pensamiento y Cultura*, v. CLXXXIV, n. 731, 2008, p. 471-480. Véase

En este trabajo se pretende contribuir a dicho debate, analizando la respuesta institucional a la primera crisis seria de credibilidad que enfrentó la psiquiatría mexicana cuando, desde instancias del Estado mexicano y de la opinión pública, se cuestionó al manicomio como modelo terapéutico.⁷ En México, como en otros países, la ciencia psiquiátrica se desarrolló en el seno de la asistencia pública, principalmente en la institución asilar, obligando a la psiquiatría a desplegar estrategias para demostrar su competencia en el terreno asistencial que, para el caso del manicomio, necesariamente pasaban por revisar las condiciones en que se hallaban los enfermos (hacinamiento, masificación, abandono) como por alentar sus perspectivas de curación.⁸ Fue así como en 1932 se estableció en el Manicomio de La Castañeda el llamado Pabellón Central, un espacio privilegiado que buscó centralizar los mayores recursos disponibles en ese momento para el diagnóstico, la terapéutica, la investigación y la enseñanza, y que resultó clave en el ejercicio de la clínica y el tratamiento de los pacientes, los dos puntales desde donde los médicos se anclaron para legitimar a la psiquiatría como el conocimiento experto en la patología mental y al manicomio como un espacio terapéutico. Desde el Pabellón Central se trabajó para lograr diagnósticos más certeros y agotar todos los posibles tratamientos. Para ello, el trabajo se enfocó en el diagnóstico de ingreso con el fin de determinar si el enfermo ameritaba o no el internamiento, tanto para evitar la hospitalización de quienes pudieran ser atendidos

también Enric J. Novella, “Del asilo a la comunidad: interpretaciones teóricas y modelos explicativos”, *Frenia. Revista de Historia de la Psiquiatría*, Instituto de Historia del Consejo Superior de Investigaciones Científicas, Madrid, v. VIII, 2008, p. 10-21.

⁷ Cristina Sacristán, “‘La locópolis de Mixcoac’ en una encrucijada política: reforma psiquiátrica y opinión pública, 1929-1933”, en Cristina Sacristán y Pablo Piccato (coords.), *Actores, espacios y debates en la historia de la esfera pública en la ciudad de México*, México, Instituto de Investigaciones Dr. José María Luis Mora/Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Históricas, 2005, p. 199-232.

⁸ Ana Teresa A. Venancio, “La creación del Instituto de Psiquiatría de la Universidad de Brasil: ciencia y asistencia psiquiátrica”, *Frenia. Revista de Historia de la Psiquiatría*, Instituto de Historia del Consejo Superior de Investigaciones Científicas, Madrid, v. 7, 2007, p. 195-212.

de forma ambulatoria sin necesidad de ingresar a la institución, como para impedir la entrada de aquellos cuyos padecimientos no fueran de índole psiquiátrica. Tanto para potenciar el servicio de consulta externa como para atender a los pacientes internos, se contó con una unidad de agudos que se enfiló en el uso de terapias biológicas (de choque, quirúrgicas y farmacológicas), con el claro objetivo de incentivar las altas o las recuperaciones por mejoría. Este escenario abría la posibilidad de que el tratamiento continuara extramuros con el apoyo de la familia, evitando así el reingreso del paciente y frenando el número de internos, cuyo crecimiento tanto preocupaba a los psiquiatras. Como derivación de todo ello, el Pabellón Central también fue un espacio para la investigación, la experimentación y la enseñanza de la clínica. Dicha tarea la llevó a cabo un nutrido grupo de médicos que constituyeron la primera generación de psiquiatras mexicanos. Formados en los años veinte, en pleno proceso de reconstrucción nacional tras la contienda bélica que supuso la Revolución Mexicana, trabajaron en La Castañeda entre 1930 y 1950, ocuparon importantes puestos públicos, profesionalizaron la psiquiatría y consolidaron el gremio.⁹ Para el tema que nos ocupa, de entre todos ellos destacó el doctor Manuel Guevara Oropeza, dos veces director de La Castañeda (1932-1934 y 1938-1944), posición que aprovechó para formular e impulsar la idea del Pabellón Central, que terminó por dirigir de 1944 a 1961, cuando dejó el manicomio tras 40 años de labor.

Nuestra hipótesis sostiene que, mientras la apertura del Pabellón Central significó una importante reorganización médico-administrativa que redistribuyó los recursos humanos y materiales para dirigirlos al tratamiento de los agudos y combatir la extendida idea de que el manicomio sólo era un lugar de reclusión, otra parte de la institución padeció las consecuencias del siempre insuficiente presupuesto, albergando un buen número

⁹ La caracterización de esta generación de médicos puede verse en Andrés Ríos Molina, *Cómo prevenir la locura. Psiquiatría e higiene mental en México, 1934-1950*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Históricas/Siglo XXI, 2016, p. 17-39.

de pacientes bajo un régimen asilar, sin perspectivas de mejoría y con una muy mermada calidad de vida.¹⁰

Antes de conocer el proceso que llevó a la creación del Pabellón Central, analizaremos el modelo asistencial que se estableció en La Castañeda y la crítica que en poco tiempo lo cuestionó por su carácter custodial, las medidas que los psiquiatras mexicanos tomaron para diagnosticar a los pacientes con mayor certidumbre y dirigirlos hacia el tratamiento más adecuado, en un afán por evitar que se cronificaran. Analizaremos cómo estas acciones confluyeron para concentrar los recursos diagnósticos y terapéuticos en el llamado Pabellón Central, destinado primordialmente al tratamiento de los agudos, así como el fallido intento de trasladar a otras instituciones a los considerados incurables.

El sueño y la realidad de La Castañeda

En México, los diversos proyectos que se elaboraron en el último tercio del siglo XIX para construir un manicomio público en la capital también se inclinaron por el confinamiento, por tratarse de un espacio cerrado que se creía terapéutico y el único medio seguro para mantener a la sociedad a salvo de los locos peligrosos.¹¹ El modelo planeado contemplaba la división en pabellones

¹⁰ Además de las carencias presupuestales que, en ocasiones, fueron muy severas, La Castañeda se vio asediada por la corrupción; véase *Entrevista al doctor Manuel Guevara Oropeza realizada por Martha Valdez en el domicilio particular del doctor el 4 de octubre de 1977*, México, Instituto de Investigaciones Dr. José María Luis Mora, 1982. Sobre los problemas que vivió La Castañeda en diferentes momentos de su historia, véase, para los primeros años del manicomio, Andrés Ríos Molina, *La locura durante la Revolución Mexicana. Los primeros años del Manicomio General La Castañeda, 1910-1920*, México, El Colegio de México, 2009, y para su evolución posterior, Cristina Sacristán, “Una valoración sobre el fracaso del manicomio de La Castañeda como institución terapéutica, 1910-1944”, *Secuencia. Revista de historia y ciencias sociales*, n. 51, 2001, p. 91-120, y Daniel Vicencio, *Operación Castañeda: un intento de reforma asistencial de la psiquiatría en México, 1940-1968*, tesis de maestría en Historia, México, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Filosofía y Letras, 1995, 2014.

¹¹ Cristina Sacristán, “Ser o no ser modernos. La salud mental en manos del Estado mexicano, 1861-1968”, *Espaço Plural*, Centro de Ciências Humanas,

para clasificar a los enfermos bajo los criterios de sexo, edad, estatus económico (si pagaban o eran atendidos gratuitamente), estatus jurídico (libres o remitidos por un juez), y enfermedad. Si bien los pabellones se fueron modificando con el tiempo a medida que determinadas enfermedades cobraban importancia o iban desapareciendo, al momento de su fundación encontramos los de *distinguidos*, para los pensionistas de primera clase que contaban con cuarto individual; *tranquilos*, para “los que sufren de enfermedades mentales crónicas”; *imbéciles*, para “los individuos cuya inteligencia esté disminuida”; *infecciosos*, “destinado a los individuos atacados de cualquier enfermedad de carácter infecto-contagioso”; *epilépticos* y *alcohólicos*, para los enfermos con estos padecimientos; *peligrosos*, para “los asilados violentos, impulsivos o agitados” y para “los presos peligrosos”, y, en casi todos, su correspondencia para las mujeres.¹² El manicomio consideraba también la existencia de talleres para el trabajo que, además de proporcionar ocupación a los internos, generarían utilidades al establecimiento. Se pensó en una ubicación lejos de la ciudad, pero comunicada con ella, y se estimó que al menos debía dar cabida a 1 000 internos para atender en buenas condiciones a los dementes que serían trasladados de los viejos hospitales construidos en la ciudad de México en tiempos coloniales y recibir a los nuevos pacientes.¹³

Por ello, cuando en 1910 se inauguró La Castañeda en la capital, un manicomio monumental que comprendía 25 edificios con capacidad para 1 300 pacientes y la posibilidad de extenderse a 2 000,¹⁴ culminaron varias décadas de reflexión sobre la terapéutica de la locura animadas por la absoluta certeza de que

Educação e Letras, Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Marechal Cândido Rondon, v. XI, n. 22, 2010, p. 11-23.

¹² Reglamento del Manicomio General, art. 26, Archivo Histórico de la Secretaría de Salud (en adelante AHSS), *Fondo Beneficencia Pública*, Sección Establecimientos Hospitalarios, Serie Manicomio General, caja 3, exp. 25, 1913.

¹³ Cristina Rivera Garza, *La Castañeda. Narrativas dolientes desde el Manicomio General. México, 1910-1930*, México, Tusquets Editores, 2010, p. 37-50.

¹⁴ Marisa Valdés Fernández, *La salud mental en el Porfiriato. La construcción de “La Castañeda”*, tesis de licenciatura en Historia, México, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Filosofía y Letras, 1995, p. 135-144.

se caminaba en la dirección correcta. Se dijo entonces que el manicomio podía “figurar al lado de los mejores del continente americano” y colocar a México “a la altura de los países más avanzados”.¹⁵ Como ya vimos, el modelo de segregación absoluta que lo inspiró fue cuestionado por sus magros resultados desde la segunda mitad del siglo XIX, por lo que pronto afloraron los dos lastres que también enfrentaron otros grandes manicomios: la masificación y la cronificación de los pacientes.¹⁶

Contra todo pronóstico, durante su primera década de vida La Castañeda experimentó un marcado descenso en su población, pasando en 1910 de 1 001 nuevos ingresos de pacientes a un mínimo histórico de 458 en 1919, achacable a los saldos de la guerra que asoló al país y a la inestabilidad política vivida durante la Revolución. El aumento en los ingresos de nuevos pacientes tuvo lugar a partir de 1920, tendencia que se mantuvo casi constante para estabilizarse después de 1944, cuando se alcanzó el máximo histórico, que fue de 1 664 nuevos pacientes en ese año,¹⁷ y una ocupación total del manicomio para 1943 de 3 414 pacientes,¹⁸ número elevadísimo si tomamos en cuenta la capacidad inicial de 1 300 camas. Casi a la par del crecimiento de los internos, comenzó a forjarse la leyenda negra de La Castañeda. A

¹⁵ Genaro García, *Crónica oficial de las fiestas del primer centenario de la Independencia de México*, México, Talleres del Museo Nacional, 1911, p. 110.

¹⁶ Cristina Sacristán, “Una valoración sobre el fracaso del manicomio de La Castañeda como institución terapéutica, 1910-1944”, *Secuencia. Revista de historia y ciencias sociales*, n. 51, 2001, p. 91-120. Los médicos encargados de elaborar el proyecto sabían de las críticas al modelo asilar, pero prefirieron optar por él, ya que creyeron que sus ventajas compensarían los inconvenientes; véanse Samuel Morales Pereira y Antonio Romero, “Exposición y proyecto para construir un manicomio en el Distrito Federal, que presenta ante la junta nombrada por el C. Ministro de Gobernación, la comisión encargada de formarlo”, *Memorias del 2o. Congreso Médico Pan-Americano verificado en la Ciudad de México, D. F.*, noviembre 16, 17, 18 y 19 de 1896, México, Hoeck y Compañía Impresores y Editores, 1898, t. 2, p. 887-899.

¹⁷ Andrés Ríos Molina, Cristina Sacristán, Teresa Ordorika Sacristán y Ximena López Carrillo, “Los pacientes del Manicomio La Castañeda y sus diagnósticos. Una propuesta desde la historia cuantitativa (México, 1910-1968)”, *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia*, v. 68, n. 1, 2016.

¹⁸ Informe de actividades enviado por el director Manuel Guevara Oropeza al jefe del Departamento Médico, AHSS, *Fondo Manicomio General*, Sección Administrativa, caja. 34, exp. 4, 30 de junio de 1943.

mediados de los años veinte, noticias en los periódicos de la capital daban cuenta de malos tratos, detenciones forzosas y hasta asesinatos, lo que las autoridades del manicomio desmentían sin mucho éxito.¹⁹ Además de estas crónicas, que en ocasiones eran francamente sensacionalistas, hubo periodistas que se preocuparon por el tema de la curabilidad de los padecimientos mentales y por el fundamento científico de la psiquiatría. Así, en 1925, uno de ellos le dirigió al director de La Castañeda una serie de preguntas:

¿Qué clasificación puede intentarse de los padecimientos mentales que se tratan en La Castañeda? Súplica muy atenta de especificar si fuere posible, cuáles de esas lesiones son curables y cuáles no.

¿Qué resultados, positivos y comprobados, se obtienen en La Castañeda en el tratamiento de las lesiones mentales? Favor de anotar porcentajes, si para ello hubiera datos.²⁰

El periodista preguntó también si los pacientes pensionistas, que pagaban por su estancia, recibían tratamientos médicos diferentes o si su condición de enfermos adscritos al pabellón de *distinguidos* sólo los hacía acreedores a mejores instalaciones.²¹ No sabemos si esa información tan específica fue proporcionada, pero ese mismo año la Beneficencia Pública del Distrito Federal, entidad de la que dependía el manicomio, solicitó un diagnóstico de la institución para atender sus necesidades más apremiantes. En él se alertó sobre la importancia de aumentar el personal debido al crecimiento de los enfermos que llegaban de todo el país y rehabilitar algunos espacios sumamente deteriorados, pero de manera mucho más incisiva el informe señaló la urgencia de llevar con el máximo rigor las hojas de admisión y las historias clínicas de los enfermos para diagnosticarlos correctamente,

¹⁹ Cristina Rivera Garza, “Por la salud mental de la nación: vida cotidiana y estado en el Manicomio General de La Castañeda, México 1910-1930”, *Secuencia. Revista de historia y ciencias sociales*, México, n. 51, 2001, p. 80-81.

²⁰ Preguntas sobre algunos datos para ser publicados en el periódico *El Entreacto*, AHSS, *Fondo Beneficencia Pública*, Sección Establecimientos Hospitalarios, Serie Manicomio General, caja 45, exp. 6, 1925.

²¹ *Ibidem*.

clasificarlos y ofrecerles un tratamiento del que se carecía en ese momento, así como sobre la imperiosa necesidad de impulsar la formación de psiquiatras y la investigación, es decir, para cumplir con su misión terapéutica.²²

El tema de la curabilidad no sólo preocupó a las autoridades; también fue motivo de reflexión entre los propios psiquiatras cuando Alfonso Millán, director de La Castañeda, reconoció que antes de la reforma médico-administrativa iniciada en 1932, para la mayor parte de la población, la psiquiatría carecía del estatus científico propio de las otras ramas de la medicina y el manicomio era visto “como un simple lugar de reclusión”.²³ Parecía llegado el momento de dar una respuesta institucional que, en efecto, se dio.

Controlando los ingresos: la apertura de la consulta externa

Desde su creación en 1910, el Manicomio General, como también era conocido, dependió de la Beneficencia Pública que administrativamente estaba adscrita a la Secretaría de Gobernación y presupuestalmente a la Secretaría de Hacienda, pero a mediados de 1924 las atribuciones que ostentaba la Secretaría de Gobernación en materia de beneficencia pública fueron asignadas al Gobierno del Distrito Federal, para luego ser absorbidas en 1938 por la Secretaría de Asistencia Pública y en 1943 por la Secretaría de Salubridad y Asistencia.²⁴ Todas estas instituciones tuvieron

²² Enrique O. Aragón, “Informe que con el carácter de anteproyecto, presenta al C. Presidente de la Junta Directiva de la Beneficencia Pública en el Distrito Federal, la Comisión que fue honrada en su nombramiento para proponer las reformas que amerita el Manicomio General”, en *Mis 31 años de académico*, México, Academia Nacional de Medicina de México, 1943, t. 1, p. 432-435.

²³ Alfonso Millán, “Radical transformación en el Manicomio General de Mixcoac”, *Asistencia. Órgano oficial de la Beneficencia Pública en el D. F.*, año 1, n. 1, 15 de agosto de 1934.

²⁴ Reglamento del Manicomio General, art. 1, AHSS, *Fondo Beneficencia Pública*, Sección Establecimientos Hospitalarios, Serie Manicomio General, caja 3, exp. 25, 1913; José Félix Alonso Gutiérrez (coord.), *Guía del Fondo Beneficencia Pública*, México, Secretaría de Salud, Centro de Documentación y

una importancia capital en la vida de La Castañeda y en las medidas que desde el Estado mexicano posrevolucionario se instrumentaron en materia de salud y asistencia social, sobre todo si tenemos en cuenta el hecho de que la Constitución de 1917 estableció la protección de la salud como un derecho de todos los mexicanos y fue durante la presidencia de Lázaro Cárdenas (1934-1940) cuando con más ahínco se desarrolló una política social fiel a los ideales de la Revolución.²⁵ En efecto, Cárdenas se propuso proteger de manera muy especial a los considerados “débiles sociales”, entre ellos los enfermos de toda índole, por los inconvenientes que esta condición generaba al propio individuo, a los familiares, y “por ser altamente perjudicial a la sociedad, como quiera que las personas que se encuentran en esas circunstancias no son elementos activos de consumo, y con frecuencia están desprovistos de actividades de producción y, por consiguiente, constituyen una carga para la sociedad y para el Estado”. Según esta filosofía, contar con una población sana y productiva permitiría combatir las desigualdades sociales y ofrecer las mismas oportunidades para todos.²⁶

En 1929 la Beneficencia Pública designó como director del manicomio al joven médico Samuel Ramírez Moreno (1898-1951), quien con gran entusiasmo introdujo la terapia ocupacional basada en el trabajo, los deportes y las actividades artísticas, como un medio para que los pacientes, sobre todo los crónicos con ciertas capacidades, recuperaran parte de las habilidades perdidas combatiendo la inactividad y el ocio en el que se encontraban mediante un régimen dirigido por el orden y la disciplina, y se infundiera en los internos la idea de que se reintegrarían a

Archivo Histórico, 1987, p. I-IX; Luz María Uthhoff López, “Hacia una política asistencial. La creación de la Secretaría de Asistencia Pública en México, 1937-1940”, en Fernando J. Remedi y Mario Barbosa Cruz (comps.), *Cuestión social, políticas sociales y construcción del Estado social en América Latina, siglo XX*, México, Centro de Estudios Históricos Prof. Carlos S. A. Segreti/Universidad Autónoma Metropolitana-Unidad Cuajimalpa, 2014, p. 159-173.

²⁵ Claudia Agostoni, “Médicos rurales y medicina social en el México posrevolucionario (1920-1940)”, *Historia Mexicana*, 2013, v. LXIII (2), p. 745-801.

²⁶ Secretaría de la Asistencia Pública, *La Asistencia Social en México. Sexenio 1934-1940*, México, Talleres Gráficos de la Nación, 1940, p. 20-21.

la sociedad cuando fueran capaces de desempeñar un trabajo. Además, esta terapia se vio favorecida y apoyada por la Beneficencia Pública por los importantes ingresos que proporcionaba a la institución.²⁷ La dirección de Ramírez Moreno fue corta porque en 1932, con motivo de una denuncia por internamiento arbitrario que tuvo una gran repercusión mediática en un contexto de relevo de autoridades en la Beneficencia Pública, se vio obligado a renunciar pese al desempeño mostrado hasta entonces.²⁸ En ese momento fue designado en su lugar Manuel Guevara Oropeza (1899-1980), médico con diez años de antigüedad en el manicomio y muy afín a Ramírez Moreno en relación con la necesidad de mejorar la calidad de vida de los pacientes.²⁹ Como era previsible, la primera medida que tomó fue empezar a controlar el Departamento de Admisión, puerta de entrada al manicomio desde donde el enfermo pasaba al Pabellón de Observación “para su clasificación científica” y posteriormente ser remitido al pabellón correspondiente para su tratamiento.³⁰

Establecer un buen mecanismo para el control de los ingresos en el Departamento de Admisión era decisivo porque desde ahí se podía incidir en el número y el tipo de pacientes que la institución estaba dispuesta a recibir. Así, desde el primer reglamento de La Castañeda, fechado en 1913, y hasta el final de sus días, el

²⁷ Cristina Sacristán, “Para integrar a la nación. Terapéutica deportiva y artística en el Manicomio de La Castañeda en un momento de reconstrucción nacional, 1920-1940”, Claudia Agostoni (ed.), *Curar, sanar y educar. Enfermedad y sociedad en México, siglos XIX y XX*, México, Instituto de Ciencias Sociales y Humanidades “Alfonso Vélaz Pliego” de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla/Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Históricas, 2008, p. 99-123.

²⁸ Cristina Sacristán, “‘La locópolis de Mixcoac’ en una encrucijada política: reforma psiquiátrica y opinión pública, 1929-1933”, en Cristina Sacristán y Pablo Piccato (coords.), *Actores, espacios y debates en la historia de la esfera pública en la ciudad de México*, México, Instituto de Investigaciones Dr. José María Luis Mora/Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Históricas, 2005, p. 199-232.

²⁹ Cristina Sacristán, “La contribución de La Castañeda a la profesionalización de la psiquiatría mexicana, 1910-1968”, *Salud Mental*, v. 33, n. 6, 2010, p. 478.

³⁰ Reglamento del Manicomio General, art. 26, AHSS, *Fondo Beneficencia Pública*, Sección Establecimientos Hospitalarios, Serie Manicomio General, caja 3, exp. 25, 1913.

proceso de admisión de los pacientes quedó regulado bajo criterios exclusivamente médicos, pero débiles e insuficientes. Para el ingreso hospitalario era necesario presentar un certificado firmado por dos médicos (que no requerían ser psiquiatras) donde se señalara el diagnóstico o los síntomas más notorios o los problemas de conducta y la falta de adaptación al medio social. El certificado también debía indicar la necesidad de internar al paciente para su tratamiento y aplicaba tanto para las solicitudes de las familias como para las órdenes de internamiento giradas por las autoridades. En el caso de remisiones a cargo de la autoridad, el certificado podía ir firmado por los médicos adscritos a las inspecciones de policía o a los hospitales,³¹ pero con frecuencia el manicomio se vio obligado a recibir sujetos enviados desde las comisarías, en ocasiones mendigos, sin que se acreditara plenamente la necesidad de su tratamiento.³² Las familias carentes de recursos para pagar el certificado expedido por un médico solían acudir a las autoridades municipales o a instituciones de asistencia para obtenerlo de manera gratuita.³³ Finalmente, cuando el ingreso debía efectuarse con carácter de urgencia, el paciente solía ser recluido sin más trámite, ya que el médico de guardia del manicomio expedía el certificado uniendo a su firma la de otro médico de la institución.³⁴ Puede observarse que sólo en este último caso el certificado médico era emitido por psiquiatras, pues en las restantes situaciones lo hacían médicos generales, ya fueran médicos particulares o bien los que trabajaban en hospitales públicos o comisarías.

³¹ Reglamento del Manicomio General, art. 11, AHSS, *Fondo Beneficencia Pública*, Sección Establecimientos Hospitalarios, Serie Manicomio General, caja 3, exp. 25, 1913.

³² Cristina Sacristán, "Resistir y asistir. La profesión psiquiátrica a través de sus instituciones hospitalarias en la ciudad de México, 1859-1933", en Carlos Illades y Ariel Rodríguez Kuri (comps.), *Instituciones y ciudad. Ocho estudios históricos sobre la ciudad de México*, México, Ediciones ¡Uníos!, 2000, p. 187-216.

³³ Andrés Ríos, *La locura durante la Revolución Mexicana. Los primeros años del Manicomio General La Castañeda, 1910-1920*, México, El Colegio de México, 2009, p. 27-28.

³⁴ Reglamento del Manicomio General, art. 12, AHSS, *Fondo Beneficencia Pública*, Sección Establecimientos Hospitalarios, Serie Manicomio General, caja 3, exp. 25, 1913.

Con el fin de ejercer un mayor control sobre los ingresos e intentar que cualquier instancia remitente cumpliera el reglamento, a menos de un mes de haber tomado posesión, en octubre de 1932, Guevara Oropeza sostuvo que, “para llenar una necesidad urgente en lo que se refiere a admisión de enfermos, evitando errores u omisiones, que pudieran ser perjudiciales para la buena marcha del Manicomio”, quedaba establecido el “certificado de 72 horas”. Durante ese tiempo se tendría en observación a los nuevos internos para formular un diagnóstico más certero y ser transferidos al pabellón correspondiente.³⁵ Esta disposición también facultaba al médico para solicitar una ampliación del plazo de 72 horas en caso de requerir más tiempo y así tener la seguridad de que el enfermo ameritaba ser retenido. Todo ello para evitar las quejas por internamientos arbitrarios, pero también para desahogar de pacientes al saturado manicomio.³⁶

Además del certificado, Guevara Oropeza instrumentó otra vía para controlar los ingresos. Desde la fundación en 1905 del Hospital General, una institución de beneficencia que asistía sin ningún costo a la población más pobre de la ciudad, se abrió un consultorio central extramuros donde los enfermos debían presentarse para determinar si necesitaban ser internados o no en dicho hospital. Posteriormente, cuando la institución contó con un servicio de consulta externa propio, el consultorio central se convirtió en el Consultorio número 1, al que se sumaron cuatro más, para dar atención en medicina general, oftalmología, ginecología, enfermedades venéreas, otorrinolaringología y odontología. En 1934, con motivo de la reestructuración de todos los consultorios de la capital, a La Castañeda se le presentó la opor-

³⁵ Indicaciones para que a los enfermos de nuevo ingreso se les practique un examen médico y se remita a la Dirección, para justificar su internamiento, AHSS, *Fondo Manicomio General*, Sección Administrativa, caja 4, exp. 10, 8 f., 1932-1933.

³⁶ Informe titulado “La asistencia psiquiátrica en el Distrito Federal y en general el problema de la asistencia a alienados en la República”, por el doctor Manuel Guevara Oropeza, director del Manicomio General, de la Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría y profesor de la Facultad Nacional de Medicina, AHSS, *Fondo Manicomio General*, Sección Administrativa, caja 43, exp. 4, 41 f., 1943.

tunidad de establecer por primera vez una consulta de psiquiatría fuera de sus muros, a imitación del Hospital General, precisamente en el Consultorio número 1, por ser el que estaba mejor equipado y donde acabó ensayándose el proyecto piloto del “Consultorio Tipo”.³⁷ En dicho servicio, dos psiquiatras atendían a enfermos que no necesitaban hospitalizarse y extendían el certificado de internamiento para La Castañeda a los restantes.³⁸ Además, brindaban seguimiento a pacientes dados de alta del manicomio que, “por haber alcanzado un grado de alivio”, podían “vivir en el seno de la familia y aún trabajar, siendo nuevamente hombres útiles a la sociedad”. También, mediante este servicio de psiquiatría en consultorio, se procuró atacar el problema de los diagnósticos erróneos dados por médicos que no eran psiquiatras, como ya vimos; evitar hospitalizar a quienes pudieran “hacer una vida cercana a la normal”, y disminuir los reingresos derivados de altas que carecían de supervisión.³⁹ Esta política seguía puntualmente las directrices posrevolucionarias que desde el Estado buscaban integrar a la vida productiva a los grupos más desprotegidos, en vez de limitarse a paliar sus necesidades más apremiantes. Con ello se esperaba convertirlos en elementos útiles a la sociedad, dejando de representar una carga para las arcas públicas, como se dijo más arriba.⁴⁰ No obstante y pese a estos esfuerzos, las nuevas medidas adoptadas para controlar los ingresos también podían ser esquivadas, como en efecto sucedió.

Desconocemos el impacto de un reportaje publicado por la revista *Hoy* unos años después, entre los meses de mayo y junio de 1941, que se valió del ardid de introducir en el manicomio a

³⁷ Patricia Olguín Alvarado, “Los consultorios de la Beneficencia Pública. Una respuesta a la demanda colectiva de atención médica, 1881-1940”, *Cuadernos para la historia de la salud*, México, Secretaría de Salud, 1993, p. 57-76.

³⁸ Datos proporcionados por el manicomio para los informes presidenciales, AHSS, *Fondo Manicomio General*, Sección Administrativa, caja 34, exp. 4, 196 f., 1937-1965.

³⁹ “Sección de psiquiatría en el consultorio no. 1”, *Asistencia*, año 1, n. 7, 1935, p. 28-29.

⁴⁰ Secretaría de la Asistencia Pública, *La Asistencia Social en México. Sexenio 1934-1940*, México, Talleres Gráficos de la Nación, 1940, p. 20-21.

un redactor, pero creemos que no debió carecer de importancia, pues el propio Guevara Oropeza (ya en su segundo periodo como director de La Castañeda) intervino para responder a las críticas. Recurriendo a la estrategia de fingirse loco, el periodista se presentó nada menos que en el Consultorio número 1, donde obtuvo el certificado médico siendo internado al día siguiente. El reportaje en cuestión comenzaba de una manera bastante dramática: “Yo acabo de pasar siete días en la casa de los muertos en vida que se llama el Manicomio de La Castañeda. Ha sido la experiencia más fuerte y cruel de mi vida. No podría describir con palabras las escenas tan inhumanas que he descubierto.”⁴¹ Entrevistado en la última entrega, Guevara Oropeza explicó los enormes problemas que enfrentaba La Castañeda, como la protección que los empleados obtenían del sindicato, lo que impedía levantarles la más mínima sanción, incluso aunque maltrataran a los enfermos; el insuficiente presupuesto para acondicionar el manicomio conforme a las necesidades de su enorme población, para mejorar la alimentación y erradicar la plaga de ratas que asolaba a los pacientes; así como el más urgente problema, el del cupo de enfermos, para el cual había ideado un nuevo proyecto: construir fincas de campo adaptadas a los enfermos incurables, para que trabajasen en ellas laborando la tierra.⁴²

Para aquellos pacientes sin perspectivas de mejoría que sólo esperaban el fin de sus días, Guevara Oropeza propuso a las autoridades de salud un proyecto que comenzó a elaborar en 1941. El propósito era crear instituciones para pacientes con trastornos crónicos que pudieran ser sometidos a un régimen de terapia ocupacional por gozar de buena salud física y no presentar comportamientos agresivos. Las denominadas “Granjas de recuperación para enfermos mentales pacíficos”, que se ubicarían en el campo, se inspiraron en el tratamiento ocupacional del psiquiatra alemán Hermann Simon, cuya obra había ejercido notable influencia desde la década de los treinta por el valor concedido a la ergoterapia como un mecanismo para sacar del letargo a

⁴¹ “Yo estuve en el manicomio”, *Hoy*, 24 de mayo de 1941.

⁴² “Yo estuve en el manicomio”, *Hoy*, 14 de junio de 1941.

cientos de pacientes que consumían sus vidas en total estado de ociosidad en los manicomios, así como recuperar habilidades perdidas y hacer sentir a los enfermos que podían ser útiles si eran capaces de desempeñar una actividad productiva.⁴³ La terapia ocupacional tenía un antecedente muy importante en La Castañeda, ya que durante la dirección de Ramírez Moreno llegaron a trabajar alrededor del 40% de los internos,⁴⁴ y desde el mismo proyecto de creación del manicomio se pensó en establecerla por los beneficios económicos que traería, como ya vimos.

Con tan buenos augurios, pero sobre todo con el apoyo de Salvador Zubirán, subsecretario de Asistencia Pública, se inauguró en 1945 la primera granja en San Pedro del Monte, Guanajuato, con capacidad para 400 enfermos del sexo masculino, experiencia que esperaba replicarse en el resto del país.⁴⁵ Lamentablemente, transcurrieron 13 años para que se abrieran dos más, por lo que esta alternativa a la saturación de pacientes crónicos de La Castañeda tampoco resolvió el problema.⁴⁶

Estos esfuerzos por reducir el hacinamiento y la cronificación de los pacientes, que se enfocaron en frenar el incremento de los

⁴³ Sobre las virtudes que los médicos encontraban en la terapia ocupacional, véase Samuel Ramírez Moreno, “La terapéutica por medio del trabajo y los deportes en los enfermos mentales”, en *Memoria del III Congreso de la Asociación Médica Panamericana verificado en la ciudad de México del 26 al 31 de julio de 1931, bajo los auspicios del Departamento de Salubridad de México*, México, Imprenta del Departamento de Salubridad Pública, 1933, p. 115-123. F. Garza García, “La terapia ocupacional para enfermos mentales en México”, *Revista Mexicana de Psiquiatría, Neurología y Medicina Legal*, v. XIII, n. 74, 1946, p. 14-27.

⁴⁴ Cristina Sacristán, “Por el bien de la economía nacional. Trabajo terapéutico y asistencia pública en el Manicomio de La Castañeda de la ciudad de México, 1929-1932”, *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, v. 12, n. 3, p. 687.

⁴⁵ *Entrevista al doctor Manuel Guevara Oropeza realizada por Martha Valdez en el domicilio particular del doctor el 4 de octubre de 1977*, México, Instituto de Investigaciones Dr. José María Luis Mora, 1982, p. 202-203. Sobre los problemas que enfrentó La Castañeda con el director de la granja, véase Cristina Sacristán, “Reformando la asistencia psiquiátrica en México. La granja de San Pedro del Monte: los primeros años de una institución modelo, 1945-1948”, *Salud Mental. Revista del Instituto Nacional de Psiquiatría*, v. 26, n. 3, 2003, p. 57-65.

⁴⁶ Manuel Velasco Suárez, “Dirección General de Neurología, Salud Mental y Rehabilitación”, *Salud Pública de México*, México, época V, v. VI, n. 6, p. 1187-1189, 1964.

nuevos ingresos experimentado a partir de la década de los veinte mediante acciones como la apertura de la consulta externa, evitar los reingresos ante una posible recaída por falta de supervisión tras el alta y trasladar a los crónicos a otras instituciones, se acompañaron de estrategias enfocadas en los agudos destinadas a mejorar los procesos de diagnóstico y tratamiento a partir del arsenal científico común a otros manicomios en ese tiempo.⁴⁷ Fue así como nació el proyecto del Pabellón Central bajo la conducción de Guevara Oropeza.

Atendiendo a los agudos: el Pabellón Central

Durante su primer periodo como director de La Castañeda (1932-1934), Guevara Oropeza también dio continuidad a la reorganización del manicomio que había iniciado Ramírez Moreno al dividirlo en dos grandes secciones: “una sección para hospitalización donde estaban los enfermos que se tenían que atender médicamente”, es decir, aquellos que eran objeto de tratamiento; y otra “de colonia-asilo”, que comprendía dos tipos de pacientes: los “enfermos incurables pero suficientemente aptos para hacer alguna cosa” y aquellos “que eran totalmente improductivos, inadaptables”. Bajo este patrón, los incurables aptos “salían todos los días a trabajar en el campo”, es decir, estaban sujetos a la terapia ocupacional, mientras los inadaptables o improductivos “se quedaban en el pabellón”. La novedad que introdujo Guevara Oropeza estuvo dirigida hacia quienes podían ser tratados “médicamente”. Pensó entonces en contar con “un pabellón especializado que reuniera todos los medios de diagnóstico y de tratamiento que no se podían llevar a cabo en los pabellones”. Aprovechando el pabellón de servicios generales, que desde la fundación de La Castañeda se destinó a la parte administrativa, ya que ahí se ubicaron las oficinas de la Dirección y el Departamento de Admisión, desocupó las “habitaciones que se habían

⁴⁷ Edward Shorter, *A History of Psychiatry. From the Era of the Asylum to the Age of Prozac*, New York, John Wiley & Sons, 1997, p. 190-238.

tomado los empleados, estaba lleno de familias y de gentes que no tenían por qué estar”, e “instaló lo que fue el Pabellón Central”, que se fue equipando lentamente en función de los recursos disponibles.⁴⁸

Cuando Guevara Oropeza dejó la dirección del manicomio, en febrero de 1944, fue nombrado jefe del Pabellón Central.⁴⁹ Tras dos meses en el cargo, presentó un programa de trabajo y un reglamento para darle mayor formalidad y trabajar de manera más ordenada; todo ello con el fin de brindar un conjunto de servicios que ayudaran a los médicos “en su labor diagnóstica o terapéutica”. Los pacientes internados en el manicomio podían acudir con “un pase transitorio” expedido por su médico tratante, ya fuera para diagnóstico, exploración o tratamiento, regresando después a su pabellón; o bien podían quedarse en “estancia prolongada” por requerir de forma continua los servicios del Pabellón Central. Éstos eran radiología, electroencefalografía, psicometría y psicodiagnóstico, oftalmología, electropirexia, electroshock, cirugía y neurocirugía, y cada uno de estos servicios tenía un responsable y un ayudante. En relación con los tratamientos, los pacientes con neurosífilis eran tratados con electropirexia y malarioterapia para crear fiebres artificiales, mientras que a los psicóticos se les aplicaban tratamientos de choque como el electroshock y el coma insulínico, por ejemplo.⁵⁰

⁴⁸ *Entrevista al doctor Manuel Guevara Oropeza realizada por Martha Valdez en el domicilio particular del doctor el 4 de octubre de 1977*, México, Instituto de Investigaciones Dr. José María Luis Mora, 1982, p. 196-200. Ramírez Moreno relata que “Desde el año de 1929 se inició en el Manicomio de ‘La Castañeda’ un cambio completo en su organización, pues se llevó a cabo el estudio cuidadoso de los enfermos para su conveniente tratamiento, se hizo distribución de ellos, se creó un personal de médicos especialistas, se formaron enfermos psiquiátricos de ambos sexos y se desarrolló la terapia ocupacional y recreativa”. Véase Samuel Ramírez Moreno, “Planes para la salud mental: organización, preparación, propaganda, con referencia a lo que se hace en México”, *Psiquis. Revista mexicana de psicología y de higiene mental*, v. 4, n. 11, 1948, p. 272.

⁴⁹ *Entrevista al doctor Manuel Guevara Oropeza realizada por Martha Valdez en el domicilio particular del doctor el 4 de octubre de 1977*, México, Instituto de Investigaciones Dr. José María Luis Mora, 1982, p. 217.

⁵⁰ Plan y reglamento del Pabellón Central del Manicomio, AHSS, *Fondo Manicomio General*, Sección Administrativa, caja 20, exp. 13, 1944. Los detalles

El sucesor de Guevara Oropeza en la dirección general del manicomio, el doctor Edmundo Buentello, sintetizó de manera muy elocuente el trabajo que se realizaba en el Pabellón Central:

El Pabellón Central del Manicomio, recientemente acondicionado, no tendrá por objeto transformarse en un servicio aislado y preferente de neurocirugía, sino que será el pabellón destinado a ayudar, con los elementos de que dispone: gabinetes de electropirexia, aparatos para electro-shock, electro-encefalografía, servicio de Rayos X, etc., a todos los pabellones del Manicomio, siendo en esta forma un verdadero servicio central del que se beneficiarán los asilados todos del establecimiento, y al que tendrán acceso todos los médicos del mismo, siguiendo dentro de él la evolución de los casos que ellos mismos presenten.⁵¹

El manicomio, al alinearse con este tipo de tratamientos basados en un modelo somático de la causalidad de las enfermedades mentales, que le dieron a la psiquiatría una orientación organicista y la colocaron a la par de otras especialidades médicas, se sumó a la tendencia típica de muchos manicomios durante la primera mitad del siglo XX. Estas nuevas terapias, que se desarrollaron primero en Europa, fueron recibidas con mucho entusiasmo y aceptación por los psiquiatras ya que parecían la solución para que los hospitales dejaran de ser instituciones custodiales. Sin embargo, por hallarse en fase experimental, la evidencia empírica sobre cómo operaban estas prácticas terapéuticas era muy débil, por lo que se aplicaron en forma casi indiscriminada y bajo condiciones de alto riesgo para la vida de los pacientes, y fueron abandonadas en su mayoría con la introducción de la farmacología hacia los años cincuenta.⁵²

El proyecto del Pabellón Central recibió un gran impulso en 1947, cuando el otrora director de La Castañeda, Ramírez Mo-

sobre estos tratamientos pueden verse en este mismo libro en el trabajo “Parálisis general progresiva” de Alejandro Giraldo y en “Esquizofrenia y psicosis maniaco-depresiva” de Andrés Ríos Molina.

⁵¹ Edmundo Buentello, “El Manicomio General y sus problemas inmediatos”, *Salubridad y Asistencia*, t. I, n. 2, 1944, p. 45.

⁵² Gerald N. Grob, *The Mad Among Us. A History of the Care of America's Mentally ill*, Cambridge, Harvard University Press, 1994, p. 178-183.

reno, fue nombrado titular de la recién creada Dirección de Asistencia Neuropsiquiátrica de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, y el manicomio, que había recibido apelativos tan dantescos como la “Locópolis de Mixcoac” o “El Palacio de la Locura”, pasó a llamarse oficialmente Instituto Neuropsiquiátrico Nacional,⁵³ denominación que nunca pudo triunfar sobre la inercia del pasado, aunque algunos médicos sí la utilizaron en sus publicaciones,⁵⁴ y que expresaba la transformación tan ansiada del manicomio en un auténtico hospital psiquiátrico.⁵⁵ Como se recordará, se mantenía el proyecto de trasladar a los crónicos a granjas campestres para quedarse únicamente con los agudos, y concentrar todos los esfuerzos en atender a los enfermos con mayores posibilidades de recuperación.⁵⁶

La idea de contar con esta Dirección de Asistencia Neuropsiquiátrica nació en el seno del propio manicomio, concretamente en las sesiones del Consejo Psiquiátrico de Toxicomanías e Higiene Mental, órgano donde se reunían los directivos de La Castañeda con las autoridades de salud para acordar la política en materia de “asistencia neuropsiquiátrica” del país. Ahí se discutió la necesidad

⁵³ Programa inicial de actividades de la Dirección de Asistencia Neuropsiquiátrica, por el doctor Samuel Ramírez Moreno, AHSS, *Fondo Manicomio General*, Sección Administrativa, caja 47, exp. 1, f. 2-4, 1947-1949.

⁵⁴ Ana Cecilia Rodríguez de Romo y Gabriela Castañeda López, “El Hospital Granja y la Escuela Granja Bernardino Álvarez: antecedentes del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía”, *Revista de Investigación Clínica*, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, v. 65, n. 6, 2013, p. 526.

⁵⁵ Entre los apoyos más importantes que ofreció Ramírez Moreno al manicomio tenemos la adquisición de los equipos para exploración, diagnóstico y tratamiento, pues muchos de ellos se encontraban en mal estado o totalmente inservibles, ya que se disponía de un presupuesto para habilitar el Pabellón Central con todo lo necesario. Sin embargo, no podemos asegurar con exactitud qué equipos se compraron o renovaron durante su gestión. Véase Programa inicial de actividades de la Dirección de Asistencia Neuropsiquiátrica, por el doctor Samuel Ramírez Moreno, AHSS, *Fondo Manicomio General*, Sección Administrativa, caja 47, exp. 1, f. 2-4, 1947-1949.

⁵⁶ En otros hospitales se pensó en la alternativa contraria: trasladar los agudos a instalaciones nuevas y dejar que los crónicos permanecieran en las antiguas. Véase Valeria Silvina Pita, *La casa de las locas. Una historia social del Hospital de Mujeres Dementes, Buenos Aires, 1852-1890*, Rosario, Prohistoria Ediciones, 2012, p. 163-207.

de formular una legislación nacional para alienados, construir un manicomio para mujeres a fin de liberar camas en La Castañeda, o un hospital para atender los enfermos con trastornos neurológicos, que el manicomio se estaba viendo obligado a rechazar por falta de cupo.⁵⁷ Posiblemente desde el manicomio se influyó para que nombraran a Ramírez Moreno como su director, con quien podían tener una buena comunicación. De hecho, Ramírez Moreno elaboró un programa de trabajo que, si bien estaba pensado para todo el territorio nacional, partía de la problemática del hacinamiento constatada en La Castañeda y se enfocaba en dar tratamiento a los agudos y custodiar a los crónicos. Así, se tenía planeado dividir a “los enfermos mentales y nerviosos del país” en internos y externos. Los primeros estarían “recluidos en hospitales, granjas y colonias”, siendo subdivididos a su vez en agudos y crónicos, mientras los segundos serían atendidos en “consultorios y dispensarios”. Para el caso de los agudos, y dado que estos pacientes eran susceptibles de cura o mejoría, se emplearían todos los procedimientos de la terapia moderna: farmacológica, quirúrgica, física y biológica, acompañada de estudios de laboratorio y gabinete. En relación con la atención para los pacientes externos, se pensó establecer en La Castañeda el Consultorio Central Neuropsiquiátrico, a cargo del doctor Guevara Oropeza, como parte también de la reestructuración del Pabellón Central. Este consultorio, además de prestar servicio a los pacientes hospitalizados, también lo daría a los externos con el claro objetivo de impulsar la atención externa y evitar el internamiento.⁵⁸

Con motivo de una visita realizada por una comisión de médicos colombianos a distintas instituciones de salud de México en 1953, entre las que se encontraba La Castañeda, los doctores Roberto Serpa Flórez, conocido psiquiatra que se interesó en la materia forense, y Roberto Valencia Diego, elogiaron la “unidad

⁵⁷ Actas de las sesiones del Consejo Psiquiátrico de Toxicomanías e Higiene Mental, AHSS, *Fondo Manicomio General*, Sección Administrativa, caja 48, exp. 2, 102 f., 1944-1945.

⁵⁸ Programa inicial de actividades de la Dirección de Asistencia Neuropsiquiátrica, por el doctor Samuel Ramírez Moreno, AHSS, *Fondo Manicomio General*, Sección Administrativa, caja 47, exp. 1, f. 2-4, 1947-1949.

de tratamiento para agudos” habilitada en el Pabellón Central porque, a su juicio, contaba con todos los recursos que en ese momento ofrecía la ciencia:

En este Pabellón se internan los pacientes agudos, se elaboran las historias clínicas y se les somete a tratamiento intensivo, por un tiempo que oscila entre 2 y 6 meses como máximo. [...]

Este tipo de Pabellón es lo que se denomina Unidad de Tratamiento, y cuenta con mayor número de médicos y enfermeras que todos los demás pabellones. Tiene salones especiales para los distintos tratamientos y formularios muy apropiados para las historias clínicas, que incluimos en el Anexo.

Si los enfermos no responden a la terapéutica pasan a los Pabellones de Crónicos o a los de Trabajadores si su estado lo permite.

En caso de alcancen una remisión de su sintomatología, se les da la salida directamente desde allí.⁵⁹

Todavía en 1953 subsistía el programa que dio origen al Pabellón Central como el dispositivo clave para acortar las estancias de los pacientes: elaborar las historias clínicas, establecer el diagnóstico y administrar el tratamiento hasta por un máximo de seis meses. Pasado este tiempo, si la enfermedad había remitido, el paciente era dado de alta. En caso contrario, podía ser trasladado a los pabellones de enfermos crónicos, donde le esperaba un destino incierto; o bien, a los de trabajadores, si su estado de salud y su conducta le permitían participar en la terapia ocupacional, ya sea en el cultivo del campo, en los talleres de manufacturas, o en labores domésticas destinadas a las mujeres. Los crónicos, lamentablemente, no habían desaparecido, aunque a los psiquiatras colombianos les pareció que esta estrategia dirigida a los agudos disminuía la duración del internamiento hospitalario, aumentaba el “porcentaje de recuperaciones sociales, o curaciones”, alcanzando “una economía en los costos y una mayor efectividad en la asistencia”.⁶⁰

⁵⁹ Estudio e informe sobre el Manicomio General, elaborado por una comisión de médicos de Colombia, AHSS, *Fondo Manicomio General*, Sección Administrativa, caja 53, exp. 6, 19 f., 1953. Las cursivas son mías.

⁶⁰ *Ibidem*.

En el proyecto de Ramírez Moreno, diseñado en la Dirección de Asistencia Neuropsiquiátrica, el consultorio central ubicado en dicho pabellón tuvo un rol muy importante, ya que desde él se realizarían tres operaciones fundamentales: primero, seleccionar aquellos enfermos que en verdad necesitaran ser recluidos, “limitando los ingresos”; segundo, dar las altas acompañadas de un seguimiento a los pacientes que debieran mantenerse bajo observación médica o tratamiento, para evitar su reingreso; y, en tercer lugar, “ser centros de propaganda de higiene mental”,⁶¹ para prevenir las enfermedades mentales.⁶² El peso dado a la consulta externa quedó plasmado al establecer que el jefe de ésta sería también el del Pabellón Central, ello con el fin de establecer una buena coordinación entre la consulta externa y los servicios que se brindaban en el pabellón, otorgando toda la prioridad a los pacientes agudos. Asimismo, la consulta externa tenía bajo su jurisdicción a las trabajadoras sociales, enlace entre el paciente y la familia, tanto durante su estancia en el manicomio como una vez que fuera dado de alta. Entre sus funciones se encontraban localizar a los familiares y citarlos cuando el médico lo solicitara, obtener la autorización de la familia para procedimientos graves como las lobotomías, hacer visitas a domicilio para conocer el estado de los pacientes y buscarles trabajo a su salida de la institución para apoyar su readaptación. Si bien en 1953 únicamente había 15 trabajadoras sociales en todo el manicomio, se trataba de un primer paso,⁶³ y aunque no podemos valorar en toda su dimensión el impacto de la consulta externa, para 1960 sus archivos contenían 1 485 expedientes.⁶⁴

⁶¹ Programa inicial de actividades de la Dirección de Asistencia Neuropsiquiátrica, por el doctor Samuel Ramírez Moreno, AHSS, *Fondo Manicomio General*, Sección Administrativa, caja 47, exp. 1, f. 2-4, 1947-1949.

⁶² Andrés Ríos ha estudiado muy bien el papel de la higiene mental en la prevención de las enfermedades mentales y, con ello, en la reducción de los internamientos de enfermos. Véase Andrés Ríos Molina, *Cómo prevenir la locura. Psiquiatría e higiene mental en México, 1934-1950*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Históricas/Siglo XXI, 2016.

⁶³ Estudio e informe sobre el Manicomio General, elaborado por una comisión de médicos de Colombia, AHSS, *Fondo Manicomio General*, Sección Administrativa, caja 53, exp. 6, 19 f., 1953.

⁶⁴ AHSS, *Fondo Manicomio General*, Sección Administrativa, caja 53, exp. 3.

Clasificar, investigar y enseñar

Si bien la primera clasificación internacional de enfermedades mentales se creó con el objetivo específico de contar con una nomenclatura unificada destinada a la creación de estadísticas y de estudios comparativos,⁶⁵ lo cierto es que toda clasificación supone el reconocimiento de determinadas enfermedades y su ordenación, así como de los debates que van configurando el saber psiquiátrico.⁶⁶ Los escasos estudios sobre este aspecto para el Manicomio de La Castañeda apuntan a que durante los primeros años, quizá las primeras dos décadas, dominó la nosografía francesa decimonónica, que paulatinamente fue sustituida por la germana, concretamente por la clasificación kraepeliniana, y muy lentamente se fue introduciendo la norteamericana en los últimos años de La Castañeda.

Al respecto, José Luis Patiño Rojas, que empezó a trabajar en el manicomio en 1936 y fue su director durante 10 años, y su colega Ignacio Sierra Macedo, que comenzó a laborar en La Castañeda en 1942, llegando al cargo de subdirector,⁶⁷ señalaron en 1960 que cuando se fundó La Castañeda no existía una clasificación de las enfermedades propiamente, pero “con la aparición de la nosología kraepeliniana, el manicomio entró dentro de un carril científico y entre los años 1920-1925 se comenzaron a afinar los diagnósticos y a partir de esa fecha la situación caótica cambió por completo, usándose, desde entonces, más o menos modificada, la nomenclatura de Kraepelin”.⁶⁸ La historiografía ha confirmado el uso de algunas nociones kraepelinianas en la clínica de La Castañeda. Como se menciona en el trabajo de Andrés Ríos en

⁶⁵ Sandra Caponi, “Clasificaciones, acuerdos y negociaciones: bases de la primera estadística internacional de enfermedades mentales (París, 1889)”, *DYNAMIS, Acta Hispanica ad Medicinae Scientiarumque Historiam Illustrandam*, Granada, v. 32, n. 1, 2012, p. 185-207.

⁶⁶ Rafael Huertas, *El siglo de la clínica. Para una teoría de práctica psiquiátrica*, Madrid, Frenia, 2005, p. 257-260.

⁶⁷ Relaciones de directores del manicomio desde 1910 hasta 1962, AHSS, *Fondo Manicomio General*, Sección Administrativa, caja 57, exp. 11, 20 f., 1962.

⁶⁸ José Luis Patiño Rojas e Ignacio Sierra Macedo, Cincuenta años de psiquiatría en el Manicomio General, AHSS, *Fondo Manicomio General*, Sección Administrativa, caja 56, exp. 6, 12 f., 1960.

este mismo libro y en otros trabajos, a mediados de los años veinte la primera generación de psiquiatras mexicanos que profesionalizaron la psiquiatría en México y que trabajaron en La Castañeda en las décadas de los treinta y cuarenta, comenzó a abandonar los criterios clasificatorios franceses que habían sido utilizados desde finales del siglo XIX, para ser sustituidos progresivamente por la nosología kraepeliniana de factura alemana.⁶⁹ En su momento Kraepelin introdujo una transformación en la conceptualización de las enfermedades al clasificarlas según el curso de su evolución y no a partir del conjunto de síntomas que se presentaban en un momento dado, como se había hecho hasta entonces,⁷⁰ por lo que su establecimiento significó sentar las bases de la psiquiatría moderna por la que tanto se luchaba en La Castañeda.

En 1948, desde la Dirección de Asistencia Neuropsiquiátrica, Ramírez Moreno dispuso que se siguiera “la Clasificación Psiquiátrica Americana, de la cual envió un número de reimpresos para que fueran repartidos” entre los médicos,⁷¹ pero el apego al sistema clasificatorio de Kraepelin debió ser tal que, según relataron Patiño y Sierra en 1960, “con la preeminencia de la escuela psiquiátrica norteamericana, las clasificaciones sufrieron un nuevo ajuste y en la actualidad hay el empeño de que se adopte la nomenclatura universal”, pero no se ha logrado por no ser “todo lo prácticas y satisfactorias para los médicos mexicanos”.⁷²

Puede verse que el llamado de Ramírez Moreno para seguir la clasificación de la Asociación Psiquiátrica Americana todavía mostraba resistencias en 1960. Lo que sí se explotó de manera muy importante en el Pabellón Central fue la investigación con

⁶⁹ Andrés Ríos Molina, Cristina Sacristán, Teresa Ordorika Sacristán y Ximena López Carrillo, “Los pacientes del Manicomio La Castañeda y sus diagnósticos. Una propuesta desde la historia cuantitativa (México, 1910-1968)”, *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia*, v. 68, n. 1, 2016.

⁷⁰ Roy Porter, *Breve historia de la locura*, Madrid, Turner/Fondo de Cultura Económica, 2003, p. 175-176.

⁷¹ Programa inicial de actividades de la Dirección de Asistencia Neuropsiquiátrica, por el doctor Samuel Ramírez Moreno, AHSS, *Fondo Manicomio General*, Sección Administrativa, caja 47, exp. 1, 1947-1949.

⁷² José Luis Patiño Rojas e Ignacio Sierra Macedo, Cincuenta años de psiquiatría en el Manicomio General, AHSS, Fondo Manicomio General, Sección Administrativa, caja 56, exp. 6, 12 f., 1960.

tratamientos de choque y los de índole quirúrgica, además de la experimentación con fármacos, que se llevó a cabo con pacientes de La Castañeda, pero también en forma ambulatoria con los de otras instituciones.

Entre las investigaciones que se realizaron en el Pabellón Central y cuyos resultados se publicaron, se encuentran el análisis de casos de enfermos con epilepsia orgánica donde se estableció una comparación entre los datos clínicos, los radiológicos y los electroencefalográficos durante un año, de 1944 a 1945,⁷³ la descripción de la evolución de pacientes a quienes por razones distintas se les extirpó el lóbulo frontal derecho (lobotomías) en 1945,⁷⁴ la aplicación de electrochoques en enfermos epilépticos como medio de diagnóstico y tratamiento en 1944,⁷⁵ entre otros. Para la década de los sesenta las investigaciones se concentraron en la experimentación farmacológica, en algunos casos en asociación con laboratorios privados que proporcionaron las dosis de los medicamentos para el tratamiento de cuadros psicóticos,⁷⁶ depresión⁷⁷ e insomnio,⁷⁸ con la característica de que la mayoría se ensayaron únicamente en mujeres.⁷⁹

⁷³ Sixto Obrador Alcalde y P. Ortiz Estrada, "Comparación de los hallazgos radiográficos y encefalográficos en casos de epilepsia orgánica", *Archivos de Neurología y Psiquiatría de México*, t. VIII, n. 6, 1945, p. 135-149.

⁷⁴ Javier Garcíadiego, E. S. Hoff y Sixto Obrador Alcalde, "Dos casos de extirpación del lóbulo frontal derecho", *Archivos de Neurología y Psiquiatría de México*, t. VIII, n. 5, 1945, p. 101-119.

⁷⁵ Javier Garcíadiego, Francisco Núñez Chávez y Sixto Obrador Alcalde, "Aplicaciones del electro-choque como método de investigación y diagnóstico en los epilépticos", *Archivos de Neurología y Psiquiatría de México*, t. VII, n. 5, 1944, p. 117-128.

⁷⁶ Carlos Franco, Gonzalo Aguilera, Miguel Kireev y Agustín Caso, "Informe preliminar sobre el empleo de la flufenazina en las psicosis", *Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, n. 4, 1961, p. 110-116. Guillermo Calderón, "Valoración clínica de los resultados obtenidos con haldol", *Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, v. 9, n. 2, 1968, p. 117-122.

⁷⁷ Santiago Castillejos y Cristóbal Espinosa, "Los síndromes depresivos angustiosos tratados con el RO 4-1575", *Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, 1962, v. 3, n. 4, p. 118-215. Humberto Saldaña, "La imipramina en el tratamiento de las depresiones", *Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, v. 4, n. 1, 1963, p. 33-36.

⁷⁸ Guillermo Calderón, "Evaluación de la actividad hipnógena del RO 4-5360", *Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, v. 6, n. 2, 1965, p. 49-54.

⁷⁹ En 1960 se creó en La Castañeda el Pabellón Piloto, destinado a enfermos agudos y donde se llevaron a cabo importantes descubrimientos neuropatoló-

Si bien haría falta un estudio detallado sobre la investigación desarrollada en el manicomio, que no es el objeto central de este trabajo, me gustaría apuntar que no todos los médicos compartieron el entusiasmo por la investigación, considerando que la función primordial de la institución debía ser la atención a los pacientes. Así, en el seno del Consejo Psiquiátrico de Toxicomanías e Higiene Mental antes mencionado, sus integrantes afirmaron a fines de 1944 que “casi produce un sentimiento de rebeldía considerar que al lado de un Pabellón en donde duermen tres enfermos por cama, otros en pasillos, otros bajo las mesas, etc., haya un Pabellón Central dedicado a la investigación” y “que todas las obras de reparación [en los restantes pabellones] con las cuales nos hemos dado por satisfechos, no son más que paliativos a veces exasperantes”, por lo que consideran un “deber pedir como resultado de los estudios y reuniones que se han llevado a cabo, la construcción urgente de un nuevo Manicomio”, que nunca se materializó. La desesperación llegó a tal grado que Edmundo Buentello, médico que sucedió a Guevara Oropeza en la dirección de La Castañeda en ese mismo año de 1944, pensó “poner un letrero en el que se diga que no se puede admitir un solo enfermo más”, lo que evidentemente no hizo.⁸⁰

Aunque la enseñanza tampoco era el objetivo prioritario del Pabellón Central, en el edificio de Servicios Generales donde aquél se encontraba se ubicaban las aulas, y vale la pena señalar que dos años antes de su clausura en 1968 la relación de materias que se impartían a los estudiantes de psiquiatría mostraba una clara orientación neuropsiquiátrica: clínica de psiquiatría, neurooftalmología, neuroanatomía, neurofisiología, neuro-

gicos, se inició el estudio clínico de los primeros psicofármacos y se realizaron investigaciones con varios productos psicodislépticos, dirigidas por su titular, el doctor Dionisio Nieto. Véase Asuntos relacionados con el nuevo pabellón piloto del Manicomio General, AHSS, *Fondo Manicomio General*, Sección Administrativa, caja 55, exp. 9, 1958-1966, 63 f., y Alfonso Escobar, “Dionisio Nieto y la investigación científica”, *Salud Mental. Revista del Instituto Nacional de Psiquiatría*, v. 31, n. 4. 2008, p. 331-334.

⁸⁰ Actas de las sesiones del Consejo Psiquiátrico de Toxicomanías e Higiene Mental, AHSS, *Fondo Manicomio General*, Sección Administrativa, caja 48, exp. 2, 102 f., 1944-1945.

logía y psicología normal, indicio del peso que aún tenía la unión de ambas especialidades, pese a que en otros países ya se estaban separando.⁸¹

Para concluir

Durante sus casi 60 años de vida institucional, de 1910 a 1968, La Castañeda vivió una tensión casi permanente entre la pretensión de contar con buenos medios de diagnóstico y tratamiento, que legitimaban la existencia de una especialidad médica como la psiquiatría, y la ineludible realidad de resguardar en condiciones muy precarias a hombres y mujeres que la propia psiquiatría consideraba incurables. Esta labor médica y asilar por momentos parecía entrar en contradicción, pues mientras una se realizaba con el apoyo de la infraestructura hospitalaria y los recursos científicos más modernos, la otra se reducía a una suma de paliativos que de ninguna manera lograban calmar el sufrimiento humano propio de la enfermedad mental.

El esfuerzo llevado a cabo por avanzar en la modernización de La Castañeda dependió en buena medida de los servicios y la atención brindada en el Pabellón Central. La profesionalización de la psiquiatría, entendida desde la innovación tecnológica hasta una concepción biológica de la enfermedad mental, se fraguó en dicho lugar, pero no evitó la frustración personal de quienes a diario constataban que seguía habiendo pacientes a quienes la psiquiatría no tenía nada o casi nada que ofrecer, pese a los avances. Esta labor la llevó a cabo la primera generación de psiquiatras mexicanos gracias a su interés por el desarrollo, sistematización y organización de la clínica psiquiátrica, vocación personal que muchas ocasiones estuvo muy por encima de las políticas instrumentadas por el Estado mexicano, que no siempre estuvieron a

⁸¹ AHSS, *Fondo Manicomio General*, Sección Administrativa, caja 1, exp.4, 1966. Véase también Dionisio Nieto, “El problema de las relaciones entre la neurología y la psiquiatría”, *Neurología-Neurocirugía-Psiquiatría*, v. 10, n. 3, 1969, p. 175-177, y el trabajo en este mismo libro de Daniel Vicencio Muñoz.



la altura de las auténticas necesidades de los enfermos internados en La Castañeda.

En este sentido, la experiencia histórica del Manicomio General de la ciudad de México muestra que, si bien el manicomio como institución posibilitó el desarrollo de la clínica psiquiátrica, la experimentación con los más diversos tratamientos, la investigación y la enseñanza, e incluso permitió idear formas de atender a los enfermos mentales que no implicaran su reclusión, no pudo evitar que muchos padecimientos se cronificaran y mantuvo en el olvido a cientos, acaso miles de pacientes, que por carecer de interés científico o por no poder alzar su voz, pasaron el resto de sus días en un estado de abandono que ninguna institución pública debería permitir.



ESQUIZOFRENIA Y PSICOSIS MANIACO-DEPRESIVA*

ANDRÉS RÍOS MOLINA

Universidad Nacional Autónoma de México
Instituto de Investigaciones Históricas

El 9 de mayo de 1925 arribó a la capital mexicana Emil Kraepelin. El muy reconocido psiquiatra asistió a eventos en la Academia Nacional de Medicina, en la Universidad Nacional de México y en el Manicomio La Castañeda. Fue una semana de recorridos, palabras, cenas, recepciones y numerosas atenciones con el ilustre visitante. Después, Kraepelin salió de la capital y visitó algunas comunidades indígenas debido al interés que en sus últimos años tuvo por las manifestaciones de las psicosis en las sociedades no occidentales; viaje sobre el cual desconocemos todos los detalles.¹ Al ver esta visita en perspectiva histórica cabe preguntarnos cómo fue la recepción de las teorías de Kraepelin en México y qué impacto tuvo en la clínica psiquiátrica. Interrogarnos al respecto no sólo nos permite calibrar qué tan actualizados o rezagados estaban los médicos mexicanos; más bien, la recepción de este autor nos permite acercarnos a un proceso importante: el establecimiento de la clínica psiquiátrica moderna.

Una revisión de lo publicado en México durante la primera mitad del siglo XX sobre psicosis endógenas nos permite localizar

* La versión final de este trabajo fue elaborada durante una estancia sabática en la Universidad de Columbia en la ciudad de Nueva York. Dicha estancia fue posible gracias a que obtuve la Beca PASPA otorgada por la DGAPA-UNAM y la Beca para Estancias Sabáticas de CONACYT. Mis más sinceros agradecimientos para ambas instituciones.

¹ Ignacio Ruiz López y Diana Morales Heinen, “La obra de Emil Kraepelin y su influencia en México, a sesenta años de su muerte”, *Archivos de Neurociencias*, órgano oficial del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía “Manuel Velasco Suárez”, México, v. I, n. 3, 1996, p. 196-197.



Figura 1. Viejo manicomio del Distrito Federal, “La Castañeda en Mixcoac”. FUENTE: Archivo General de la Nación, Fototeca, Fondo Hermanos Mayo, Clasificación HMCN 1552-1

la primera exposición sobre las propuestas de Kraepelin en una tesis de 1925 —mismo año de su visita a México—, presentada por Guillermo Dávila y titulada *Estudio clínico de la esquizofrenia y de sus diferentes formas*, cuyo autor se convertiría años después en uno de los primeros introductores del psicoanálisis en México. Dos años más tarde se presentó la tesis de Roberto Portilla Velázquez, titulada *Psicosis maniaco-depresiva (Kraepelin)*. Ambos trabajos podrían ser considerados como muestras de la recepción de dicho autor por parte del naciente gremio de psiquiatras. Sin embargo, como lo señalaron los doctores José Luis Patiño e Ignacio Rojas en 1960, desde los primeros días de La Castañeda se diagnosticó demencia precoz, lo cual hace evidente la recepción de la obra de Kraepelin.² Esto lo podemos comprobar a partir de un fragmento localizado en un expediente clínico de 1911:

² José Luis Patiño Rojas e Ignacio Sierra, *Cincuenta años de psiquiatría en el Manicomio General*, México, Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1965.

En efecto, es sabido que se considera como predominante en el cuadro de dicha afectividad [la demencia precoz] la disminución afectiva y Kraepelin dice que es una afección ante todo emocional [...] Entre las especies de demencia precoz [la del paciente] no cabe en la forma paranoide, por no ser el delirio predominante ni sistematizado; ni en la catatónica por no ser culminantes los movimientos estereotipados, sino hebefrénica, desarrollada previamente en la juventud y llevando rápidamente a la demencia [...] en algunos casos hay remisiones, en los cuales los enfermos, conservando algo de su capacidad intelectual, pueden dedicarse al trabajo, aunque en menor escala; así el artista se vuelve artesano, el jurista notable ayudante de abogado, el mecánico en operario; pero en el 75% de los casos, la terminación es la demencia completa.³

Es clara la influencia de Kraepelin en la definición de demencia precoz, en las características de los tres tipos (hebefrénica, catatónica y paranoide) y en la convicción de la demencia como inevitable destino. La demencia precoz, como se observa en la gráfica 1, se diagnosticó en La Castañeda desde su fundación y se utilizó hasta 1931; a su vez, la esquizofrenia se diagnosticó por primera vez en 1921 y a partir de 1924 aumentó al punto de ser la afección más diagnosticada. Igualmente, la psicosis maniaco-depresiva, entidad también ligada a Kraepelin, como veremos más adelante, fue diagnosticada en La Castañeda desde sus primeros días y a lo largo de los 58 años de vida de la institución. Así, cuando Emil Kraepelin visitó México, sus trabajos ya eran conocidos y aplicados en la clínica psiquiátrica.

En este estudio nos concentraremos en los diagnósticos de demencia precoz, esquizofrenia y psicosis maniaco-depresiva en el Manicomio La Castañeda, es decir, en el 21.3% de la población psiquiátrica. ¿Cómo hacerlo? La tendencia que ha imperado a la hora de abordar estas afecciones está enmarcada en la historia intelectual, lo cual ha implicado diversas reflexiones sobre el desarrollo y consolidación de las ideas y experiencias clínicas de Karl Kahlbaum (1828-1899), Ewald Hecker (1843-1909), Alois Alzheimer (1864-1915), Eugen Bleuler (1857-1939) y Emil Kraepelin (1856-1926). Los referentes intelectuales que

³ AHSS, FMG, SEC, caja 21, exp. 3.

incidieron en cada uno de estos autores, las especificidades de sus propuestas y las correspondientes implicaciones epistemológicas han sido tópicos sobre los que se ha concentrado buena parte de las reflexiones sobre la historia de la esquizofrenia.⁴ En el contexto latinoamericano, los pocos trabajos realizados en este tenor han seguido la misma tendencia, ya que analizan los debates que hubo entre psiquiatras frente a las propuestas de los mencionados autores.⁵

En este texto ubicamos a Kraepelin como el iniciador de una tradición de pensamiento sobre la psicosis que ha sido denominada por Rafael Huertas y Enric Novella como el “síndrome Kraepelin-Bleuler-Schneider”, el cual puede ser comprendido como una línea de reflexión desarrollada por estos tres autores para la conceptualización de lo que en un principio se llamó demencia precoz y que con Bleuler pasó a denominarse esquizofrenia, como lo veremos más adelante.⁶ De manera específica, la propuesta de los mencionados historiadores consiste en abordar la relación entre esquizofrenia y modernidad a partir de una reflexión sobre las características del entorno social y cultural

⁴ Los trabajos sobre la historia de la esquizofrenia que he tomado como referente principal son: José María Álvarez, *La invención de las enfermedades mentales*, Madrid, Gredos, 2008; Antonio Colodrón, *Las esquizofrenias*, Madrid, Siglo XXI, 1983; Jean Garrabé, *La noche oscura del ser. Una historia de la esquizofrenia*, México, Fondo de Cultura Económica, 1996; Sander Gilman, “Constructing Schizophrenia as a Category of Mental Illness”, en Edwin R. Wallace y John Gach (eds.), *History of Psychiatry and Medical Psychology*, New York, Springer Science & Business Media, 2008, p. 461-484; Georges Lantéri-Laura, *Ensayo sobre la historia de los paradigmas de la psiquiatría moderna*, Madrid, Triacastela, 2000; Darian Leader, *¿Qué es la locura?*, México, Sexto Piso, 2011.

⁵ Para Argentina véase Alejandra Golcman, “El diagnóstico de demencia precoz y la esquizofrenia en Argentina, 1920-1940”, *Trashumante. Revista Americana de Historia Social*, Medellín-México, n. 5, 2015, p. 150-173, y para Brasil Ana Teresa Venancio, “Classificando diferenças: as categorias demência precoce e esquizofrenia por psiquiatras brasileiros na década de 1920”, *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. XVII, s. 2, 2010, p. 327-343.

⁶ Enric Novella y Rafael Huertas, “El Síndrome de Kraepelin-Bleuler-Schneider y la conciencia moderna: una aproximación a la historia de la esquizofrenia”, *Clínica y Salud*, Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid, Madrid, v. XXI, n. 3, 2010, p. 205-219.

que a fines del siglo XIX posibilitaron que dicho cuadro clínico incursionara en la historia de la humanidad. Así, en palabras de Novella y Huertas, la esquizofrenia emergió cuando el sujeto moderno, definido por un yo reflexivo, se asumió como objeto de autoconsciencia:

En cualquier caso, si hay un factor al que podamos otorgar un papel relevante en la aparición histórica de la esquizofrenia éste es, sin duda, la emergencia del sujeto moderno y la progresión de lo que genéricamente podemos definir como la conciencia psicológica. De hecho, puede decirse que la esquizofrenia se convirtió en una condición culturalmente posible en cuanto los seres humanos se vieron forzados a asumir lo que Anthony Giddens ha denominado el “proyecto reflexivo del yo”, esto es, a cultivar una interioridad psicológica y a entrar en un intercambio público en torno a la misma (Giddens, 1990).⁷

En el contexto mexicano, esta misma línea ha sido desarrollada por Zenia Yébenes, quien analiza la relación entre la esquizofrenia y la emergencia de un sujeto moderno. Dicha aproximación tiene lugar en un marco cronológico amplio, ya que la autora vincula fuentes históricas que abarcan las últimas décadas del siglo XIX y las primeras del siglo XX, con investigación etnográfica contemporánea, ello en aras de definir los contornos que definen esa modernidad que impregna la subjetividad y la experiencia esquizofrénica.⁸

En el presente abordaje nos interesa aproximarnos a la esquizofrenia y a la psicosis maniaco-depresiva no sólo a partir de las reflexiones plasmadas por los médicos en sus tesis y artículos sino a partir de la población que fue diagnosticada en La Castañeda en el momento de su primer ingreso. Para tales efectos recurriremos a los expedientes clínicos desde dos perspectivas: la cualitativa y la cuantitativa. Tenemos claro que las

⁷ *Ibidem*, p. 213. El libro citado por los autores es Antony Giddens, *The Consequences of Modernity*, Oxford, Polity Press, 1990.

⁸ Zenia Yébenes, *Los espíritus y sus mundos. Locura y subjetividad en el México moderno y contemporáneo*, México, Gedisa/Universidad Autónoma Metropolitana, 2014.

fuentes elegidas ofrecen una cantidad tal de información que podrían servir de base para extensas investigaciones. Por ello, este texto es un primer abordaje en el que, lejos de ser concluyentes, buscamos ubicar las principales características de la población con los diagnósticos en cuestión e interrogarnos sobre el porqué de las mismas.

Los expedientes contienen observaciones, descripciones clínicas, diagnósticos, transcripciones de entrevistas hechas al paciente y/o al acompañante —que generalmente era algún pariente—, estudios de laboratorio, documentos administrativos, cartas de pacientes o de familiares, etcétera. Dichos expedientes distan de ser homogéneos: algunos contienen cientos de fojas, mientras que otros sólo tienen una; algunos tienen detalladas y extensas descripciones, pero otros ni siquiera contienen la información más elemental. Sin embargo, sea mucha o poca la información ofrecida, estamos frente a documentos polifónicos que articulan la mirada de los médicos con la perspectiva familiar y, sólo en algunos casos, el punto de vista del propio paciente. Debemos tener presente que cuando un sujeto llegaba a las puertas del manicomio era por decisión del entorno social que lo consideraba “loco” debido a alguna acción que transgredía lo considerado como “normal”; por ello, cada historia de locura contiene una historia de transgresión, donde la patología científica se amalgama con la transgresión social. En consecuencia, los expedientes son una fuente para abordar la dimensión social de la locura y su articulación con el saber psiquiátrico.⁹

En relación con el abordaje cuantitativo, hemos construido una base de datos con el 20% de los pacientes que fueron diagnosticados con demencia precoz, esquizofrenia y psicosis maniaco-depresiva, es decir 2 374 registros. No se discutirá si los diagnósticos fueron errados o atinados; nada más desatinado que pretender corregir el trabajo de los psiquiatras de antaño:

⁹ En relación con la importancia de los expedientes clínicos como fuente para la historia de la psiquiatría, véase Rafael Huertas, “Las historias clínicas como fuente para la historia de la psiquiatría: posibles acercamientos metodológicos”, *Frenia. Revista de Historia de la Psiquiatría*, Madrid, v. 1, n. 2, 2001, p. 7-33.

nos basta saber que el 21.3% de la población de La Castañeda recibió alguno de estos diagnósticos en su primer ingreso. Si bien podemos hacer una lista extensa de los datos obtenidos con la base de datos, partiremos los más relevantes para definir la especificidad de la población con psicosis endógenas en La Castañeda. El aspecto más relevante es el siguiente: si la esquizofrenia y la demencia precoz se consideraban afecciones crónicas e incurables, resulta notable que estos pacientes no fallecían después de décadas de encierro; más bien un porcentaje notable era dado de alta por remisión, por solicitud de la familia, por no regresar de permiso o por fuga, y sólo el 17.6% fallecía en el encierro, cifra inferior a la tendencia general de la población de La Castañeda, como se observa en el cuadro 1. Sin embargo, el tiempo promedio de internación era de 24.9 meses, cifra superior al promedio general, el cual era de 18.1 meses. Así, pese a la cronicidad propia de la afección, los pacientes eran dados de alta después de dos años de encierro.

En cuanto al crecimiento de la población, si observamos la gráfica 1 encontraremos tres momentos en los que se evidencia un aumento en la cantidad de esquizofrénicos ingresados: entre 1910 y 1925, cuando se diagnosticaba como demencia precoz, afectó a 10% de los internos, cantidad que ascendió a 15.6% entre 1926 y 1954 y alcanzó un máximo entre 1955 y 1968, llegando a 22.7%. Es más, en la gráfica se puede observar que entre 1954 y 1964 casi se duplicó la cantidad de esquizofrénicos. Sin embargo, este aumento de la población ocurrió con un hecho simultáneo: la progresiva reducción del tiempo de encierro, principalmente a partir de 1954, año en que se comenzaron a utilizar los antipsicóticos, hecho que nos acerca al tema de la medicación. Así, el aumento de la población con esquizofrenia, la reducción progresiva del tiempo de internación y el alto porcentaje de pacientes que fueron dados de alta son características que han marcado nuestra lectura de las fuentes.

Finalmente, la psicosis maniaco-depresiva fue más diagnosticada a mujeres que a hombres (77%-23%), en oposición a la tendencia general de la población donde hubo más hombres que mujeres. Además, hubo más casadas que solteras, y el tiempo de

estancia fue muy breve en comparación con la tendencia general (16.5 meses).

Con los anteriores lineamientos en mente, desarrollaremos cinco apartados relacionados con el diagnóstico de las mencionadas afecciones en La Castañeda. El primero tiene que ver con los médicos: la paulatina extinción de la demencia precoz y el progresivo aumento de la esquizofrenia ocurrió de manera simultánea con la aparición de la primera generación de psiquiatras. Ellos fueron quienes, además de profesionalizar la psiquiatría y consolidar un gremio independiente de las ciencias médicas, reflexionaron sobre la etiología y los tratamientos para esta compleja afección.

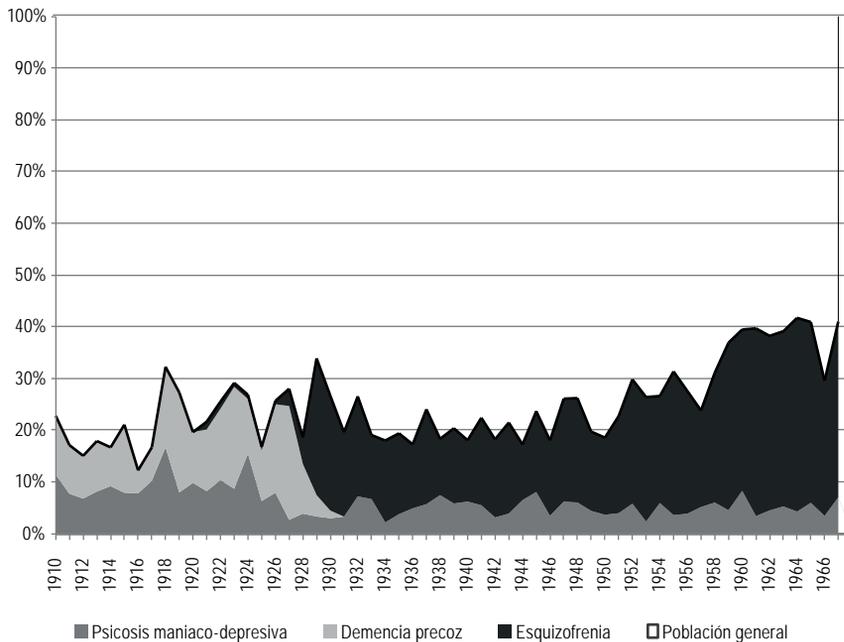
En la segunda parte expondremos la forma en que fue conceptualizada y diagnosticada la esquizofrenia, tomando como fuentes las publicaciones (tesis y artículos) y algunos expedientes clínicos. Si bien encontramos numerosos casos cuyas descripciones encajan muy bien en alguno de los tipos de esquizofrenia, también encontramos otros que evidencian la ambigüedad que recubría dicha afección, ya que, frente a la ausencia de un cuerpo de síntomas compartido, este diagnóstico funcionó, en términos de Germán Berrios, como un metaconcepto que aglutinó una amplia diversidad de síntomas que otrora pertenecían a diferentes cuadros clínicos.

En el tercer apartado nos concentraremos en la relación entre sexualidad anormal y esquizofrenia. Según Kraepelin, y muchos de sus contemporáneos, la masturbación y otras prácticas sexuales “anormales” estaban tanto en la etiología como en los síntomas de la esquizofrenia, idea que se mantuvo presente en la práctica clínica de La Castañeda hasta sus últimos años. La base de dicha propuesta radicó en la endocrinología de aquellos días, ya que se asumía que los cambios hormonales propios de la adolescencia eran propicios para procesos patológicos que en algunos casos generaban demencia precoz. Por consiguiente, es notable que la masturbación, además de ser rechazada por el entorno familiar, fue patologizada por la psiquiatría, razón por la cual este hábito marca un vínculo entre el control social y el psiquiátrico sobre la sexualidad.

En cuarto lugar, una mirada cuantitativa a los pacientes con esquizofrenia nos permite afirmar que a partir de 1954 hubo un aumento en la cantidad de ingresos, pero una simultánea reducción en el tiempo de internamiento. Este hecho lo analizaremos en función de la medicación con antipsicóticos que se implementó a partir de la mencionada fecha; tema que nos acerca a una discusión sobre la eficacia terapéutica para la esquizofrenia en La Castañeda.

Finalmente, la revisión de expedientes de pacientes con psicosis maniaco-depresiva evidencia una serie de “dramas” relacionados, principalmente, con la maternidad. A partir de estos casos podemos inferir una serie de construcciones culturales que definían el rol social de las madres en la sociedad mexicana.

GRÁFICA 1
Pacientes diagnosticados con demencia precoz, esquizofrenia y psicosis maniaco-depresiva en el Manicomio La Castañeda 1910-1967



FUENTE: BD-PAPIIT.



CUADRO 1
Tiempo de estancia, edad y condición de salida de los pacientes diagnosticados con esquizofrenia,
demencia precoz y psicosis maniaco-depresiva en el Manicomio La Castañeda

<i>Diagnóstico</i>	<i>Tiempo promedio de estancia en meses</i>	<i>Edad promedio</i>	<i>Condición de salida</i>						
			<i>Curados</i>	<i>Remisión</i>	<i>Muerte</i>	<i>Solicitud de responsable</i>	<i>No regresó de permiso</i>	<i>Fuga</i>	<i>Otros</i>
Población total	18.1	33.6	2.4	19.9	24.2	29.4	12.3	5.7	4.1
Esquizofrenia y demencia precoz	24.9	29	0.2	16.4	17.6	30	16.4	10.9	8.5
Psicosis maniaco-depresiva	16.5	32	0.9	22.9	13.5	36.9	11.2	6.7	7.9

FUENTE: BD-PAPIIT.

*Los primeros psiquiatras y la recepción
de la psiquiatría alemana*

El médico José Gómez Robleda (1904-1987), conocido por las investigaciones sobre biotipología que hizo en la Secretaría de Educación Pública y posteriormente en el Instituto de Investigaciones Sociales de la UNAM sobre grupos indígenas, publicó en 1933 un breve cuento titulado *Esquizofrénico*, con tres grabados de Roberto Montenegro. Es una breve narración sobre las ideas que cruzan por la mente de un esquizofrénico en relación con la presencia de un “otro yo” que no puede ver pero de cuya existencia no guarda la menor duda. ¿Cómo convivir con ese “otro yo” con el cual compartía ideas y emociones, pero que no podía ver? En ocasiones podía sentir su presencia; de pronto, un leve suspiro en el hombro era una muestra de que ahí estaba. Saltar, correr, hacer movimientos rápidos para probar si el “otro yo” imitaba o actuaba como un espejo. Al final, para deshacerse de tan agobiante presencia, optó por dispararse en la sien.

Este breve relato busca ofrecer una lógica argumental basada en las ideas que pasan por la atormentada mente de un esquizofrénico; es un viaje por esas ideas silenciosas de quien está aislado del mundo, absorto, desentendido del entorno que lo rodea, ensimismado en sus obsesiones, al punto de ver en el suicidio la única salida.¹⁰ Afección generadora de comportamientos que desde el exterior son considerados como locuras, pero que tienen un sentido íntimo y secreto para quien padece de la afección extraña, misteriosa y críptica, cual enigma fundamental para la ciencia médica encargada de los secretos de la mente: la esquizofrenia.

Más allá de la calidad literaria del texto o el apego al modelo clínico en la narrativa literaria, vamos a concentrarnos en el año de su publicación: 1933. Como bien nos ha señalado Jean Garrabé, esta afección desbordó el campo clínico y fue retomada desde el arte, la literatura y la cultura en general en buena parte del mundo

¹⁰ Un análisis interesante sobre la relación entre esquizofrenia y literatura en el caso británico es Kieran McNally, “Schizophrenia as Split Personality/Jekyll and Hyde: The Origins of the Informal Usage in the English Language”, *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, Oxford, v. XLIII, n. 1, 2007, p. 69-79.

occidental.¹¹ En este tenor, la publicación de este cuento de Gómez Robleda nos habla de una reflexión desde el terreno artístico sobre la enfermedad mental más diagnosticada en el siglo xx. ¿Qué implicación tiene la publicación de dicho texto en México veintidós años después de que Eugene Bleuler acuñó dicho concepto? Veamos el contexto clínico para volver a este interrogante.

Como se puede observar en la gráfica 1, en 1927 comenzó a reducirse de manera drástica el diagnóstico de demencia precoz en La Castañeda al punto de desaparecer en 1931, y, si bien la esquizofrenia se diagnosticó desde 1921, fue hasta 1929 cuando tuvo lugar un significativo aumento. Por consiguiente, es evidente que entre 1927 y 1929 hubo una transición conceptual entre la demencia precoz de Emil Kraepelin y la esquizofrenia de Eugen Bleuler. Una transición similar se evidencia en las tesis que sobre psicosis endógenas se presentaron en la Escuela de Medicina en la década de 1920, periodo que funcionó como una especie de bisagra, no entre dos conceptos, sino entre dos escuelas: la francesa y la alemana. Este giro resulta notable ya que desde mediados del siglo xix, al tiempo que se entronizaba el positivismo como la ruta hegemónica para acceder al saber científico, los psiquiatras franceses fueron el referente obligatorio. Los textos que en México discutían las enfermedades mentales y sus tratamientos en las últimas dos décadas del siglo xix se basaban en Pinel, Esquirol, Magnan, Morel, Falret, Charcot, Georget, Leuret, para sólo mencionar los más citados.¹² Las últimas tesis que únicamente

¹¹ Jean Garrabé, *op. cit.*

¹² Las investigaciones realizadas sobre los inicios del alienismo en México dan cuenta de la amplia recepción de los psiquiatras franceses. Una revisión de lo que a lo largo del siglo xix se publicó al respecto es la tesis de Francisco de Jesús Morales Ramírez, *La apoteosis de la medicina del alma. Establecimiento, discurso y praxis del tratamiento moral de la enajenación mental en la ciudad de México, 1830-1910*, tesis de licenciatura en Historia, México, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Filosofía y Letras, 2008. Los trabajos que se han concentrado en las últimas décadas del siglo xix también han enfatizado el lugar relevante de la psiquiatría francesa: Cristina Sacristán, *Locura y justicia en México. La psiquiatría, la familia y el individuo frente a la modernidad liberal: el caso Raygoza (1873-1875)*, tesis de doctorado, Universitat Rovira i Virgili, 1999; José Antonio Maya González, “Locura y criminalidad en el discurso médico porfiriano: el caso de Enrique Rode, 1888-1891”, *Tras-humante. Revista Americana de Historia Social*, Medellín-México, n. 5, 2015,

miraban a Francia fueron: *Breves apuntes sobre las alucinaciones* (1917), por Gilberto de la Garza, y *Estudio de la confusión mental* (1920), de Julio Rodríguez Caballero. Estos autores reflexionaron sobre la confusión mental típica, aguda y crónica, y el delirio alucinatorio agudo, recurriendo a Georget, Ball, Chaslin, Gilbert-Ballet y Regis. Sin embargo, dichos trabajos no hacen mención alguna de la demencia precoz o de psiquiatras alemanes.

Pero a partir de 1925 las cosas cambiaron: con la tesis de Guillermo Dávila titulada *Estudio clínico de la esquizofrenia y de sus diferentes formas*, Kraepelin y los psiquiatras alemanes comenzaron a ser ampliamente discutidos en México. En 1927 se presentó la tesis *Psicosis maniaco-depresiva (Kraepelin)* de Roberto Portilla Velázquez y en 1930 Edmundo Buentello dio a conocer el extenso trabajo titulado *Consideraciones clínicas y nosológicas para el delirio de interpretación*, donde analiza y contrapuntea a Seglas y Capgras con la propuesta de Kraepelin. Esta tesis discutió un tema que después fue retomado por Samuel Ramírez Moreno en un artículo de 1935: los límites y las diferencias entre la demencia precoz paranoide y los delirios sistematizados alucinatorios.¹³ Otra muestra de dicho relevo conceptual es el diagnóstico de los delirios sistematizados, los cuales se diagnosticaron en La Castañeda desde su origen hasta 1938. Una relación extensa sobre los criterios para su diagnóstico es la tesis de 1926 de Francisco Núñez Chávez titulada *Estudio clínico de los delirios sistematizados alucinatorios*. Sin embargo, para finales de la década de 1930 estos delirios dejaron de ser diagnosticados en el Manicomio General y fueron reemplazados por el término paranoia. Por lo anterior, si bien desde los inicios de La Castañeda en 1910 se diagnosticó demencia precoz y los expedientes nos revelan un conocimiento de las propuestas de Kraepelin, su presencia en las tesis sólo llegó hasta mediados de la década de 1920, justo cuando comenzó a ser

p. 128-148; Daniel Vicencio Muñoz, “Locos criminales en los años del Porfiriato. Los discursos científicos frente a la realidad clínica, 1895-1910”, *Estudios de Historia Moderna y Contemporánea de México*, n. 47, 2014, p. 79-119.

¹³ Samuel Ramírez Moreno, “Relaciones entre forma paranoide de la esquizofrenia y los delirios sistematizados alucinatorios”, *Revista Mexicana de Psiquiatría, Neurología y Medicina Legal*, México, v. I, n. 5, 1935.

reemplazado por el de esquizofrenia en el Manicomio General. Así, podemos ubicar en la mencionada década la consolidación en México de lo que Huertas y Novella han denominado el “síndrome de Kraepelin-Bleuler-Schneider”.

La recepción de este paradigma en México tuvo lugar al mismo tiempo que se configuraba la primera generación de psiquiatras. Antes de dicho proceso hubo médicos que atendieron pacientes psiquiátricos y sus nombres aparecen en los expedientes de los pacientes diagnosticados con demencia precoz en La Castañeda: José Torres Torija, Nicolás Martínez de Arellano, Agustín Torres, Manuel Sunderland, José Mesa Gutiérrez, Alfonso Ruiz Erdozain, Heladio Gutiérrez, Luis A. García y Miguel Lasso de la Vega. Estos médicos no publicaron reflexiones sobre su práctica, ni organizaron eventos especializados, ni tampoco tenemos información relacionada con investigaciones que hayan adelantado, lo cual se puede explicar por las difíciles condiciones de trabajo que impuso la Revolución.¹⁴ Así, la consolidación del gremio tuvo lugar con la siguiente generación, la cual estuvo compuesta por jóvenes médicos que nacieron en el cambio de siglo, al igual que José Gómez Robleda, y estudiaron y se titularon en la década de 1920; algunos tuvieron su incursión en la clínica psiquiátrica en el Sanatorio Lavista, donde hicieron sus prácticas,¹⁵ y otros directamente en La Castañeda, espacios donde se formaron en la clínica de las psicosis. Entre ellos encontramos a

¹⁴ Andrés Ríos Molina, *La locura durante la Revolución Mexicana. Los primeros años del Manicomio La Castañeda, 1910-1920*, México, El Colegio de México, 2009.

¹⁵ Esta quinta de salud fue fundada en 1898 por el doctor Rafael Lavista (1839-1900), un reconocido cirujano que fuera cuatro veces presidente de la Academia Mexicana de Medicina. Después de su muerte, la quinta quedó bajo la supervisión del presidente del Consejo Superior de Salubridad, el doctor Eduardo Liceaga. En la publicidad del sanatorio del doctor Lavista se anunciaba que el establecimiento estaba destinado a atender “morfinómanos, alcohólicos y toda clase de habituados”. Es decir, se trataba de un sitio especializado en el tratamiento a personas de la clase media y alta, consumidores patológicos de alcohol y de “drogas heroicas”, según el decir de la época. Esta quinta, localizada en el centro de Tlalpan, fue el primer establecimiento psiquiátrico particular en la ciudad de México. Ramírez Moreno, “El Dr. Rafael Lavista y la Quinta de Salud de Tlalpan”, *Revista Mexicana de Psiquiatría, Neurología y Medicina Legal*, México, v. II, n. 7, 1935.

Samuel Ramírez Moreno, Edmundo Buentello, Manuel Guevara Oropeza, Leopoldo Salazar Viniegra, Guillermo Dávila, Raúl González Enríquez, Mario Fuentes, Jesús Siordia, Francisco Elizarraraz, José Quevedo y el mismo José Gómez Robleda, autor del cuento arriba citado, quien trabajó por una breve temporada en La Castañeda.¹⁶ Estos psiquiatras se acercaron a los médicos alemanes a la hora de reflexionar sobre la psicosis, razón por la cual encontramos en sus trabajos citados a Kahlbaum, Alzheimer, Bleuler, Hecker y Kraepelin. Además, valga mencionar, esta generación leyó e integró a sus reflexiones las propuestas de Freud, Jung y Adler.¹⁷

Algunos de estos jóvenes psiquiatras no sólo se dedicaron al ejercicio de la clínica ya que, además, en consonancia con el proyecto de nación posrevolucionario, se vincularon a diferentes instituciones estatales en aras de impulsar medidas para prevenir enfermedades mentales y conductas criminales en el marco de lo que se denominó higiene mental. El Tribunal de Menores Infractores y las clínicas de la conducta, tanto de la Secretaría de Educación Pública como de la Secretaría de Gobernación, fueron espacios para la detección de sujetos que, por causas hereditarias o sociales, podían enloquecer.¹⁸

De los psiquiatras arriba señalados, hubo tres de esta primera generación que destacan por su singular interés en la clínica de las psicosis endógenas. El primero es Samuel Ramírez Moreno, quien fue director de La Castañeda (1929-1932) e implementó numerosas reformas, como el fomento al deporte y las actividades al aire libre, capacitación de enfermeras, etcétera.¹⁹ Se retiró de La

¹⁶ También formaron parte de esta generación Alfonso Millán y Mathilde Rodríguez Cabo. Si bien ambos trabajaron en La Castañeda y fueron protagonistas de la renovación que experimentó la institución en las décadas de 1920 y 1930, no tenemos información sobre trabajos de ellos desde la clínica psiquiátrica, razón por la cual no los incluimos en este análisis.

¹⁷ Juan Capetillo, *La emergencia del psicoanálisis en México*, Jalapa, Universidad Veracruzana, 2012.

¹⁸ Andrés Ríos Molina, "'Dictating the Suitable Way of Life': Mental Hygiene for Children and Workers in Socialist Mexico, 1934-1940", *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, Oxford, v. XLIX, n. 2, 2013, p. 142-166.

¹⁹ Sobre las reformas implementadas en La Castañeda en el periodo en cuestión, véanse los trabajos de María Cristina Sacristán, "Para integrar a la



Figuras 2, 3 y 4. De izquierda a derecha: Manuel Guevara Oropeza, Leopoldo Salazar Viniegra y Samuel Ramírez Moreno.

FUENTE: Academia Nacional de Medicina de México

Castañeda y creó su propio sanatorio psiquiátrico en la colonia Juárez, en la capital mexicana; desde allí asesoró investigaciones sobre los tratamientos eléctricos y farmacológicos para la esquizofrenia, como veremos más adelante, y además publicó la primera revista de psiquiatría que hubo en México: *Revista Mexicana de Psiquiatría, Neurología y Medicina Legal*. En segundo lugar, Leopoldo Salazar Viniegra, quien fuera director de La Castañeda (1945-1947) y años antes encargado del Hospital de Toxicómanos, publicó artículos donde discrepaba de los tratamientos insulínicos y negaba categóricamente su eficacia, conclusiones a las que llegaba a partir de su propia experiencia en el ejercicio de la clínica en La Castañeda.²⁰ Y, en tercer lugar, Manuel Guevara Oropeza,

nación. Terapéutica deportiva y artística en el Manicomio de La Castañeda en un momento de reconstrucción nacional, 1910-1940"; Claudia Agostoni (coord.), *Curar sanar y educar. Enfermedad y sociedad en México, siglos XIX y XX*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Históricas/Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, 2008, p. 99-123, y "La contribución de La Castañeda a la profesionalización de la psiquiatría mexicana", *Salud Mental*, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, México, v. XXXIII, 2010, p. 473-480.

²⁰ Samuel Ramírez Moreno, "Causas y tratamiento de la esquizofrenia", *Gaceta Médica de México*, Academia Nacional de Medicina, México, 1944, v. LXXIV, n. 1, p. 235-244; Leopoldo Salazar Viniegra, "Raíces míticas de la

quien, además de haber dirigido La Castañeda tres veces entre 1931 y 1944, dedicó la mayoría de su vida a la clínica de la psicosis, de lo cual dan cuenta cientos y cientos de expedientes clínicos elaborados por su puño y letra. Además, con Mario Fuentes fundaron la Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría en 1937 y dirigieron la revista *Archivos de Neurología y Psiquiatría de México*, la cual comenzó a circular un año después.

Si regresamos a *Esquizofrénico*, el cuento publicado por José Gómez Robleda en 1933 después de haber trabajado por una breve temporada en La Castañeda, podemos concluir que esta incursión de tan compleja enfermedad al mundo de la literatura ocurrió de manera casi simultánea con cuatro fenómenos: el reemplazo del término demencia precoz por esquizofrenia en los diagnósticos en el Manicomio General, el inicio de un acelerado aumento de pacientes con este diagnóstico, el acercamiento progresivo a la psiquiatría alemana y la emergencia de la primera generación de psiquiatras en México.

Conceptualización y clínica de la esquizofrenia

Si bien la demencia precoz de Kraepelin no es lo mismo que la esquizofrenia de Bleuler, en la práctica, por lo menos en el contexto mexicano, se manejaron como sinónimos, como veremos más adelante. Más allá de las diferencias conceptuales, los escritos de los psiquiatras mexicanos ubican a Kraepelin como el referente central para comprender tan compleja afección. ¿En qué consistió su propuesta? Al respecto se han escrito numerosos trabajos que han analizado detalladamente las reflexiones de este psiquiatra, la forma en que su postura fue cambiando a lo largo del tiempo, las debilidades y fortalezas de sus argumentos, y las rupturas y continuidades con su entorno intelectual. Por consiguiente, en este apartado me limitaré a presentar las principales características de la demencia precoz y la esquizofrenia según

esquizofrenia”, *Archivos de Neurología y Psiquiatría de México*, Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría, México, v. IV, n. 5 y 6, p. 235-244.

algunos médicos mexicanos y la forma en que se diagnosticó en La Castañeda, aunque sin perder de vista la pregunta de fondo: el porqué del aumento en la cantidad de pacientes diagnosticados con dicha afección.

Como es bien sabido, desde la medicina hipocrática se reflexionó sobre la etiología y la sintomatología de las diferentes formas de locura; sin embargo, a fines del siglo XIX hubo una radical transformación en el discurso psiquiátrico, hecho que tuvo una repercusión directa en la forma de concebir y clasificar las enfermedades mentales a lo largo del siglo XX. Los historiadores que han analizado este cambio de paradigma han señalado que fue el final de la tradición del “alienismo” francés como vanguardia y el inicio del modelo de “las enfermedades mentales”.²¹ Dicho cambio tuvo tres características. En primer lugar, se eliminó la idea de locura como entidad única con diferentes manifestaciones clínicas: manía, melancolía, demencia e idiotismo. En su lugar, el nuevo modelo impuso la idea de la existencia de diversas enfermedades mentales, cada una con sus especificidades tanto en la etiología y en los síntomas como en la evolución. En segundo lugar, para comprender cada una de las enfermedades mentales se introdujo la dimensión diacrónica, es decir, era obligatorio conocer los antecedentes, los primeros síntomas según los acompañantes del paciente, los presentados al momento de la internación y la evolución de los mismos. Lo anterior significaba que no era posible diagnosticar a partir de la observación de la situación del paciente en un momento particular, sino que era necesario reconstruir la historia de vida, la evolución de los síntomas, y sólo así era posible emitir un diagnóstico.²²

²¹ Rafael Huertas, *El siglo de la clínica. Para una teoría de práctica psiquiátrica*, Madrid, Frenia, 2005; Georges Lantéri-Laura, *op. cit.*; José María Álvarez, *op. cit.*; Paul Bercherie, *Los fundamentos de la clínica. Historia y estructura del saber psiquiátrico*, Buenos Aires, Manantial, 2014, p. 87-89; Norberto Aldo Conti, “De la alienación a las enfermedades mentales en Alemania: Karle Kahlbaum, un pensamiento de cambio”, *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría*, Buenos Aires, v. XIX, n. 80, 2008, p. 157-160.

²² P. Hoff, “Kraepelin”, en Germán Berrios y Roy Porter (eds.), *Una historia de la psiquiatría clínica*, Madrid, Triacastela, 2012.

En la difusión de este modelo fue determinante el *Tratado de psiquiatría* de Kraepelin, reeditado 9 veces entre 1883 y 1926. En la sexta edición (1899) fue planteada la dicotomía de las psicosis endógenas, entre los que se recuperaban y los crónicos sin remedio, los cuales se dividieron en psicosis maniaco-depresiva y demencia precoz. En relación con la predictibilidad, Kraepelin mencionó: “lo que me convenció de la superioridad del método clínico de diagnóstico (adoptado en este caso) sobre el método tradicional, fue la seguridad con la que se podía predecir (en conjunción con nuestro nuevo concepto de enfermedad) el curso que tomarían los sucesos”.²³

Si bien la demencia precoz fue acuñada por Morel para marcar la diferencia con la demencia senil, tomó fuerza como concepto nuevo gracias a Kraepelin, quien lo elaboró a partir de la influencia de Kahlbaum y Hecker.²⁴ Propuso que las principales características eran el debilitamiento de las actividades emocionales, que constituían el motor de la volición, y la pérdida de la unidad interna, ya que las emociones no necesariamente correspondían con las ideas. Más exactamente, definió la demencia precoz como “una serie de estados, cuya característica común es la destrucción peculiar de las conexiones internas de la personalidad psíquica”.²⁵ Diferenció entre síntomas fundamentales y los accesorios. Los primeros estaban determinados por repliegue afectivo, indiferencia, falta de voluntad, perturbación del curso del pensamiento y del razonamiento, y “pérdida de unidad interior”, mientras que los accesorios consistían en alucinaciones, ideas delirantes, automatismos gestuales catatónicos, accesos depresivos o excitativos e impulsiones. Así, Kraepelin encontró que en la demencia precoz la orientación, la memoria y la inteligencia se podían mantener intactas, mientras que la afectividad, la voluntad, el razonamiento y, en consecuencia, la personalidad estaban afectadas profundamente.²⁶

²³ *Ibidem*, p. 333.

²⁴ Paul Bercherie, *op. cit.*, p. 127-128.

²⁵ Emil Kraepelin, *La demencia precoz*, Buenos Aires, Polemos, 2008, p. 27.

²⁶ Paul Bercherie, *op. cit.*, p. 114.

En 1911 Eugen Bleuler propuso el concepto que desplazaría a la demencia precoz: la esquizofrenia. La originalidad de su propuesta radicó en la mirada psicoanalítica. De manera específica, resultó determinante la influencia del trabajo de Carl Jung, quien retomó las teorías freudianas para ofrecer una nueva interpretación de la paranoia; así, Bleuler ofreció una interpretación psicodinámica de aquello que Kraepelin llamó demencia precoz. Los síntomas estaban definidos por perturbaciones en la asociación de ideas, afectivas, ambivalencia y autismo —donde predominaba la esfera del deseo sobre la de realidad—. Por consiguiente, la especificidad de la esquizofrenia estaba dada por la disociación de las funciones psíquicas.²⁷

Ignacio Sierra, en su tesis sobre la esquizofrenia presentada en 1944, mencionó que los síntomas más destacados eran: “disgregación mental, autismo, indiferencia emocional, estereotipias, sonrisas inmotivadas, reacciones afectivas paradójicas, y [...] su edad de aparición”.²⁸ Según Sierra, la percepción solía estar bastante disminuida y les resultaba difícil mantener la atención en un objeto fijo, aunque en ocasiones pasaban al extremo contrario y fijaban la atención exageradamente en un solo punto. La eficiencia mental también estaba claramente disminuida, debido a lo cual las mentes de los esquizofrénicos divagaban y perdían contacto con el interlocutor; “por ello es que los trabajadores se vuelven ‘negligentes’, razón por la que son despedidos por inútiles”. Además, se consideraban recurrentes las alucinaciones auditivas, más que las visuales, donde voces solían decir cosas “perturbadoras y desagradables” (p. 35), ya que ponían al paciente en ridículo al ser burlado o agredido. En el expediente de un paciente con esquizofrenia encontramos la siguiente descripción: “oye voces que lo injurian, que dudan de su virilidad, voces que lo incitan a tener actos sexuales incluso con otros hombres”. Llegó con una herida en la cabeza pero tranquilo y descuidado con la indumentaria y contestó de mala manera el interrogatorio.

²⁷ *Ibidem*, p. 157-160.

²⁸ Ignacio Sierra, *Esquizofrenia*, tesis de Medicina, México, Escuela Nacional de Medicina, 1944, p. 39.

Después de recibir varios electrochoques le escribió una carta de despedida a su hermana el 2 de agosto de 1950, a quien le decía que sentía la muerte cerca. Los enfermeros lo sorprendieron tratando de ahorcarse con las sábanas, pero de nada sirvió porque días después murió a puntapiés por otro loco.²⁹

Sierra, siguiendo la tradición Kraepelin-Bleuler, afirmó que la esquizofrenia era el profundo deterioro en la vida emocional, que se manifestaba en risas sin sentido, pérdida de la empatía, interés y consideración por quienes los rodean, razón por la cual pensaba que estos pacientes eran propensos a la criminalidad. De un paciente en La Castañeda se dice: “no se preocupa por nada absolutamente, ni alcanza a comprender su situación; incluso la comida no le preocupa; generalmente anda desnudo, esboza risas y musitaciones; cuando marcha lo hace de forma estereotipada, como echando carreritas”.³⁰ Esta falta de control sobre las emociones hace que aparezca “alegría tonta” y “depresión embotada lacrimosa”; pero suelen presentar un cambio repentino de ánimo “a uno totalmente opuesto al que se espera en cierta situación social”.³¹ Los actos impulsivos son así descritos por Kraepelin:

repentinamente rompen un espejo en pedazos, golpean mesas y sillas, descuelgan los cuadros, tiran objetos por la ventana, se trepan a un armario, prenden fuego a su pelo, corren desnudos por la calle, tocan timbres, ponen la cabeza dentro de la pileta del baño, ponen la bacinilla sobre la cabeza, se arrastran y ocultan debajo de la mesa, destrozan una lámpara... A menudo, los impulsos sexuales están muy activos. Los pacientes se masturban sin tener en cuenta lo que los rodea, o durante el examen médico, manotean los genitales de sus compañeros, agarran a sus hermanas debajo de sus polleras.³²

En términos muy generales, la esquizofrenia de Bleuler se puede sintetizar en tres características: “a) la *spaltung* de las funciones psíquicas en complejos independientes que comprometen la unidad de la personalidad, estando dominada ésta ya sea por uno u

²⁹ AHSS, FMG, SEC, caja 607, exp. 3.

³⁰ AHSS, FMG, SEC, caja 359, exp. 14.

³¹ Emil Kraepelin, *op. cit.*, p. 62.

³² *Ibidem*, p. 68.

otro de estos complejos, b) trastornos asociativos, c) trastornos afectivos”.³³ Sin embargo, pese a que hay diferencias notables entre ambos conceptos, los médicos mexicanos partieron de lo que consideraron como una evidente sinonimia. Por ejemplo, Guillermo Dávila planteó la existencia de diferentes entidades que en el fondo eran una misma realidad: demencia precoz juvenil (Morel), hebefrenia (Kahlbaum), demencia vesánica precoz (Gilbert y Ballet), confusión mental crónica (Regis), locuras discordantes (Chaslin), Schizofrenia de Bleuler, entre otras 13 entidades, y, de todas ellas, según el autor, la más apropiada era esquizofrenia: “Sin embargo, dada la extensión y el uso tan frecuente que se hace del término Demencia Precoz, me conformaré con la costumbre y por ese motivo continúo dándole en este estudio tal denominación. *En el fondo el asunto no tiene mayor importancia*”.³⁴ Para el autor, debido a que no tenía importancia profundizar en las diferencias entre cada categoría, sintetizó la esquizofrenia como una psicosis de la juventud “con aspectos clínicos diferentes, pero caracterizada sobre todo por la desunión de los elementos psíquicos que funcionan automáticamente; por ser de marcha progresiva y hasta hoy completamente incurable”. Así, Dávila retomaba de Bleuler la escisión de las funciones psíquicas y la cronicidad de Kraepelin. A manera de síntesis, los síntomas más importantes de la esquizofrenia eran: modificaciones de las inclinaciones afectivas hacia la familia, afición a lo extravagante (“partidarios de todas aquellas reformas sean puramente científicas, sean sobre nuevas orientaciones artísticas [en pintura las escuelas modernistas, poesía, estridentistas, etcétera]”), la falta de juicio (“no pueden resolver los problemas más sencillos de la vida”) y la constante risa (“es ruidosa, se produce sin causa que la motive, sin ser acompañada de ningún estado afectivo determinado, frecuentemente prolongada, es, en una palabra, una risa loca”). Además, es recurrente

³³ Jean Garrabé, *op. cit.*, p. 56.

³⁴ Guillermo Dávila, *Estudio clínico de la esquizofrenia y de sus diferentes formas*, tesis de Medicina, México, Escuela Nacional de Medicina, 1925, p. 17. El resaltado es nuestro.



Figuras 5, 6 y 7. Dibujos realizados por esquizofrénicos.
FUENTE: Guillermo Dávila, *Estudio clínico de la esquizofrenia y de sus diferentes formas*, tesis de Medicina, México, Escuela Nacional de Medicina, 1925

encontrar “ideas místicas, eróticas, de carácter fugaz y mal sistematizadas con ligero matiz hipocondriaco”. En ocasiones se suele presentar un síndrome melancólico marcado por el miedo, la tristeza y el negativismo, pero en otras suele predominar la

agitación maniaca.³⁵ Para demostrar que en la mente de los esquizofrénicos “todo [ocurre] de manera arbitraria y caprichosa”, el autor anexó los anteriores dibujos. Éstos, al alejarse del realismo, plasman imágenes sin coherencia alguna, lo cual era propio de una mente escindida.

Finalmente, en la esquizofrenia y en la demencia precoz se consideraban recurrentes los delirios religiosos.³⁶ Un hombre que tenía alucinaciones a la vista y al oído escribió una nota que decía: “A quien corresponda: Me causa fastidio estar viviendo en esta vida llena de infortunio, esta chingada aparición de las desgraciadas vírgenes y los malditos santos hacen más pesada mi desgraciada existencia.” Y a la esposa le escribió: “desgraciado he infeliz Sagrado Corazón de Jesús, esto fue una aparición que tuve, pero han sido tan crueles mis martirios que han dado estos infelices santos y sus muy... Vírgenes, estoy arrepentido de haber sido católico”. Los enfermeros lo veían arrodillado y “como en éxtasis” en medio del patio; después le daba puntapiés al aire y movía los brazos como golpeando a alguien. Después de tres años falleció en el manicomio.³⁷

En relación con la tipología, Kraepelin propuso tres tipos de esquizofrenia: hebefrénica, catatónica y paranoide; a estas tres Bleuler agregó dos: simple y latente, aunque esta última no se diagnosticó en La Castañeda. La esquizofrenia simple es caracterizada por el empobrecimiento de toda la vida psíquica a la que se llega en forma imperceptible. La enfermedad generalmente comienza en los años del desarrollo sexual, aunque muchas veces las primeras manifestaciones leves pueden rastrearse en la infancia. El ejemplo frecuentemente utilizado es el de aquellos estudiantes buenos que se vuelven malos de repente, dejan de mostrar interés y no tienen deseos de nada. Éste es considerado como el estadio inicial que conducirá inevitablemente a la demencia, o primer periodo. Éste es un caso típico de esquizofrenia “simple”, según Dávila:

³⁵ Guillermo Dávila, *ibidem*, p. 59-65.

³⁶ La relación entre esta afección y lo religioso o mágico, en tanto experiencias que cuestionan la racionalidad del occidente moderno, es desarrollada por Zenia Yébenes, *op. cit.*, p. 197-256.

³⁷ AHSS, FMG, SEC, caja 101, exp. 8, f. 42.

Un joven que hasta cierto momento ha presentado desarrollo físico y psíquico normal, frecuentemente hasta con inteligencia muy desarrollada, comienza a quejarse de insomnios, cefalalgias y cefaleas; cambia de carácter, volviéndose irascible, impulsivo y soez. Esboza desinterés por todo, rehúye las amistades, se vuelve retraído, la lecciones son mal aprendidas y se nota la dificultad de adquirir nuevos conocimientos [...] a veces hasta se le expulsa de la escuela.³⁸

La demencia precoz hebefrénica parte del concepto de hebefrenia propuesto por Kahlbaum y ampliado por su discípulo Ewald Hecker en 1871: “El comienzo en relación con la pubertad, la aparición, sucesiva o no, de estados de melancolía, manía y confusión; la transición rápida hacia un estado de debilidad y la forma muy peculiar de este estado terminal de estupidez cuyos indicios podrían ser reconocidos desde los primeros estados de la enfermedad.”³⁹ Los pacientes parten de un estado melancólico aunado a ideas delirantes y exaltadas, algunas veces delirios religiosos; la conducta deja de ser coherente, falta de crítica, conducta pueril, incapacidad de construir frases lógicas e inevitablemente se encaminan a la demencia profunda. Dicha afección fue descrita por Guillermo Dávila como “estados de depresión y de agitación, caracterizados por alteraciones delirantes y polimorfias sin tendencia alguna a la sistematización y que se encuentran basadas en alucinaciones e interpretaciones delirantes acompañadas de confusión e imprecisión de ideas. Evolucionan éstos a una demencia completa e incurable” ... “las delusiones son, sobre todo, de autoacusación y originadas por el hábito de la masturbación, que es frecuentísimo en ellos”.⁴⁰ Las siguientes son muestras de pacientes con demencia precoz hebefrénica en el Manicomio General.

Caso 1:

habla rara vez con los que la rodean y con frecuencia habla en voz alta consigo misma y con seres imaginarios, que ve y oye por aluci-

³⁸ Guillermo Dávila, *op. cit.*, p. 111.

³⁹ Antonio Colodrón, *Las esquizofrenias*, Madrid, Siglo XXI, 1983, p. 24.

⁴⁰ Guillermo Dávila, *op. cit.*, p. 117-123.

naciones. Escuchando estos diálogos se encuentran ideas escasas, repetidas, sin conexión lógica, neologismos, así dice refiriéndose a su persona, como teniendo una idea lejana de su personalidad [...] presenta estado crepuscular de la conciencia; amnesia total; perturbación de la asociación de ideas, desorientación de lugar y de tiempo; disminución de los procesos volitivos; falta de sentido crítico, delirio absurdo, etc., lo que caracteriza la demencia; y por el acompañamiento de perturbaciones psicosenoriales (alucinaciones visuales y auditivas) haberse desarrollado en la juventud y tener marcado decaimiento afectivo, hay que incluirla en la demencia precoz. En efecto, es sabido que se considera como predominante en el cuadro de dicha afectividad la disminución afectiva y Kraepelin dice que es una afección ante todo emocional.⁴¹

Caso 2:

Desde la fecha de su última alta siempre permanece en actitud estúpida, sin responder ni reaccionar al medio exterior; sus instintos de conservación perdidos... ha sido degenerado hasta llegar a la coprofagia; tiene actitudes y frases estereotipadas... conversando con él nos contesta las preguntas con incoherencias... y en ocasiones guarda mutismo absoluto. Cuando se le ordena que vaya al comedor o al dormitorio obedece sin resistirse... come y duerme bien.⁴²

Caso 3:

El enfermo dice que hace como 5 años una mujer le dio a comer marihuana en un taco porque no le quiso prestar una fanegada de maíz y desde entonces se puso loquito, pero en la actualidad ya no lo está [...] Muy violento, nada le parece, cuando no se le dan suficientes alimentos avienta los platos y sale del comedor corriendo, gritando y al mismo tiempo dirigiéndoles palabras obscenas a los empleados; cuando alguien de sus compañeros lo insulta se le dirige a él y le pega de punta pies.⁴³

La segunda forma de esquizofrenia es la catatónica o estúpida, marcada por el estupor, negativismo, sugestibilidad y las es-

⁴¹ AHSS, FMG, SEC, caja 21, exp. 3.

⁴² AHSS, FMG, SEC, caja 151, exp. 27.

⁴³ AHSS, FMG, SEC, caja 120, exp. 40.

tereotipias, caracterizadas por la duración anormal de las impulsiones motrices, por la repetición de un mismo movimiento, o por la contractura de un grupo muscular. La siguiente descripción resulta ilustrativa:

Entonces notaron sus familiares que padecía de delirio místico y de fobias, de insomnios tenaces a tal grado, que achacaban esto que el enfermo se quejara mucho de dolores de cerebro —la región occipital—. Cuando se conseguía que penetrara en su recámara se le sorprendía rezando y en actitudes forzadas y caprichosas y en las que permanecía largo tiempo [...] El examen psíquico ha sido muy difícil practicarlo porque el enfermo se muestra con la voluntad profundamente alterada, recorriendo la escala desde la estereotipia y la fobia hasta la catatonía [...] la cara del enfermo no traduce ninguna impresión [...] su actitud nos da la impresión de que estamos frente a un individuo sordo y ciego... no ha sido posible notar si sus ideas delirantes son sistematizadas o no, pues invariablemente se calla cuando es sorprendido [...] casi siempre musita frases que no se entienden.⁴⁴

Finalmente, la tercera forma de esquizofrenia es la paranoide: amplio cuadro clínico donde convergen delirios y alucinaciones. Así justifica Kraepelin la inclusión de síntomas paranoides con la demencia precoz: “Me siento justificado, al incluirlas en el dominio de la demencia precoz, por la circunstancia de que en ellas, tarde o temprano, una serie de perturbaciones de la clase que encontramos siempre, también acompaña a los delirios. Además, en un gran número de casos se desarrollan estados terminales...”⁴⁵ La dividió en grave, leve y con habla confusa (esquizofasia). La primera era la “peculiar desintegración de la vida psíquica y en especial también las perturbaciones volitivas y emocionales, en una característica forma de la demencia precoz. Los casos seguidos por Kraepelin tenían un pasado marcado por la frivolidad, amor al placer, “actitud desafiante, obstinación, conducta impaciente y empecinada. Entre las mujeres había prostitutas; en los hombres, el 19% eran vagabundos”.⁴⁶ Después llegan los “presentimientos”

⁴⁴ AHSS, FMG, SEC, caja 130, exp. 39.

⁴⁵ Emil Kraepelin, *op. cit.*, p. 178.

⁴⁶ *Ibidem.*

como delirios básicos, todo está dirigido a él, las alucinaciones aparecen pronto, imperan las ideas hipocondriacas. “En el curso de la enfermedad los delirios adquieren pronto un carácter cada vez más maravilloso. Abundan las ideas persecutorias, delirios sexuales pensando que los hijos no son suyos, que fue traicionado, que el marido tenía 54 esposas y 54 hijos, charla lasciva, poderes sobrenaturales, autoconciencia muy incrementada, negativismo. Sólo el 26% tenía menos de 25 años, por lo que se le puede considerar una enfermedad de la mitad de la vida y aún más tardía.”⁴⁷

Un caso representativo de esquizofrenia paranoide es el de un hombre que llevaba seis años en San Hipólito e ingresó a La Castañeda el día de su inauguración. Éste no sufría de alucinaciones; “lo que domina en este enfermo son las perturbaciones de la ideación: tiene delirio de grandeza, tiene ideas de satisfacción: encuentra que su salud es perfecta [...] se dice rey de México, él tiene derecho de ser rey porque es necesario que él lo sea”. Además, se consideraba “el hombre en la nación”, “el que no ha debilitado en su espíritu”; posteriormente presentó alucinaciones a la vista y al oído y hasta perdió el sueño porque oía que le hablaban, sentía que le apretaba el pecho y decía que tenía dentro del pulmón a su familia. Al final, dejó de comer voluntariamente y murió en el encierro.⁴⁸

Hasta este punto hemos mencionado casos que se ajustaron al cuadro clínico de la esquizofrenia, pero los mismos psiquiatras sabían lo complicado que era, primero, conceptualizarla, y, en segundo lugar, diagnosticarla. Al respecto, Ignacio Sierra mencionaba:

La abundancia de enfermos diagnosticados de esquizofrenia, la multiplicidad de síntomas que presentan éstos, síntomas muchas veces contradictorios, la diversidad de su evolución, etc., nos presentan a la esquizofrenia como la más genuina de las locuras, pues para reconocerla basta a los psiquiatras no entender la conducta del paciente, quedar desconcertados ante su actitud, toda la riqueza de los nombres inventados por los freniatras no alcanza para calificar las llamadas reacciones esquizofrénicas, y es, posiblemente, más fácil decir lo que no es esquizofrénico que lo que sí es.⁴⁹

⁴⁷ *Ibidem*, p. 206.

⁴⁸ AHSS, FMG, SEC, caja 8, exp. 41.

⁴⁹ Sierra, *op. cit.*, p. 20.

Según el planteamiento de Sierra, era suficiente que los psiquiatras no comprendieran el caso para diagnosticar esquizofrenia. Esto implica que el aumento en la cantidad de pacientes diagnosticados como tal no necesariamente significa que hubo un aumento “real” en la cantidad de esquizofrénicos, sino que el incremento se dio en el uso de un concepto con el que se denominó aquellos casos que a la mirada de los clínicos resultaban etéreos e inaprehensibles. El aumento en la cantidad de pacientes con esquizofrenia Sierra no lo atribuía a causas orgánicas ni sociales: “Es indiscutible que se abusa de estos diagnósticos, de la esquizofrenia, por nuestra ignorancia actual”, la cual llevaba a un inevitable sobrediagnóstico.⁵⁰ Por ejemplo, encontramos una paciente con dicho diagnóstico de ingreso, pero en una posterior revisión quedó consignado lo siguiente en su expediente, lo cual nos señala una valoración apresurada:

el cuadro clínico hallado no corresponde a ninguna entidad nosológica claramente definida; así por ejemplo, cuesta trabajo hacerlo caber dentro de un delirio místico sistematizado, menos aun dentro de la melancolía, la esquizofrenia u otro. Como más que el diagnóstico debe interesar el tratamiento, creo prudente aceptar provisionalmente el único que puede caber dentro del cuadro encontrado: psicosis de origen puerperal. Pero como esto es casi no decir nada, hago la aclaración de que falta mucho por explorar en el caso presente.⁵¹

En la lectura de expedientes encontramos pacientes que fueron diagnosticados con esquizofrenia, pero las descripciones clínicas no necesariamente corresponden con lo planteado por los autores usados como referentes. Nótese la siguiente descripción:

Hace un año empezó a estar enfermo con una indiferencia para con todo, baja de sus facultades mentales, con tendencia a huir de su casa hacia el monte, en una ocasión se puso agresivo habiéndose visto los familiares a encerrarlo y amarrarlo ya que rompió varios objetos y sus ropas; lo tuvieron encerrado aproximadamente un

⁵⁰ *Ibidem*, p. 58.

⁵¹ AHSS, FMG, SEC, caja 23, exp. 1 [f. 29].

mes y en ese tiempo habla y canta sin motivo alguno todo el día... dos meses después del alta se volvió a poner agresivo y a fugarse de su casa con tendencia a ir al río a bañarse.⁵²

En este caso, la indiferencia, la agresión y la constante tendencia a la fuga para “ir al río a bañarse” fueron los elementos indiciarios para el diagnóstico; razones por las cuales fue amarrado por su familia y después internado en La Castañeda, donde se le diagnosticó esquizofrenia pese a que los síntomas de esta afección no aparecen en la descripción clínica. Comportamientos “anormales” que ante la opinión pública serían considerados como “locura” se diagnosticaron de la misma forma: por ejemplo, una mujer fue detenida y remitida a La Castañeda en el momento en el que trataba de lanzar su hijo al río.⁵³ Un joven que ingresó a solicitud de la familia ya que, según ellos, el hijo era esquizofrénico —diagnóstico que efectivamente recibió—, pero los médicos que lo vieron dejaron sentado que los síntomas eran “indefinidos”.⁵⁴

Una mujer que presentaba “las características de incultura ordinarias de las gentes proletarias en nuestro medio. Sin zapatos, con los cabellos largos y en desorden”, al parecer la llevaron con engaños a La Castañeda y su “anormalidad” consistía en que aseguraba que desde que nació sabía adivinar las cosas porque así lo había dispuesto Dios.⁵⁵ A otro hombre lo enviaron de la penitenciaría por haberle mordido los testículos a otro reo y, aunque no tenía síntomas psicóticos, le diagnosticaron demencia precoz.⁵⁶ Así, como esquizofrénicos, fueron diagnosticados aquellos casos con síntomas extraños sin una clara explicación. Éste es el caso de un joven que fue llevado por la madre, también enferma mental, porque dos años atrás murió un hombre de cáncer y “él le entró por el aliento”; y la anormalidad apareció cuando el hijo falleció un buen día, pero resucitó al siguiente; “los que lo vieron

⁵² AHSS, FMG, SEC, caja 689, exp. 18.

⁵³ AHSS, FMG, SEC, caja 799, exp. 27.

⁵⁴ AHSS, FMG, SEC, caja 770, exp. 8.

⁵⁵ AHSS, FMG, SEC, caja 431, exp. 23.

⁵⁶ AHSS, FMG, SEC, caja 155, exp. 39.

dicen que le echaron marihuana” y a él le diagnosticaron esquizofrenia con sospechas de catalepsia.⁵⁷

La revisión de los expedientes es una ventana para abordar la forma en que referentes teóricos fueron llevados a la práctica en el ejercicio de la clínica. Por una parte encontramos numerosos pacientes cuyas descripciones corresponden con los síntomas de la esquizofrenia; sin embargo, la existencia de otros, minoritarios si se quiere, que reciben el mismo diagnóstico pese a la ausencia de los síntomas, nos hace pensar la esquizofrenia como una categoría usada para denominar casos complicados e ininteligibles. Así, en palabras de Germán Berrios, la esquizofrenia se convirtió en una especie de metaconcepto usado para denominar muchas realidades, al punto de convertirse en un término genérico. Por ello, es una especie de colonización por parte de un concepto sobre diferentes manifestaciones de la locura.⁵⁸

Sexualidad “anormal”, endocrinología y locura

Una conclusión de la tesis de Alberto Aranda de la Parra titulada *Sobre la acción del cloruro de calcio en la esquizofrenia y psicosis maniaco depresiva* (1931) fue: “Que existe una estrecha relación entre las glándulas de secreción interna y el síndrome esquizofrénico, aun cuando no se pueda decir de una manera definitiva cuál es su papel.”⁵⁹ Debido a que era una afección propia de la adolescencia, periodo de diversas transformaciones corporales, se consideraba que la esquizofrenia tenía un fundamento glandular, ya fuere por el mal funcionamiento del sistema endocrinológico o por la producción de alguna toxina que, inevitablemente, asociaba esta afección con la masturbación, “acciones todas que

⁵⁷ AHSS, FMG, SEC, caja 528, exp. 29.

⁵⁸ Germán Berrios, “Schizophrenia: A Conceptual History”, *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 2003, v. III, n. 2, p. 111-140.

⁵⁹ Alberto Aranda de la Parra, *Acción del cloruro de calcio en la esquizofrenia y psicosis maniaco depresiva empleado por vía endovenosa*, tesis de Medicina, México, Universidad Nacional Autónoma de México, 1931, p. 43.

obrarían sobre diversas glándulas sexuales (Kraepelin), cuya evolución se hace en la pubertad”.⁶⁰

La etiología de la esquizofrenia fue un tópico constante en las reflexiones de los psiquiatras, razón por la cual los problemas endocrinológicos se convirtieron en una posibilidad para explicar y tratar la esquizofrenia desde lo orgánico, ya que los tratamientos psicológicos no apuntaban a ningún tipo de mejoría. En las décadas de 1930 y 1940 la endocrinología y sus propuestas se convirtieron en determinantes para comprender comportamientos ligados a la locura y a la criminalidad. La anterior generación porfiriana recurría a Lombroso para explicar el modelo degeneracionista así como las “patologías sociales”, pero esta primera generación dejó atrás dicho referente para acercarse a la propuesta de Enrico Ferri, quien consideraba necesario analizar la individualidad de cada uno de los criminales para conocer las causas más secretas e íntimas, y así, en el terreno jurídico, ofrecer una sentencia “justa”. De esta manera, los antecedentes que iban desde los índices creaneométricos y la antropometría en general, aunados a árboles genealógicos de psicopatías y “anormalidades” como explicaciones para la locura y la criminalidad, dejaron de ser herramientas útiles para esta nueva generación de psiquiatras. En su lugar, la endocrinología se convirtió en la nueva ciencia que permitiría explicar tanto la locura como la criminalidad, pero ahora a partir de las irregularidades en los procesos glandulares.⁶¹ Por consiguiente, a través de este saber, el vínculo entre esquizofrenia y pubertad hizo de la sexualidad “anormal” una causa y a la vez síntoma de esta afección.⁶²

Pero la sexualidad “anormal” no sólo fue entendida desde la endocrinología. En la década de 1920 hubo médicos que leyeron

⁶⁰ Argumento compartido por Maudsley. Jean Garrabé, *op. cit.*, p. 48-49.

⁶¹ Andrés Ríos Molina, *Memorias de un loco anormal. El caso de Goyo Cárdenas*, México, Debate, 2010. Para un análisis de mismo tema en la década de 1930 en Colombia, véase Andrés Ríos Molina, *Cómo prevenir la locura. Psiquiatría e higiene mental en México, 1934-1950*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Históricas/Siglo XXI, 2016.

⁶² Este argumento lo encontramos en Pablo Lavista, *Algunas consideraciones sobre la teoría infecciosa de la esquizofrenia*, tesis de Medicina, México, Escuela Nacional de Medicina, 1935, p. 17; Sierra, *op. cit.*, p. 15.

textos de psicoanálisis que fueron incorporados como argumento para comprender la locura. Sin embargo, dichas lecturas se aproximan a lo que Freud denominó “psicoanálisis silvestre”, ya que carecía de rigor y las interpretaciones solían alejarse de los planteamientos psicoanalíticos. Una muestra de ello es el artículo de Enrique Aragón titulado “Los estados de angustia y el tratamiento heterónimo del complejo freudiano” (1934). Para el autor, la sexualidad anormal estaba vinculada con la histeria, la cual solía estar en los orígenes de la demencia precoz y la hebefrenia.⁶³ En este artículo, que inicia con una fotografía de Freud, propone la opoterapia como curación para la sexualidad anormal, es decir, el uso de glándulas endocrinas de origen animal. Para ilustrar lo anterior, Aragón optó por exponer varios casos de mujeres y hombres con histeria. El primero de ellos era el de una mujer soltera de 25 años de “constitución débil y temperamento nervioso” que sufría desmayos con pérdida de conocimiento y catalepsia, los cuales tenían lugar en sus días de menstruación. Además, era una persona de “imaginación muy viva. Romántica por excelencia y fuertemente impresionable. Le gusta el baile y practica deportes: el tenis con exageración”.⁶⁴ Entre los síntomas estaban los insomnios, accesos de risa alternados con llanto, mitomanía, “entusiasta por la literatura” y “en espera de un príncipe azul que nunca llega”. A manera de balance: “El cuadro de angustia lo refiero a un ímpetu erótico que se entretiene un poco en las fiestas o tertulias a las que concurre la paciente, para agigantarse después en los intervalos cuando tiene ensueños.” ¿Qué tratamiento ofrecer? Uno supondría que, debido al título del artículo, algún acercamiento al psicoanálisis habría. Sin embargo, la solución fue una inyección de “extracto orquíutico de Chaix”, la cual aminoró e inhibió las “pasiones lúbricas”, que estuvieron controladas, ya que nunca llegaron a excesos, “tratándose de una virgen y sobre todo de una mujer perteneciente a familia decente”. Para la terapéutica,

⁶³ Enrique Aragón, “La hebefrenia”, *Gaceta Médica de México*, Academia Nacional de Medicina, México, 1921-1925, t. LV, v. I, p. 219-222.

⁶⁴ Enrique Aragón, “Los estados de angustia y el tratamiento heterónimo del complejo freudiano”, en *Obras completas*, México, Imprenta Aldina, 1934, t. I, p. 530.

Aragón propuso la opoterapia y para calmar la “ansiedad sexual no satisfecha” la clave era acudir a un producto heterónimo, o de signo contrario, en este caso un preparado de extracto seminal testicular. Así, este médico, quien fue director de la Facultad de Filosofía de la UNAM y rector interino de la misma en 1934, considerado como uno de los iniciadores de la psicología en México, nos ofrece un discurso donde convergían la sexualidad anormal con la locura, el psicoanálisis y la opoterapia en una misma narrativa de corte biologicista y disciplinario. No podemos afirmar que todos los médicos de La Castañeda compartían este punto de vista; sin embargo, la relación entre la locura y la sexualidad anormal la encontramos en los expedientes clínicos, tanto como etiología o como síntoma. Son numerosos los casos en los cuales aparece la sexualidad “anormal” en los expedientes; a manera de ejemplo me limitaré a dos que son ilustrativos. El primero es el de una joven de 22 años que vivía en casa de su hermana y fue “deshonrada” por el cuñado. Compartía la habitación con el sobrino, menor que ella, con quien tuvo relaciones sexuales. Cuando la sorprendieron, fue arrojada de la casa y sus síntomas iniciaron: hablaba incoherencias, coprolalia y todas sus expresiones estaban vinculadas con el sexo. Presentaba

raptos de agresividad intensos, ha golpeado a sus hermanas, a su madre ha tratado de matarla con golpes y pegándole con unas tijeras. Se introduce tijeras de punta por la vulva, también los dedos y se excita el clítoris, se desviste frente a cualquier persona [...] admite que por las necesidades sexuales imperiosas llegó a tener relaciones con el sobrino (muchos años menor) así mismo que se masturbaba de forma masoquista, introduciéndose en la vagina elementos cortantes (tijeras) hasta sangrarse, es decir que mucho de su conducta (como sucede con frecuencia) no es más que el reflejo de los deseos sexuales insatisfechos [...] Murió a consecuencia de una hemorragia.⁶⁵

En este caso es evidente que nos encontramos frente a una psicosis en la cual el sexo considerado anormal aparece como origen de su locura, y los “deseos sexuales insatisfechos” como ex-

⁶⁵ AHSS, FMG, SEC, caja 258, exp. 13.

plicación suficiente para tan trágico suceso. No obstante, hay otros acontecimientos en los que la psicosis no es tan evidente y más bien encontramos descripciones de manifestaciones de sexualidad “anormal”, en ocasiones como único síntoma de la esquizofrenia. Esto lo quiero ilustrar con otro caso. Es el de un adolescente de Chiapas que llegó a La Castañeda en 1958 y se describe de la siguiente manera: era buen estudiante, pero

al llegar a quinto año se tornó flojo, descuidado y olvidadizo, rebelde al medio familiar, ocasionalmente agresivo fue sorprendido en muchas ocasiones masturbándose con revistas y fotografías pornográficas, fue reprobado dos veces de quinto. Procuraba comer mucho y se salía a la calle donde vagabundeaba sin motivo y sin rumbo pero siempre regresando a comer sus alimentos hogareños. Al salir de la primaria fue a una Academia donde tuvo que ser retirado por su conducta corruptiva para el resto del alumnado. Dos años atrás cuando su distracción llamó la atención de los padres y fue llevado con un médico quien afirmó que su conducta era causa de la masturbación y tal parece que el enfermo empezó a fingir temblores [...] fue llevado al sanatorio la Floresta.

Después de haber recibido choques insulínicos, fue dado de alta y semanas después ingresó a La Castañeda con la siguiente justificación: “el enfermo no trabaja, se sale a la calle de vago, se baña en el río [...] se masturba mucho, diario y varias veces al día, le llevaron varias veces con prostitutas para quitarle la manía de masturbarse”.⁶⁶ Acá vemos una afición por la pornografía, la masturbación, tendencia constante a la vagancia, comportamiento nocivo en la escuela y rebeldía a la autoridad familiar como los principales “síntomas” que justificaron el diagnóstico de esquizofrenia. Lejos de aparecer el yo escindido, éste es un caso cuya conducta transgresora en los entornos familiar y escolar fueron fundamento suficiente para un diagnóstico de esquizofrenia.

Desde mediados del siglo XIX, la masturbación estuvo entre las causas de las enfermedades mentales, como bien lo ha expuesto

⁶⁶ AHSS, FMG, SEC, caja 946, exp. 28.

Michel Foucault.⁶⁷ Esta idea también estuvo presente en Kraepelin y en la clínica de la psicosis en La Castañeda hasta sus últimos años. Si bien localizamos expedientes donde la sexualidad anormal aparece en pacientes con esquizofrenia, también hubo otros tantos que, en ausencia de un cuadro psicótico, la presencia de hábitos sexuales “nocivos”, particularmente la masturbación, fue suficiente para recibir el diagnóstico en cuestión. No obstante, dicho “síntoma” lo encontramos con otros comportamientos que son considerados por el entorno social como manifestaciones de locura, entre ellos la vagancia y/o el excesivo trabajo intelectual.

Antipsicóticos y electrochoques

Volviendo a uno de los problemas planteados en la introducción, una característica de la población con esquizofrenia es que, pese a su notable aumento, el tiempo de estancia se fue reduciendo poco a poco: entre 1910 y 1925 fue de 49.1 meses, muy por encima del promedio general (18 meses); entre 1926 y 1953 se redujo a 33.1 meses; y entre 1954 y 1968 fue de sólo 11.6 meses. Así, estamos frente a un incremento en la cantidad de pacientes diagnosticados con esquizofrenia y una simultánea reducción en el tiempo de internamiento, rasgo paradójico ya que en otras instituciones psiquiátricas del siglo XX, tanto en Europa como en las Américas, la población psicótica tendía a estancias prolongadas y fallecía después de muchos años de encierro. De manera particular, el cambio ocurrido en 1954 tiene un correlato en el terreno de la terapéutica: coincidió con la introducción de terapias farmacológicas. Además, desde 1945 comenzó a usarse el electrochoque en La Castañeda. Valga mencionar que este tema es bastante complejo debido a las implicaciones éticas que ha tenido, ya que frente a los electrochoques y los psicofármacos se han erigido las más fuertes críticas a la psiquiatría. Sin embargo, en lugar de partir de un ataque a dichas técnicas, nos preguntamos

⁶⁷ Michel Foucault, *Los anormales*, México, Fondo de Cultura Económica, 2000, p. 61-82.

por la cantidad de pacientes con psicosis endógenas que recibieron estos tratamientos e indagamos si, según los expedientes, hubo cambio en quienes los recibieron.

Para acercarnos a la terapéutica de la esquizofrenia, tomamos una muestra de 207 expedientes. De ellos, al 47.1% de los que ingresaron entre 1953 y 1966 diagnosticados con esquizofrenia les suministraron antipsicóticos, mientras que el 22% de los que ingresaron entre 1945 y 1966 con el mismo diagnóstico recibieron electrochoques. Estos últimos pacientes tenían un promedio de 26.8 años de edad y el periodo de estancia fue de 10.3 meses, lapso muy inferior al de la población promedio. Así, encontramos que estos tratamientos no fueron ni tan generalizados ni tan indiscriminados.

CUADRO 2
Comparación entre la condición de salida de los esquizofrénicos
que recibieron electrochoques y los que fueron tratados
con antipsicóticos

<i>Condición de salida</i>	<i>Porcentaje de pacientes que recibieron electrochoques</i>	<i>Porcentaje de pacientes que recibieron antipsicóticos</i>
Fuga	12.1	14.4
Muerto	9.7	3.9
No regresó de permiso	29.3	11.5
Remisión	12.3	34.6
Solicitud de responsable	36.6	26.9
Traslado	0	7.7
TOTAL	100	99

FUENTE: BD-PAPIIT.

Por su parte, los pacientes que tomaron antipsicóticos, que fueron casi el doble de los que recibieron electrochoques, tuvieron un internamiento que duró 6.3 meses en promedio y hubo en ellos un alto número de remisiones y una mortalidad mínima. Además, el 42.3% de los que recibieron psicofármacos tuvo uno o más reingresos, mientras que el 31.7% de los tratados con electroterapia

reingresaba. Así, tanto los pacientes atendidos con antipsicóticos como aquellos a los que aplicaron electrochoques tuvieron una estancia promedio inferior a la tendencia general; sin embargo, los segundos presentaron cifras de remisión muy bajas (12.3%) en comparación con aquellos que recibieron antipsicóticos.

Los antipsicóticos que se suministraron en La Castañeda fueron Clorpromazina (Largactil), Pacatal y Stelazine. El doctor Agustín Caso, quien publicó en 1965 un artículo donde presentaba los resultados de doce años de investigación con antipsicóticos, partía de un hecho notable: la reducción que hubo en Estados Unidos en la cantidad de enfermos mentales hospitalizados desde 1955 gracias al “advenimiento” de los psicofármacos. En México, en 1952, ya se estaban poniendo a prueba y comparando resultados de 44 medicamentos, entre ellos 11 antipsicóticos: Clorpromazina (Largactil), Acetopromazina (Plegicil), Perfenacina (Trilafón), Proclorperazina (Stemetil), Trifluoperazina (Nitomán), Clorprotixena (Taractán), Flufenacina (Seviñón-Tensofin) y tres en prueba: MA.568, WIN-18-501 y Ro 4-6451. El 50% de los pacientes medicados fueron 413 psicóticos y entre ellos 209 casos de esquizofrenia. Los resultados fueron considerados como excelentes, ya que habían logrado controlar la agitación de algunos pacientes, lo cual era problemático porque ellos “no comen, molestan a otros enfermos”, no es posible “conectarse” con ellos y, por lo tanto, todo intento de psicoterapia y rehabilitación resulta infructuoso. Caso mencionó varios ejemplos de mejoría notables en pacientes con excitación psicomotriz y sobreactividad crónica. Los resultados del Plegicil fueron poco halagadores, a diferencia del Trilafón, que tuvo un 77.09% de casos con un final de excelencia en formas catatónicas y paranoides de la esquizofrenia; para pacientes con esquizofrenias crónicas con autismo y desinterés fue de utilidad Stelazine, que ayudaba a “hacer contacto” con el enfermo, mientras que con los paranoides eran terribles los resultados e indudablemente el mejor de ellos era el del Largactil, pero el principal problema que había localizado era que para muchos no era efectivo debido a que los médicos, ya fuera por temor o por ignorancia, recetaban dosis muy bajas cuyo efecto era muy reducido. Según Caso, el “riesgo de dar altas

dosis en la terapéutica de la psicosis es pequeño y, en cambio, la experiencia nos ha enseñado que muchos de los fracasos son debidos al empleo inapropiado”, que sólo alcanzaba a tener un efecto sedante y no realmente antipsicótico.⁶⁸

El interés por los tratamientos farmacológicos y electroconvulsivos se evidencia en tres tesis presentadas en la Escuela de Medicina. La primera, de Ramiro Ongay González, fue escrita en 1930: *Contribución al estudio de la prueba del somnífero en los catatónicos*. Este trabajo inicia con una definición de la catatonía, para pasar después a la aplicación de una prueba diseñada por Henri Baruk y Henri Claude en 1928 que consistía en inyectar somníferos a pacientes catatónicos; el trabajo fue realizado bajo la asesoría de Arturo Rosembluth. En la misma línea, Alberto Aranda de la Parra presentó en 1931 la tesis *Sobre la acción del cloruro de calcio en la esquizofrenia y psicosis maniaco depresiva*, hecha con la asesoría de Salazar Viniegra y Guillermo Dávila; el experimento arrojó resultados malos con la primera y buenos con la segunda. Tanto Ongay González como Pablo Lavista, en su ya citada tesis de 1935, mencionaron el auge que habían tomado las propuestas de Claude y la admiración que les generó dicho autor; razón por la cual estas tesis exponían ampliamente sus argumentos. Y en tercer lugar está la tesis presentada por Mauricio Rubio Yarza en 1942 titulada *Los electrochoques en el tratamiento de la esquizofrenia*, trabajo hecho con la asesoría de Ramírez Moreno, a quien reconoce como iniciador de la neuropsiquiatría en México. Después de exponer cómo funcionaba el aparato de choques, en toda su parte técnica, la tesis aborda cómo seleccionar a los candidatos ideales, tanto por el padecimiento como por su constitución física. Cuatro años atrás el curare ya había dado pruebas de su eficiencia antes de practicar electrochoques debido a que relajaba y anestesiaba, lo que evitaba las fracturas y contracturas, pero, según el tesista, esta combinación no se podía sostener porque resultaba muy costosa; por ello era necesario tener un complejo

⁶⁸ Agustín Caso, “Terapéutica farmacológica de la psicosis (12 años de investigación de drogas antipsicóticas)”, *Gaceta Médica de México*, Academia Nacional de Medicina, México, v. XCV, n. 10, 1965, p. 927-938.

sistema para sujetar al paciente y evitar que en las convulsiones se lastimara. Finalmente, después de haberle hecho seguimiento a 42 pacientes, tuvo 8 curaciones, 19 grandes remisiones, 11 ligeras remisiones y 4 sin efecto alguno.⁶⁹ Si bien Edward Shorter y David Healy mencionan, en su historia de los electrochoques, que ésta no fue una técnica para “crear zombies”, ya que su eficacia terapéutica es demostrable,⁷⁰ según la muestra analizada de pacientes de La Castañeda dicha eficacia no fue tan notable si tomamos como base la cantidad de pacientes en remisión: 12.3%.

La notable reducción en el periodo de internación de los esquizofrénicos podría explicarse a partir del uso de los antipsicóticos, particularmente de la Clorpromazina (Largactil) y la Perfenacina (Trilafón) desde 1952. Además, en estos pacientes medicados fue superior la cantidad de los que fueron dados de alta por remisión (24.6%), en comparación con la población total de remitidos (19.9%); por el contrario, los que recibieron electrochoques presentaron un porcentaje de remisiones muy inferior: 12.3%. Podríamos pensar que la reducción en el periodo de internamiento a partir de 1953 pudo obedecer, por una parte, al buen resultado de la medicación con antipsicóticos. No obstante, aun si partimos de esta hipotética “efectividad”, no es suficiente para explicarnos la reducción en el periodo de internación, ya que la población medicada no fue tan numerosa como para tener un impacto en la tendencia general.

Pero también tenemos otra posible causa que rebasa los límites de este trabajo: la reducción en el periodo de encierro puede ser el resultado de la labor realizada por la Sección de Trabajo Social en La Castañeda, espacio desde el cual se buscaba vincular a las familias en el cuidado de los pacientes psiquiátricos.⁷¹ Las trabajadoras sociales tenían la tarea de visitar a las familias de los

⁶⁹ Mauricio Rubio Yarza, *Los electrochoques en el tratamiento de la esquizofrenia*, tesis de Medicina, México, Escuela Nacional de Medicina, 1942.

⁷⁰ Edward Shorter y David Healy, *Shock Therapy. A History of Electroconvulsive Treatment in Mental Illness*, New Jersey, Rutgers University Press, 2007, p. 103-141.

⁷¹ Alfonso Quiroz Cuarón, “Escuela de Trabajadores Sociales”, *Criminalia*, Academia Mexicana de Ciencias Penales, México, v. VII, n. 8, 1941, p. 461-470.



Figura 8. Viejo manicomio del Distrito Federal, “La Castañeda en Mixcoac”. FUENTE: Archivo General de la Nación, Fototeca, Fondo Hermanos Mayo, Clasificación HMCN 1552-1

pacientes, explicarles la necesidad de que se hicieran cargo de sus parientes locos, y enseñarles a suministrar medicamentos y ofrecerles una buena calidad de vida. No obstante, sólo investigaciones posteriores a partir de los expedientes clínicos nos permitirán calibrar la eficacia tanto de los tratamientos farmacológicos como de la Sección de Trabajo Social de La Castañeda.

Emociones, mujeres y PMD

La psicosis maniaco depresiva (PMD) fue definida como un “síndrome afectivo, motor e intelectual transitorio, de exaltación o de depresión, de ambas, o a veces de perplejidad”.⁷² Estos pacientes no necesariamente requerían internación, era mucho más

⁷² Roberto Portilla Velázquez, *Psicosis maniaco-depresiva (Kraepelin)*, tesis de Medicina, México, Escuela Nacional de Medicina, 1927, p. 13.

recurrente en las mujeres que en los hombres, y solía presentarse de los 15 a los 28 años en las mujeres y de 18 a los 30 en los hombres. La población con dicha afección destaca en La Castañeda por la notable mayoría femenina: 77.1% frente a un 22.9% de varones. Además, la característica fundamental de este grupo es la brevedad del encierro: un promedio de 16 meses, y sólo el 20.7% fallecía en el manicomio. Otra característica de esta población es que, a diferencia de la tendencia general, donde dominaban los solteros, en la PMD el 44.2% se componía de casadas. Así, como tendencias generales tenemos: mujeres casadas que estaban encerradas un año y cuatro meses antes de ser dadas de alta, ya fuera por remisión o por solicitud de la familia (véanse cuadros 3 y 4).

Si bien desde la medicina hipocrática estaban definidas como entidades diferentes y hasta opuestas la manía y la melancolía, desde Thomas Willis en 1670 y posteriormente con Pinel y Lasegue, a mediados del siglo XIX, se comenzó a hablar de un “lazo secreto” vinculante de ambas afecciones, que no era necesario considerar como distintas sino como las formas de una misma. Esto se concretó en una nueva entidad llamada locura circular, así denominada por Falret, o locura de doble forma, según Baillarguer, pero fue Kraepelin quien sistematizó la manía y la melancolía en una sola: la psicosis maniaco depresiva. Según este autor, ambos estados eran menos opuestos de lo que parecían ya que había un grado de parálisis psíquica enmascarado por la euforia o por la tristeza. Por ello era necesario analizar al paciente desde un punto de vista histórico, sin limitarse al estado de ingreso a la institución. Según Rouges de Foursac, “ni el deprimido ni el maniaco perciben el mundo exterior tal como es, pero el primero permanece en la duda y el segundo afirma errores”. Para Roberto Portilla Velázquez, autor en 1927 de la tesis titulada *Psicosis maniaco-depresiva (Kraepelin)*, “la puerperalidad, el embarazo, la pubertad, las dificultades de la menstruación se encuentran como datos positivos en las enfermas”, afirmación que nos explica por qué era más recurrente esta afección en mujeres que en hombres.

Se consideraba que había tres formas del estado depresivo: depresión melancólica, delirio melancólico y melancolía con estupor.

CUADRO 3
Estado civil de las mujeres con PMD
comparado con la población de La Castañeda

<i>Estado civil</i>	<i>Población general (porcentaje)</i>	<i>Mujeres con PMD (porcentaje)</i>
Solteros	54.6	34.6
Casados	29.6	44.2
Unión libre	1.2	2.5
Viudo	5.9	12.6
Divorciado	0.5	1.0
Sin información	8.3	5.1
TOTAL	100.1	100.0

FUENTE: BD-PAPIIT.

CUADRO 4
Condición de salida de las mujeres con PMD
comparada con la población de La Castañeda

<i>Condición de salida</i>	<i>Población general (porcentaje)</i>	<i>Porcentaje con PMD</i>
Solicitud de responsable o familiar	29.4	36.6
Muerte	24.2	13.6
Curación/Mejoría/Remisión/Apto para vivir en familia	19.9	23.9
No regresó de permiso	12.3	11.3
Traslado	4.4	4.5
Fuga	5.7	6.8
Otros	1.9	0.0
Sin dato	2.2	3.3
TOTAL	100.0	100.0

FUENTE: BD-PAPIIT.

La primera es una tristeza generalizada: “tratan de esconder la cara”, no contestan las preguntas y los ojos están llenos de lágrimas; perturbaciones intelectuales, atención disminuida, memoria clara y el razonamiento inhibido por el dolor moral. Según Falret, “no son capaces de nada, sufren un verdadero martirio. No poseen ningún sentimiento ni afecto para ninguno de sus familiares [...] no lloran por nada que no sean sus afectos”. En el delirio melancólico aparecen ideas inverosímiles que toman el carácter delirante marcado por la micromanía: se consideran muy inferiores a los demás, se autoacusan por sus faltas, de donde emergen delirios religiosos, lo cual lleva a un “delirio de condenación”, delirio de negación al mencionar que les falta algún órgano como el estómago o el corazón. Además se consideran culpables de todos los males de la sociedad. Y en la melancolía con estupor hay un “amortiguamiento de todos los procesos psíquicos de la vida de relación y la actividad motora”; presentan una inmovilidad absoluta, pareciendo extraños al mundo exterior; el tiempo se alarga —“muy parecido a la acción del hachisch”—; hay concepciones delirantes, fenómenos catalpe-tiformes, negativismo y anorexia. Nótese la siguiente descripción de estado melancólico de un paciente de La Castañeda:

ulteriormente siempre se encuentra con los brazos cruzados, cara y ojos bajos, pero que levanta cuando habla —ojos ictericos, temblor fibrilar en la lengua, siempre se le encontraba quejándose, llorando o suspirando—, memoria e inteligencia disminuidas notablemente...⁷³

Pasemos al estado de agitación. Según Ritti, citado por Portilla, en dicho estado hay una “perturbación de los instintos”, razón por la cual se presentan perversiones sexuales, onanismo y exhibicionismo, lo cual, según Baillanger, se muestra después de un periodo largo de “receso de las funciones sexuales”. Además, la agitación se vinculaba con una asociación rápida de ideas sin orden alguno que suele producir logorrea, acompañada por una fuga de ideas, ya que éstas se desvanecen antes de llegar a ser completamente claras. Los pacientes solían tener una gran riqueza

⁷³ AHSS, FMG, SEC, caja 101, exp. 38.

imaginativa, lo cual los obligaba a buscar con quien conversar; escribían bastante, con muchos adornos; eran “temerarios e insolentes”, signados por la megalomanía. Veamos algunos casos:

Trabajaba como empleada de la Beneficencia Pública; hace días que pidió una licencia de varios días por sentirse agotada, repentinamente sufrió una excitación maniaca, agitación violenta con logorrea; exceso de representaciones, ideas delirantes fragmentadas polimorfas, se le trató de envenenar, existe un hombre que quiso seducirla, pero que si lo intentara le daría golpes, etc. Ideas delirantes de culpabilidad, ideas místicas, se sienta y se muestra inquieta, se pone de pie y agrede a las vigilantes.⁷⁴

Todo comenzó cuando se puso a dirigir el tráfico en Toluca en “pañños menores” [...] “desconfiada, agresiva, no desea penetrar en el establecimiento y cuando los familiares la conminan a que pase, los agrede a bolsazos [...] tiene tendencias al vagabundeo, al exhibicionismo. Tiene ideas delirantes de daño y perjuicio (la quieren descuartizar), ideas también megalomaniacas”. Le hablan las voces de presidentes de la república.⁷⁵

Una mujer que desde 1900 estaba encerrada en La Canoa fue llevada a La Castañeda y se caracterizaba por tener un “carácter agresivo y violento, sobre todo cuando hay alguna interna en el pabellón que se agita y dice que la están molestando [...] tiene un lenguaje bastante soez, duerme bien y come bien, es trabajadora y ayuda en los quehaceres de la cocina”.⁷⁶ En el expediente de otra mujer se registra solamente que “llegó con camisa de fuerza y en estado maniaco, llevada por dos camilleros”.⁷⁷

Lo realmente notable de este grupo de diagnósticos es que la variable emocional y emotiva era la que marcaba la pauta. Cuando la psicosis resultaba inaccesible, y había expresiones anormales de alegría, tristeza, violencia, euforia o angustia, el diagnóstico sería psicosis maniaco depresiva, como en el siguiente caso:

⁷⁴ AHSS, FMG, SEC, caja 301, exp. 14.

⁷⁵ AHSS, FMG, SEC, caja 1176, exp. 4.

⁷⁶ AHSS, FMG, SEC, caja 1, exp. 9.

⁷⁷ AHSS, FMG, SEC, caja 88, exp. 8.



Figuras 9 y 10. “Actitud maniaca y actitud melancólica”.

FUENTE: Roberto Portilla Velázquez, *Psicosis maniaco-depresiva (Kraepelin)*, tesis de Medicina, México, Escuela Nacional de Medicina, 1927

Anciano ambulante de sexo masculino, que durante su estancia en la celda anexa al cuarto de exploración presenta excitación psicomotriz, coprolalia, agresividad, golpea constantemente las puertas de la celda y arma un escándalo considerable, una vez que le invito a pasar al cuarto de exploración se desnuda por completo, empieza a tirar la silla, a romper los machotes de la historia clínica, a frotarse el papel carbón en los testículos, me injuria, sale corriendo del cuarto de exploraciones y lo tengo que sujetar por los brazos... todo intento de interrogarlo es inútil.⁷⁸

Otro caso significativo es el de una jovencita de 15 años que en 1953 llegó remitida de Hogares Sustitutos y se le describía como “traviesa, destructora, agresiva, dada a la vagancia, tendencia al aislamiento, roba los objetos de la casa, tendencia a la piromanía, varias veces ha tratado de encender la casa”; además trató

⁷⁸ AHSS, FMG, SEC, caja 1007, exp. 46.

de estrangular a otra niña. Sin embargo, la doctora Mathilde Rodríguez Cabo afirmó que

la chica no es enferma mental ni debe estar internada en esta institución pues su diagnóstico es : debilidad mental media, problemas de adaptación y conflictos originados por fenómenos de frustración, menor constitución esquizoide... debe retornar a los Hogares Sustitutos a un lugar donde se estimule y comprenda proporcionándole afecto y seguridad que dada su capacidad intelectual no debería seguir estudiando sino más bien debería capacitársele para desempeñar trabajos manuales.

La doctora ofrece detalles de un sitio patético, donde la mujer encargada les daba un trato terrible, castigos corporales en un ambiente religioso. Regresó a los Hogares Sustitutos y de allí se fugó para volver a La Castañeda, solicitando que la admitieran porque resultaba intolerable la vida que allí tenía.⁷⁹ Otra mujer ingresó a una comunidad religiosa, donde la notaron “nerviosa”. Fue remitida al manicomio donde “contesta con palabras injuriosas; con la mirada extraviada corre por la escuela, se tira al suelo, brinca al tratar de alcanzar las ramas de los árboles, después se esconde”. “Dice que la creen loca, pero lo único que tiene es ser muy enojona y replicar con palabras duras, pero que eso a lo más, es no poderse controlar, y cometer pecado. Ofrece controlarse en lo sucesivo. Discurso vivo, coherente...” Este caso, pese a que fue diagnosticado como de psicosis maniaco depresiva, fue considerado por Dionisio Nieto como un cuadro sin afección alguna. Es más, afirma que él no recomendó la internación, pero por presión de la familia la paciente fue aceptada.⁸⁰

El elemento fundamental a tener en cuenta en este grupo de diagnósticos es la cantidad de mujeres cuyos expedientes nos relatan abundantes descripciones de dramas familiares donde su rol social en tanto mujeres, principalmente como madres o esposas, aparecía con elementos determinantes en la etiología de su acceso maniaco depresivo. Por ejemplo, los síntomas de una mujer de

⁷⁹ AHSS, FMG, SEC, caja 782, exp. 37.

⁸⁰ AHSS, FMG, SEC, caja 633, exp. 34.

50 años comenzaron cuando su hija única escapó y “siendo muy católica fue influenciada por el sacerdote quien la acusaba de ser la culpable del acto de su hija. Desde entonces comenzó a hablar mucho, aun estando sola, se volvió agresiva y mostraba gran actividad escapándose de la casa sin causar daño a otras personas más que a su hija”. Para ella, su rol de madre, en tanto garante de las buenas costumbres en la familia, había sido puesto en cuestión por la hija. Así, el sentimiento de culpabilidad le generó una crisis que la obligó a estar seis meses encerrada en La Castañeda.⁸¹ En ese mismo tenor, una mujer se “puso nerviosa” al punto de golpear al marido; la razón: “que su esposo no quiso casarse por la Iglesia ya que llevó una educación religiosa y su marido es evangelista, sufre de crisis nerviosa en cada embarazo con suicidio, no presenta desorientación en tiempo y espacio”. Y pese a todos estos síntomas, el esposo solicitó el alta para hacerse cargo de ella.⁸²

De otra mujer se afirma que “desde que se casó su esposo la maltrató, llevándola a vivir con la suegra; que ella ganaba ocho pesos como taquígrafa; que su marido le tiene miedo; que todos la toman por loca, hasta su familia”.⁸³ Tenemos el caso de una mujer que “probablemente enloqueció por el casamiento de sus hijos”, a los cuales “mira con odio los días de visita”.⁸⁴ La maternidad aparece también como elemento detonador de la psicosis maniaco depresiva. Una mujer “dice haberse enfermado en el año de 1950 de ‘los nervios’ después del nacimiento de su hija mayor”.⁸⁵

La historiografía que se ha concentrado en la relación entre feminidad y locura ha enfocado la mirada en el sistema de control por parte de un saber ejercido por hombres, quienes patologizan comportamientos de mujeres que transgreden el ideal de feminidad establecido bajo una lógica masculina. Particularmente la insumisión, vocabulario soez, perversiones, sexualidad exaltada e incontrolada, han sido elementos que han construido la locura femenina en un marco donde los límites entre lo terapéutico y lo disciplinario

⁸¹ AHSS, *FMG*, SEC, caja 114, exp. 34.

⁸² AHSS, *FMG*, SEC, caja 1057, exp. 14.

⁸³ AHSS, *FMG*, SEC, caja 448, exp. 23.

⁸⁴ AHSS, *FMG*, SEC, caja 601, exp. 38.

⁸⁵ AHSS, *FMG*, SEC, caja 742, exp. 43.

se difuminan.⁸⁶ Sin embargo, la locura femenina que acá abordamos dista de lo mencionado, ya que, por el contrario, son esposas y madres que han caído en estados psicóticos como respuesta a la falta de un comportamiento apropiado por parte del esposo o de los hijos. Ellas, como garantes de la moral doméstica, entran en una terrible crisis cuando alguno de los miembros presenta una conducta en extremo inapropiada y su locura se convierte en el grito, no de la transgresora que busca liberación, sino de la mujer bien portada que ve cómo los miembros de su hogar transgreden los parámetros del comportamiento considerado ideal.

Conclusiones

En este trabajo tuvimos como objetivo fundamental abordar las principales características de la población que en el Manicomio La Castañeda fue diagnosticada con demencia precoz, esquizofrenia y psicosis maniaco depresiva. Un análisis sobre “el discurso” de los psiquiatras mexicanos sobre dichas afecciones nos hubiera limitado a una reflexión en torno a los artículos publicados y las tesis presentadas en la Escuela de Medicina para conocer las ideas que fueron retomadas de los autores canónicos, las cuales generalmente no eran cuestionadas. Particularmente las tesis, que tenían como objetivo demostrar que se tenía el conocimiento necesario sobre un tema en particular para obtener el título de médico, se limitaban a glosar autores y a complementarlos

⁸⁶ Una amplia revisión historiográfica de la relación entre la historia de la psiquiatría y la perspectiva es el artículo de María José Ruiz Somavilla e Isabel Jiménez Lucena, “Género, mujeres y psiquiatría: una aproximación crítica”, *Frenia. Revista de Historia de la Psiquiatría*, Instituto de Historia del Consejo Superior de Investigaciones Científicas, Madrid, v. III, n. 1, 2003, p. 7-29. En el contexto mexicano, el primer trabajo que abordó el tema de la locura femenina es el libro de Martha Lilia Mancilla Villa, *Locura y mujer durante el Porfiriato*, México, Círculo Psicoanalítico Mexicano, 2001. Análisis más recientes se han concentrado en una de las enfermedades propias de las mujeres locas: la histeria. Al respecto, véanse los artículos de Frida Gorbach, “Los caprichos de la histeria: cuadros para una identidad”, *Historia y Grafía*, Universidad Iberoamericana, México, n. 31, 2008, p. 77-101, y “From the Uterus to the Brain: Images of Hysteria in Nineteenth-Century Mexico”, *Feminist Review*, v. LXXIX, 2005, p. 83-99.

a partir de las experiencias clínicas que tenían en calidad de practicantes. Sin embargo, en este abordaje decidimos explorar la relación entre lo global y lo local, es decir, la forma en que un tipo de conocimiento que podríamos considerar “global”, el psiquiátrico, se relacionó con una realidad particular en un sitio definido: el Manicomio La Castañeda. Pero debido al considerable tamaño de la mencionada población este texto es una primera y muy general aproximación que nos permite ubicar fenómenos y plantear interrogantes que nos marcan la pauta para posteriores investigaciones.

El primer aspecto que llamó nuestra atención fue el aumento de la población con esquizofrenia a partir de la década de 1930 y la desaparición del término demencia precoz. Es un hecho que ambos conceptos son muy diferentes entre ellos, pero en el contexto mexicano y a la hora del ejercicio de la clínica, fueron asumidos como sinónimos, lo que coincidió con la consolidación de la primera generación de psiquiatras: jóvenes médicos que nacieron con el siglo, estudiaron medicina durante los primeros años de la posrevolución y a finales de los años veinte estaban vinculados laboralmente a La Castañeda. La cercanía de esta nueva generación al psicoanálisis podría ayudarnos a entender por qué estos médicos optaron por la propuesta de Bleuler. De ser así, la esquizofrenia, más que una realidad clínica, debe ser comprendida como una nueva mirada por parte de esta generación; aquella realidad clínica que la generación anterior observó y llamó demencia precoz es denominada por sus sucesores como esquizofrenia. Sin embargo, tanto los textos como los expedientes clínicos nos permiten entrever una posible explicación al aumento en la cantidad de pacientes así diagnosticados: si bien había un conocimiento de los postulados de los autores canónicos para definir esta compleja afección, a la hora de diagnosticarla le fue asignada a pacientes con manifestaciones clínicas que resultaron raras o extrañas. Como bien lo señaló Ignacio Sierra, para algunos psiquiatras resultaba suficiente no comprender el caso para diagnosticar esquizofrenia; además, en la revisión de los expedientes encontramos datos que no coincidían necesariamente con la sintomatología esperada.

Así, esquizofrenia se convirtió en una especie de “meta-concepto” que en algunas ocasiones fue equivalente al uso de la palabra “locura” en el siglo XIX.

Por otra parte, llamó nuestra atención que el aumento de la población psiquiátrica estaba aparejado de una reducción en el tiempo de encierro, hecho que coincidió con la implementación de electrochoques y el uso de antipsicóticos. El uso de la primera técnica no fue tan generalizado como podría pensarse, y los resultados, según nuestra base de datos, fueron poco halagadores, debido a que los pacientes que recibían electrochoques no presentaban mayores porcentajes de remisión; más bien eran dados de alta por solicitud de las familias. Entre tanto, los pacientes que recibieron antipsicóticos presentaron índices de remisión superiores al resto de la población, además de tiempos de estancia muy reducidos. Estos datos nos permiten cuestionar cierta “leyenda negra” que imagina a quienes recibían estos tratamientos como pacientes sometidos por la tiranía de la terapéutica; sin embargo, pese a la esperada cronicidad, el tiempo promedio de internación no alcanzaba los dos años. Es muy apresurado atribuirle dicha reducción en el tiempo de encierro a la eficacia terapéutica de los antipsicóticos; más bien debemos tener presente que fue el ingrediente que se conjuntó con la labor de las trabajadoras sociales, que será analizada en próximas investigaciones, y el papel de la familia. Podría pensarse también que, frente a las lamentables condiciones de los pacientes, las familias preferían hacerse cargo de ellos pese a que no hubiese una recuperación evidente. Sin embargo, las deplorables condiciones de los manicomios no eran un atributo privativo de México, ya que éste era compartido por muchas instituciones psiquiátricas. Lo que sí resulta evidente es la relevancia de la familia, no sólo para decidir encerrar a uno de sus miembros sino también para hacerse cargo de ellos nuevamente.

La sexualidad anormal, particularmente la masturbación, fue considerada como una causa y síntoma de la esquizofrenia, esto debido a la relación entre cambios endocrinológicos ocurridos en la pubertad y la estabilidad mental y emocional. Sin embargo, los jóvenes que fueron llevados por la masturbación también presentaban una “patología social”: la vagancia. Por ello,



hubo diagnósticos de esquizofrenia que estaban mimetizando la disciplina familiar. La masturbación, base de la degeneración de la raza, se acompañaba de la vagancia, base de la degeneración económica, convirtiendo a estos sujetos en una amenaza del proyecto de nación posrevolucionario.

Finalmente, la psicosis maniaco-depresiva afectaba principalmente a las mujeres y se caracterizaba por la brevedad del acceso y del internamiento. Aquí no encontramos mujeres transgresoras cuyo comportamiento haya sido considerado por los padres o esposos, y posteriormente ratificado por los psiquiatras, como manifestaciones de locura. Más bien encontramos a mujeres y esposas que, en tanto garantes de la moral doméstica, entraron en profundas crisis con manifestaciones psicóticas al ver en el seno del hogar comportamientos inapropiados y transgresores. Por consiguiente, ellas no son la voz doliente de la transgresión sino de la norma transgredida.



RETRASO MENTAL

XIMENA LÓPEZ CARRILLO
Stony Brook University
Department of History

Introducción

El retraso mental es una condición psiquiátrica que se refiere a la detención o insuficiencia del desarrollo intelectual que afecta directamente a la personalidad, a las habilidades y al desarrollo de las actividades cotidianas. Sin embargo, si se mira en retrospectiva, se puede apreciar que, además de ser una afección psiquiátrica, el retraso mental también ha sido un rol social que depende en gran medida del contexto social, institucional y cultural del momento. Por esta razón, sus síntomas, signos y los discursos científicos en torno a él han cambiado a lo largo del tiempo, pero siempre reflejando las ideologías dominantes, los valores y el sistema cultural hegemónico de cada época.¹ La confluencia de diversos elementos en la mirada clínica psiquiátrica y en el diagnóstico del retraso mental impide que haya un perfil unívoco y un carácter atemporal de sujeto afectado. Por el contrario, se han distinguido distintas figuras del retrasado mental: desde un ser degenerado racial e intelectualmente, con deformaciones o incapacidades físicas, hasta un sujeto violento, incorregible y rebelde, o con problemas de rendimiento y asistencia escolar, de reprobación o de aprendizaje.

El objetivo de este trabajo es analizar el comportamiento de la población diagnosticada con retraso mental a lo largo de los 58 años de servicio del Manicomio General La Castañeda. Con

¹ Rafael Huertas, *Clasificar y educar. Historia natural y social de la deficiencia mental*, Madrid, Consejo Superior de Investigaciones Científicas, 1998, 182 p., láms. (Cuadernos Galileo de Historia de la Ciencia, 18).

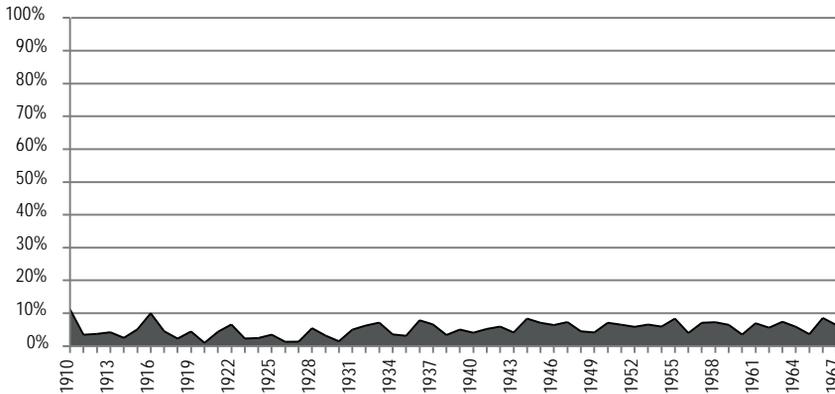


Figura 1. Enfermo mental platicando con su muñeco.
FUENTE: SINAFO-INAH, número de referencia 143731

ello se busca analizar las distintas concepciones médicas y sociales en torno a la enfermedad en cuestión. Se puede observar en la gráfica 1 que la población con retraso es pequeña con respecto a la población general, pero su relevancia es cualitativa porque es un indicador de las condiciones en las que se encontraba La Castañeda, de los paradigmas científicos incorporados a la práctica psiquiátrica y de las preocupaciones sociales que obligaban a las familias y a las instituciones a remitir y tratar a los sujetos sospechosos de padecer esta enfermedad.

Cabe mencionar que el Manicomio General no fue la única institución que diagnosticó y recibió a personas con la enfermedad en cuestión. El diagnóstico de retraso mental se utilizó por primera vez a inicios del siglo XX; se llevó a cabo un proyecto de reconstrucción nacional en el cual contribuyeron la medicina, la

GRÁFICA 1
Pacientes diagnosticados con retraso mental en comparación
con la población general del Manicomio La Castañeda, 1910-1967



FUENTE: BD-PAPIIT.

psiquiatría, la antropología y la pediatría con el fin de modificar “las características negativas de la ‘raza mexicana’”² y crear al ciudadano ideal, educado, productivo y con buena salud física y mental.³ Puesto que el retraso mental, junto con el alcoholismo, la sífilis y la epilepsia, eran sinónimo de la desviación, la enfermedad y la degeneración, fueron creadas varias instituciones dedicadas a su tratamiento. Entre ellas, el Departamento de Antropometría, fundado en 1909 dentro de la Sección de Higiene de la Secretaría de Instrucción Pública y Bellas Artes, estaba encargado de medir las capacidades mentales de los estudiantes mexicanos, determinar si cumplían con los estándares del niño occidental y detectar a aquéllos con rasgos físicos y mentales inferiores. Pocos años después, en 1925, se estableció el Departamento de Psicopedagogía e Higiene con el mismo fin que el anterior; en 1935 fue instaurado el Instituto Médico Parque Lira,

² Alberto del Castillo, *Concepciones, imágenes y representaciones de la niñez en la ciudad de México, 1880-1920*, México, El Colegio de México/Instituto de Investigaciones Dr. José María Luis Mora, 2006, p. 134.

³ Beatriz Urías Horcasitas, “Degeneracionismo e higiene mental en el México posrevolucionario (1920-1940)”, *Frenia. Revista de Historia de la Psiquiatría*, Madrid, v. IV, n. 2, 2004, p. 37-67.

donde educaban y rehabilitaban a los niños con retraso mental y, finalmente, en la misma década fueron instituidas las Clínicas de la Conducta de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, de la Secretaría de Educación Pública y del Departamento de Previsión Social dentro del Tribunal de Menores Infractores.

Aunque el presente análisis se centra únicamente en el Manicomio La Castañeda, se buscará contextualizar la enfermedad dentro de un panorama y una red institucional mucho más amplia. No se pretende, sin embargo, que este análisis sea una historia general del retraso mental en México, pues cada una de las instituciones ya mencionadas definió y entendió al retraso de forma distinta. Lo que se busca es resaltar los factores que influyeron en el internamiento, diagnóstico y estudio de los pacientes con retraso mental de La Castañeda para así rescatar la dimensión cultural y social de la enfermedad.

Historiografía del retraso mental

El retraso mental se convirtió en un tema ampliamente abordado por la historiografía desde la década de los sesenta del siglo pasado, cuando Leo Kanner publicó un balance del progreso que habían tenido la disciplina y la atención psiquiátrica con respecto del retraso mental.⁴ Desde entonces esta patología ha ocupado un lugar importante dentro de las discusiones sociológicas, históricas, psiquiátricas y pedagógicas porque es un tema que pone en tensión muchas cuestiones relacionadas con su educación, su tratamiento, sus derechos, sus posibilidades de inserción al campo laboral, por mencionar algunas. En 2012 Mercedes del Cura publicó su tesis doctoral *Medicina y pedagogía: la construcción de la categoría “infancia anormal” en España (1900-1939)*, en la cual

⁴ Leo Kanner, *A History of the Care and Study of the Mentally Retarded*, Springfield & Illinois, Charles C. Thomas, 1964. Citado por Mercedes del Cura en *Medicina y pedagogía: la construcción de la categoría “infancia anormal” en España (1900-1939)*, Madrid, Consejo Superior de Investigaciones Científicas, 2011 (Estudios sobre la Ciencia, 60).

presentó el estudio historiográfico más completo hasta la fecha sobre la “anormalidad infantil”.⁵

Se hace referencia a esta publicación porque el concepto de “anormalidad infantil” estuvo siempre vinculado con el retraso mental y, por lo tanto, la mayoría de los textos que analiza la autora tienen que ver con esta patología.⁶ En el amplio recorrido de más de treinta años que hace Mercedes del Cura, distingue seis etapas de la historiografía de la “anormalidad” iniciadas por la historia hagiográfica de Leo Kanner y Richard Scheerenberger, posteriormente por la historia del control social de Michel Foucault y Erving Goffman, los estudios sobre el proceso de estigmatización de la “anormalidad” realizados por Robert Edgerton y Jane Mercer; la historia de la medicalización del medio escolar de Francine Muel, de Patrice Pinell y Markos Zatiropoulos, los análisis teóricos sobre el concepto de inteligencia y sus mecanismos de medición practicados por Stephen Jay Gould y Daniel Kevles y, finalmente, los debates sobre las *disabilities* hechos en los años noventa por James Trent, Philip Ferguson y Steven Nell.

El objetivo del presente apartado es contribuir a este valioso balance historiográfico con fuentes novedosas que aportan, en la mayoría de los casos, una visión distinta a las mencionadas por la autora. La selección de obras que aquí se presentará responde a que dichas fuentes estudian el retraso mental, en tanto diagnóstico psiquiátrico, y lo hacen desde cuatro posturas historiográficas y metodologías distintas: 1) la perspectiva positivista de René Zazzo y Robert P. Ingalls que explican la evolución del retraso mental como la eterna corrección de los errores cometidos en el pasado y el perfeccionamiento del conocimiento científico; 2) la historia cultural de Rafael Huertas, Germán Berrios y Edgar Miller, que busca analizar el uso de conceptos a lo largo del tiempo y sus implicaciones; 3) los estudios de historia social de C. F. Goodey y Deborah Thom, cuyo objetivo es estudiar la incidencia

⁵ Mercedes del Cura, *op. cit.*

⁶ Ximena López Carrillo, *De la psiquiatría infantil a la educación especial: una reforma médico pedagógica en torno a la infancia “anormal” en la SEP*, tesis de licenciatura en Historia, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Filosofía y Letras, 2015.

del “lenguaje del sentido común” dentro del conocimiento científico y las prácticas médicas; y, finalmente, 4) los estudios de caso como el libro coordinado por Barry M. Franklin y la tesis de Jean-Yves Dufort, cuyo interés es analizar la relación entre la práctica clínica, el conocimiento psiquiátrico, los tratamientos y el contexto administrativo, la naturaleza y los límites de la institución donde se desarrollan.

Dentro de la corriente positivista —que coincide con la historia hagiográfica mencionada por Mercedes del Cura— encontramos el libro *Los débiles mentales* que coordinó René Zazzo, donde escribieron los psicólogos del Laboratorio de Psicología del Hospital Henri Rouselle en París,⁷ y el libro de Robert P. Ingalls titulado *El retraso mental. La nueva perspectiva*.⁸ Si bien estos textos no son historias del retraso mental, presentan la evolución del concepto a lo largo del tiempo, centrándose sobre todo en la lucha por la inclusión de los retrasados mentales y en las iniciativas de protección y defensa de sus derechos de igualdad. Los autores conciben a la historia del retraso mental como una sucesión de “conductas de amor y de protección tanto más afirmadas cuanto que permiten luchar mejor contra la repulsión, la condena, el rechazo, que moralmente resulta imposible asumir”, las cuales presentan alternancias “en las que domina unas veces el rechazo y otras la protección, aunque esta última se asegura una victoria que podemos esperar que sea definitiva”.⁹

En ese sentido, los autores rescatan las biografías de los personajes fundadores del estudio del retraso mental como Jean Étienne Dominique Esquirol, Jean Itard, Edouard Seguin, Samuel Howe y María Montessori, entre otros. Su objetivo es recuperar la trascendencia y el impacto de su obra en la legislación, en las políticas de atención y en el mejoramiento de la práctica clínica y la rehabilitación del retrasado mental, razón por la cual centran sus exposiciones en los tratados médicos y la creación de insti-

⁷ René Zazzo (dir.), *Los débiles mentales*, Barcelona, Martínez Roca, 1973.

⁸ Roberto P. Ingalls, *El retraso mental. La nueva perspectiva*, Madrid, El Manual Moderno, 1982.

⁹ Roger Perron, “Actitudes e ideas respecto de las deficiencias mentales”, en René Zazzo, *op. cit.*, p. 53.

tuciones. Cada etapa en la historia del retraso mental es, según esta postura, un gran descubrimiento y un logro en la lucha por el bienestar humano. Por ello, aunque es útil para conocer las redes institucionales e intelectuales de la psiquiatría, esta postura no toma en cuenta dentro de qué condiciones sociales, económicas, políticas y culturales se construye el conocimiento científico. Al no hacerlo, corre el riesgo de sobrevalorar o, al contrario, subestimar el papel de los médicos y, además, tiende a descartar la participación de las familias, de los pacientes y de la sociedad en la creación de discursos.

Con el fin de mostrar que los avances científicos en torno al retraso mental no son fortuitos sino que siguen una lógica histórica, se han llevado a cabo estudios de historia cultural del retraso mental, como los capítulos de Germán Berrios¹⁰ y Edgar Miller,¹¹ y el libro *Clasificar y educar* de Rafael Huertas.¹² En ellos se busca encontrar la correspondencia entre el desarrollo de la ciencia y su propio contexto histórico, es decir, cómo el sistema cultural vigente delimita o define el conocimiento y los objetivos de avances científicos, así como la forma en que los intereses de la sociedad ejercen presión o influyen en las inquietudes médicas. Huertas, Berrios y Miller centran su análisis en las clasificaciones psiquiátricas, en la mirada clínica, en las herramientas de detección de la enfermedad mental y, asimismo, en los tratamientos ideados por los psiquiatras en periodos de larga duración.

Para el caso de México podemos encontrar estudios similares a éstos, tales como los de Antonio Padilla Arroyo¹³ y de Alberto

¹⁰ Germán Berrios, “Retraso mental. Sección clínica. 2a. parte”, en Germán Berrios y Roy Porter (eds.), *Una historia de la psiquiatría clínica*, Madrid, Triacastela, 2012.

¹¹ Edgar Miller, “Retraso mental. Sección clínica. 1a. parte”, en Berrios y Porter, *op. cit.*

¹² Rafael Huertas, *op. cit.*

¹³ Antonio Padilla Arroyo, “De excluidos e integrados: saberes e ideas en torno a la infancia anormal y la educación especial en México, 1920-1940”, *Frenia. Revista de Historia de la Psiquiatría*, Madrid, v. IX, 2009, p. 97-133; “Escuelas especiales a finales del siglo XIX. Una mirada a algunos casos en México”, *Revista Mexicana de Investigación Educativa*, Consejo Mexicano de Investigación Educativa, México, v. III, n. 5, enero-junio de 1998, p. 113-138; “La educación especial en México a finales del siglo XIX y principios del XX: ideas, bosquejos y

del Castillo y Troncoso,¹⁴ quienes examinan el momento en el que apareció el retraso mental en la psiquiatría mexicana. El artículo “De excluidos e integrados: saberes e ideas en torno a la infancia anormal y la educación especial en México, 1920-1940”, de Padilla, es un claro ejemplo de esta forma de historiar el retraso mental, puesto que el autor pone sobre la mesa todos los elementos que favorecieron la aparición de esta enfermedad dentro de las clasificaciones médicas: la introducción de ideas degeneracionistas al pensamiento científico mexicano, la creciente preocupación sobre el desarrollo infantil, las políticas de protección de la infancia y la posibilidad de intercambio intelectual entre los científicos. El historiador Alberto del Castillo y Troncoso, por su parte, se enfoca en el uso que se le dio a las fotografías para generar nuevas nociones de infancia en México, pero también estudia el proceso de construcción del retraso mental en la ciudad de México. En sus textos analiza las influencias francesas en el pensamiento científico mexicano, la mirada clínica y la introducción de nuevos saberes, teorías y prácticas degeneracionistas que confluyeron en la medicalización de la infancia y la psiquiatrización de las conductas indeseables, de las inadaptaciones escolares o sociales por medio del retraso mental.

Dentro de la historia social se pueden agrupar los textos de C. F Goodey¹⁵ y Deborah Thom,¹⁶ los que exponen cuál es el discurso social hegemónico implícito en la categoría de retraso mental. Así, los dos historiadores muestran cómo las inquietudes de una sociedad se transforman en preocupaciones médicas y, posteriormente, en patologías psiquiátricas.¹⁷ El sujeto con retraso

experiencias”, *Revista Educación y Pedagogía*, Universidad de Antioquia, Medellín, v. XXII, n. 57, 2010, p. 15-29; Antonio Padilla Arroyo y María Concepción Martínez Omaña, “La infancia a examen. La revista *La infancia anormal*”, presentado en el IV Encuentro Internacional de Historia de la Prensa Iberoamericana “La investigación hemerográfica como paradigma de interdisciplinariedad”, San Cristóbal de las Casas, Chiapas, México, 2007.

¹⁴ Alberto del Castillo y Troncoso, *op. cit.*

¹⁵ C. F. Goodey, “Retraso mental. Sección social. 1a. parte”, en Berrios y Porter, *op. cit.*, p. 287.

¹⁶ Deborah Thom, “Retraso mental. Sección social. 2a. parte”, en Berrios y Porter, *op. cit.*, p. 295-303.

¹⁷ *Ibidem.*

mental, según esta postura, no representa nada más que el “tipo humano problemático específico” y, por lo tanto, su estudio no sólo da cuenta de los paradigmas científicos, sino también de las formas de vivir, actuar, hablar y pensar rechazadas por la sociedad y patologizadas en las instituciones mentales. Para esta historiografía es muy importante rescatar la legislación en torno a las personas con retraso mental porque, al definir qué comportamientos y acciones son legalmente aceptados o rechazados, se puede deducir cuál es el riesgo que representa el retraso mental en un grupo social determinado.

La historia social toma como fuente histórica las entrevistas entre pacientes y psiquiatras debido a que en ellas se pueden observar los criterios de evaluación del retraso que nos hablan de la predisposición cultural de los pacientes y de los psiquiatras. El tratamiento también es muy importante para el análisis histórico de los dos autores debido a que éstos reflejan los valores religiosos, políticos y económicos de cada época. Por lo anterior, esta postura ve en el retraso mental la justificación médica y científica de prácticas sociales de la época; de ahí la versatilidad del concepto y el gran abanico de comportamientos que caben dentro de este diagnóstico.

Finalmente, hay una historia institucional que indaga la manera en que el diagnóstico y el tratamiento del retraso mental responden a los valores de una institución específica. Barry M. Franklin¹⁸ y Jean-Yves Dufort¹⁹ sostienen que todas las contribuciones científicas se dan de acuerdo con las capacidades, intereses, límites y estrategias del lugar donde surgen. Los dos autores analizan tanto documentos administrativos como escritos médicos, informes de actividades e historias clínicas, pues estos instrumentos muestran que el retraso mental no es definido de la misma

¹⁸ Barry M. Franklin (comp.), *Interpretación de la discapacidad. Teoría e historia de la educación especial*, trad. de José M. Pomares, Barcelona, Pomares-Corredor, 1996 (Educación y Conocimiento).

¹⁹ Jean-Yves Dufort, “La déficience intellectuelle au Québec entre 1867 à 1921: de l’idiotie à l’arriération mentale”, *Mémoire de la maîtrise en arts (Histoire)*, Québec, Université du Québec à Montréal, Faculté des Lettres et Sciences Humaines, Département d’Histoire et des Sciences Politiques, 1998.

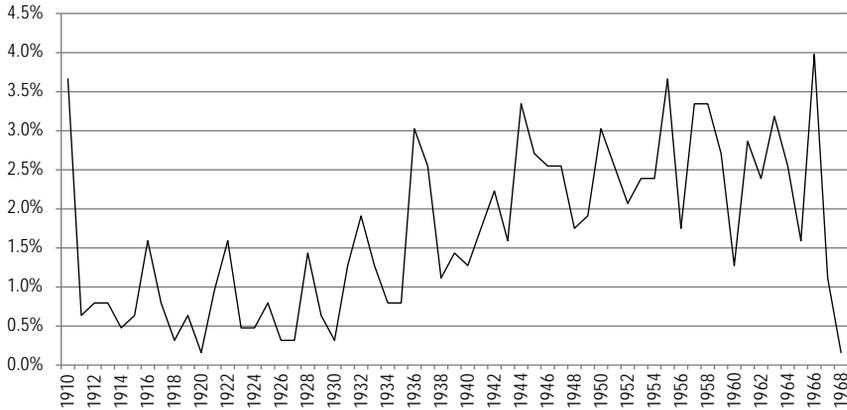
forma dentro de un establecimiento educativo, de uno médico, psiquiátrico, o de uno judicial. Esto sucede porque, al ser de distinta naturaleza, éstos cuentan con métodos de detección y atención propios, no llegan los mismos tipos de pacientes, los tratamientos tienen diferentes objetivos, sus alcances son distintos y, por ende, la mirada clínica se modifica considerablemente.

El presente trabajo sigue esta postura historiográfica ya que no cuestiona el hecho de que todos los conocimientos van de acuerdo con un paradigma científico vigente; sin embargo sostiene que cualquier hospital o escuela necesita modelos específicos que hagan eficiente su funcionamiento. Si el paradigma no es útil para la institución, ésta lo moldea de tal manera que se adapte a sus objetivos y alcances. Lo anterior nos resulta muy útil porque en muchas historias clínicas de pacientes con retraso mental dentro de La Castañeda se puede ver que no existe una concordancia entre el paradigma científico y la práctica o la terminología de los psiquiatras. Esto ocurre sobre todo en los últimos quince años del manicomio, ya que, aunque la psiquiatría ya había progresado en el campo de la neurología y la psicofarmacología, los psiquiatras retornaron a las clasificaciones clásicas del retraso desarrolladas a inicios de siglo debido a que permitían una mejor organización de los pacientes, mejores pronósticos, mejores terapéuticas y un funcionamiento más eficiente de los pabellones donde eran internados. Además, las fuentes nos muestran que el cambio de paradigmas y prácticas dentro de La Castañeda dependieron algunas veces del comportamiento de la población, otras de las reformas administrativas y, en otras ocasiones, del desarrollo científico en el exterior del manicomio.

El retraso mental en el Manicomio General

Los retrasados mentales internados en el Manicomio La Castañeda desde 1910 hasta 1968 representan el 5.8% de la muestra. La cantidad de ingresos por año registrados en ella (gráfica 2) revela que, si bien el comportamiento de esta población es un tanto errático, hubo tres momentos en los cuales siguió una cierta

GRÁFICA 2
Ingresos de pacientes con retraso mental, 1910-1968



FUENTE: BD-PAPIIT.

lógica o tendencia. Por ejemplo el primero que va de 1910 a 1931 en que la población se mantuvo siempre por debajo del 2% de casos al año, salvo el primer año en el que fueron trasladados todos los pacientes del Hospital del Divino Salvador y el de San Hipólito al Manicomio General; otro momento fue de 1932 a 1955, en que el número de pacientes fue ascendiendo paulatina-mente; y el último de 1956 a 1968 en que el comportamiento se vuelve a estabilizar.

El primer momento se caracteriza por la introducción de ideas degeneracionistas en la medicina y la psiquiatría mexicanas. Debido a la influencia de este paradigma científico, los psiquiatras de La Castañeda basaron su diagnóstico de retraso mental en la existencia de alteraciones físicas como la anemia, el estrabismo, la microcefalia, las deformidades en las orejas, los dientes y las manos, la ceguera y la sordera. Concebían ellos a la enfermedad como una degeneración física, intelectual y racial que ponía en peligro el orden y el progreso de la sociedad, por lo cual su atención se basaba en la segregación de estos sujetos por medio de su hospitalización en el manicomio.

El segundo periodo coincide con los cambios administrati-vos que sufrió La Castañeda cuando se propuso ordenar a los

pacientes con base en su enfermedad con el objetivo de mejorar el funcionamiento y las medidas terapéuticas del hospital. Dicha reforma implicó la creación de pabellones específicos para cada grupo de diagnósticos: se inauguró el pabellón de oligofrénicos, hombres y mujeres, y el de psiquiatría infantil. Como consecuencia de ello el número de pacientes con retraso mental aumentó y los métodos de detección y diagnóstico se sistematizaron. En este periodo los psiquiatras abandonaron el paradigma degeneracionista, adoptaron la terminología kraepeliniana de retraso mental e implementaron la metodología de la higiene mental para atender a los pacientes. La edad de éstos cambió, al igual que el tiempo de estancia, los tratamientos y los síntomas característicos de la enfermedad.

El último momento estuvo definido por la creación de nuevos establecimientos que ayudaran a desahogar el manicomio, lo cual contribuyó a la estabilización de la población en general y, sobre todo, de los pacientes retrasados mentales. Un fenómeno que se observa en este periodo es que los psiquiatras optaron por regresar a los conceptos clásicos utilizados antes de la década de los treinta debido a que el modelo kraepeliniano de clasificación no facilitaba el diagnóstico y la terapéutica del paciente con retraso. Aun cuando recurrieron a los términos clásicos degeneracionistas, el tipo de pacientes fue distinto al de las tres primeras décadas de siglo: éstos eran sujetos jóvenes, escolarizados, que no tenían malformaciones físicas, pero que no sabían leer, escribir o no se adaptaban al sistema de enseñanza tradicional.

Para el análisis de la base de datos se tomarán en cuenta cuatro variables: la edad, los diagnósticos, los motivos de alta y la estancia promedio de los pacientes. Se analizarán estas variables a partir de los tres momentos propuestos anteriormente, de tal modo que se resaltarán los cambios tanto en la mirada clínica como en la práctica psiquiátrica, en los síntomas, en la concepción del retraso mental y en el perfil de los pacientes. Las fuentes primarias que serán utilizadas son los expedientes clínicos de los pacientes, documentos administrativos de los pabellones y artículos médicos o tesis sobre el retraso mental. Será un tanto difícil observar la parte social del retraso en cada uno de los periodos

porque muchas veces los sujetos que entraban se encontraban en un estado que les impedía comunicarse y, por lo tanto, no se conocía el motivo por el que eran remitidos al establecimiento.

CUADRO 1
Grupo de ocupación de pacientes con retraso mental
(porcentaje)

Oficio	64.12
Sin dato	10.31
Ninguna	9.07
Campo	6.29
Milicia	5.15
Profesión	3.30
Artista	1.13
Policía	.52
Religión	.10
TOTAL	100.00

FUENTE: BD-PAPIIT.

CUADRO 2
Motivo de alta de pacientes con retraso mental
(porcentaje)

Muerte	47.22
Solicitud de familia, responsable o autoridades	27.32
No regresó del permiso	11.75
Remisión	7.63
Fuga	2.27
Traslado	1.86
Sin dato	1.65
Otros	.31
TOTAL	100.00

FUENTE: BD-PAPIIT.

CUADRO 3
Clasificación de diagnósticos de retraso mental
(porcentaje)

Idiocia		8.6	
Imbecilidad		17.2	
Debilidad mental		25.8	
	en grado de idiocia	.6	
	en grado de imbecilidad	3.2	
Oligofrenia	en grado de debilidad mental	1.9	48.4
	sin especificar	42.7	
TOTAL			100

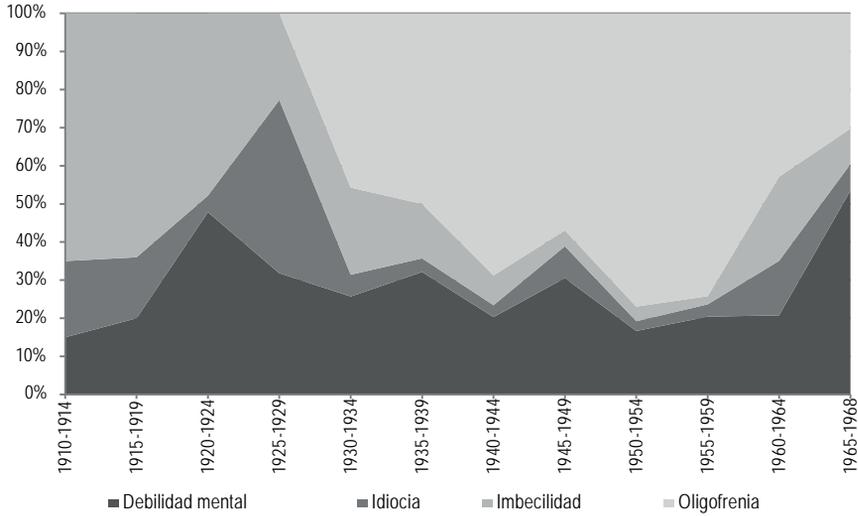
FUENTE: BD-PAPIIT.

CUADRO 4
Meses de estancia por década

<i>Periodo</i>	<i>Meses</i>
1910-1919	49
1920-1929	44
1930-1939	67
1940-1949	41
1950-1959	29
1960-1968	13
PROMEDIO	40.5

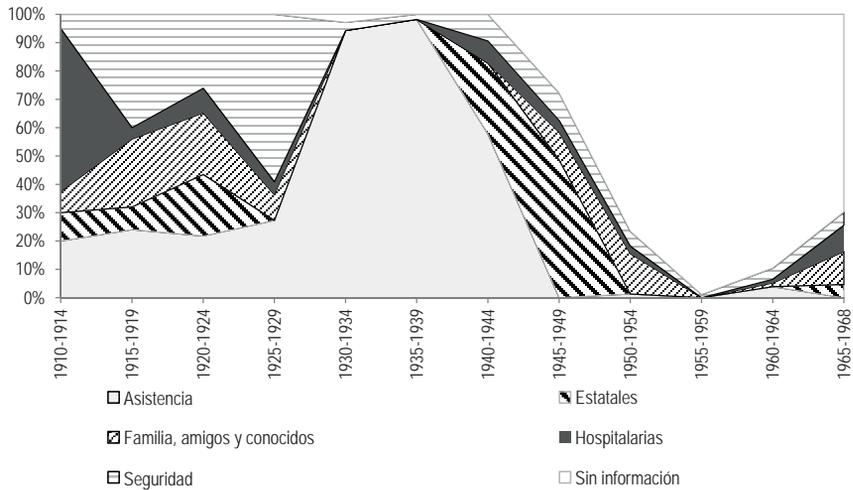
FUENTE: BD-PAPIIT.

GRÁFICA 3
Enfermedades diagnosticadas bajo la categoría retraso mental
1910-1968



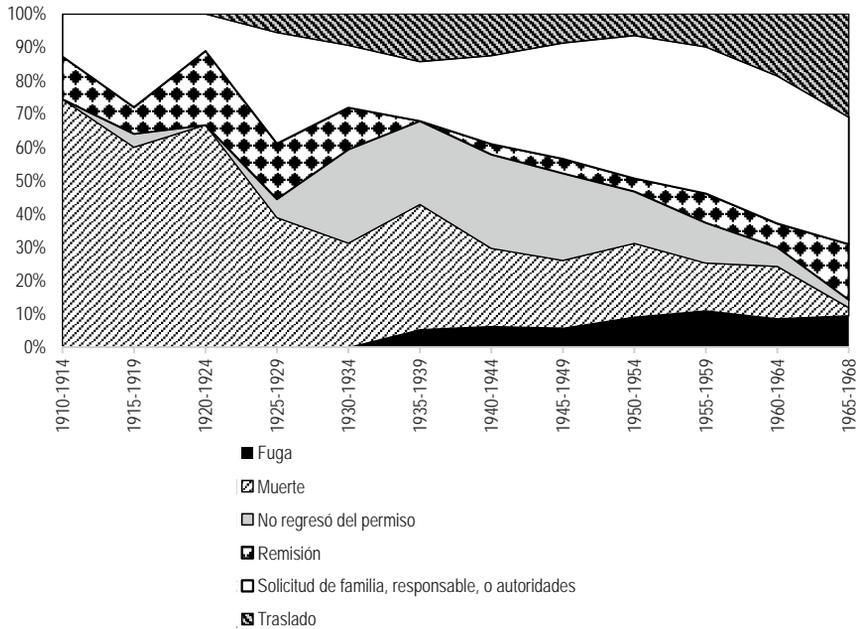
FUENTE: BD-PAPIIT.

GRÁFICA 4
Grupos de instancias remitentes de pacientes con retraso mental
1910-1968



FUENTE: BD-PAPIIT.

GRÁFICA 5
Motivos de alta de pacientes diagnosticados con retraso mental
1910-1968



FUENTE: BD-PAPIIT.

Primer momento: 1910-1931

El retraso mental es una afección psiquiátrica que ha sido estudiada por alienistas y médicos desde el siglo XIX cuando Philippe Pinel escribió en 1801 su *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale, ou la manie*,²⁰ en el cual dividió a las enfermedades mentales en cinco grupos: la melancolía, la manía sin delirio, la manía con delirio, la demencia y el idiotismo o idiocia. Con este texto Pinel distinguió por primera vez que el retraso mental era una entidad psiquiátrica distinta a las demencias y la locura en general puesto que los sujetos que la padecían no estaban

²⁰ Philippe Pinel, *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale, ou La manie*, Paris, Chez Richard, Caille et Ravier, 1801 [en línea]. Disponible en <http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k432033/f6.item> [consultado el 19/03/2016].

sufriendo de una exaltación de las pasiones que en algún momento se había convertido en manía, sino que eran sujetos que desde su nacimiento habían sufrido daños físicos que impedían el desarrollo de los órganos de la inteligencia, del lenguaje, y que además presentaban alteraciones anatómicas en el cráneo y en el cuerpo. Aunque esta entidad no fue claramente definida en el texto ya mencionado, se inició en Francia una tradición psiquiátrica y una terminología que perduró durante todo el siglo XIX y que se introdujo a la psiquiatría mexicana a principios del XX.

Dicha tradición fue continuada por Jean Étienne Dominique Esquirol, E. J. Georget, Onèsime Seguin y Jean Itard,²¹ pero culminó en 1904, cuando en Francia se creó una comisión encargada de hacer obligatoria y accesible la educación a todos los niños en edad escolar, incluyendo a aquellos con discapacidades físicas y mentales.²² Para poder cumplir con el objetivo de esta comisión, dos de sus miembros (Alfred Binet y Théodore Simon) crearon una escala de medición de la inteligencia para detectar a los sujetos con alguna discapacidad intelectual y un plan de reeducación de los retrasados mentales, mismos que publicaron en un texto titulado *Les enfant anormaux*.²³ Haciendo uso de la terminología clásica de Pinel y tomando como pilar el lenguaje, la escala Binet-Simon consistió en algunas pruebas

²¹ Germán Berrios (ed.), *Historia de los síntomas de los trastornos mentales. La psicopatología descriptiva desde el siglo XIX*, México, Fondo de Cultura Económica, 2008.

²² Algunos estudios que analizan al retraso mental como consecuencia directa de la obligatoriedad de la educación son el de Francine Muel, “La escuela obligatoria y la invención de la infancia anormal”, en Robert Castel, Francine Muel *et al.*, *Espacios de poder*, trad. de Fernando Álvarez Uría y Julia Varela, Madrid, La Piqueta, 1991, p. 123-142; Ricardo Campos Marín, José Martínez Pérez y Rafael Huertas, *Los ilegales de la naturaleza. Medicina y degeneracionismo en la España de la Restauración*, Madrid, Consejo Superior de Investigaciones Científicas, 2000 (Estudios sobre la Ciencia); Rafael Huertas, “Niños degenerados, medicina mental y regeneracionismo en la España del cambio de siglo”, *DYNAMIS, Acta Hispanica ad Medicinæ Scientiarumque Historiam Illustrandam*, Granada, n. 58, 1998.

²³ Alfred Binet y Théodore Simon, *Les enfants anormaux. Guide pour l'admission des enfants anormaux dans les classes de perfectionnement*, Paris, Librairie Armand Colin, 1907, [en línea]. Disponible en: <https://archive.org/stream/lesenfantsanorma00bine#page/12/mode/2up>. [consultado el 31/04/2015].

de coordinación, de lenguaje, de memoria y de pensamiento cognitivo que determinaban la edad mental del alumno. Si la edad mental era menor que la edad real, entonces el menor sufría de alguna discapacidad mental y tenía que ser sujeto a métodos terapéuticos y de reeducación.

Este libro es muy importante porque, paralelamente a su publicación, en Francia se encontraba establecido un paradigma científico llamado “degeneracionismo”, que postulaba que todas las características físicas y morales eran transmitidas de generación en generación por medio de la herencia, del medio social, de defectos físicos y de conductas antisociales.²⁴ Esta teoría inició con la publicación del *Traité des dégénérescences* de B. A. Morel, quien con su obra logró impactar en la medicina, en la política, en la psiquiatría y en la cultura francesa en general, porque convirtió el degeneracionismo en la doctrina científica y positiva que explicaba todos los males de la sociedad.²⁵ Debido a que dicha teoría buscaba mejorar la raza y la sociedad por medio de la detección de aquellos seres inferiores, evitar la transmisión de su inferioridad por vía hereditaria y prevenir el retroceso de la perfectibilidad del ser humano, el retraso mental adquirió un lugar muy importante en la psiquiatría y la medicina francesas de principios de siglo XX, pues fue considerado como uno de los signos más graves de degeneración física y moral del ser humano. Como era necesario estudiar las causas, los tipos y las consecuencias de esta desviación, la propuesta de Binet y Simon fue fuertemente impulsada por la comunidad científica, convirtiéndose así en el libro de cabecera para muchos psiquiatras y médicos franceses.

²⁴ Véanse Rafael Huertas García-Alejo, *Locura y degeneración. Psiquiatría y sociedad en el positivismo francés*, Madrid, Consejo Superior de Investigaciones Científicas, Centro de Estudios Históricos, 1987 (Cuadernos Galileo de Historia de la Ciencia, 5), y José Javier Plumed y Antonio Rey González, “La introducción de las ideas degeneracionistas en la España del siglo XIX. Aspectos conceptuales”, *Frenia. Revista de Historia de la Psiquiatría*, Madrid, v. II, n. 1, p. 31-48.

²⁵ B. A. Morel, *Traité de dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine et des causes qui produisent ces variétés madives*, París, 1857. [en línea]. Disponible: <https://archive.org/stream/traitedesdg1857more#page/n8/mode/1up> [consultado el 19/03/2016]. Citado por Rafael Huertas García-Alejo, *Locura y degeneración...*

Alberto del Castillo y Troncoso menciona que desde el Porfiriato muchos médicos mexicanos fueron becados para viajar a Francia y asistir a congresos científicos, tomar cursos, consultar la literatura científica más moderna y transmitir su conocimiento en tierras mexicanas.²⁶ Aquellos estudiosos difundieron en el círculo científico mexicano el “degeneracionismo” y, por lo tanto, introdujeron una de las nociones más importantes de este paradigma científico: el retraso mental. La difusión que tuvo este paradigma en México fue muy relevante, ya que se comenzó a edificar una red institucional enfocada en la infancia desde las preocupaciones de la degeneración racial e intelectual. Una de las instituciones más importantes fue el Departamento de Antropometría de la SEP, cuya función fue medir las características físicas e intelectuales de los niños mexicanos para determinar si respondían al ideal del niño occidental.

Uno de los miembros de este departamento fue José de Jesús González, quien escribió dos libros en los cuales expuso las características del retraso mental, utilizando la terminología clásica pineliana y proponiendo los métodos de detección de Binet y Simon: el primero se publicó en 1909 bajo el nombre de *Higiene escolar*²⁷ y el segundo en 1918 con el título *Los niños anormales psíquicos*.²⁸ Éstos consistían en una exposición con fotografías de las características físicas de los “anormales” o retrasados mentales: la cabeza más grande de lo normal, dentadura deformada, orejas grandes y pegadas al cráneo,

²⁶ Alberto del Castillo y Troncoso, “Médicos y pedagogos frente a la degeneración racial: la niñez en la ciudad de México, 1876-1911”, en Claudia Agostoni y Elisa Speckman (ed.), *De normas y transgresiones. Enfermedad y crimen en América Latina (1850-1950)*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Históricas, 2005 (Historia Moderna y Contemporánea); Alberto del Castillo y Troncoso, *Concepciones, imágenes y representaciones...*

²⁷ Josefina Granja-Castro, “Contar y clasificar a la infancia. Las categorías de la escolarización en las escuelas primarias de la ciudad de México 1870-1930”, *Revista Mexicana de Investigación Educativa*, Consejo Mexicano de Investigación Educativa, México, v. XIV, n. 40, 2009, p. 217-254.

²⁸ José de Jesús González, *Los anormales psíquicos. Curso libre teórico-práctico para maestros y alumnos normalistas*, México, Librería de la viuda de Ch. Bouret, 1918.

cara asimétrica, expresión perdida e infantil y discapacidades físicas como sordera y ceguera.²⁹ Si bien el “degeneracionismo” ya estaba establecido en el pensamiento científico mexicano desde el Porfiriato, las ideas de González fueron difundidas justo en el momento en el que terminó la Revolución Mexicana, ya que se inició un proyecto de “ingeniería social”³⁰ en el que participaron aquellos médicos, psiquiatras y pediatras partidarios de este paradigma científico.

En este momento la enfermedad en cuestión fue concebida no sólo como una entidad psiquiátrica, sino como una “anormalidad” física y mental. Se consideró que el sujeto retrasado era el resultado final y más funesto de un largo proceso de degeneración que había iniciado con sus progenitores, quienes seguramente habían padecido alguna enfermedad degenerativa como el alcoholismo, las toxicomanías, la sífilis o la epilepsia. Un ejemplo de esta concepción lo podemos observar en las figuras 2 y 3, que formaron parte de una serie de 10 dibujos recopilados en los *Silabarios de la Secretaría de Educación Pública* con motivo de la Campaña Antialcohólica. Estos dibujos tenían como objetivo retratar gráficamente las consecuencias más graves del alcoholismo, tales como las peleas, el maltrato intrafamiliar, la criminalidad, los accidentes en la calle y la vagancia, pero, sobre todo, como consecuencia final y más trágica de este estado de decadencia, la herencia defectuosa de los alcohólicos. Debido a que los médicos creían que el retrasado mental se encontraba en un estado irreversible no existieron propuestas terapéuticas para curar o controlar la afección; los psiquiatras se enfocaron más bien en crear sistemas de detección temprana de los retrasados mentales para poder recluirlos, estudiarlos, encontrar las causas de su enfermedad, ver su desarrollo y así prevenir la degeneración de los demás sujetos sanos.

²⁹ *Ibidem.*

³⁰ Beatriz Urías Horcasitas, “Degeneracionismo e higiene mental en el México posrevolucionario (1920-1940)”, *Frenia. Revista de Historia de la Psiquiatría*, Madrid, v. IV, n. 2, 2004, p. 37-67, e *Historias secretas del racismo en México (1920-1950)*, México, Tusquets, 2007 (Tiempo de Memoria Tusquets).



Figuras 2 y 3. Descripción gráfica de las causas del alcoholismo.
FUENTE: Archivo General de la Nación, Archivo de la Secretaría de Educación Pública, Serie Departamento de Psicopedagogía e Higiene, caja 35531

Como muestra del impacto que tuvo la introducción del concepto de retraso mental en México podemos mencionar un texto escrito por Enrique Aragón en 1912 con el título de “Los retrasados mentales”,³¹ el cual fue una invitación a los psiquiatras para

buscar a los retrasados entre los vagabundos [...] entrar a los Hospicios, a las Escuelas, a los Hospitales, a las Cárceles, a todos los sitios y antros y si no es suficiente, llegar a los pueblos que en la lucha universal están pendientes de los menos aptos para destruirlos y de los mejor conformados para imitarlos y así adquirir la supremacía. Busquemos continuamente, busquemos y sigamos buscando en todo individuo, en todo grupo de colectivismo, en toda secta, casta y clase y aun en todo pueblo o nación, para así sorprender en la infancia el retardo, hacerlo perfectible y entrar de lleno en la intelectualidad completa que con el sentimiento y la acción, podrán asegurar la inmortalidad de principios y la supervivencia de ideales.³²

³¹ Enrique Aragón, “Los retrasados mentales”, *Gaceta Médica de México*, Academia Nacional de Medicina, México, v. XVII, n. 9, 1912, p. 540-552.

³² *Ibidem*, p. 549.

A partir de este momento se publicó una gran cantidad de textos sobre el retraso, como el de Ernesto González Tejeda, “Delincuencia infantil y debilidad mental”,³³ el de Francisco Altamira, “Psicología de los niños anormales”;³⁴ el de Rubén Reyes Segura, “Etiología de la deficiencia mental en edad escolar”,³⁵ y los artículos de Roberto Solís Quiroga titulados “El problema de los niños anormales mentales”³⁶ y *Estudio sobre el retardo escolar (Hecho con un material de 36 170 niños de las escuelas primarias de la capital de la República Mexicana)*.³⁷ La idea dominante en todos estos trabajos era que los retrasados mentales tenían aquellos “cuerpos endeblés y vencidos por taras y lacras de sus progenitores, seres dignos de mejor suerte, cuyo único pecado fue la estrechez pélvica de su madre con la distocia consiguiente, o la miseria del medio que priva a su organismo del alimento sano y nutritivo [...] Productos vergonzosos del incesto y la promiscuidad, resultado cruel y lógico de la misérrima bohardilla, donde vegetan personas de todas las edad y de todos los parentescos”.³⁸ Por supuesto, esta opinión se reforzaba con el hecho de que muchos de los pacientes que llegaron a La Castañeda con el diagnóstico de retraso mental eran sujetos en situación de pobreza, analfabetismo y desnutrición que se dedicaban a algún oficio.

³³ Enrique González Tejeda, “Delincuencia infantil y debilidad mental”, *Revista Mexicana de Psiquiatría, Neurología y Medicina Legal*, v. II, n. 7, 1935, p. 8-15.

³⁴ Francisco Altamira, “Psicología de los niños anormales”, *Boletín del Departamento de Salubridad Pública*, Departamento de Salubridad Pública, México, v. II, n. 1-6, 1922, p. 3-10.

³⁵ Rubén Reyes Segura, *Etiología de la deficiencia mental en niños de edad escolar*, tesis de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, 1932.

³⁶ Roberto Solís Quiroga, “El problema educativo de los niños anormales mentales. Informe sobre el Instituto Médico Pedagógico”, en *Contribución del Departamento de Psicopedagogía e Higiene para el VII Congreso Panamericano del Niño*, México, Secretaría de Educación Pública, 1935, p. 43-57.

³⁷ Roberto Solís Quiroga, *Estudio sobre el retardo escolar (hecho con un material de 36 170 niños de las escuelas primarias de la capital de la República Mexicana)*, México, Universidad Nacional Autónoma de México/Escuela Normal Superior, 1930.

³⁸ Rubén Reyes Segura, *op. cit.*

La mayoría de los enfermos diagnosticados con retraso mental entre 1910 y 1931 eran como Guadalupe, una joven de 25 años que ingresó al manicomio en 1910 porque

parece no darse cuenta del medio que la rodea, juicio y razonamiento son en ella completamente nulos pues su cerebro parece ni capaz de elaborar idea alguna. Jamás habla y solamente he notado una que otra vez alguna risa estúpida. [...] Come de manera mecánica, sus necesidades las hace en cualquier parte, no se mueve de ningún lugar.³⁹

O como Maximiliano, un menor de edad remitido en 1927 debido a que “permanece aislado de los demás enfermos, indiferente al medio y sin dar la mayor señal de actividad psíquica. Orina y aun defeca en sus ropas sin tratar de hacerlo en el lugar indicado. A veces gesticula y sonríe instintivamente”.⁴⁰ El factor determinante para que el psiquiatra los diagnosticara con retraso mental fue que el aspecto de ambos pacientes era más o menos el descrito por Jesús González en los tratados ya mencionados:

Ligero estrabismo divergente del ojo izquierdo. Asimetría facial y craneana. Pabellones auriculares deformados ensanchados en sus partes medias e inferior y aplastados en la superior; microcefálico; micro poladenitis cervico inguinal; pene rudimentario; criptorquidia. No presenta traumatismo reciente [...] Facultades mentales casi sin desarrollo alguno; falta de atención absoluta, desorientación autopsíquica y en tiempo y lugar. Afectividad al parecer nula; emotividad perturbada. Neologismos ininteligibles [y] gritos inarticulados.⁴¹

Como se puede observar en el cuadro 1, la mayor parte de los pacientes eran adultos con más de 24 años que practicaban algún oficio. Podemos deducir que el rango de edad fue mayor en los primeros veinte años de La Castañeda porque las discapacidades físicas, que eran el único criterio para diagnosticar el retraso

³⁹ AHSS, FMG, SEC, caja 3, exp. 184.

⁴⁰ AHSS, FMG, SEC, caja 210, exp. 11604.

⁴¹ AHSS, FMG, SEC, caja 210, exp. 11604.

mental, podían observarse a cualquier edad y generalmente los pacientes eran remitidos a La Castañeda justo cuando comenzaban su vida laboral y productiva.

Por otra parte, el cuadro 4 y la gráfica 5 muestran que por lo menos la mitad de los retrasados mentales del manicomio moría después de cuatro años de internamiento aproximadamente. Sin duda se puede explicar este dato por la visión tan pesimista de los psiquiatras sobre el retraso mental, puesto que —más que la atención del sujeto enfermo— su principal interés era la profilaxis de esta patología. Rubén Reyes Segura escribió que si las enfermedades nerviosas como el alcoholismo, la neurosis y la sífilis se transmitían de generación en generación, entonces también había grandes posibilidades de que el retraso mental se heredara.⁴² Como no se podía hacer nada sobre la herencia ya afectada, lo único factible era evitar la reproducción de estos sujetos y disminuir su amenaza contra el progreso y la regeneración social. Esto podría explicar también el hecho de que la mayoría de los pacientes de este grupo fue remitida por instituciones de seguridad (gráfica 4).

Enrique Aragón fue el primer psiquiatra de La Castañeda en proponer la clasificación de Binet-Simon y llevarla a cabo. Siguiendo la clasificación de Pinel y Binet-Simon, este médico escribió que había tres tipos de retrasado mental: los idiotas que no llegaban a comunicarse por medio del lenguaje y, por ello, estaban incapacitados para recibir educación; los imbéciles que podían entender instrucciones sencillas, pero no podían estar sin supervisión, y los débiles mentales que de acuerdo con las pruebas psicométricas tenían un retraso de dos o tres años, pero podían comunicarse fácilmente de manera hablada y escrita, lo cual les permitía laborar en actividades sencillas. Esta manera de clasificar la enfermedad estuvo vigente desde 1910 hasta 1931 (gráfica 4), periodo en el cual sólo se utilizaron tres diagnósticos de retraso mental: la debilidad mental (28.46%), la imbecilidad (50.09%) y la idiocia o idiotismo (21.45%).

⁴² Rubén Reyes Segura, *op. cit.*

Segundo momento: 1932-1955

El entonces director del Manicomio General, Manuel Guevara Oropeza, inició en 1932 un proyecto de reorganización de todos los pabellones de La Castañeda con el objetivo de sistematizar la atención de los pacientes y mejorar las condiciones terapéuticas. Como parte de este proyecto se crearon pabellones específicos para cada enfermedad mental, como fueron el de toxicómanos, el de oligofrénicos (figura 4), hombres y mujeres, y el de psiquiatría infantil (figura 5).⁴³ Esto es muy importante porque, según Deborah Thom, la creación de espacios especiales plantea siempre la pregunta de quiénes deben habitarlos y, en consecuencia, aumenta el número de sujetos potenciales para ocuparlos.⁴⁴ Como prueba de ello la población de retrasados mentales aumentó gradualmente durante este periodo (gráfica 2).

En ese momento el promedio de edad comenzó a bajar gradualmente y el número de pacientes menores de edad (de 1 a 13 años) tuvo un crecimiento mayor que el de los adultos (14 años en adelante). Con respecto a esto, Alicia Quiroz escribió en su tesis de maestría que el retraso mental era una enfermedad característica de la población infantil porque “la oligofrenia se va a manifestar en un organismo, en una personalidad que está en evolución. De aquí su diferencia esencial con la demencia, que desde el punto de vista anatómico podrían ser la misma cosa, pero difieren por el hecho de que una misma lesión actúa, en el primer caso, en una psiquis que está aún en formación y en el segundo caso sobre una personalidad psíquica definida y formada”.⁴⁵ De acuerdo con esta aseveración se puede suponer que los adultos que antes hubieran sido catalogados como retrasados mentales fueron diagnosticados con otro tipo de trastorno mental.

La reorganización del manicomio reflejó también un cambio muy importante en la mirada clínica y la concepción de síntomas

⁴³ AHSS, FMG, SEC, caja 8, exp. 2.

⁴⁴ Deborah Thom, *op. cit.*

⁴⁵ Alicia Quiroz, *Oligofrenia y agresividad*, tesis de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, 1956.



Figura 4. Pabellón de Oligofrénicos, c.1932.
FUENTE: SINAFO-INAH, número de referencia 462025



Figura 5. Pabellón de Psiquiatría Infantil, uno de sus patios.
FUENTE: SINAFO-INAH, número de referencia 462051

del retraso mental. El crecimiento de los diagnósticos de oligofrenia a partir de 1930 (gráfica 4 y cuadro 3) y la fundación del Pabellón de Oligofrénicos son un claro signo de que los psiquiatras abandonaron la terminología francesa y adoptaron el concepto de oligofrenia para referirse al retraso mental. Esto significó una transformación tremenda porque no sólo se estaba cambiando el diagnóstico, sino que estaban transformándose la mirada clínica, los síntomas y la definición del retraso mental: éste dejó de ser visto como un signo de degeneración y, más bien, se concibió como un daño neurológico que afectaba a todos los órganos e interrumpía el proceso de maduración del sistema nervioso. La manera de diagnosticar a los retrasados mentales se basó en nuevos parámetros: antes se diagnosticaba de acuerdo con el nivel o el grado de afección del sujeto; sin embargo, para este momento se empezó a diagnosticar de acuerdo con los factores causales. Es decir que el diagnóstico debía iniciar forzosamente con la palabra “oligofrenia”, seguida por la causa del daño neurológico (traumas, infecciones, etcétera) y, finalmente, por el signo o consecuencia orgánica del daño (malformaciones, estigmas degenerativos o grado de retraso psíquico).⁴⁶

Roberto Solís Quiroga, un psiquiatra que en sus inicios había estudiado el retraso mental desde el paradigma degeneracionista, pero que después optó por el modelo kraepeliniano, publicó en 1946 un artículo donde escribió que esta afección, más que un proceso degenerativo, era una lesión cerebral que provocaba,

en vez de desarrollo, inmadurez, en vez de las jerarquías superiores encontramos las categoría de los niveles bajos, y eso tanto en lo psíquico como en lo somático: en vez del movimiento voluntario, las hipertonías, la pasticidad, la incoordinación y en la esfera psíquica la dificultad de adaptación a situaciones nuevas, la incapacidad de previsión, la dificultad de elaboración mental y la pérdida de estos afanes tan típicamente humanos: el del bien, el de belleza, el de infinito.⁴⁷

⁴⁶ *Ibidem.*

⁴⁷ Roberto Solís Quiroga, “Las oligofrenias de la primera infancia”, *Revista Mexicana de Psiquiatría, Neurología y Medicina Legal*, México, n. 72, 1946.

Las deformaciones físicas seguían formando parte importante en el diagnóstico, pero se consideraban más como una alteración colateral de la oligofrenia. Inclusive se dejaron de utilizar las pruebas psicométricas porque, en palabras de Enrique Bulman,

el criterio que yo consideraba exacto, es totalmente falso en su interpretación, porque el pronóstico médico depende del grado de oligofrenia totalmente diferente para el idiota, para el imbecil y para el débil mental y que el diagnóstico, al que me revelaba silenciosamente, a pesar de mi afición por los números, “no lo hace un coeficiente”, sino el estudio de la situación mental del niño estudiado y que por consiguiente lo que yo llamaba ojo clínico tiene su base seria y real e insisto en que lo que yo llamaba “exacto” es “totalmente inexacto” por defecto de interpretación.⁴⁸

Por otro lado, la renuncia de los psiquiatras al paradigma degeneracionista se debe también a que durante este periodo surgió una nueva generación de psiquiatras que promovieron dentro del manicomio y en otras instituciones de salubridad un nuevo modelo de atención llamado higiene mental. Tal fue el caso de Mathilde Rodríguez Cabo (figura 6), directora del Pabellón de Psiquiatría Infantil, Edmundo Buentello, director de La Castañeda en 1944, y Francisco Elizarrarás, un practicante del manicomio durante los años treinta. Según este modelo psiquiátrico y de atención, todas las enfermedades eran causadas por trastornos emocionales, conductuales, físicos e intelectuales que sucedían en la infancia. Por ello, el principal objetivo de la psiquiatría era atender dichos trastornos oportunamente para que éstos no se convirtieran en un problema mucho mayor e irreversible. De acuerdo con esta lógica, un niño con mala conducta, con problemas de adaptación en las escuelas, inquieto, y con problemas emocionales, podía tener un retraso mental que estaba afectando todas sus facultades, por lo cual debía ser internado para que dicho retraso no se convirtiera en una psicosis más grave.⁴⁹

⁴⁸ Enrique Bulman, “Estudio sobre un criterio en las oligofrenias”, *Archivos de Neurología y Psiquiatría de México*, v. 4, n. 3-4, p. 146.

⁴⁹ Alicia Quiroz, *op. cit.*, p. 22.



Figura 6. Mathilde Rodríguez Cabo (centro de la foto) con personal del Pabellón de Psiquiatría Infantil y su hijo.

FUENTE: SINAFO-INAH, número de referencia 462050

Con el fin de facilitar la detección temprana del retraso mental, Francisco Elizarrarás escribió un artículo titulado “Oligofrenia e higiene mental” en el que presentó los síntomas más comunes de esta afección: la inquietud, la atención débil, la poca concentración, el anhelo continuo de llamar la atención del maestro y de los compañeros, la tendencia a molestar a los demás, la falta de popularidad, la incapacidad de adaptación al medio y el poco aprovechamiento de las actividades a las que se dedican constituirían signos claros de oligofrenia y la única forma de atenderlos era en instituciones de salud mental. Gracias a esta generación de psiquiatras y a la adopción del sistema de clasificación kraepeliniano, las posibilidades de ser diagnosticado con retraso mental crecieron y, consecutivamente, la población de retrasados mentales aumentó considerablemente. Ya no se patologizaron sólo las características físicas, sino también la conducta, el rendimiento, las relaciones familiares, etcétera. Como consecuencia

de lo anterior; la psiquiatría pudo extender su red de atención a espacios mucho más amplios como la escuela, el trabajo y la familia, lo cual favoreció que, ante cualquier sospecha de oligofrenia, los familiares, los maestros y los jefes enviaran a sus conocidos al Manicomio General.

El poner a la conducta como principal elemento diagnóstico implicó en este momento una idea de recuperación del paciente con retraso mental, ya que sus síntomas podían ser controlados o eliminados. Asimismo La Castañeda —que estaba en una crisis de sobrepoblación— ya no buscaba recluir por mucho tiempo al sujeto, sino modificar su comportamiento y sus actitudes para conseguir su fácil readaptación al medio social. La terapéutica jugó un papel muy importante para La Castañeda, así que dentro del Pabellón de Psiquiatría Infantil se inauguró una Escuela para Niños Anormales que atendería a los pacientes de dicho pabellón donde se llevaban a cabo juegos, actividades gimnásticas, enseñanza musical, jardinería y manualidades que eran presentadas en exposiciones o eventos especiales (figura 7). Alicia Quiroz resaltaba la necesidad de dar tratamiento al retrasado mental a causa de que

No es raro que el oligofrénico, con una oscura visión de su propia inferioridad, adopte diversas actitudes neuróticas que influyen grandemente en el curso ulterior de su destino. Algunos, ante su incapacidad para adaptarse a la vida social normal, adoptan el criterio de aislarse en lo posible llevando una vida callada y tranquila matizada de gran misticismo. Otros exageran su protesta contra su inferioridad y tratan de obtener a toda costa autosatisfacción atrayendo la atención de los demás con sus actos extravagantes y violentos.⁵⁰

Debido a la importancia que se le dio a la conducta en este periodo, entre 1931 y 1955, muchos de los pacientes internados en La Castañeda por retraso mental fueron enviados por instituciones estatales como el Tribunal para Menores Infractores (este establecimiento se encuentra dentro del grupo de las instituciones

⁵⁰ Alicia Quiroz, *op. cit.*, p. 22.



Figura 7. Manualidades hechas por los alumnos de la Escuela para Niños Anormales, anexa al Pabellón de Psiquiatría Infantil.

FUENTE: SINAFO-INAH, número de referencia 462041

de asistencia en la gráfica 4). El retraso se relacionó directamente con la criminalidad y el paciente retrasado se convirtió en aquel sujeto antisocial, problemático, cruel y violento como Adolfo, un muchacho internado en 1943 porque era

verdaderamente incorregible, no obedece a nadie, se escapa, le ha dado por robar hasta cantidades de 40 pesos... una vez rompió una ventana y se coló para sacar lo que encontrara [...] Otra vez forzó una puerta y se llevó una lámpara eléctrica de mano que fue a malbaratar en dos cincuenta. En su casa varias veces ha cometido robos. Hace tres días escapó de Cuernavaca a México, vino a parar a casa de sus abuelos, pero en ella forzó las armellas de una caja y robó también cuarenta pesos [...] Le han llevado a la escuela, pero es igual, porque no va, se escapa, le han puesto en colegios oficiales y particulares. No sabe leer; es sumamente mentiroso, al grado de que nada se le puede creer. [...] El menor es un sujeto displásico, con aspecto de mayor de edad que la que tiene, tendencia a la obesidad, aires de seguridad y suficiencia, efectivamente mitómano, de

medianas condiciones intelectuales aprovechadas para intensificar su mitomanía y sus actos que parecen del tipo perverso franco.⁵¹

Adolfo se fugó del manicomio en varias ocasiones, pero siempre era remitido de vuelta del tribunal porque volvía a cometer algún delito. Debido a su peligrosidad, fue declarado como un “antisocial” que no podía vivir fuera de una institución mental, pero, debido a la mala conducta que tenía dentro del manicomio, los doctores enviaron cartas al tribunal para solicitar que ellos se hicieran cargo del menor. El tribunal no aceptó la petición y, finalmente, Edmundo Buentello pidió autorización a la madre de Adolfo para realizarle una intervención quirúrgica cerebral con el fin de encontrar el foco de la lesión que provocaba su oligofrenia y curar su padecimiento. La madre aprobó la cirugía, pero Adolfo se fugó antes de que ésta fuera practicada.

Otro caso representativo es el de Manuel, quien fue internado en muchos establecimientos correccionales en los cuales cometía robos, indisciplina y fugas. El Tribunal para Menores decidió remitirlo al manicomio en 1940 por “tratarse de un débil mental profundo, en el que las perversiones instintivas no son sino manifestaciones concomitantes de su deficiencia mental, muy frecuentes, por lo demás, con los oligofrénicos”. Durante su estancia en el manicomio “se ha seguido comportando en la misma forma, especialmente con los menores que duermen o están descuidados para morderles el pene [...] se rehúsa a las prácticas de aseo; en los salones de clase se insubordina, etc.”⁵² Mathilde Rodríguez Cabo, entonces directora del Pabellón de Psiquiatría Infantil, decidió enviarlo al Pabellón de Trabajadores porque alteraba el orden de los demás internos, pero en dicho pabellón formó una pandilla que molestaba a algunos pacientes, razón por la cual lo cambiaron nuevamente al Pabellón de Agitados.

En diciembre de 1942, el jefe del Pabellón de Agitados escribió: “Aun considerando que el enfermo tiene antecedentes pésimos, es imposible retenerle a perpetuidad en Agitados dada la enorme

⁵¹ AHSS, FMG, SEC, caja 536, exp. 27909.

⁵² AHSS, FMG, SEC, caja 457, exp. 23989.

sobrepoblación de este servicio. Requiere vigilancia y la aplicación de disciplina estricta. Conviene se le obligue a trabajar aunque fuere dentro del Pabellón, como en labores de aseo locales”.⁵³ Después de varios intentos de fuga, cambios de pabellón y altercados con sus compañeros de pabellón, Manuel fue seleccionado en 1944 como uno de los pacientes que serían enviados a la granja de San Pedro del Monte. Un año después de su traslado, la granja lo sacó de sus instalaciones porque el menor no pudo adaptarse a las labores del establecimiento.

Otro ejemplo es el de Lorenzo,⁵⁴ que además de presentar estigmas degenerativos en la cabeza era expulsado de todos los colegios porque tenía una tendencia a la deambulación, al mal comportamiento y a la mitomanía. Internado en el manicomio en 1931, Lorenzo mejoró su conducta y fue dado de alta; sin embargo, la familia lo regresó al establecimiento poco tiempo después porque no pudo controlarlo. De tal manera escribieron una solicitud para reinternarlo en el manicomio, misma que fue autorizada por Mathilde Rodríguez Cabo con la justificación de que “Aun cuando su déficit intelectual es poco marcado, su estancia fuera del Establecimiento comprobó la imposibilidad por parte de sus familiares para controlarlo y educarlo. Por lo tanto es necesario que continúe internado, sujeto a tratamiento médico y psicopedagógico”.⁵⁵

Una cuestión importante es que, aunque en este periodo se desarrollaron terapéuticas para el retraso mental, el tiempo de estancia no se redujo, sino al contrario (cuadro 4). Para la tercera década de funcionamiento de La Castañeda, el tiempo de internamiento fue de cinco años y medio y para la cuarta era de tres años y medio aproximadamente. No obstante, el número de muertes se redujo considerablemente (gráfica 6) y las altas por solicitud de la familia aumentaron. Lo anterior nos hace pensar que, si bien hubo propuestas terapéuticas, el tratamiento no fue efectivo para curar o controlar la enfermedad. Como lo vemos

⁵³ *Ibidem.*

⁵⁴ AHSS, FMG, SEC, caja 290, exp. 15644.

⁵⁵ *Ibidem.*

en el caso de Lorenzo, el tratamiento era de carácter correctivo, más que curativo.

Tercer momento: 1955-1968

La década de 1950 y 1960 se caracteriza por la aparición de nuevas disciplinas e instituciones de investigación del retraso mental, como la educación especial. Uno de los factores más importantes de este periodo es que fuera de La Castañeda se cuestionó la eficiencia terapéutica de la psiquiatría sobre esta enfermedad, pues se había observado que los niños como Lorenzo, que habían entrado a alguna institución de salud mental para recibir tratamiento, seguían teniendo el mismo comportamiento y las mismas faltas de conducta fuera del establecimiento. La Escuela para Anormales Mentales seguía funcionando, pero como los pacientes con retraso permanecían mucho tiempo en el manicomio, el plantel ya no tenía capacidad para recibir a más alumnos.

Además, los mayores avances en torno al retraso mental surgieron fuera del Manicomio La Castañeda. Por ejemplo, Numa Pompilio Castro Guevara, quien había sido médico en la sección de neurología del manicomio, salió de él para trabajar en la Clínica de la Conducta de la SEP; Daniel Nares Rodríguez, practicante de La Castañeda, dirigió el Departamento de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital de México; Eduardo Dallal y Castillo, que inició sus investigaciones en La Castañeda, ejerció en la sección de Psiquiatría y Salud Mental del ISSSTE. Esta generación de psiquiatras, que estaba renovando los procesos diagnósticos, aprendiendo nuevas teorías en Estados Unidos, introduciendo nuevas herramientas diagnósticas como el electroencefalograma, el psicoanálisis y la psicología, y haciendo investigaciones farmacológicas en los niños con esta enfermedad en La Castañeda, optó por regresar al vocabulario y las clasificaciones clásicas francesas (gráfica 5).

La pedagogía había avanzado mucho en el campo de la educación de niños con retraso mental,⁵⁶ ya que para estas fechas la

⁵⁶ Ximena López Carrillo, *op. cit.*



Figura 8. Pacientes con retraso mental recibiendo un juego de zapatos.
FUENTE: Archivo General de la Nación, Fototeca, Fondo Hermanos Mayo, clasificación HMCN 1552-1



Figura 9. Pacientes del Pabellón de Psiquiatría Infantil.
FUENTE: Archivo General de la Nación, Fototeca, Fondo Hermanos Mayo, clasificación HMCN 1552-1

SEP había creado clases y escuelas especiales para estos pacientes y, además, había inaugurado una carrera de maestro especialista en educación de niños anormales mentales. Por esa razón ya no era necesario llegar a una institución mental para recibir tratamiento⁵⁷ y tampoco se requería acudir a un psiquiatra para entender su padecimiento. En la década de 1950 emergió un nuevo paradigma de atención del retraso mental que se enfocaba en convertir al sujeto en un ente productivo e independiente,⁵⁸ lo cual se lograba en escuelas especiales donde colaboraran pediatras, maestros normalistas, psicólogos y trabajadores sociales.

En este periodo el retraso ya se concebía como una enfermedad exclusiva de la infancia (figura 7). No quiere decir esto que no hubiera adultos con ella, sino que todos los sistemas de identificación y detección del padecimiento eran diseñados para niños en edad escolar. Por ello, los principales criterios para dictar el diagnóstico eran el desarrollo físico, la edad a la que empezaban a caminar y a hablar, la vida y el rendimiento escolar, la capacidad de aprendizaje en las aulas, las relaciones que establecía con sus compañeros de grupo, etcétera. Como ejemplo tenemos el expediente de Guadalupe, un hombre internado en 1954 que contó haber asistido a la escuela tres años de su vida, en los cuales no aprendió nada “porque sus compañeros le hacían burla por tonto”, por ser “perezoso, despreocupado de todo, falto de interés” en la escuela.⁵⁹ Aunque Guadalupe tenía entre 35 y 40 años en el momento de ingresar al manicomio, los doctores aseguraron que su padecimiento existía desde la infancia, pero que no fue tratado a tiempo por descuido y porque el paciente comenzó a trabajar de pepenador, lo cual disminuyó de alguna manera los efectos negativos del retraso mental.

De cualquier manera, el estudio de la conducta resultó ser un criterio sumamente complejo porque las manifestaciones clínicas del retraso terminaron multiplicándose hasta tal punto que llegar

⁵⁷ *Ibidem.*

⁵⁸ Margarita Isolda Menéndez Menéndez, *El problema del débil mental en México*, tesis de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, 1963.

⁵⁹ AHSS, FMG, SEC, caja 941, exp. 48194.

a un diagnóstico exacto era casi imposible.⁶⁰ El concepto kraepeliniano de oligofrenia tampoco sirvió mucho a la psiquiatría porque aún no se contaba en La Castañeda con muchas herramientas neurológicas para explicar y localizar el daño cerebral, de forma que sólo se conocían los efectos de la lesión, mas no las causas. Al no encontrar la lesión orgánica no se pudo llevar a cabo ningún tratamiento eficiente. Basta ver que el número de remisiones entre 1930 y 1934 era casi nulo en comparación al número de muertes y fugas por no regresar de permiso (gráfica 5).

A pesar de que el término oligofrenia permaneció vigente, los psiquiatras recurrieron nuevamente a la clasificación de Binet-Simon por una razón específica: según José Manuel Molina, las lesiones cerebrales no siempre se manifestaban físicamente ni en el comportamiento; es decir que el sujeto podía tener una lesión cerebral y aun así realizar las mismas actividades y tener las mismas capacidades que un sujeto normal.⁶¹ Era necesario, pues, recurrir a los test psicométricos nuevamente, siempre y cuando el diagnóstico se centrara y se complementara con el estudio de la conducta del paciente. Por ello, el diagnóstico de oligofrenia empezó a disminuir y la cantidad de casos de idiotismo, debilidad mental e imbecilidad volvió a ascender (gráfica 3). Además, la diferencia entre la edad cronológica y la edad mental, así como el lenguaje, regresaron a ser uno de los elementos más importantes del diagnóstico como en el caso de Rodrigo, un paciente remitido en 1959:

individuo del sexo masculino de edad aparente que más o menos corresponde con la cronológica en completo estado de descuido, desaseo y desaliñado, en regulares condiciones de nutrición, aparentemente tranquilo, coopera al interrogatorio, no tiene conciencia de enfermedad. Se encuentra desorientado en tiempo y espacio [...] su pensamiento es aparentemente lógico y coherente pero de con-

⁶⁰ Rafael Velasco Fernández, “Las neurosis infantiles: necesidad de una correcta valoración”, *Revista de la Clínica de la Conducta, Publicación especializada en psiquiatría, neurología y psicología infantiles*, Clínica de la Conducta de la SEP, México, v. III, n. 6, 1969, p. 35.

⁶¹ José Manuel Molina, *Algunos aspectos de la deficiencia mental*, tesis de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, 1970, p. 39.

tenido sumamente pobre en cuanto a la elaboración apreciándose baja de la capacidad mental, dificultad para utilizar conceptos abstractos, siendo sus respuestas sumamente concretas [...] presentando así mismo frecuentes risas pueriles sin condicionante externo.⁶²

Por otra parte llama la atención que, a pesar de que en La Castañeda se había comenzado el uso de psicofármacos para tratar algunas enfermedades mentales, en ninguno de los expedientes de retraso mental consultados se utilizó este medio terapéutico. Daniel Nares explicó que, de inicio, el uso de medicamentos no podía valorarse objetivamente en los niños porque “existe la dificultad de contar con preparaciones adecuadas y presentaciones idóneas por parte de la industria farmacéutica”⁶³ y, además, eran tratamientos muy costosos que no actuaban directamente sobre la inteligencia, sino sobre la conducta. Sin duda ésta es una de las razones por la que no se utilizaron los fármacos en el tratamiento del retraso mental en el Manicomio La Castañeda; sin embargo, la principal razón es que en el establecimiento hubo una especie de estancamiento de discursos en torno al retraso mental.

Tal vez la única novedad que se presentó en el manicomio fue que los psiquiatras comenzaron a buscar en el retraso mental un fondo delirante o alucinatorio que les permitiera tratar al paciente de acuerdo con el cuadro agregado. Por ejemplo, a José, un hombre diagnosticado con debilidad mental profunda, se le hizo un interrogatorio en el que mostró un cuadro alucinatorio en el que “ha soñado al diablo, que es negro y que le encaja las uñas y se lo lleva, a veces le hace cosquillas, y le dice unas cosas raras en los oídos; que también sueña que se vuela él solo montado en una escoba, con desiertos y barrancos”.⁶⁴ Los doctores decidieron aplicar a este paciente un tratamiento para eliminar las alucinaciones, pero no llevaron a cabo ninguna medicación psiquiátrica contra el retraso mental. Como a todos los pacientes que no

⁶² AHSS, FMG, SEC, caja 961, exp. 49154.

⁶³ Daniel Nares, “Las psicodrogas en pediatría”, *Revista de la Clínica de la Conducta. Publicación especializada en psiquiatría, neurología y psicología infantiles*, Clínica de la Conducta de la SEP, México, v. II, n. 3, 1968, p. 35-41.

⁶⁴ AHSS, FMG, SEC, caja 886, exp. 45404.

tenían ningún contenido delirante, se le dejó en La Castañeda unos cuantos meses hasta que la familia solicitó su alta.

La reducción del tiempo de estancia de los pacientes diagnosticados con esta enfermedad durante el tercer momento (cuadro 5) no puede interpretarse como una mayor eficiencia en la terapéutica porque los sujetos internados a partir de 1955 entraron poco tiempo antes de la clausura del manicomio, lo cual provoca que el periodo de estancia no pueda alargarse tanto como en años anteriores. Por otro lado, estos pacientes ingresaron en un lapso en el que ya había otras instituciones dedicadas a su atención, como las escuelas especiales fundadas por la SEP, la Clínica de la Conducta, los consultorios psiquiátricos privados o las mismas granjas, por lo que muchos de ellos eran trasladados a estas instituciones a los pocos meses de su ingreso.

Finalmente, una característica de este periodo es que el retraso mental comenzó a despojarse de la carga psiquiátrica que tuvo en los momentos anteriores. Si antes de 1955 era un problema que se resolvía y explicaba sólo desde las instituciones psiquiátricas, aquí empezó a tener otras connotaciones. Margarita Isolda Menéndez Menéndez, por ejemplo, escribió una tesis en 1963 titulada *El problema del débil mental en México*, en la que mencionó que el retraso mental era un problema que se debía resolver desde las mismas instituciones educativas y ya no en dispensarios psiquiátricos. Eso porque

para los propósitos de la rehabilitación [...] el Estado mexicano está en la inmediata obligación de procurar establecer ese sistema identificador [del retraso mental], partiendo del seno de los jardines de niños y continuándolo en la escuela primaria. ¡Sólo así estaremos en aptitud de rehabilitar a tiempo a los débiles mentales de México, si del jardín de niños los llevamos a la escuela especializada! ¡Sólo así!

Esto lo sostenía porque, según la autora, el retraso mental no era un desorden propiamente psiquiátrico, sino que era el resultado de

La paupérrima economía de la inmensa mayoría de nuestros trabajadores, lo mismo de la ciudad que del campo [porque] no permite

la adecuada alimentación de las clases populares cuya niñez sufre toda suerte de carencias, incluyendo las de alimentos, medicina, vestido, habitación, salubridad. Estas carencias afectan de necesidad a la constitución física y mental de la niñez mexicana, a más de las derivadas de la incultura ambiente...⁶⁵

Aun cuando siguieron llegando muchos niños con el diagnóstico de retraso mental, éstos eran trasladados inmediatamente a otros establecimientos como el Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro y el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, construidos en la Operación Castañeda. El Pabellón de Psiquiatría Infantil ya no tenía más capacidad para seguir aceptando pacientes y la SEP había creado nuevas instituciones encargadas del padecimiento. A partir de este momento, el retraso mental se convirtió en un problema educativo más que psiquiátrico en vista de que era la enfermedad con el menor índice de curación y remisión. Por lo tanto, su tratamiento consistió en la reeducación del paciente y su rehabilitación por medio de las clases especiales, de forma tal que las discusiones sobre esta enfermedad se trasladaron del terreno psiquiátrico al terreno pedagógico. Además, en este momento comenzó a surgir un nuevo campo de investigación del retraso dentro de la neurología, así que la mayor parte de las aportaciones en torno a la enfermedad en cuestión provinieron del exterior de La Castañeda.

Consideraciones finales

El retraso mental recibió gran atención por parte de los psiquiatras del Manicomio General La Castañeda debido a que la enfermedad era distinta a todas las demás. Salvo el último periodo, no se encontraba un cuadro alucinatorio agregado, no era un padecimiento que presentara crisis o periodos de excitación, muchas veces afectaba al lenguaje y, por lo tanto, imposibilitaba la comunicación entre el psiquiatra y el paciente. Los psiquiatras reconocieron al retraso como una afección problemática para la

⁶⁵ Margarita Isolda Menéndez Menéndez, *op. cit.*

institución porque, a pesar de los esfuerzos por estudiarlo, era la población con el mayor índice de hacinamiento del manicomio, con el menor número de posibilidades de curación y remisión de toda la población psiquiátrica; se desconocían las causas y la localización del daño que provocaba el retraso, los factores que lo agravaban o la lesión existente y el efecto de los tratamientos aplicados en ellos. A pesar del pesimismo mostrado hacia esta enfermedad, los psiquiatras invirtieron buenos esfuerzos para dar tratamiento a los retrasados mentales, tanto así que, desde la apertura del manicomio, estos profesionales procuraron abrir espacios especiales para esta población, tales como el Pabellón de Oligofrénicos y la Escuela para Anormales Mentales, anexa al Pabellón de Psiquiatría Infantil.

Con la apertura de estos pabellones se realizaron investigaciones en torno al retraso mental; sin embargo nunca se logró sistematizar el diagnóstico ni tampoco los tratamientos. Así, la etiqueta del retrasado mental dependió en mayor medida del exterior. Por ello, el diagnóstico en cuestión podía ser otorgado a un gran abanico de comportamientos: los niños problemáticos, las personas con discapacidades físicas, sin educación, con problemas de lenguaje o de aprendizaje. En este trabajo se demostró que en la psiquiatría del retraso mental influyeron diversos factores: los paradigmas científicos, las reformas institucionales, problemáticas sociales, administrativas y educativas. La confluencia de estos factores tuvo repercusiones directas en el crecimiento y el comportamiento de la población con retraso mental, a partir de los cuales se pudieron distinguir tres periodos históricos.

En cada uno de los momentos expuestos aquí, el perfil del retrasado mental fue distinto; por lo tanto, la mirada clínica y la atención psiquiátrica también. En un principio, los criterios para diagnosticar el retraso eran meramente degeneracionistas, razón por la cual imperó un pesimismo en torno a las posibilidades de curación y rehabilitación del paciente. En este periodo, las principales características del retraso fueron las deformaciones y discapacidades físicas, así como también los problemas de lenguaje. Con la recepción de las ideas kraepelinianas en La Castañeda, el retraso mental fue definido como un daño neurológico que



provocaba alteraciones de comportamiento, de manera que la conducta se convirtió en el principal punto de análisis de los retrasados mentales. Aunado a ello, en este periodo fue remitido un buen número de niños provenientes de instituciones como el Tribunal de Menores Infractores, encargado de atender a menores problemáticos, criminales y con mala conducta. Finalmente, el tercer momento se caracterizó por el desarrollo de nuevas terapéuticas provenientes de otros campos como la educación. En este último, el manicomio abandonó el concepto kraepeliniano de retraso mental y retomó la terminología y la metodología clásica francesa a causa de la poca efectividad que había tenido la nueva concepción kraepeliniana.



PARÁLISIS GENERAL PROGRESIVA

ALEJANDRO GIRALDO GRANADA
Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Filosofía y Letras

Historizando la enfermedad

Durante la primera mitad del siglo XX, la sífilis adquirió dimensiones clínicas y sociales no conocidas antes debido a su estrecha relación con el degeneracionismo¹ y la inmoralidad.² Pero el problema médico y social iba más allá, pues era tan contagiosa y letal que en 1927 el médico Bernardo Gastélum, jefe del Departamento de Salubridad, no dudó en afirmar que más de la mitad de la población mexicana padecía tan pavorosa infección. Sin

¹ Esta patología tenía la característica de ser congénita, es decir, se “heredaba” de madre a hijo por medio de la gestación. El médico Eucario López Contreras afirmaba en 1925 que la sífilis era grave como enfermedad social por sus secuelas en el individuo y su nefasta influencia en los descendientes, contribuyendo a la degeneración y a la despoblación. Eucario López Contreras, *Contribución al problema social de la sífilis en nuestro medio*, tesis de Medicina, México, Universidad Nacional Autónoma de México, 1925, p. 1. Para ampliar más el concepto de degeneracionismo, véanse: Beatriz Urías Horcasitas, “Degeneracionismo e higiene mental en el México posrevolucionario (1920-1940)”, *Frenia. Revista de Historia de la Psiquiatría*, Madrid, v. IV, n. 2, 2004, p. 37-67; Ricardo Campos Marín, “La teoría de la degeneración y la medicina social en España en el cambio de siglo”, *LLULL. Revista de la Sociedad Española de Historia de las Ciencias Sociales y de las Técnicas*, v. XXI, 1998, p. 333-356; Rafael Huertas, *Locura y degeneración. Psiquiatría y sociedad en el positivismo francés*, Madrid, Consejo Superior de Investigaciones Científicas, Centro de Estudios Históricos, 1987.

² Debido a que era una enfermedad que se contagiaba por medios sexuales y era íntimamente ligada con la prostitución, fue catalogada como consecuencia de actos inmorales. Rafael Sagredo explica que para los médicos del periodo en cuestión los trastornos que originaba la prostitución eran de dos clases: morales y físicos. Siguiendo los valores dominantes, consideraban que la prostitución atacaba la moral al mancillar el pudor, la inocencia, la honestidad y la virtud de la mujer. Rafael Sagredo, *María Villa (a) La Chiquita*, n. 4002, México, Cal y Arena, 1996, p. 66-67.



Figura 1. Neurosifilítico en el Pabellón de Neurosifilis del Manicomio La Castañeda (este enfermo creía caminar sobre lujosas alfombras).

FUENTE: SINAFO-INAH, número de referencia 296520

embargo, fue durante los albores de este siglo que se hizo una revelación aún mucho más escalofriante: la sífilis era la causante de la parálisis general progresiva (PGP).

Esta enfermedad mental, que actualmente es poco conocida e inusual, se manifestaba entre los diez y veinte años después de haberse contraído la infección sifilítica, causando cuadros patológicos que no sólo se observaban en el cerebro del enfermo, sino también en su cuerpo, en sus movimientos, e inclusive despedían un olor tan fuerte³ que algunos médicos aseguraban oler a estos pacientes cuerdas antes de llegar a la institución psiquiátrica.

³ El olor era ocasionado por las maceraciones provocadas por la orina y las materias fecales que unidas a las perturbaciones vasomotoras producían escaras, generalmente profundas y extensas. Samuel Ramírez Moreno, *La pa-*

Ahora bien, cabe recalcar que el estudio histórico de la sífilis se ha realizado desde varios tópicos; entre ellos se encuentran la historia social, la historia cultural y la historia social de la salud y la enfermedad. Desde que surgió la sífilis como enfermedad,⁴ este padecimiento venéreo causó un enorme interés por entenderlo. Pero también, en el afán médico por generar una medicación eficaz, han surgido análisis históricos que de alguna manera resaltan la evolución en la terapéutica y en la creciente industria farmacéutica.⁵ Al ser venérea, posibilitó la realización de estudios sociales y culturales ligados con los temas de la prostitución y la sexualidad, y el de cómo las autoridades médicas y civiles intentaron contener, reprimir y medicalizar el oficio sexual público con el objetivo de frenar los índices de contagios.⁶

El objeto central de este texto es la realización de un estudio histórico de la PGP como un problema clínico psiquiátrico,⁷ por

rálisis general progresiva: contribución al estudio de la parálisis general progresiva, tesis de Medicina, Escuela Nacional de Medicina, 1924, p. 57.

⁴ Las primeras alusiones sobre la sífilis se realizaron en la batalla de Fornovo, ocurrida en el marco de las guerras italianas en 1495. Véase Claude Quérel, *History of syphilis*, Cambridge, Polity Press, 1990, p. 10.

⁵ Rosalina Estrada Urroz, “Del mercurio al 606”, *Elementos*, Puebla, México, v. 8, n. 42, 2001, p. 47-53. Este artículo describe el paso del mercurio a los arsenicales para el tratamiento de la sífilis en México. Otro texto de esta autora es: “Medicina y moral: las enfermedades venéreas durante el Porfiriato”, en Laura Cházaro (ed.), *Medicina, ciencia y sociedad en México, siglo XIX*, México, El Colegio de Michoacán/Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, 2009, p. 235-562. Un ejemplo para el caso español es el trabajo de Ramón Castejón Bolea, *Moral sexual y enfermedad. La medicina española frente al peligro venéreo (1868-1936)*, Granada, Universidad de Granada/Instituto Alicantino de Cultura “Juan Gil-Albert”, 2001.

⁶ Lotte van de Pol, *La puta y el ciudadano*, Madrid, Siglo XXI, 2005; Fernanda Núñez Becerra, “Motines en el San Juan de Dios. La resistencia de las prostitutas al control médico en el México decimonónico”, en Laura Cházaro (ed.), *Medicina, ciencia y sociedad en México, siglo XIX*, México, El Colegio de Michoacán/Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, 2009, p. 263-292; Rodrigo Meneses, “De jueces, prostitutas, ambulantes y mendigos: las poblaciones proscritas de la ciudad de México, 1930-1940”, en Salvador Cárdenas y Elisa Speckman (coords.), *Crimen y justicia en la historia de México*, México, Suprema Corte de Justicia de la Nación, 2011, p. 193-223; Katherine Bliss, *Compromised positions. Prostitution, public health and gender politics in Revolutionary Mexico City*, Pennsylvania, The Pennsylvania State University, 2001.

⁷ Los textos que han abordado la historia de la PGP desde un punto de vista clasificatorio son: Jacques Postel, “La parálisis general”, en Jacques Postel y

lo que se abordarán temas relacionados con la clasificación nosológica, los diagnósticos y los modelos terapéuticos. Para ello tomé como herramienta principal la base de datos del 20% de los pacientes ingresados con esta enfermedad al Manicomio General La Castañeda,⁸ las tesis realizadas por los mismos médicos-psiquiatras y artículos de revistas médicas especializadas, además de las historias clínicas de estos enfermos que se encuentran en el Archivo Histórico de la Secretaría de Salud.

En la primera parte del texto se realizará un breve análisis sobre la clasificación nosológica de la PGP en los albores del siglo XIX en Francia. Posteriormente, se dará relevancia a la paulatina relación de la PGP con la sífilis, pues esta clasificación significó una carga inmoral y de estigmatización hacia el paralítico general y su familia. De allí pasaré a explicar un caso en concreto de un enfermo con PGP en La Castañeda, esto con la finalidad de ilustrar claramente

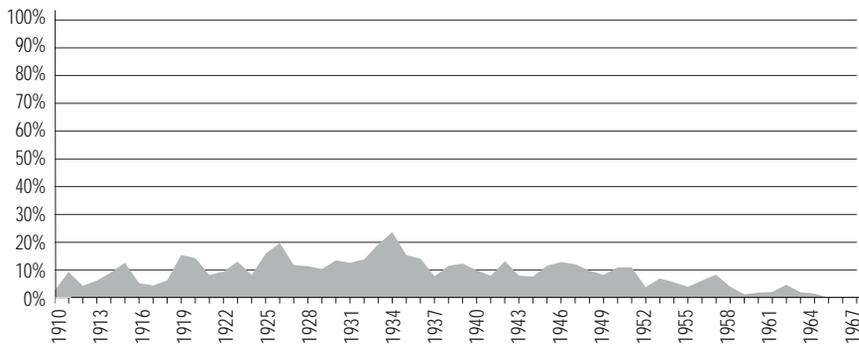
Claude Quérel (coords.), *Nueva historia de la psiquiatría*, 2a. ed., México, Fondo de Cultura Económica, 2000, p. 198-208; Michel Foucault, *El poder psiquiátrico*, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica, 2005 (especialmente la clase del 30 de enero de 1974 y del 6 de febrero de 1974); Rafael Huertas, *El siglo de la clínica. Para una teoría de práctica psiquiátrica*, Madrid, Frenia, 2005; Mario Eduardo Costa Pereira, “Bayle y la descripción de la aracnoiditis crónica en la parálisis general: sobre los orígenes de la psiquiatría biológica en Francia”, *Revista Latinoamericana de Psiquiatría Fundamental*, São Paulo, v. XII, n. 4, 2009, p. 749-751; Sandra Caponi y Ángel Martínez-Hernández, “Kraepelin, el desafío clasificatorio y otros enredos clasificatorios”, *Scientiae Studia. Revista Latino-Americana de Filosofía e História da Ciência*, São Paulo, v. XI, n. 3, 2013, p. 467-489; Erwing Ackerknecht, *Breve historia de la psiquiatría*, Valencia, Universitat de València, 1993. Otras investigaciones históricas que se han desarrollado desde una postura nosológica, de diagnóstico y medicación son: Olga Villasante, “La malarioterapia en el tratamiento de la parálisis general progresiva: primeras experiencias en España”, en José Martínez (coord.), *La medicina ante el nuevo milenio: una perspectiva histórica*, Cuenca, Universidad de Castilla-La Mancha, 2004; Patricia Guadalupe Alfaro, “El tratamiento médico para los alienados con sífilis en el Manicomio General, 1910-1958”, *Cuadernos para la historia de la salud*, México, Secretaría de Salud, 2003, p. 59-86. Para el caso mexicano se encuentra el libro de Andrés Ríos Molina, *La locura durante la Revolución Mexicana. Los primeros años del Manicomio General La Castañeda, 1910-1920*, México, El Colegio de México, 2013, especialmente el apartado “El terror de la sífilis”, que se encuentra entre las páginas 161-168. Para un estudio del caso colombiano, véase Alejandro Giraldo Granada, “La parálisis general progresiva en el Manicomio Departamental de Antioquia”, *Trashumante. Revista Americana de Historia Social*, Medellín-México, n. 5, 2015, p. 104-127.

⁸ BD-PAPIIT.

el padecimiento, su evolución, diagnóstico y medicación. En seguida se abordará el estudio de esta enfermedad mental en el manicomio, dividido en tres grandes momentos definidos por las características demográficas de estos pacientes en el establecimiento psiquiátrico, todo ello relacionado con temas de diagnóstico, técnicas terapéuticas, y aumento y descenso poblacional. Para llevar a cabo lo anterior se tendrá especial interés en la información de la gráfica 1, ya que muestra, de manera puntual, el ritmo de ingresos de los enfermos paralíticos durante los años en que el manicomio tuvo sus puertas abiertas: 1910-1968.

GRÁFICA 1

Pacientes diagnosticados con parálisis general progresiva
en comparación con la población total de La Castañeda, 1910-1968



FUENTE: BD-PAPIIT.

Como se muestra en la gráfica anterior, los ingresos de los paralíticos son bastante irregulares a lo largo de las décadas de funcionamiento de la institución psiquiátrica. No obstante, resaltan tres momentos: 1910-1924, 1925-1946 y 1947-1968, los cuales se pueden resumir de la siguiente manera. En el primero, caracterizado por el periodo bélico revolucionario, el manicomio fue subutilizado, ya que nunca superó su capacidad asilar, sino que, por el contrario, en términos generales, las cifras de ingresos totales decrecen; el segundo, donde se presentan los mayores índices de admisiones, se define por la búsqueda de una estabilidad administrativa basada en reformas institucionales y por una

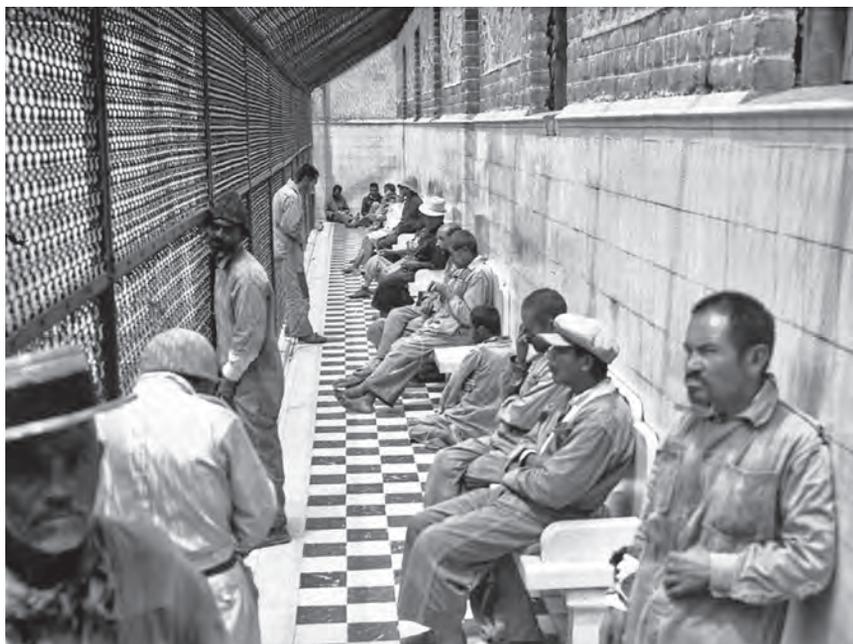


Figura 2. Pacientes en el Pabellón de Neurosifilíticos.
FUENTE: SINAFO-INAH, número de referencia 296542

consolidación del gremio psiquiátrico. A su vez, fue durante este periodo que se desarrollaron diferentes prácticas terapéuticas para el tratamiento de estos enfermos, especialmente la penicilina, en la segunda mitad de la década de 1940, lo que permitió un descenso considerable de ingresos a partir de esos años. El tercer y último momento fue el del declive radical en la cantidad de ingresos por parte de estos pacientes. Esto se debe a que, con el uso de la penicilina, la PGP fue extinguida de manera gradual del establecimiento psiquiátrico.

Una nueva clasificación nosológica

Desde el siglo XVII se tenía conocimiento de un tipo de enfermedad mental asociada a la parálisis de los miembros que podría

corresponder a síntomas de PGP.⁹ No obstante, fue a partir de la clasificación nosológica propuesta en la tesis doctoral titulada *Recherches sur les maladies mentales*,¹⁰ publicada en 1822, donde se hizo la primera referencia a la parálisis general de los alienados como una nueva entidad mórbida específica. Su autor, el francés Antoine-Laurent Bayle (1799-1858) describía allí seis casos de pacientes asilados en el hospital psiquiátrico francés de Charenton, quienes presentaron cuadros de parálisis incompleta causados por la inflamación crónica de las meninges cerebrales (*aracnoiditis crónica*).

A partir de ese momento, Bayle se propuso ampliar la descripción de la enfermedad. En estudios que datan unos pocos años después de la publicación de su tesis, centró su atención en la *aracnoiditis* y sus consecuencias en el movimiento del enfermo. Partiendo del argumento de que los signos motores, que se manifestaban en una parálisis general e incompleta, y los trastornos de las facultades mentales se desarrollaban al mismo ritmo y en la misma proporción, reconoció que la demencia paralítica era una y la misma afección.¹¹ Asimismo, la asoció con los delirios de grandeza y la megalomanía, constituyéndolos como un síntoma intelectual necesario para definir el padecimiento:

La alienación paralítica, a la que impropriamente se designa con el nombre de parálisis de los alienados, ha cobrado en cierta forma carta de naturaleza entre las enfermedades patológicas, como enfermedad especial, independientemente de cualquier otra, con las

⁹ En los siglos XVII y XVIII, hubo algunos autores que de alguna forma hicieron alusión a síntomas que se podrían relacionar con los que caracterizaban a la PGP. Por ejemplo, los ingleses Thomas Willis (1621-1675), que hacía referencia a enfermos afectados de “estupidez y parálisis”, y Haslam, quien en 1798 describió que: “Las afecciones paralíticas son una causa de locura mucho más frecuente de lo que se supone, y son también un efecto muy común de la manía.” Cita extraída de Postel, *op. cit.*, p. 198. Posteriormente, Esquirol y Georget también la describieron, pero la consideraron como una simple complicación de la locura que puede sobrevenir en cualquiera de sus formas. Véase Paul Bercherie, *Los fundamentos de la clínica. Historia y estructura del saber psiquiátrico*, Buenos Aires, Manantial, 2014, p. 52.

¹⁰ Antoine Bayle, *Recherches sur les maladies mentales*, Paris, Didot, 1822.

¹¹ Postel, *op. cit.*, p. 199.

congestiones que provocan y la mantienen y el delirio de grandeza que le da fisionomía tan particular.¹²

Bayle trazó un cuadro clínico de la enfermedad en tres periodos evolutivos distintos: el primero se definía por una pronunciación de palabras visiblemente afectadas (disartria), una manera de caminar insegura, y el desorden del entendimiento se evidenciaba en un debilitamiento de la inteligencia. En el segundo periodo, los movimientos de la lengua y de las extremidades mostraban las mismas o aun mayores dificultades y torpezas que anteriormente; el delirio se tornaba maniaco y general, acompañado de estados de agitación y violencia. El tercer periodo llegaba con un estado de demencia y un agravamiento de la parálisis general o incompleta. La palabra era trémula, con balbuceos, y casi completamente incomprensible; las excreciones no se controlaban y el entendimiento, en extremo debilitado, no tenía más que un puñado de ideas completamente incoherentes.¹³

De acuerdo con José María Álvarez, durante los años en que Bayle se dedicó a este tipo de investigaciones construyó el paradigma neuropsiquiátrico que habría de despertar la fascinación de las siguientes generaciones de alienistas. Este influjo contribuyó decisivamente a reorientar la investigación psicopatológica hacia la neuropatología, lo que supuso una transformación definitiva de la locura clásica en una enfermedad del cerebro y sus membranas. Por tanto, este autor asegura que el valor más esencial que contiene la obra de Bayle radica en el hecho de haber conseguido elevar su *aracnoiditis crónica* a la categoría de modelo y estandarte sobre el que las generaciones futuras edificaron una clínica de las enfermedades mentales.¹⁴

Pero los argumentos propuestos por Bayle provocaron un enconado debate, ya que para Jean Étienne Esquirol (1772-1840)

¹² Antoine Bayle, “Des causes organiques de l’alienation mentale accompagnée de paralysie générale”, *Annales Médico-psychologiques*, v. III, n. 1, 1855, p. 409-425. Citado por Huertas, *op. cit.*, p. 100.

¹³ Una explicación más exhaustiva de cada uno de los tres periodos evolutivos la realiza José María Álvarez, *La invención de la enfermedades mentales*, Madrid, Gredos, 2008, p. 65-66.

¹⁴ *Ibidem*, p. 64.

y sus discípulos la PGP no era más que un agravante de otros padecimientos mentales.¹⁵ Lo anterior suscitó que psiquiatras como Jean Baptiste Delaye (1789-1879), Louis-Florentin Calmeil (1798-1895), pero sobre todo Jules Gabriel Baillarger (1815-1890), criticaran fuertemente las clasificaciones propuestas por Bayle.¹⁶

Baillarger se caracterizó por defender la teoría dualista propuesta por Esquirol, la cual establecía, a diferencia de la teoría de unicidad de Bayle, una forma de psicosis con delirio que posteriormente presentaba perturbaciones físicas y una parálisis que se continuaba con un debilitamiento intelectual. A su vez, afirmaba que los pacientes parálíticos no sólo tenían ideas delirantes de grandeza, sino que se encontraban dos formas de delirio. El primero de ellos se debía a una “manía congestiva”: estado maniático con excitación violenta, con ideas de grandeza múltiples, contradictorias, y desorden excesivo de actos. Después de siete u ocho meses de duración, aseguraba este psiquiatra, se pasaba de esta forma maniática a un regreso casi completo de la razón y la inteligencia quedaba menguada en algunos enfermos, pero otros podían entregarse otra vez a sus ocupaciones, lo cual hizo admitir a Baillarger la posibilidad de la curación. El segundo era el delirio hipocondriaco, que se distinguía porque los pacientes creían tener los órganos cambiados, destruidos u obstruidos; se sentían ciegos y sin piernas, no podían tragar, orinar, etcétera.¹⁷

Aunque la PGP suscitó importantes debates en torno a sus características somáticas y orgánicas, principalmente entre los

¹⁵ Para esta teoría, Requin y Lunier afirmaban que se encontraban formas de parálisis general sin enajenación mental. Ferréol Labardie, *Historia general de la parálisis general progresiva de los enajenados y sus formas clínicas*, tesis de Medicina, Escuela Nacional de Medicina, 1885, p. 9.

¹⁶ Paul Bercherie afirma que las ideas de Bayle fueron tan unánimemente rechazadas en esa época que, decepcionado sin duda, abandonó la psiquiatría, y serían necesarios veinte años para que su descubrimiento comenzara a ser reconocido y treinta años para que produjese efecto, provocando una conmoción completa de la ciencia de las enfermedades mentales. Bercherie, *op. cit.*, p. 51. Una descripción detallada de los debates suscitados por las propuestas realizadas por Bayle en Francia se encuentra en E. M. Brown, “French psychiatry’s initial reception of Bayle’s discovery of general paresis of the insane”, *Bulletin of the History of Medicine*, The American Association for the History of Medicine, Baltimore, p. 235-253.

¹⁷ Labardie, *op. cit.*, p. 14.

psiquiatras franceses del siglo XIX, en un principio esta afección no fue relacionada con la sífilis, es decir, no se tenía la certeza de que fuera una consecuencia de la sífilis terciaria o tardía.¹⁸ Esta relación empezó a hacerse de manera sistemática a partir de la segunda mitad del siglo XIX, cuando Esmarch y Jessen, en 1857, afirmaron que esta infección venérea era siempre el punto de partida de la parálisis general de los alienados.

Charles Ernest Laségue (1816-1883) denominó a la PGP por causas sifilíticas como “pseudo parálisis general”, y Jean Alfred Fournier (1832-1914), médico dedicado a las enfermedades sifilíticas, demostró mediante observaciones anatomoclínicas que

¹⁸ Philippe Ricord (1800-1889), además de diferenciar la sífilis de la gonorrea, clasificó la sífilis en tres estados. En el primero se manifestaban una o dos lesiones, en general no dolorosas, sobre el glande, la boca, el ano o en el interior de la vagina. La lesión evolucionaba hasta formar una úlcera con la pérdida de la capa superficial de la piel. Esta úlcera, denominada chancro sifilítico, aparecía entre 9 y 90 días después de haber contraído la infección. La sífilis secundaria se manifestaba entre las 6 semanas y los 6 meses después del comienzo de la infección, cuando el paciente comenzaba a sentir síntomas parecidos a los de la gripe: fiebre, fatiga, dolores musculares. Y la sífilis terciaria cuando, años más tarde, la enfermedad podía causar daños importantes en el corazón, el cerebro, los huesos, el hígado y en la piel. Inclusive podía llevar al paciente a la pérdida de la visión y a la muerte. Matías Alinovi, *Historia de las epidemias. Pestes y enfermedades que aterrorizaron (y aterrorizan) al mundo*, Buenos Aires, Capital Intelectual, 2009, p. 70-71. Durante 1956, el folleto de la Campaña Nacional Antivenérea en México describía la clasificación de la sífilis, la cual podía ser adquirida, prenatal o congénita. La adquirida se dividía en reciente (menos de cuatro años de infección) y tardía (más de cuatro años de infección) y ambas podrían ser sintomáticas y latentes. La prenatal o congénita se dividía en reciente (menos de dos años de infección) y tardía (más de dos años de infección). Al igual que la adquirida, podían ser sintomáticas y latentes. Este folleto describía la evolución de la sífilis de la siguiente forma: “Se trata de una infección que es generalizada casi desde el principio, en la que aparece, en numerosos casos, una lesión primaria; poco después, manifestaciones principalmente mucocutáneas de secundarismo, que a veces son recurrentes durante los primeros años de la infección. Sigue un periodo de latencia más bien largo y posteriormente pueden aparecer lesiones serias de sífilis tardía que a menudo son de carácter destructivo y mutilante.” Antonio Campos Salas, *Sífilis, gonorrea, chancro blando, linfo-granuloma venéreo, granuloma inguinal en la práctica médica*, México, Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1956, p. 18-21. Ahora bien, algunos autores ubicaban a la PGP como un estado cuaternario de la sífilis. Véase Oton Rffiertz, “Algunas observaciones sobre las relaciones entre la sífilis, la tabes y la parálisis general progresiva”, *La Escuela de Medicina*, México, v. VIII, n. 1, 1922, p. 173.

la “pseudoparálisis general” era una complicación frecuente de la sífilis tardía.¹⁹ Para Fournier, en numerosos casos de PGP, la sífilis era la causa determinante, así como también la sífilis cerebral podría presentarse con una sintomatología que recordaba a la de la PGP y que, en esos casos, algunos de difícil diagnóstico, se denominaría como “pseudoparálisis general sífilítica”.²⁰ Sin embargo, no fue sino hasta 1913 que Hideyo Noguchi (1876-1928) y J. W. Moore aislaron la *spirochaeta pallida* en el cerebro de parálisis generales fallecidos, lo que significó la prueba indiscutible de que la sífilis era la causante de la PGP.

Ahora bien, aunque la PGP ya era una enfermedad ampliamente reconocida en la psiquiatría francesa, la literatura psiquiátrica en relación con este padecimiento en México se inició de manera tardía,²¹ a partir de la década de 1880. Durante este periodo apareció la tesis de Ferréol Labardie, en donde describió la historia de la PGP y sus formas clínicas, aunque indicaba que esta enfermedad no se debía a un estado terminal de la sífilis, sino más bien a causas de envenenamiento por plomo (saturismo) o al alcoholismo.²² Posteriormente, en 1903, en la revista *La Escuela de Medicina*, el médico Oton Rffiertz, delegado del Concejo Superior de Salubridad en Puerto Ángel, Oaxaca, preguntaba:

¿Quién de los lectores de este periódico no ha visto alguna vez un caso de tabes o de parálisis en complicación con *sclerosis initialis siphilitica*? ¿Si la sífilis es o no la *conditio sine qua non* para la tabes y para la parálisis? Y si no es ¿qué valor etiológico tiene en el desarrollo de estas enfermedades?²³

¹⁹ Postel, *op. cit.*, p. 206.

²⁰ Ulysses Vianna, “Sífilis do sistema nervoso”, *Arquivos Brasileiros de Neu-riatria e Psiquiatria*. 1919, *Manginhos*, v. XVII, n. 2, p. 683.

²¹ La llegada del concepto de PGP no sólo fue tardía en México; en España también llega en las últimas décadas del siglo XIX. Véase Olga Villasante, “La introducción del concepto de ‘parálisis general progresiva’ en la psiquiatría decimonónica española”, *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y la Ciencia*, Madrid, v. LII, n. 1, 2000, p. 53-72.

²² Labardie, *op. cit.*, p. 24-28.

²³ Rffiertz, *op. cit.*, p. 172.

Estas cuestiones que planteaba Rffiertz permiten obtener pistas del debate que suscitaba la PGP en la naciente ciencia psiquiátrica de México durante los primeros años del siglo XX. En el artículo explicaba que varios neurólogos afirmaban que la sífilis era la condición “*sine qua non* de la tabes y de la parálisis. *Nulla tabes sine lue. Nulla paralis sine lue*”, así como la tabes y la PGP eran “los estados cuaternarios de la sífilis o de los fenómenos postsifilíticos, sin virulencia sifilítica y sin ser influidos por una terapéutica antisifilítica, pero producidos por el mismo virus de la sífilis, modificado por el tiempo y la edad”.²⁴

Veintiún años después se publicó la tesis de Samuel Ramírez Moreno (1898-1951), quien, además de ser el médico que más estudió la PGP en México durante la primera mitad del siglo XX, fundó en 1922, junto con el doctor Ernesto Gonzales Tejeda, el Pabellón de Neurosifilíticos en el Manicomio General La Castañeda y posteriormente fungió como director de dicha institución psiquiátrica. Ramírez Moreno explicaba que, hasta muy pocos años antes de publicar su tesis, la discusión en La Castañeda sobre la etiología de la PGP creaba divisiones entre los médicos: unos defendían su naturaleza sifilítica y otros la negaban.²⁵

De cualquier forma, durante los primeros años del Manicomio General, la sífilis se convirtió en la causa directa de la PGP, ya que en el interrogatorio que se le hacía al enfermo al ingresar, y que se puede observar en los expedientes clínicos, se cuestionaba sobre los antecedentes venéreos, teniendo como respuesta que la mayoría padecía, o padeció, la sífilis en algún momento de sus vidas. A su vez se les preguntaba: “¿A qué causa atribuye su enfermedad?”, a lo que respondían, casi siempre, que a la sífilis. Ramírez Moreno resumía el dilema de la siguiente forma: “en síntesis, debemos decir como Jahnel: la parálisis general es una treponemosis de la corteza cerebral. Los norteamericanos, más concluyentes, se limitan a exclamar *no syphilis, no general paresis*”.²⁶

²⁴ *Ibidem*, p. 173.

²⁵ Ramírez Moreno, *op. cit.*, p. 14-15.

²⁶ *Ibidem*, p. 16-17.

Concepto clínico de la PGP

El médico mexicano Manuel Manteca Parra definió en 1925 a la PGP como una enfermedad toxi-infecciosa, post-sifilítica, caracterizada anatomopatológicamente por lesiones de meningo-encefalitis difusa y clínicamente por síntomas progresivos de demencia y parálisis.²⁷ Según este autor, las causas predisponentes de padecer la PGP se asociaban a factores como el país de procedencia, razas, profesiones y condiciones sociales, situaciones que incidían en la cantidad de paralíticos en los manicomios, “siendo proporcional al grado mayor de civilización y conforme con un trabajo intelectual activo”.²⁸ Lo que quería decir este autor era que, entre más carga intelectual tenía una persona, más propensa era a padecer la sífilis cerebral, y a ello se debían las altas cifras de contagios en Europa y América, con exclusión de la comunidad indígena: “este modo de reaccionar del sistema nervioso a la sífilis, por falta de predisposiciones neuropáticas necesarias para el desarrollo de la parálisis general, asegurando que cuando el alcoholismo y la civilización progresen entre los indígenas, dicha enfermedad será frecuente en ellos”.²⁹ El argumento anterior era compartido por Samuel Ramírez Moreno, aunque en su momento advertía que esta enfermedad ya hacía presencia en las comunidades indígenas mexicanas:

Pero ahora que la enfermedad toma incremento en todo el mundo, como lo demuestran las estadísticas; ahora que no sólo es patrimonio de los civilizados, sino que ya empieza a invadir a las razas aborígenes y en México se presenta con mucha mayor frecuencia, pues así lo atestiguan los enfermos de los manicomios; ahora seguramente, es cuando sólo las aptitudes y los conocimientos del médico pueden esgrimirse para detener el avance de tan terrible enfermedad, y para ello es indispensable adquieran las enseñanzas elementales de psiquiatría que es la única fuente donde obtendrán los elementos útiles para hacer diagnósticos oportunos y así defender a la sociedad y a la humanidad.³⁰

²⁷ Manuel Manteca Parra, *La inoculación de la malaria en la parálisis general progresiva*, tesis de Medicina, Escuela Nacional de Medicina, 1925, p. 13.

²⁸ *Ibidem*, p. 14.

²⁹ *Idem*.

³⁰ Ramírez Moreno, *op. cit.*, p. 35.

Esta tesis la sustentaba Ramírez Moreno con diversas fotografías de paralíticos generales indicando: “como puede verse hay numerosos mestizos e indígenas”. Por su parte, Manteca Parra aseguraba que había una proporción mayor de paralíticos en los asilos urbanos que en los rurales. También que las profesiones y el estado social concurrían más o menos directamente, expresando que la enfermedad era rara en los religiosos y frecuente en los militares, comerciantes, artistas, intelectuales, entre otros oficios. La edad promedio, afirmaba este médico, era entre los 35 y los 45 años, momento en que sobrevenía el cansancio físico e intelectual y toda clase de excesos; además, los hombres estaban más predispuestos que las mujeres, aseverando que la sífilis era generalmente más rara en el sexo femenino.³¹

Manteca Parra aparentemente tenía razón, ya que, según la base de datos, el promedio de edad de estos pacientes en La Castañeda era de 40 años. Tomando en cuenta que una característica de la enfermedad era que se manifestara entre 10 a 20 años después de contraer la infección sifilítica, se puede establecer que estos enfermos se infectaron cuando tenían alrededor de 20 años de edad. A su vez, la cantidad de hombres (80%) superaba por mucho a la de mujeres (20%).³² No obstante, hay que aclarar que las mujeres sifilíticas, especialmente las prostitutas, eran atendidas en el Hospital de Morelos;³³ por ello la enorme diferencia en los registros de entrada.

Por ejemplo, el doctor Puig Solanes, médico oftalmólogo del Hospital de Morelos, expresaba en 1938 que existía la creencia de que no se encontraba sífilis nerviosa en dicho hospital. Sin embargo, aseguraba que ello se debía a que la mayoría de las mujeres atendidas allí eran menores de 30 años, por lo que era raro ver pacientes con tabes o PGP. No obstante, después de que

³¹ Manteca Parra, *op. cit.*, p. 16.

³² BD-PAPIIT.

³³ Para una historia del Hospital de Morelos y sus funciones, véase Fernanda Núñez Becerra, “El papel del hospital en el control sanitario de la prostitución”, *Elementos*, v. VIII, n. 42, 2001. Bliss, *op. cit.*, p. 1-2, 56-57. La historia cronológica del hospital se encuentra en “Historia del Hospital de la Mujer”, *Secretaría de Salud* [en línea]. Disponible en: <http://www.hdelamujer.salud.gob.mx/historia1.html> [consultado el 17/09/2015].

este médico realizó un estudio sistemático del aparato ocular y de los pares craneanos con él relacionados en 1978 asiladas sifilíticas durante los años de 1935 y 1936, observó que la infección sifilítica temprana del “neuroeje” no era rara en ellas. Dicho resultado lo llevó a afirmar que “la invasión temprana del sistema nervioso se verifica en cerca del 10% de las sifilíticas jóvenes del Hospital de Morelos”.³⁴ Por ello era un deber considerarlas como neurolúeticas y tratarlas con las medidas terapéuticas asignadas para tales casos.

A comienzos del siglo XX, la PGP era dividida en cuatro periodos evolutivos. El primero era el *periodo prodrómico*, que consistía en dos etapas: de *incubación* y de *invasión*. El estado de *incubación*, que según Ramírez Moreno debía denominarse como *pre-clínico*, quedaba comprendido entre el momento de contraer la infección y las primeras manifestaciones clínicas, de modo que los únicos trastornos patológicos eran los del líquido cefalorraquídeo, que podían permanecer muchos años ocultos en ausencia de síntomas mentales. En el estado de *invasión* las primeras manifestaciones morbosas eran psíquicas, somáticas o mixtas. Los diversos trastornos mentales durante este tiempo se presentaban, según este médico, de manera “absurda” e “ilógica”, contrastando con la personalidad del sujeto, lo cual atraía la atención y ponía sobre la pista el diagnóstico.³⁵

En el *periodo de principio*, también llamado *médico legal* por la frecuencia con que los pacientes suscitaban conflictos sociales —y especialmente penales—, debido a comportamientos violentos, había un aumento aparente de la inteligencia por el estado habitualmente expansivo de los pacientes. Otros síntomas eran amnesia, cambios de carácter (que eran los trastornos más apreciables por

³⁴ M. Puig Solanes, “Infección sifilítica temprana del sistema nervioso en gran número de asiladas del Hospital Morelos”, *Boletín de Salubridad e Higiene*, Secretaría de Salubridad y Asistencia, t. 1, n. 2, 1938, p. 67-69. Otro texto que describe el tratamiento brindado a las sifilíticas en el Hospital de Morelos es de quien fue director de dicho hospital, Francisco Reyes, “El mercurocromo 220. Dibromo-Oxy-Mercuri-Fluorescina por la vía endovenosa como anti-luético”, *Boletín de Salubridad e Higiene*, Secretaría de Salubridad y Asistencia, México, t. 1, n. 2, 1938, p. 71-74.

³⁵ Ramírez Moreno, *op. cit.*, p. 46-47.

la familia, pues la manera de ser de los enfermos se volvía diametralmente opuesta a lo que había sido su conducta), pérdida de la autocrítica y faltas a la moral, actividad y estados afectivos, ideas delirantes y delirios y, por último, trastornos psicosensoresiales.³⁶

El *periodo de estado* era el más “aparatoso”, ya que se encontraban los síntomas en pleno desarrollo y las formas que se presentaban eran numerosas. Entre los estados psíquicos se hallaban la demencia, estados maniaco depresivos y estados delirantes, siendo el de grandeza el más frecuente con sus diversos aspectos: satisfacción, riqueza, invención, egolatría, etcétera. También se presentaban ideas de humildad, de desesperación, de incapacidad, de ruina, de indignidad, de autoacusación, de persecución, místicas, eróticas, de transformación corporal, etcétera. Los síntomas físicos eran trastornos de lenguaje, trastornos pupilares, temblores, contracturas, parálisis, reflejos, sensibilidad e ictus, entre otros más. Finalmente estaba el *periodo terminal*, en el que, según Ramírez Moreno, los enfermos se podían comparar con “animales acerebrados”, ya que su capacidad cognitiva estaba completamente destruida y sólo existían reflejos automáticos:³⁷

El estado que presentan es tan lastimoso que dejan profunda impresión y tristeza. Son seres aniquilados, la caquexia o marasmo paralítico es extremo, al grado que sólo pueden estar en la cama o en sillones acojinados[...] su lenguaje es muy reducido y más que palabras, balbuten gritos ininteligibles[...] no pueden comer por sí solos, se defecan y orinan en la cama, lo que constituye el estado de gatismo.³⁸

Al igual que los otros enfermos, los paralíticos generalmente ingresaban a La Castañeda con la nota de dos médicos cirujanos indicando que padecían de enajenación mental, por lo que debían ser internados para su tratamiento. En la ficha de admisión, que incluía un interrogatorio, se encontraban ciertas preguntas relacionadas con los antecedentes patológicos familiares a fin

³⁶ *Ibidem*, p. 47-52.

³⁷ *Ibidem*, p. 53-57.

³⁸ *Ibidem*, p. 57.

de descartar que el enfermo tuviera padres, abuelos o tíos sífilíticos, alcohólicos, suicidas o enfermos mentales, etcétera. También indagaban sobre los antecedentes patológicos del enfermo, por si había sufrido tifo, tuberculosis, enfermedades venéreas u otra patología infecciosa. La otra pregunta relevante era a qué causa se atribuía su enfermedad, para lo cual la respuesta obtenida era: la sífilis.

El problema de la PGP trascendió los muros de La Castañeda. Al tener certeza de que la causa etiológica de la PGP era la sífilis, y ésta a su vez era una enfermedad que se contagiaba por contacto sexual y de manera congénita —lo que denominaban durante gran parte del periodo estudiado como sífilis hereditaria—, se puede establecer que en el principal círculo familiar de estos enfermos muy posiblemente también padecieran sífilis. Por ejemplo, Manteca Parra indicaba que, cuando la mujer contraía la infección del marido, se denominaba como “parálisis general conyugal”.³⁹ De allí la gran preocupación que generaba esta enfermedad venérea en las autoridades médicas, pues el infectado podía llevar una vida “normal” debido a que, en algunos casos, las primeras etapas de la sífilis eran asintomáticas y la PGP se manifestaba años después de contraer la infección.

Un reportaje publicado en la revista *Hoy* indicaba que

la sífilis, la terrible enfermedad, ha hecho una de sus víctimas en este muchacho que aparece en la foto. Solamente cuenta con trece años y es como un monstruo al que le huyen las gentes. No hay nadie que se acerque a él y compruebe que su alma, al contrario de su físico, es buena y bondadosa. Sus párpados están caídos sobre sus ojos que se desvían a cada instante; el labio inferior es doblemente grueso que el superior; la cabeza está achatada en su superficie y las narices abultadas y grandes, le dan un aspecto horrendo a su rostro. Además, como otros muchos que padecen la misma enfermedad, está loco, encerrado para toda la vida en el Manicomio de La Castañeda (Jorge David Lozano, “Yo estuve en el manicomio!”, *Hoy*, n. 225, 1941, p. 41).

En La Castañeda, según se observa en el siguiente cuadro, más de la mitad de los paralíticos generales eran casados. Este

³⁹ Manteca Parra, *op. cit.*, p. 16.



Figura 3. Niño neurosifilítico en el Manicomio La Castañeda.

FUENTE: SINAFO-INAH, número de referencia 296514

dato diferencia a la población de parálíticos con la población general, pues de estos últimos la mayoría eran solteros. Sin embargo, aunque se indicara en el expediente que el paciente era soltero, no hay certeza de que éste no compartiera su vida sentimental con una pareja.

En conclusión, la PGP no sólo se consideró como una patología mental caracterizada por sus signos somáticos, su cronicidad y su índice de mortandad (el cual se verá más adelante), sino también por llevar al paciente, y a su círculo familiar, por los senderos de la inmoralidad y del estigma social causados por la sífilis. Sumado a lo anterior, se podría afirmar que la sífilis, según el historiador Jean Garrabé, representó simbólicamente dos miedos fundamentales del ser humano: el miedo a morir y el miedo a perder la razón.⁴⁰

⁴⁰ Citado por Villasante, “La introducción del concepto de ‘parálisis general progresiva’ en la psiquiatría decimonónica española”, *op. cit.*, p. 54. Aunque esta afirmación la realiza para describir el sentimiento generado por la sífilis en el siglo

CUADRO 1
Estado civil de los pacientes con PGP y de la población general, 1910-1968
(porcentaje)

<i>Estado civil</i>	<i>PGP</i>	<i>Población general</i>
Casado	52.47	28.14
Soltero	34.41	55.80
(en blanco)	6.06	8.39
Viudo	5.50	5.96
Unión Libre	1.13	1.04
Divorciado	0.28	0.48
Amancebado	0.14	0.08
TOTAL		100.00

FUENTE: BD-PAPIIT.

La historia de un paralítico

Después de haber intentado suicidarse en el mar y con pérdida parcial de la memoria, Rafael ingresó al Manicomio General el 5 de septiembre de 1921. Nació el 8 de diciembre de 1881 en Atoyac, Guerrero. Hijo de padre “nervioso, violento de genio”, y de madre, al parecer, sana. Tuvo tres hijos, dos de los cuales murieron en la primera infancia, uno de ellos de viruela. Aseguraba haber llegado a ser coronel militar durante el periodo revolucionario. Sin embargo, antes de pertenecer a la milicia fue agricultor. Desde 1901 empezó a abusar de los “placeres genésicos” y en 1910 bebía constantemente cerveza, tequila y comiteco. Dos años después adquirió un chancro sifilítico que no trató de manera adecuada, el cual evolucionó a una sífilis secundaria que se manifestó en erupciones maculo-papulosas en el tronco y miembros superiores, además de unas “bolas” en el cuello y la nuca, y caída del cabello. Sufría insomnio constantemente y declaró una disminución de

XIX, también se puede trasladar al siglo XX, ya que fue a partir de los primeros años de este siglo que se confirmó que la causa fehaciente de la PGP era la sífilis.

la potencia genital. Fue tratado con jarabe de Gibert, medicamento antisifilítico que se administraba por medio oral, a base de biyoduro de mercurio y yoduro de potasio.⁴¹ También se le administró neosalvarsán.⁴²

En La Castañeda, y debido a que se encontraba “sumamente exaltado” y expresando palabras incoherentes, con ideas de persecución, chiflando, bailando y cantando, tuvo después de su internamiento varios ingresos al Pabellón de Peligrosos. Su primer diagnóstico fue “alcoholismo crónico con delirio alcohólico”. Salió por mejoría el 25 de mayo de 1922, a solicitud de la familia.⁴³

No pasó mucho tiempo para que Rafael volviera a ingresar a La Castañeda, ya que después de diez días de su salida regresó tras haber comido vidrio triturado, chapopote y tintura de iodo. También, con intenciones de suicidarse, incendió su ropa y se picó con alfileres. Fue diagnosticado con PGP y pasó casi un año y medio en el manicomio para salir posteriormente el 7 de diciembre de 1923 a solicitud de la familia. Trece días después fue remitido por la policía, hablando incoherencias, con temblor en la lengua, desigualdad pupilar y pterigiones.⁴⁴ Era un enfermo molesto, constantemente se burlaba de otros compañeros enfermos, y bailaba y cantaba sin control. El 29 de diciembre de ese año le realizaron pruebas serológicas de laboratorio y todas fueron positivas, comprobando que el treponema sifilítico había invadido su cerebro. Sus momentos de euforia y alegría contrastaban con estados de profunda tristeza, alegando ser un inútil y un enfermo sin remedio. Se quejaba de ser un “desgraciado impotente”, se sentía un perverso y poco hombre, debido a haber practicado la sodomía con varios enfermos cuando estuvo en el Pabellón de Peligrosos. Un fragmento de una carta dirigida a su hermana brinda una idea de lo que sentía este enfermo por padecer la PGP:⁴⁵

⁴¹ Este medicamento fue creado por Camille Melchior Gibert (1797-1866) y fue comúnmente usado en diversos países como Colombia, Chile y España.

⁴² AHSS, FMG, SEC, caja 119, exp. 7094, f. 41.

⁴³ *Idem.*

⁴⁴ Un pterigión es un crecimiento benigno en el ojo que sobresale de la conjuntiva y lentamente se propaga a través de la córnea.

⁴⁵ AHSS, FMG, SEC, caja 119, exp. 7094, f. 41.

Manicomio General. Mixcoac. Agosto 21 de 1924.
Señorita Simona...
Acapulco, Guerrero.

Querida Hermana:

Como siempre sigo triste y agobiado al tener que soportar esta visible enfermedad, este encierro me quita mucho el ánimo y la alegría, ya tengo deseos de respirar otro ambiente, pues como le he dicho otras veces mi enfermedad es de larga duración y no quiero resignarme a morir en este encierro.⁴⁶

La carta terminaba con una petición de ropa adecuada para salir. El 28 de abril de 1925 lo dieron de alta a solicitud de su familia. Sin embargo, a los tres días de estar en su hogar, quejándose de fuertes dolores de cabeza, trató de golpear a sus familiares, por lo que decidieron internarlo nuevamente. En su reingreso se mostró excesivamente agresivo y con “excitación verbal”, por lo que fue necesario ponerle la camisa de fuerza y aislarlo de los demás enfermos. Desvariaba expresando que se iba a casar al día siguiente en Iguala y manifestaba delirios de persecución asociados a la presión que sostenían sobre su familia individuos influyentes, alegando que su encierro se debía al temor de su madre de que lo matasen. En el aspecto físico, el paciente padecía temblor fibrilar de los labios, párpados y lengua, numerosas escoriaciones dermoepidérmicas en el dorso de ambas manos y varias contusiones de primer grado en la cabeza.⁴⁷

Rafael murió poco tiempo después, pero paradójicamente no fue por causas de la PGP, sino por quemaduras sufridas en el manicomio durante un baño de agua caliente o de “temperatura” que fue empleado para “tranquilizarlo” debido a su estado de “excitación” y violencia.

El caso anterior es relevante, ya que se ponen en tensión temas médicos, sociales y morales relacionados con la PGP. Al indicar que el enfermo disfrutaba de los placeres genésicos y del alcohol se vinculaba su enfermedad con problemáticas sociales, ya que se consideraba que los padecimientos sifilíticos eran el

⁴⁶ AHSS, FMG, SEC, caja 119, exp. 7094, f. 62.

⁴⁷ AHSS, FMG, SEC, caja 119, exp. 7094, f. 41.

resultado de una vida “impura”. También esto es relevante, pues permite observar la evolución de la enfermedad. En un principio, Rafael padeció un chancro sifilítico mal tratado, que evolucionó a una sífilis secundaria. Aunque inicialmente no se asoció su enfermedad mental con la sífilis, sino con el alcoholismo, en su expediente se observó la importancia brindada al avance de los síntomas del denominado mal gálico.

En su segundo ingreso se diagnosticó con PGP. Confirmada su enfermedad por las pruebas de laboratorio y complementadas éstas con los síntomas físicos y psíquicos, se comprobó la invasión del treponema sifilítico en el cerebro del militar. Sobresale su postura fatalista sobre la enfermedad, ya que constantemente advertía a sus familiares que no lo sacaran del manicomio porque podría hacer algo indebido en el exterior, resaltando la evidente visibilidad de la enfermedad, factor que causaba un fuerte estigma social y moral. Esto sin duda es una información importante, ya que fue quizá por ello que la policía lo remitió en su tercer reingreso. Recordemos que uno de los lapsos más conflictivos de la PGP era el periodo de principio o médico legal, momento en el cual estos enfermos podían cometer diversos delitos. Uno de los signos de este periodo era, de acuerdo con Ramírez Moreno, la “afectividad y estados afectivos”, en los cuales los parálíticos tenían la actividad más exaltada, padeciendo de “hiperproducción de pensamientos, de cálculos, etc., locuacidad, exageración genésica que conducía a ultrajes públicos al pudor y violaciones. Además de robos, excesos alcohólicos e impulsividad, actos todos de carácter brusco”.⁴⁸

A pesar de pedir en numerosas ocasiones que no lo retiraran del manicomio, también expresaba en sus cartas que no quería morir encerrado en La Castañeda, pues su enfermedad era de larga duración y probablemente incurable; por lo tanto es destacable la cantidad de veces que salió por solicitud de su familia. Aunque era un enfermo que dentro y fuera del manicomio se caracterizara por un comportamiento violento y por conductas suicidas, los médicos de La Castañeda no se opusieron en ningún momento a su salida. Por ello, la imagen de las instituciones

⁴⁸ Ramírez Moreno, *op. cit.*, p. 48-49.

psiquiátricas como centros de reclusión, confinamiento social y aislamiento forzado queda en entredicho con estos hechos.

Si bien este paciente no murió debido a la PGP, la cronicidad y mortandad que causaba esta enfermedad en La Castañeda se puede resumir en los siguientes datos: el 52% de los paralíticos que ingresó al manicomio finalmente falleció; el 24% salió por solicitud de la familia y un 13% no regresó del permiso. Aunque su salida no fuera por muerte, ello no garantizaba que el paralítico se encontrara mejorado; sólo el 2% salió bajo esa condición. Sin embargo, eran pacientes que comúnmente reingresaban. La PGP fue tan letal que constituyó la enfermedad que más muertes causó en el manicomio. No obstante, el 78% de las causas de decesos no se registró; la PGP causó el 2.33% del total de las muertes, la caquexia el 1.10% y la neumonía el 1%.⁴⁹

La PGP en La Castañeda. Tres momentos

Según la gráfica 1, la PGP fue una enfermedad mental que estuvo presente en gran parte del tiempo de funcionamiento de La Castañeda y representó el 5.7% de los diagnósticos. Sin embargo, antes de continuar se debe aclarar que la PGP no fue la única enfermedad mental causada por un estado terminal de la sífilis. La neurolúes, la tabes, la sífilis cerebral y la heredosífilis fueron patologías comúnmente diagnosticadas por los médicos del manicomio.⁵⁰ Las enfermedades mentales, como resultado de la

⁴⁹ BD-PAPIIT.

⁵⁰ En algunos casos clínicos de epilepsia esencial, se creía que la razón etiológica se debía a la sífilis. El médico Horacio Brindis, retomando algunos puntos propuestos por Fournier décadas antes, aseguraba que la sífilis secundaria podía estimular algunas neurosis preexistentes y despertar algunas neurosis extinguidas o calmadas. “De este modo tenemos ejemplos frecuentes para la histeria sobre todo, y aun para la epilepsia.” Igualmente explicaba que la sífilis podía provocar y crear toda clase de neurosis que no existían antes de ella y que no se habían revelado nunca por ningún indicio, y que sin ella, probablemente, no se habrían producido. Para demostrar lo anteriormente explicado, aludía a que algunos individuos en un estado secundario de la sífilis presentaron crisis exactamente iguales a las de los de la epilepsia esencial y que mejoraron bajo la influencia del tratamiento específico. No obstante, Brindis advertía que

sífilis, ocuparon el 10% del total de ingresos, pero de ese porcentaje la PGP ocupó más de la mitad de los diagnósticos: el 57%. Ello la convirtió en la enfermedad mental de origen sifilítico más diagnosticada.⁵¹

Samuel Ramírez Moreno indicaba en 1924 que la diferencia entre la PGP y las demás neurosífilis podría establecerse en la clínica, en el laboratorio y en la anatomía patológica. De acuerdo con este médico, la característica propia de la PGP era que presentaba un aspecto hipervirulento de la sífilis, como se podía ver en los procesos meningo-vasculares más generalizados, en la marcha progresiva y en la intensidad de las reacciones de laboratorio, ya que era mayor que las de otras neurosífilis. En definitiva, se consideraba como la forma más intensa que producía el treponema en el cerebro y sus anexos.⁵²

a) *1910-1924: del síntoma a la reacción Wassermann*. Gran parte de este periodo coincide con uno de los momentos más representativos de la historia mexicana: la Revolución. Según Andrés Ríos Molina, los ingresos generales al manicomio fueron notablemente bajos durante el conflicto bélico. El argumento de este autor es que, aunque se podría suponer que La Castañeda fue durante el periodo revolucionario un lugar destinado para los sujetos pobres y enfermos en busca de techo y comida, la verdad es que eso no ocurrió, ya que La Castañeda se construyó con una capacidad para albergar a 1 200 pacientes, límite nunca alcanzado durante la década en cuestión.⁵³

Durante estos años, los sectores que más pacientes remitieron al manicomio fueron la familia y la policía, con 39.44% y 27% respectivamente. La mayoría, el 19.72%, era originaria del Distrito Federal; los restantes eran de otros estados de la república

no tenía suficientes datos para asegurar que la epilepsia esencial fuera siempre de origen sifilítico, pero en los casos que había estudiado no se podía negar esa relación, aunque en algunos otros las reacciones serológicas eran siempre negativas. Horacio Brindis, *Relación entre la epilepsia y la sífilis. Contribución para su estudio*, tesis de Medicina, Escuela Nacional de Medicina, 1922.

⁵¹ BD-PAPIIT.

⁵² Ramírez Moreno, *op. cit.*, p. 23-24.

⁵³ Ríos Molina, *op. cit.*, p. 44-45.

y del extranjero. Resalta que un número considerable de enfermos de PGP eran españoles y representaban el 10.56% de los ingresos en este periodo, cifra sobresaliente pues en la base general sólo se encontró el 1.29% de enfermos mentales de nacionalidad española durante estos mismos años. También se hallaron alemanes, italianos, franceses y chinos. Asimismo, gran parte de estos paralíticos estaba integrada, como lo muestra el siguiente cuadro, por no pensionistas, seguida de indigentes y pensionistas de segunda.⁵⁴ Lo anterior puede indicarnos el estrato socioeconómico de los pacientes paralíticos en estos años.

CUADRO 2
Categoría de los pacientes con PGP1910-1924
(porcentaje)

No pensionista	50.0
Indigente	19.0
Pensionista 2a	12.7
Pensionista 1a	8.5
Pensionista 3a	7.0
Reo	2.8
TOTAL GENERAL	100.0

FUENTE: BD-PAPIIT.

Estos catorce años representaron el 20% del total de los ingresos por PGP a La Castañeda. Aunque durante el periodo revolucionario no hubo una incorporación masiva de pacientes a la institución psiquiátrica, la PGP fue una de las patologías más diagnosticadas en ese lugar.⁵⁵ Los años en que se presentaron mayores ingresos correspondieron al lapso que va de 1919 a 1923. Si bien durante el año de 1924 se halló una leve reducción en las entradas, según los expedientes clínicos revisados, es al iniciar la década de 1920 cuando se utilizaron con mayor frecuencia la reacción Wassermann y la prueba del líquido cefalorraquídeo

⁵⁴ BD-PAPIIT.

⁵⁵ Ríos Molina, *op. cit.*, p. 162-164.

para el diagnóstico de la PGP. Por tanto, se puede plantear como hipótesis que con el uso de estas pruebas se procedió a diagnosticar más pacientes con mayor certeza, lo que acrecentó la población de parálíticos, tal y como se observa en la gráfica 1.

La reacción Wasserman, que lleva su nombre en honor de su inventor el científico alemán August Paul von Wassermann (1866-1925), constituía una prueba serológica capaz de diagnosticar la sífilis y era comúnmente utilizada en La Castañeda. Como se mencionó anteriormente, en los expedientes clínicos se introdujeron los resultados de esta reacción a partir de los inicios de la década de 1920. Si bien el manicomio tenía su propio laboratorio, también se realizaron pruebas serológicas a los parálíticos de esta institución en el laboratorio médico del doctor Jesús Arroyo y en el laboratorio médico del doctor Martínez Solís. La prueba arrojaba unos resultados en forma de cruces, así que cuando se hallaban tres cruces (+++) era *positivo intenso*, dos cruces (++) *positivo franco*, una cruz (+) *positivo débil*, una cruz y signo negativo (±) *dudoso*; finalmente, cuando aparecía un signo negativo (-) era porque el paciente no padecía sífilis. Las pruebas podían realizarse varias veces en el paciente con el objeto de verificar el diagnóstico y la evolución de la enfermedad con el tratamiento empleado. Ahora bien, cabe resaltar que ésta era una de las particularidades clínicas de la PGP, ya que de las enfermedades mentales era la única que se podía diagnosticar mediante pruebas de laboratorio.⁵⁶

A su vez, el estudio del líquido cefalorraquídeo se imponía en casos de diagnóstico etiológico incierto. José Guadalupe Munguía explicaba en su tesis, publicada en 1920, que existía una infección meníngea desde el principio de la sífilis y eso se había

⁵⁶ Sin embargo, los resultados de esta prueba no siempre era acertados. Andrés Ríos argumenta que posiblemente el aumento de sifilíticos pudo obedecer al incremento de la actividad sexual entre soldados y prostitutas sin el control médico que debía aislar a los contagiados, pero también pudo haber un sobrediagnóstico clínico por imprecisiones en la técnica del laboratorio. La elevada cantidad de sifilíticos pudo ser una realidad clínica, una ficción química o un poco de ambas. Véase Ríos Molina, *op. cit.*, p. 168. Especialmente el caso de los cuestionamientos realizados por el médico Edmundo Escobel a la prueba Wassermann, p. 166-168.

demostrado sólo mediante las reacciones del laboratorio, igualmente que el estudio del líquido sub-aracnoideo debía practicarse desde el punto de vista citológico y químico, independientemente de que al mismo tiempo pudieran apreciarse algunos de sus caracteres físicos que, aunque de poco valor, no podían pasar inadvertidos.⁵⁷

Samuel Ramírez Moreno advertía que entre más rápido se realizara el diagnóstico de la PGP habría más posibilidades de mejorar el estado de salud del paciente; por ello era necesario un “diagnóstico preclínico” de la PGP. Él aseguraba que, antes de que se presentaran síntomas de orden nervioso o psíquico, existían, utilizando la prueba del líquido cefalorraquídeo, signos que traducían la invasión del treponema sobre el sistema nervioso. Aseguraba que por casualidad se habían encontrado en individuos aparentemente sanos “tales signos humorales” en este fluido, propios a los señalados en la PGP o en otra forma de neurosífilis durante el periodo de “estado”; estos hallazgos habían servido tanto para diagnosticar oportunamente la enfermedad como para instituir una terapéutica enérgica y apropiada.⁵⁸ En definitiva, aunque se privilegiaran los resultados del laboratorio para el diagnóstico de la PGP, el valor de los signos somáticos también era relevante, ya que bajo la observación y la experiencia del especialista se llegaba a determinar que, efectivamente, el paciente padecía la enfermedad.

El ejemplo claro de lo anteriormente descrito fue el caso de un coronel que ingresó a La Castañeda en 1915 con un agudo mutismo, tanto que su esposa fue la que contestó el cuestionario de recepción. Cuando le preguntaron a qué se debía la enfermedad de su esposo, ella respondió que a “una fuerte emoción”. Aunque no tenía antecedentes de enfermedades venéreas, su

⁵⁷ José Guadalupe Munguía, *Algunas consideraciones sobre el diagnóstico y tratamiento de la neurosífilis, especialmente de la tabes y la parálisis general*, tesis de Medicina, Escuela Nacional de Medicina, 1920, p. 17.

⁵⁸ Samuel Ramírez Moreno, “El diagnóstico preclínico de la sífilis nerviosa”, *Revista Mexicana de Psiquiatría, Neurología y Medicina Legal*, México, v. II, n. 6, 1935, p. 6.

padre, también militar, fue un suicida. En la historia clínica se encontró con que:

El enfermo se encuentra en la actualidad en un estado de depresión completa. No habla y por eso no se llena el interrogatorio. Por lo que dijera sería por lo que dice su esposa. Dicha señora refiere que hace año y medio poco más o menos, empezó a tener su esposo alteraciones en las piernas, y que su estado mental se descompuso desde que lo pusieron preso en la Decena Trágica. Y que tuvo principalmente delirio de persecución y un estado maniaco acentuado. Tenía disartria y su escritura era con líneas en zigzag, faltando sílabas. Tenía frecuentes tachaduras.⁵⁹

Los trastornos mentales de este paciente iniciaron cuando lo encarcelaron tras la Decena Trágica; es decir, la explicación que brindó la pareja de este militar para justificar su enfermedad mental fue un trauma de guerra. Sin embargo, su diagnóstico clínico fue PGP y su tratamiento médico fue dirigido a atacar el treponema, aunque no tuviera antecedentes venéreos conocidos.

El tratamiento médico para la PGP durante este periodo, según las historias clínicas consultadas, no variaba mucho al de la sífilis en sus dos primeros estados, ya que era a base de mercuriales y arsenicales. Los arsenicales cobraron importancia en México con la introducción, a finales de 1910, del Salvarsán 606. Este medicamento, creado por el alemán Paul Ehrlich (1854-1915), fue considerado por la ciencia médica mexicana el comienzo del fin para el denominado “mal venéreo”. El 606 no sólo llamó la atención de médicos, sino del público en general, pues se trataba del descubrimiento de un remedio que:

En una sola aplicación, puede hacer desaparecer una de las enfermedades que causan la desgracia de la especie humana y cuyos estragos no solamente se hacen sentir en el individuo enfermo, sino en la especie, siendo capaces de sembrar desunión y la desgracia de familias que no merecían haberla sufrido. Se trata del remedio marcado con el número 606 y descubierto por Ehrlich.⁶⁰

⁵⁹ AHSS, FMG, SEC, caja 57, exp. 3779.

⁶⁰ Fernando Liceaga, “El núm. 606”, *Gaceta Médica de México*, Academia Nacional de Medicina, México, t. v, 1910, p. 505. Cabe resaltar que el invento

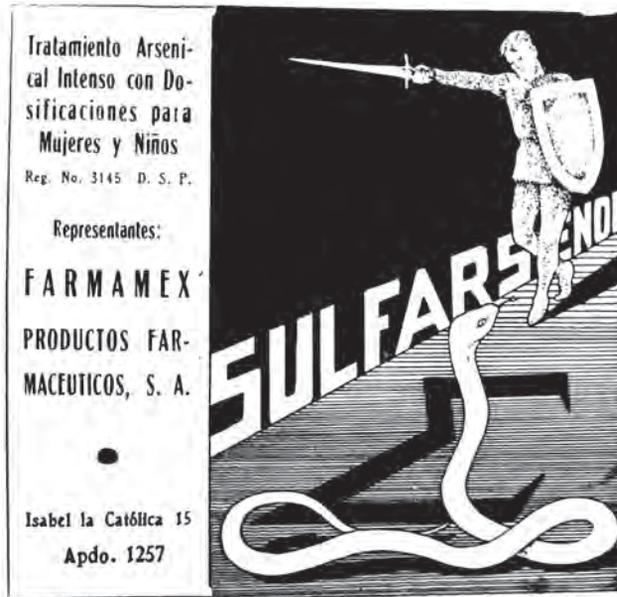


Figura 4. FUENTE: *Revista Mexicana de Psiquiatría, Neurología y Medicina Legal*, México, v. IV, n. 21, 1937, p. 43

Unos cuantos años más tarde de la llegada del 606 se introdujo una versión mejorada, el Neosalvarsán 914, que era más soluble y eficaz. Estos medicamentos, sin duda, marcaron una nueva etapa en el tratamiento de la sífilis, el cual, anteriormente, se constituía a base de mercurio.⁶¹ Con la indudable aceptación de que la PGP se debía a un estado terciario de la sífilis, el tratamiento se dirigió a atacar el treponema sifilítico del enfermo. Así pues, se establecieron en el manicomio varios métodos de aplicación del medicamento. El primero y el más común era denominado de Swift y Ellis, que consistía en extraer, 60 minutos después de una inyección de Salvarsán, 40 c. c. de sangre que se dejaba coagular y se centrifugaba con el fin de separar los glóbulos rojos.

de Ehrlich significó el inicio de la quimioterapia como terapéutica médica para diversas enfermedades, principalmente el cáncer.

⁶¹ El texto de Estrada Urroz, *op. cit.*, describe cómo fueron la introducción y las primeras aplicaciones del 606 en México.

Después se guardaba el líquido en un refrigerador durante 24 horas y al cabo de este tiempo se diluía en suero fisiológico de modo que quedara al 40%: 12 c. c. de suero y 18 de agua salada. Finalmente, se calentaba a 56 grados centígrados durante media hora. De esta manera quedaba preparada la inyección y se introducía mediante una aguja en la cavidad subaracnoidea del enfermo. Las inyecciones se practicaban cada ocho días y, si el paciente había resistido bien, se aumentaba la concentración del suero.⁶²

Otro método era el de Barbat. Consistía en introducir el Salvársán mediante inyección intravenosa e inmediatamente después se realizaba una punción intrarraquídea para sacar líquido. Con este procedimiento se hacía una especie de vacío en el canal raquídeo, provocando una vasodilatación de los capilares meníngeos que facilitaba el paso del arsénico al líquido, aunque también se atribuían los buenos resultados del método al paso de anticuerpos, debido a que disminuía la presión del líquido cefalorraquídeo. El de Ravaut y Mac Bride consistía en preparar soluciones de arsénico el primero y bicloruro de mercurio el segundo, mezclándolas directamente con el líquido cefalorraquídeo que inyectaban de inmediato y en cantidades proporcionales según la susceptibilidad de los enfermos. Finalmente, en el método de Byrnes se usaba el bicloruro de mercurio, agregándosele al suero del mismo enfermo en la proporción de un miligramo o más, según la susceptibilidad del paciente. Después se inyectaba en el canal raquídeo.⁶³

En definitiva, la PGP fue una enfermedad mental que se caracterizó por ser diagnosticable mediante pruebas serológicas y tratable por medio de medicamentos. Asimismo, fue una enfermedad que estuvo presente desde que inició labores La Castañeda, teniendo un gran impacto en los años finales de la Revolución y comienzos de la década de 1920. Los militares se convirtieron en uno de los grupos más representativos debido a que eran considerados clientes asiduos de las prostitutas. Además, el movimiento de tropas durante el conflicto bélico coadyuvó a una

⁶² Munguía, *op. cit.*, p. 29-30.

⁶³ *Ibidem*, p. 31.

ARSENOTERAPIA DE LA PARÁLISIS GENERAL

Stovarsol Sódico

4-oxi-3-acetilamino-fenil-1-arsinato de sodio

TRATAMIENTO EFICAZ
en un porcentaje elevado de casos,
incluso avanzados

**Inyecciones sub-cutáneas ó
intramusculares indoloras**

**Posibilidad de asociación con la
Piroterapia por el Dmelcos**

Ampollas dosificadas a 0 gr. 50, 1 gr.

N.º 4126 D. S. P.

Société Parisienne d'Expansion Chimique
SPECIA
Marques "POULENC FRÈRES" et "USINES DU RHONE"
21, Rue Jean-Goujon — PARIS (8^e)

Figura 5. FUENTE: *Revista Mexicana de Psiquiatría, Neurología y Medicina Legal*, México, v. III, n. 16, 1934, p. 15

propagación de la infección sífilítica. No obstante, fue durante el siguiente periodo que se encontró la mayor cantidad de ingresos de pacientes parálíticos en La Castañeda, enfermos que posiblemente adquirieron la sífilis durante el periodo revolucionario.

Anteriormente se citaba a Manteca Parra cuando explicaba que los militares, los comerciantes y los empleados fueron los oficios de los pacientes más propensos a adquirir la PGP. Aunque los comerciantes y los individuos de otras diversas ocupaciones fueron quienes tuvieron los mayores índices de ingreso, cabe resaltar que los militares constituyeron un grupo ocupacional definido y los otros se podrían asociar con cualquier cantidad de

oficios. Como quiera que sea, los militares ocuparon durante este periodo el 8% del total de los ingresos por PGP.⁶⁴

No es extraño, entonces, que durante este periodo el mayor ingreso de militares se realizara en los momentos finales de la Revolución y principios de la década de 1920, ocupando el 31.69% del total de ingresos de este gremio, ya que, como se ha descrito anteriormente, la PGP se manifestaba a partir de 10 a 20 años después de contraer la infección sifilítica; ello pudo ser, entre otras cosas, una de las razones por las cuales hubo un numeroso ingreso de estos pacientes en el periodo que comprende los años entre 1925 a 1946.

b) 1925-1946: del “experimento” a la penicilina. Según la gráfica 1, este periodo fue el de más enfermos que se presentaron en La Castañeda, alcanzando el 62%. En este momento se encuentran los años con mayores ingresos: 1926, 1934 y 1936. En sólo tres años entró el 14% de los pacientes paralíticos que ingresaría en los 58 años de funcionamiento del manicomio. Se ha marcado esta temporalidad debido a que fue a partir de 1925 que se registró un incremento de pacientes paralíticos en La Castañeda y es 1946 el último año de un ingreso considerable; a partir de 1947 las cifras tendieron a bajar.⁶⁵

Durante este periodo los paralíticos fueron en su mayoría mexicanos: 91.84%. No se registró su domicilio en el 4% y el resto se dividió entre algunos españoles que, a diferencia del periodo anterior, sólo registró el 1.59%, además de alemanes, chinos, húngaros, polacos, japoneses, etcétera. Como puede observarse en el siguiente cuadro, la categoría indigente —que fue una de las que más números registró en el periodo anterior— desapareció, pero la figura de no pensionista continuó siendo la que más registros conservó. Del mismo modo, se encontraron algunos pacientes “distinguidos” que, aunque pocos y sumados a los pensionistas, indican que entre los enfermos mentales por sífilis se hallaban personas de los altos estratos sociales.⁶⁶

⁶⁴ BD-PAPIIT.

⁶⁵ BD-PAPIIT.

⁶⁶ BD-PAPIIT.

CUADRO 3
Categoría de los pacientes con PGP, 1925-1946
(porcentaje)

No pensionista	83.4
Pensionista 3a	4.5
Pensionista 2a	3.9
Pensionista 1a	3.0
Pensionista	2.0
Reo	2.0
Distinguido	1.0
Pensionista exceptuado	0.2
TOTAL GENERAL	100.0

FUENTE: BD-PAPIIT.

Cabe resaltar la diversidad de oficios que tenían estos enfermos. Los oficios como albañil, agente postal, arriero, artesano, carnicero, cargador, etcétera, han sido reunidos en un solo grupo denominado “diversos oficios” que ocupó el 53.29%. Las amas de casa fueron el 9.30%, los comerciantes el 8.16% y los militares el 7%. Se reunieron otros oficios en “profesionales”, donde tuvieron cabida arquitectos, abogados, médicos y hasta un senador. Ellos ocuparon un 3.63%.⁶⁷

Ahora bien, ¿a qué se debió el importante ingreso de pacientes con PGP a La Castañeda durante estos años? Una hipótesis puede ser el desplazamiento poblacional originado en este periodo y que conllevó una expansión demográfica en la ciudad, lo que pudo traer como consecuencia un incremento en la densidad poblacional del manicomio. Ejemplo de ello es que las cifras de parálíticos que nacieron en otros estados ascendieron al 67.11%, mientras que del Distrito Federal fue un 23.81%, y no se registró un 8.62%. No obstante, la mayoría de estas personas residía en el Distrito Federal con un 78.23%; no se registró un 5% y en otros

⁶⁷ BD-PAPIIT.

estados el 16.55%.⁶⁸ Por otro lado, este aumento constante en la población citadina trajo consigo problemas sociales que de alguna forma pudieron contribuir al incremento en los índices de infectados con sífilis, por ejemplo la prostitución.⁶⁹

En 1927 el Jefe del Departamento de Salubridad Pública, Bernardo Gastélum (1886-1981), aseguró que el 50% de la población mexicana padecía de sífilis y que en la población nacional había un 60% de contagiados: una cantidad bastante exagerada. Sin embargo, este médico mencionó dichas cifras con la intención de impulsar la mayor iniciativa para el control de las enfermedades venéreas en México durante la primera mitad del siglo XX: la Campaña Nacional Antivenérea.⁷⁰

Esta campaña, la cual dependió del Departamento de Salubridad Pública, fue una cruzada propagandística cuyo objetivo era educar tanto a los hombres como a las mujeres de la ciudad de México sobre las enfermedades de transmisión sexual. También se distribuyeron alrededor de 630 000 panfletos acerca de la sífilis y 430 000 sobre la gonorrea.⁷¹ La campaña de educación higiénica antivenérea se basó principalmente en la presentación de conferencias sobre la profilaxis de la sífilis, sus consecuencias y, sobre todo, las formas existentes para evitarla.⁷² Es decir, la institución creó un aparato propagandístico con el fin de “educar” o concientizar a la población de los riesgos de adquirir la sífilis, dentro del cual el cine fue una importante herramienta de divulgación, principalmente con las películas *The*

⁶⁸ BD-PAPIIT.

⁶⁹ Rodrigo Meneses explica el proceso de control médico que debían llevar las prostitutas con el fin de descartar las enfermedades venéreas para poder continuar ejerciendo su oficio. Además explica, de manera detallada, la zonificación que se creó en la ciudad para el ejercicio de la prostitución a partir del nuevo Reglamento para el Ejercicio de la Prostitución en el Distrito Federal. Véase Meneses, *op. cit.*, p. 207-208.

⁷⁰ María Rosa Gudiño Cejudo, *Campañas de salud y educación higiénica en México, 1925-1960, del papel a la pantalla grande*, tesis de doctorado, Colegio de México, Centro de Estudios Históricos, 2009, p. 10. En esta tesis se encuentra, de manera muy clara, la información sobre los medios propagandísticos que dispuso la campaña, principalmente en el cine, como medio de difusión para la concientización del público en general.

⁷¹ Bliss, *op. cit.*, p. 102-103.

⁷² Gudiño, *op. cit.*, p. 144.

*End of the Road y Listos para vencer.*⁷³ Por otro lado, también se observó que el control de la enfermedad ya no se basó en reprimir o contener la prostitución: la campaña se dirigió hacia el público en general.

Vale la pena aclarar que la campaña se basó en una legislación clara que iba dirigida a los enfermos, médicos e instituciones médicas. En el año de 1940, durante la presidencia de Lázaro Cárdenas, el reglamento constaba de ocho capítulos. El capítulo I, “De la curación obligatoria”, tenía tres artículos. El primero definía las enfermedades venéreas. El segundo precisaba que toda persona que padeciese de alguna enfermedad venérea estaba obligada a someterse a tratamiento médico hasta ser dada de alta. De no contar con un médico particular, debería acudir a los establecimientos de curación gratuita autorizados por el mismo Departamento de Tratamiento de estas enfermedades. Finalmente, el tercero especificaba que los directores de internados tenían la obligación de confiar a un facultativo legalmente autorizado el tratamiento de las enfermedades venéreas que padeciera cualquier persona que estuviera bajo su dependencia. El capítulo II se refería a las obligaciones de los que ejercían la medicina y el III describía la obligación de los enfermos:

I. Someterse al cuidado de un médico, ya sea particular o de un dispensario antivenéreo, tan pronto como sospeche que se encuentra enfermo de algún mal venéreo.

II. Proporcionar al médico todos los datos que se le pidan.

⁷³ *Ibidem*, p. 18. La implementación de medios de difusión para la concientización de la población en general sobre los riesgos de las enfermedades no fue una cuestión nueva en el México posrevolucionario. Ésta se diseñó y se volvió masiva en algunos países europeos en el periodo de entreguerras. Para el caso español, véanse Ramón Castejón, Enrique Perdiguero y Rosa Ballester, “Los medios de comunicación al servicio de la lucha antivenérea y la protección materno-infantil (1900-50)”, *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. XIII, n. 2, 2006; Castejón Bolea, “Las estrategias preventivas individuales en la lucha antivenérea: sexualidad y enfermedades venéreas en la España del primer tercio del siglo XX”, *Hispania*, Madrid, t. LXIV, v. III, n. 218, 2004; Josep Lluís Barona y Josep Bernabeu-Mestre, *La salud y el Estado. El movimiento sanitario internacional y la administración española (1851-1945)*, Valencia, Universidad de Valencia, 2008.

III. En caso de que el enfermo cambie de facultativo, deberá presentar al que lo atendía constancia de que está al cuidado de otro y cumplir con éste las obligaciones del artículo 4.

IV. No abandonar el tratamiento mientras no posea constancia de no constituir peligro para la sociedad.

Art. 6. Cuando alguien padezca una enfermedad venérea en periodo infectante y que por el trabajo a que se dedique constituya un vehículo de contagio, suspenderá su actividad hasta que sea dado de alta conforme a lo dispuesto en el artículo siguiente. En caso de que a juicio del Departamento de Salubridad proceda el aislamiento, se ordenará la hospitalización.

Art.7. Las altas serán expedidas únicamente por médicos con título registrado en el Departamento de Salubridad Pública y por los directores de los dispensarios y hospitales, en sus respectivos casos, cuando el periodo infectante haya desaparecido.⁷⁴

Los otros capítulos se definían así: el IV se refería a las obligaciones de los dispensarios y de los hospitales; el V acerca del contagio nutricional; el VI a lo concerniente al certificado prenupcial; el VII mencionaba las estadísticas y estudios sociales que organizaba el Departamento de Salubridad Pública. Finalmente, el VIII advertía que cualquier violación a este reglamento, que no se considerara un delito, se castigaría administrativamente con multa de 5 000 pesos, según el daño causado o el peligro a que se hubiera expuesto a una persona a juicio de las autoridades.⁷⁵

No se ha hallado información acerca de que la campaña tuviera que ver con los ingresos de pacientes a La Castañeda, pues su objetivo principal era “impedir la propagación de la sífilis, extinguiendo rápidamente la contagiosidad de las lesiones y suprimir la recidivas, que agravan considerablemente la enfermedad”; lo que sí se ha comprobado fue su influencia en el aspecto terapéutico en la institución psiquiátrica.⁷⁶ Al parecer, la campaña quería mantener al

⁷⁴ Fondo Documental Edmundo Buentello, Biblioteca Instituto de Investigaciones Históricas (IIH), t. IV, f. 469.

⁷⁵ Para la década de 1950, el reglamento de la campaña no se había cambiado considerablemente, salvo que su dependencia ya no era el Departamento de Salubridad Pública sino la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

⁷⁶ El doctor Juan L. Soto, jefe de la Campaña contra las Enfermedades Venéreas en el Distrito Federal, aseguraba en 1938 que, en los dispensarios dependientes de la campaña, los tratamientos específicos en uso podrían adaptarse a

tanto sobre la medicación e innovación del tratamiento de sífilis a los responsables del manicomio. Por ejemplo, se encontró una carta del jefe de La Campaña Nacional Antivenérea enviada al director del manicomio, fechada el 6 de marzo de 1952, indicando:

En contestación a su atento oficio #468, de fecha de 22 del mes próximo pasado, en paquete anexo me permito enviarle un ejemplar del boletín epidemiológico que corresponde a los números 5 y 6 y que abarcan los meses de septiembre, octubre, noviembre y diciembre de 1950, y en el cual encontrará usted los esquemas de tratamiento en relación con la sífilis y que según su solicitud le interesa a usted conocer a fin de normar la conducta que se sigue en los tratamientos que se efectúan en ese frenocomio de su merecido cargo, también me permito enviarle dos ejemplares del manual para médicos relativo al diagnóstico y tratamiento de la sífilis.⁷⁷

Estos manuales eran una especie de cartilla dirigida a los médicos, pues contenían los nuevos avances en tratamientos y terapéuticas, además de diversas formas de prevención de la sífilis. Durante el inicio de esta temporalidad, los tratamientos contra la PGP cambiaron sustancialmente y, aunque algunos seguían siendo a base de arsenicales, fue durante la década de 1920 cuando se introdujeron nuevas terapéuticas médicas para combatir la PGP.⁷⁸

los tipos de enfermos que más frecuentemente llegaban en demanda de atención y que podrían ser clasificados desde el punto de vista práctico. Éstos eran: 1. Enfermos de sífilis reciente, portadores de lesiones de extrema virulencia y poder contagioso (periodos primario y secundario). 2. Mujeres embarazadas sífilíticas. 3. Niños heredo-luéticos con manifestaciones generales, cutáneas o viscerales. 4. Enfermos de sífilis con accidentes cutáneos terciarios y manifestaciones generales, así como signos viscerales, cuya existencia simultánea es frecuente. 5. Enfermos de sífilis con manifestaciones clínicas, pero con reacción de Wassermann positiva. Juan L. Soto, "Adaptación del tratamiento antisifilítico a los tipos de enfermos de los Servicios Antivenéreos. Necesidad de la unificación de los tratamientos. Esquemas destinados a facilitar su aplicación", *Boletín de Salubridad e Higiene*, Secretaría de Salubridad y Asistencia, México, v. I, n. 2, 1938, p. 52-53.

⁷⁷ AHSS, FMG, SADM, caja 39, exp. 6, f. 43.

⁷⁸ Samuel Ramírez Moreno, "Tratamiento de la parálisis general progresiva", *Gaceta Médica de México*, Academia Nacional de Medicina, México, t. LIX, n. 5, 1928, p. 252-331. Este valioso texto describe lo que hasta el final de la década de 1920 eran los tratamientos contra la PGP. La malarioterapia y, en general, las piritoterapias empezaron a ubicarse como tratamientos hegemónicos; no obstante, los arsenicales y mercuriales se seguían usando comúnmente.

Según Ramírez Moreno, el tratamiento de la sífilis por malarioterapia se implantó en México en el Sanatorio “Dr. Rafael Lavista” en 1921.⁷⁹ La malarioterapia o paludoterapia era un procedimiento que se basaba en inocular de paludismo al paciente paralítico con el fin de generar una fiebre “benigna” y así atacar el treponema sífilítico.⁸⁰ De acuerdo con Olga Villasante, la historia del tratamiento de la PGP puede dividirse en tres épocas: la de la quimioterapia específica (arsenicales), la de la malarioterapia y la de la penicilina.⁸¹

En un artículo publicado en *La Gaceta Médica de México*, en 1937, Ramírez Moreno aseveró que la malarioterapia, hasta ese momento, era el tratamiento por excelencia para combatir la PGP. De acuerdo con él, este procedimiento había hecho cambiar en el transcurso de los últimos veinte años las ideas que se tenían sobre la enfermedad, ya que la noción de que podía ser mejorada o curada se había impuesto, tanto que hasta los más pesimistas reconocían el beneficio del tratamiento.⁸² Cabe resaltar que durante estos años este médico era la autoridad en el estudio de las neurosífilis, especialmente de la PGP, en México:

Inoculación de paludismo, y durante el periodo de incubación, de seis a quince días, preparo al enfermo mediante alimentación nutritiva y medicación estimulante, para cuando lleguen los accesos maláricos. Éstos procuro que no sean en número menor de diez y, si es posible, más, contando como útiles los de temperaturas que alcancen los 40 grados, siempre de acuerdo a la resistencia y tolerancia de cada enfermo. [...] En el momento en que ya el paciente da muestras de agotamiento se corta el paludismo y se le deja varios días a que se reponga, pero inyectándolo con bismuto, que en muchos casos se aplica antes y durante la fiebre.⁸³

⁷⁹ Samuel Ramírez Moreno, “La asistencia psiquiátrica en México”, en *Memoorias del Congreso Internacional de Psiquiatría celebrado en París*, México, 1950, p. 57.

⁸⁰ Este procedimiento terapéutico fue ingeniado por el austriaco Wagner von Jauregg (1857-1940), lo que le representó el Premio Nobel de Medicina 1927.

⁸¹ Villasante, “La malarioterapia en el tratamiento de la parálisis general progresiva: primeras experiencias en España”, p. 180.

⁸² Samuel Ramírez Moreno, “Valoración a través del tiempo de la terapéutica de la parálisis general progresiva”, *Gaceta Médica de México*, Academia Nacional de Medicina, México, t. LXVII, n. 3, 1937, p. 229.

⁸³ *Ibidem*, p. 237.



Figura 6. FUENTE: *Revista Mexicana de Psiquiatría, Neurología y Medicina Legal*, México, v. III, n. 16, 1936

Los resultados de ser favorables, afirmaba este médico, se observaban casi siempre antes de la tercera semana; si ello ocurría se verificaban por medio del líquido cefalorraquídeo. Asimismo, explicaba que en sus observaciones clínicas los medicamentos específicos, es decir los arsenicales, no curaban la PGP, e inclusive su empleo podría resultar mucho más peligroso al favorecer las localizaciones nerviosas del treponema. Por todo esto se enorgullecía de no usarlos como terapéutica definida y de haber sido de los primeros médicos en México en combatir su uso en los parálíticos.⁸⁴ Sin embargo, nada indica que éstos se dejaran de usar en La Castañeda, ya que uno de los medicamentos más solicitados por los directores de los pabellones fue el Neosalvarsán.

Por ejemplo, durante 1932, Manuel Guevara Oropeza, quien ocupaba el cargo de director del manicomio, envió una misiva a todos los directores de los pabellones solicitando que le enviaran

⁸⁴ *Ibidem*, p. 234-235.

las listas de los medicamentos que necesitaban para el tratamiento de los asilados.⁸⁵ Así pues, los directores de los pabellones de Agitadas, Agitados y Epilépticos pidieron varias dosis de bismuto, mercuriales y arsenicales, estos últimos bajo la forma de Neosalvarsán. Mientras, en el Pabellón de Neurosifilíticos se solicitaron Bismuthoidol, Triparsemida (arsénico) y Dmelcos (vacuna anti-chancrosa), entre otros.⁸⁶

La terapéutica indicada por Ramírez Moreno para el tratamiento de la PGP fue principalmente la paludoterapia, la cual, a juicio de él, se debía intentar siempre con todo enfermo de PGP. La electropirexia, que se debía realizar como sustitutivo de la malaria, constituía en elevar la temperatura del paciente por medio de ondas eléctricas; el Dmelcos y los bismutados servían como apoyo a los anteriores tratamientos.⁸⁷

Patricia Guadalupe Alfaro indica que el tratamiento a los paralíticos por medio de malarioterapia en el manicomio tuvo como aliado, en la década de 1940, al Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales (ISET). En 1944, el Manicomio General y el ISET firmaron los primeros convenios formales para el traslado de pacientes; sin embargo ello tuvo sus inconvenientes, ya que muchos de esos enfermos se fugaban del instituto. A su vez, esta autora explica que gran parte de los enfermos enviados del manicomio al ISET eran no pensionistas, indicio de que asistían a las terapias por imposición, mientras que aquellos que tenían derechos, porque pagaban su alojamiento, se negaban a asistir.⁸⁸

Además de las anteriores terapéuticas se usaron —o intentaron emplear en La Castañeda— otros medicamentos. La tesis para optar al título de médico presentada por Manuel Camelo, en donde agradecía a Samuel Ramírez Moreno por haberle permitido “practicar sus observaciones” en el Manicomio La Castañeda, describió la utilización del azufre sublimado o flor de azufre para el tratamiento de la PGP. La ventaja que tenía este compuesto,

⁸⁵ AHSS, FMG, SADM, caja 6, exp. 2, f. 13.

⁸⁶ AHSS, FMG, SADM, caja 6, exp. 2, f. 19-22.

⁸⁷ Ramírez Moreno, “Valoración a través del tiempo de la terapéutica de la parálisis general progresiva”, *op. cit.*, p. 236-237.

⁸⁸ Patricia Alfaro, *op. cit.*, p. 75.

según Camelo, era que generaba un incremento de la temperatura del paralítico; además era de fácil adquisición por las características geológicas en que se encuentra la ciudad de México y por el bajo costo que supondría usarlo, pues se utilizaba en una suspensión en aceite de oliva en la proporción de 5%. Este médico aseguraba que era preferible preparar la suspensión en pequeñas cantidades, de acuerdo con el número de pacientes tratados, ya que con el tiempo el aceite adquiriría color moreno y la homogeneización era más difícil. El modo de aplicación era por vía intramuscular profunda, preferiblemente en la región glútea. Después de la aplicación, era frecuente observar la exacerbación de los síntomas mentales de estos enfermos, en forma de insomnio, ideas delirantes, alucinaciones, agitación psicomotriz, etcétera, pero cuando se restablecía la regularidad térmica desaparecían todos los síntomas antes mencionados, notándose solamente en ocasiones una ligera palidez de la cara y un poco de agotamiento.⁸⁹

Asimismo, hubo pugnas entre los médicos por el tratamiento de los neurosifilíticos. Por ejemplo, en 1935, Alfonso Millán, quien fungía como director del Manicomio La Castañeda, redactó una carta con el objetivo de protestar por un artículo publicado en un periódico local, cuya autoría correspondió al médico Donato Pérez García. El señor Pérez indicaba en dicho artículo que la insulina era el medicamento esencial para el tratamiento de esta enfermedad.⁹⁰ Lo siguiente hizo parte del texto redactado por Millán:

Recientemente el señor don Donato Pérez García, publicó en forma insólita, un artículo de índole médica afirmando que la insulina, aplicada en forma que sólo él conoce, cura la sífilis, especialmente cuando ataca el sistema nervioso.

No queriendo incurrir en análogo error de tratar asuntos técnicos fuera de los círculos científicos adecuados, me permito hacer las siguientes declaraciones:

Desde hace seis años, es decir, mucho antes de que el señor doctor Pérez García “descubriera” el uso de la insulina, en el manicomio general se utiliza como elemento auxiliar en el tratamiento de los

⁸⁹ Manuel Camelo, *El azufre en la parálisis general progresiva*, tesis de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, 1930, p. 12-18.

⁹⁰ AHSS, FMG, SADM, caja 19, exp. 15, f. 1-2.

padecimientos neurosifilíticos. Los médicos correspondientes de dicho establecimiento, que tampoco “inventaron” el procedimiento, lo han experimentado en todas las formas, por todas las vías y a las dosis más grandes, disponiendo de observaciones científicas de todo género.⁹¹

Millán continuaba con la misiva explicando que con los trabajos realizados por médicos locales y extranjeros, los cuales se llevaron a cabo con todo el “rigor científico”, no se podía autorizar la idea de que la insulina pudiera constituir un “sistema especial de tratamiento ni menos una doctrina o procedimiento que pudiera reivindicarse como personal”. Sobre todo, aseguraba que nunca podría demostrarse que este medicamento por sí solo o asociado a otros tratamientos permitiera una curación de los padecimientos neurosifilíticos. La carta finalizaba invitando al señor Pérez a exponer sus resultados en las asociaciones científicas locales, con el fin de no aumentar el “ya copioso bagaje del empirismo, de los que proclaman curar la sífilis sin inyecciones, la tuberculosis, etc., en un medio tan azotado como el nuestro por la credulidad y la ignorancia”.⁹²

Al parecer este altercado cobró más importancia con el paso del tiempo, ya que el señor Pérez García realizó en 1939 una prueba experimental del uso de la insulina en dos enfermos del manicomio. Se escogieron los médicos Leopoldo Salazar Viniegra, quien en ese momento ostentaba el cargo de director de La Castañeda, Mario Fuentes Delgado y Luis Pizarro, para calificar dicho proyecto.⁹³ No obstante, por motivos de fuerza mayor, Alfonso Millán sustituyó a Salazar Viniegra.⁹⁴ Este experimento causó gran impacto, ya que el mismo jefe de la Campaña Nacional Antivenérea, el señor Alfonso Alarcón, escribió al manicomio, solicitando la información posible sobre los procedimientos del señor Pérez García.⁹⁵

La respuesta de Alfonso Millán fue contundente. Aparte de rechazar el tratamiento por insulina, atacó el procedimiento

⁹¹ AHSS, FMG, SADM, caja 19, exp. 15, f. 2.

⁹² AHSS, FMG, SADM, caja 19, exp. 15, f. 2-3.

⁹³ AHSS, FMG, SADM, caja 39, exp. 6, f. 1.

⁹⁴ AHSS, FMG, SADM, caja 39, exp. 6, f. 10.

⁹⁵ AHSS, FMG, SADM, caja 39, exp. 6, f. 17.

de Pérez García alegando que la elección de los dos enfermos fue al azar, procediendo sin ningún plan científico de trabajo, sin una selección clínica de los enfermos. En resumen, indicaba Millán, “el doctor Pérez García manifestó, tanto en su forma de trabajar como en la rapidez con que desea que se dictamine, una completa ignorancia de nuestra especialidad y una precipitación que producen una lamentable impresión de poca seriedad y de ligereza”.⁹⁶ Ejemplo de lo anteriormente explicado fue que uno de los pacientes fue diagnosticado en el momento de su ingreso con “parálisis general juvenil”, pero desde ese momento se trató de un caso dudoso; sin embargo, el médico Pérez García no vaciló en tratarlo como si fuera un paralítico. Al final el diagnóstico fue de postencefalitis, sin ningún rastro de neurosífilis. Ambos enfermos murieron.

El texto terminaba como el de cuatro años antes, invitando al señor Pérez García a exponer en un lugar adecuado sus observaciones médicas, “ya que dicho doctor rehúye sistemáticamente presentarse ante nosotros, sea en la Academia Nacional de Medicina, sea en la Sociedad de Neurología y Psiquiatría de México, y se limita a dar a la publicidad en los grandes diarios, noticias sobre su ‘descubrimiento’”.⁹⁷

Se observa una diversidad terapéutica para el tratamiento de la PGP, variedad que en algunos momentos generó rencillas médicas. El caso de Donato Pérez fue significativo no sólo porque permite ver la preocupación por la enfermedad por parte de la comunidad médica, tanto que cualquier indicio de curación se dimensionaba al grado de generar conflictos, sino también porque se puede observar que se usaron enfermos del manicomio con el fin de experimentar medicamentos. Lo anterior puede relacionarse con las tesis de los médicos de la época, quienes practicaban y realizaban sus observaciones médicas con los enfermos del plantel psiquiátrico.

Sin embargo, el mayor acontecimiento de este periodo en relación con el campo psiquiátrico de la neurosífilis fue la llegada

⁹⁶ AHSS, FMG, SADM, caja 39, exp. 6, f. 19.

⁹⁷ *Idem.*

de la penicilina como agente terapéutico.⁹⁸ En 1944 se realizó en Saint Louis, Missouri, la Convención sobre Penicilina en la cual hizo presencia el reconocido psiquiatra mexicano Manuel Guevara Oropeza. Este médico advertía que después de sus observaciones en los hospitales de Chicago y Nueva York, y luego de escuchar el informe del delegado de la Universidad de Nueva York en dicha convención, se considerara a la penicilina en el tratamiento de la sífilis en La Castañeda, particularmente en los casos rebeldes a otras curas, así como cuando el paciente no tolerara el tratamiento específico y, finalmente, previa selección de pacientes a los que se les hubiera comprobado sífilis activa del sistema nervioso.⁹⁹ El 19 de diciembre de ese mismo año se aprobó por parte de la Junta del Consejo Psiquiátrico, dirigida por el doctor Edmundo Buentello, el tratamiento por medio de la penicilina a los pacientes neurolúcticos bajo las siguientes condiciones:

1. Comprobar en recientes análisis que la neurolúes es activa en el líquido cefaloraquídeo, por lo que deberá enviarse el original firmado por el laboratorista responsable.

⁹⁸ Alexander Fleming (1881-1955) descubrió en 1928 el uso antibiótico de la penicilina. No obstante, no fue sino hasta la década de 1940 que se usó como tratamiento para la sífilis. Para una historia general de la penicilina, véanse Robert Bud, *Penicillin. Triumph and tragedy*, New York, Oxford University Press, 2007; Rosenda Aguilar Aguilar, “Los albores de la penicilina en México”, *Tzintzun. Revista de Estudios Históricos*, México, n. 62, 2015, p. 242-270. Un texto que explica cómo se llevó a cabo la introducción de la penicilina en La Castañeda es el de María Blanca Ramos de Viesca, “La neurosífilis y la introducción de la penicilina en el Manicomio General La Castañeda”, *Salud Mental*, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, México, v. XXII, n. 6, 1999, p. 37-41. Sobre la historia de la penicilina en España y Chile, véanse J. González y A. Orero, “La penicilina llega a España: 10 de marzo de 1944, una fecha histórica”, *Revista Española de Quimioterapia*, Madrid, v. XX, n. 4, 2007, p. 446-450; Ana Romero de Pablos, “Regulation and the circulation of knowledge: penicillin patents in Spain”, *DYNAMIS, Acta Hispanica ad Medicinam Scientiarumque Historiam Illustrandam*, Granada, v. 31, n. 2, 2011, p. 363-383; Walter Ledermann, “La historia de la penicilina y de su fabricación en Chile”, *Revista Chilena de Infectología*, Sociedad Chilena de Infectología, v. XXIII, n. 2, 2006, p. 172-176; Cecilia Ibarra y Mirtha Parada, “Producción de penicilina en Chile entre 1944 y 1954”, *Revista Chilena de Infectología*, Sociedad Chilena de Infectología, Santiago, v. XXXII, n. 1, 2015, p. 88-96.

⁹⁹ AHSS, FMG, SADM, caja 46, exp. 2, f. 1.

2. Comprobar que el paciente ha sido infructuosamente tratado por malaria o electropirexia, o que las condiciones orgánicas del enfermo no lo han permitido. Este requisito queda sujeto a investigación por parte del consejo psiquiátrico.

3. Que se envíe la historia clínica completa del enfermo, escrita en máquina y firmada por el médico tratante.

4. El consejo, al resolver cada solicitud de las que sean enviadas para trámite, contestará por riguroso turno.

5. Que se somete el tratamiento por penicilina en neuroluéticos al control que la Secretaría de Salubridad y Asistencia fija en cada caso.¹⁰⁰

Además se definió, por instrucciones de la Dirección General de Asistencia y del Departamento Médico, que las aplicaciones de penicilina para neurosifilíticos e indigentes fueran gratuitas y para los asilados pensionistas de cualquier categoría debían ser sufragadas por su familia.¹⁰¹ Posteriormente, en marzo de 1945, se creó la Comisión para el Estudio e Investigaciones del Uso de la Penicilina en el Manicomio General. Dicha comisión experimental fue conformada por los doctores Leopoldo Salazar Viniegra, Mario Fuentes, Manuel Guevara Oropeza y Edmundo Buentello.¹⁰²

Así pues, durante el mes de septiembre de ese año se enviaron a la comisión los expedientes clínicos con el fin de solicitar la penicilina para el tratamiento de algunos enfermos neurosifilíticos en La Castañeda. Generalmente se solicitaban 4 millones de unidades por tratamiento. Sin embargo, frente a la creciente demanda del antibiótico y por tener pacientes que requerían tratamiento con urgencia, Leopoldo Salazar Viniegra, quien fungía como director de La Castañeda, además de formar parte de la comisión, solicitaba que se instaurara un cuadro básico de penicilina en La Castañeda, siendo la cantidad mínima de doscientos 50 millones de unidades.¹⁰³ Por tanto se anularon las solicitudes individuales de medicamentos, de modo que Salazar Viniegra instó a los diferentes directores de los pabellones para

¹⁰⁰ AHSS, FMG, SADM, caja 46, exp. 2, f. 24.

¹⁰¹ AHSS, FMG, SADM, caja 46, exp. 2, f. 19.

¹⁰² AHSS, FMG, SADM, caja 46, exp. 2, f. 16.

¹⁰³ AHSS, FMG, SADM, caja 46, exp. 2, f. 8.

que solicitaran la cantidad necesaria del antibiótico para su uso en cada pabellón.¹⁰⁴

En definitiva, los años que van de 1925 a 1946 fueron los más representativos para el campo psiquiátrico de la neurosífilis, pues no sólo fue el periodo en que más pacientes con PGP se presentaron en La Castañeda, sino que su tratamiento estuvo cargado de innovaciones médico-científicas. Se notó a su vez que la estabilidad institucional y el reconocimiento profesional que tuvieron los psiquiatras del Manicomio General repercutieron en una mayor interacción médico-paciente, generando un alto grado de avance en los tratamientos médicos. Estos años también se caracterizaron por presentar más estudios relacionados con la PGP. Posiblemente ello se debió a las altas cantidades de paralíticos, al igual que las cifras de contagiados por sífilis, enfermos que posiblemente terminaron en el manicomio. Este periodo terminó con la implementación del antibiótico en la terapéutica de las neurosífilis en La Castañeda, medicamento “milagroso” que sin duda alguna consiguió el descenso en la cantidad de paralíticos generales, al punto de lograr, paulatinamente, la extinción de la PGP como enfermedad mental. Pero ello se explicará a continuación.

c) 1947-1968: *la llegada de una terapéutica efectiva*. De acuerdo con la gráfica 1, a partir de 1947 las cifras de ingresos de pacientes con PGP presentaron un notable descenso hasta la clausura de la institución psiquiátrica en 1968. Durante esos 21 años se registró el 17.77% de los ingresos de pacientes paralíticos en los 58 años de actividades de La Castañeda.¹⁰⁵ Ahora bien, este periodo inició con dos noticias significativas para el tratamiento de los paralíticos generales. La primera fue la llegada de la penicilina como medicamento esencial, supliendo gran parte de las terapéuticas arriba mencionadas, y la segunda fue la clausura, en 1950, del Pabellón de Neurosifilíticos.

El Pabellón de Neurosifilíticos, como se explicó anteriormente, fue fundado bajo las gestiones del doctor Samuel Ramírez Moreno

¹⁰⁴ AHSS, FMG, SADM, caja 46, exp. 2, f. 13.

¹⁰⁵ BD-PAPIIT.

en 1922, subrayando la importancia que adquirió paulatinamente esta enfermedad en la ciencia psiquiátrica mexicana. Sin embargo se clausuró a finales de 1950, quedando circunscrita la especialidad de neurosífilis al Pabellón de Observación; el espacio físico que ocupaba en el manicomio, el cual sería considerado de planta alta, quedaría a cargo de los médicos del pabellón clausurado. Los enfermos que se encontraban en el Pabellón de Neurosífilis, por la antigüedad de su padecimiento o por haber terminado el tratamiento médico y haber sido negativas sus reacciones y sólo presentarían cuadros psicóticos de diversas formas, fueron trasladados a diversos pabellones de La Castañeda.¹⁰⁶

Ocho años más tarde, la distribución de algunos pacientes neurosifilíticos en La Castañeda observaba la siguiente forma. Eutimio Calzado Buentello, médico encargado del Pabellón de Epilépticos, indicaba que en dicho lugar se encontraban 11 pacientes.¹⁰⁷ En el Pabellón de Pensionistas de 2a. clase había 7.¹⁰⁸ En el Pabellón de Cirugía estaban 8.¹⁰⁹ La doctora Andaluz Carmona afirmaba que en el pabellón de Psiquiatría Infantil se encontraban 6 enfermos neurosifilíticos. Mario Fuentes, jefe del Pabellón de Observación, aseguraba que allí se hallaban 3 enfermas. Javier Garcíadiego, jefe del Pabellón Bernardino Álvarez, aseveraba que allí había 27 pacientes; en el Pabellón de Tranquilas 1a., 17 mujeres neurosifilíticas; en el Pabellón de Trabajadores B, 14, y en el de Oligofrénicas, 1.¹¹⁰ En conclusión, el director de La Castañeda, José Luis Patiño Rojas, certificaba que, de los 3 007 enfermos que había en el manicomio en 1958, 164 eran considerados como neurolúeticos,¹¹¹ es decir, el 5.45%.

Casi 10 años después las cifras bajaron considerablemente de 5.45% a 2.3%.¹¹² Según Héctor Cabildo Arellano, subdirector de

¹⁰⁶ AHSS, FMG, SADM, caja 12, exp. 2, f. 2.

¹⁰⁷ AHSS, FMG, SADM, caja 39, exp. 6, f. 50.

¹⁰⁸ AHSS, FMG, SADM, caja 39, exp. 6, f. 52.

¹⁰⁹ AHSS, FMG, SADM, caja 39, exp. 6, f. 55.

¹¹⁰ AHSS, FMG, SADM, caja 39, exp. 6, f. 56-62.

¹¹¹ AHSS, FMG, SADM, caja 39, exp. 6, f. 64.

¹¹² Héctor M. Cabildo Arellano, "Consideraciones sobre el problema de la salud mental en México", *Salud Pública de México*, Secretaría de Salubridad y Asistencia, t. IX, n. 4, 1967, p. 505.

Salud Mental de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, esta reducción fue posible debido a la utilización del antibiótico en el tratamiento de la sífilis: “esto indudablemente puede representar un reflejo de lo que ocurre en la comunidad, pues la esperanza de vida ha aumentado considerablemente en este periodo”.¹¹³ Recordemos que a partir de 1945 se inició el tratamiento por medio de la penicilina en los neurosifilíticos de La Castañeda, supliendo las anteriores medidas terapéuticas.

En 1945, Guillermo Calderón Narváez indicó que la acción de la penicilina sobre la sífilis era desconocida, aunque no por eso menos eficaz. Según este médico, algunos galenos aseguraban que dicha acción consistía en modificar el medio que rodeaba los gérmenes en forma tal que a la vez que evitaba la multiplicación de los mismos favorecía que los existentes fueran destruidos por las defensas naturales del organismo. Otros pensaban que su acción se llevaría a cabo en el mero interior del treponema, modificando sus procesos metabólicos e impidiendo su crecimiento y multiplicación. Por último, algunos aseguraban que la penicilina tenía una verdadera acción bactericida. Así pues, aseguraba Calderón Narváez, el tratamiento con este antibiótico debía administrarse en cantidades suficientes para curar al paciente lo más rápidamente posible, ya que de otra manera existía la posibilidad de producir una cepa penicilio-resistente.¹¹⁴

Calderón Narváez aseguraba que en enfermos con PGP se observaba mejoría clínica después del tratamiento con penicilina hasta en un 80% de los casos. Las dosis totales que recomendaba eran de 4 a 5 millones de unidades, ya fueran repartidas en dos tratamientos de 2.4 millones cada uno, separados por 120 días de descanso, o bien en un solo tratamiento masivo.¹¹⁵ El modo de aplicación de la penicilina en los pacientes con PGP era por vía intramuscular sola, intravenosa sola, intravenosa asociada con sustancias como el dehidrocolato de sodio, que aumentaban

¹¹³ *Idem.*

¹¹⁴ Guillermo Calderón Narváez, “Penicilina en neurosífilis”, *Archivos de Neurología y Psiquiatría de México*, Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría, México, t. VIII, 1945, p. 49.

¹¹⁵ *Ibidem*, p. 62-64.

la permeabilidad de los tejidos y capilares, intravenosa o intramuscular asociadas a la fiebre artificial, intratecal sola (el medicamento se inyectaba en la parte baja de la espalda mediante la técnica de punción lumbar, dirigiéndolo directamente al líquido cefalorraquídeo), intratecal e intramuscular y, finalmente, intratecal e intravenosa asociadas a la fiebre artificial. Según este médico, en todos los métodos anteriores se reportaron mejoras más o menos acentuadas tanto en la clínica como en el laboratorio.¹¹⁶

Aunque en un principio todo era gran expectativa, a finales de la década de 1940 la escasez del antibiótico generó gran angustia entre las autoridades del manicomio. Así, Mario Fuentes, jefe del Pabellón de Neurosífilis para mujeres de La Castañeda, le escribía en 1948 al director del establecimiento que el tratamiento con penicilina se encontraba suspendido desde hacía un mes debido a la falta del medicamento. Asimismo, aseguraba que posiblemente tendrían que volver a la terapéutica por paludismo, la cual habían dejado de lado debido a la introducción del antibiótico.¹¹⁷ Por su parte, el 30 de noviembre de 1948, Jesús Siordia, subdirector del manicomio, les solicitaba a los jefes de los pabellones que limitaran en lo posible el uso de la penicilina debido a que la cantidad con la que contaban era muy reducida para cubrir las necesidades del mes de diciembre de ese año; por ello sugería limitar este medicamento en los casos de pacientes con neurosífilis a los cuales ya se había tratado con penicilina, dejando así las dosis disponibles para los enfermos más graves.¹¹⁸ Inclusive, en 1949, el director de La Castañeda, Francisco Núñez Chávez, dirigió una misiva al doctor Guadalupe Vásquez, director del Pabellón de Infecciosos, indicándole que, debido a la escasez de penicilina, sólo la aplicara en casos estrictamente necesarios, anotando el nombre del enfermo y el diagnóstico del padecimiento que se iba a tratar. Igualmente, a los empleados del manicomio que asistían a consultas médicas en la institución

¹¹⁶ *Ibidem*, p. 58-59.

¹¹⁷ AHSS, FMG, SADM, caja 46, exp. 2, f. 37.

¹¹⁸ AHSS, FMG, SADM, caja 46, exp. 2, f. 35.

psiquiátrica y que requerían penicilina, se les debía negar con el fin de ahorrar el preciado medicamento.¹¹⁹

Sin embargo, con el tiempo, la situación mejoró. En 1959, los Laboratorios Scheramex, S. A. de C. V.¹²⁰ donaron al manicomio 1 000 frascos ampula de una nueva fórmula de penicilina con el objetivo de experimentar dicho producto.¹²¹ De cualquier manera, la penicilina supuso el final de los padecimientos sífilíticos, principalmente en sus dos primeros estados, lo que conllevó a una extinción gradual de la PGP en La Castañeda, tal y como puede verse en la gráfica 1.

Quince años después de la llegada de la penicilina, el médico Oswaldo Arias aseguraba que con el uso del antibiótico “se abrieron horizontes insospechados. En sólo diez años la penicilina abatió en todos los países la morbilidad de la sífilis, esa pandemia permanente desde hacía cuatrocientos años, a tal grado que hoy, transcurridos quince años, ya es difícil encontrar casos tempranos para enseñanza clínica”.¹²²

El optimismo generado por la eliminación de la PGP se manifestó prontamente en La Castañeda. Los médicos indicaban a sus pacientes que esta enfermedad ya no suponía una cronicidad y mortandad asegurada como en los años anteriores, pues existían medios eficaces para combatirla. Así lo ejemplifica el caso de Sara, enferma mental que ingresó a La Castañeda el 21 de julio de 1964, que se presentó en compañía de su hermana con un oficio expedido por la Secretaría de Salubridad y Asistencia, en el Departamento de Neurocirugía, en que solicitaba su internamiento debido a una “lúes antigua mal tratada”.¹²³

Sara nació en Veracruz y fue a la escuela hasta quinto año de primaria, pero después de cumplir siete años su familia se mudó

¹¹⁹ AHSS, FMG, SADM, caja 46, exp. 2, f. 34.

¹²⁰ Para una historia de la industria farmacéutica en México, véase Mauricio de María y Campos, “La industria farmacéutica en México”, *Comercio Exterior*, México, v. XXVII, n. 8, 1977, p. 888-912.

¹²¹ AHSS, FMG, SADM, caja 31, exp. 1, f. 1.

¹²² Oswaldo Arias, “Quince años de tratamiento de la sífilis con penicilina”, *Gaceta Médica de México*, Academia Nacional de Medicina, México, t. LXXXIX, n. 4, 1959, p. 234.

¹²³ AHSS, FMG, SEC, caja, exp. 57089, f. 2.

a Tampico. Su padre era un hacendado de Veracruz, jugador, quien murió cuando era una niña. Después de haber tenido una decepción amorosa al llegar a la ciudad de México, Sara se inició en la prostitución, actividad en la que adquirió la infección sifilítica.

Durante la entrevista en el manicomio movía constantemente las manos y la cabeza, rehuendo la vista del especialista, y se sentaba de lado. Cuando se le preguntó por qué se sentaba así, respondió que le daba pena, pues se sentía deforme: “me ha crecido la cara más grande”. Su discurso era incoherente y se apreciaban ideas delirantes de referencia: cuando pasaba junto a las personas pensaba que hablaban mal de ella. Negaba alucinaciones y se encontraba bien orientada en cuanto a persona y lugar y parcialmente orientada en el tiempo.

Su padecimiento mental inició dos años antes, con ideas obsesivas de enfermedad: decía que estaba sifilítica. Se negaba a tomar los medicamentos y a asistir a la consulta con los médicos y además tenía tendencia a huir de su hogar. Deseaba arrojar al río Pánuco de Tampico. Anhelaba morir, asegurando que la vida no tenía sentido. Finalmente, se estableció que ocho años atrás padeció lúes, la cual fue tratada con arsenicales y bismuto. Su diagnóstico fue de PGP y melancolía de involución.

Fue evaluada por el médico Mario Fuentes tres días después, al cual le dijo que había cometido un crimen muy grande, el más grande del mundo: ocho años atrás padeció sífilis. El doctor Fuentes la interrogó sobre su crimen y ella respondió: “el de haberlos contagiado a ustedes, ustedes sabrán lo que hacen conmigo doctor”. Posteriormente, el médico la increpó con la pregunta: “¿cómo nos contagiaste?”, y respondió: “porque he venido con ustedes, por eso, yo no quería venir al manicomio para no contagiarlos a ustedes”. Durante toda la entrevista permaneció pesimista, expresó comer muy poco y padecer insomnio.

No obstante, con el ánimo de tranquilizarla, el médico le dijo que numerosos enfermos que padecían sífilis eran curados, a lo que Sara respondió: “ustedes habrán curado la sífilis, pero hay sifilíticos pasados como yo. Ya no hay remedio, solamente uno, la muerte”. En todo momento se sintió indigna por el crimen que señaló haber cometido. Cuando se pedían los resultados del laboratorio decía:

“estoy muy enferma sino va a ver usted el resultado”. Constantemente insistía en que estaba “sifilítica”, “pasada”.¹²⁴

Al final se le diagnosticó “reacción depresiva de la involución”. No obstante, este caso es significativo por dos cuestiones. La primera es la posición de Sara, la cual se sintió indigna, al punto que dijo haber cometido un crimen por dedicarse a la prostitución y padecer sífilis. Cabe mencionar que, en su delirio, Sara afirmaba que, aunque se podía curar la sífilis, ella ya estaba “pasada”. En parte la enferma tenía razón, ya que la penicilina eliminaba de manera efectiva el treponema sifilítico, pero el mal que hacía en el cerebro del enfermo era irreversible. De cualquier forma, sobresale la posición fatalista que tomaban los enfermos por PGP, ya que no sólo era una enfermedad causante de estigmas sociales y morales, sino también caracterizada por su cronicidad y mortandad. Es relevante también esta historia debido a la postura que tomó el médico en relación con el padecimiento sifilítico. En expedientes clínicos de años anteriores era común ver la impotencia médica hacia esta enfermedad, para la que el pronóstico del parálítico era casi siempre la muerte. No obstante, la llegada de la penicilina cambió radicalmente esta posición, pues en ella se encontró la esperanza no sólo de mejorar al parálítico, sino también de eliminar la enfermedad, al punto de extinguirla de los pabellones de La Castañeda.

Consideraciones finales

En el momento de su clasificación como una entidad nosológica diferente a las demás enfermedades de la mente, la PGP se convirtió en una de las patologías más sobresalientes en la ciencia psiquiátrica de los siglos XIX y XX. Con la certeza de que la PGP era la consecuencia de una inflamación de las meninges cerebrales se abrió la posibilidad de que las enfermedades mentales tuvieran un origen orgánico. Con el paso del tiempo, y la expansión del conocimiento, la PGP se hizo más evidente en la literatura médica.

¹²⁴ AHSS, FMG, SEC, caja, exp. 57089, f. 29.

En México, el interés por la enfermedad cobró verdadera importancia a partir de la primera mitad del siglo XX y ello se puede asociar a dos razones. La primera es que, aunque la clasificación nosológica de la PGP se haya realizado en los albores decimonónicos, la tardanza en la asimilación de conceptos y conocimientos generales de la enfermedad se debió a que fue a finales del siglo XIX y comienzos del XX que empezó a consolidarse una medicina psiquiátrica en el país, consolidación que se hizo más visible en las décadas de 1920 y 1930, lo que permitió un mayor grado de estudios en relación con esta patología. La segunda razón es que, al ser concebida la PGP como una consecuencia de la sífilis tardía, se creó un interés particular, pues este padecimiento traía consigo secuelas morales, sociales y degenerativas. Y, además, porque era una enfermedad mental diagnosticable por medio de pruebas de laboratorio y tratable con una amplia diversidad de terapéuticas, muchas de ellas creadas con recursos locales, lo que demostraba el enorme interés por parte de la medicina científica mexicana por contener los estragos de la sífilis y así evitar la llegada de estos enfermos al manicomio. Dichas terapéuticas en muchos casos se experimentaron con los enfermos que residían allí, lo que sugiere que La Castañeda sirvió, de alguna forma, como un “laboratorio experimental” de medicamentos para esta clase de enfermos.

La PGP fue una enfermedad que tuvo presencia en La Castañeda durante sus 58 años de labores, presentando un notable incremento en las décadas de 1920 y 1930, periodo en que se realizaron mayores investigaciones médico-psiquiátricas locales, las cuales se referían a temas de prevención, diagnóstico y medicación. Al ser una enfermedad originada por la sífilis, era de esperarse que las meretrices tuvieran un ingreso considerable en La Castañeda, pues debido a su oficio eran más vulnerables a adquirir la infección sifilítica. Sin embargo no fue así; las cifras indican que el ingreso por parte de los hombres superaba por mucho al de las mujeres, aunque cabe destacar que las sifilíticas —particularmente las prostitutas— eran atendidas en el Hospital de Morelos. Asimismo, y según la base de datos, se presentaron abogados, médicos, agentes de sanidad, payasos, toreros e incluso



un senador, y ello asociado a los ingresos de pensionistas y distinguidos, lo que sugiere que la sífilis, en este caso en estado terminal, también se manifestaba en personas con niveles socioeconómicos altos. A su vez, durante la primera década hubo un ingreso considerable de extranjeros con PGP, siendo la mayoría españoles; por tanto, la PGP era una enfermedad que no distinguía estratos sociales, nacionalidades ni sexos.

El momento más significativo en el tratamiento de esta enfermedad fue la llegada de la penicilina en la década de 1940. Este antibiótico logró lo que ninguna terapéutica: curar de manera efectiva todos los padecimientos relacionados con la sífilis. En relación con la PGP se puede afirmar que, al eliminarse el *treponema sifilítico* en los dos primeros estados, la sífilis de estos enfermos simplemente no evolucionó hacia la PGP, lo que supuso una eliminación gradual de esta enfermedad en el manicomio y en las clasificaciones nosológicas de las enfermedades mentales.



TRASTORNOS NEUROLÓGICOS

DANIEL VICENCIO
Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Filosofía y Letras

Introducción

Desde la medicina hipocrática en la sociedad occidental se pensaba que las enfermedades de la mente podían llegar a tener una causa orgánica y que los diversos síntomas mentales provenían de distintos órganos como el útero, el estómago o el hígado, aunque en general se tenía la idea de que los problemas de la mente estaban relacionados con el cerebro. Ya para el siglo XVII diversos médicos aseguraban que los orígenes de la locura se remitían a lesiones corporales, particularmente en el encéfalo. Así, en ese siglo, el médico inglés Thomas Willis acuñó el término “neurología”, que sería la disciplina encargada del estudio del sistema nervioso central (encéfalo y médula espinal).¹ Durante el siguiente siglo se desarrolló una tendencia psiquiátrica de acuerdo con la cual la enfermedad mental tenía un origen somático y, por lo tanto, su estudio dependía de investigaciones anatómicas tanto en el cerebro como en los nervios; en el siglo XIX esta tendencia se convertiría en modelo “biologista” o “anatomoclínico” de la enfermedad.² Entonces, si tanto la neurología como la psiquiatría consideraban que los trastornos neurológicos y las enfermedades mentales tenían un fundamento orgánico, ¿qué era lo que las diferenciaba?

Ambas disciplinas estuvieron unidas bajo el nombre de “neuropsiquiatría” hasta mediados del siglo XX, ya que sus campos

¹ Roy Porter, *Breve historia de la locura*, México, Fondo de Cultura Económica/Turner, 2003, p. 124.

² *Ibidem*, p. 126.



Figura 1. Dionisio Nieto trabajando con cerebros seccionados en el Manicomio General, c. 1950. FUENTE: Archivo General de la Nación, Fototeca, Fondo Hermanos Mayo, clasificación HMCN 1552-3, Viejo Manicomio del D. F., “La Castañeda en Mixcoac”

de estudio eran, según médicos de la época, similares. Sin embargo, debido a diversos procesos históricos, las dos disciplinas comenzaron a separarse hasta que cada una llegó a ser independiente de la otra. A pesar de la unión entre ellas, existía una noción para poder diferenciar una enfermedad psiquiátrica de una meramente neurológica. La enfermedad psiquiátrica (o mental) estaba definida por los síntomas típicos de ella, es decir, alucinaciones y delirios; el trastorno neurológico, en cambio, estaba definido por la ausencia o poca presencia de síntomas mentales. De hecho, muchos médicos de mediados del siglo XIX afirmaban

que, desde el punto de vista oficial, las afecciones neurológicas eran aquellas en las que los trastornos mentales eran inexistentes, poco frecuentes³ o consecuencia de un fenómeno “reactivo”.⁴

Dicho esto, la pregunta es ¿cuál era entonces la forma en que los médicos definían la existencia de un trastorno meramente neurológico? En otras palabras, ¿cómo diagnosticaban una enfermedad neurológica? En un principio, los síntomas que delimitaban a las enfermedades neurológicas eran los que podían observarse a simple vista en la clínica: los trastornos de movimiento. Para finales del siglo XIX, la especialidad neurológica se reafirmaba en Europa y gracias a ello se pudo determinar que los síntomas motores, algunos sensoriales, y las afasias (problemas del lenguaje) pertenecían al terreno de la neurología.⁵ Así, estados clínicos tan diversos como el estupor, la catatonía, la catalepsia, el retraso psicomotor, la agitación, el parkinsonismo, los manierismos, los temblores, los tics, las parálisis, todos relacionados entre sí por ser trastornos del movimiento,⁶ eran los que clínicamente le dieron representatividad a las enfermedades neurológicas. En pocas palabras, podía ponerse a discusión si una enfermedad con síntomas mentales era causada por una disfunción nerviosa; pero si se podía observar un trastorno motor de cualquier tipo, la enfermedad se encontraba en el campo de la neurología.

Esta naturaleza de la etiología neurológica es la que ha dado los elementos para poder hacer una clasificación de dichas enfermedades en el Manicomio La Castañeda; la tendencia a tratar de

³ Germán E. Berrios y José Ignacio Quemada, “Esclerosis múltiple. Sección Clínica”, en Germán E. Berrios y Roy Porter, *Una historia de la psiquiatría clínica*, Madrid, Triacastela, 2012, p. 215-216.

⁴ El mecanismo reactivo fue una teoría de fines del siglo XIX en la cual se advertía que los síntomas mentales (psiquiátricos) de los enfermos neurológicos eran debidos al desgaste psíquico que provocaba el trastorno neurológico. En 1893 Growers decía: “el intelecto puede no verse del todo afectado, excepto por la irritabilidad que generalmente acompaña al desasosiego físico o por la depresión mental que es resultado natural de la dolencia física”. Germán E. Berrios, *Historia de los síntomas de los trastornos mentales. La psicopatología descriptiva desde el siglo XIX*, México, Fondo de Cultura Económica, 2008, p. 492.

⁵ *Ibidem*, p. 488.

⁶ *Ibidem*, p. 461.

interpretar los trastornos motores es antigua y, de hecho, tiene todo un bagaje cultural. En la cultura popular, los movimientos involuntarios son generalizados con el apelativo de “baile” o “mal de san Vito”. El término se utilizó en principio para definir a la corea, que es una enfermedad caracterizada por la propensión a realizar movimientos involuntarios e irregulares.⁷ Etimológicamente, dicha palabra viene del griego y significa “baile”,⁸ ya que antes de acuñarse ese término se le conocía como “manía danzante”. La relación de la corea con el baile viene de las “epidemias de baile” relatadas en la Edad Media donde, en diferentes regiones de la Europa central, la gente (sobre todo los jóvenes) se reunía en las plazas y bailaba hasta desmayarse. Según Porter, estas actividades se extendieron a lo largo de Europa y dieron la sensación de una verdadera epidemia que las autoridades eclesiásticas relacionaron con la posesión demoníaca. No se sabe a ciencia cierta por qué tal afección se relacionó con san Vito; sin embargo, quien sufría de dicho mal debía acudir a donde el santo para poder curarse. De hecho, ese santo era el patrón de los temblorosos y los “convulsivantes”.⁹

La comprensión de esta naturaleza clínica es de suma importancia para poder entender cómo es que los médicos, incluidos los de La Castañeda, pudieron separar, por lo menos en los

⁷ Hay que advertir que en la actualidad la corea puede ser de varios tipos y tener diversas causas (genéticas, infecciosas, tóxicas); si bien es cierto que una época la corea estaba relacionada con el “Baile de san Vito”, no se puede afirmar que hoy día todos los síntomas de la corea se refieran a ese término histórico. Para una mejor visión de la clasificación de las coreas, véase John N. Caviness, “Primary care guide to myoclonus and chorea. Characteristics, causes and clinical options”, *Postgraduate Medicine*, v. CVIII, n. 5, 2000, p. 163-172.

⁸ Según Francis Schiller es muy posible que el término lo haya acuñado Paracelso, ya que no se tiene registro de su uso antes que él. Este personaje fue uno de los primeros que describió la enfermedad y la dividió en tres: corea imaginativa (que es la que se conoce como “Baile de san Vito”), corea lasciva (que tenía una connotación sexual) y corea naturalis (que tenía un fundamento orgánico). Francis Schiller, “Corea y Enfermedad de Huntington. Sección Clínica”, en Germán E. Berrios y Roy Porter (eds.), *op. cit.*, p. 154.

⁹ Roy Porter, “Corea y Enfermedad de Huntington. Sección Social”, en Germán E. Berrios y Roy Porter, *op. cit.*, p. 177. El autor hace una interesante analogía de estas epidemias de baile y el surgimiento de diversos tipos de danza como la tarantela italiana.

primeros años, a los enfermos psiquiátricos de los neurológicos. Entender la relación histórica entre los trastornos del movimiento y las afecciones neurológicas requiere de cierto análisis, y es que el estudio de estas enfermedades y de la ciencia neurológica en general no se ha desarrollado mucho en la historiografía mexicana. Se realizó una clasificación historiográfica en torno del estudio de la neurología y se han definido tres posiciones: en la primera, que llamamos “historia positiva de la neurología”, se presta atención a los grandes descubrimientos y personajes más importantes en el devenir de las neurociencias a lo largo de la historia occidental. Dicha historiografía está determinada por una visión positiva según la cual los acontecimientos progresaron por medio de los descubrimientos y los grandes personajes hacia un avance continuo de la ciencia;¹⁰ en México sólo se localizó un trabajo que se enmarca en tal modelo.¹¹ El segundo modelo historiográfico lo denominamos “historia de los actores médicos” y permite analizar el papel que los médicos tuvieron en el adelanto histórico de la neurología; aquí la historia personal de los actores que influyeron directamente en el desarrollo de la ciencia neurológica es mostrada desde los elementos biográficos hasta su pensamiento y actividad científica.¹² Cabe des-

¹⁰ Sidney Ochs, *A history of nerve functions: from animal spirits to molecular mechanism*, Cambridge, Cambridge University Press, 2004; Stanley Finger, *Minds behind the brain. A history of the pioneers and their discoveries*, New York, Oxford University Press, 2004; Stanley Finger, *Origins of neuroscience. A history of explorations into brain function*, New York, Oxford University Press, 2001; Robert Aird, *Foundations of modern neurology: a century of progress*, New York, Raven Press, 1994.

¹¹ Ricardo Colín Piana, *Breve historia de la neurología*, México, Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, 2007.

¹² Ana Cecilia Rodríguez de Romo y Gabriela Castañeda López, “María Cristina García-Sancho y Álvarez Tostado: primera neurocirujana en Latinoamérica”, *Salud Mental*, Instituto Nacional de Psiquiatría, México, v. 33, n. 2, marzo-abril de 2010, p. 111-121; Cristina Sacristán, “En defensa de un paradigma científico. El doble exilio de Dionisio Nieto en México, 1940-1985”, en Ricardo Campos *et al.*, *De la “Edad de Plata” al exilio. Construcción y “reconstrucción” de la psiquiatría española*, Madrid, Frenia, 2007, p. 327-346; Augusto Fernández Guardiola, *Las neurociencias en el exilio español en México*, México, Fondo de Cultura Económica, 2003; Susana Sosenski y Gregorio Sosenski, “En defensa de los niños y las mujeres: un acercamiento a la vida de la psiquiatra Mathilde Rodríguez Cabo”, *Salud Mental*, Instituto

tacar que éste es el modelo historiográfico que más se ha trabajado en México. El tercer modelo al que se hace referencia es el que se ha especializado en la historia de los síntomas mentales (y neurológicos); dicha historia se encuadra en la llamada psicopatología descriptiva, nacida en Inglaterra, que presta atención a los síntomas, a los diagnósticos y, en fin, a la clínica psiquiátrica, para proponer un enfoque que tiene que ver más con la práctica médica.¹³ A este último modelo se va a apegar el presente trabajo, ya que el interés general de nuestra obra completa es hacer una historia de la clínica psiquiátrica y el de este análisis en particular es comprender la naturaleza de las enfermedades neurológicas a través del trabajo clínico de los médicos de la época. Aunque hay pocos trabajos escritos en el entorno mexicano donde se historizan la clínica y el tratamiento neurológicos, no se apegan al modelo de la psicopatología descriptiva, sino que son textos más generales que intentan mostrar el avance de la ciencia mexicana en el ámbito del diagnóstico y la terapéutica en neurología.¹⁴

Esta historiografía es muy importante para comprender la forma en que los médicos entendían y diagnosticaban las enfermedades neurológicas en el Manicomio de La Castañeda¹⁵ y es que, hay que advertirlo, los enfermos con tales trastornos fueron los que menos presencia tuvieron en la institución. De la población total (basada en una muestra del 20% de todos registros de ingreso del manicomio, de la que utilizamos tanto diagnósticos

Nacional de Psiquiatría, México, v. 33, n. 1, enero-febrero de 2010, p. 1-10; José María López Piñero, *John Hughlings Jackson (1835-1911). Evolucionismo y neurología*, Madrid, Moneda, 1973.

¹³ Germán E. Berrios y Roy Porter, *op. cit.*; Germán E. Berrios, *op. cit.*

¹⁴ Ana Cecilia Rodríguez de Romo *et al.*, "Esclerosis múltiple en México: la clínica de su historia", [monografía], México, Universidad Nacional Autónoma de México, s. a., s. p.; Ana Cecilia Rodríguez de Romo y Jourdain Israel Hernández-Cruz, "Parkinson y estereotaxia en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, Manuel Velasco Suárez", *Archivos de Neurociencias*, Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, México, v. XI, n. 2, 2006, p. 123-132.

¹⁵ En el Hospital General y en el Hospital Juárez también se ofreció clínica neurológica; no obstante, no existen cifras que nos permitan conocer la cantidad total de pacientes atendidos.

mixtos como definidos),¹⁶ los pacientes neurológicos sólo tuvieron una representación del 3.5%.¹⁷

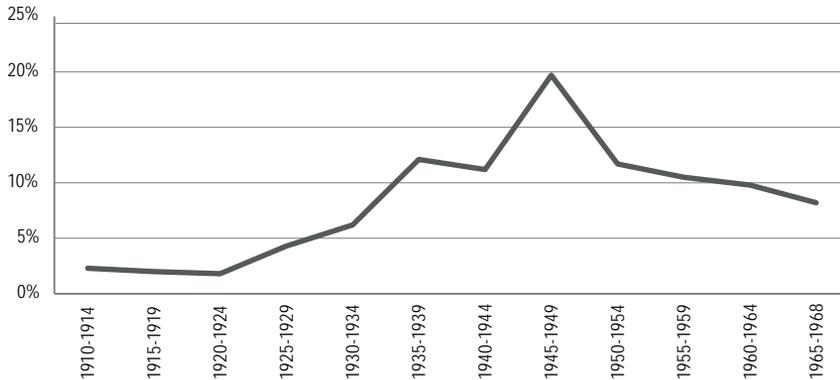
Gracias a la gráfica 1, que muestra los ingresos por enfermedades neurológicas a La Castañeda por periodos de años, pudimos establecer el lapso de estudio de esta sección. En el primer periodo, que corre de 1930 a 1939, se observa un aumento interesante con respecto a las décadas anteriores, donde el pico de ingresos más alto corresponde al 12.1%; en las décadas anteriores se puede ver que la cantidad de ingresos es inferior, además de que los textos médicos que tratan sobre el tema que interesa son prácticamente inexistentes. Es por eso que se decidió iniciar el estudio en los años treinta. El segundo periodo, que va de 1940 a 1949, es el que más ingresos registra, con 19.7% en su pico más alto; diversos factores influyeron en tal aumento: crecimiento poblacional en la capital del país debido a la migración, mejoramiento de los medios auxiliares en el diagnóstico neurológico y una mayor recepción e interpretación de las teorías que llegaron del exterior. Por otro lado, en el último periodo, que abarca de 1950 a 1964, es donde se observa un descenso en los ingresos de estos pacientes y uno de los puntos más bajos se encuentra en 1964 (sólo 9.8% de ingresos); dicha situación se debió a que las instituciones dedicadas a la asistencia de pacientes neurológicos aumentaron (es decir, se descentralizó el papel de La Castañeda) y, cabe aclarar, el año de corte (1964) se debe además a que en esa fecha se inauguró el Instituto

¹⁶ En el resto de las enfermedades tratadas en este libro, los autores utilizaron sólo los diagnósticos definidos, ya que ello permitía un mejor análisis de las clasificaciones; no obstante, en el caso de las enfermedades neurológicas he decidido utilizar tanto diagnósticos mixtos como definidos, ya que el número de pacientes es considerablemente inferior y, por lo tanto, el análisis cuantitativo podría verse afectado. Para una mejor explicación de la división entre diagnósticos mixtos y definidos, véase la introducción de este libro.

¹⁷ En este trabajo no se hacen más análisis cuantitativos de la población, como sí se llevaron a cabo en otros estudios que aparecen en este mismo libro, ya que las variables corresponden a la media general de la muestra que se utilizó para la base de datos y, por lo tanto, no influyeron en el proceso clínico y el diagnóstico. Este trabajo es, por lo antes dicho, principalmente cualitativo. Para conocer los porcentajes de las variables utilizadas en la base de datos, véase la introducción de este libro.

Nacional de Neurología y Neurocirugía (INNN), institución dedicada a la asistencia e investigación neurológicas.

GRÁFICA 1
Porcentaje de ingresos por enfermedades neurológicas en relación con la población total del Manicomio La Castañeda 1910-1968



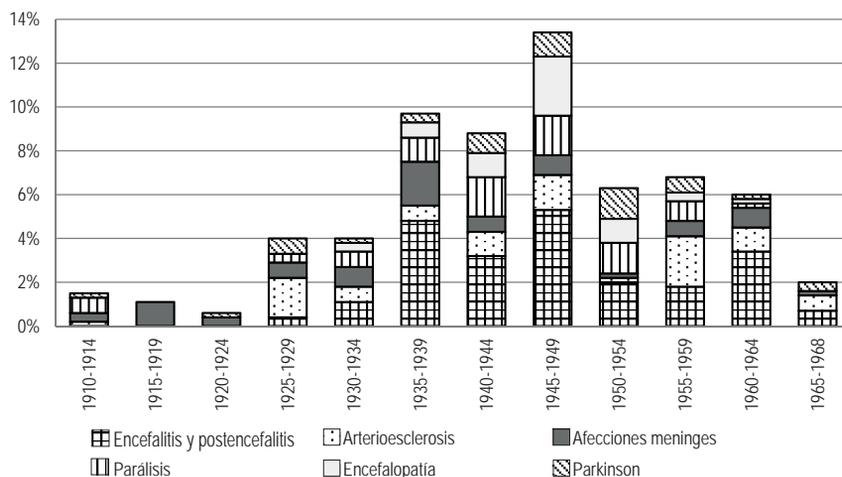
FUENTE: BD-PAPIIT.

Las enfermedades neurológicas diagnosticadas son diversas y sus etiologías y representaciones clínicas varían unas de otras; no obstante, los trastornos de movimiento eran una característica que compartían todas y lo que les daba su naturaleza neurológica dentro de la clínica médica del manicomio. Los diagnósticos de este tipo de trastornos con sus respectivos porcentajes fueron: encefalitis y postencefalitis, 23%; arterioesclerosis, 10.5%; afecciones en las meninges, 9.4%;¹⁸ parálisis, 9.2%; encefalopatía, 7%; Parkinson, 6.6%; polineuritis, 4.3%; corea, 3.7%; accidente cerebrovascular, 3%; bradiquinesia, 2%; afasia, 1.6%; tumor, 1.4%; esclerosis, lesión cerebral y síndrome extrapiramidal, 1.1% cada uno; congestión cerebral, enfermedad de Pick, trauma y enfermedad de Wernicke, 0.9% cada uno; cisticercosis, 0.7%; Alzheimer, 0.4%; ataxia, encefalomielitis y Tay Sachs, 0.2% cada uno;

¹⁸ Dentro de ellas existen cuatro subgrupos: meningoencefalitis, 3%; meningoartritis, 3%; meningitis, 2.7%, y meningomielitis, 0.7%.

otros sin especificar, 9.6%.¹⁹ Para efectos de un mejor análisis histórico se decidió utilizar las seis primeras enfermedades, que son las que están por arriba del 5% y que juntas suman el 66% de las diagnosticadas en comparación con el resto. Se les puede observar en la gráfica 2.

GRÁFICA 2
Diagnósticos neurológicos en el Manicomio La Castañeda
1910-1968



FUENTE: BD-PAPIIT.

Así, basándonos en las gráficas, los expedientes clínicos y las fuentes localizadas, los objetivos de este trabajo son cuatro: comprender la variedad de enfermedades neurológicas por las cuales los enfermos ingresaban a La Castañeda y los medios (clínicos e instrumentales) que los médicos utilizaban para poder diagnosticar a los pacientes en los distintos periodos; conocer la forma en que los médicos asimilaron y explicaron las enfermedades;

¹⁹ En los casos de parálisis, bradiquinesia, afasia y ataxia, pueden ser catalogados como síntomas, no tanto como la entidad nosológica; no obstante, el trabajo se guía por los diagnósticos que los médicos realizaron en los expedientes clínicos y las hojas de ingreso de los pacientes. Cabe aclarar que éstos son diagnósticos y definiciones nosológicas de la época de estudio, por lo que no pueden ser comparados estrictamente con los conceptos actuales.

comprender la asistencia, la terapéutica y el paso de una medicina basada en el diagnóstico empírico a una sustentada en el diagnóstico auxiliado por instrumentos y su posterior tránsito hacia una medicina de investigación y tratamiento; por último, observar cómo la ciencia neurológica se separó de la psiquiátrica hasta convertirse en una disciplina independiente.

El diagnóstico empírico de la clínica neurológica, 1930-1939

En el año 1937 Manuel M. fue llevado al Manicomio de La Castañeda por unos oficiales de la Beneficencia Pública. Su historia clínica dice que en “1918, estando en el Pueblo de Santa Eulalia [Michoacán] sufrió de [encefalitis] que le duró aproximadamente quince días curando en apariencia sin tratamiento médico”. Leopoldo Salazar Viniegra, quien fuera el médico que lo recibió, decía: “hace tres años se iniciaron las secuelas de la encefalitis sufrida: temblor en el miembro superior izquierdo para seguir después en el derecho y después generalizarse. El diagnóstico es bradiquinesia postencefalítica. No es necesario hacer más exámenes”.²⁰

¿Por qué hablamos al inicio de esta sección de un enfermo del manicomio que fue diagnosticado con encefalitis? Si observamos nuevamente la gráfica 2 se puede advertir que la enfermedad neurológica más diagnosticada en todo el periodo de estudio fue la encefalitis (y la postencefalitis). Existen diversos tipos de encefalitis,²¹ no obstante la que es de mayor interés es aquella que describió el psiquiatra y neurólogo austriaco (de origen griego) Constantin von Economo entre 1916 y 1917, que denominó con el nombre de encefalitis letárgica (aunque también fue conocida como encefalitis epidémica o de tipo vienés). La enfermedad

²⁰ AHSSA, FMG, SEC, caja 417, exp. 21964, f. 7.

²¹ Encefalitis letárgica o epidémica, encefalitis de Saint Louis, encefalitis tipo B o japonesa, encefalitis equina, encefalitis rusa, encefalitis X australiana. Cada una de ellas tiene diversos síntomas, índices de morbilidad y mortalidad y dejan secuelas específicas. Luis Gaitán González, “Los virus filtrables en las enfermedades nerviosas y mentales”, *Revista Mexicana de Neurología, Psiquiatría y Medicina Legal*, México, v. XII, n. 71, enero de 1946, p. 2-9.

no era nueva cuando Von Economo hizo sus estudios; de hecho se le había conocido con otros apelativos desde el siglo XVIII (el más común fue “enfermedad del sueño”, por la somnolencia que provocaba).²² El interés del psiquiatra vino de las secuelas tan características de la enfermedad. Los estados postencefalíticos frecuentemente presentaban rigidez, aquinesia (inmovilización), conducta compulsiva, tics, tortícolis, crisis oculorógicas (desviaciones oculares involuntarias), trastornos de control y en general trastornos motores que la hicieron relacionarse con el Parkinson. Otros síntomas de la encefalitis eran problemas respiratorios, obesidad y, según la historiadora española Violeta Ruiz, en los niños y adultos jóvenes provocaba serios desórdenes mentales y de comportamiento. Es interesante observar que en la clínica neurológica mexicana esas manifestaciones mentales de las que habla Ruiz no eran observadas y, si existían, el reto diagnóstico era por los trastornos motores de los enfermos. Esto puede abrir un debate historiográfico interesante que no se analizará en este trabajo.²³

Von Economo inició sus investigaciones al tiempo que comenzaba a darse una epidemia de dicha enfermedad que se conjuntó con otra epidemia, la de influenza (que inició en 1918). Debido a ello se relacionó directamente la infección de influenza con la aparición de cuadros encefalíticos (más tarde se descubriría que el virus que provoca la influenza puede causar encefalitis). A pesar de que los síntomas eran similares, lo que diferenciaba a una enfermedad de otra era que la encefalitis se curaba sin tratamiento médico aparente, la tasa de mortalidad era baja (aproximadamente

²² También se le conoció con los nombres de “la nona” (en Italia), neuroaxitis, estupor epidémico, encefalitis tipo A y encefalitis infecciosa. Abraham Fortes, “Criterio clínico actual de encefalitis”, *Revista Mexicana de Neurología, Psiquiatría y Medicina Legal*, México, v. XI, n. 66, marzo de 1945, p. 17.

²³ Violeta Ruiz, “‘A disease that makes criminals’: encephalitis lethargica (EL) in children, mental deficiency, and the 1927 Mental Deficiency Act”, *Endeavour*, Elsevier, v. XXXIX, n. 1, 2015, p. 44. Justamente el texto habla sobre cómo la epidemia de encefalitis letárgica, que provocaba, según los médicos británicos, desórdenes de comportamiento que orillaban a que los niños y jóvenes tendieran a la criminalidad y a las conductas peligrosas, incidió en una reforma política que transformó la Ley de Deficiencia Mental en 1927. La autora hace un pequeño análisis historiográfico que vale la pena observar.

del 20%),²⁴ provocaba profunda somnolencia y letargia, rigidez en el cuello y dejaba secuelas parecidas al Parkinson, por lo que luego de la epidemia de 1917-1921 que asoló a Europa se le conoció como parkinsonismo postencefalítico. Según Germán Berrios, esta epidemia “causó más casos de postencefalitis que las epidemias anteriores [...]. De hecho, se ha sugerido que el aumento en la incidencia de parkinsonismo observada después de la Primera Guerra Mundial se produjo por infecciones subclínicas adquiridas en el periodo”.²⁵

En México también se dieron ambas epidemias. La influenza penetró desde Estados Unidos en el verano de 1918 y en poco tiempo se propagó a todo el territorio nacional, convirtiéndose en una de las enfermedades que más muertes causaron durante el periodo armado de la Revolución Mexicana.²⁶ El médico mexicano Mario Fuentes, quien fuera psiquiatra de La Castañeda y director de dicha institución, mencionó que la gran pandemia de influenza dejó secuelas en México y una de ellas fue la aparición de una epidemia de encefalitis letárgica que atacó igualmente desde 1918, y concluyó al respecto: “existen algunos lugares de la República en donde se desarrollan aún estos casos endémicos con más frecuencia, como en Michoacán, en primer lugar”,²⁷ razón por la cual el médico propuso nombrar el padecimiento como “enfermedad de Michoacán”.²⁸

²⁴ El médico mexicano Luis Gaitán mencionaba que la tasa de mortalidad en individuos con encefalitis entre 5 y 40 años era mucho más baja, mientras que los más adultos corrían más riesgo de muerte. Luis Gaitán González, *op. cit.*, p. 4.

²⁵ Germán E. Berrios, *op. cit.*, p. 494.

²⁶ Según John Womack, en el territorio nacional murieron a causa de la enfermedad aproximadamente 400000 personas. Claudia Agostoni y Andrés Ríos Molina, *Las estadísticas de salud en México. Ideas, actores e instituciones, 1810-2010*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Históricas/Secretaría de Salud, Dirección general de Información en Salud, 2010, p. 170.

²⁷ Mario Fuentes, “La encefalitis”, *Archivos de Neurología y Psiquiatría de México*, Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría, México, t. VII, n. 3, mayo-junio de 1944, p. 91.

²⁸ Mario Fuentes, “Profilaxia de las secuelas encefalíticas”, *Archivos de Neurología y Psiquiatría de México*, Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría, México, t. II, n. 3, noviembre de 1938, p. 123.

Dichos eventos históricos tienen mucha importancia en la clínica de las enfermedades neurológicas en La Castañeda. Ésta es la razón por la que la encefalitis fue tan diagnosticada en la época de estudio. Cabe aclarar que los síntomas postencefalíticos aparecen de 5 a 15 años después de haber contraído la enfermedad y ése puede ser el motivo por el que antes de 1930 no se registran casos de postencefalitis en el manicomio (gráfica 2), ya que no se tiene registro de que antes de la epidemia de 1918 dicha enfermedad se hubiera expandido tanto dentro del territorio nacional. El hecho de que la encefalitis produjera síndromes extrapiramidales (problemas en la regulación de la motilidad involuntaria) es de suma importancia para poder comprender los medios de diagnóstico de las enfermedades neurológicas en este primer periodo.

Los trastornos de movimiento que los médicos de La Castañeda observaron fueron: diversos tipos de parálisis, hemiplejía, paraplejía, temblores, movimientos involuntarios, *facies fijée* (seño inexpresivo), paresia y hemiparesia, entre otros. Ellos fueron lo que le dio significado a los diagnósticos; por lo tanto, estamos en una época en la que el diagnóstico de tales enfermedades era meramente empírico y aproximado. Es por eso que la postencefalitis toma tanta importancia, ya que, si se parte del conocimiento que tenían los médicos sobre las secuelas de la encefalitis, la mayoría de los diagnósticos se basaba en ella y el diagnóstico más común fue el de bradiquinesia postencefalítica. La bradiquinesia, que es un trastorno que causa rigidez muscular, estaba directamente relacionada con la postencefalitis, convirtiéndose más que en un síntoma, en un diagnóstico. Es interesante observar que los médicos casi no utilizaban el nombre de parkinsonismo postencefalítico que mencionamos más arriba, quizá porque no tenían conocimiento del concepto.

En esta época, los medios de diagnóstico neurológico estaban muy limitados en La Castañeda y, por lo tanto, aunque los médicos quisieran extender el diagnóstico, no había muchas formas de hacerlo. Entonces, los criterios diagnósticos eran los tradicionales en la clínica. Cuando Gabriel G., por ejemplo, fue llevado por su familia al manicomio, el médico que lo examinó mencionó lo siguiente:

Es claro que se trata de un cuadro de encefalitis. No es posible precisar la fecha de la encefalitis, que en los lugares donde el paciente vivía es endémica [Michoacán], pero sí se sabe que poco antes de empezar a notar torpeza de sus movimientos tuvo crisis neurálgicas [...] es casi inútil describir el cuadro neurológico de este enfermo, pues toda la sintomatología de los bradikinéticos [*sic*] post-encefalíticos es muy conocida [...]. Todos los hechos observables en el paciente confirman la opinión: la *facies fijée*, la propulsión y lateropulsión, la pérdida de los movimientos automáticos, de parpadeo, etc.²⁹

Es interesante observar que, aunado a que los síntomas y signos correspondían a la enfermedad, el hecho de que el paciente viniera de Michoacán (una zona donde la encefalitis era endémica, según los médicos) ayudó a corroborar el diagnóstico. Pero, aunque se tuviera cierta certeza, la inminente cronicidad de tales enfermos hacía que los médicos asumieran una posición pesimista con respecto a la cura de dichos pacientes, lo que convertía al manicomio en un lugar de simple custodia. Por ejemplo, Leopoldo Salazar Viniegra, quien fue también director del manicomio, diagnosticó en el caso arriba citado:

sobre estos sujetos sólo hay que hacer las consideraciones habituales que el suscrito formula en todos los casos análogos: que sin ser alienados son incapaces para trabajo mental o material y que reclaman siempre con insistencia alivio y medicación, que ya se sabe hasta la fecha no existen; de todos modos es justificado admitirles aquí ya que se carece de sitio a propósito hasta que familiares suyos se puedan hacer cargo de ellos.³⁰

Hay que pensar entonces al manicomio no sólo como el receptor de pacientes psiquiátricos, sino también neurológicos, es decir, neuropsiquiátricos, lo cual se traducía en la obligación de atender a todo aquel que sufriera trastornos del sistema nervioso aunque los síntomas mentales no fueran evidentes. Según Lantéri-Laura y Bouttier, para poder hacer una historia de la psiquiatría hay que asociar la práctica y la enseñanza de la clínica

²⁹ AHSSA, *FMG*, SEC, caja 378, exp. 20049, f. 8.

³⁰ AHSSA, *FMG*, SEC, caja 378, exp. 20049, f. 14.

psiquiátrica con el mantenimiento de un interés igual por la neurología y la fisiología, ya que ellas también desempeñaron un papel crucial el desarrollo de la psiquiatría hacia el siglo xx.³¹ Esta visión asistencial perduraría por lo menos hasta la década de los cuarenta, cuando los médicos de La Castañeda comenzaron a mostrar renuencia para aceptar a enfermos meramente neurológicos, situación que se analizará más adelante. Ese argumento va de la mano con los intereses de los psiquiatras mexicanos de buscar otros elementos diagnósticos que explicaran los trastornos que evidentemente se debían a una falla orgánica.

Los instrumentos auxiliares en el diagnóstico eran bastante precarios en este periodo, lo que llevó a que las investigaciones, más que buscar terapias, se dirigieran a explorar los medios para diagnosticar. El doctor Mario Fuentes³² fue uno de los más interesados en la investigación clínica del campo orgánico de la medicina mental. Desde su tesis recepcional, *Estudios sobre el síndrome epiléptico*, mostró interés en ese ámbito de la enfermedad; de hecho, en su discurso de ingreso a la Academia Nacional de Medicina, en 1947, decía: “basta mencionar el término moderno de medicina psicosomática, para dar la debida justificación al interés que representa en las corrientes modernas de la medicina la asociación de los factores psíquicos y somáticos, en la etiología del padecimiento [...]. Es indispensable reconocer la unidad psíquica y somática del enfermo”.³³ Cabe aclarar, además, que fue

³¹ Georges Lantéri-Laura y Jean-Guillaume Bouttier, “La evolución de las ideas sobre el sistema nervioso central y sus relaciones con el desarrollo de la psiquiatría moderna”, en Jacques Postel y Claude Quétel, *Nueva historia de la psiquiatría*, México, Fondo de Cultura Económica, 2000, p. 281.

³² Nació en 1904 en el pueblo de Ixhuatán, Oaxaca. Cursó la Escuela Nacional Preparatoria y estudió medicina en la Universidad Nacional. Mientras aún estudiaba, entró a trabajar en el Manicomio General como mozo y después de graduarse fue contratado como médico. También desempeñó labores en el Instituto de Cardiología y en el Hospital General. Fue el primer director del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”, inaugurado en 1967. Juan Henestrosa Zárate, “Dr. Mario Fuentes Delgado”, *Panóptico Ixhuateco*, México, s. e., 2008, s. p.

³³ “Palabras del Dr. Mario Fuentes Delgado al presentar su trabajo de ingreso como académico de número en la sección de neurología y psiquiatría”, *Gaceta Médica de México*, Academia Nacional de Medicina, México, t. LXXVII, n. 3 y 4, junio-agosto de 1948, p. 153.



Academia Nacional de Medicina de México

Figura 2. Doctor Mario Fuentes Delgado.
FUENTE: Archivo de la Academia Nacional de Medicina

el encargado del pabellón de enfermos neurológicos cuando se abrió en los cuarenta, como se verá más adelante.

En la década de los treinta, el doctor Fuentes se comprometió con el estudio y los medios de diagnóstico clínicos de la encefalitis y la postencefalitis. Según él, en las secuelas encefalíticas existían cuadros neurológicos bien conocidos, a los que él llamó “vestigios neurológicos”,³⁴ aunque también se podían desprender cuadros mentales (síntomas psiquiátricos), con síndromes extra-

³⁴ Los “vestigios” eran: modificaciones discretas del tono muscular; contracciones clónicas de los músculos; temblores rítmicos, sobre todo en los párpados; trastornos pupilares; postura parkinsoniana; cuadros hiperquinéticos y bradiquinéticos; corea o hemicoorea; reflejos posturales anormales. Mario Fuentes, “Automatismo mental y encefalitis”, *Archivos de Neurología y Psiquiatría de México*, Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría, México, t. II, n. 2, septiembre de 1938, p. 416.

piramidales poco visibles, y ellos eran el verdadero reto diagnóstico de la postencefalitis. Lo que diferenciaba a los enfermos neurológicos de los psiquiátricos era que podían “convivir en el medio social, llevando solamente una relativa apariencia de normalidad. Son aptos para el desempeño del trabajo; casi nunca el debilitamiento intelectual ocurre y menos aún alcanzan un estado demencial”;³⁵ no existían entonces elementos propiamente confusionales, ni estados delirantes o fabulatorios.³⁶ Tal frase es muy importante para el diagnóstico, ya que los médicos de esta época, y de las posteriores, afirmaban que los cuadros psicóticos o demenciales eran pocos o inexistentes en los enfermos con trastornos neurológicos.

En ese sentido, Germán Berrios menciona que, por ejemplo, cuando James Parkinson hizo su descripción de la parálisis agitante (que después sería conocida como enfermedad de Parkinson), afirmó que no se dañaban los sentidos y el intelecto y creyó que la enfermedad era una forma de parálisis que se caracterizaba por el temblor y la tendencia involuntaria a aumentar la velocidad al caminar, pero no por el deterioro sensorial, y que, si en algún momento existía un síntoma mental, era directamente provocado por la parálisis. No fue hasta entrado el siglo XIX cuando diversos médicos aseguraron que los síntomas mentales no eran provocados por la parálisis en sí, sino por el daño neurológico propio de la enfermedad. Esa idea evolucionó en la medida en que era casi una regla que los síntomas mentales debían tener valor secundario respecto del trastorno neurológico.³⁷

Así, para el médico Mario Fuentes había dos cuestiones alarmantes de la enfermedad: la primera es que no había tratamiento y que ningún método conocido en ese momento (psicoterapia, terapia laboral o tratamientos con fármacos) funcionaría, razón por la cual era de suma importancia tener un diagnóstico correcto para “no perder el tiempo con terapias psicoanalíticas que de nada servirían”.³⁸ La segunda tiene que ver justo con el

³⁵ Mario Fuentes, “Profilaxia de las secuelas...”, *op. cit.*, p. 122.

³⁶ Mario Fuentes, “Automatismo mental...”, *op. cit.*, p. 420.

³⁷ Germán E. Berrios, *op. cit.*, p. 485-487.

³⁸ Mario Fuentes, “Profilaxia de las secuelas...”, *op. cit.*, p. 121.

diagnóstico, ya que afirmaba que “clínicamente no es diagnoscible, reconociéndola desgraciadamente sólo por sus deplorables consecuencias”, y a este respecto sugería que convenía “buscar intencional y minuciosamente los signos neurológicos”,³⁹ por muy vagos que fueran.

Otro ejemplo muy interesante que permite observar tal tendencia a diagnosticar es la incidencia de encefalopatía y arterioesclerosis. Los diagnósticos de tales enfermedades tienen un comportamiento muy interesante, ya que dependían directamente de la edad del paciente. En la gráfica 3 se puede ver cómo aparecían en ciertas edades determinadas: mientras que la encefalopatía se encontraba entre los 5 y los 18 años,⁴⁰ la arterioesclerosis iba de los 50 a los 75 años.⁴¹ El diagnóstico de ellas dependía entonces de un factor externo a los “vestigios neurológicos”, ya que, si algún enfermo presentaba trastornos motores y estaba dentro del rango de la adultez mayor o de la infancia, los diagnósticos se hacían “en automático”. Éste es un ejemplo de cómo se intentaban solucionar las dificultades para diagnosticar.

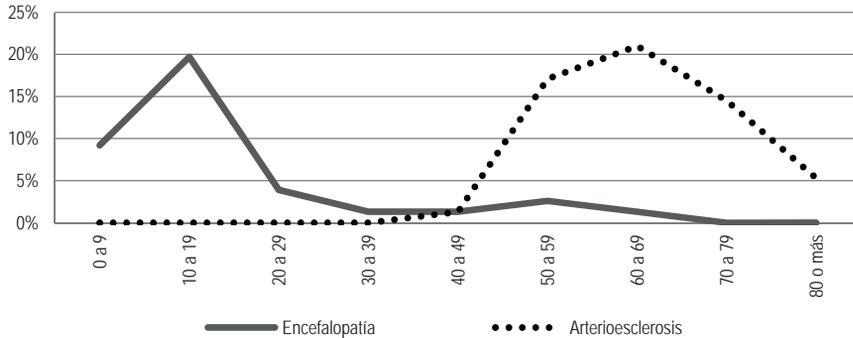
Se puede ver en los estudios de Fuentes que la investigación clínica debía estar basada en los vestigios para poder dar un diagnóstico a los trastornos neurológicos, pero los problemas para diagnosticar no sólo estuvieron determinados por la clínica, sino también por las técnicas con instrumentos auxiliares en el diagnóstico, que en esa época estaban rezagadas en México.

³⁹ Mario Fuentes, “Automatismo mental...”, *op. cit.*, p. 418, 427.

⁴⁰ En México, el doctor Alfonso G. Alarcón hizo un estudio sobre las encefalitis infantiles en el cual sugería que los problemas relacionados con el encéfalo de los niños debía englobarse en el término de encefalopatía. Él la describe como: “afecciones del encéfalo que pueden ser simplemente congénitas, inflamatorias, locales o generalizadas, o graves lesiones de la masa encefálica con ataque a sus diversos pisos”. Alfonso G. Alarcón, “Encefalitis infantiles”, *Gaceta Médica de México*, Academia Nacional de Medicina, México, t. LXVI, n. 4, julio-agosto de 1936, p. 257.

⁴¹ En 1929, MacDonald Critchley publicó su estudio sobre el parkinsonismo arterioescleroso, donde afirmaba que el trastorno era típico en las personas de edad avanzada; según este médico, el síndrome se debía a una lesión en los ganglios basales y los síntomas eran la inmovilidad, marcha a pasos cortos, síndromes cerebro-palidales y aquinesia, aunque también podían presentarse temblores y signos demenciales. Germán E. Berrios, *op. cit.*, p. 495.

GRÁFICA 3
Diagnósticos de encefalopatía y arterioesclerosis
por grupos de edad



FUENTE: BD-PAPIIT.

Una de las técnicas que mínimamente se podían utilizar era la punción lumbar y el estudio del líquido cefalorraquídeo (LCR). Según el médico Alberto Lezama, era uno de los métodos más importantes en ese momento para el diagnóstico psiquiátrico y neurológico, por ejemplo para detectar “las meningitis purulentas, la tuberculosis, la neurosífilis, etc.”, y de hecho afirmaba que era una “obligación del médico practicar [...] la punción lumbar”⁴² y extraer LCR para realizar las diversas reacciones, como la de Wassermann. En la figura 3 se pueden observar las agujas e instrumentos que se utilizaban para la punción lumbar.

Todavía a inicios de la década de 1930 los exámenes de laboratorio practicados en La Castañeda eran muy pocos y, de hecho, hasta 1933 varios de ellos se enviaban a hacer a otras dependencias, como el Hospital General o el Hospital Juárez. No fue hasta 1935 que el laboratorio fue ampliado y los exámenes se diversificaron, entre ellos el del LCR. Aunque cabe aclarar que dos años después el funcionamiento de dicho local era ineficiente, tanto así que el entonces director del manicomio envió un memorándum a los responsables del laboratorio, el cual decía:

⁴² Alberto Lezama, “Valor e interpretación en el examen de líquido cefalorraquídeo en psiquiatría y neurología”, *Revista Mexicana de Neurología, Psiquiatría y Medicina Legal*, México, v. I, n. 3, septiembre de 1934, p. 38.

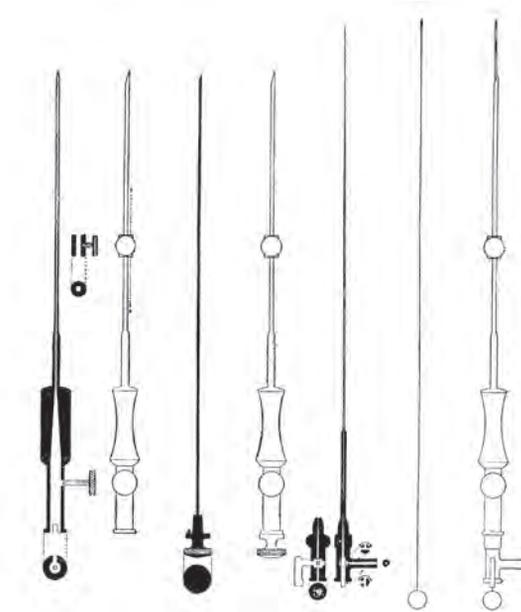


Figura 3. Agujas utilizadas para la punción lumbar.
FUENTE: Roberto Stern, “La punción lumbar ambulatoria
y el meningismo”, *Archivos de Neurología y Psiquiatría de México*,
Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría, México,
t. 5, n. 1, septiembre-octubre de 1942, p. 32

Es notoria y lamentable la situación de desorganización en que se encuentra actualmente el laboratorio. Sin poder juzgar concretamente la responsabilidad de cada uno en particular, sí considero culpable a todo el personal y en relación proporcional a su categoría de esta deficiencia. Por lo tanto, esta dirección les previene que para lo sucesivo, tomará medidas energéticas, a fin de lograr que los trabajos sean debidamente encausados y que hará responsable a todos y cada uno de ustedes de las deficiencias que sigan existiendo.⁴³

No obstante tal situación, los exámenes de LCR se hicieron más comunes. Aunque para ciertos médicos se podían diagnosticar con el LCR la esclerosis en placas, la enfermedad de Pick, los tumores cerebrales (estas dos últimas afecciones debido a la hipertensión

⁴³ AHSSA, FMG, SADM, caja 17, exp. 6, f. 10.

del líquido provocada por dichas lesiones) o las secuelas de la encefalitis (debido a la hiperglucorraquia, es decir, el exceso de glucosa en el LCR),⁴⁴ el examen se hacía más comúnmente para determinar la existencia de sífilis en los pacientes, como en el caso de Hermenegilda M., que fue observada por Mario Fuentes, quien en su historia clínica escribió:

Es indudable la existencia de lesiones extrapiramidales [...] que hacen suponer lesiones del diencefalo. La existencia de reacciones específicas harían pensar en una coexistencia de neurosífilis (en caso de ser correctas las reacciones [de LCR]) y remotamente la posibilidad de lesiones neurosifilíticas al sistema extrapiramidal, con la misma electividad que se reconoce al virus de la encefalitis. Diagnóstico: con las reservas anteriores se trata de un SÍNDROME BRADIQUINÉTICO que suponemos postencefalítico, asociado a reacciones específicas positivas sujetas a duda. Ha sido inoculada con paludismo.⁴⁵

Dichas situaciones eran comunes, por lo que se puede pensar que el diagnóstico de las enfermedades neurológicas era, además de aproximado, por eliminación de otros trastornos que podían conocerse con diversos medios. Sin embargo, Alberto Lezama mencionaba que este examen debía ser “cotejado con los datos clínicos”, ya que, aunque se hiciera de manera minuciosa, podía fallar.⁴⁶ De hecho, un médico afirmaba que en diversas ocasiones los estudios de laboratorio contradecían a la clínica neuropsiquiátrica y, por lo tanto, el galeno debía desarrollar un gran ojo clínico para no dejarse llevar por los datos de laboratorio y no caer en errores.⁴⁷ Una enfermedad cuyo diagnóstico también era muy cer-

⁴⁴ Alberto Lezama, *op. cit.*, p. 41.

⁴⁵ AHSSA, *FMG, SEC*, caja 358, exp. 19039, f. 10. Mayúsculas del original.

⁴⁶ Este médico advertía que la reacción de Wassermann era a veces muy incierta. Además, más cerca del tema de interés de este trabajo, mencionaba que dicha reacción podía ser positiva en casos de encefalitis letárgica. Alberto Lezama, *op. cit.*, p. 41. Un mejor análisis sobre el uso de la reacción de Wassermann en el manicomio se puede revisar en el estudio acerca de la parálisis general progresiva que aparece en esta misma obra.

⁴⁷ Gonzalo Castañeda, “Discordancia y contradicciones entre la clínica y la clínica, entre la clínica y el laboratorio y entre el laboratorio y el laboratorio”, *Gaceta Médica de México*, Academia Nacional de Medicina, México, t. LXVI, n. 3, mayo-junio de 1936, p. 173.

tero con el LCR era la meningitis meningocócica o purulenta, ya que ella ocasionaba pus en el líquido, además de que con estudios bacteriológicos podían localizarse los meningococos causantes de la enfermedad; aunque también de vez en cuando era confundida con el *treponema palidum*, agente infeccioso de la sífilis.⁴⁸

Sin duda, los instrumentos eran necesarios en la práctica clínica de las enfermedades neurológicas (como en muchas otras enfermedades mentales); no obstante, las limitaciones de la ciencia nacional en general y las limitaciones materiales de La Castañeda en particular hacían que el uso de instrumentos, aparatos y técnicas novedosas fueran limitados. Un instrumento auxiliar en el diagnóstico que fue experimentado en ese momento para las enfermedades mentales y neurológicas fue la máquina de rayos X. Según estudios realizados a finales de la década de 1930 en la clínica privada del doctor Samuel Ramírez Moreno, quien fuera médico y director del manicomio, el radiodiagnóstico era una herramienta necesaria en la práctica neuropsiquiátrica.

La visualización de las cavidades encefálicas con la máquina de rayos X debía hacerse con la sustitución del LCR por aire filtrado. Dos eran las técnicas más eficientes para tal método: la ventriculografía (se administraba el aire directamente a los ventrículos del cerebro, para lo cual se necesitaba trepanación) y la encefalografía (se filtraba el aire por medio de la médula). Una vez hecho esto, lo único que se tenía que hacer era sacar una placa radiográfica con una máquina común de rayos X.⁴⁹

⁴⁸ Según Samuel Ramírez Moreno, muchas meningitis acompañaban a la mayoría de los casos de neurosífilis; él señalaba que los exámenes bacteriológicos de una y otra mostraban similitudes. De hecho, mencionaba que, antes de que se descubrieran las afecciones nerviosas provocadas por la sífilis, los médicos estaban de acuerdo en señalar que la meningitis era el principio común de las afecciones nerviosas causadas por la enfermedad venérea. Samuel Ramírez Moreno, "El diagnóstico preclínico de la sífilis nerviosa", *Revista Mexicana de Neurología, Psiquiatría y Medicina Legal*, México, v. 1, n. 6, marzo de 1935, p. 10-12. Para un estudio más detallado de la incidencia de la sífilis en las enfermedades mentales, véase el trabajo sobre parálisis general progresiva de esta misma obra.

⁴⁹ Teodoro Flores Covarrubias, "Radiodiagnóstico neurológico y el electrodiagnóstico", *Revista Mexicana de Neurología, Psiquiatría y Medicina Legal*, México, v. v, n. 30, enero de 1939, p. 39.



Figura 4. Encefalografía realizada en la clínica del doctor Samuel Ramírez Moreno. FUENTE: Teodoro Flores Covarrubias, “Radiodiagnóstico neurológico y el electrodiagnóstico”, *Revista Mexicana de Neurología, Psiquiatría y Medicina Legal*, México, v. V, n. 30, 1939, p. 40

El médico Teodoro Flores Covarrubias, radiólogo de la clínica del doctor Samuel Ramírez Moreno, especificó que cada técnica tenía fines distintos: la ventriculografía estaba indicada para el diagnóstico de neoplasmas (tumores); la encefalografía, por otro lado, podía ser un gran auxiliar en el diagnóstico de la epilepsia, los padecimientos meníngeos, la postencefalitis y los reblandecimientos cerebrales.⁵⁰ Pero, además, con la encefalografía podían observarse los trastornos motores y degenerativos (como el Alzheimer) debido a una existente degeneración de los lóbulos frontales y parieto-temporales, ya que los trastornos extrapiramidales se deben a tales lesiones.⁵¹ La encefalografía, además de ser más

⁵⁰ *Ibidem*, p. 42.

⁵¹ Juan Peón del Valle, “Atrofia de Pick y enfermedad de Alzheimer”, *Revista Mexicana de Neurología, Psiquiatría y Medicina Legal*, México, v. VII, n. 37, enero de 1941, p. 58.

segura por no requerir intervención quirúrgica, permitía ver mejor las lesiones cerebrales típicas de ciertos trastornos neurológicos. No obstante, en las conclusiones de los médicos sobre la eficiencia del radiodiagnóstico dichos estudios eran aún experimentales, no siempre eran certeros y a veces las radiografías no mostraban lesión orgánica alguna.

Pero, regresando al tema de La Castañeda, el problema era mayor, ya que ahí no se contaba con una máquina de rayos X en la década de los treinta. En el año 1936 el doctor Mario Fuentes, que en ese momento fungía como director interino del manicomio, envió un oficio a la Beneficencia Pública que decía:

Con frecuencia se ofrece la necesidad de hacer exámenes radiológicos del cráneo [...] recurriendo a la relativa ayuda que después de muchos trámites nos proporcionan en otros establecimientos como el Hospital Juárez o el Hospital General. El auge que actualmente se aprecia en la alienación [...] reclama paralelamente la necesidad urgente de perfeccionamiento técnico, proporcionando al enfermo mental las conquistas científicas modernas. Consecuentemente con la breve exposición anterior sintetizamos nuestra petición en la necesidad de dotar al Manicomio de un gabinete de radiología de las mismas proporciones que actualmente poseen otros hospitales de la Beneficencia Pública.⁵²

Todavía en el año 1939 el director en turno, Manuel Guevara Oropeza, pedía a la Beneficencia Pública dicho aparato: “he señalado en numerosas ocasiones la necesidad de tener Rayos X en el establecimiento, y espero que se tendrá en cuenta proporcionarlo el año entrante”.⁵³ En fin, la máquina de rayos X fue entregada por la recién creada Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) en el año 1943.⁵⁴ La petición de la máquina estuvo contextualada por la intención de las autoridades del manicomio de abrir un departamento de neurología dentro de las instalaciones, para lo cual, desde 1937, el médico director, Alfonso Millán, pidió a la Beneficencia Pública material quirúrgico y la contratación de

⁵² AHSSA, FMG, SADM, caja 30, exp. 3, f. 1.

⁵³ AHSSA, FMG, SADM, caja 30, exp. 3, f. 7.

⁵⁴ AHSSA, FMG, SADM, caja 30, exp. 3, f. 25.

un neurocirujano, ya que en La Castañeda no había. En 1939 Guevara Oropeza decía:

Debido a que existe en este manicomio un gran número de pacientes neurológicos y neuropsiquiátricos, se había estado gestionando con la superioridad la creación de un servicio especial de Neurología que comprendiese neurología médica y quirúrgica y estábamos ya en arreglos para que comenzara a funcionar dicho servicio. La necesidad de crear este servicio es evidente, es obvia, y creo que no puede discutírsele, no existe en todo el país un servicio de neurología [...]. Los casos que se encuentran en este manicomio se encuentran repartidos en diferentes pabellones y solamente se necesita agruparlos para crear el servicio al que alude.⁵⁵

La creación de ese servicio en la década de los cuarenta permite observar que poco a poco la ciencia neurológica comenzaba a tener presencia importante en la mentalidad de los psiquiatras. Este proceso va de la mano con el inicio de una relativa especialización neurológica y una búsqueda de la independencia de ella con la psiquiatría. Así, dichos acontecimientos estuvieron contextualizados en la siguiente década por fenómenos que tienen que ver con la llegada de nuevos instrumentos y técnicas para el diagnóstico y el arribo de médicos mexicanos especializados en el extranjero y españoles exiliados de la Guerra Civil.

*Del diagnóstico empírico al diagnóstico auxiliado
por instrumentos, 1940-1949*

La década de 1940 tiene una importancia trascendental para el desarrollo de la neurología en México y en particular en La Castañeda. Según la hipótesis, el cambio importante en el terreno de la clínica neurológica fue el paso de una práctica diagnóstica empírica a una auxiliada en los instrumentos, gracias a la llegada de aparatos y técnicas auxiliares en el diagnóstico; eso fue, en cierta medida, lo que determinó la transformación en la clínica,

⁵⁵ AHSSA, FMG, SADM, caja 30, exp. 3, f. 4.

los cambios en la forma de observar los síntomas y la subsecuente separación entre la psiquiatría y la neurología.

Según el sociólogo Peter S. Cleaves, la medicina en México “experimentó un cambio significativo en los años cuarenta cuando su orientación se hizo menos clínica y se volvió más individualista y biologista”.⁵⁶ Esto va ligado con una transformación en la forma de practicar la neurología en el manicomio y con el surgimiento de un nuevo interés por campos antes no practicados. La primera muestra de ello fue la creación del servicio de neuropsiquiatría y neurocirugía al que aludimos antes. Dicho servicio fue abierto en el Pabellón Central en 1943 y se estimó que contara con una máquina de rayos X, un electroencefalógrafo (EEG) y una sala de neurocirugía, entre otras cosas. El servicio estaría destinado exclusivamente para pacientes neurológicos y neuropsiquiátricos.⁵⁷

La novedad que refería ese servicio eran los instrumentos auxiliares en el diagnóstico que el manicomio adquiriría, además de la práctica neuroquirúrgica que para ese momento apenas se desarrollaba en la institución. Con respecto a la máquina de rayos X (de la que se ha hablado anteriormente) se instaló ésta desde 1943, pero el problema fue que la corriente eléctrica del manicomio era muy inestable, lo que hacía que el aparato no funcionara con regularidad⁵⁸ (todavía en 1945 había quejas de los médicos en relación con el funcionamiento del instrumento), además de que no había doctores especializados en radiología, por lo que a veces las placas salían mal.⁵⁹

Por otro lado, la electroencefalografía⁶⁰ fue una técnica presentada como el avance médico más importante de la década

⁵⁶ Peter S. Cleaves, *Las profesiones y el Estado: el caso de México*, México, El Colegio de México, 1985, p. 88.

⁵⁷ AHSSA, FMG, SADM, caja 22, exp. 11, f. 40. Muy pocos de los pacientes que ingresaron a ese servicio fueron internados en el manicomio, razón por la cual no se tiene información en los libros de registro de La Castañeda. La información de esos pacientes está perdida.

⁵⁸ AHSSA, FMG, SADM, caja 30, exp. 3, f. 26.

⁵⁹ En el año 1948 la compañía General Electric dio un curso de “Técnica Radiográfica” al que fueron enviados diversos médicos de La Castañeda para especializarse en el campo. AHSSA, FMG, SADM, caja 30, exp. 3, f. 41.

⁶⁰ La electroencefalografía es la técnica de exploración neurofisiológica que registra la actividad eléctrica del cerebro; el electroencefalógrafo (EEG) es

debido a su utilidad diagnóstica, sobre todo en los epilépticos. El EEG es un aparato que mide los impulsos eléctricos del cerebro por medio de nodos que se conectan al cráneo;⁶¹ de este modo se puede ver si hay alteraciones en las ondas, lo que indicaría un fallo en las funciones nerviosas. El médico Hans Berger fue el creador de la técnica electroencefalográfica (algunos lo llaman el padre de la electroencefalografía); basado en las ideas de la electricidad animal, practicó el primer estudio en 1924 a un joven de 17 años que sufría retraso mental. A partir de ahí, la práctica se perfeccionó hasta que en la década de los cuarenta se convirtió en un instrumento necesario para la disciplina neurocientífica en el mundo.⁶² Los primeros EEG del país fueron instalados, uno, en el Hospital General, en el Pabellón 7 del doctor Clemente Robles, que fue el primer médico que estudió neurocirugía en el extranjero; el otro fue alojado en la clínica del doctor Samuel Ramírez Moreno. Según él, gracias a sus viajes por Estados Unidos pudo comprender el funcionamiento del aparato, pero debido a su alto costo tuvo que hacer uno de “fabricación casera” con ayuda de un médico de su clínica que también tenía conocimientos de electrónica. Así construyeron un EEG con “resultados muy satisfactorios”⁶³ en el año 1940 (véase figura 5).

Según Samuel Ramírez Moreno, el uso del EEG antes de la década de 1940 se dirigía básicamente a la investigación científica y al mejoramiento de la técnica electroencefalográfica; no obstante, a partir de los cuarenta se dio un cambio: pasó de la investigación a la clínica neurológica, debido a los datos que proporcionaba para

el instrumento que se utiliza para hacer el registro; el electroencefalograma es el resultado que se obtiene del EEG y es en el que el médico se auxilia para hacer el diagnóstico.

⁶¹ La idea de que el cerebro tenía impulsos eléctricos viene desde el siglo XVIII, cuando el italiano Luigi Galvani publicó sus observaciones sobre la electricidad animal, aunque el interés por el fenómeno eléctrico de los nervios no se desarrolló de forma más evidente hasta mediados del siglo XIX. Leonardo Palacios, “Breve historia de la electroencefalografía”, *Acta Neurológica Colombiana*, Bogotá, v. XVIII, n. 2, junio de 2002, p. 104.

⁶² *Ibidem*, p. 105.

⁶³ Samuel Ramírez Moreno, “Estudios sobre electroencefalografía”, *Revista Mexicana de Neurología, Psiquiatría y Medicina Legal*, México, v. VIII, n. 43, mayo de 1941, p. 11-13.

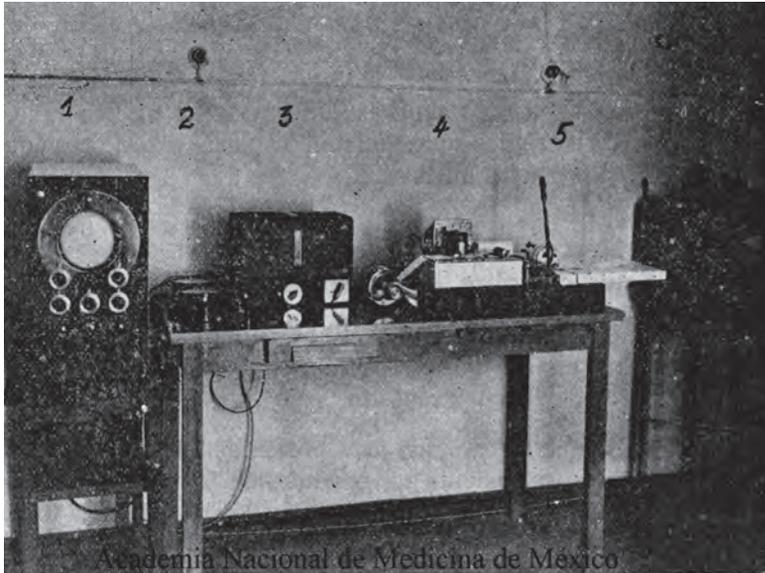


Figura 5. Electroencefalógrafo casero de la clínica del doctor Samuel Ramírez Moreno. FUENTE: Samuel Ramírez Moreno, “Estudios sobre electroencefalografía”, *Revista Mexicana de Neurología, Psiquiatría y Medicina Legal*, México, v. VIII, n. 43, mayo de 1941, p. 12

el diagnóstico de múltiples enfermedades cerebrales. El principal uso que se le dio al EEG fue para el diagnóstico de la epilepsia y la localización de los focos epilépticos, para la búsqueda de tumores cerebrales y para encontrar traumatismos craneoencefálicos,⁶⁴ ya que en estos trastornos las variaciones de las ondas eléctricas eran más evidentes.⁶⁵ Además, según el médico español Sixto Obrador Alcalde (quien fue el primer electroencefalogra-

⁶⁴ *Ibidem*, p. 25.

⁶⁵ Hasta ese momento se habían distinguido cuatro tipos de ondas eléctricas del cerebro, a saber: las ondas alfa, con una frecuencia aproximada de 10 ciclos por segundo, eran las características en los periodos de descanso del cuerpo y las que determinaban un EEG normal; las ondas beta, con una frecuencia de 25 ciclos por segundo, se encontraban en los periodos de movimiento (estas dos fueron las descritas por Berger en sus estudios); las ondas gama, con una frecuencia superior a las anteriores; y las ondas delta, que sólo se encuentran en el sueño profundo y cuando el individuo tiene un neoplasma (tumor), eran las que definían un electroencefalograma anormal. G. Levant Yeager *et al.*, “Electro-

fista de La Castañeda), el EEG también servía para diagnosticar otras afecciones neurológicas: la corea, donde se podían observar anormalidades generalizadas en los electroencefalogramas con ausencia de ondas alfa y presencia de ondas delta; enfermedades orgánicas del neuroeje (alteraciones vasculares, neurolúes, encefalitis), donde las anormalidades de los electroencefalogramas dependían del grado de las lesiones; arterioesclerosis, donde se presentaban irregularidades en las ondas; encefalopatías infantiles, con descargas continuas de ondas lentas; enfermedades extrapiramidales (Parkinson, postencefalitis), donde a nivel de la corteza cerebral no se registraban anormalidades, pero, no obstante, en electroencefalogramas realizados a la subcorteza se mostraban irregularidades, por lo que se pudo saber que los movimientos involuntarios de esos enfermos dependían de descargas eléctricas en distintos niveles subcorticales.⁶⁶

Así, tanto Ramírez Moreno, con los electroencefalogramas realizados en su clínica, y Obrador Alcalde, con los llevados a cabo en el manicomio, llegaron a confirmar dos conclusiones que se gestaron en la medicina neurológica: por un lado, a excepción de la epilepsia y los tumores cerebrales, el EEG no era capaz de localizar el punto exacto del daño orgánico en la corteza cerebral; sin embargo, gracias al instrumento era posible confirmar un diagnóstico neurológico de acuerdo con el comportamiento de las ondas representadas en el examen y ya no se debía depender sólo de los “vestigios neurológicos” que se basaban en los trastornos motores. Por otro lado, el EEG se convirtió en el medio para diferenciar una enfermedad neurológica de una psiquiátrica, ya que los enfermos mentales no tenían electroencefalogramas anormales,⁶⁷ y de esta forma ya no se tenía que depender sólo del diagnóstico aproximado.

encefalografía. Su importancia en la clínica neurológica”, *Revista Mexicana de Neurología, Psiquiatría y Medicina Legal*, México, v. VIII, n. 43, mayo de 1941, p. 44.

⁶⁶ Sixto Obrador Alcalde, “Sobre la electroencefalografía clínica”, *Archivos de Neurología y Psiquiatría de México*, Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría, México, t. VI, n. 1, septiembre-octubre de 1942, p. 39-40.

⁶⁷ Obrador Alcalde mencionaba que en las psicosis los datos electroencefalográficos no definían anormalidades, además de que en la esquizofrenia y los trastornos maniaco-depresivos los datos eran normales; por otro lado, Ramírez

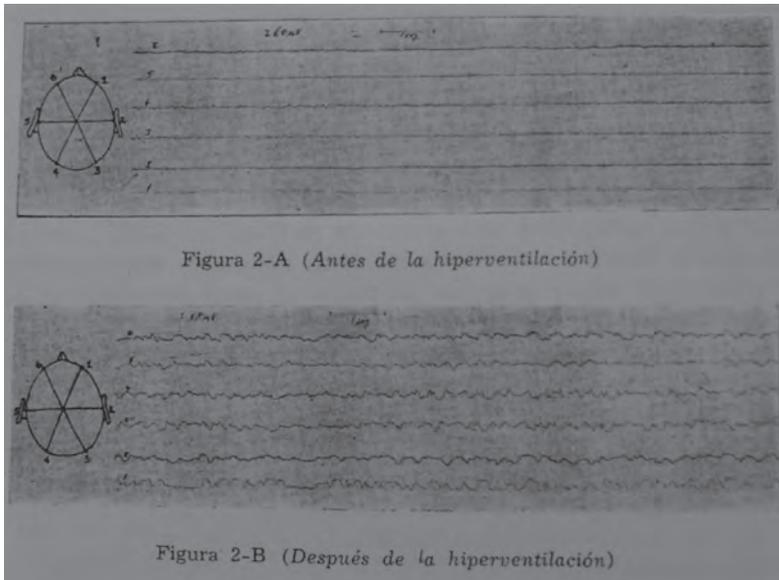


Figura 6. Electroencefalogramas realizados a un epiléptico en el Manicomio de La Castañeda. FUENTE: Sixto Obrador Alcalde, “Sobre la electroencefalografía clínica”, *Archivos de Neurología y Psiquiatría de México*, Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría, México, t. VI, n. 1, 1942, p. 32

A pesar de esos logros, la llegada del EEG a La Castañeda estuvo llena de obstáculos y altibajos. El primer problema fue el costo y la instalación del aparato. En el año 1943 el director del manicomio, Manuel Guevara Oropeza, encargó a un ingeniero holandés de nombre Martín von Beijeren Bergen, radicado en México, la construcción de un EEG para el manicomio por la suma de 3 000 pesos. El aparato fue instalado en el recién inaugurado servicio de Neuropsiquiatría y Neurocirugía del Pabellón Central en noviembre de 1943.⁶⁸ Sin embargo, para 1944 el instrumento no podía servir con regularidad “ya que las líneas eléctricas del Manicomio no eran útiles para el uso del referido

Moreno decía que en las esquizofrenias y los estados demenciales los datos eran bastante regulares. *Ibidem*, p. 41; Samuel Ramírez Moreno, *op. cit.*, p. 26.

⁶⁸ AHSSA, FMG, SADM, caja 30, exp. 3, f. 164.

aparato”.⁶⁹ En el año 1946 el entonces director del manicomio, Leopoldo Salazar Viniegra, le envió un memorándum a Guevara Oropeza que decía:

Hace ya muchos meses que el doctor Obrador y el doctor Ortiz me habían referido que el funcionamiento del electroencefalograma era absolutamente defectuoso sin que prácticamente pudieran obtener registros de utilidad y confianza. Todavía más tarde el doctor Ortiz me indicó que los defectos habían aumentado Y QUE HACÍA MUCHO TIEMPO QUE SE HABÍA LLAMADO AL CONSTRUCTOR DEL APARATO PARA QUE VINIESE A ARREGLARLE. Me parece por lo tanto que siendo usted quien arregló y contrató a dicho constructor le haga venir para enmendar lo que siempre se consideró como un defecto, no obstante fue pagado a un costo exorbitante.⁷⁰

Así, aunque el constructor fue varias veces a reparar el EEG, el instrumento se volvía a descomponer, razón por cual los exámenes realizados eran irregulares, pero consistentes. No fue hasta la década de los cincuenta cuando se compró uno de fábrica estadounidense, marca Kelly, que, no obstante, también falló mucho.

A pesar de los obstáculos ya comentados se debe decir que tales aparatos sí funcionaron como auxiliares en el diagnóstico en diversas situaciones; por ejemplo, la paciente Lucrecia G., una niña de 8 años, presentó ataques convulsivos desde los meses de nacida, por lo que su desarrollo físico se deterioró. A los 5 años tuvo dichos ataques durante 20 días seguidos que le provocaron pérdida del lenguaje y de la movilidad que recuperó a lo largo de un año. Así, se le practicaron pruebas de paludismo, neurolúes y encefalografías sin encontrar nada anormal, hasta que la doctora Mathilde Rodríguez Cabo, jefa del Pabellón Infantil, mandó hacer un electroencefalograma cuyo resultado fue “actividad bioeléctrica cerebral de irregularidad generalizada con frecuencias medias en toda la corteza, dominando éstas ligeramente en el hemisferio izquierdo”, con lo que se le diagnosticó epilepsia y se le dio de alta por no haber tratamiento efectivo y así poder vivir en familia.⁷¹

⁶⁹ AHSSA, FMG, SADM, caja 30, exp. 3, f. 168.

⁷⁰ AHSSA, FMG, SADM, caja 30, exp. 3, f. 174. Mayúsculas del original.

⁷¹ AHSSA, FMG, SEC, caja 556, exp. 28909, f. 23.

Con los instrumentos los diagnósticos ya no eran aproximados y eso influyó en el desarrollo de diagnósticos más complejos y diversos que ya no fueron situados solamente en el terreno de la postencefalitis: esclerosis en placas, trastornos neurológicos y detención de desarrollo psíquico consecutivos a un proceso encefalítico de naturaleza no determinable, parálisis general asociada a hemiparkinson derecho, encefalopatía extrapiramidal, síndrome hipertónico bradiquinético de aspecto franco parkinsonico, entre otros. Sucedió que para este periodo a los pacientes se les hacían varias pruebas antes de proponer una enfermedad de presunción; si bien algún médico tenía una idea, esperaba las pruebas de laboratorio. El caso de Isabel P. es demostrativo. Ella ingresó el 10 de febrero de 1944 por decisión de su familia; el médico que la admitió escribió que hacía más de diez años sufría temblores y hacía cinco años sufría de hemiplejía izquierda. Tenía alucinaciones, veía títeres que bailaban y escuchaba voces que denunciaban infidelidades de su marido; pero no fue llevada al manicomio por dichas visiones, sino porque desde una semana antes ya no pudo caminar. El diagnóstico de presunción fue de meningoarteritis.⁷² Doce días después fue examinada por otro médico, quien insistía en los lapsos de angustia de la enferma aunque su discurso fuera coherente; este médico advirtió ataques epileptiformes y diagnosticó a la paciente con estado confusional y epilepsia.⁷³

Dos semanas después el doctor Jorge Pavón Abreu mencionaba:

Se encuentra encamada según ella por no poder andar. Su estado mental corresponde a un fondo confusional ligero de tipo hipomaniaco y puerilismo con tendencia a exagerar sus trastornos. Dice que no puede andar y acusa de dolores al parecer de tipo lancinantes en toda la mitad derecha del cuerpo. Por la exploración física se aprecia torpeza para efectuar movimientos voluntarios sobre todo del lado izquierdo; no puede realizar la marcha por sí sola. Sugiero la posibilidad de que se trate de trastornos funcionales aunque también podría ser neurolúes. Se deben hacer los exámenes pertinentes.⁷⁴

⁷² AHSSA, *FMG*, SEC, caja 540, exp. 28149, f. 6.

⁷³ AHSSA, *FMG*, SEC, caja 540, exp. 28149, f. 12.

⁷⁴ AHSSA, *FMG*, SEC, caja 540, exp. 28149, f. 17.

Las pruebas para encontrar sífilis fueron todas negativas, por lo que los médicos tuvieron que hacer más exámenes. El día 23 de junio de 1944 el doctor Mario Fuentes mandó realizar una encefalografía a la enferma y el encargado de hacer dicha prueba fue el médico Sixto Obrador, quien concluyó: “Es posible que exista una obstrucción ventricular, aunque los datos obtenidos impiden precisar con exactitud el posible lugar de la obstrucción. Es necesario hacer ventriculografía y estudiar especialmente el tercer ventrículo y el acueducto.”⁷⁵ Nuevamente el examen no dio respuesta certera, así que se abandonó el caso y se envió a la enferma al Pabellón de Sífilis. El 13 de febrero de 1945, casi un año después de ingresada, la enferma falleció y, al realizarle la autopsia, se le encontró cisticercosis.

Los medios de diagnóstico no sólo evolucionaron por el uso de instrumentos científicos, sino también por el desarrollo de técnicas. Un avance en este rubro fue la prueba de la cisticercosis⁷⁶ desarrollada por el exiliado español doctor Dionisio Nieto. Durante la Guerra Civil española (1936-1939) y tras la derrota del bando republicano, una serie de científicos españoles salieron de su país y, gracias a la política exterior de Lázaro Cárdenas, México se convirtió en receptor de exiliados. Entre 1938 y 1940 varios médicos españoles llegaron al país, entre ellos Dionisio Nieto, Isaac Costero, Ramón Álvarez-Buylla, Wenceslao López-Albo, Sixto Obrador Alcalde y otros. Aunque es verdad que no todos trabajaron en el Manicomio de La Castañeda y no se dedicaron por completo al desarrollo de las neurociencias, el legado del famoso histólogo español Santiago Ramón y Cajal hizo eco

⁷⁵ AHSSA, FMG, SEC, caja 540, exp. 28149, f. 26.

⁷⁶ Es una enfermedad provocada por una parasitosis nerviosa adquirida por la ingesta de los huevos de la *tenia solium* que se encuentran en la materia fecal o en la carne de algunos mamíferos, principalmente el cerdo. Los huevos son capaces de viajar por el aparato circulatorio y linfático a diversos órganos, como el cerebro, donde se convierten en larvas (*cysticercus cellulosae*) y provocan todos los síntomas neurológicos propios de la enfermedad. Samuel Ramírez Moreno y José Rojo de la Vega, “Cisticercosis quística del cerebro curada por intervención quirúrgica”, *Revista Mexicana de Neurología, Psiquiatría y Medicina Legal*, México, v. V, n. 29, enero de 1939, p. 14-16.

en sus investigaciones, lo que provocó que prestaran atención a la fisiología del sistema nervioso.⁷⁷

España fue uno de los lugares que más actividad científica tenía al respecto, pero el inicio de la Guerra Civil detuvo las investigaciones y los científicos del exilio cargaron en su equipaje las teorías que se desarrollarían en México, tanto en las aulas como en las instituciones hospitalarias. Sin embargo, de los traserrados españoles muy pocos trabajaron en La Castañeda. Los más destacados fueron López-Albo, quien murió en 1944 durante una operación que le realizaron en el riñón; Obrador Alcalde (que fue el encargado del EEG y de la máquina de rayos X, gracias a sus estudios de dichos aparatos en Alemania y Estados Unidos), quien regresó a España en 1945, y Dionisio Nieto, quien fuera la figura del exilio más importante dentro del manicomio.

Nieto (véase figura 1) llegó al puerto de Veracruz en 1940 y rápidamente fue reclutado como jefe del Laboratorio del Manicomio General. Al tiempo que realizaba sus obligaciones en la institución, Nieto comenzó su labor de investigación y reunió cerebros humanos para seguir con sus estudios sobre la patogenia de las enfermedades mentales.⁷⁸ Uno de sus hallazgos más importantes fue la reacción para la cisticercosis, conocida como “Reacción de Nieto”,⁷⁹ (1945) cuya efectividad es del 80% y por su facilidad de uso y bajo costo aún se utiliza en nuestros días.⁸⁰

Esta técnica fue muy importante ya que se convirtió en un examen cotidiano para descartar que cualquier problema neurológico fuera provocado por el parásito, muy común en México. La preocupación de Nieto por la cisticercosis se debió a que la

⁷⁷ Augusto Fernández Guardiola, *op. cit.*, p. 47.

⁷⁸ Cristina Sacristán, *op. cit.*, p. 333.

⁷⁹ *Ibidem*, p. 335.

⁸⁰ La “Reacción de Nieto” no fue el único descubrimiento que realizó el español y que tuvo reconocimiento internacional; también hizo diversos aportes para el estudio de la neurosífilis, la epilepsia y las psicosis, además de implementar variadas técnicas de tinción. Véanse Dionisio Nieto y A. Escobar, “Neurosífilis”, en J. Minckler (ed.), *Pathology of nervous system*, New York, McGraw Hill, 1972, v. III, p. 2448-2465; Dionisio Nieto y A. Escobar, “Epilepsy”, *ibidem*, p. 2627-2634; Dionisio Nieto y A. Escobar, “Major psychoses”, *ibidem*, p. 2654-2662; Dionisio Nieto y A. Escobar, “General staining”, *ibidem*, p. 2809-2811.

enfermedad era difícilmente diagnosticable y sólo se podía corroborar cuando el enfermo moría, después de realizar la autopsia. La enfermedad ya había sido descrita por Samuel Ramírez Moreno en 1939, quien mencionaba que los síntomas que presentaba podían confundirse con otras enfermedades, como la neurosífilis o la epilepsia: cefalalgia, convulsiones, parálisis, corea, temblores, alteraciones de la palabra y de la marcha, además de síntomas mentales como torpeza mental, lentitud en la asociación de ideas o disminución de la memoria.⁸¹

Este médico también comentaba que en ciertos pacientes el quiste cisticercoso podía observarse por medio de una encefalografía; no obstante, era fácilmente confundido con un tumor cerebral, aunque con esa impresión diagnóstica el paciente podía ser operado y curado de la enfermedad. La falta de un auxiliar en el diagnóstico hizo que Ramírez Moreno afirmara que eran “muy raros” los casos de cisticercosis en México, argumento que años después cambió al mencionar en 1945 que “la atención a esta parasitosis del sistema nervioso es importante en vista de lo común que es en nuestro país”.⁸² Ya para los años cuarenta, gracias al apoyo de otros auxiliares en el diagnóstico (como el EEG y, después, la “Reacción Nieto”), fue más fácil determinar a los enfermos de cisticercosis. Es interesante observar, sin embargo, que entre las afecciones neurológicas localizadas en La Castañeda la cisticercosis sólo tuvo una incidencia del 0.7%.

La figura de Dionisio Nieto es importante porque fue el que inició una línea de investigación científica dentro del manicomio que hasta antes de su llegada era prácticamente inexistente. Utilizó su posición como jefe del laboratorio de La Castañeda para realizar una serie de investigaciones en torno del diagnóstico y el tratamiento de diversas enfermedades neurológicas y mentales. Entre esas investigaciones se encuentran los estudios sobre la cisticercosis ya mencionados, investigaciones para el diagnóstico de la toxoplasmosis del sistema nervioso, sobre la corea de

⁸¹ Samuel Ramírez Moreno y José Rojo de la Vega, *op. cit.*, p. 9, 16.

⁸² Samuel Ramírez Moreno, “Cisticercosis cerebral”, *Revista Mexicana de Neurología, Psiquiatría y Medicina Legal*, México, v. XI, n. 65, enero de 1945, p. 5.



Figura 7. Fotografía de un cerebro seccionado con varios quistes cisticercosos. FUENTE: Samuel Ramírez Moreno, “Cisticercosis cerebral”, *Revista Mexicana de Neurología, Psiquiatría y Medicina Legal*, México, v. 11, n. 65, enero de 1945, p. 15

Huntington, sobre los síndromes parkinsonianos y sobre las enfermedades de Alzheimer y de Pick; además realizó estudios anatómicos en cerebros de pacientes fallecidos en el manicomio y así logró aislar lesiones cerebrales específicas provocadas por la cisticercosis y el alcoholismo.⁸³ No obstante, mencionaba que todas esas investigaciones se habían desarrollado con un ritmo “angustiosamente lento y no pueden iniciarse otras por dificultades materiales”.⁸⁴ Así, proponía la creación de una sección de

⁸³ Según Sacristán, Nieto estaba en contra de la escuela “psicologista” de las enfermedades mentales (corriente que afirmaba que la locura estaba determinada por procesos mentales que no necesariamente se debían a un daño orgánico) y eso lo llevó a remar a contracorriente del grupo de médicos mexicanos, la mayoría discípulos de Erich Fromm, entre ellos Ramón de la Fuente y Alfonso Millán. Ésa es la razón por la que Sacristán menciona que Nieto sufrió un “doble exilio” en México ya que, además de su destierro, su convicción científica hizo que trabajara aislado durante muchos años. Cristina Sacristán, *op. cit.*, p. 337-338; Augusto Fernández Guardiola, *op. cit.*, p. 50.

⁸⁴ AHSSA, FMG, SADM, caja 49, exp. 9, f. 2-3.

investigaciones clínicas, anexa al laboratorio del manicomio, proyecto que no se llevaría a cabo en ese momento. Nieto, pues, fue quien inició una incipiente tendencia a la investigación que, sin embargo, sólo se desarrollaría en las siguientes décadas.⁸⁵

Todo este contexto histórico llevó a que los porcentajes de los diagnósticos neurológicos comenzaran a modificarse. Por ejemplo, el diagnóstico de encefalitis disminuyó un 7% en el periodo de 1940-1944, para aumentar en el lustro siguiente un 9%; por otro lado, el diagnóstico de encefalopatía aumentó un 22%. La variable de afecciones en las meninges también descendió un 14%, lo cual parece paradójico, ya que en el año 1946 se desató una epidemia de meningitis meningocócica que inició en el estado de San Luis Potosí y rápidamente se extendió hacia el norte, el Bajío y el centro del país.⁸⁶ De hecho se presentaron algunos casos en el manicomio, lo que alertó sobremanera a las autoridades de la institución ya que la enfermedad es altamente contagiosa.⁸⁷

⁸⁵ Nieto realizó además otras investigaciones fuera del manicomio y descubrió fenómenos muy importantes en el campo de las neurociencias. En los años treinta, mientras estudiaba en Alemania, diseñó un método para hacer cortes aislados en el cerebro con base en el uso del nitrato de uranio e impregnación del nitrato de plata para la localización del *treponema palidum* en pacientes con neurosífilis; en los cincuenta demostró la existencia de lesiones de gliosis astrocitaria en áreas neocorticales asociativas prefrontales y en estructuras diencefálicas, talámicas y tegmentales mesencefálicas como causa de trastornos esquizofrénicos; describió nuevos hallazgos, tales como la degeneración transináptica, la desmielinización y la gliosis astrocitaria del diencefalo, subsecuentes a la atrofia unilateral del Asta de Amón y su haz eferente, el fornix, específicamente la atrofia de los sectores CA1, CA3 y el giro dentado, en casos de epilepsia del lóbulo temporal; describió y diferenció el cuadro clínico provocado por la ingesta del arbusto del capulín tullidor; hizo una descripción de la topografía lesional, particularmente de la espina en el asta anterior, provocada por la porfiria; contribuyó también con estudios de psicofarmacología para el tratamiento de enfermedades mentales. Alfonso Escobar, "Dionisio Nieto y la investigación científica", *Salud Mental*, México, v. XXXI, n. 4, julio-agosto de 2008, p. 332-334.

⁸⁶ Para poder controlar la epidemia, las autoridades de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) pidieron ayuda al Instituto de Asuntos Interamericanos, por lo cual las instituciones sanitarias de Estados Unidos enviaron personal al territorio nacional con la finalidad de repartir sulfas (medicamento a base de azufre para el tratamiento de la meningitis, encefalitis y otros padecimientos) y penicilina, además de acordonar zonas y llevar a cabo medidas profilácticas para evitar que la epidemia se expandiera. AHSSA, *FSSA*, *SSUBSYA*, caja 7, exp. 2, f. 3, 17.

⁸⁷ AHSSA, *FMG*, *SADM*, caja 8, exp. 1, f. 166.

Se puede ver en la gráfica 1 que éste fue el periodo que más ingresos registró por enfermedades neurológicas. Diversos factores pudieron influir en ello; sin embargo, el más evidente es que el crecimiento poblacional de la capital del país, provocado por la constante migración del campo a la ciudad de México, estuvo directamente relacionado con un aumento en la población manicomial. Este fenómeno provocó no sólo que se propusiera la creación de instituciones alternas a La Castañeda para la asistencia de los enfermos mentales, sino que también se reglamentara de una forma diferente el ingreso de pacientes neurológicos a la institución.

Si en la década anterior los médicos estaban de acuerdo en que La Castañeda era el lugar adecuado para la asistencia de los enfermos neurológicos, en los cuarenta dicha visión dio un giro rotundo. La unión histórica entre neurología y psiquiatría se rompía, pero lo interesante es que la separación no sólo fue influenciada por la evolución de los medios auxiliares en el diagnóstico ni por las incipientes investigaciones científicas, sino que a eso hay que agregarle el problema de la sobrepoblación manicomial. A partir de 1945, en las reuniones del Consejo Psiquiátrico de Toxicomanías e Higiene Mental del Manicomio, se comenzó a discutir la pertinencia de rechazar el internamiento de pacientes neurológicos. La doctora Mathilde Rodríguez Cabo alegaba que el manicomio apenas tenía “capacidad ya excedida para enfermos neuro-psiquiátricos y no deben ser admitidos por ningún motivo los neurológicos”.⁸⁸ De igual manera, el doctor Edmundo Buentello, médico del manicomio, señalaba su “opinión contraria rotundamente a que en el Pabellón Central o en el Manicomio se reciban pacientes exclusivamente neurológicos”.⁸⁹ Pero esta opinión no sólo era compartida por los médicos de la institución, sino también por las autoridades de la SSA. Al respecto, el doctor Manuel Martínez Báez, subsecretario de Asistencia, mencionaba:

La solución más correcta sería establecer un servicio neurológico, que parece absolutamente indispensable, pero que se establezca en otro sitio distinto al Manicomio puesto que sabemos que a este

⁸⁸ AHSSA, *FMG*, SADM, caja 48, exp. 2, f. 50.

⁸⁹ AHSSA, *FMG*, SADM, caja 48, exp. 2, f. 49.

establecimiento no le falta, sino le sobra clientela. No me parece indicado que se reciban en el Pabellón Central a enfermos exclusivamente neurológicos, pero habrá muchos casos de transición que sean al mismo tiempo neuro-psiquiátricos que sí corresponden a dicho servicio.⁹⁰

Por otro lado, el doctor Guevara Oropeza tenía una posición más neutral. Él comentaba:

Son insuficientes los servicios neurológicos que funcionan actualmente en diversos hospitales para las necesidades del país, ya que las consultas externas son sumamente limitadas y los internamientos se encuentran restringidos en atención a que se hace selección especialmente en funciones de problemas neuro-quirúrgicos. Sería conveniente que el Consejo hiciera la sugestión de que se lleve a cabo la creación de un servicio neurológico cuya necesidad es obvia a todas luces. También creo que en el Manicomio deben ser recibidos los enfermos neurológicos que se encuentran en posibilidades de recibir los beneficios de los elementos diagnósticos y terapéutica médica y quirúrgica, eliminando tan sólo a los enfermos neurológicos incurables que pudieran llamarse de asilo, ya que esa institución [...] es el único centro donde estos enfermos pueden acudir.⁹¹

Hay que prestar atención a que la discusión inició dos años después de ser abierto el servicio de neuropsiquiatría y neurocirugía en el Pabellón Central. No obstante, las necesidades del manicomio reclamaban una modificación en los mecanismos de internamiento, ya que dentro de esta dinámica de especialización neurológica La Castañeda se pintaba como una institución sólo para enfermos psiquiátricos, mientras que los neurológicos se quedaban sin un espacio de asistencia. La discusión se extendió por seis meses hasta que se llegó a dos acuerdos: 1. que sólo se recibirían pacientes neurológicos que fueran susceptibles a tratamientos con penicilina; 2. que se crearía una sección para enfermos neurológicos dentro de los muros del manicomio, en los salones posteriores de la planta baja del Pabellón de Psiquiatría

⁹⁰ AHSSA, *FMG*, SADM, caja 48, exp. 2, f. 48.

⁹¹ AHSSA, *FMG*, SADM, caja 48, exp. 2, f. 47.

Infantil (tan pronto como ese local fuera desalojado por los oligofrénicos y seniles que se encontraban ahí), pero dicha sección estaría separada administrativamente de La Castañeda.⁹² El encargado de organizar dicho servicio sería el doctor Mario Fuentes, quien lo inauguró en 1948. En teoría, dicha sección contaría con instrumentos diagnósticos y una sala de neurocirugía, aunque no hay fuentes que confirmen si esta última parte se llevó a cabo.⁹³ Tal situación afectó la gráfica poblacional de pacientes neurológicos. Como se puede ver en la gráfica 1, inmediatamente después del periodo 1945-1949 se observa un descenso evidente y constante de la población que se detuvo hasta 1968, cuando fue clausurado el manicomio. En la siguiente década, esa tendencia se vio alimentada por la creación de nuevos servicios neurológicos en otras dependencias, como se verá más adelante.

Al término de esta década el contexto médico, clínico y científico ya había sufrido una transformación en el terreno de las enfermedades neurológicas. Debido a la llegada de nuevos instrumentos y nuevas técnicas, el diagnóstico auxiliado por instrumentos científicos quedó establecido y esa situación dio paso a una nueva era en la clínica neurológica: la investigación científica. La medicina neurológica se acercó más al área de la investigación y se alejó poco a poco del terreno de la asistencia, lo que la hizo ir de la mano con el hecho de que La Castañeda fuera deslindándose cada vez más de la ciencia neurológica para que dicha disciplina reclamara después su autonomía.

Hacia la investigación y el tratamiento, 1950-1964

Cuando inició la década de los cincuenta la clínica y el tratamiento de las enfermedades neurológicas dieron un giro debido a una acumulación progresiva de conocimientos epistémicos en torno a las neurociencias, motivado además por el desarrollo y mejora de los medios para el diagnóstico y el advenimiento de nuevas

⁹² AHSSA, FMG, SADM, caja 48, exp. 9, f. 81.

⁹³ AHSSA, FMG, SADM, caja 47, exp. 1, f. 23.

técnicas quirúrgicas y psicofarmacológicas. Los catorce años que transcurrieron entre 1950 y 1964 implicaron dos cosas: por un lado, una mayor especialización en la disciplina neurológica gracias a la llegada de médicos que se especializaron en la materia en el extranjero y que aplicaron sus conocimientos en diversas instituciones en el país, con lo que se dio un consecuente avance de los tratamientos; por otro, se dio un proceso de descentralización de la atención a pacientes neurológicos, ya que se diversificaron las instituciones médicas y se abrieron centros de investigación y de asistencia para estos enfermos, lo que causó que la población neurológica disminuyera a partir de 1950 en el Manicomio General, como puede verse en la gráfica 1.

Durante los años de este último periodo se vio una tendencia a separar las disciplinas psiquiátrica y neurológica debido a que esta última poco a poco se especializaba más y los campos de acción se comenzaron a distanciar. Mientras que la psiquiatría se quedaba enfocada en la atención de las enfermedades mentales, la neurología ampliaba su campo; ya no sólo se trataba de buscar el fundamento orgánico de la enfermedad mental, sino que había que conocer la injerencia del sistema nervioso central y periférico en todo el organismo humano.

Si bien el manicomio fue un centro de asistencia importante para enfermos neurológicos antes de 1950, hay que advertir que en diversas instituciones médicas se habían inaugurado servicios de neurocirugía (no tanto de neurología) desde hacía algunos años. El primero del que se tiene conocimiento es el que se abrió en el Hospital General en el año 1938. En el Pabellón 19 de dicho hospital se instaló un servicio para la “atención de los padecimientos quirúrgicos del sistema nervioso”, donde se admitirían pacientes externos y del manicomio.⁹⁴

Así, desde 1940 diversos servicios de neurocirugía comenzaron a funcionar en algunas instituciones médicas: Hospital Juárez, Hospital de La Raza, Hospital de Jesús, Hospital Infantil, Hospital

⁹⁴ Para tal efecto, el responsable del servicio de neurocirugía del Hospital General envió una serie de formas al director del manicomio para que los traslados se hicieran por medio de los procedimientos adecuados. AHSSA, *FMG*, SADM, caja 36, exp. 3, f. 1.

20 de Noviembre, Hospital de Nutrición, el Consultorio 1 de Tacubaya, dependiente de La Castañeda,⁹⁵ aparte del servicio de neurocirugía que se abrió en el manicomio desde 1948. Al mismo tiempo se abrieron centros para la investigación neurológica, como el Laboratorio de Estudios Médicos y Biológicos de la Universidad Nacional (el cual tenía una sección de neuropatología y neuropsiquiatría experimental a cargo de Dionisio Nieto),⁹⁶ o como la Unidad de Investigaciones Cerebrales, de la que se hablará más adelante. Esto ocasionó que los enfermos con trastornos neurológicos fueran llevados a otras instituciones y La Castañeda funcionó más para la asistencia de enfermos neurológicos incurables como los arterioesclerosos y los postencefalíticos muy avanzados.

Particularmente el caso de los enfermos de arterioesclerosis es muy interesante. Mientras que el diagnóstico de encefalitis, enfermedad neurológica más diagnosticada en el manicomio, descendió un 15% en el lapso de 1955-1959 con respecto al periodo anterior; la arterioesclerosis aumentó un 21% en esa misma época y se debió, en cierta medida, a que los nuevos tratamientos para curar los síndromes parkinsonicos (neurocirugía y fármacos, de los que se hablará en un momento) demostraron ser más eficaces, mientras que la arterioesclerosis era fundamentalmente incurable.

Como se ha analizado antes, la enfermedad atacaba principalmente a los adultos mayores. El médico Enrique Divas advertía que una de las manifestaciones más graves de ella era cuando se presentaba en el cerebro, ya que producía, además de disfun-

⁹⁵ El Consultorio 1, abierto en 1950 en Tacubaya, Distrito Federal, fue uno de los primeros consultorios neuropsiquiátricos; era dependiente del presupuesto económico otorgado al manicomio anualmente y fue creado para ofrecer consulta externa para los pacientes que no ameritaran internamiento. Daniel Vicencio, *Operación Castañeda: un intento de reforma asistencial de la psiquiatría en México, 1940-1968*, tesis de maestría en Historia, Universidad Nacional Autónoma de México, 2014, p. 44.

⁹⁶ El 30 de noviembre de 1940 se inauguró en la Universidad Nacional Autónoma de México el Laboratorio de Estudios Médicos y Biológicos (hoy Instituto de Investigaciones Biomédicas). Fue financiado por la Casa de España, la Fundación Rockefeller y la propia universidad y su finalidad fue estimular el desarrollo de la investigación en el campo de las ciencias médicas. Tenía un departamento de Neuropatología, a cargo en un principio de Gonzalo Rodríguez Lafora, un corto tiempo, y después de Dionisio Nieto, quien le anexó la sección de Neuropsiquiatría Experimental. Cristina Sacristán, *op. cit.*, p. 334.

ciones varias, cambios en la conducta humana y en el aparato cognitivo, lo que, aunado a la edad avanzada del enfermo, llevaba a una demencia senil.⁹⁷ El aumento de este tipo de enfermos en La Castañeda no fue casual, ya que, si bien los tratamientos para otras enfermedades del sistema nervioso mejoraban en los años cincuenta y sesenta, la arterioesclerosis quedaba fuera por su naturaleza de ser una enfermedad senil e incurable.⁹⁸

Si en los periodos anteriores la característica había sido la búsqueda de medios auxiliares en el diagnóstico, ahora el rasgo principal fue el paso hacia una medicina de investigación y tratamiento. Si bien en la década de los cuarenta el arribo de los científicos españoles ayudó en cierta medida al desarrollo de las neurociencias y la fisiología cerebral, ésa también fue una década en que los médicos mexicanos comenzaron a salir del país para especializarse en estas disciplinas en el extranjero, particularmente en Estados Unidos, y por dicha razón en los cincuenta y sesenta hay una diversificación en los estudios: la clínica de neurología y la neurocirugía en México. Médicos como Juan Cárdenas y Cárdenas y Manuel Velasco Suárez son ejemplos de esta tendencia.

Juan Cárdenas y Cárdenas⁹⁹ obtuvo una beca en 1943 por parte de la SSA y la Fundación Rockefeller para hacer estudios de especialización en neurocirugía en centros universitarios y hospitalarios de Estados Unidos y Canadá. A su regreso a México

⁹⁷ Enrique Divas, "Colesterolemia y arterioesclerosis", *Gaceta Médica de México*, Academia Nacional de Medicina, México, t. LXXXVII, n. 8, agosto de 1957, p. 570.

⁹⁸ De hecho, en una gráfica estadística que hizo la misma dirección del manicomio no aparecen ya ingresos por trastornos neurológicos hacia 1966; los únicos son los seniles con arterioesclerosis, con 297 ingresos. AHSSA, *FMG*, SADM, caja 3, exp. 8, f. 115. No obstante, ése es un estudio estadístico que realizaron las autoridades de La Castañeda, por lo que puede variar de la muestra que nosotros tenemos.

⁹⁹ Nació en el año 1911 en la ciudad de México. Estudió en la Escuela Nacional Preparatoria y se recibió de médico cirujano en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional en el año 1937. Desempeñó los cargos de profesor de clínica médica en la Facultad de Medicina, cirujano general en el Hospital de Jesús, médico suplente del Pabellón de Epilépticos del Manicomio General, además de los ya mencionados arriba. "Datos biográficos del Dr. Juan Cárdenas y Cárdenas", *Gaceta Médica de México*, Academia Nacional de Medicina, México, t. LXXX, n. 3 y 4, septiembre-diciembre de 1950, p. 238.



Figura 8. Juan Cárdenas y Cárdenas.
FUENTE: Academia Nacional de Medicina

desempeñó el cargo de neurocirujano en el Hospital General y en el manicomio, además de ser el jefe de consulta de neurología en el Consultorio 1 de Tacubaya. También tuvo el cargo de director de La Castañeda por un breve tiempo a inicios de la década de 1950 y eso implicó que brindara un apoyo importante a las investigaciones en neurociencias llevadas a cabo ahí, principalmente por Dionisio Nieto.

Fue en ese tiempo que se mejoró el servicio de neurocirugía. Además se reorganizó el Laboratorio del Manicomio para realizar mejores diagnósticos y emprender investigaciones en el LCR para combatir el padecimiento de enfermedades neurológicas.¹⁰⁰ Y es que hay que advertir que todavía en el año 1950 el Laboratorio

¹⁰⁰ AHSSA, FMG, SADM, caja 17, exp. 6, f. 24.

del Manicomio tenía varias deficiencias de las que se quejaba su responsable, Dionisio Nieto, como la falta de materiales y el poco personal técnico.¹⁰¹

Manuel Velasco Suárez,¹⁰² por otro lado, fue una de las figuras más influyentes, no sólo en el desarrollo de la neurología en México, sino de las ciencias neuropsiquiátricas en general. Fue el responsable de la oficina gubernamental encargada de los asuntos que tenían que ver con las políticas de salud pública en el terreno de la psiquiatría y la neurología: la Dirección de Salud Mental de la SSA. Después de graduarse de médico cirujano en 1939, fue a hacer estudios de posgrado en neurología y neurocirugía en la Universidad de Harvard, en Boston, Massachussets, y en la Universidad George Washington entre 1941 y 1943. Tal formación lo convirtió en uno de los médicos especialistas en neurología más preparados en el país, lo que le abrió las puertas para tener cargos públicos concernientes a esta ciencia, además de su íntima amistad con José Álvarez Amézquita, quien fue secretario de Salubridad y Asistencia entre 1958 y 1964. Desde su regreso a México fue profesor de neurología y neurocirugía en la Facultad de Medicina de la UNAM, jefe del servicio de neurocirugía del Hospital Juárez, jefe del Departamento de Asistencia Neuropsiquiátrica y posteriormente director de Salud Mental.¹⁰³ Este último fue uno de sus cargos más significativos ya que era el responsable de todas las políticas relativas a psiquiatría, neurología y salud mental.¹⁰⁴

¹⁰¹ AHSSA, FMG, SADM, caja 42, exp. 7, f. 5.

¹⁰² Nació en 1914 en San Cristóbal de Las Casas, Chiapas. Estudió medicina en la Universidad Nacional. Fue uno de los principales impulsores de la ciencia neurológica en el país e inauguró en 1964 el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, del que se convirtió en su director emérito desde 1976. También, entre 1970 y 1976, fue gobernador constitucional del estado de Chiapas por el Partido Revolucionario Institucional. María del Carmen García Aguilar, *Manuel Velasco Suárez: del gabinete científico al despacho político*, México, Consejo Estatal para la Cultura y las Artes de Chiapas, 2000, p. 21-26.

¹⁰³ Universidad Autónoma de Chiapas, *Semblanza curricular del Dr. Manuel Velasco Suárez*, México, Universidad Autónoma de Chiapas, 1990, p. 8-10.

¹⁰⁴ El Departamento de Asistencia Neuropsiquiátrica fue abierto en 1947 bajo la dirección de Samuel Ramírez Moreno. La finalidad de él era planificar el manejo de los enfermos mentales y crear las bases para una reforma de los sistemas de atención psiquiátrica. A la muerte de su director en 1952, Manuel Velasco Suárez tomó el cargo. En el año 1959, el Departamento fue reorganizado

Cuando tomó el cargo de jefe del Departamento de Asistencia Neuropsiquiátrica, en 1952, consiguió que el presidente en turno, Miguel Alemán Valdés (1946-1952), dictara un decreto presidencial con el que se disponía la creación de un Instituto de Neurología y Neurocirugía dentro del Centro Médico Nacional que se dedicara, principalmente, a la investigación de los padecimientos del sistema nervioso central. No obstante, en ese mismo año el Centro Médico fue vendido por la SSA al Instituto Mexicano del Seguro Social y el proyecto quedó frustrado. Pasados algunos años, Velasco Suárez volvió a presentar un proyecto para la creación de tal institución, y con ayuda de José Álvarez Amézquita se instauró, en 1958, la Unidad de Investigaciones Cerebrales (dentro del mismo Centro Médico), la cual quedó a cargo del neurofisiólogo y colega de Velasco Suárez, Raúl Hernández Peón.¹⁰⁵

La Unidad de Investigaciones Cerebrales fue el antecedente directo del INNN y sus labores, más que ofrecer clínica neurológica (que sí hacía, pero a contados pacientes), estaban dirigidas a la investigación científica. La existencia de ese centro de investigación es importante, ya que junto con el Laboratorio de Estudios Médicos y Biológicos de la Universidad las investigaciones llevadas a cabo en el campo de las neurociencias también se descentralizaron del manicomio y como consecuencia los descubrimientos y avances en neurología se desarrollaron rápidamente. Dentro de la Unidad de Investigaciones Cerebrales, por ejemplo, se hicieron diversos estudios sobre las bases fisiológicas de los neurofármacos y los psicofármacos, se practicaron técnicas neuroquirúrgicas y se lograron innovaciones en los métodos para el diagnóstico.

La psicofarmacología es un punto muy importante en el desarrollo de las neurociencias. Hacia mediados de los cincuenta

y se renombró como Dirección de Neurología, Psiquiatría y Salud Mental, bajo la dirección aún de Velasco Suárez. La dirección se convirtió en el punto de encuentro entre las expectativas de los psiquiatras en torno a la transformación de los métodos de asistencia psiquiátrica y la SSA, que a su vez representaba al Estado. En 1965 se convirtió en la Dirección de Salud Mental. Daniel Vicencio, *op. cit.*, p. 42, 52.

¹⁰⁵ *Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía "Manuel Velasco Suárez". 30 años de historia, 1964-1994*, México, Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, 1994, p. 4.



Figura 9. Manuel Velasco Suárez.
FUENTE: Academia Nacional de Medicina

ocurrió toda una revolución farmacológica que transformó el medio neuropsiquiátrico.¹⁰⁶ El descubrimiento de los medicamentos que atenuaban los síntomas de las enfermedades mentales trajo consigo el desarrollo de nuevas formas de asistir a los enfermos de la mente. El fármaco que trajo una reforma en la asistencia y las terapéuticas psiquiátricas fue la clorpromazina. El activo fue descubierto en Francia en 1952 por el doctor Henri Laborit y fue utilizado para tratar a pacientes esquizofrénicos. Dicho fármaco, extraído de la molécula de la fenotiazina, hacía que redujeran las alucinaciones y los estados de

¹⁰⁶ Aunque no se puede negar que desde tiempo atrás en el manicomio se utilizaron medicamentos como apoyo en el tratamiento o asistencia de los enfermos mentales, la eficacia clínica de ellos era dudosa y servían más como paliativos para reducir los estados de excitación. Daniel Vicencio, *op. cit.*, p. 61. Algunos medicamentos fueron los bromuros y barbitúricos (anticonvulsivos), aceite alcanforado (antiséptico), biyoduro de mercurio, arsfenamina (contra la sífilis), escopolamina (para el mareo), ácido prúsico (tranquilizante). Rafael Huertas, *El siglo de la clínica*, Madrid, Frenia, 2004, p. 248.

excitación en los esquizofrénicos, además que los dejaba soñolientos y tranquilos.¹⁰⁷ Por otro lado, se desarrollaron medicamentos para otras alteraciones mentales y neurológicas como el nitrozepam para la depresión o la psilocibina y la fenilpiperazina para los trastornos del sueño.¹⁰⁸

Es verdad que tales medicamentos suprimían los estados alucinógenos; sin embargo, algunos efectos secundarios eran el encorvamiento de la columna vertebral, dificultad para sentarse, inmovilidad de los brazos al caminar y arrastrar los pies al andar, pero el uso más prolongado de esos psicofármacos provocaba otros efectos más graves como trastornos del sistema circulatorio y desarrollo de síndromes extrapiramidales, como el Parkinson, además de desencadenar estados de angustia.

No obstante, a pesar de conocer los efectos secundarios, la confianza en los psicofármacos fue tan grande que hasta a los enfermos neurológicos con evidentes trastornos de movimiento les eran administrados. Por ejemplo, en enero de 1957 una paciente desconocida llegó encamada con franco estado de corea aguda generalizada de mediana intensidad; cuando se le estimulaba, presentaba movimientos involutivos desordenados en el miembro superior derecho y también tenía movimientos de lateralidad de la cabeza, movimientos de protusión de la boca, además de constantes muecas. Se le diagnosticó Corea de Sydenham y, “al ser el tratamiento más efectivo del que se tiene conocimiento, se le recetó a la enferma Largactil [con ese nombre se comercializó la clorpromazina] en tabletas 3 veces al día”.¹⁰⁹ Tres días después la enferma se encontraba muy grave, en estado estuporoso y con mucha fiebre, razón por la cual los médicos supusieron que su

¹⁰⁷ Cecilio Álamo *et al.*, “Aspectos históricos del descubrimiento y de la introducción clínica de la clorpromazina: medio siglo de psicofarmacología”, *Frenia. Revista de Historia de la Psiquiatría*, Madrid, v. II, t. 1, enero-junio de 2002, p. 83-85; Guillermo Calderón Narváez, “Tratamiento ambulatorio del enfermo esquizofrénico”, *Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría, México, v. X, n. 2, julio-septiembre de 1969, p. 84.

¹⁰⁸ Arturo Fernández Cerdeño *et al.*, “El Instituto Nacional de Neurología. Su estructura, funcionamiento, doctrina y finalidades”, *Salud Pública de México*, Secretaría de Salubridad y Asistencia, México, v. IX, n. 4, julio-agosto de 1967, p. 584.

¹⁰⁹ AHSSA, FMG, SEC, caja 898, exp. 46039, f. 9.

problema era infeccioso o viral y le suministraron antibióticos (penicilina y estreptomina); también se le trató con cortisterol, fenobarbital (anticonvulsivo) y suero glucosado por la deshidratación. Se le diagnosticó meningoencefalitis con manifestaciones coreicas,¹¹⁰ pero la enferma murió una semana después.

La importancia de los psicofármacos, además del tratamiento de las enfermedades mentales, radica también en que poco a poco los científicos del mundo se percataban de que dichos males tenían una génesis orgánica, la cual podía ser atacada por medio de activos químicos. Es decir, los fármacos permitieron asentar una explicación bioquímica del origen de la enfermedad, fuera neurológica o psiquiátrica, lo cual significó un paso gigante en la profesionalización de la neurología como ciencia contemporánea. Según Jean Garrabé el descubrimiento de los psicofármacos constituyó una “verdadera revolución científica en el conocimiento del cerebro humano comparable a la revolución que Koyré califica de copernicana respecto de la del mundo terrestre”.¹¹¹

Fue justamente el doble efecto de la clorpromazina, antipsicótico y parkinsoniano mencionado más arriba, lo que impulsó a que se buscara un medicamento para atacar los síndromes parkinsonianos. En 1957, por ejemplo, el farmacólogo escandinavo Carlsson introdujo la idea de que la dopamina era uno de los principales neurotransmisores del sistema nervioso y que cuando éste se veía afectado por el medicamento antipsicótico provocaba los trastornos de movimiento. Esta situación llevó a descubrir, hacia 1960, que una baja de la dopamina en el cuerpo estriado provocaba Parkinson, por lo que se desarrolló un activo que redujera los trastornos de movimiento provocados por la enfermedad y por otras como la post-encefalitis: la L-Dopa.¹¹² No obstante, no hay registro de que este último fármaco se haya usado en La Castañeda, pero Rodríguez de Romo comenta que, recién creado el INNN, Velasco Suárez realizó cirugías para aplicar L-Dopa en

¹¹⁰ AHSSA, *FMG*, SEC, caja 898, exp. 46039, f. 12.

¹¹¹ Jean Garrabé, *La noche oscura del ser. Una historia de la esquizofrenia*, México, Fondo de Cultura Económica, 1996, p. 183.

¹¹² *Ibidem*, p. 191.

pacientes con Parkinson, pero esto no fue sino hasta 1964.¹¹³ Particularmente en La Castañeda se utilizaron otros medicamentos para el tratamiento de los trastornos de movimiento, pero no llegaron hasta la década de 1960, algunos años después del auge de los antipsicóticos; es por eso que hacia finales de los cincuenta todavía se les administraban drogas antipsicóticas a los enfermos de corea o postencefalitis, a pesar de los efectos conocidos.

Dos drogas se utilizaron para tratar padecimientos parkinsonianos en el manicomio. Una fue la orfenadrina (comercializada con el nombre de Disipal). Agustín Caso fue el que experimentó con la droga y la utilizó básicamente para tratar enfermos que sufrían los efectos secundarios de los antipsicóticos. Realizó pruebas con 11 pacientes del manicomio y llegó a la conclusión de que la droga, además de segura, era efectiva para los síndromes extrapiramidales. Al concluir su informe afirmó: “de los 11 casos tratados se obtuvieron resultados excelentes en 7, y 4 se consideraron como buenos. Pienso que ahora sí podemos administrar la droga a enfermos con padecimientos del movimiento, parkinsonianos y coreicos de forma generalizada”.¹¹⁴ El otro medicamento fue el fetelinato sódico (conocido como Thiantoin) que en principio se utilizó como anticonvulsivo para tratar la epilepsia jacksoniana, pero después se utilizó en pacientes con corea, “en algunos casos con buenos resultados, pero se necesita más investigación para poder deducir resultados”.¹¹⁵ Se puede ver que los médicos al usar estos fármacos, además de conocer los beneficios en la clínica, mostraban un ánimo por investigar con grupos de enfermos determinados la pertinencia de usarlos.¹¹⁶ Era una medicina que tendía a la investigación.

¹¹³ Ana Cecilia Rodríguez de Romo y Jourdain Israel Hernández-Cruz, *op. cit.*, p. 123-124.

¹¹⁴ AHSSA, FMG, SADM, caja 31, exp. 1, f. 55-57.

¹¹⁵ AHSSA, FMG, SADM, caja 33, exp. 8, f. 4.

¹¹⁶ También en el manicomio se investigó, por ejemplo, con medicamentos antipsicóticos derivados de la fenotiazina como la perfenazina, trifluorperazina, el nitomán y más tarde la flufenazina. Gonzalo Aguilera *et al.*, “Informe preliminar sobre el empleo de la flufenazina en las psicosis”, *Neurología-Neurocirugía-Psiquiatría*, Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría, México, v. II, n. 3, 1961, p. 110-111.

Por otro lado, en la Unidad de Investigaciones Cerebrales también se realizaron estudios con psicofármacos.¹¹⁷ En el año 1962 llegó al mercado mexicano otra droga con la que comenzaron a experimentar en la Unidad: el RO 5-2807, mejor conocido como Valium. Ese medicamento se comenzó a utilizar para tratar los trastornos de movimiento y la espasticidad.¹¹⁸ Antes de iniciar los experimentos con personas, en la Unidad de Investigaciones Cerebrales se utilizaron ratones y gatos para ver si no existían efectos secundarios. Después, eligieron a 48 pacientes de diversas instituciones médicas con cuadros neurológicos motores. Dentro de los casos había pacientes con parálisis cerebral infantil, hemiplejias, parálisis facial, secuelas de accidente cerebrovascular, lesiones degenerativas, Parkinson y secuelas de encefalitis. Llegaron a la conclusión de que, a pesar de que no existía una dosis fija y un tiempo definido para tomar el medicamento, los trastornos de movimiento, las parálisis, la rigidez y las contracciones se veían disminuidos con dicha droga.¹¹⁹

Raúl Hernández Peón y dos colaboradores realizaron también estudios con Valium en enfermos con trastornos motores. La diferencia es que utilizaron aparatos diagnósticos para corroborar los resultados, particularmente el electromiógrafo (aparato que mide los impulsos eléctricos de los músculos) y el EEG (véanse figuras 10 y 11). En un estudio de 11 casos clínicos mostraron que el Valium no sólo funcionaba para reducir los movimientos involuntarios, sino también para atacar los accesos convulsivos, por lo que lo recomendaban para el tratamiento de la epilepsia.¹²⁰

¹¹⁷ Raúl Hernández Peón, “Las bases fisiológicas de la neurofarmacología”, *Neurología-Neurocirugía-Psiquiatría*, Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría, México, v. III, n. 4, 1962, p. 131-132.

¹¹⁸ Miguel Ramos Murguía y Fernando Rueda Franco, “Tratamiento de la espasticidad con Valium”, *Neurología-Neurocirugía-Psiquiatría*, Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría, México, v. III, n. 4, 1962, p. 216.

¹¹⁹ Miguel Ramos Murguía y Fernando Rueda Franco, “El Valium (RO 5-2807) en el tratamiento de la espasticidad, movimiento y rigidez extrapiramidal y espasmo”, *Neurología-Neurocirugía-Psiquiatría*, Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría, México, v. III, n. 1, 1962, p. 21-23.

¹²⁰ Raúl Hernández Peón *et al.*, “Estudio clínico, electromiográfico y electroencefalográfico sobre las acciones relajante y anticonvulsiva del RO 5-2807”,

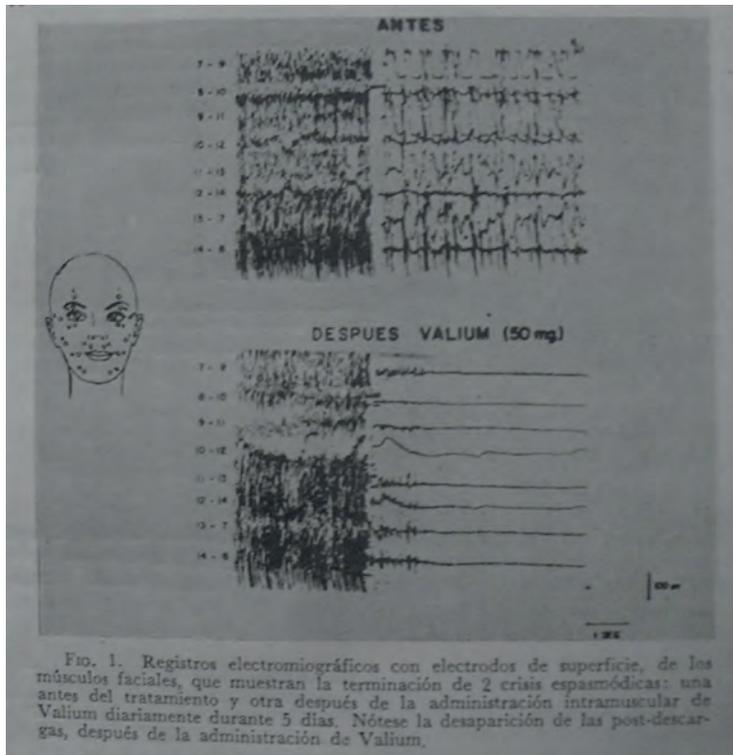


FIG. 1. Registros electromiográficos con electrodos de superficie, de los músculos faciales, que muestran la terminación de 2 crisis espasmódicas: una antes del tratamiento y otra después de la administración intramuscular de Valium diariamente durante 5 días. Nótese la desaparición de las post-descargas, después de la administración de Valium.

Figura 10. Registro electromiográfico de paciente con trastornos motores tratado con Valium. FUENTE: Raúl Hernández Peón *et al.*, "Estudio clínico, electromiográfico y electroencefalográfico sobre las acciones relajante y anticonvulsiva del RO 5-2807", *Neurología-Neurocirugía-Psiquiatría*, Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría, México, v. III, n. 4, 1962, p. 175

Como se puede ver en las imágenes, los instrumentos científicos tomaron importancia ya no sólo como medios auxiliares en el diagnóstico, sino también como herramientas para la investigación. Es decir, se puede pensar que el avance de los instrumentos se vio reflejado también cuando comenzaron a ser utilizados en la experimentación científica y la corroboración de resultados. En este último periodo los instrumentos tuvieron un desarrollo

Neurología-Neurocirugía-Psiquiatría, Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría, México, v. III, n. 4, 1962, p. 182-183.

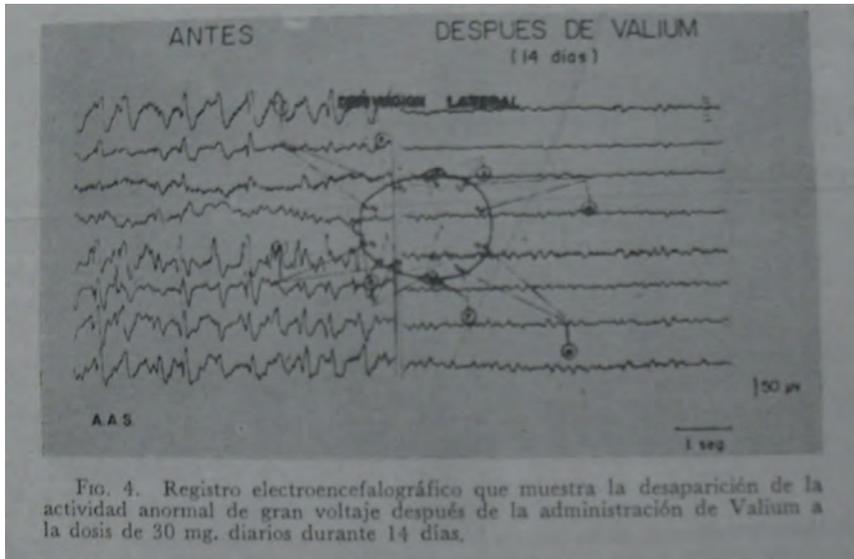


Figura 11. Registro electroencefalográfico a paciente con trastornos motores tratado con Valium. FUENTE: Raúl Hernández Peón *et al.*, “Estudio clínico, electromiográfico y electroencefalográfico sobre las acciones relajante y anticonvulsiva del RO 5-2807”, *Neurología-Neurocirugía-Psiquiatría*, Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría, México, v. III, n. 4, 1962, p. 178

importante, aunque más en otras instituciones que en el manicomio. El médico José Humberto Mateos, neurólogo y neurocirujano del Hospital General, reprodujo estudios realizados en el Instituto de Salud de Bethesda, Estados Unidos, sobre las reacciones químicas del LCR; corroboró que en pacientes con tumores cerebrales, crisis convulsivas y padecimientos degenerativos, la transaminasa (enzima) y la deshidrogenasa láctica (ácido láctico) se elevan y gracias a ello se podían establecer cuadros de diagnóstico neurológico.¹²¹

Estos exámenes difícilmente pudieron realizarse en el Manicomio General debido a que la situación precaria del laboratorio fue una constante a lo largo de su existencia. En 1963 el director

¹²¹ José Humberto Mateos, “Recientes adelantos en el diagnóstico neurológico”, *Neurología-Neurocirugía-Psiquiatría*, Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría, México, v. I, n. 3, mayo de 1960, p. 57-58.

del manicomio se quejaba de la falta de personal que sufría el laboratorio de La Castañeda: “en la actualidad el laboratorio únicamente cuenta con un médico que se limita a efectuar las biometrías hemáticas, tres auxiliares de laboratorio habilitados y una enfermera”.¹²²

Más aún: en 1966 el responsable del laboratorio alegaba que los pedidos de material no se surtían de forma adecuada y mencionaba que se corría el peligro de suspender el servicio.¹²³ Se puede ver que en el manicomio no existían los medios materiales para llevar a cabo las investigaciones y pruebas que la ciencia neurológica requería y que, en su lugar, se desarrollaban fuera de dicha institución. Una prueba más de la descentralización de las actividades científicas.

Por otro lado, los estudios electroencefalográficos también se desarrollaban rápidamente. El médico José Humberto Mateos mencionaba que a lo largo de la década de 1950 se habían realizado 4098 electroencefalogramas en el Hospital General, con los cuales hizo estudios comparativos.¹²⁴ Por otro lado, el doctor Julio Hernández Peniche (médico del manicomio y electroencefalografista del Hospital de La Raza) también realizó estudios con grupos de control sobre los beneficios de la electroencefalografía en el diagnóstico y el tratamiento de los tumores intracraneales.¹²⁵

Con respecto al manicomio, los estudios electroencefalográficos realizados aumentaron año con año. Después de que el EEG permaneció para el servicio de los mismos internos de La Castañeda, en 1952 se inauguró el Departamento de Electroencefalografía en el Pabellón Central, que además sirvió para la consulta externa y para enfermos procedentes de otras instituciones hospitalarias. Para ese efecto se compró un EEG marca Kelly Koett de ocho canales. Dicho departamento funcionó lunes, miércoles

¹²² AHSSA, FMG, SADM, caja 42, exp. 7, f. 39-40.

¹²³ AHSSA, FMG, SADM, caja 42, exp. 7, f. 92.

¹²⁴ José Humberto Mateos, “Evaluación de los estudios de gabinete en el diagnóstico neurológico”, *Neurología-Neurocirugía-Psiquiatría*, Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría, México, v. I, n. 2, febrero de 1960, p. 86.

¹²⁵ Julio Hernández Peniche *et al.*, “El electroencefalograma en los tumores intracraneales supratentoriales”, *Neurología-Neurocirugía-Psiquiatría*, Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría, México, v. II, n. 1, 1961, p. 37-41.

y viernes, de 9 a 14 horas.¹²⁶ Si bien para los internos del manicomio el electroencefalograma era gratuito, el elevado costo del estudio obligó a las autoridades de La Castañeda a cobrarlo para los externos: la cuota era de 60 pesos para el público en general y 30 pesos para otras dependencias, ya que el mantenimiento del aparato se pagaba con lo recaudado en el cobro.¹²⁷

Desde 1956 el EEG comenzó a fallar, por lo que la dirección del manicomio pidió la compra de otro aparato. La SSA no aceptó liberar el dinero para esto y en 1959 el aparato se descompuso definitivamente. De tal manera, las autoridades de La Castañeda se vieron en la necesidad de enviar a los pacientes a realizarse el estudio en otras dependencias como el Hospital Juárez y el Hospital General. El manicomio estuvo casi tres años sin servicio de electroencefalografía, no sin quejas de los médicos psiquiatras,¹²⁸ hasta que en 1961, cuando la secretaría aumentó el presupuesto brindado a La Castañeda, se compró un nuevo EEG marca Reega de ocho canales.¹²⁹ Cabe aclarar que la cantidad de electroencefalogramas realizados en el manicomio creció con el paso de los años, conforme a las necesidades clínicas y la especialización de los diagnósticos neurológicos. En diversos estudios cuantitativos hechos por las autoridades de La Castañeda se mostró que en el periodo de 1952 a 1958 se realizó un promedio de 36 electroencefalogramas por año, mientras que a partir de 1961 el número aumentó a 303 por año.

También los métodos radiográficos tuvieron una diversificación importante. Además de la ventriculografía y la encefalografía de los cuarenta, se agregaron al arsenal radiológico la radiografía estereoscópica, la neumoencefalografía, la tomografía, la angiografía

¹²⁶ AHSSA, *FMG*, *SADM*, caja 48, exp. 9, f. 108-110.

¹²⁷ AHSSA, *FMG*, *SADM*, caja 48, exp. 9, f. 130.

¹²⁸ De hecho, diversos médicos del manicomio enviaron un oficio en conjunto al director de la institución que decía: “suplicamos a usted de la manera más atenta se sirva a hacer las gestiones necesarias para obtener de las autoridades de la SSA que el servicio de electroencefalografía vuelva a trabajar, ya que nos son indispensables los registros para poder desarrollar nuestro trabajo en forma científica y moderna”. AHSSA, *FMG*, *SADM*, caja 57, exp. 6, f. 1.

¹²⁹ AHSSA, *FMG*, *SADM*, caja 3, exp. 8, f. 97.

cerebral, la mielografía y la electromiografía.¹³⁰ Estas nuevas técnicas denotaron innovaciones en los estudios radiográficos y permitieron hacer diagnósticos más certeros para poder diferenciar así, por ejemplo, entre calcificaciones normales, tumores cerebrales y quistes cisticercosos.¹³¹ Aunque las innovaciones en las técnicas radiológicas se llevaron a cabo en otras instituciones médicas, como el Hospital 20 de Noviembre o el Hospital General, en el manicomio también se mejoró el servicio de radiología. Desde 1954 el doctor Eutimio Calzado Buentello propuso un proyecto para la creación de una Unidad de Radiología anexa al Pabellón de Cirugía del manicomio. El proyecto no se llevó a cabo como lo planteó el médico, pero sí se mejoró el servicio de radiología del manicomio, al menos hasta 1963, cuando se repararon dos aparatos de rayos X y se compró uno nuevo.¹³²

Estas técnicas auxiliares en el diagnóstico sirvieron, como se ha mencionado, también para la investigación, pero además para otra actividad que fue de suma importancia en este último periodo: la neurocirugía. Si bien las intervenciones al cerebro se habían realizado desde años atrás, la unión entre neurología y neurocirugía fue más bien tardía en México. El médico Hernando Guzmán West afirmaba que “en un principio la neurocirugía no fue más que el audaz intento de resolver algunos problemas que se presentaban a los neurólogos, pero pronto se convirtió en toda una especialidad que habría de dar nuevos bríos

¹³⁰ La radiografía estereoscópica ofrece imágenes en tercera dimensión que permiten ver mejor las anomalías en el interior del paciente; la tomografía es una técnica radiológica que sirve para ver secciones particulares del interior del individuo; la neuromoencefalografía es una técnica mejorada de la encefalografía común que permite ver los ventrículos cerebrales y el espacio sub-aracnoideo; la angiografía permite ver las venas y las arterias y es eficaz para el diagnóstico de accidentes cerebro-vasculares; la mielografía permite ver la médula espinal y sus raíces nerviosas; la electromiografía sirve para medir la actividad eléctrica en las fibras musculares. Hernando Guzmán West, “Avances en neurocirugía. Avances en el diagnóstico”, *Gaceta Médica de México*, Academia Nacional de Medicina, México, t. XCIII, n. 7, julio de 1963, p. 581-584.

¹³¹ Juan Cárdenas y Cárdenas, “Valor radiológico e interpretaciones de las calcificaciones intracraneales para el diagnóstico neuroquirúrgico”, *Gaceta Médica de México*, Academia Nacional de Medicina, México, t. LXXX, n. 3 y 4, septiembre-diciembre de 1950, p. 239-272.

¹³² AHSSA, *FMG*, *SADM*, caja 3, exp. 8, f. 97.

a las investigaciones”.¹³³ Mientras que la neurocirugía era una técnica para el tratamiento de algunas enfermedades, la neurología era una disciplina científica que tendía más a la investigación, y de hecho así estuvo concebida cuando se creó el INNN. Cuando empezó a especializarse la actividad científica neurológica, la neurocirugía tomó partido como una de las actividades más eficaces en el tratamiento y fue así como ambas comenzaron a compartir el terreno en la clínica.

La neurocirugía es un tema demasiado amplio y no puede ser analizado de lleno aquí. Existieron técnicas quirúrgicas para tratar enfermedades mentales, sobre todo la esquizofrenia, por medio de lobotomías y otras psicocirugías; sin embargo, lo que se pretende observar es la neurocirugía desde el ámbito de las enfermedades neurológicas. Juan Cárdenas y Cárdenas fue uno de los primeros que hizo investigación y neurocirugías experimentales para tratar el Parkinson en 1955. Al seguir las ideas del estadounidense Cooper y del argentino Fairman, realizó neurocirugías a 11 pacientes provenientes del manicomio, del Hospital General y del Hospital de Tepexpan para incurables. Según la teoría de Cooper, algunas manifestaciones del Parkinson se debían a un daño en la arteria coroidea anterior; por lo tanto había que cerrar dicha arteria. Por otro lado, Fairman afirmaba que la inyección de alcohol absoluto en el *globus pallidus* (uno de los tres núcleos que forman los núcleos basales) detenía los movimientos involuntarios. Cárdenas realizó cinco cirugías de ligadura de arteria coroidea y seis de alcoholización del *globus pallidus*. El médico mexicano concluyó que los resultados variaban según la persona a la que se le realizara la operación, aunque en algunos casos obtuvo resultados muy buenos, sobre todo en los pacientes jóvenes, misma conclusión a la que había llegado Cooper.¹³⁴ Es interesante observar, por cierto,

¹³³ Hernando Guzmán West, “Neurocirugía, conciencia y localización cerebral”, *Gaceta Médica de México*, Academia Nacional de Medicina, México, t. XCII, n. 3, marzo de 1962, p. 217.

¹³⁴ Juan Cárdenas y Cárdenas, “Nota preliminar sobre el resultado del tratamiento quirúrgico del parkinsonismo”, *Gaceta Médica de México*, Academia Nacional de Medicina, México, t. LXXXV, n. 6, octubre-diciembre de 1955, p. 706-710.

que Cooper publicó su trabajo sobre este procedimiento neuroquirúrgico en 1954, apenas un año antes de que Cárdenas hiciera sus primeras operaciones;¹³⁵ ello habla de la rápida recepción en México de los adelantos en la época sobre neurología y neurocirugía.

Manuel Velasco Suárez también realizó neurocirugías a pacientes con algún síndrome extrapiramidal en 1960. Se había familiarizado con las psicocirugías y las neurocirugías estereotáxicas¹³⁶ desde que fue a especializarse en Estados Unidos. Según él, los desórdenes de movimiento eran la manifestación más importante de los procesos patológicos de los ganglios basales y eran una de las características más importantes de las enfermedades neurológicas. Para dicho médico, gracias las investigaciones hechas en el extranjero, se sabía que el *globus pallidus* (como ya había afirmado Cárdenas) y el núcleo ventrolateral del tálamo eran las estructuras facilitadoras de los desórdenes del movimiento. La idea era hacer secciones quirúrgicas en el *globus* y luego producir lesiones ventrolaterales. Para ello, él y algunos colaboradores construyeron una herramienta quirúrgica que nombró Palidótomo “Manuel Velasco Suárez”¹³⁷ (figura 12). Mediante tal técnica operó a 34 enfermos, de los cuales obtuvo resultados satisfactorios en 32, pues dos personas murieron después de la operación.¹³⁸ Posteriormente mejoró su técnica y realizó otras operaciones en el recién inaugurado INNN.

Se han puesto estos dos ejemplos debido a que en ellos se dio un tratamiento quirúrgico a enfermedades que se manifestaban por trastornos de movimiento que son, como se ha dicho antes, lo que caracterizamos como más representativo de las enfermedades neurológicas. No obstante, hay que advertir que en este periodo los movimientos involuntarios, parálisis y temblores ya no eran el único signo de los trastornos neurológicos debido a que

¹³⁵ Ana Cecilia Rodríguez de Romo y Jourdain Israel Hernández-Cruz, *op. cit.*, p. 125.

¹³⁶ La estereotaxia es un procedimiento quirúrgico mínimamente invasivo de una determinada estructura encefálica. *Ibidem*.

¹³⁷ Manuel Velasco Suárez, “Palido-talamotomía en el tratamiento de las disquinesias”, *Gaceta Médica de México*, Academia Nacional de Medicina, México, t. CX, n. 12, diciembre de 1960, p. 1010.

¹³⁸ *Ibidem*, p. 1016.

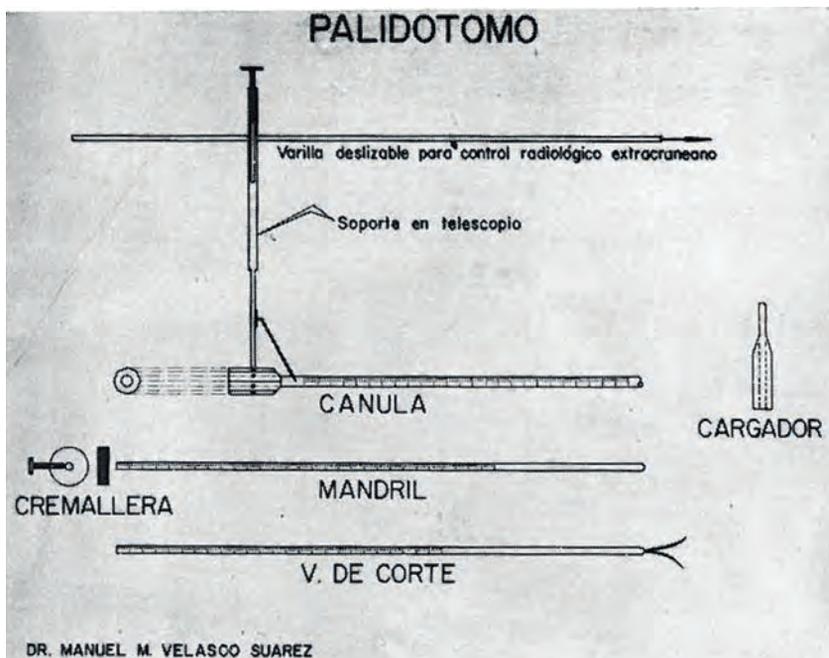


Figura 12. Palidotomo “Manuel Velasco Suárez”. FUENTE: Manuel Velasco Suárez, “Palido-talamotomía en el tratamiento de las disquinesias”, *Gaceta Médica de México*, Academia Nacional de Medicina, México, t. CX, n. 12, diciembre de 1960, p. 1010

el avance de la ciencia neurológica y la neurocirugía se dio de forma acelerada. Cabe mencionar también que las técnicas neuroquirúrgicas no sólo eran practicadas para los pacientes con problemas de movilidad; otros padecimientos eran también tratados y hasta diagnosticados mediante la neurocirugía: tumores cerebrales, hidrocefalia, abscesos cerebrales, traumas craneoencefálicos, adenomas, neuralgias, epilepsias focales, además de la psicocirugía para tratar desórdenes de conducta.¹³⁹ Así, gracias a estas técnicas se comenzó a separar el conocimiento del sistema nervioso con respecto del psiquiátrico, proceso que se vio

¹³⁹ Manuel Velasco Suárez, “Avances substanciales en neurocirugía. Manejo del paciente neuroquirúrgico”, *Gaceta Médica de México*, Academia Nacional de Medicina, México, t. CXII, n. 7, julio de 1963, p. 585-601.

formalizado con la construcción del INNN en el año 1964,¹⁴⁰ de la mano de Manuel Velasco Suárez, cuando fue director de Salud Mental. Fue así, con la creación del instituto, que la neurología se independizó por completo de la psiquiatría para realizar actividades distintas que ya no estaban ligadas a la práctica clínica del Manicomio General, el cual, hay que advertirlo, cerró sus puertas pocos años después, en 1968.

Conclusiones

En 1969, en un editorial de la revista *Neurología, Neurocirugía, Psiquiatría*, se citaban las palabras que unos años antes había escrito el médico francés Jean Delay en una revista de su país donde comentaba la necesidad de separar la psiquiatría de la neurología. Dicho editorial mencionaba que “desde el siglo [XIX] la enseñanza de la neurología y la psiquiatría se había venido haciendo en la misma cátedra en todos los países [...] y después de una unión relativamente apacible con los psiquiatras, los neurólogos reclamaban el divorcio a grandes gritos”.¹⁴¹ La psiquiatría y la neurología habían estado unidas bajo el nombre de neuropsiquiatría desde hacía muchos años y en México no ocurrió una excepción. Los psiquiatras mexicanos comprendían que en cierta medida los trastornos mentales podían tener una base orgánica, aunque por diversos motivos, ya fuera la dificultad para el diagnóstico, la ausencia de fármacos eficientes o las pocas opciones terapéuticas, la disciplina neuropsiquiátrica se había dedicado a

¹⁴⁰ Fue integrado por cuatro unidades fundamentales: hospitalaria, de investigaciones cerebrales, granja-hospital y psicotecnia; además ofrecería servicios de docencia e investigación en todos los niveles de la neurología y la neurocirugía. Las finalidades del Instituto fueron ofrecer los medios necesarios y especializados para la superación del trabajo neurológico, la atención médico quirúrgica del sistema nervioso, la enseñanza y la docencia de los conocimientos neurológicos, la investigación científica y la difusión de los avances científicos. Arturo Fernández Cerdeño *et al.*, *op. cit.*, p. 571-574.

¹⁴¹ Jean Delay, “El problema de las relaciones entre neurología y psiquiatría”, *Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría, México, v. X, n. 3, julio-septiembre de 1969, p. 175.

la labor asistencial antes que a la científica, por lo menos en los primeros años de la profesionalización psiquiátrica.

Debido a esta unión que era mundialmente aceptada todavía en la primera mitad del siglo XX, el Manicomio General La Castañeda fue casi la única institución a nivel nacional encargada de la asistencia tanto de los enfermos mentales como de los enfermos neurológicos. Si bien a partir de 1940 se comenzaron a abrir departamentos de neurocirugía y de investigación neurológica, no fue hasta que en el contexto del cierre del manicomio (proceso conocido como “Operación Castañeda” que se llevó a cabo entre 1965 y 1968) se propuso la creación de una institución especializada meramente en las enfermedades y la investigación neurológica.

Se han propuesto tres periodos por los cuales la clínica neurológica avanzó no sólo en el manicomio sino en otras instituciones: desde los problemas para hacer diagnósticos, la llegada de instrumentos científicos, hasta la investigación y el tratamiento (neurocirugía y fármacos). Dentro de estos periodos se puede ver que, aunque la cantidad de población neurológica era relativamente poca, no dejó de ser un problema para la actividad clínica de los médicos de La Castañeda. Así, la novedad del trabajo parte no sólo de los problemas clínicos referentes a este tipo de enfermedades, sino también de los obstáculos y avances de una ciencia que se desarrolló a la par de la psiquiatría y que en cierto momento histórico obtuvo su “independencia”. Pero esto únicamente puede ser comprendido a partir del papel que desempeñó el manicomio en dicha especialización científica, el cual poco a poco dejó de recibir pacientes neurológicos hasta que se construyó una institución específica para cubrir las necesidades de dichos pacientes.

El 28 de febrero de 1964 se inauguró el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía y su principal objetivo fue la atención de enfermedades neurológicas, no tanto psiquiátricas, que requirieran gran actividad quirúrgica y farmacológica.¹⁴² Así, la

¹⁴² Secretaría de Salubridad y Asistencia, “Instituto Nacional para las Enfermedades Nerviosas”, *Salud Pública de México*, Secretaría de Salubridad y Asistencia, México, v. VI, n. 5, septiembre-octubre de 1964, p. 757.



investigación fue presentada como el gran aporte de la nueva institución con la cual se podrían tratar la “epilepsia, los temblores y los grandes trastornos de movimiento”,¹⁴³ que era lo que definía en gran medida a las enfermedades nerviosas, como se ha visto. La creación de esa institución implicó el fin de un proceso de profesionalización e institucionalización de una ciencia que históricamente había estado ligada a la psiquiatría en nuestro país.

¹⁴³ *Ibidem.*

José Antonio Maya González

“Epilepsia”

p. 281-322

***Los pacientes del Manicomio La Castañeda y sus diagnósticos
Una historia de la clínica psiquiátrica en México, 1910-1968***

Andrés Ríos Molina (coordinación)

México

Universidad Nacional Autónoma de México

Instituto de Investigaciones Históricas/

Instituto de Investigaciones Dr. José María Luis Mora

2017

452 p.

Imágenes, Figuras, Cuadros y Gráficas

(Serie Historia Moderna y Contemporánea 72)

ISBN 978-607-02-9714-4 (UNAM)

ISBN 978-607-9475-67-3 (Instituto de Investigaciones
Dr. José María Luis Mora)

Formato: PDF

Publicado en línea: 29 de junio de 2018

Disponible en:

http://www.historicas.unam.mx/publicaciones/publicadigital/libros/687/pacientes_manicomio.html



INSTITUTO
DE INVESTIGACIONES
HISTÓRICAS

DR © 2018, Universidad Nacional Autónoma de México-Instituto de Investigaciones Históricas. Se autoriza la reproducción sin fines lucrativos, siempre y cuando no se mutile o altere; se debe citar la fuente completa y su dirección electrónica. De otra forma, se requiere permiso previo por escrito de la institución. Dirección: Circuito Mtro. Mario de la Cueva s/n, Ciudad Universitaria, Coyoacán, 04510. Ciudad de México



EPILEPSIA

JOSÉ ANTONIO MAYA GONZÁLEZ
Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Filosofía y Letras

Introducción

La epilepsia es una enfermedad que se conoce desde la Antigüedad, pero en la segunda mitad del siglo XIX cobró relevancia clínica gracias al surgimiento de nuevos referentes teóricos basados en el estudio del sistema nervioso. Este proceso implicó la inserción de la perspectiva anatomopatológica en el campo de la medicina mental, la cual proclamaba la relación entre lesión anatómica y función intelectual. Por esta razón, la localización de la lesión cerebral determinó en gran medida la orientación biológica de la clínica de la epilepsia en la centuria decimonónica.¹ Desde finales del siglo XIX hasta 1930 —año en que se publicaron los primeros trabajos sobre electroencefalogramas en Alemania y Estados Unidos—, las convulsiones y la pérdida del conocimiento eran las características generales que definían la enfermedad, la cual había sido catalogada dentro del amplio repertorio de las neurosis.² La historiografía psiquiátrica ha mostrado que la epilepsia como diagnóstico específico puso en tensión

¹ Para una historia general de la epilepsia, véase el clásico estudio de Owsei Temkin, *The Falling Sickness: A History of Epilepsy from the Greeks to the Beginnings of Modern Neurology*, Baltimore, Johns Hopkins University Press, 1994; también está el trabajo colectivo de Emmanouil Magiorkinis, Kalliopi Sidiropoulou y Aristidis Diamantis, “Hallmarks in the History of Epilepsy: From Antiquity Till the Twentieth Century. Novel Aspects on Epilepsy”, prof. Humberto Foyaca-Sibat (ed), ISBN: [en línea]. Disponible en: [web:http://cdn.intechopen.com/pdfs/21744/InTechHallmarks_in_the_history_of_epilepsy_from_antiquity_till_the_twentieth_century.pdf](http://cdn.intechopen.com/pdfs/21744/InTechHallmarks_in_the_history_of_epilepsy_from_antiquity_till_the_twentieth_century.pdf). [consultado el 20/11/2014].

² Jean Bancaud, “La epilepsia antes del descubrimiento del electroencefalograma”, en Jacques Postel y Claude Quételet (coords.), *Nueva historia de la*



Figura 1. Enferma epiléptica.

FUENTE: SINAFO-INAH, n. de referencia 462141

los campos de la psiquiatría y la neurología porque, a pesar de que se la consideraba una “enfermedad neurológica”, siempre estuvo bordeando el campo de los alienistas por los trastornos mentales que presentaba.³ En este contexto, los alienistas eran identificados con el trabajo en los manicomios; un neurólogo, en cambio, era un especialista de los nervios formado en patología general y medicina interna.⁴ Durante el último tercio del siglo XIX,

psiquiatría, México, Fondo de Cultura Económica, 2000, p. 248; Oliver Sacks, *Alucinaciones*, Barcelona, Anagrama, 2013.

³ Germán Berrios, “Epilepsia e insanidade no início do século XIX: história conceitual”, *Revista Latinoamericana de Psicopatología Fundamental*, São Paulo, v. XV, n. 4, p. 909; Michel Foucault, *El poder psiquiátrico*, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica, 2005, p. 227; Rafael Huertas, *El siglo de la clínica. Para una teoría de práctica psiquiátrica*, Madrid, Frenia, 2004, p. 165; Germán Berrios, “Epilepsia. Sección clínica”, en Germán Berrios y Roy Porter (eds.), *Una historia de la psiquiatría clínica*, Madrid, Triacastela, 2012, p.187.

⁴ Edward Shorter, *Historia de la psiquiatría. Desde la época del manicomio a la era de la fluoxetina*, Barcelona, J&C. Ediciones Médicas, 1999, p. 136.

los alienistas consideraban la psiquiatría como una rama de la neurología. Según Paul Bercherie, para los alienistas del otro fin de siglo el modelo neurológico era tanto un “pariente pobre” debido a las dificultades para constatar el fundamento anatomopatológico, pues, como un “pariente rico”, se ocupaba de las funciones complejas y apasionantes del sistema nervioso.⁵ En resumen, desde finales del siglo XVIII, y concretamente en el siglo XIX, la medicina psiquiátrica y neurológica tenía cierta claridad de que la epilepsia era una enfermedad biológica con secuelas psíquicas.

Ahora bien, para el caso mexicano se ha mostrado que durante el México finisecular no existían psiquiatras propiamente dichos, sino médicos generales que mostraban interés por las cuestiones mentales, los cuales libraron incontables batallas político-administrativas con el objetivo de alcanzar legitimidad como expertos en la enfermedad mental y, consecuentemente, profesionalizarse en el campo de la psiquiatría hasta mediados del siglo XX.⁶ Desde el periodo conocido como Porfiriato (1876-1911), los médicos capitalinos no contaban con textos rectores sobre enfermedades mentales, incluidas las nerviosas, aunque sabemos que fueron asiduos lectores del alienismo francés. Los galenos procuraban en todo momento relacionar las convulsiones con trastornos mentales, razón por la cual reconocieron en el epiléptico a un ser inmoral, violento y sospechoso de portar signos de degeneración que atentaban contra la sociedad.⁷ Con la fundación de La Castañeda en 1910 se abrió un espacio de confinamiento, atención y estudio de los epilépticos que merecían el encierro psiquiátrico, procesos clínicos e institucionales que

⁵ Paul Bercherie, *Los fundamentos de la clínica. Historia y estructura del saber psiquiátrico*, Buenos Aires, Manantial, 2014, p. 87.

⁶ Estas investigaciones han sido realizadas por Cristina Sacristán: “Ser o no ser modernos. La salud mental en manos del Estado mexicano, 1861-1968”, *España Plural*, Centro de Ciências Humanas, Educação e Letras, Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Marechal Cândido Rondon, v. X, n. 22, 2010, p. 11-23; “La contribución de La Castañeda a la profesionalización de la psiquiatría Mexicana”, *Salud Mental*, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, México, v. XXXIII, 2010, p. 473-480.

⁷ Andrés Ríos Molina, *La locura durante la Revolución Mexicana. Los primeros años del Manicomio General La Castañeda, 1910-1920*, México, El Colegio de México, 2009, p. 72.

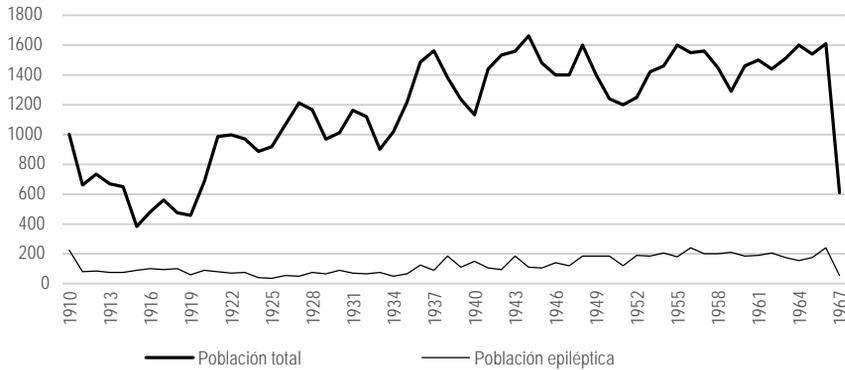
hasta ahora no han sido atendidos por la historiografía nacional. Carecemos de estudios demográficos sobre los pacientes epilépticos que vivieron a lo largo de 58 años de funcionamiento institucional;⁸ en consecuencia, el presente trabajo pretende reconstruir una mirada cuantitativa de los epilépticos en situación de encierro.

El objetivo central de este apartado es el estudio sociodemográfico de la población con diagnóstico de epilepsia y el análisis de las prácticas clínicas realizadas en el Manicomio General. Nos interesa examinar las características sociales de los pacientes así como las respuestas terapéuticas en torno al problema de las convulsiones. A partir del 11.93% de registros se elaboró una base de datos para identificar dos momentos retomados de la curva de ingresos (gráfica 1): *a*) 1910-1934, en el cual ingresó el 27.29% de la población, periodo caracterizado por la recuperación de conceptos del alienismo francés, la vinculación de la epilepsia con trastornos mentales y la peligrosidad; *b*) 1935-1968, etapa de crecimiento acelerado en el que se concentró el 72.71% de ingresos, marcada por la utilización de modelos biológicos sobre el cerebro provenientes de Alemania y Estados Unidos, la introducción de nuevos fármacos anticonvulsivos y el uso del electroencefalograma como herramienta diagnóstica.

Los pacientes clasificados como epilépticos que ingresaron en esos 58 años fueron la tercera población más numerosa en el Manicomio General La Castañeda y representó ésta el 11.93% respecto de los ingresos totales, sólo por debajo de las psicosis y el alcoholismo. Además, en la gráfica 1 se observa que la curva de ingresos por epilepsia tuvo un comportamiento relativamente paralelo a la curva de ingresos totales; las variaciones en general no modificaron su ritmo de crecimiento sino a partir de 1935.

⁸ Los trabajos de Andrés Ríos Molina buscan recuperar la “mirada cuantitativa” de las psicosis durante la Revolución Mexicana y la reconstrucción nacional. Véase Andrés Ríos Molina, “Locura y Revolución. El Manicomio La Castañeda durante la lucha de facciones, 1914-1916”, en Francisco de la Peña (coord.), *Cultura y desorden mental. Miradas desde la etnopsiquiatría y el etnopsicoanálisis*, México, Consejo Nacional para la Cultura y las Artes, Instituto Nacional de Antropología e Historia, Escuela Nacional de Antropología e Historia, 2008, p. 29-50; “Indigencia, migración y locura en el México posrevolucionario”, *Historia Mexicana*, v. LIX, n. 4, 2010, p. 1295-1337.

GRÁFICA 1
Población diagnosticada con epilepsia en comparación
con la población total del Manicomio La Castañeda
1910-1967



FUENTE: BD-PAPIIT.

Estos datos nos permiten inferir que los procesos de crecimiento/ decrecimiento de la población epiléptica estuvieron vinculados con la dinámica de la población total. A partir del estudio de 11 variables,⁹ encontramos que las características generales de la población fueron: 60% eran hombres y 40% mujeres, proporción que se mantuvo estable hasta la clausura del manicomio. La condición social y civil indicó que el 70.15% de la población eran solteros y no tenían trabajo u otra ocupación en el momento de su ingreso.¹⁰ Sólo el 18.77% estaban casados y con oficio; el 2.63% eran viudos y el resto vivía en unión libre, divorciados y célibes. En general, más del 40% venía de provincia, principalmente del Bajío (Jalisco, Querétaro, Michoacán y San Luis Potosí); los demás eran habitantes

⁹ Las variables utilizadas son: sexo, edad, lugar de nacimiento, lugar de residencia, ocupación, estado civil, instancia remitente, enfermedad diagnosticada, tiempo de estancia promedio, motivos de alta (muerte, curación, remisión, apto para vivir en familia, fuga o solicitud familiar) y grupos de enfermedad.

¹⁰ Es importante mencionar que el 34% no tenía ningún tipo de ocupación, el 28% contaba con algún oficio, ya fuera en la carpintería, zapatería, orfebrería o tablajería, entre otros, mientras que poco más del 8% eran obreros y campesinos cuyas actividades estaban en el ámbito de la construcción y la siembra. Sólo el 13% se ocupaba en el hogar, mientras que el 3% eran profesionales, estudiantes y tenían carrera en la milicia.

del Distrito Federal. Un aspecto a destacar es que la edad promedio de los epilépticos era de 27 años, sólo por encima del retraso mental (20) y baja respecto de los psicóticos (35), alcohólicos (38) y sifilíticos (40). El tiempo de estancia promedio en la institución era de 26.52 meses, es decir, dos años y dos meses aproximadamente. Los epilépticos eran la segunda población que pasaba más tiempo confinada en La Castañeda, mientras que la primera la encabezaban los que padecían retraso mental y la tercera los pacientes con algún tipo de psicosis. Por todo lo anterior, podemos considerar que el paciente “prototípico” con diagnóstico de epilepsia en La Castañeda fue un hombre de 27 años, provinciano, soltero y sin ocupación, el cual permaneció confinado más de 2 años en la institución antes de ser dado de alta por su familia.

Si bien en la primera etapa, 1910-1934, los ingresos de la población epiléptica se mantuvieron estables, a partir de 1935 se dispararon en forma considerable debido principalmente a factores sociales e institucionales. Es importante señalar que el crecimiento de la población psiquiátrica durante la primera mitad del siglo XX fue un fenómeno internacional. Por ejemplo, sabemos que en manicomios de los Estados Unidos el número de pacientes asilados creció considerablemente de 150 000 en 1903 a la escandalosa cantidad de 559 000 para 1955.¹¹ Tan sólo en el *Craig Colony for Epileptics* de Nueva York (fundado en 1894) estaban confinados más de 2 600 epilépticos en 1939, pese a que el inmueble estaba capacitado para atender a 800 pacientes.¹² El hacinamiento en las instituciones manicomiales fue un serio problema para las autoridades médicas y estatales norteamericanas, como lo fue también para los funcionarios y directores del Manicomio General durante el México posrevolucionario. Recordemos que entre 1920 y 1944 hubo un aumento significativo de pacientes con algún tipo de psicosis debido a la migración a la capital y por la intensa actividad policial en la remisión de “locos” a

¹¹ Andrew Scull, *La locura: una breve introducción*, Madrid, Alianza, 2013, p. 152.

¹² Grace Trompeter, “New York’s Craig Colony for Epileptics: tracing the deepest roots of deinstitutionalization”, *Middle States Geographer*, 2012, n. 45, p. 76-83.



Figura 2. Indígenas epilépticos.

FUENTE: SINAFO-INAH, n. de referencia 462891

La Castañeda.¹³ En este contexto cabe interrogarse, ¿qué factores determinaron el incremento de la población específica de epilépticos? ¿Cuáles fueron las instancias remitentes? ¿Qué criterios se utilizaron para confinarlos en La Castañeda? ¿Cuáles fueron las terapéuticas que se implementaron?

El presente trabajo pretende mostrar dos cosas: por un lado, que el aumento progresivo de la población epiléptica respondió no sólo al crecimiento exponencial de la capital sino a la centralidad asistencial que imponía la existencia del manicomio. Ante la ausencia de hospitales con orientación psiquiátrica en el país, los estados se vieron forzados a enviar un número cada vez mayor de epilépticos pese a los reclamos de las autoridades de La Castañeda. Por otro lado, los datos recabados revelan una

¹³ Andrés Ríos Molina, “Indigencia, migración y locura...”, p. 1314.

notable disminución de la mortalidad en el periodo 1935-1968, en el que también se redujo el tiempo promedio de estancia y se prolongó ligeramente la esperanza de vida de los epilépticos, muestra contundente de la eficacia terapéutica de la institución pocas veces reconocida. Al controlar las convulsiones mediante potentes fármacos, las familias podían solicitar la salida de sus epilépticos disminuyendo su periodo de internamiento.

Entre la locura y la peligrosidad: La dimensión psicológica de la epilepsia, 1910-1934

Adela V. miraba atónita la hoja de observación mientras su tía, Camila R., respondía solemne al interrogatorio del médico. Camila declaró que Adela había sufrido ataques epilépticos “desde niña” que se agravaron tras la muerte de su madre. A los 15 años fue enviada al Hospital del Divino Salvador para Mujeres Dementes y posteriormente remitida al Pabellón de Epilépticas del Manicomio General La Castañeda el 1 de septiembre de 1910. Según el expediente clínico, los accesos convulsivos se incrementaban por las noches y en su periodo menstrual; “se le presentaban extremosas mascándose la lengua, torciéndose las manos, encogiéndose las piernas, ennegreciéndose el rostro”, síntomas físicos que le provocaban trastornos mentales, “pues ha observado lo antes referido oír que acaricia algo como un nene *delirio de madre*, cuchichea, otras varias cosas que no puede precisar por la falta de claridad”.¹⁴ Por otro lado, Casiano R. fue remitido por la policía a petición de su familia e inmediatamente ocupó un lugar en el Pabellón de Agitados debido a su “estado de excitación”. A los 13 años había presentado su primer ataque convulsivo; como la mayoría era soltero y no tenía trabajo, aunque su historial patológico revelaba que en su familia había “un loco vicioso” y la abuela padecía epilepsia.¹⁵ Adela y Casiano fueron pacientes diagnosticados con uno de los 68 términos

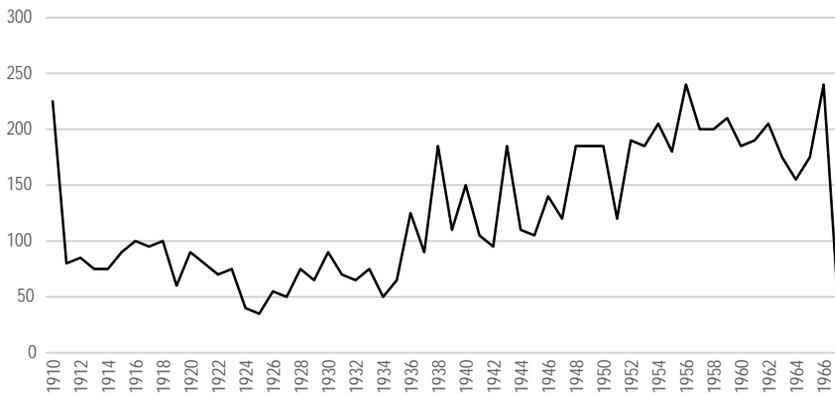
¹⁴ Ortografía y subrayado tomado del original. AHSS, FMG, SEC, caja 5, exp. 38, f. 4.

¹⁵ AHSS, FMG, SEC, caja 13, exp. 864, f. 6.

utilizados para designar la epilepsia; sin embargo, en sus historias clínicas nunca se explicó cuáles eran las características principales de la enfermedad. Ambos pacientes conformaron el 27.29% de la población epiléptica confinada entre 1910 y 1934.

En la gráfica 2 podemos observar que durante este periodo hubo un decrecimiento en la curva de ingresos. El pico más alto lo encontramos en 1910 y en 1925 llega a su punto más bajo, recuperándose ligeramente en un lapso de 9 años, antes de dispararse a partir de 1935.

GRÁFICA 2
Cantidad de pacientes diagnosticados con epilepsia
en el Manicomio La Castañeda
1910-1967



FUENTE: BD-PAPIIT.

Durante los años 1910-1919, en plena Revolución Mexicana, ingresó el 13.54% del total de epilépticos al manicomio, cifra bastante reducida en comparación con los altos porcentajes presentes en décadas posteriores. En estos primeros 9 años falleció el 48.73% de los pacientes con diagnóstico de epilepsia por razones gastrointestinales y afecciones respiratorias. Durante la fase armada, muchos habían sido remitidos a La Castañeda desde otros hospitales de la capital (Hospital del Divino Salvador, Hospital de San Hipólito, Hospital Militar); por ejemplo, en noviembre de 1910 fueron trasladados en ferrocarril varios pacientes

procedentes del Hospital para Epilépticos de Texcoco.¹⁶ Los envíos hospitalarios al novísimo manicomio explicarían la alta concentración de pacientes en 1910. El decrecimiento paulatino de la población podía resultar una consecuencia directa de la guerra, en tanto que la ocupación de fuerzas combatientes en la capital pudo inhibir las solicitudes de ingreso.

Un aspecto a destacar es que durante el periodo revolucionario las historias clínicas sobre epilépticos se caracterizaron por la escasa información recopilada. En general existen pocos datos sobre la terapéutica implementada, hay escasos detalles sobre el uso de los conceptos y las descripciones diagnósticas son bastante escuetas. La crisis por la que atravesaba el país, la falta de control administrativo en el manicomio y la ausencia de una regulación efectiva de las prácticas médicas fueron elementos que dificultaron la atención médica.¹⁷ Esta crisis generalizada bien pudo reflejarse en las historias clínicas.

Respecto de los diagnósticos vinculados con la epilepsia encontramos aspectos interesantes. Como lo mencionamos arriba, en los 58 años de práctica en La Castañeda hubo 68 diagnósticos que aludían a la epilepsia, a las crisis convulsivas y estados confusionales luego de los accesos, claro indicador del mosaico terminológico implementado en décadas. Estos términos aparecían

¹⁶ AHSS, *FBP*, SEH, legajo 1, exp. 20, f. 1. Fueron 70 epilépticos, lo cual representa para el mes de noviembre de 1910 el 0.56% de la muestra total. Por otro lado, sabemos que en 1905 funcionaba el Hospital de Epilépticos de Texcoco, edificación construida por los “juaninos” durante el virreinato (1696), el cual albergó pacientes provenientes del Hospital de San Hipólito. Carlos Madrigal Bueno, “La Casa del Constituyente, Texcoco, Estado de México”, en *Memorias del 5o. foro académico 2012*, México, Escuela de Conservación, Restauración y Museografía Manuel del Castillo Negrete, 2012, p. 135. Durante el siglo XVII el recinto se conoció como “Nuestra Señora de los Desamparados” y albergó a enfermos de todo tipo. Para 1825, la casa sirvió como alojamiento de los constituyentes a petición de José María Luis Mora. Hacia finales del XIX e inicios del XX, el inmueble pasó a manos particulares, por lo que volvió a tener funciones hospitalarias. Actualmente se le conoce como la Casa del Constituyente.

¹⁷ Estos y otros detalles durante este periodo han sido examinados por Cristina Sacristán, “Una valoración sobre el fracaso del Manicomio de La Castañeda como institución terapéutica, 1910-1944”, *Secuencia: Revista de Historia y Ciencias Sociales*, Instituto de Investigaciones Dr. José María Luis Mora, México, n. 51, 2001, p. 91-120, y Andrés Ríos Molina, *La locura durante la Revolución...*, particularmente el segundo apartado.

indistintamente como síntomas o diagnóstico. Para tratar de organizar la diversidad conceptual, los concentramos en 10 grupos divididos principalmente en epilepsias esenciales, orgánicas y constitucionales; epilepsia jacksoniana; epilepsias focales y epilepsias con trastornos mentales, es decir, buscamos rescatar los diagnósticos definidos desde la clínica psiquiátrica de la época. Además, valoramos los principales síntomas y la forma de las crisis consignadas por los médicos. Llama la atención que las epilepsias orgánicas y constitucionales representaron el 44%, seguidas de la epilepsia esencial con el 24%; los síndromes convulsivos y crisis convulsivas estaban en el 9% y 6% respectivamente.

CUADRO 1
Grupos de epilepsia

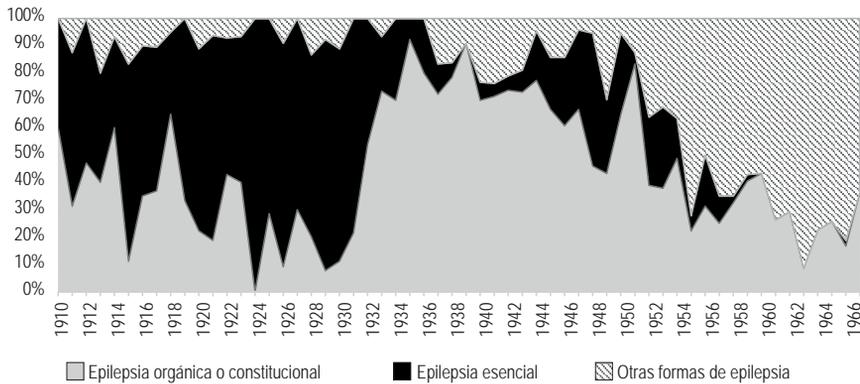
<i>Grupos de enfermedad</i>	<i>%</i>
Epilepsias orgánicas y constitucionales	44
Epilepsia esencial	24
Síndrome epiléptico	9
Crisis convulsivas	6
Pequeño y gran mal	5
Epilepsias focales	4
Confusión mental epiléptica	4
Epilepsia con trastornos mentales	2
Epilepsia jacksoniana	2
Estados epilépticos	0.1
TOTAL	100

FUENTE: BD-PAPIIT.

Ahora bien, en este primer periodo de funcionamiento institucional la epilepsia esencial fue la enfermedad más diagnosticada por los médicos y, sorprendentemente, a partir de 1935 las epilepsias orgánicas y constitucionales ocuparon la hegemonía en el ejercicio clínico. En la gráfica 3 podemos ver claramente que los dos momentos observados por la curva de ingresos coinciden en general con las dos grandes tendencias diagnósticas recuperadas

de los expedientes clínicos. Este proceso nos puede advertir sobre los cambios y continuidades efectuados en el ejercicio clínico en el tránsito del siglo XIX al XX.

GRÁFICA 3
Tipos de epilepsia más diagnosticados en el Manicomio La Castañeda
1910-1967



FUENTE: BD-PAPIIT.

Ahora sabemos que la clínica de la epilepsia en el manicomio hasta 1934, aproximadamente, establece un puente directo con los debates médicos de finales del siglo XIX. De acuerdo con los médicos de aquella época, la epilepsia no distinguía edad, condición social o sexo, y lo mismo podía aparecer en edades tempranas que en la adultez. Igual se presentaba en hombres del campo, con oficios, o en personajes de negocios, así como en mujeres del hogar, costureras independientes o jovencitas aprendices de piano. Los médicos consideraban que era una afección orgánica acompañada de trastornos morales (psíquicos) muchas veces irreversibles: cualquier persona con antecedentes patológicos, un historial familiar venéreo y/o que hubiera sufrido algún traumatismo en la cabeza, producto de riñas, caídas o accidentes en el trabajo, era candidato idóneo para ser epiléptico.¹⁸ Generalmente

¹⁸ Algunos ejemplos de las tesis de la época son: F. Blasques, “Patogenia de la epilepsia”, *La Independencia Médica. Semanario especial destinado a defender los intereses científicos, morales y profesionales del cuerpo médico mexi-*

dividían la causalidad en dos: las predisponentes y las determinantes. Las primeras se referían fundamentalmente al sexo, la consanguinidad y la herencia, proceso mediante el cual una familia compuesta por una madre histérica y un padre alcohólico, por ejemplo, tendrían hijos epilépticos, idiotas, o locos cuyo “organismo predispuesto” sería el portador de una futura estirpe degenerada y, por ende, peligrosa para la nación.¹⁹ Por otro lado, las causas determinantes eran aquellos agentes externos al individuo que podían trastocar su organismo y disparar la enfermedad: sífilis, alcoholismo crónico, enfermedades digestivas y la masturbación, práctica al parecer muy frecuente entre los asilados de San Hipólito.²⁰ Los médicos del Manicomio General recuperaron al menos dos conceptos en boga durante finales del siglo XIX: la epilepsia esencial y la epilepsia larvada o simulada. Según Germán Berrios, la epilepsia esencial (término acuñado por Jean Etienne Esquirol en 1838) y la epilepsia larvada o simulada —descrita por Auguste Morel en 1860— representaron los últimos esfuerzos conceptuales por vincular “la epilepsia a la psiquiatría”. La primera aludía a ataques generalizados, vértigos, crisis del movimiento y trastornos psiquiátricos; la segunda no se manifestaba en crisis sino mediante síntomas accesorios tales como periodos de excitación, irritabilidad, amnesia y episodios agresivos.²¹ Incluso el célebre criminalista italiano Cesare Lombroso había considerado que la epilepsia era una de las causas primordiales de la criminalidad, porque alteraba “el desarrollo del sistema nervioso central”, el cual hacía “retroceder” al individuo

cano, México, t. I, n. 36, 1881; Carlos Chaix, *Estudio patogénico, diagnóstico y psicológico de la epilepsia*, México, Imprenta de la Viuda de Murguía e Hijos, 1870; Librado Pola, *Ligeras consideraciones sobre la patogenia de la epilepsia*, México, Imprenta de El Partido Liberal, 1891.

¹⁹ Andrés Ríos Molina, *La locura durante la Revolución...*, p. 80.

²⁰ Al menos así lo reportaba un estudiante en sus visitas al hospital junto al director Miguel Alvarado: “Ningún vicio es, en efecto, más común entre los epilépticos asilados que la pederastia, el onanismo y la masturbación, sin que puedan imputarse por completo tales anomalías a la continencia en que se ven obligados a vivir por la secuestación”. Elías A. Gómez, *Fenómenos psíquicos de la epilepsia*, México, Imprenta de la Escuela Correccional, 1888, p. 29.

²¹ Germán Berrios, “Epilepsia e insanidade...”, p. 912, 920.

a formas de vida de los antepasados.²² En este sentido, para los médicos porfirianos de finales del siglo XIX la dimensión social de la enfermedad era su verdadera preocupación. Había un convencimiento generalizado de que la epilepsia era una forma declarada de locura, la cual se manifestaba a través del “carácter epiléptico”, es decir, una “perversión moral” que determinaba la conducta altanera, irritable y antisocial que situaba a los convulsivos en los bordes de la criminalidad y la violencia:

Unas veces, pocas, estos enfermos son por extremo afables, labiosos, humildes, meticulosos, irresolutos, quiere decir; que tienen para decirlo en una sola frase el opacamiento del carácter. Otras veces, y son las más, estos enfermos son irascibles, atrabiliarios, indómitos, rebeldes, enérgicos, siendo en ellos todo rápido y galopante: van en sucesión de relámpago, siempre, la impresión, la sensación, la impulsión, la decisión y el acto. Estos individuos son impulsivos.²³

De acuerdo con las observaciones que realizó entre sus pacientes y por informes de otros colegas, Secundino Sosa afirmaba que el signo distintivo del epiléptico era la exaltación de sus impulsos y el evidente desorden en su voluntad. Es cierto que reconocía “matices” en los trastornos epilépticos, aun en “personas ilustres y de buena cuna”; no obstante, el fondo común de estos enfermos era su inclinación a la violencia.²⁴ En el tránsito del siglo XIX al XX en México, los epilépticos eran vistos como individuos impulsivos que al tener nublada la voluntad no podían controlar sus emociones, mostrándose subversivos ante cualquier forma de autoridad. Dichas impulsiones eran las que comúnmente los arrojaban al mundo de las transgresiones, fueran delictivas e inmorales: un robo, homicidio, incendio, calumnia o venganza. Estos comportamientos anormales hicieron que a los epilépticos se les etiquetara como personas incómodas para la vida moderna,

²² Lombroso y *la Escuela Positiva Italiana*, estudio preliminar de José Luis Peset y Mariano Peset, Madrid, Ediciones Castilla, 1975, p. 259.

²³ Secundino Sosa, “La responsabilidad en los epilépticos”, *Gaceta Médica. Periódico de la Academia Nacional de Medicina de México*, México, t. XXIX, 1893, p. 97.

²⁴ *Ibidem*, p. 99.

comparándolas con la irracionalidad propia de los animales que sólo respondían a impulsos malsanos: “es esta plaga de la humanidad, que llamamos epilepsia, y que en la mayoría de los casos termina por destruir casi completamente la inteligencia, y coloca al hombre en una situación hasta inferior a la de muchos de los animales irracionales”.²⁵ Este proceso de criminalización de la enfermedad epiléptica subsistirá en la mentalidad de los facultativos hasta las primeras tres décadas del siglo XX.

Por estas razones, llama la atención el uso de términos demoníacos en la “moderna” Castañeda, inmueble considerado de vanguardia desde su fundación, ya que los diagnósticos aludían al aspecto mental y no tanto a su etiología. Preocupado por la ausencia de un marco regulador de las clasificaciones en pleno conflicto armado, el entonces director Agustín Torres propuso que se adoptara en el Manicomio General la clasificación del psiquiatra y neurólogo italiano Eugenio Tanzi (1856-1934), ya que establecía una relación etiológica específica separando los síntomas. Torres la consideró confiable y “científica” porque agrupaba los padecimientos en “entidades clínicas bien delimitadas”; la epilepsia estaba situada en el campo de las neuropsicosis constitucionales, junto a la neurastenia constitucional y la histeria.²⁶ La propuesta de Agustín Torres no tuvo mayor repercusión en la práctica cotidiana posterior al conflicto armado y los médicos siguieron utilizando términos y conceptos de acuerdo con su bagaje científico y cultural.

Lo que sorprende es que en un lapso de 24 años (1910-1934) el énfasis se acentuara en las secuelas mentales que provocaban las convulsiones, si tomamos en cuenta que la epilepsia esencial era asimilada a una forma declarada de enajenación mental. Por ejemplo, el 8 de enero de 1930 ingresó Zeneida R., una chica de 24 años, soltera y diagnosticada con epilepsia esencial. Reingresó el 9 de mayo de 1932 y esta vez fue diagnosticada con epilepsia

²⁵ F. Blasques, *Patogenia de la epilepsia*, p. 296.

²⁶ Agustín Torres, “Razones por las cuales debe adoptarse la clasificación de las enfermedades mentales, por el prof. Tanzi, en el Manicomio General”, *Revista Enciclopédica Beneficencia Pública del Distrito Federal*, México, n. 1, 1917, p. 49.

jacksoniana, pero no se dieron detalles sobre el particular; contra-jo matrimonio con un carpintero del manicomio del que se divorció un año más tarde. Según el expediente clínico, presentaba los caracteres típicos de la epilepsia: caída brusca, convulsiones acompañadas por “errores en la conducta”, y el médico consignó que ejecutaba actos extravagantes como lavar prendas en el aire, tejer sin tener objeto alguno en las manos: eso sí, tenía el “carácter irritable, se disgusta por cualquier cosa”.²⁷ Es importante destacar que los médicos de La Castañeda hicieron un uso sistemático de adjetivos para referirse a estos pacientes que presentaban el llamado “carácter epiléptico”: adjetivos como “explosivo”, “irritable”, “vengativo”, “pendenciero”, etcétera, que aparecen en las historias clínicas subrayando la inclinación a la violencia de los epilépticos. Cabe la posibilidad de que muchos pacientes altaneros, difíciles en el trato o reacios ante los médicos, fueran etiquetados con epilepsia sin que presentaran convulsiones.²⁸

A inicios del periodo de reconstrucción nacional y con la Revolución “hecha gobierno”, los mexicanos no sólo fueron testigos de la institucionalización del poder político en manos del partido oficial (PNR), sino del proceso de reconstrucción de la estructura política, económica y cultural decisiva para el desarrollo del país. Muchas de estas políticas fueron implementadas a partir del cardenismo en adelante.²⁹ Este ambiente de recuperación política y social proporcionó cierta estabilidad en La Castañeda y paulatinamente los diagnósticos sobre epilepsia comenzaron a mostrar un interés puntual sobre la frecuencia e intensidad de los accesos. Además, los médicos comenzaron a introducir cuadros de registro sobre el número de convulsiones divididos en días, meses y años con la finalidad de comprender los intervalos de frecuencia. Esto implicaba dar seguimiento a los pacientes, muchos de ellos

²⁷ AHSS, FMG, SEC, caja 252, exp. 44 (s/f).

²⁸ Germán Berrios llama “falsos positivos” cuando, al usar indiscriminadamente adjetivos para calificar problemas de la personalidad, los médicos terminaban por diagnosticar como epilépticos a muchos pacientes que no sufrían la enfermedad. Germán Berrios, “Epilepsia...”, p. 185.

²⁹ Para una visión política y económica general del periodo, véase Enrique Florescano (coord.), *Arma la historia. La nación mexicana a través de dos siglos*, México, Grijalbo, 2009, p. 186.

abandonados por sus familiares o retenidos para su observación, razón por la cual el tiempo de estancia promedio era largo, aproximadamente de 4 años con 4 meses. Un número reducido de pacientes podía facilitar, en apariencia, el seguimiento puntual en la evolución de la enfermedad. También se introdujeron nuevas tecnologías para el estudio del padecimiento, como exámenes sanguíneos, la prueba Wasserman y test psicológicos que tenían por objetivo entender el estado mental de los epilépticos,³⁰ es decir, la dimensión psicológica de la enfermedad convulsiva. El diagnóstico de epilepsia durante este periodo estaba orientado fundamentalmente a examinar la mentalidad de los epilépticos, el grado de inteligencia, la voluntad, afectividad, ideación, imaginación y memoria. En este sentido, la tesis médica de Mario Fuentes, presentada en 1925, futuro médico y director del Manicomio General, era un buen ejemplo del interés médico por estudiar la epilepsia desde los aspectos psicológicos y analizar los fenómenos psíquicos en los convulsivos. Su trabajo fue resultado de prácticas estudiantiles en el Pabellón de Epilépticos de La Castañeda durante un lapso de 2 años.

Siguiendo al reconocido psiquiatra francés Pierre Janet,³¹ Mario Fuentes indicó que varias circunstancias caracterizaban a los automatismos epilépticos, pero siempre operaban “fuera del

³⁰ Para conocer en qué consistía la prueba Wasserman, véase el apartado dedicado a la parálisis general progresiva en esta obra. Respecto de las pruebas psicológicas, desafortunadamente no pudimos localizarlas debido a que los médicos sólo incluían en el expediente clínico el resultado obtenido y no la prueba completa.

³¹ Pierre Janet visitó la ciudad de México en 1925 en el marco de los 15 años de fundación de la Universidad Nacional, donde impartió el curso titulado *Psicología de los sentimientos*; un resumen de dicho curso se publicó bajo el mencionado título en 1997 por el Fondo de Cultura Económica. Para este autor, el automatismo psicológico era una forma inferior de la actividad que podía ser consciente. Estos automatismos se observaban en estados de desdoblamiento de la personalidad emanados de ideas fijas subconscientes, acontecimientos traumáticos irresueltos, de los que los ataques eran la simple reproducción. Erwing Ackerknecht, *Breve historia de la psiquiatría*, Valencia, Universidad de Valencia, 1993; Elizabeth Roudinesco, *La batalla de cien años. Historia del psicoanálisis en Francia, 1885-1939*, Caracas, Fundamentos, 1988, v. 1, p. 238-239.

control de la voluntad y la consciencia”.³² Esto significaba que las acciones de un epiléptico respondían a estímulos desconocidos para el individuo y generados por una terrible infancia. Por lo tanto, el fenómeno del automatismo psíquico se caracterizaba por la “despersonalización” del individuo que podía presentarse antes o después de los accesos convulsivos. Las convulsiones eran interpretadas como regresiones a estados inferiores de la conciencia; por lo tanto, el epiléptico reproducía el estado mental de un niño en desamparo.³³ Un médico de La Castañeda registró el caso de una epiléptica autómatas que salió de casa “en ropa interior” creyendo que estaba vestida; su hermana la cubrió en casa y, al volver en sí Amalia, encontró que toda su ropa estaba encima de la cama “causándole gran extrañeza”.³⁴ Si bien las indagaciones de Mario Fuentes sobre el automatismo mental no llegaron a impactar en otros trabajos de la época, sirvieron como catalizadores de un discurso psicológico sobre el paciente epiléptico.³⁵

Si la epilepsia esencial era fundamentalmente una enfermedad que perturbaba las facultades mentales del individuo, ¿por qué llegaban estos enfermos a La Castañeda? Los criterios utilizados para confinar a los epilépticos eran sociales y muchos fueron remitidos por razones de seguridad. Considerando que el sello característico de los pacientes con epilepsia esencial era su mal comportamiento público y privado, no era casualidad que las instancias remitentes en este periodo fueran la Asistencia (37.44%) y la Seguridad (33.30%).

³² Mario Fuentes, *Indagaciones sobre la epilepsia y su tratamiento*, tesis de Medicina, México, Escuela Nacional de Medicina, 1925, p. 1, 4.

³³ *Ibidem*, p. 10, 21.

³⁴ AHSS, FMG, SEC, caja 316, exp. 4 (s/f).

³⁵ Otro ejemplo de la perspectiva psicologista de la epilepsia en los años veinte es la tesis de José Manuel Hernández, *El estado mental de los epilépticos*, tesis de Medicina, México, Escuela Nacional de Medicina, 1927. José Manuel Hernández llegó a la conclusión de que la epilepsia comprendía dos elementos principales: uno psíquico y otro convulsivo. La epilepsia se manifestaba principalmente por la “pérdida de la conciencia”; los individuos tenían “carácter irritable”, “apatía habitual”, “impulsos y cóleras”, “terquedad y religiosidad morbosa”, todas ellas respuestas anormales subconscientes y automáticas. De los 25 casos que estudió en La Castañeda, todos respondían a una “debilidad psicológica” producto de una educación y “cultura poco avanzadas”.

CUADRO 2
Instancias remitentes

<i>Instancias remitentes</i>	<i>1910-1934 %</i>	<i>1935-1968 %</i>
Asistencia	37.44	21.14
Seguridad	33.30	3.90
Familia, amigos, conocidos	16	6.10
Hospitalarias	10.17	3.05
Estatales	9.75	6.19
Otros	1.14	0.29
En blanco	0.36	59.33
TOTAL	100	100

FUENTE: BD-PAPIIT.

Las convulsiones eran generalmente acciones corporales involuntarias, razón por la cual podían presentarse en el seno familiar o en la vía pública. Podemos suponer que, si un paciente epiléptico caía repentinamente en la calle y despertaba confuso, la Asistencia Pública o la Beneficencia tenían las facultades para trasladarlo a las puertas del manicomio. Recordemos que, durante el periodo de reconstrucción nacional, el gobierno capitalino implementó una campaña para recoger a todos los que no podían acreditar un domicilio fijo y la policía pasaba en camiones para recogerlos. Posteriormente, la Beneficencia decidía a dónde remitirlos: asilos, hospitales, casas para huérfanos o La Castañeda.³⁶ Además, el estigma social que presentaban los epilépticos, aunado a los miedos y fantasías de terror que podían suscitar las convulsiones, bien pudieron alertar a las familias y a la ciudadanía en su conjunto para reportarlos ante instancias policiacas por la perturbación del orden social. La supuesta agresividad “psicológica” de los epilépticos fue razón suficiente para trasladarlos de la calle o el hogar a las puertas del manicomio. Considero que el grado de peligrosidad no dependía del todo del estado mental, sino de las respuestas sociales en casos de altercados familiares y conflictos en la esfera pública.

³⁶ Andrés Ríos Molina, “Indigencia, migración y locura...”, p. 1314.

Entre la continuidad y la ruptura: hacia la neurologización de la epilepsia, 1935-1968

Entre 1935 y 1968 se concentró el 72.71% de ingresos por epilepsia. Se trata de un periodo de 33 años, 9 más respecto del primero, que fue de 24. A mayor número de años resulta comprensible que aumentara la población epiléptica, aunque también debemos tomar en cuenta el crecimiento general de la población capitalina. En el Sexto Censo de Población, realizado por la Dirección General de Estadística, se detalló que para 1930 había 1 029 068 personas; en 1940 el porcentaje aumentó en 40.74% (1 448 422). Además se tenía el registro de 6 289 “locos” (3 468 hombres y 2 821 mujeres) en buena parte del territorio nacional, de los que 1 228 podían trabajar pero no lo hacían y 294 no realizaban actividades económicas debido a su “defecto anormal”.³⁷ El ritmo de crecimiento anual entre 1950 y 1960 fue de 3.4%, “la tasa más elevada del mundo”, según los investigadores de la época, pues se calculó que el número de habitantes en la ciudad había crecido a 4 870 876, es decir, 3 249.4 individuos por kilómetro cuadrado.³⁸ Es importante considerar que el crecimiento exponencial de habitantes en el Distrito Federal en la primera mitad del siglo XX se reflejó en el aumento de la población psiquiátrica durante el periodo que estudiamos.

Por los informes de los directores del manicomio sabemos que para 1936 había un total de 2 692 internos, con un exceso de 1 313 pacientes. Al año siguiente se incrementó esta cifra de internos a 2 890, todos ellos atendidos por trece médicos; para 1942 el manicomio albergaba más de 3 400 almas. Alarmados por el crecimiento de la población, los directores pidieron que se establecieran consultas externas y se crearan granjas en los estados de la república para disminuir el número de asilados.³⁹ En la gráfica 2 (colocada antes) podemos observar el curso del 72.71%

³⁷ 6o. *Censo de Población 1940*, México, Resumen General de Economía Nacional, División General de Estadística, 1943, p. 16.

³⁸ *VIII Censo General de Población-1960*, México, Secretaría de Industria y Comercio, Dirección General de Estadística, Resumen General, 1962, p. 35.

³⁹ Cristina Sacristán, “Una valoración sobre el fracaso...”, p. 95.

de pacientes epilépticos que entraron a La Castañeda en este periodo. Existen cuatro picos altos en los que se concentró el mayor número de epilépticos, en 1938 y 1943, y posteriormente en 1956 y 1966. Aunque hay pocos informes sobre el número de epilépticos hombres y mujeres en los pabellones respectivos, sabemos que para 1936 había 193 epilépticas en los departamentos para mujeres, “el mayor respecto a sifilíticos, infecciosos, seniles, etcétera”.⁴⁰ La médico internista Petra Rivera Vázquez informó que para 1957 existían 187 camas destinadas a “346 asiladas”, y destacaba que “123 enfermas duermen en secciones en piso porque no hay cupo para más camas”.⁴¹

El sobrecupo y la falta de espacio también fue un problema en los pabellones para varones epilépticos. El Departamento de Estadística del Manicomio General detalló que en 1936 faltaba espacio para colocar camas en las 6 salas, porque “no había lugar donde ponerlas”. Asimismo, el Pabellón de Epilépticos contaba con 150 camas repartidas en 4 salas con un faltante de “30 camas” para los asilados.⁴² En 1963 José Luis Patiño envió a Manuel Velasco Suárez, entonces Director General de Neurología, Salud Mental y Rehabilitación, un informe en el que señalaba la presencia de 506 epilépticos, 395 en el Pabellón de Epilépticos y 111 repartidos en otros pabellones.⁴³ Esto demuestra la enorme preocupación que suscitaba el aumento de asilados epilépticos en los distintos pabellones. Ahora bien, en esta segunda parte de nuestro análisis no es posible examinar la variable de instancias remitentes, simplemente porque no existen datos del 59.33%. Pese a ello, sabemos que la participación de la Asistencia disminuyó (21.14%), lo mismo que la de Seguridad (3.90%) y la de Familia (6.10%). Esto no quiere decir que los epilépticos no hayan sido confinados por razones de seguridad, aunque es probable que estos datos dejaran de tener importancia con el cambio de conceptos y teorías sobre el cerebro. Si bien las remisiones por instancias hospitalarias no figuran por su importancia (3.05%), se pueden observar

⁴⁰ AHSS, FMG, SADM, caja 24, exp. 7 (s/f).

⁴¹ AHSS, FMG, SADM, caja 24, exp. 7 (s/f).

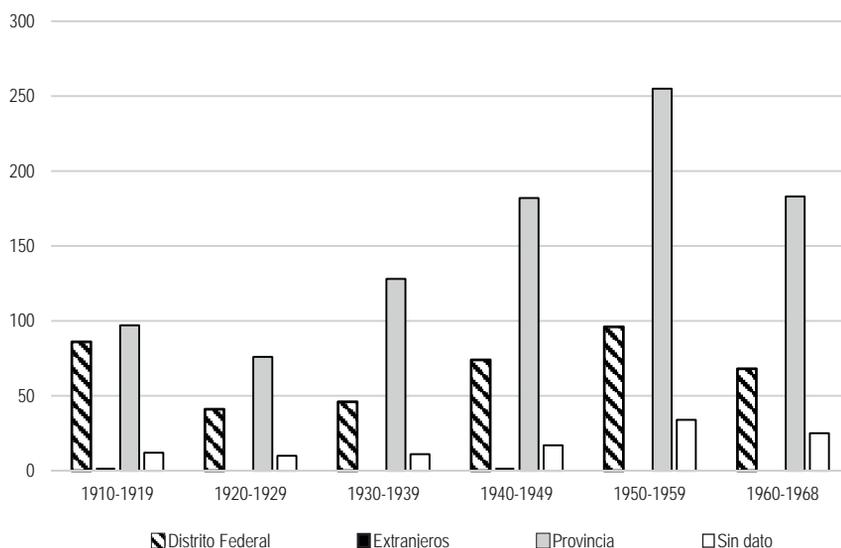
⁴² AHSS, FMG, SADM, caja 22, exp. 11 (s/f).

⁴³ AHSS, FMG, SADM, caja 33, exp. 8 (s/f).

otros datos referentes a la procedencia de epilépticos que nos permitirán valorar su aumento exponencial.

Como lo mencionamos arriba, de los ingresos totales por diagnóstico de epilepsia el 40.02% venía de provincia, mientras que el 25.55% residía en diversas regiones de la capital. En la gráfica 4 podemos observar el aumento de la población epiléptica que llegó del interior de la república a partir de los años treinta en adelante.

GRÁFICA 4
Procedencia de los pacientes diagnosticados con epilepsia
en el Manicomio La Castañeda
1910-1968



FUENTE: BD-PAPIIT.

Sin lugar a dudas, el incremento de los pacientes que arribaron y los residentes del Distrito Federal es una consecuencia directa del crecimiento demográfico de la urbe capitalina y la migración, pero, ¿cómo se explica este incremento de epilépticos llegados de provincia? Debemos tomar en cuenta que los procesos de alta por negativa familiar y el incumplimiento del reglamento relativo a la entrega del certificado acreditativo de locura

fueron elementos que parcialmente explicaron el crecimiento de la población asilada en general.⁴⁴ Sin embargo, consideramos que la ausencia de nosocomios especializados en enfermedades mentales y neurológicas, así como el abandono familiar y la falta de aplicación del reglamento, fueron los factores que determinaron el incremento de epilépticos. Alfonso Millán estimó que para 1937 había 2 890 epilépticos más 340 empleados, los cuales dormían en los pabellones y saturaban la capacidad estimada que era de 2 273 personas. El entonces director ofreció dos razones del aumento de asilados: la primera porque el manicomio “es el único establecimiento oficial de su índole” que recibía enfermos de todo el país, incluidos los expatriados de Estados Unidos. La segunda porque consideraba que las autoridades judiciales habían hecho del manicomio “una dependencia del Poder Judicial” por la cantidad elevada de delincuentes que enviaban.⁴⁵ Por esta razón, Alfonso Millán había propuesto la creación de una “Colonia Agrícola para Epilépticos” que ayudara a resolver el problema del hacinamiento, pues consideró que legal y “científicamente” estos pacientes no tenían lugar en el manicomio porque “no presentaban trastornos mentales sino [a] las pocas horas que preceden y siguen a su crisis comicial” y concluyó que poco más de 300 epilépticos no se externaban porque “liberados no podían seguir su tratamiento”.⁴⁶ Esta retención “forzada” explicaría que sólo en el lapso de 1930 a 1939 el tiempo de estancia promedio fuera de 48.74 meses, el mayor durante las cinco décadas. Además, la edad promedio aumentó a 29 años. Ante el inminente crecimiento de la población, las autoridades tuvieron que implementar una serie de reformas con el objetivo de reducir la población general y enviar a los pacientes crónicos a granjas.

Entre 1945 y 1958 se inauguraron 3 granjas en poblados y zonas limítrofes de la capital; para 1961 y 1968 se fundaron 10 más con fin de terminar con el viejo modelo manicomial que se

⁴⁴ Cristina Sacristán, “Una valoración sobre el fracaso...”, p. 117.

⁴⁵ AHSS, FMG, SADM, caja C-24, exp. 7 (s/f).

⁴⁶ AHSS, FMG, SADM, caja 24, exp. 7, f. 8.

había convertido en un lastre para los propios psiquiatras. A partir de 1965 fueron trasladados muchos pacientes a las nuevas instalaciones, disminuyendo la población general a 2 800.⁴⁷ En este sentido, Manuel Velasco Suárez quería saber el número de epilépticos que podían “cooperar en actividades de terapia ocupacional” y el director respondió que dependía del “grado de deterioro que existe en cada caso”. Sugirió que fueran trasladados a las granjas grupos de 50, “a fin de observar su reacción”, pero añadió que no se enviarían más de 200 epilépticos al Hospital Campestre “José Sáyo” para evitar inconvenientes.⁴⁸ A pesar de que las autoridades buscaban mitigar el problema del aumento de pacientes convulsivos, sorprende el crecimiento sostenido de ingresos en los últimos diez años hasta 1967, aun cuando ya estaba en funciones el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, fundado en febrero de 1964.

*Tecnologías eléctricas, fármacos anticonvulsivos
y reducción de la mortalidad*

Ciro G. tenía 24 años cuando ingresó al Manicomio General el 25 de noviembre de 1935; fue enviado por el gobernador de Tamaulipas con diagnóstico de epilepsia jacksoniana. Pasó al Pabellón de Epilépticos, pero varias veces fue trasladado como medida de castigo al Pabellón de Agitados por reñir con sus compañeros. De las trifulcas salía con lesiones de arma blanca o contusiones en la cabeza que agravaban sus accesos. En la historia clínica se menciona que padecía accidentes convulsivos “con la gama del epiléptico típico”: convulsiones, pérdida del conocimiento y carácter epiléptico “que es producto de su constitución mental el cual no se ha podido modificar”.⁴⁹ Al principio se le aplicó una inyección de cloruro de calcio, una cápsula de

⁴⁷ Cristina Sacristán, “Un Estado sin memoria. La abolición ideológica de la institución manicomial en México (1945-1968)”, *VERTEX. Revista Argentina de Psiquiatría*, Buenos Aires, n. 22, 2001, p. 316.

⁴⁸ AHSS, FMG, SADM, caja 33, exp. 8 (s/f).

⁴⁹ AHSS, FMG, SEC, caja 351, exp. 39 (s/f).

luminal mañana y tarde, y por la noche una inyección de luminal sódico, con “resultados satisfactorios”, pues los accidentes convulsivos “habían disminuido”. Los familiares solicitaron su alta, pero fue rechazada por el personal médico debido a que había golpeado a un interno y desprendido la uña a otro. En 1942 salió del manicomio, aunque volvió a reingresar un año después. A su regreso se le envió al Pabellón Central, donde se le practicó un electroencefalograma en el que se detectó “pérdida de sustancia ósea en región parietal derecha”. El registro indicaba que la actividad cerebral “fue lenta, irregular”, por lo que no existían signos claros de “localización” del foco epiléptico. Finalmente falleció el 21 de noviembre de 1946. El caso de Ciro G. es un ejemplo que ilustra muy bien algunos de los cambios realizados en la clínica de la epilepsia durante este periodo. En cierto sentido se abandonaron las grandes descripciones en torno al carácter epiléptico —no así la preocupación por el mismo— por un análisis sistematizado de la actividad cerebral que ofrecían las nuevas tecnologías de radiodiagnóstico. La atención de los nuevos psiquiatras-neurólogos estaba puesta en el esclarecimiento de la lesión focal causante de las convulsiones.

Durante las décadas de 1930 y 1940 del siglo xx, la psiquiatría mexicana buscó desarrollar investigaciones sobre desórdenes mentales basados en la neurología.⁵⁰ La intención de los médicos era edificar una ciencia capaz de encarar el problema neurológico de la locura y de dotar de legitimidad a los nuevos expertos en enfermedades mentales. Durante los 38 años siguientes de prácticas médicas en el manicomio, los médicos internistas, médicos privados e investigadores de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de México orientaron sus esfuerzos clínicos a inscribir la epilepsia en los terrenos netamente orgánicos, acogidos por relaciones neuronales obtenidas por choques de electricidad. La inclusión del electroencefalograma, con ciertas limitaciones técnicas y dificultades operativas, significó un gran avance en el conocimiento de la actividad cerebral y su relación

⁵⁰ Beatriz Urías Horcasitas, *Historias secretas del racismo en México (1920-1950)*, México, Tusquets, 2007, p. 132.

con los accesos convulsivos. Este método no sólo ayudó a detectar anormalidades en el registro eléctrico de la corteza cerebral, sino también resultó una herramienta indispensable para completar el diagnóstico.⁵¹ De esta manera podemos argumentar que el proceso de neurologización de la epilepsia comenzó en 1935.

Como se ve en la gráfica 3, hemos podido observar que entre 1910 y 1934 la epilepsia esencial, concepto decimonónico y fuertemente vinculado con trastornos mentales, fue la más diagnosticada; sin embargo, desde 1935 en adelante las epilepsias orgánicas y constitucionales fueron los principales diagnósticos relacionados con la afección. Ahora bien, ¿a qué respondió este cambio conceptual? Este desplazamiento terminológico respondió a dos factores de importancia diagnóstica y clínica: la introducción del electroencefalograma en los inicios de 1940 y la influencia directa de la escuela neurológica de Boston encabezada por Frederik Gibbs, Halowell Davis y William Gordon Lennox, neurólogos de reconocido prestigio que dieron gran impulso con el EEG al estudio clínico de la epilepsia.⁵² Los médicos del manicomio se apoyaron en conceptos y categorías del campo neurológico relacionadas con la corteza cerebral, foco epiléptico, centro epileptiforme, etcétera, acordes con el nuevo lenguaje que imponía el estudio electroencefalográfico. En cierto sentido se abandonó el modelo del alienismo francés para introducir nuevos referentes de la neurología sajona, germánica y norteamericana. El espíritu cientificista que invadió a los médicos de la época implicó cambios en la estructura y la organización de las historias clínicas del manicomio. Además de los antecedentes familiares y patológicos, evolución del padecimiento, descripción de la entidad clínica, etiología, frecuencia de los accesos y estado actual del paciente, se incluían los informes del laboratorio de análisis

⁵¹ Los primeros registros de los impulsos eléctricos en el cerebro fueron realizados entre 1910 y 1920, pero fue hasta 1935 que el neurólogo alemán Hans Berger publicó sus trabajos con buena recepción. El objetivo de Berger era descubrir el substrato fisiológico de las actividades psíquicas en las enfermedades mentales. Véase Jacques Postel, *Nueva historia de la psiquiatría*, 2a. ed., México, Fondo de Cultura Económica, 2000, p. 593.

⁵² Leonardo Palacios, “Breve historia de la electroencefalografía”, *Acta Neurológica Colombiana*, Bogotá, v. XVIII, n. 2, 2002, p. 107.

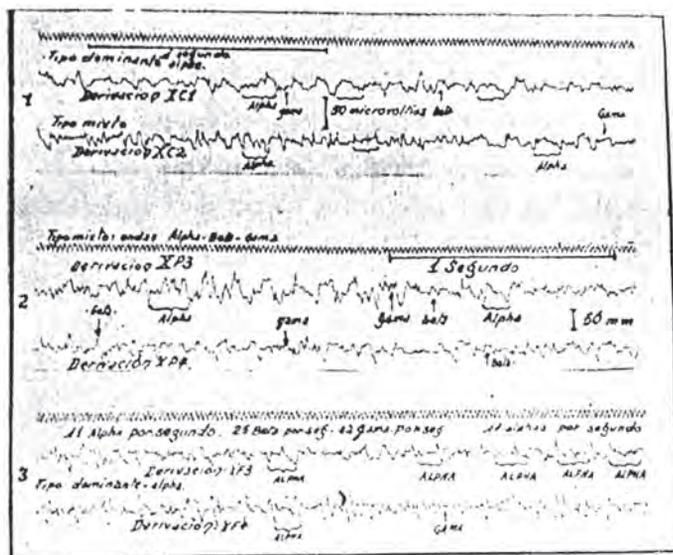


Figura 3. Los primeros registros electroencefalográficos en México fueron elaborados en clínicas privadas. FUENTE: Samuel Ramírez Moreno, “Estudios sobre electroencefalografía”, *Gaceta Médica de México*, t. LXXI, 1941, p. 571

clínicos en los que se examinaba el líquido cefalorraquídeo, análisis de sangre y reacción Wasserman, radiografías y, en algunos casos, los electroencefalogramas. Con el cambio de diagnóstico se transformó la mirada clínica de la epilepsia; muy pronto los médicos comenzaron a tomar posiciones más específicas sobre el problema que encaraban: “Los estudios clínicos permiten conocer especialmente la extensión de la descarga epiléptica a lo largo de la corteza motora, pues los fenómenos convulsivos motores son un índice de lo que acontece en la corteza...”⁵³ Esta transformación de la clínica de la epilepsia fue resultado de una serie de innovaciones tecnológicas que merecen nuestra atención.

Efectivamente, la incorporación de un sistema de medición de la actividad cerebral como el electroencefalograma marcó una

⁵³ Sixto Alcalde Obrador, “Algunas consideraciones neuro-quirúrgicas sobre el problema de las epilepsias focales”, *Archivos de Neurología y Psiquiatría de México*, Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría, México, t. IV, n. 2, 1941, p. 94.

vuelta a la concepción organicista de la epilepsia decimonónica, aunque vista a través del sustrato neuronal. Para los neurólogos interesados en la enfermedad mental como Samuel Ramírez Moreno y Guillermo Dávila, el conocimiento de la epilepsia se caracterizó por la supremacía del sistema nervioso y el dominio técnico del registro eléctrico.⁵⁴ Sus investigaciones fueron una prueba contundente del proceso de modernización del campo de la psiquiatría con orientación neurológica. Samuel Ramírez Moreno fue pionero en la aplicación clínica del radiodiagnóstico. Durante los años treinta viajó por los Estados Unidos donde realizó estudios de electroencefalografía en el Hospital de Santa Isabel, en Washington, en el Instituto de Higiene Mental de Filadelfia y en el Instituto Neurológico de la Universidad de MacGill, en Montreal. Debido a lo costoso del aparato optó por construir, junto con su colaborador y discípulo el doctor Teodoro Flores, un electroencefalógrafo “casero”. Esto demuestra la voluntad de estos médicos por gestionar las condiciones de trabajo indispensables para el análisis neurológico en tiempos de poco apoyo económico.⁵⁵ Esta camada de neurólogos consideraba al epiléptico como un ser “puro órgano” aparentemente despojado de subjetividad. Mediante la introducción del electrodiagnóstico se enarboló una campaña médica que favorecía las bondades del electroencefalograma, atribuyéndole cualidades científicas inéditas, como una “precisión diagnóstica” en casos de epilepsia e incluso “disminución en el número de las crisis” o, al menos, una

⁵⁴ Muchas investigaciones se realizaron en la clínica privada de Samuel Ramírez Moreno, la cual contaba con departamentos de análisis radiológicos, laboratorio de análisis químicos y electroencefalograma. En ella colaboraron muchos médicos internistas del Manicomio General, como Sixto Obrador, Mario Fuentes y Teodoro Flores, entre otros. Samuel Ramírez Moreno y Teodoro Flores Covarrubias, “Síndrome epiléptico y procesos aneurismáticos de la presa Herófilo y de los senos laterales”, *Revista Mexicana de Psiquiatría, Neurología y Medicina Legal*, México, v. v, n. 28, 1938, p. 5-12.

⁵⁵ Samuel Ramírez Moreno, “Estudios sobre electroencefalografía”, *Revista Mexicana de Neurología, Psiquiatría y Medicina Legal*, México, v. VIII, n. 43, 1941, p. 572. Ahora sabemos que el primer electroencefalógrafo se construyó en La Castañeda gracias a la intervención del ingeniero Martin von Beijeren Bergen, miembro de la International League Against Epilepsy. Tuvo un costo de 1 500 pesos de conformidad con el contrato celebrado con la Secretaría de Asistencia Pública. FMG, ADM, caja 22, exp. 22 (s/f).

reducción en la intensidad.⁵⁶ Es decir, con el electrodiagnóstico se podían “traducir” de manera visible y “fielmente” los fenómenos neurológicos.⁵⁷

A inicios de los años cuarenta, los médicos comulgaban con la idea de que el problema de la epilepsia era de origen neuronal.⁵⁸ Fue el propio Samuel Ramírez Moreno quien experimentó con el radiodiagnóstico y el electroencefalograma en la clínica psiquiátrica. Su tarea era analizar “las enfermedades orgánicas del encéfalo” mediante un procedimiento sencillo: la inyección de una sustancia luminosa que pudiera revelar imágenes craneales.⁵⁹ Por lo tanto, el objetivo del electroencefalograma era captar las corrientes cerebrales e interpretar las ondas eléctricas producidas por el funcionamiento cerebral, lo cual, suponían, podía servir como instrumento diagnóstico e inclusive terapéutico en casos de epilepsia.⁶⁰ Ramírez Moreno recomendaba la técnica del electroencefalograma en casos de epilepsia jacksoniana y criptogénica.⁶¹

El procedimiento era el siguiente: el enfermo debía estar en ayunas, con el intestino vacío. Después se le debían inyectar 0.10 o 0.20 gramos de luminal sódico para adormecer al paciente. Se punzaba el lumbar y se medía la tensión intrarraquídea. Posteriormente se le inyectaba una cantidad de aire menor a la porción de líquido extraído. Durante este tiempo, el enfermo permanecía acostado de 24 a 48 horas, procurando que, al tomarle las negativas, no

⁵⁶ Conrado Zuckermann, “Técnica y resultados de la aeroencefalografía por vía lumbar”, *Revista Mexicana de Psiquiatría, Neurología y Medicina Legal*, México, v. III, n. 18, 1937, p. 26.

⁵⁷ Teodoro Flores Covarrubias, “El radiodiagnóstico neurológico y el electrodiagnóstico”, *Revista Mexicana de Psiquiatría, Neurología y Medicina Legal*, México, v. V, n. 30, 1939, p. 49.

⁵⁸ Leopoldo Salazar Viniegra, “Problemas clínicos de la epilepsia”, *Gaceta Médica de México*, Academia Nacional de Medicina, México, t. LXXII, n. 1, 1942, p. 302.

⁵⁹ Samuel Ramírez Moreno, “Algunos procedimientos actuales de radiodiagnóstico en la clínica neuropsiquiátrica”, *Gaceta Médica de México*, Academia Nacional de Medicina, t. LXIX, n. 1, 1939, p. 206.

⁶⁰ *Ibidem*, p. 205.

⁶¹ La epilepsia criptogénica es la que está bien definida como enfermedad, pero en la que no se ha logrado determinar una causa particular, a pesar de que hay evidencia de daño estructural generalmente manifestado por retraso en el desarrollo psicomotor.

se inquietara. Según sus observaciones, las cefaleas podían prevenirse en gran medida por el luminal, pues, si se lograba que el enfermo durmiera tranquilamente después de la introducción del aire, al despertar se encontraría recuperado de sus molestias.⁶² La concentración de bióxido de carbono favorecía al epiléptico, provocando las crisis por hiperventilación e interrumpiéndolas por la inhalación del CO_2 .⁶³ Además, el electroencefalograma empataba muy bien con los estudios bioquímicos del cerebro, ya que mostraba “cómo diversos factores determinan” favorablemente “las actividades bioeléctricas del encéfalo”, lo que para Salazar Viniegra justificaba la existencia misma del nuevo aparato.⁶⁴ Para muchos médicos el misterio de las convulsiones se reducía a un problema neuronal y a la distribución anormal de la actividad bioeléctrica. En este sentido, la utilidad más importante del electroencefalograma no era terapéutica, sino diagnóstica.⁶⁵ Los médicos no estaban realmente seguros de que ayudaba a mitigar los accesos y mucho menos reducir la intensidad de las crisis. Más complicado aún era interpretar y otorgar sentido al registro bioeléctrico, el cual exigía especialistas en el funcionamiento del instrumento. Hasta donde sabemos, Samuel Ramírez Moreno, Teodoro Flores y Sixto Obrador tenían el conocimiento suficiente para intervenir y analizar los datos electroencefalográficos. Ahora bien, estas investigaciones en laboratorios y clínicas privadas no resultaron fáciles de aplicar en el Manicomio General La Castañeda, debido principalmente a problemas administrativos.

Desde 1936 las autoridades de La Castañeda solicitaron al Estado que dotara de nuevas tecnologías “eléctricas” al establecimiento que coadyuvaran al desarrollo de la ciencia, siempre en favor de los pacientes neurológicos y neuropsiquiátricos confinados en la institución. El 4 de marzo de ese mismo año, el entonces director de La Castañeda, Mario Fuentes, insistió a la Beneficencia

⁶² Samuel Ramírez Moreno, “Algunos procedimientos actuales...”, p. 207.

⁶³ Leopoldo Salazar Viniegra, “Problemas clínicos...”, p. 306.

⁶⁴ *Ibidem*, p. 306.

⁶⁵ Sixto Obrador Alcalde, “Sobre electroencefalografía clínica”, *Archivos de Neurología y Psiquiatría de México*, Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría, México, t. VI, n. 1, 1942, p. 30.

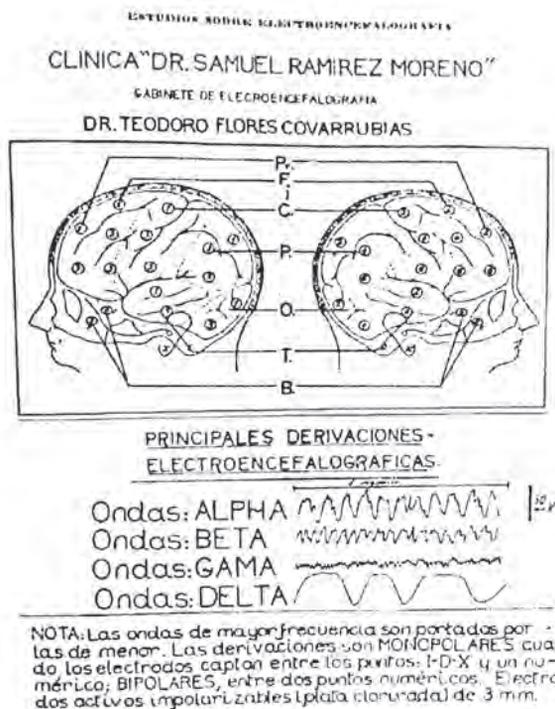


Figura 4. Las investigaciones sobre el electroencefalograma se realizaron en las clínicas privadas; posteriormente fue introducido al Manicomio La Castañeda. Debido a lo costoso del aparato y a la exigencia técnica para interpretarlo, en un principio estaba destinado a los sectores sociales medios y altos que podían pagarlo; sin embargo, muchos pacientes sin recursos económicos de La Castañeda fueron utilizados para realizar todo tipo de pruebas. FUENTE: Samuel Ramírez Moreno, "Estudios sobre electroencefalografía", *Gaceta Médica de México*, t. LXXI, 1941, p. 573

Pública para que se instalara un gabinete de radiología con el objetivo de ofrecer "exámenes radiológicos" y para no solicitarlos a otros nosocomios, como el Hospital General o el Hospital Juárez. Consideró impostergable la tecnificación de las prácticas médicas porque de ello dependía el "conocimiento del enfermo en los términos biológicos más amplios" y porque otorgaba "prestigio a la institución".⁶⁶ Al siguiente año, el propio Mario Fuentes solicitó al

⁶⁶ AHSS, FMG, SADM, caja 22, exp. 11 (s/f).

jefe del Departamento Médico de la Beneficencia Pública que compraran dos aparatos de electropirexia, “indispensables para el tratamiento efectivo de muchos padecimientos nerviosos”.⁶⁷ Estos aparatos producían fiebres artificiales que relajaban la capa cerebral. En 1939, Manuel Guevara Oropeza suplicó que se compraran aparatos de rayos x debido al aumento de “casos neurológicos y neuropsiquiátricos” que requerían un pronto diagnóstico. Señaló que al no haber “servicios de neurología” en el país era menester que las autoridades competentes del Estado brindaran apoyo. Sin embargo, el aparato de rayos x se adquirió hasta 1943 y se instaló en la sala de Servicios Generales.⁶⁸

El 29 de junio de 1943 se anunció con bombo y platillo la inauguración del Pabellón Central de Neuropsiquiatría y Neurocirugía que contaría con 4 aparatos de electropirexia, 2 para diatermia, electroencefalograma, rayos x, sala de operaciones para “Neurocirugía” y aparato de electroshock, el cual recordaba que venía funcionando desde hacía meses “con bastante éxito de mejoría en los enfermos sometidos a dicho tratamiento”. Dicho pabellón tendría una capacidad para 80 asilados (40 mujeres y 40 hombres) con todas las comodidades.⁶⁹ Entre 1944 y 1945, los médicos Sixto Obrador y Ortiz Estrada realizaron 160 electroencefalografías en pacientes epilépticos en el Pabellón Central. Escogieron 30 enfermos con “epilepsia orgánica” en los que corroboraron “signos neurológicos” y 24 pacientes con lesiones corticales y hemiplejias; además, los electroencefalogramas revelaban frecuencias bajas e irregularidades en los ritmos y voltajes.⁷⁰ Los pacientes epilépticos de La Castañeda no sólo eran sujetos de intervención electroencefalográfica, sino que el grado de disfunción cerebral se convertía en la prueba inobjetable de un daño irreversible.

⁶⁷ AHSS, FMG, SADM, caja 30, exp. 3 (s/f).

⁶⁸ AHSS, FMG, SADM, caja 22, exp. 11 (s/f).

⁶⁹ AHSS, FMG, SADM, caja 22, exp. 11 (s/f).

⁷⁰ Sixto Obrador Alcalde y P. Ortiz Estrada, “Comparación de los hallazgos radiográficos y electroencefalográficos en casos de epilepsia orgánica”, *Archivos de Neurología y Psiquiatría de México*, Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría, México, t. VIII, n. 6, 1945, p. 130, 140.

El 1 de marzo de 1944 Francisco Núñez Chávez, ahora al frente del manicomio, comunicó a todos los médicos del establecimiento que el Pabellón Central contaba con aparato nuevo de electroshock para que cada jefe de pabellón enviara a sus enfermos acompañados de su respectivo historial clínico. Fue hasta septiembre de 1957 que el jefe del Pabellón de Epilépticos, Pedro Garcés, solicitó un aparato de electrochoques “a fin de poder reducir en el propio pabellón, los estados de agitación que con bastante frecuencia presentan los enfermos...”⁷¹ A pesar de que la terapia de electrochoques estaba destinada preferentemente a pacientes psicóticos, también solía aplicarse a epilépticos en casos de agitación o agresividad. Por ejemplo, Mario Fuentes observó “mecanismos paranoides” en una mujer epiléptica que tenía un hermano débil mental, un hijo muerto y un aborto. La sintomatología había evolucionado a tal grado de que se volvió “más desobediente, se sale de la casa sola y contra las opiniones de las familias” y también presentaba una “marcada tendencia a sadista”.⁷² En mayo de 1950 se le aplicaron 5 electrochoques en el Pabellón de Observación y meses después fue dada de alta. El uso de las terapias eléctricas en la clínica de la epilepsia no sólo procuró dotar de científicismo a la institución; en realidad proporcionó elementos diagnósticos que cambiaron la mirada en torno a las convulsiones. Pese a que hubo un cambio en la terminología clínica, esto no implicó que los médicos abandonaran aquellos elementos culturales que convertían al epiléptico en un individuo riesgoso. En la década de 1950 se pueden encontrar historias clínicas de epilépticos hombres y mujeres cuyos síntomas estaban ubicados en el comportamiento moral y no en la corteza cerebral. María L. “pasaba días sentada o acostada, sin hablar palabras, se anotan musitaciones, ve que alguien la sigue, ahora ve a su padre muerto”; su diagnóstico es indicador de pervivencia, hasta la segunda mitad del siglo XX, de estigmas sociales vinculados con una supuesta naturaleza violenta de los epilépticos: “síndrome convulsivo, con fenómenos de

⁷¹ AHSS, FMG, SADM, caja 40, exp. 2 (s/f).

⁷² AHSS, FMG, SEC, caja 702, exp. 28 (s/f).

automatismo y agresividad”.⁷³ Ahora bien, en este periodo los médicos comenzaron a introducir potentes fármacos que lograron mitigar las convulsiones y reducir la mortalidad.

A lo largo de los 58 años en La Castañeda encontramos que uno de los principales motivos de alta, el 33.78%, fue por solicitud familiar o del responsable de la tutela, seguido por muerte (24.88%), mientras que el 13.29% no regresaba de sus permisos. En realidad había pocas fugas y mejoraba esto en un 4.73%.

CUADRO 3
Condición de salida

<i>Condición de salida</i>	<i>%</i>
Solicitud de familia o responsable	33.78
Muerte	24.88
No regresó del permiso	13.29
Remisión	9.47
Traslado	5.72
Fuga	5.23
Mejoría	4.73
Solicitud del paciente	1.06
Curación	0.78
No ameritó internamiento	0.78
Orden de alguna autoridad	0.21
Apto para vivir en familia	0.07
TOTAL	100

FUENTE: BD-PAPIIT.

Un aspecto a destacar es que, si comparamos los motivos de alta por muerte antes y después de 1934, encontramos que en los últimos 35 años se redujo considerablemente la mortandad: 21.12%. Ahora bien, ¿por qué hubo una reducción de la mortalidad? ¿Debemos tomar estos datos como una prueba de la eficacia terapéutica del

⁷³ AHSS, FMG, SEC, caja 747, exp. 31 (s/f).

manicomio? Una de las razones que aparece de manera constante en las historias clínicas es la intensificación de regímenes alimenticios entre los epilépticos, pero fue la introducción de nuevos agentes químicos y fármacos anticonvulsivos provenientes de Estados Unidos, principalmente, lo que sin lugar a dudas ayudó a disminuir el índice de mortalidad entre los epilépticos.

CUADRO 4
Motivos de alta de los pacientes diagnosticados con epilepsia
en el Manicomio La Castañeda
1910-1968

	1910-1934	1935-1968
Fuga	1.8%	6.5%
Curación	2.6%	0.1%
Muerte	39.9%	19.3%
No regresó de permiso	4.7%	16.5%
Apto para vivir en familia	0.3%	0.0%
Remisión	19.2%	13.5%
Solicitud de la familia	26.7%	36.6%
Solicitud del paciente	3.9%	0.0%
Traslado	1.0%	7.5%
TOTAL	100.0%	100.0%

FUENTE: BD-PAPIIT.

Desde el último tercio del siglo XIX se usaban los bromuros de potasio, valeriana espolvoreada y la belladona como anticonvulsivos que podían mitigar la frecuencia de las convulsiones. A partir de las investigaciones de Eduardo Liceaga, realizadas en 1871,⁷⁴ la prescripción médica de anticonvulsivos basados en

⁷⁴ En este año, el célebre médico Eduardo Liceaga publicó un extenso trabajo en la *Gaceta Médica de México* en el que analizó los efectos del bromuro de potasio en el tratamiento de la epilepsia. Texto dividido en tres partes, en el primero estudió la composición química y los síntomas de ingesta en los pacientes. Luego mostró algunos casos representativos de la acción benéfica

bromuros comenzó a popularizarse entre los médicos, incluso entre los propios homeópatas.⁷⁵ Para finales de siglo XIX era una práctica común que los facultativos recomendaran —incluso en la prensa capitalina— los bromuros, la belladona y la valeriana, acompañados de una “alimentación balanceada, ejercicio y vida tranquila”.⁷⁶ Aunque en Europa se sabía que el exceso de bromuros producía envenenamientos o síntomas psicóticos,⁷⁷ en México se utilizaron hasta las primeras tres décadas del XX.

Tenemos registro de que en 1933 los médicos del manicomio todavía solicitaban la sustancia para diversas actividades. Por ejemplo, en el *Reglamento del consumo de medicinas, de patente, inyectables, materiales de curación y narcóticos*, publicado ese mismo año, se establecían los lineamientos que debían cumplir las salas y pabellones de hospitales y consultorios dependientes de la Beneficencia Pública. Cuando el entonces director Manuel Guevara Oropeza informó acerca de la “lista de existencias en Farmacia” al personal del inmueble, inmediatamente los médicos solicitaron que se incluyeran bromuro de potasio, belladona, opio y luminal.⁷⁸ Los barbitúricos que más se utilizaron fueron el luminal sódico, epamin, hidontoina, fenofarbital, pentotal y eskabarb,

del bromuro y el efecto relajante en el carácter de los epilépticos. Finalmente, retomó los experimentos de varios colegas y subrayó algunos puntos sobre el agente terapéutico. Liceaga concluyó que el bromuro de potasio obraba principalmente en la médula espinal y consecutivamente sobre el encéfalo. El descubrimiento de la sustancia empataba muy bien con la mentalidad positivista de los médicos y el paradigma anatomo-clínico que explicaba la enfermedad; según esto, la acción bioquímica del bromuro actuaba en la localización fisiológica del trastorno. La sustancia controlaba el arrebato del individuo, sedaba la acción refleja y mitigaba el carácter. Eduardo Liceaga, “El bromuro de potasio en el tratamiento de la epilepsia”, *Gaceta Médica de México*, Academia Nacional de Medicina, México, t. 6, 1871, p. 334-344.

⁷⁵ Enrique Carrera, “Estudios sobre la epilepsia”, *El Faro Homeopático*, Sociedad Médico-Homeopática Mexicana, México, 1874; Agustín Salinas, *Breve estudio sobre el tratamiento de la histero-epilepsia*, México, Antigua Imprenta de Murguía, 1886; Vicente Montes de Oca, *Breve exposición de los principales tratamientos de la histeria y la epilepsia*, México, Oficina Tipográfica de la Secretaría de Fomento, 1893.

⁷⁶ Porfirio Parra, “Sección del doctor. Epilepsia”, *El Universal*, 1 de junio de 1892, p. 2; “Sección del doctor. Más sobre epilepsia”, *El Universal*, 3 de junio de 1892, p. 2.

⁷⁷ Andrew Scull, *La locura...*, p. 154.

⁷⁸ AHSS, FMG, SADM, caja 2, exp. 4 (s/f).



Figuras 5 y 6. Productos para la epilepsia.

FUENTE: *Revista Mexicana de Psiquiatría, Neurología y Medicina Legal*, v. IV, n. 20, 1 de julio de 1937. A partir de la década de los treinta, la publicidad farmacológica comenzó a ocupar los principales espacios en las revistas médicas capitalinas y la presencia de la industria farmacéutica internacional logró rápidamente posicionarse en el medio nacional. También las compañías farmacéuticas mexicanas aparecieron en este periodo

todos ellos agentes químicos que actuaban como sedantes del sistema nervioso central, muchas veces hasta el adormecimiento.⁷⁹ La introducción de nuevos fármacos empataba muy bien con la postura organicista de muchos médicos del manicomio; en cierto sentido, la llegada de nuevos medicamentos vino a consolidar la visión neurológica de la epilepsia.

Pero la experimentación con nuevas sustancias no estaba exenta de errores. En 1937 Carlos Pavón y Gilberto Bolaños constataron en sus consultorios privados que el vino medicinal del señor Ricardo Durán aparentemente había dado “resultados satisfactorios”. Se había usado en casos de epilepsia esencial y ataques epileptiformes, observando que “en tres casos se han retirado los

⁷⁹ Un recuento de los principales barbitúricos utilizados por los médicos en este periodo está en Manuel Falcón, “El pentothal como tratamiento del estado de mal epiléptico”, *Archivos de Neurología y Psiquiatría de México*, Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría, México, t. VI, n. 5, 1943, p. 295-298.

accesos que eran cada 3 o 4 días hasta dos meses”, todo sin “complicación tóxica”.⁸⁰ Ante la noticia, el 28 de enero de 1938 el manicomio solicitó al propio Ricardo Durán Huerta 20 frascos del producto “Yolmatil” para su experimentación. Sin embargo, los jefes del Pabellón de Epilépticos informaron que no se había presentado mejoría, amén de que en algunos “aumentaron las crisis comiciales”.⁸¹ Los fármacos que verdaderamente daban resultados eran los barbitúricos, sobre todo el eskarbab. En mayo de 1958 Javier Garciadiego, jefe del Pabellón Bernardino Álvarez, solicitó una dotación mensual de 1 500 cápsulas para el tratamiento de asilados epilépticos, en consideración a la disminución de las crisis epilépticas observadas durante 1954 y 1956. Una parte de sus resultados son los siguientes:

CUADRO 5
Resultados de la prueba farmacológica

<i>Núm.</i>	<i>Caso</i>	<i>Sexo</i>	<i>Promedio mensual de crisis antes del tratamiento</i>	<i>Promedio mensual de crisis después del tratamiento</i>	<i>Porcentaje de disminución de crisis</i>	<i>Tiempo de experiencia clínica</i>
1	C. F	M	0.5	0	100	24
2	C. AJ	M	1	0.7	30	9
3	C. E. A	M	5	0.6	88	26
4	D. R. A	M	0.8	0.25	70	26
5	E. S. A	M	6.66	0	100	23

FUENTE: FMG, SADM, C-33, exp. 8 (s/f).

El médico Javier Garciadiego concluyó que el número de accesos epilépticos durante dos años había bajado en un 69.33%. Su informe nos permite inferir que los médicos eran conscientes de que la acción de los fármacos podía aliviar a los pacientes y reducir la frecuencia de los accesos convulsivos. También nos

⁸⁰ AHSS, FMG, SADM, caja 31, exp. 1, f. 3.

⁸¹ AHSS, FMG, SADM, caja 31, exp. 1 (s/f).

permite comprender, en cierto sentido, por qué se redujo el tiempo de estancia promedio. En el cuadro 6 podemos observar la notable reducción del tiempo de estancia de 52.53 meses entre 1910-1934 a 23.45 meses de 1935 a 1968, pero además, si comparamos estos datos con el promedio de edad en el que morían los pacientes, observamos que la esperanza de vida en el último periodo se alargó dos años más.

CUADRO 6
Tiempo de estancia promedio

<i>Años</i>	<i>Tiempo de estancia en meses</i>	<i>Promedio de edad (muerte)</i>
1910-1934	52.53	27.27
1935-1968	23.45	29.29

FUENTE: BD-PAPIIT.

El 20 de febrero de 1967 el encargado del Pabellón de Epilépticos envió una misiva al entonces director del manicomio, Agustín Caso Muñoz, para que fueran trasladados o dados de alta varios pacientes, muchos de los cuales estaban “controlados con medicamento del tipo de la Hidantina y Eskabarb”.⁸² Estos dichos corroboran parcialmente que los pacientes convulsivos podían ser trasladados o enviados a sus familias debido a que era posible “controlar” los accesos convulsivos. De 1960 a la clausura del manicomio se observa que de los motivos de alta el 7.61% correspondía a muerte, cifra menor en comparación con la década anterior que representaba el 18.70%. Además, en los ocho años restantes de trabajo en el manicomio, el 37.68% se debía a las solicitudes de familia o responsables, mientras que los traslados significaron el 14.86%. De esta manera, al reducirse sustancialmente el porcentaje de muertes, también se logró reducir el tiempo de confinamiento manicomial; controlado el paciente mediante fármacos las familias podían disponer de sus enfermos a menos de que fueran trasladados a otros hospitales de la capital.

⁸² AHSS, FMG, SADM, caja 31, exp. 1 (s/f).

Consideraciones finales

Los pacientes con diagnóstico de epilepsia en el Manicomio General de La Castañeda fueron una población diversa, joven y mayoritariamente masculina, de escasos recursos y oriunda del interior de la República Mexicana que, por situaciones traumáticas, contusiones o criterios culturales llegaron a ocupar un espacio en los pabellones respectivos de la institución para convertirse en sujetos de intervención médica. A partir de los dos momentos abordados en este trabajo, observamos que la realidad de los números no siempre coincidía con las prácticas médicas en el “día a día”, aunque sirvieron como un referente de orientación cuantitativa que vislumbró el mapa demográfico de los epilépticos en situación de encierro. La concepción de la epilepsia durante la primera década del siglo XX tuvo una progresión bastante significativa. Desde finales del siglo XIX a las primeras tres décadas del XX se le consideró una enfermedad peligrosa por sus secuelas mentales que merecía el encierro psiquiátrico, pero posteriormente se le observó como una enfermedad susceptible de un riguroso análisis orgánico y cerebral. El aumento progresivo de su población no sólo fue consecuencia del crecimiento demográfico de la capital mexicana, sino efecto de una política de “extrañeza” por parte de las autoridades del manicomio a las que no les quedaba del todo claro si debían estar o no ocupando un lugar en La Castañeda. Por otro lado, 1910-1934 significó un periodo de confinamiento manicomial basado fundamentalmente en criterios culturales, sin negar por ello que los epilépticos presentaron crisis convulsivas que merecían algo más que el encierro; 1935-1968 simbolizó un periodo de experimentación en el cual el cuerpo de los pacientes se convirtió en un laboratorio de análisis y corroboración de hallazgos. Sin embargo, entre uno y otro momento pudimos apreciar las continuidades no calculadas por los médicos, sobre todo en lo que respecta a la pervivencia del carácter epiléptico y su vinculación con trastornos mentales.

En este sentido, la intervención directa por medio del electroencefalograma permitió desarrollar un sistema de cuantifi-

cación de la actividad bioquímica y favoreció la visibilización de la corteza cerebral. Muchos celebraron los progresos de la neurología a partir de la tecnificación de los instrumentos y la llegada de potentes fármacos que demostraban su eficacia; el estudio de la epilepsia aseguraba, entre psiquiatras avezados y neurólogos entusiastas, un presente alentador y un futuro nada despreciable:

El aporte de la ciencia ha sido extraordinario en los últimos años. El conocimiento del mecanismo de producción de las convulsiones; el perfeccionamiento de la electroencefalografía, que permite un diagnóstico adecuado y un pronóstico evolutivo; la química de las drogas anti convulsionantes, cada día más complicada y cada día más eficaz; la cirugía de algunas formas clínicas, son sólo algunos de los aspectos de sus progresos.⁸³

Para muchos médicos, el problema de la epilepsia representó una serie de anomalías en el registro eléctrico de la corteza cerebral, lo cual justificaba la existencia misma del electroencefalograma. De acuerdo con esta concepción organicista, el cerebro del epiléptico no sería otra cosa que un órgano de actividad irregular en donde interactuaban procesos químicos anormales y choques eléctricos dispares. Esta necesidad de neurologizar la epilepsia a partir de 1935 obedeció a la instauración de un programa científicista basado en la fisiología empírica. A pesar de que en las gráficas se observaron dos realidades clínicas aparentemente equidistantes, en la práctica clínica “desde abajo” la epilepsia siempre estuvo vinculada con trastornos mentales hasta la clausura del manicomio. La clínica de la epilepsia en el manicomio estuvo enmarcada durante 58 años entre la psiquiatría de corte francés y el biologicismo neurológico norteamericano, razón por la cual no es posible hablar de una escisión efectiva entre psiquiatría y neurología, al menos no en la emblemática institución psiquiátrica de La Castañeda.

⁸³ Manuel Camelo, “Consideraciones sobre el tratamiento de la epilepsia infantil”, *Revista Mexicana de Psiquiatría, Neurología y Neurocirugía*, México, v. I, n. 5, 1951, p. 118.



INSTITUTO
DE INVESTIGACIONES
HISTÓRICAS



ALCOHOLISMO

ALEJANDRO SALAZAR BERMÚDEZ
Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Filosofía y Letras

INTRODUCCIÓN

En el acto protocolario de inauguración del Manicomio General La Castañeda el 1 de septiembre de 1910, el ingeniero Porfirio Díaz, hijo, manifestó su preocupación por el alcoholismo desmedido entre todas las clases sociales. En su discurso inaugural reconoció la necesidad de encerrar a los alcohólicos “propia­mente dichos, ó las degeneraciones que él produce”.¹ En sus palabras, el manicomio serviría principalmente para tratar el alcoholismo, pues afirmó que bastaba “tan sólo ver las proporciones de los edificios destinados á alcohólicos, epilépticos é imbéciles, siendo la mayor parte de estas dos últimas designaciones producto de degeneraciones alcohólicas”.² Estas declaraciones muestran dos cosas: por un lado, la preocupación de la elite por el alcoholismo; y, por el otro, la recepción de las teorías psiquiátricas que la justificaban.

La historiografía sobre el alcoholismo ha mostrado que la preocupación médica por el consumo de alcohol surgió a finales del siglo XVIII y se agudizó a finales del siglo XIX, gracias a la teoría de la degeneración que sirvió como instrumento explicativo del fenómeno alcohólico.³ Aunque se ha hecho mención a

¹ *El Imparcial*, 2 de septiembre de 1910, p. 7.

² *Ibidem*.

³ Nadia Menéndez Di Pardo, *Alcoholismo y saber médico en México, 1870-1930*, tesis de maestría en Historia, Universidad Nacional Autónoma de México, 2011; Ana María Carrillo, “La profesión médica ante el alcoholismo en el México moderno”, *Cuicuilco*, México, v. VIII, n. 24, 2002, p. 313-332. Para el caso español, véase Ricardo Campos Marín, *Alcoholismo, medicina y sociedad en*



Figura 1. “El alcohol con el tiempo provoca locura”.

FUENTE: Departamento de Salubridad Pública de México, *Cartilla escolar sobre alcoholismo*, México, Al Libro de Caja, 1941

la relación entre alcoholismo y locura en el plano del discurso, poco sabemos de las respuestas desde la clínica psiquiátrica a tales padecimientos. Encontramos textos que abordan la discu-

España, 1876-1923, Madrid, Consejo Superior de Investigaciones Científicas, 1997. En Francia: Rafael Huertas, “Alcoholismo y degeneración”, en *Locura y degeneración. Psiquiatría y sociedad en el positivismo francés*, Madrid, Consejo Superior de Investigaciones Científicas, 1987, p. 59-104. En Argentina: Rafael Huertas, “La inadaptación al Nuevo Mundo”, en *El delincuente y su patología: medicina, crimen y sociedad en el positivismo argentino*, Madrid, Consejo Superior de Investigaciones Científicas, 1991. El caso colombiano ha sido estudiado por Óscar Calvo Isaza y Marta Saade de Granados, *La ciudad en cuarentena. Chicha, patología social y profilaxis*, Bogotá, Ministerio de Cultura, 2002; Carlos Ernesto Noguera, *Discurso médico y prácticas higiénicas durante la primera mitad del siglo XX en Colombia*, Medellín, Fondo Editorial Eafit, 2003; Alejandro Salazar Bermúdez, “*Necesitamos hombres patriotas y fuertes*”: alcoholismo y civilización en Medellín, 1900-1930, tesis de licenciatura en Historia, Medellín, Universidad de Antioquia, 2013.

sión de la clasificación psiquiátrica del alcoholismo en el plano internacional⁴ y trabajos que han señalado el proceso de internamiento de bebedores en manicomios, investigaciones importantes pero insuficientes para dar cuenta de la relevancia de estos pacientes desde la demografía psiquiátrica.⁵

En otros trabajos se ha fijado la atención en el consumo de bebidas alcohólicas como factor de transgresión y criminalidad, y se han utilizado fuentes como normas, códigos y medidas elaboradas por el Estado para contrarrestar el alcoholismo en la sociedad.⁶ También han destacado las investigaciones sobre el alcoho-

⁴ Claude Quérel, “El ‘avance creciente de la alienación alcohólica’”, en Claude Quérel y Jacques Postel (coords.), *Nueva historia de la psiquiatría*, 2a. ed., México, Fondo de Cultura Económica, 2000, p. 255-262; Rafael Huertas, “Alcoholismo y degeneración”, en *Locura y degeneración. Psiquiatría y sociedad en el positivismo francés*, Madrid, Consejo Superior de Investigaciones Científicas, 1987, p. 59-104. Véase también el capítulo, “Psiquiatría social”, en Franz G. Alexander y Sheldon T. Selesnick, *Historia de la psiquiatría. Una evaluación del pensamiento psiquiátrico desde los tiempos prehistóricos hasta nuestros días*, Barcelona, Espaxs, 1970, p. 399-428; para el caso inglés, véase John S. Madden y Edward M. Brown, “Trastornos por abuso de sustancias”, en Germán Berrios y Roy Porter (eds.), *Una historia de la psiquiatría clínica*, Madrid, Triacastela, 2012, p. 759-780.

⁵ Véase el capítulo del libro de Andrés Ríos Molina, “Históricas, alcohólicos y otros malportados, 1910-1913”, en *La locura durante la Revolución Mexicana. Los primeros años del Manicomio General La Castañeda, 1910-1920*, México, El Colegio de México, Centro de Estudios Históricos, 2009, p. 85-120; para el caso parisino, véase Patricia E. Prestwich, “Drinkers, Drunkards, and Degenerates: The Alcoholic Population of a Parisian Asylum, 1867-1914”, *Social History/Histoire Sociale*, v. XXVII, n. 54, 1994, p. 321-335; Prestwich, “Female Alcoholism in Paris, 1870-1920: The Response of Psychiatrists and of Families”, *History of Psychiatry*, v. XIV, n. 3, 2003, p. 321-336; para el caso brasileño, véase Fernando Sergio Dumas dos Santos, “Alcoholismo e medicina psiquiátrica no Brasil do início do século XX”, *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. XVII, n. 2, 2010, p. 401-420.

⁶ William Taylor, *Embriaguez, homicidio y rebelión en las poblaciones coloniales mexicanas*, México, Fondo de Cultura Económica, 1987; Juan Pedro Viqueira Albán, *¿Relajados o reprimidos? Diversiones públicas y vida social en la ciudad de México durante el Siglo de las Luces*, México, Fondo de Cultura Económica, 1987; Mario Barbosa, “La persistencia de una tradición: consumo de pulque en la ciudad de México, 1900-1920”, en Ernest Sánchez Santiró (coord.), *Cruda realidad: producción, consumo y fiscalidad de las bebidas alcohólicas en México y América Latina, siglos XVII-XX*, México, Instituto de Investigaciones Dr. José María Luis Mora, 2007; Pablo Piccato, “‘No es posible cerrar los ojos’. El discurso sobre la criminalidad y el alcoholismo a finales del Porfiriato”, en Ricardo Pérez Montfort (coord.), *Hábitos, normas y escándalo*.

lismo en las campañas de salud durante la primera mitad del siglo XX mexicano, empresas que sirvieron a la consolidación del proyecto nacional surgido de la Revolución Mexicana y que articularon movimientos sociales a partir de iniciativas oficiales.⁷

Como puede verse, los estudios sobre alcoholismo se concentran en el periodo de finales del siglo XIX y llegan a 1940, periodo en el cual médicos, congregaciones religiosas y los gobiernos posrevolucionarios mostraron una fuerte preocupación por el consumo de alcohol.⁸ La perspectiva que dichos textos ofrecen está ligada a la medicalización y a la influencia de la teoría de la degeneración en la conceptualización del alcoholismo, pero han dejado fuera la relevancia numérica de este tipo de pacientes en instituciones psiquiátricas, los retos que plantean a los psiquiatras que elaboran el diagnóstico, las carencias de tratamientos, los problemas familiares y sociales del bebedor que llevan a su internamiento y las condiciones de salida, entre otros aspectos, que hacen de este tipo de población psiquiátrica un grupo que se diferencia de otro tipo de pacientes y que planteó cuestiones tan importantes como si el alcoholismo es o no una enfermedad mental, cuáles son sus características, síntomas, formas, y la manera de proceder con los alcohólicos.

En esta investigación se estudia la clínica psiquiátrica en torno al alcoholismo durante el funcionamiento de La Castañeda (1910-1968). Esto nos permitirá comprender cómo fue realmente la práctica de los psiquiatras en la institución y cuáles fueron

Prensa, criminalidad y drogas durante el Porfiriato tardío, México, Plaza y Valdés Editores, 1997; Pablo Piccato, *Ciudad de sospechosos: crimen en la ciudad de México, 1900-1931*, México, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, 2010.

⁷ Gretchen Pierce, *Sobering the revolution: México's Anti-alcohol Campaigns and the process of State-Building, 1910-1940*, tesis de doctorado en Filosofía, Universidad de Arizona, 2008, p. 69, y del mismo autor, "Parades, Epistles and Prohibitive Legislation: Mexico's National Anti-Alcohol Campaign and the Process of State-Building, 1934-1940", *Social History of Alcohol and Drugs*, Alcohol and Drugs History Society, v. XXIII, n. 2, 2009, p. 151-180; Ricardo Pérez Montfort (coord.), *Cien años de salud pública en México. Historia en Imágenes*, México, Secretaría de Salud, 2010.

⁸ Diego Pulido, *¡A su salud! Sociabilidades, libaciones y prácticas populares en la ciudad de México a principios del siglo XX*, México, El Colegio de México, Centro de Estudios Históricos, 2014.

sus respuestas ante las problemáticas que presentaban los bebedores al funcionamiento de la institución, lo que en muchos casos distaba de los enunciados y escritos teóricos al respecto. De igual manera, por medio del estudio de la clínica y de las formas como entendieron y trataron el alcoholismo los psiquiatras, podemos comprender todo un juego de valores que intervinieron en la decisión del internamiento de un bebedor, tales como la disciplina, la productividad y la estabilidad familiar.

De una muestra del 20% de los ingresos al manicomio durante los 58 años de historia, la cual está compuesta por 12 296 registros, sabemos que el 16.7% estuvo vinculado al consumo de alcohol. Sin embargo, pese al elevado número de alcohólicos que ingresaron, los psiquiatras de La Castañeda tenían poca claridad acerca de si el alcoholismo era una forma propia de locura o el detonante de patologías mentales. Por consiguiente, el objetivo del trabajo es analizar los principales motivos de confinamiento y comprender la construcción del diagnóstico de alcoholismo, por lo cual se utilizarán como fuente principal los expedientes clínicos y libros de registro de la institución.

El argumento a demostrar es que los criterios culturales de las familias, vecinos, policías, entre otros, resultaron determinantes en la decisión de internar a un bebedor en el manicomio, y que hubo una actitud ambigua por parte de los médicos para definir si el alcoholismo era o no una enfermedad mental. Esto ocasionó que se redefinieran constantemente los criterios médicos para evaluar si los alcohólicos eran sujetos a intervenir por la psiquiatría. Como muestra de ello, encontramos que a mediados del siglo XX los médicos pasaron de las viejas clasificaciones biologicistas, amparadas en el degeneracionismo, a un modelo centrado en los aspectos socioambientales y lo concerniente a los entornos familiares.

Este texto está dividido en tres partes. En la primera se estudia el proceso mediante el cual el hábito de beber pasó de ser considerado un “vicio” a formar parte del discurso médico a lo largo del siglo XIX. Se señala allí también la forma como los médicos mexicanos entendieron dicha enfermedad a partir de la teoría de la degeneración y la pervivencia de este modelo en la clínica psiquiátrica

hasta mediados del siglo xx. En la segunda parte se presentan los dos primeros momentos en los que el ingreso de alcohólicos estuvo marcado por el degeneracionismo y la idea de peligrosidad. En la tercera parte se presentan dos momentos en los que hubo modificaciones en las particularidades de la población mencionada, lo que originó intentos de clasificación sintomática del alcoholismo que llevaron a cambios en la forma de entenderlo. A lo largo del texto se busca examinar los cambios demográficos de la población alcohólica y la transformación del ojo clínico.⁹

ALCOHOLISMO, MEDICINA Y PSIQUIATRÍA

Aunque desde comienzos del siglo xix los médicos europeos intentaron definir algunos cuadros relacionados con el consumo de bebidas,¹⁰ fue el sueco Magnus Huss (1807-1890),¹¹ en su obra

⁹ Por ojo clínico se entiende la relación entre un contexto de posibilidades de interpretación, circulación de lecturas, traducciones y las producciones locales mediante las cuales los psiquiatras observan, analizan e interpretan los cuadros clínicos de los pacientes, además del trabajo en la clínica que lleva a una forma de entender la locura que conduce a realizar de cierta manera las lecturas y producciones locales. Véase Alejandra Golcman, “El diagnóstico de demencia precoz y la esquizofrenia en Argentina, 1920-1940”, *Trashumante. Revista Americana de Historia Social*, Medellín-México, n. 5, 2015, p. 152-153.

¹⁰ Thomas Trotter publicó en 1804 un ensayo sobre los bebedores y el inglés Thomas Sutton (1767-1835) hizo la primera descripción del *delirium tremens* en 1813. En el ámbito alemán se publicaron estudios que dieron origen a la definición de la dipsomanía, como los realizados por el alemán C. von Brühl-Cramer en 1819. Otros médicos alemanes, entre ellos Christoph Wilhelm Hufeland, Franz Wilhelm Lipich y K. Rosch, le dieron el carácter de enfermedad al consumo habitual de bebidas alcohólicas. Para el caso francés, desde 1844 J. Bugard se interesó también en el *delirium tremens*; véase Campos Marín, *op. cit.*, p. 30-31.

¹¹ Magnus Huss nació en Suecia el año de 1807, estudió medicina en la Universidad de Upsala y en 1835 presentó una tesis en materia médica; trabajó en un hospital de una organización religiosa y nobiliaria y escribió un tratado sobre tifoidea y otras obras. En su época de estudiante estuvo muy influenciado por motivos religiosos y morales, lo que derivó en su profundo interés por la embriaguez, ya que observó en bebedores notables, o con embriagueces “discretas”, patologías hepáticas, digestivas y mentales, en pacientes de diversas clases sociales, denominando como alcoholismo el conjunto de consecuencias médico-somáticas en los bebedores. Además de ello tuvo experiencias desagradables con bebidas alcohólicas que lo llevaron a no ingerir alcohol, a ser un promotor de la templanza, y a indicar que cualquiera que

publicada en 1849,¹² quien se encargó de estudiar el consumo de bebidas alcohólicas desde la clínica mediante la observación de bebedores “notables”. En su libro propuso el concepto de alcoholismo como una entidad única que agrupaba un conjunto de manifestaciones patológicas hepáticas, digestivas o mentales, que habían sido consideradas hasta ese momento como independientes. Esto lo llevó a explicaciones sobre el alcoholismo en sí, como también sobre sus causas y consecuencias. Huss propuso el término alcoholismo para designar:

Una intoxicación progresiva, dependiente de la absorción directa del tóxico por la sangre o de la alteración de ésta. Este tóxico, actuando sea como cuerpo extraño, sea como desorganizador, ejercer secundariamente sobre el sistema nervioso una influencia en primer lugar irritante, después sedante, después estupefaciente, pero ordinariamente alternativa antes de ser permanente.¹³

El trabajo de Huss tuvo gran influencia en el ámbito francés, de lo que se deriva que médicos posteriores como Benedict August Morel (1809-1873), en 1857,¹⁴ Valentin Magnan (1835-

fuera la bebida alcohólica tenía riesgos potenciales de modificar la salud del bebedor. Véase Francesc Freixa y Sanfeliu, “De la embriaguez al alcoholismo. (Magnus Huss, 1807-1890): conceptos vigentes en el 2002”, *Revista Española de Drogodependencias*, Valencia, v. XXVII, n. 2, 2002, p. 133-136.

¹² Magnus Huss, *Alcoholismus Chronicus, eller Chronisk Alkolsjukdom; ett bidrag till dyskrasiernas Kännedom. Enlig egen och andras erfarenhet*, Stockholm, 1849. Citada en Ricardo Campos Marín, *op. cit.*

¹³ Cita de M. Renadium, “De l’alcoolisme chronique, par M. Le Dr. Magnus Huss, professeur de médecine clinique à l’Institute medico-chirurgical de Stockholm”, *Annales Medico-psychologiques*, n. 5, 1853, p. 87, en Ricardo Campos Marín, *op. cit.*, p. 33.

¹⁴ Para Morel, el alcoholismo crónico era la ingestión de sustancias embriagantes de manera progresiva y constante, de modo que “las lesiones de las funciones nerviosas y digestivas (gastritis crónica, parálisis, convulsiones), los trastornos sensoriales e intelectuales (alucinaciones, ideas delirantes a veces homosexuales, a veces tristes), incluso la inclinación al mal y los actos perjudiciales (suicidio, homicidio) son las inevitables consecuencias de tal intoxicación. Estos fenómenos demuestran la relación causa-efecto suficiente sobre la que hay que seguir llamando la atención del lector, lo que parece bastante obvio para servir como una base para la clasificación de las enfermedades mentales”. Benedict August Morel, “Chapitre VI: Des causes spécifiques de l’alienation mentale. Intoxications diverses”, en *Traité des maladies mentales*,

1916)¹⁵ y Paul Legraine (1860-1939),¹⁶ en 1895, dieran un estatus más “científico” al alcoholismo desde una concepción biologicista, es decir, afirmaron que una de las causas del alcoholismo era la herencia del gusto por la bebida, como también que el alcoholismo podría generar diversas enfermedades en la descendencia.¹⁷

La teoría de la degeneración propuesta por Morel hizo énfasis en los problemas de la herencia, pues afirmaba que los hijos de los padres alcohólicos podían heredar la tendencia a la bebida, y también la herencia polimorfa expresada en el padecimiento de otras enfermedades que terminarían en un último escalón que sería la deficiencia mental, pasando antes por grados menos profundos como la herencia de tendencias viciosas o criminales, que se convertirían en “el germen de una completa

Paris, Victor Masson, 1860, p. 214. [Traducción mía.] En este sentido, puede verse la influencia de Huss en esta definición.

¹⁵ Valentin Magnan fue una figura central en la psiquiatría francesa de *fin-de-siecle*. Su influencia fue notoria en la clasificación de las enfermedades mentales en las décadas anteriores a la Primera Guerra Mundial. Sus estudios giraron en torno a la parálisis general, la clasificación de enfermedades y, principalmente, el alcoholismo. Magnan hizo su residencia entre 1864-1865 en el hospital psiquiátrico parisino Bicêtre. Su prestigio aumentó cuando trató exitosamente en el Paris Hôpital de l'enfant Jésus al hijo de Luis Napoleón, lo que ocasionó que consiguiera el puesto de director de la Oficina de Admisiones del asilo Sainte-Anne en París, lugar que ocupó entre 1867 y 1912. Sus aportes a la psiquiatría francesa fueron en el estudio de la demencia y en la elaboración de su teoría de la degeneración. Véase Ian Dowbiggin, “Back to the future: Valentin Magnan, french psychiatry, and the classification of mental diseases, 1885-1925”, *Social History of Medicine*, Oxford, v. IX, n. 3, 1996, p. 383-408.

¹⁶ Paul Legrain fue un importante médico influyente en el movimiento de temperancia francés. Estudioso del alcoholismo, fundó en 1895 el movimiento *Union Française Antialcoolique* (UFA) y en 1897 fue nombrado jefe de psiquiatría del recién creado centro para tratamiento de alcohólicos dentro del asilo Ville-Edward, en las afueras de París, cargo en el que permaneció hasta 1912. Véase Patricia E. Prestwich, “Paul-Maurice Legrain (1860-1939)”, *Addiction*, Society for the Study of Addiction, Londres, v. XCII, n. 10, 1997, p. 1255-1263.

¹⁷ Patricia E. Prestwich señala que el alcoholismo en Francia comenzó a ser medicalizado por la profesión psiquiátrica desde finales del siglo XIX. Los doctores franceses comenzaron a estudiar la condición incluso antes de ser acuñado el término en 1849 por el sueco Magnus Huss. Dicha polémica se escapa de las intenciones de este trabajo. Para ello, véase Patricia E. Prestwich, “Drinkers, Drunkards, and Degenerates...”, p. 321.

degeneración, y vienen al mundo los imbéciles o idiotas”.¹⁸ Según la lógica de Morel se daba paso a una desviación del estado de “perfección” primitiva de la especie humana mediante el pecado original, postura que fue ligeramente contrastada por Magnan y Legraine, quienes argumentaron que por medio de la degeneración se dificultaba la adquisición de un estado futuro de perfección.¹⁹

Desde 1882, Magnan propuso el concepto de “estado mixto” y el de las “locuras propiamente dichas”. A partir de entonces, el alcoholismo era visto como enfermedad; sin embargo, su incursión en el campo de la patología mental fue ambigua. El primer estado contenía las expresiones clínicas tributarias de la psiquiatría con una etiología muy ligada a las afecciones del sistema nervioso central; incluía la “parálisis general, demencia senil, las lesiones cerebrales circunscritas, la epilepsia, el alcoholismo y las intoxicaciones”. En el segundo grupo ubicó las locuras propias de la patología mental que incluían la manía, melancolía, delirios crónicos, locuras intermitentes y las locuras de los

¹⁸ Traducción mía. En el texto Morel dice: “e germe d’une dégénérescence complète, et ils viennent au monde imbéciles ou idiots”. Véase Benedict August Morel, *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l’espèce humaine et des causes qui produisent ces variétés maladives*, Paris, s. e., 1857, p. 114.

¹⁹ Campos Marín, *op. cit.*, p. 60. Como lo ha indicado Rafael Huertas, las obras principales de Morel, *Traité des dégénérescences* y *Traité des maladies mentales*, fueron publicadas en 1857 y 1860, respectivamente; esta última es casi simultánea con la obra del inglés Charles Darwin *On the Origin of Species* de 1859. Por lo tanto, se sugiere que el psiquiatra francés no llegó a conocer la teoría de la evolución formulada por Darwin, aunque el evolucionismo hiciera parte de las discusiones del periodo. La obra de Magnan apareció en las tres últimas décadas del siglo XIX, periodo en el que tuvo gran influencia la obra de Darwin, por lo que es claro el influjo de contenidos darwinistas en su teoría de la degeneración, y por lo que se opuso a la concepción religiosa de Morel acerca del origen del hombre primitivo como un ser perfecto o “ángel caído”. En el degeneracionismo de Magnan se habló de unos hombres primitivos emparentados con otros primates con poca inteligencia y cultura. Posteriormente, el hombre adquiriría grados de “perfección” psicofísica mayores. Dicho proceso evolutivo, según la concepción de Magnan, podía ser interrumpido por alguna causa degeneratriz, y llevar a cabo así un proceso de degeneración hacia una situación similar a la del hombre primitivo. Esta idea es expuesta claramente en Rafael Huertas, “Valentin Magnan y la teoría de la degeneración”, *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, v. v, n. 14, 1985, p. 363-364.

degenerados.²⁰ En otras palabras, los trastornos producidos por el consumo de bebidas alcohólicas eran claramente diferenciales de las locuras que constituían la base de la patología mental.

En México, el proceso de medicalización del alcoholismo comenzó en el último cuarto del siglo XIX. La historiadora Nadia Menéndez Di Pardo ha señalado que los médicos empezaron a realizar estudios sobre alcoholismo y su relación en el campo de las enfermedades biológicas, y se consideró también el factor herencia como predisponente para adquirir el hábito por las bebidas.²¹ Para comienzos del siglo XX el alcoholismo era considerado como una intoxicación que traía al organismo el consumo de bebidas alcohólicas, la cual se daba de manera lenta, gradual y progresiva,²² y se continuó con los intentos de esclarecer la diferencia con la embriaguez.²³ Esta última fue definida como una “intoxicación brusca y pasajera por medio de mayor o menor cantidad de alcohol, sin dejar huella alguna”.²⁴

Sabino A. Casarín, en su tesis de médico cirujano de la Escuela Nacional de Medicina en 1903, definió el alcoholismo crónico como un conjunto de accidentes morbosos que mostraban un uso excesivo y prolongado de las bebidas alcohólicas, mientras que para los efectos inmediatos utilizó la categoría de alcoholismo agudo.²⁵ Las causas que señalaba iban desde el simple gusto por la bebida, hasta los que bebían para calmar algún supuesto dolor. Otra causa para él era la apetencia por las bebidas espirituosas

²⁰ George Lanteri-Laura, *Ensayo sobre los paradigmas de la psiquiatría moderna*, Madrid, Tricastela, 2000, p. 150.

²¹ Menéndez, *op. cit.*, p. 114.

²² Nicolás R. y Rojas, *Algunas consideraciones sobre el alcoholismo en México*, tesis de Medicina, Escuela Nacional de Medicina de México, 1903, p. 6.

²³ Estos debates son heredados desde el siglo XIX. En la embriaguez de primer grado no se daba una preocupación tan elevada o no se consideraba como una enfermedad peligrosa ni molesta. No obstante, los médicos consideraban preciso desintoxicar el cuerpo del individuo para que eliminara el alcohol que había sido absorbido y se buscaban medidas para combatir el vicio o hábito de beber. Véase María Ramos de Viesca y Sonia Flores, “El tratamiento del alcoholismo en México en el siglo XIX”, *Salud Mental*, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, México, v. XXII, n. 1, 1999, p. 11-16, 13.

²⁴ Rojas, *op. cit.*, p. 6.

²⁵ Sabino A. Casarín, *Alcoholismo y matrimonio*, tesis de Medicina, Escuela Nacional de Medicina de México, 1903, p. 6.

ocasionada por la monomanía de embriaguez de esquirol o dipsomanía. Finalmente, parafraseando a Morel, Casarín habló de “disposiciones anormales innatas o de transmisión hereditaria”.²⁶

Francisco López Lira, médico egresado de la Escuela Nacional de Medicina, consideró en 1906 que existían tres tipos de accidentes del alcoholismo en el individuo: los precoces, los cuales consistían en los primeros pasos de un individuo en el mundo de la bebida, cuando éste se había dejado vencer por el vicio; los tardíos, que sólo aparecían en el individuo largo tiempo después del uso de bebidas; por último, consideraba la categoría del “alcoholismo latente”, la cual no se manifestaba en el bebedor si no en su descendencia, convirtiéndola de nacimiento en una multitud degenerada que recibía el castigo que deberían recibir sus padres por sus faltas morales.²⁷

Lejos de considerarse solamente como un problema para el individuo bebedor, el alcoholismo se convirtió en una amenaza social capaz de poner en riesgo las generaciones próximas.²⁸ Las consideraciones clínicas variaron en tanto que se añadieron factores adicionales a las causas etiológicas. Aunado a los grados de la intoxicación aguda por alcohol, Manuel Bonifaz Domínguez reconoció que influía la cantidad de alcohol ingerido y la resistencia desigual de las personas para llegar al estado de ebriedad, y que el alcohólico necesitaba ingerir más o menos cantidad dependiendo de factores como “la herencia, la edad, la constitución, condiciones higiénicas y, sobre todo, la naturaleza de las bebidas [...] así como si estas bebidas se ingieren con alimentos, y otras variadas circunstancias”.²⁹

Si bien hubo una notoria influencia de la teoría de la degeneración en la explicación que los médicos mexicanos hicieron del alcoholismo, para la segunda mitad del siglo XX los factores hereditarios dejaron de ser centrales en la etiología del alcoholismo. Se dio paso a una concepción “holística” de la enfermedad mental

²⁶ *Ibidem*, p. 15-16.

²⁷ Francisco López Lira, *Estudio médico-social sobre el alcoholismo*, tesis de Medicina, Escuela Nacional de Medicina, 1906.

²⁸ *Ibidem*, p. 13.

²⁹ Bonifaz Domínguez, *op. cit.*, p. 13.

influida por la psiquiatría norteamericana en la que cobraron importancia el entorno social y ambiental del individuo,³⁰ al punto que, como lo señaló el historiador de la psiquiatría Gerald Grob, se puso en duda la relación de la lesión orgánica con la enfermedad mental.³¹ A raíz de esto, para determinar las causas del alcoholismo era necesario no considerar a la persona sola sino también a su familia como una unidad integrada, y se entendió el consumo de bebidas alcohólicas como un acto no saludable para la humanidad, basado en patrones culturales, de defensa psicológica y como una reacción de la persona que refleja su inadaptación para afrontar problemas, *stress* o angustia.³²

³⁰ Dicho cambio de influencia en la forma de clasificar las enfermedades mentales en México fue señalado por reconocidos psiquiatras mexicanos como Samuel Ramírez Moreno, director de La Castañeda entre 1921 y 1931 y director de la *Revista Mexicana de Psiquiatría*. En 1950 mencionó que, durante la primera mitad del siglo XX, la clasificación de las enfermedades estuvo influenciada por las escuelas francesa y alemana y que en ese momento se aceptaba la influencia norteamericana. Véase Samuel Ramírez Moreno, *La asistencia psiquiátrica en México*, México, Memorias del Congreso Internacional de Psiquiatría, 1950, p. 56.

³¹ Gerald Grob, "Origins of DSM-I: A Study in Appearance and Reality", *The American Journal of Psychiatry*, v. CXLVIII, n. 4, 1991, p. 422. En el ámbito mexicano, Rafael Velasco Fernández, médico psiquiatra que en 1981 fungía como subsecretario de Educación Superior e Investigación Científica de la Secretaría de Educación Pública (SEP), miembro del panel de expertos en salud mental de la Organización Mundial de la Salud y presidente del Centro de Psiquiatría y Neurofisiología Clínica (CEPNEC), afirmó que desde años cercanos a 1960 se han desarrollado marcos de acción respecto del alcoholismo que van dirigidos hacia la prevención primaria, secundaria y terciaria, y que los estudios de entonces permitían afirmar que era posible la prevención de los estados que desencadenaba el alcoholismo por medio de la legislación y la educación. Según Velasco, esta transformación en la conceptualización del alcoholismo y los medios para tratarlo estuvo fuertemente influida por el impacto de los reportes y documentos publicados por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Véase Rafael Velasco Fernández, "La educación como alternativa de prevención del alcoholismo. Una experiencia mexicana", en Rafael Velasco Fernández (ed.), *Alcoholismo: visión integral*, México, Trillas, 1988.

³² Este enfoque holístico se observa en los escritos sobre alcoholismo mexicanos a partir de la década de 1960. Se tomaron referencias de Nathan W. Ackerman (1908-1971), psiquiatra y psicoanalista estadounidense, quien afirmó que "la predicción adecuada no puede ser la persona sola, sino que debe ser la persona y el ambiente familiar como una unidad integrada". Véase Georgina Serrano y Cuevas, *Estudio sobre la posibilidad de un diagnóstico precoz del alcoholismo*, tesis de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, 1977, p. 5-6.

Por lo tanto podemos encontrar en los expedientes clínicos en la primera década de funcionamiento del manicomio bajo el modelo etiológico³³ menciones como la de “padres alcohólicos”, “abuelos alcohólicos”, mientras que de 1950 a 1968 nos revelan un cambio en la mirada clínica, la cual, además de los datos acerca de la ascendencia y descendencia del paciente, incluyó las condiciones de vida de la persona antes del internamiento y aspectos como la vida sexual y la vida laboral, entre otros. Dicha transformación tuvo como punto de inflexión la clasificación sintomática generada en la década de 1930 sobre la cual se profundizará más adelante.

En el siguiente apartado se especifican las características de la población alcohólica que ingresó a la institución entre 1910 y 1968; luego se muestra cómo, en diferentes momentos del funcionamiento del manicomio, las preocupaciones en materia de salud pública y las campañas contra el alcoholismo influyeron en el número de bebedores que ingresaron a La Castañeda, todo motivado por la difusión de la idea de que el alcoholismo llevaba a la locura. Ante una cantidad elevada de ingresos por problemas relacionados con el consumo de bebidas alcohólicas, los médicos se vieron obligados a determinar quiénes eran verdaderos alcohólicos y quiénes necesitaban el internamiento psiquiátrico.

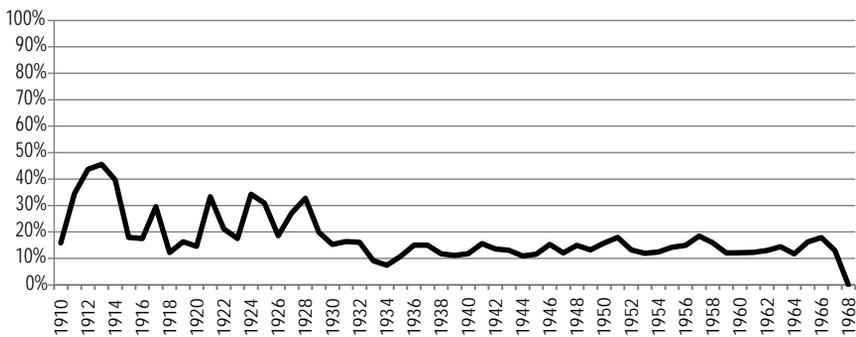
La muestra de registros con diagnóstico de alcoholismo constituye el 16.7%, que representa el segundo grupo de población más numeroso después de las psicosis endógenas, la cual equivalía al 33.1%. Si se observa la gráfica 1, hay grandes variaciones en el

³³ El sistema de clasificación etiológico consistía en crear grupos de enfermedad según el origen o causa de la misma. Este sistema estuvo en la agenda de discusión de los psiquiatras alrededor del mundo a partir de la publicación del tratado de Morel en 1857. Ejemplo de su influencia es el caso del argentino Domingo Cabred en el Congreso Internacional de Medicina Mental realizado en París en 1889, quien realizó una propuesta de clasificación que incluía, siguiendo la teoría moreliana, cuatro grupos: locura vesánica, neuropática, tóxicas, orgánicas y degenerativas. La historiadora Sandra Caponi hace un profundo análisis de las propuestas de un primer sistema clasificatorio internacional e ilustra las diferencias entre los modelos propuestos: el etiológico, anatomopatológico, evolutivo o mixto y sintomático. Véase Sandra Caponi, “Clasificaciones, acuerdos y negociaciones: bases de la primera estadística internacional de enfermedades mentales (París, 1889)”, *DYNAMIS, Acta Hispanica ad Medicinæ Scientiarumque Historiam Illustrandam*, Granada, v. 32, n. 1, 2012, p. 195.

ingreso de pacientes alcohólicos respecto de los ingresos generales de la institución. ¿A qué se debió que en un momento dado ingresaran más o menos pacientes de este tipo? ¿Qué relación hubo entre el contexto histórico y las características de la población psiquiátrica ingresada? ¿Hubo variaciones en la forma de clasificar a los alcohólicos?

GRÁFICA 1

Proporción de pacientes diagnosticados con alcoholismo en relación con la población total del Manicomio La Castañeda 1910-1968



FUENTE: BD-PAPIIT.

Para responder estos interrogantes hemos dividido la temporalidad en cuatro periodos: 1910-1919: periodo en el que hubo una continuidad con el Porfiriato en la forma de entender el alcoholismo, la cual estuvo signada en gran medida por la teoría de la degeneración y la idea de peligrosidad del alcohólico; 1920-1933: periodo en que los alcohólicos fueron llevados principalmente por la policía, en un momento en el que los gobiernos posrevolucionarios buscaron consolidar un Estado sólido y para ello promovieron diferentes campañas de salud, entre la que destacó la antialcohólica, razón por la cual llegaron al manicomio bebedores que no necesariamente eran alcohólicos; 1934-1953: periodo caracterizado por los cambios en la forma de clasificar a los alcohólicos debido a que se establecieron tres tipos diferentes según la presencia o no de alucinaciones y la dipsomanía dejó de ser vista por los médicos como una enfermedad que debía tratarse

en el ámbito psiquiátrico; 1954-1968: la forma de entender el alcoholismo varió considerablemente, pues de lo orgánico/hereditario comenzó a darse paso a una perspectiva social/ambiental en la que se tuvieron en cuenta tanto los síntomas propios como el delirio y la alucinación, así como los factores económicos, sociales y familiares para determinar su etiología.

ALCOHOLISMO, PELIGROSIDAD Y DEGENERACIÓN

1910-1919: Pocos locos, muchos degenerados

Durante los años de la Revolución, el Manicomio General fue un espacio subutilizado. Tal como lo ha señalado Andrés Ríos Molina, la población psiquiátrica decreció, en especial durante los años 1910 y 1920, momento de gran conflicto bélico que conllevó a que no se llegara a albergar los 1 200 pacientes para los que tenía capacidad la institución. En 1915, año de convulsión social y política, ingresaron tan sólo 385 personas, que sumaron no más de 600 pacientes con los que ya había, siendo ésta la menor cantidad de pacientes en los 58 años de vida del manicomio.³⁴

Si se observa la gráfica 1, puede verse que la población general disminuyó entre 1910 y 1914, contrariamente a lo que sucedió con el grupo de personas con diagnóstico de alcoholismo.³⁵ Se tiene entonces que en este periodo ingresó el 17% de los alcohólicos internados durante todo el funcionamiento de La Castañeda, y que el 28.4% de los registros de la muestra fue de alcohólicos (véase cuadro 1). Debe anotarse que desde inicios del siglo XX comenzó a implantarse una serie de medidas legales que pretendían contrarrestar los efectos sociales y biológicos

³⁴ Andrés Ríos Molina, *La locura durante la Revolución Mexicana...*, p. 44-45.

³⁵ Andrés Ríos Molina señala que los alcohólicos fueron una población muy numerosa en la institución, llegando a constituir entre 1910 y 1913 el 51.1% de los diagnósticos de hombres y el 21.8% de las mujeres; entre 1914 y 1916 el 29.5% de los diagnósticos de hombres y el 14.1% en mujeres, y entre 1917 y 1920 el 20% de los hombres que egresaron tuvieron diagnóstico de alcoholismo. Véase Andrés Ríos Molina, *op. cit.*

del alcoholismo; estas medidas buscaron reglamentar aspectos desde la producción hasta el consumo de bebidas.

Las normatividades adoptadas reglamentaban los expendios y sus mostradores para que no fueran visibles desde el exterior, aunándose a esto disposiciones higiénicas respecto a la ubicación de los mingitorios.³⁶ Aunque en los inicios de la Revolución se mantuvieran los preceptos porfirianos, en los gobiernos de Victoriano Huerta y Venustiano Carranza se introdujeron medidas como la prohibición del consumo dentro de los locales de expendio y la prohibición del ingreso a mujeres y menores de edad, respectivamente.³⁷ Los ataques al consumo fueron tomando un trasfondo moralizador con el que se querían inculcar valores como la educación, la higiene, la puntualidad y el trabajo.³⁸

Como ha mostrado la historiadora Nadia Menéndez, durante el Porfiriato (1876-1911) y las siguientes décadas del siglo XX hubo una evidente medicalización del alcoholismo en tanto que éste pasó a ser ampliamente discutido por los médicos, debido a sus implicaciones en la morbilidad y mortalidad; sin embargo, en sus investigaciones continuaron señalando el problema moral.³⁹ Durante los años de la Revolución, la literatura médica sobre alcoholismo es escasa si se compara con la del Porfiriato tardío; esto, sumado al alto número de ingresos por alcoholismo a La Castañeda y analizado en relación con la instancia remitente de bebedores, nos permite pensar que para esos años el alcoholismo no fue un tema que interesara a los psiquiatras y que se mantuvo la noción de peligrosidad producto de la óptica degeneracionista y el carácter transgresor que representaba el bebedor.⁴⁰

³⁶ Mario Barbosa Cruz, “La persistencia de una tradición: consumo de pulque en la ciudad de México, 1900-1920”, en Ernesto Sánchez Santiró (coord.), *op. cit.*, p. 220.

³⁷ *Ibidem*, p. 226.

³⁸ Jesús Méndez Reyes, “De crudas y moralidad: campañas antialcohólicas en los gobiernos de la posrevolución (1916-1931)”, en Ernesto Sánchez Santiró (coord.), *op. cit.*, p. 249.

³⁹ Nadia Menéndez Di Pardo, *op. cit.*, p. 96.

⁴⁰ Según Nadia Menéndez, entre 1900 y 1910 se publicaron 12 tesis y 7 artículos sobre alcoholismo. *Ibidem*, p. 92. Mientras que para el periodo revolucionario hemos encontrado cuatro tesis y un artículo de revista de Enrique Aragón.

Respecto de las instancias remitentes (cuadro 3) podemos ver que los gobernadores de diferentes estados fueron responsables del internamiento del 43.1% de los alcohólicos. Este tipo de ingreso es representativo únicamente en este periodo, lo que puede sugerir que fueron motivados por cuestiones de orden político, producto del conflicto bélico, además de que la forma de realizar el procedimiento consistía en que de diferentes localidades se pedía un certificado médico, razón por la cual puede verse que el manicomio se reconoció en las diferentes zonas del país como el lugar apropiado para tratar este tipo de personas. Otro 21.4% de alcohólicos fue llevado por la policía, que se convirtió en la segunda instancia remitente más influyente en ese momento. La familia fue la responsable del internamiento del 12.9% de los bebedores, instancia que aparece constantemente en los registros de ingreso durante todo el funcionamiento de La Castañeda.

El 54.6% de los diagnósticos dentro del grupo de alcohólicos en este periodo fue el de la psicosis alcohólica (véase cuadro 2), entendida como el estado en el cual el alcoholizado presentaba alucinaciones e ideas contrarias a la realidad, es decir, estos pacientes podían tomar “una ventana por una puerta, un objeto por una persona o un animal; encuentran con otro sabor y otro gusto los alimentos que toman, tienen visiones fantásticas, sobre todo de animales o escenas lúbricas y cuadros ‘obscénicos’, verdaderas ilusiones cinematográficas”.⁴¹ Los psiquiatras leyeron también síntomas como facies congestionada, la yugular turgente, sudor fétido que recorre todo el cuerpo, pupilas estrechas, calambres, temblores en las extremidades, pérdida del sueño y del apetito, temperatura corporal muy alta o extremidades muy frías, habla continua y fácil, entre otros. También mencionaron que el delirio de un alcohólico duraba entre tres y cinco días, al cabo de los cuales el enfermo sentía un sueño reparador.⁴²

En segundo lugar, el alcoholismo crónico representó el 16.6% de los diagnósticos de ingreso de los alcohólicos del periodo (véase cuadro 2). Éste era entendido como el estado al que llegaban

⁴¹ Bonifaz Domínguez, *op. cit.*, p. 21-22.

⁴² *Ibidem*, p. 22.

los que tomaban bebidas alcohólicas con frecuencia, por lo que presentaban síntomas como “disminución de las facultades intelectuales, morales y perturbaciones de algunos órganos, aparato digestivo, genito-urinario y sistema nervioso”.⁴³ Este estado podía desembocar en el *delirium tremens* si el individuo atacado de “ebriedad”, en palabras del doctor Bonifaz Domínguez, continuaba ingiriendo alcohol o lo suspendía de golpe. Dicho médico también lo definió como un proceso en el cual

el delirio presenta un periodo prodrómico, que consiste en malestar general, cefalea, angustia precordial. El alcohólico está impaciente, irritable, duerme mal y el poco sueño que obtiene es interrumpido por pesadillas, dominando los móviles profesionales y las alucinaciones visuales. Ciertas de estas alucinaciones han comenzado en el corto periodo de sueño que precede al despertar, es lo que algunos llaman alucinaciones hipnagógicas. El enfermo continúa sufriendo impresiones inexactas después de haber despertado y entonces es cuando empieza el delirio, que es ante todo de actividad. Se cree atacado por sus enemigos y se defiende, y debido a la disestesia no le son muy dolorosos los golpes que se ocasiona. Siente hormigueos en las extremidades, creyendo que son mordidas de ratas. Otras veces se cree estar rodeado de muchas moscas o mariposas y tiende a matarlas; lo que domina la actividad son las cosas que han impresionado al alcohólico, transformándose en terror, pavor, persecución, destrucción y exterminio.⁴⁴

Muchos de estos síntomas se describen en los expedientes, como en el caso de Luis J., quien ingresó en septiembre de 1910. Este paciente de 35 años de edad ingería bebidas alcohólicas desde 15 años antes e ingresó al manicomio llevado por sus familiares para ser tratado. Su expediente muestra el peso de la herencia en la determinación del diagnóstico, ya que encontramos afirmaciones como “...tiene una herencia muy cargada”, debido a que tuvo una hermana loca y su padre fue alcohólico, motivos por los cuales los médicos aseguraron que el paciente siempre era “algo extravagante en sus actos; muy voluble en su

⁴³ *Ibidem*, p. 20.

⁴⁴ *Ibidem*, p. 20-21.

carácter é inconstante”. Además de los varios accesos de delirio agudo, que sanaban mediante la abstinencia, se anotó que

sufría insomnios, alucinaciones visuales y auditivas zoóticas móviles. Su palabra era fácil, pero si hablaba mucho sufría gran fatiga y el discurso se volvía incoherente; las pupilas iguales reaccionaban poco á la luz; este enfermo fue perdiendo en facultades y en su estado físico, pocos meses después, perdió la atención, la amnesia era completa y los afectos nulos y sólo existía algo de los instintos (el de la conservación personal).⁴⁵

Aunque el porcentaje de ingreso de alcohólicos representó la cuarta parte de registros del periodo, en comparación con el promedio de duración de internamiento de 20.3 meses de la población general, fue un grupo que tuvo una estancia muy corta en la institución, ya que se tiene la cifra de 7.4 meses. El principal motivo de salida fue por curación (véase cuadro 4). Si a éste se le suman las altas por solicitud de familia o responsable, mejoría, solicitud del paciente, no ameritar internamiento y no regresar del permiso, se tiene el 71.1% del total de las salidas, lo que da pie para pensar la institución como un lugar que, bien o mal, sirvió como sitio terapéutico en muchos casos, bien fuera por algún tratamiento brindado o por la desaparición de los síntomas mediante la desintoxicación y la supresión de la bebida. Aunados a las solicitudes propias del paciente y a los casos de los que no regresaban, estos elementos contrastan con cualquier interpretación de un sitio en el que se confinaba a las personas hasta su muerte.⁴⁶

Entre los registros de salida por muerte tenemos causas secundarias como enfermedades pulmonares (30.7%), meningitis (29.4%) y enfermedades intestinales tales como enteritis y enterocolitis (20.5%). También se presentaron muertes por septicemia (3.8%). Las causas de muerte directas fueron *delirium tremens*

⁴⁵ AHSS, FMG, SEC, exp. 534, f. 2.

⁴⁶ Véase Andrés Ríos Molina, “El Manicomio General La Castañeda en México, sitio de paso para una multitud errante”, *Nuevo Mundo Mundos Nuevos*, [en línea]. Disponible en: <http://nuevomundo.revues.org/50242> [consultado el 3/04/2015].

(3.8%) y cirrosis (2.5%). También se presentaron muertes por nefritis, caquexia y agotamiento, las que suman un 7.5% de ellas.

En cuanto a los tratamientos encontramos que Enrique Aragón, médico que trabajó en La Castañeda, mencionó en 1914 que para las psicosis tóxicas, en especial las alcohólicas, debía suspenderse el agente causal, es decir, debía interrumpirse el consumo de bebidas alcohólicas,⁴⁷ además de su sustitución por otro excitante terapéutico. También se aplicaron tratamientos para la psicosis alcohólica y el alcoholismo crónico, como “baños tibios (35°C) prolongados [e] inyecciones de estricnina”.⁴⁸ Además de ello, la laborterapia fue utilizada también en pacientes crónicos.⁴⁹

Como pudimos observar, durante los años del conflicto bélico (1910-1919) el ingreso de alcohólicos fue numeroso y aumentó cuando los ingresos por otras enfermedades disminuyeron. Fueron internados por instancias como los gobernadores de distintos estados, la policía y la familia. Para la elaboración de su diagnóstico tuvo gran peso la herencia, producto de la degeneración moral de los padres, en especial si en su familia hubo alcohólicos, y se tuvieron en cuenta algunos síntomas como el temblor, la pérdida de memoria, la falta de atención y el carácter irascible. Puede afirmarse que hubo una continuidad con el Porfiriato en cuanto a que la consideración de peligrosidad de los alcohólicos sirvió como base para su internamiento. Aunque se realizaron diferentes tratamientos, la corta duración de su estancia y el gran

⁴⁷ Enrique O. Aragón, “La supresión del agente causal en las psicosis tóxicas, en particular las alcohólicas”, *Gaceta Médica de México*, Academia Nacional de Medicina, México, t. IX, 1914, p. 405.

⁴⁸ AHSS, FMG, SEC, exp. 1264, s/f. El tratamiento con estricnina fue común en los pacientes con alcoholismo crónico y psicosis alcohólica. Ésta era usada para excitar los centros medulares que rigen las partes degeneradas. En países como Brasil también se implementó este tipo de terapias para alcohólicos en hospitales mentales a comienzos del siglo XX. Véase Fernando Dumas dos Santos, *op. cit.*, p. 416.

⁴⁹ Ejemplo de ello es el de Luis F., quien tuvo dos ingresos entre marzo 16 y septiembre 20 de 1918, persona que “cuando fue enamorado a mujeres vivía alcoholizado con vino” y, a solicitud de una dependencia particular de la Beneficencia Pública del Distrito Federal, comenzó a trabajar en la huerta del manicomio, no sin la advertencia del director de la institución, Agustín Torres, de que el paciente se encontraba bien de su alcoholismo, por lo cual sería retenido hasta que solicitara el alta voluntariamente. AHSS, FMG, SEC, exp. 5264, f. 11.

porcentaje de altas por curación, solicitud del paciente o un familiar, mejoría, o no ameritar internamiento, colocaron nuevamente al manicomio como un sitio al que llegaron los bebedores por cuestiones que no necesariamente eran psiquiátricas, sino que respondían más a las ideas de peligrosidad para el edificio social mediante la posibilidad de tener una descendencia enferma producto de la degeneración alcohólica.

1920-1933: El antialcoholismo crea borrachos locos

Durante este periodo, que coincide con los inicios de la posrevolución, el gran número de alcohólicos que llegó a la institución comenzó a afectar la práctica clínica en tanto que hubo casos en los que se rechazó el ingreso de este tipo de pacientes.⁵⁰ Los ingresos con diagnósticos relacionados con el consumo de bebidas representaron el 22.2% de los registros del periodo, lo que se explica debido al aumento de la población general, y hay que señalar que para los años de la posrevolución ingresó el 23.6% del total de la muestra de alcohólicos (véase cuadro 1).

La búsqueda de estabilidad de los gobiernos posrevolucionarios, que se evidenció en la implementación de un fuerte orden estatal y con gran injerencia en la cotidianidad, influyó en el internamiento de alcohólicos a la institución debido a que la principal instancia remitente del periodo fue la policía.⁵¹ Entre los años 1917 y 1934, tal como lo ha indicado Ernesto Aréchiga, a partir de la promulgación de la Constitución de 1917, algunas medidas sani-

⁵⁰ Un ejemplo ocurre en 1923 cuando el médico de guardia rechazó el internamiento de una persona “por ser un alcohólico y no haber lugar donde alojarlo”. AHSS, FMG, SEC, exp. 8099, f. 5.

⁵¹ Andrés Ríos Molina señala a manera de supuesto que, en caso de que las instancias remitentes fuesen la policía, jueces o presidentes municipales, se podría suponer que eran considerados como locos por dichas autoridades, quienes alteraban el orden público. Además, señala que dicha dinámica resultaría coherente con los gobiernos posrevolucionarios que buscaron consolidar un estado fuerte con gran injerencia en la vida cotidiana. Véase Andrés Ríos Molina, “La locura en el México posrevolucionario. La Castañeda y la profesionalización de la psiquiatría, 1920-1944”, *Históricas*, Boletín del Instituto de Investigaciones Históricas, México, n. 84, 2009, p. 34.

tarias se tornaron obligatorias y se intentó implementar una especie de “dictadura sanitaria” que expresó muchos de los anhelos porfirianos en materia de salud. El Departamento de Salubridad, creado en 1918, asumió tareas como la regulación de la legislación en materia sanitaria, la vigilancia de la policía sanitaria de los puertos, la difusión de los preceptos de la higiene y la creación de medidas contra enfermedades epidémicas y contagiosas, además del combate contra el alcoholismo.⁵² Lo particular es que esto derivó en una especie de autoritarismo que, durante las décadas de 1920 y 1930, se expresó en campañas contra enfermedades como el tifo y la fiebre amarilla, y también acciones en contra de los “males sociales” como el alcoholismo y la prostitución.⁵³

Las campañas mostraron, de una u otra manera, un fuerte autoritarismo dirigido hacia los grupos marginales, que fue variando hacia el campo de la educación y la propaganda y, como lo ha evidenciado la historiadora Gretchen Pierce, la campaña oficial contra el alcoholismo iniciada en 1929 durante el gobierno de Emilio Portes Gil (1928-1932) estuvo relacionada con el proceso de construcción del Estado generado a partir de la Revolución. Dicha autora argumenta que las herramientas utilizadas por los diferentes gobernantes para conseguir una nación sobria estuvieron influenciadas por la naturaleza de cada gobierno,⁵⁴ lo que se evidencia en normas represivas al comienzo de la posrevolución y, posteriormente, la pedagogía como herramienta de lucha.⁵⁵

⁵² Ernesto Aréchiga Córdoba, “‘Dictadura sanitaria’, educación y propaganda higiénica en el México revolucionario, 1917-1934”, *DYNAMIS, Acta Hispanica ad Medicinae Scientiarumque Historiam Illustrandam*, Granada, v. 25, 2005, p. 123.

⁵³ *Ibidem*.

⁵⁴ Gretchen Kristine Pierce, “Sobering the Revolution...”, p. 89.

⁵⁵ Algunos autores han mostrado que el eco de las leyes de prohibición en Estados Unidos influenciaron en México varios intentos de regulación de la producción y consumo de bebidas alcohólicas. Con la creación del Comité Nacional Antialcohólico en 1929, administrado por el doctor Aquilini Villanueva, se impulsaron los deportes en escuelas, gremios de campesinos y obreros, así como la organización de conferencias y actos culturales en los que se hacía alusión al combate contra el alcohol, utilizando teatro, carteles, ligas antialcohólicas, pláticas moralizadoras, entre otros mecanismos. Véase Méndez Reyes, *op. cit.*, p. 260-261.

Bajo esta campaña se diseñaron estrategias como la creación de ligas antialcohólicas para niños, jóvenes y mujeres, con fuerte acento en la educación antialcohólica mediante propaganda escrita, ilustrada y oral.⁵⁶ Fue común durante la década de 1930 a 1940 la divulgación en prensa y radio de mensajes que persuadían a la gente a beber leche, más que pulque o alcohol fuerte, y se toleró el uso de bebidas como la cerveza por su bajo contenido de alcohol.⁵⁷ Como se aprecia en la figura 2, en la que dos enfermeros intentan controlar a un ebrio, se siguió considerando el alcoholismo como un factor importante de la locura, idea que venía desde fines de siglo XIX y se difundió mediante cartillas en las campañas antialcohólicas. De igual forma se difundió la idea ya aceptada de que el consumo de alcohol y la intoxicación crónica debilitaban el sistema inmune.⁵⁸

Las campañas enfatizaron que los niños y las mujeres eran afectados negativamente por la adicción al alcohol debido a los abusos domésticos que provocaba, y asimismo resaltaron que en ocasiones los niños manifestaban física y mentalmente signos de los vicios de sus padres.⁵⁹ Los niños, al ser considerados como el futuro de la nación, eran el principal blanco de prevención del alcoholismo y, muy en los términos degeneracionistas, se difundió la idea de un bebedor que llegaba a la locura y a un estado de imbecilidad. Mediante imágenes y escritos como el Juramento Antialcohólico, realizado para la lectura diaria en las escuelas, se reflejan estos postulados, sumados a las intenciones moralizadoras al narrar que:

Cuando una persona toma una, dos o tres copitas de aguardiente, siente que se le enciende la cara, se le pone roja, se congestiona; su cerebro ya no piensa bien, su voluntad viene a menos. Un poco más, y la persona se pone alegre, ríe, baila. Cuando toma mayor cantidad, el cerebro ya piensa peor y la persona no sabe lo que dice ni lo que hace, se pierde por completo. Entonces lo mismo le da que se le tenga o no en concepto de persona correcta o caballerosa

⁵⁶ Ricardo Pérez Montfort, *op. cit.*, p. 214.

⁵⁷ Gretchen Pierce, *Sobering the revolution...*, p. 92.

⁵⁸ *Ibidem*, p. 151.

⁵⁹ *Ibidem*, p. 159.



Figura 2. Imagen de la cartilla antialcohólica.

FUENTE: Departamento de Salubridad Pública de México, *Cartilla escolar sobre alcoholismo*, México, Al Libro de Caja, 1941

[...] los hijos de los borrachos o alcohólicos padecen de ataques de epilepsia, o son enfermos de la vista, o tienen defectos físicos, o tienen su sistema nervioso muy sensible, son muy espantadizos, le tienen miedo a todo, todo les asusta y hasta dicen ver sombras, espantos.⁶⁰

Entre 1920 y 1933 la policía fue la principal instancia remitente, encargada de internar a la mitad de la población alcohólica. La violencia, el escándalo y el desorden público fueron factores muy relevantes para internar a los bebedores, evidenciando así el

⁶⁰ Ayuso y O’Horibe, “Juramento antialcohólico”, *Gaceta Médica de México*, Academia Nacional de Medicina, México, v. XLI, n. 1, 1930, p. 4.

carácter social del internamiento en un contexto en el que el prohibicionismo y el antialcoholismo estuvieron constantemente en la agenda política y cultural. Si se consideran en conjunto a los pacientes remitidos por la policía o la beneficencia, se tiene que estas dos instancias fueron responsables de tres cuartas partes de los ingresos de alcohólicos (véase cuadro 3), y se hizo mención constantemente a la violencia familiar como motivo de internamiento.⁶¹

Al igual que en el periodo anterior, los principales diagnósticos fueron los de alcoholismo crónico y psicosis alcohólica, aunque cobraron importancia los de confusión mental alcohólica, alcoholismo y *delirium tremens*, y comenzaron a aparecer como diagnósticos el alcoholismo cerebral y la alucinosis alcohólica, los cuales pasarán a ser muy importantes en los periodos siguientes (véase cuadro 2).

Eliseo Ortiz y Núñez, en su tesis de medicina en 1921, argumentó que el alcoholismo era un “azote moderno” definido como la intoxicación por las bebidas alcohólicas cuya etiología era que “el hombre ávido siempre de sensaciones y goces, busca con ardor lo que puede procurarle nuevos placeres”,⁶² además de la intervención de factores como las condiciones sociales, la edad (principalmente la edad adulta), el sexo, el clima y la ignorancia de aquellos seres “que nunca han cultivado su inteligencia”. Sin embargo, afirmaciones como que “ciertos individuos traen por decirlo así, desde su nacimiento, un gusto muy marcado por las bebidas alcohólicas que los induce de manera irresistible a

⁶¹ Ejemplo de ello es el caso de Genaro V., paciente que fue llevado por su hija a la Beneficencia para que le hicieran los exámenes respectivos de internamiento el 6 de mayo de 1930. Se mencionó que en su familia abundaron personas de carácter violento y que el mismo paciente “desde joven tuvo inclinación por las bebidas alcohólicas, que le han causado frecuentes gastroenteritis y cambios en su psiquismo pues se ha vuelto violento, agresivo, sufre cuando se priva del alcohol fuertes insomnios”. Además, al describir su delirio se hizo énfasis en que “la presencia del enfermo es intolerable en su casa, los vecinos se quejan de él por sus grandes escándalos que da. Habiendo ocupado puesto de alguna categoría, ha dejado en la actualidad a su familia en la desgracia, todo debido al alcohol”. AHSS, FMG, sec. exp. 13964, f. 5.

⁶² Eliseo Ortiz y Núñez, *El alcoholismo desde el punto de vista médico legal*, tesis de Medicina, Escuela Nacional de Medicina, 1921, p. 20.

beberlas, cometiendo abusos cotidianos, y la herencia se manifiesta tal, hasta en niños...”,⁶³ nos dejan ver el notable peso de las teorías que hacían hincapié en la herencia.

Ortiz y Núñez definió el alcoholismo agudo como el estado que se observa después de un exceso pasajero de bebidas espirituosas, con síntomas como “perturbaciones de la inteligencia, de los sentidos y de la contracción muscular. Su estudio clínico comprende tres grados: 1. De excitación, 2. De exaltación y 3. De depresión”.⁶⁴ También definió el alcoholismo crónico como el conjunto de desórdenes locales y generales que se engendraban en un individuo debido al uso prolongado de bebidas espirituosas, el cual tenía efecto sobre todos los órganos del cuerpo (hígado, bazo, riñones, estómago, entre otros) y una “predilección por el sistema nervioso (central y periférico)” con manifestaciones como alteraciones de la sensibilidad, la motilidad y alteraciones psíquicas.⁶⁵

Francisco Núñez Chávez, en su tesis de medicina de 1926, relacionó el alcohol con la forma confusional primitiva⁶⁶ e indicó que era una forma vinculada siempre con un origen tóxico y se observaba en alcohólicos y toxicómanos. Es importante señalar que esta tesis se inscribe en los debates que desde el siglo XIX cuestionaban si el alcoholismo era una forma propia de enfermedad mental o el detonante de otras enfermedades que la persona traía consigo latentes pero no se hacían manifiestas. Al respecto, Núñez Chávez afirmó que el tóxico creaba una perturbación

⁶³ *Ibidem*, p. 20. Incluso para el año 1930 se encontraron estudios como el artículo del doctor Flores Caneda, en los que se continuó la exposición de las consecuencias hereditarias del alcoholismo. Véase también A. Flores Caneda, “Alcoholismo y procreación”, *Boletín del Departamento de Salubridad Pública*, Departamento de Salubridad Pública, México, v. I, n. 4, 1930, p. 1099-1101.

⁶⁴ Ortiz y Núñez, *op. cit.*, p. 23.

⁶⁵ *Ibidem*, p. 31-32.

⁶⁶ Francisco Núñez Chávez definió la forma constitucional primitiva del delirio como un estado caracterizado por “amencia inicial, verdadero delirio onírico que desaparece para dejar una idea directriz fija, alrededor de la cual se forman interpretaciones y alucinaciones”. Véase Francisco Núñez Chávez, *Estudio clínico de los delirios sistematizados alucinatorios*, tesis de Medicina, Escuela Nacional de Medicina, 1926, p. 74.

mental pasajera y despierta en la persona una perturbación mental latente.⁶⁷

A partir de la década de 1930, algunos médicos como Diódoro Serrano y Rodolfo García Tapia, quienes hicieron sus prácticas en La Castañeda, se acercaron un poco a dicha cuestión y definieron síntomas propios de diferentes estados relacionados con el consumo de bebidas alcohólicas por medio de la observación clínica. El *delirium tremens* ocupó gran parte de la literatura médica y fue definido por Serrano como un estado del alcoholismo crónico en el que se presentaban los siguientes síntomas:

Insomnio rebelde y persistente, alucinaciones múltiples y terroríficas en su mayor parte, delirio en relación con los trastornos sensoriales y presentando la particularidad de dar lugar al regreso momentáneo de la conciencia, cuando se llega a despertar la atención del enfermo; locuacidad, necesidad de actividad y movimiento, tendencia a escapar; temblor y desórdenes musculares. Además el modo de invasión de los accidentes, su marcha, su duración y por último, los conmemorativos contribuyen generalmente a formar un conjunto muy claro.⁶⁸

Además de la definición de los síntomas anteriores, señaló que el *delirium tremens* podía confundirse con otros estados como el alcoholismo agudo o embriaguez complicada de delirio maníaco, pero debía diferenciarse porque la patogenia era diferente.

En la figura 3 podemos ver el rostro de un hombre asustado, que parece estar viendo cosas y que intenta apartarse de algo, con una camisa de fuerza y en estado de excitación producido por algo que le ocasiona terror. Esos síntomas, que habían sido descritos por los médicos, justificaron que el *delirium tremens* siguiera constituyendo una manifestación aguda del alcoholismo crónico, “caracterizada principalmente por perturbaciones psíquicas del tipo confusión mental alucinatoria, acompañada de trastornos

⁶⁷ Núñez Chávez, *op. cit.*, p. 74.

⁶⁸ Diódoro Serrano, *Algunas consideraciones sobre la acción terapéutica de la hioscina y del somnifene en el delirium tremens*, tesis de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, 1930, p. 33.



16.—*Delirium tremens.*

Figura 3. *Delirium tremens*. FUENTE: Enrique O. Aragón, *Mis 31 años de académico. Academia Nacional de Medicina de México. 1911-1942. Trabajos de neurología y psiquiatría*, México, Imprenta Aldina, 1943, t. 1, 156 p.

intensos de la sensibilidad y del movimiento”,⁶⁹ y que debía ser considerada como una entidad etiológica y patogénica diferente en sus grandes trazos sintomáticos.

El diagnóstico de alucinosis alcohólica, que figura a partir de 1920 (véase cuadro 2), fue definido por Tapia García como unas psicosis que difieren de los otros delirios sistematizados por la existencia paralela de síntomas de la intoxicación etílica, por ser secundarios al *delirium tremens* y por los síntomas temporales de origen tóxico que modifican su aspecto clínico habitual. En la alucinosis el enfermo oye voces de dos o más personas que hablan

⁶⁹ *Ibidem*, p. 12.

de él amenazándolo o insultándolo, se repite la misma frase o incluso oye su propio pensamiento. Aparecen alucinaciones visuales, táctiles y del olfato y el gusto, como también cenestésicas. La orientación pocas veces se desvía y cuando lo hace es debido a las alucinaciones auditivas. Predomina la angustia y la intención de comunicar la verdad, además de los celos sexuales que pueden llegar a constituirse como idea delirante.⁷⁰

La dipsomanía consistía en un padecimiento en que los excesos alcohólicos están separados por intervalos más o menos largos, entre los cuales la persona permanece sobria y su actitud es normal, por lo que los excesos alcohólicos no constituyen la propia enfermedad. Tapia García tomó este concepto de Magnan y argumentó que el dipsómano era enfermo solamente porque ha bebido.⁷¹ También explicó que cuando no tiene bebida toma cualquier producto que tenga alcohol o se lo procura a costa de cualquier sacrificio y una vez terminado el acceso alcohólico se arrepiente, siente disgusto por las bebidas hasta el punto de prometer alejarse de ellas, por lo que él mismo solicita su internamiento cuando siente que no es capaz.⁷²

Aunque este último diagnóstico no representó un gran porcentaje en el periodo (véase cuadro 2), fue muy importante debido a que a partir de él, años más tarde, comenzó a definirse qué tipo de alcohólicos debían ingresar a la institución. En los casos en los que alternaban periodos de sobriedad y recaídas, aparecía clara la relación entre la violencia y la necesidad del internamiento. Un ejemplo de un dipsómano es el de Rodolfo R., quien ingresó al manicomio el 26 de abril de 1926 y tuvo alta un mes después por solicitud de su hermano. En su segundo ingreso, el 11 de junio de 1927, se anota que “después de su salida del establecimiento duró seis meses sin tomar, al cabo de los cuales reincidió y duraba tres o cuatro días bebiendo, durando hasta 15 o 20 en descanso. Últimamente no ha suspendido la bebida hasta encontrarse en la situación actual”. También se anotó en su

⁷⁰ Rodolfo Tapia García, *Contribución al tratamiento del alcoholismo crónico*, tesis de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, 1930, p. 82-83.

⁷¹ *Ibidem*, p. 87.

⁷² *Ibidem*, p. 88.

expediente que a partir de 1915 comenzó a tomar dosis cortas de mezcal para evitar contagiarse de la epidemia de tifo, lo que acabó en embriagueces diarias desde cuatro años antes de su internamiento. En el interrogatorio de su segundo ingreso se muestran claramente los síntomas anotados anteriormente:

Su padecimiento mental se manifestó varios días antes de su ingreso y refiere el enfermo que fue ocasionado porque su señora lo encerró en su casa no dejándolo tomar. Que se violentó saliéndose a la cantina donde ingirió gran cantidad de alcohol. A este establecimiento lo ingresó excitado ligeramente y con síntomas de 2º grado de embriaguez aguda // En los días que duró en observación siguió excitado; insultando al personal de palabra y tratando de golpearlos porque lo registraron; no durmió y frecuentemente fue atacado de vómito mucoso // A este servicio ingresó ya tranquilo, correcto, comedido; tomando sus alimentos con gusto y durmiendo bien. // Mentalmente no presenta nada de anormal, refiriendo el enfermo que el deseo de tomar se le manifiesta después de un disgusto aun ligero y que una vez tomando ya no es dueño de detenerse habiendo necesidad de que lo encierren por fuerza en su casa para dejar de tomar.⁷³

Este tipo de casos influyó en que el promedio de duración del internamiento de estos pacientes fuera inferior en relación con los demás grupos de enfermedad. Los alcohólicos permanecieron alrededor de 8.72 meses, una estancia muy corta si se compara con los 20.04 meses de la población general. Si bien se clasificaron unos síntomas de la locura alcohólica, la rápida remisión de los síntomas y la violencia observada por los médicos llevó a que el internamiento de este tipo de pacientes se hiciera ambiguo y que médicos como García Tapia vieran necesaria una reforma al sistema asistencial debido a que estos individuos llenaban el manicomio y la cárcel por no haber lugar para tratarlos.⁷⁴

Como hemos visto, entre 1920 y 1933 hubo una enorme preocupación social por el alcoholismo, lo cual llevó a que el Estado impulsara leyes, ligas antialcohólicas, movimientos y campañas oficiales para combatir el consumo. La respuesta de los médicos

⁷³ AHSS, FMG, SEC, caja 190, exp. 10649, f. 23.

⁷⁴ Rodolfo Tapia García, *op. cit.*, p. 91.

ante la gran cantidad de alcohólicos remitidos por la policía fue intentar definir algunos síntomas propios de los estados asociados al alcoholismo y desarrollar terapéuticas que mitigaran el alcoholismo patológico. Sin embargo, la ambigüedad en los criterios de internamiento y el peso de la herencia como criterio diagnóstico se mantuvo. Como se verá en el siguiente apartado, los problemas de hacinamiento debido al constante ingreso de alcohólicos al manicomio plantearon a los psiquiatras la necesidad de definir cuáles bebedores eran sujetos propicios para la intervención de la pericia psiquiátrica por ser comparables al resto de enfermos mentales.

DE LA HERENCIA ALCOHÓLICA HACIA LO SOCIAL/AMBIENTAL

1934-1953: Los dipsómanos no son enfermos mentales “francos”

Con anterioridad se señaló que médicos como Francisco Núñez Chávez consideraron que el alcoholismo era un factor desencadenante de delirio y no un cuadro clínico como tal, debate heredado de los médicos europeos, especialmente el alemán Kraepelin, quien puso en entredicho el carácter del alcoholismo como una “enfermedad mental propiamente dicha” y analizó el consumo de bebidas más como un posible desencadenador de enfermedades latentes que traía la persona consigo y no se habían hecho manifiestas.⁷⁵

Las ideas que se tenían en torno del alcoholismo muestran que los médicos mexicanos estuvieron preocupados por las consecuencias que el consumo de alcohol podía tener para la salud pública, al punto de equipararlo con cualquier epidemia que podía poner en riesgo el bienestar y la salud colectiva.⁷⁶ En otras palabras, el consumo de alcohol representó algo que traspasaba

⁷⁵ Georges Lanteri-Laura, *op. cit.*, p. 150.

⁷⁶ Ernesto Aréchiga Córdoba señala que desde 1918, con la creación del Departamento de Salubridad, éste asumió las labores de “regular la legislación sanitaria de la República, vigilar la policía sanitaria de los puertos, costas y fronteras, tomar medidas contra el alcoholismo, las enfermedades

el ámbito individual y debía ser tratado para evitar las consecuencias colectivas. Desde 1929 hubo un interés por parte de médicos que hicieron sus prácticas en La Castañeda para definir estados como el *delirium tremens*, el alcoholismo crónico y sus posibles tratamientos. Es decir, a partir de la década de 1930 hubo un intento de psiquiatrización del alcoholismo que puede ser entendido como la definición de síntomas precisos de los trastornos mentales de los alcohólicos que justificaran su internamiento con base en la posibilidad de ser homologados con los enfermos mentales “francos”.⁷⁷ Este proceso se vio obstaculizado por las dificultades terapéuticas que un sitio como La Castañeda podía ofrecer a este tipo de pacientes, por lo que los médicos señalaron constantemente una necesaria reforma asistencial y la creación de instituciones más adecuadas para tratar a los alcohólicos.

Este periodo es de vital importancia para el estudio del alcoholismo dentro del manicomio debido a la activa labor de Alfonso Millán (1906-1975)⁷⁸ en la dirección de la institución entre agosto de 1934 y agosto de 1939.⁷⁹ Millán, como se señalará adelante,

epidémicas y contagiosas, y difundir los preceptos de la higiene en la población”. Véase Ernesto Aréchiga, *op. cit.*, p. 123.

⁷⁷ Alfonso Millán utilizó la expresión enfermos mentales “francos” para referirse a las personas con trastornos mentales observables que indudablemente eran sujetos a intervenir por la psiquiatría, tales como psicóticos y dementes. Los dipsómanos, según él, poseían una conducta muy diferente a la de los alienados y necesitaban tratarse en sitios de otra naturaleza diferente al manicomio. Véase Alfonso Millán, “Alcoholismo y trastornos mentales en México”, *Asistencia*, México, n. 15, 1937, s/p.

⁷⁸ Alfonso Millán fue un médico nacido en Sinaloa que comenzó estudios de medicina en México pero terminó su carrera en París con la tesis *La inadaptabilidad social de los epilépticos y su papel en la delincuencia*. Hizo una especialización en medicina legal y en 1929 regresó a México e ingresó a La Castañeda como médico. Fundó en 1937 la Liga Mexicana de Higiene Mental y editó la *Revista Mexicana de Higiene Mental*, órgano de la mencionada liga. También se pronunció por la legislación en beneficio de los enfermos mentales y “manifestó la necesidad de impulsar medidas institucionales para alcanzar los objetivos de la higiene mental”. Véase Andrés Ríos Molina, *Cómo prevenir la locura. Psiquiatría e higiene mental en México, 1934-1950*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Históricas/Siglo XXI, 2016.

⁷⁹ “Relación de directores que ha tenido el Manicomio General, de Mixcoac D. F., desde su inauguración en el año de 1910 hasta su clausura en el año de 1968”. AHSS, FMG, SADM, legajo 57, exp.11, f. 1.

realizó una clasificación de tres tipos de alcohólicos con el fin de priorizar cuáles necesitaban internamiento en instituciones psiquiátricas.

El porcentaje de alcohólicos que ingresó entre 1934 y 1953 aumentó considerablemente y llegó a ser la cifra más alta de ingreso de alcohólicos durante todo el funcionamiento de La Castañeda. Hay que mencionar que fue un periodo en el que la población del Distrito Federal creció considerablemente, explicado no sólo en el crecimiento vegetativo de la población sino también en la alta migración desde otros lugares del país.⁸⁰ Durante estos años la población psiquiátrica estuvo en aumento y, respecto del periodo anterior, se duplicó. Aunque el número de alcohólicos fue el más alto de toda la muestra recogida, ya que ingresó el 31.6% de todos los alcohólicos registrados, solamente representó el 13.3% de los ingresos totales del periodo (véase cuadro 1).

La policía dejó de ser una de las principales instancias remitentes y cobraron vital importancia las instituciones de beneficencia y asistencia pública (véase cuadro 3). Resulta interesante observar esa estrecha relación entre las instituciones de beneficencia y La Castañeda, vista a través de los expedientes administrativos y la correspondencia de la institución. En 1936 Alfonso Millán y Alonso Priani fueron comisionados por parte de la Dirección Antialcohólica y la Campaña contra el Alcoholismo y otras Toxicomanías para participar en el Primer Congreso Nacional contra el Alcoholismo en México, celebrado en Puebla entre el 24 y el 31 de octubre del año en mención.⁸¹ Millán presentó un trabajo titulado *Trastornos mentales y alcoholismo en México*, el cual recogía sus postulados respecto del ingreso de alcohólicos al Manicomio General La Castañeda que venía exponiendo desde 1934.

⁸⁰ Según ilustra Pablo Piccato, en 1921 la población de la ciudad de México era de 615 327 habitantes y el Distrito Federal contaba con 906 063. En 1930 la población de la ciudad de México casi se duplicó, al punto de contar con 1 029 068 habitantes y el D. F. con 1 229 576. Para 1940 ya había 1 802 679 habitantes en la ciudad de México y el D. F. tenía 1 757 530. Estas cifras nos hablan de un rápido crecimiento demográfico que llevó a que los viejos límites geográficos de la ciudad se vieran rebasados. Véase Pablo Piccato, *Ciudad de sospechosos...*, p. 346.

⁸¹ AHSS, FMG, SADM, caja 5, exp. 17, f. 1.

Millán propuso ante el Departamento Médico de la Beneficencia Pública una clasificación de los tipos de alcohólicos que serviría como base para el internamiento en La Castañeda, a falta de una legislación sobre enfermos mentales y alcohólicos en el país. Para él había tres tipos de alcohólicos: los que presentaban trastornos mentales permanentes o crónicos como estados demenciales, los que tenían psicosis agudas o estados delirantes como el *delirium tremens*, y, por último, los dipsómanos sin trastornos mentales constituidos y cuyas alteraciones aparecían solamente después de beber.⁸² Para los dos primeros tipos propuso que su ingreso se permitiera bajo la categoría de indigentes o no pensionistas, mientras que los últimos no podían compararse con los enfermos mentales “francos” y solamente podían ingresar como pensionistas de primera clase.⁸³

Dicha propuesta fue aprobada el 14 de enero de 1935 y se incorporó al reglamento de la institución,⁸⁴ condicionando la práctica clínica en el sentido de que las psicosis alcohólicas y los cuadros clínicos en los que el alcohólico deliraba son preponderantes en relación con los que presentaban intoxicaciones agudas o síntomas pasajeros. El *delirium tremens* se convirtió en el cuarto diagnóstico más empleado en el periodo y los casos de alcoholismo agudo y dipsomanía se redujeron considerablemente puesto que dejaron de ser considerados trastornos que necesitaran manejo psiquiátrico (véase cuadro 2).

Alfonso Millán fue muy enfático en que “los dipsómanos, por la naturaleza de sus trastornos, no ameritan internamiento en un establecimiento de la naturaleza del Manicomio General”, lo que puede explicar la notable reducción de este tipo de pacientes en este periodo. Para él, los dipsómanos planteaban al Estado un problema de asistencia social bastante complejo, ya que no se les podía abandonar en su situación; además, afirmó que eran

⁸² Los alcohólicos de tipo dipsómano comenzaron a ser enviados al Hospital Federal de Toxicómanos que inició funciones en 1931 en las instalaciones del manicomio. Los alcohólicos que no presentaban trastornos mentales antes de la bebida, al ser equiparables a los toxicómanos, eran ingresados a dicho hospital.

⁸³ AHSS, FMG, SADM, caja 17, exp. 15, f. 1.

⁸⁴ *Ibidem*, f. 2.

de una “peligrosidad social que no se puede desdeñar” por la influencia perjudicial que representaban a la familia e hijos, y por ser capaces de cometer “actos antisociales de mayor trascendencia y peligrosidad”.⁸⁵ Por lo tanto, los dipsómanos eran para él más comparables a los toxicómanos, por otros tóxicos como heroína o morfina, que al resto de los dementes. Los alcohólicos que sí ameritaban internamiento, según sus apreciaciones, constituían por lo menos el 20% de la población del manicomio, mientras que los dipsómanos no ameritaban internamiento pero sí constituían un peligro desde el punto de vista social por ser “incapaces de una vida de adaptación a la sociedad y que no pueden ser el sostén regular de la vida familiar, siendo capaces de reacciones antisociales graves”.⁸⁶

Este tipo de experiencias nos muestra que la labor de los médicos fue fundamental para entender el alcoholismo, al punto de que fueron portavoces en las propuestas de reglamentos y políticas de salud pública.⁸⁷ Sin embargo, en el círculo médico la discusión respecto del alcoholismo y su constitución como enfermedad mental siguió siendo confusa. Desde 1934 algunos médicos buscaron la forma de tratar el alcoholismo crónico y sus episodios de *delirium tremens* dando el carácter de entidad nosológica independiente a las dos enfermedades mencionadas.⁸⁸

⁸⁵ Millán, *op. cit.*, s/p.

⁸⁶ *Ibidem.*

⁸⁷ Por ejemplo, Leopoldo Salazar Viniegra, médico de La Castañeda, viajó a Ginebra en el año 1939 para participar como delegado en la Conferencia del Opio, a petición del entonces director de La Castañeda, el doctor Manuel Guevara Oropeza, quien envió una carta al Director General de Asistencia, el doctor Carlos Calderón, mencionando la existencia de problemas con el internamiento de toxicómanos, alcohólicos y su tratamiento en el medio manicomial. Se resolvió que Salazar Viniegra pasaría cuatro meses con goce de sueldo para que realizara en Suiza estudios acerca de dichos problemas. La propuesta fue aceptada y se comisionó también a Salazar Viniegra para que “en su representación, se sirva orientar los trabajos que desea realizar el Comité Central de Lucha contra el Alcoholismo, a fin de que por los informes de usted se estudie la manera de cooperar con la agrupación de referencia”. AHSS, FMG, SADM, caja 5, exp. 17, f. 31.

⁸⁸ Antonio Tena, “La acción del clorhidrato de emetina en el tratamiento del alcoholismo y sus complicaciones”, *Revista Mexicana de Psiquiatría, Neurología y Medicina Legal*, México, v. I, n. 4, 1934, p. 25-31; José Ayala Arredondo, *El clorhidrato de emetina en el tratamiento del alcoholismo crónico y su episodio*

También se hicieron estudios en 1942 sobre el alcoholismo crónico en los que se constituía como una entidad aislada.⁸⁹

La discusión se tornó problemática cuando Edmundo Buentello argumentó en 1944 que el alcoholismo crónico no constituía una entidad nosológica como tal, debido a que a ese estado llegaban “multitud de sujetos de todas las clases y de todos los tipos psicopatológicos y psiquiátricos”,⁹⁰ aunque sí proporcionaba ciertas características como egoísmo, cambios en los sentimientos altruistas, pérdida de sentimientos superiores, del honor, de la aptitud para el trabajo, con lo que rayaba en la vagancia y holgazanería por “aparición de un estado psíquico de especial inercia”.⁹¹

La elaboración del diagnóstico de alcoholismo fue notablemente ambigua a pesar de los intentos de clasificación. Como lo señalaron los médicos, la rápida desaparición de los síntomas de enfermedades mentales de los alcohólicos, reflejada en los cortos promedios de internamiento, fue uno de los inconvenientes para comparar este tipo de pacientes con los enfermos mentales “francos”. Aunque el promedio de duración del internamiento aumentó respecto del periodo anterior y pasó de 8.72 a 10.82 meses, era inferior comparado con los 22.57 meses que en promedio duraban internados los demás enfermos mentales. Además de ello se han encontrado casos en los que, debido a los estigmas sociales que podía tener un familiar en el manicomio, la familia ocultaba el alcoholismo del enfermo, por lo cual era difícil conocer la etiología del trastorno, elaborar el diagnóstico e implementar un tratamiento eficaz.⁹²

agudo, el delirium tremens, tesis de médico cirujano, Universidad Nacional Autónoma de México, 1934.

⁸⁹ José Sol, “El alcoholismo crónico”, *Revista Mexicana de Psiquiatría, Neurología y Medicina Legal*, México, v. 6, n. 36, 1940, p. 33-46.

⁹⁰ Edmundo Buentello, “Errores de conducta del alcohólico crónico y sus consecuencias sociales. La cantina como creadora de riesgos”, *Archivos de Neurología y psiquiatría de México*, Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría, México, v. VII, n. 1, 1944, p. 12-13.

⁹¹ *Ibidem*, p. 13.

⁹² Ejemplo de ello fue un paciente que ingresó el 26 de agosto de 1947 y no se pudo realizar un diagnóstico de presunción. El médico Pizarro Suárez anotó que para la elaboración del diagnóstico “habrá que deslindar hasta qué

El principal motivo de salida fue por solicitud familiar o del responsable. En el reglamento se especificaba que se podía conceder este tipo de alta siempre y cuando el paciente no tuviese cuentas pendientes con la ley. En ocasiones puede verse que algunos pacientes que salían por solicitud de su familia no se encontraban recuperados, lo que ocasionaba que los directores de la institución se opusieran a su salida; sin embargo, debían concederla por la solicitud realizada.⁹³

En una circular elaborada bajo la dirección del manicomio por Francisco Núñez Chávez en 1950, alertó éste a los médicos a que solamente recibieran enfermos con verdaderos síntomas mentales, debido a que “de los pabellones de observación se ha estado dirigiendo a mí con mucha frecuencia para manifestarme que en algunas guardias se reciben enfermos que no ameritan el internamiento y con ello se entorpece demasiado el trabajo de dichos pabellones de observación”, lo que demuestra que para entonces definir claramente la locura alcohólica era una labor difícil que obstaculizaba las tareas de la institución por el hacinamiento que generaban los alcohólicos, pues no presentaban “cuadros definitivos de enajenación mental”.⁹⁴

Aunque entre los años 1934 y 1953 se ahondó en el establecimiento de dichas categorías, la clasificación nosológica del alcoholismo continuó siendo ambigua y no constituía una entidad como tal, por lo que, para el final de este periodo, el alcoholismo es visto de nuevo como causa y no como enfermedad mental como tal, cuestión que fue fuertemente imbuida por la necesidad de reclasificar a los alcohólicos para solucionar el problema institucional

punto oculta la familia la aportación alcohólica para poder dar a ésta papel etiológico”, AHSS, FMG, SEC, caja 635, exp. 32899, f. 3.

⁹³ Muestra de ello es el caso de Balbino I., quien ingresó el 3 de agosto de 1940 con el diagnóstico de confusión mental alcohólica. Este paciente estaba siendo tratado con suero glucosado y nicotil, y 20 días después su cuadro psiquiátrico comenzaba a disiparse. En octubre del mismo año su padre solicita el alta y Edmundo Buentello contesta que “no está suficientemente recuperado. NO debe salir con permiso. Si insisten que salga de alta bajo su misma responsabilidad del solicitante” y se le concede el alta. AHSS, FMG, SEC, caja 457, exp. 23999, f. 9.

⁹⁴ AHSS, FMG, SADM, caja 47, exp. 1, s/f.

del hacinamiento. También puede afirmarse que los intentos de clasificación sintomática del alcoholismo llevaron a que paulatinamente el diagnóstico etiológico perdiera importancia y que la familia estuviera en constante diálogo con la institución psiquiátrica, internando o retirando a sus enfermos.

1954-1967: Alcoholismo, delirio, familia y sociedad

En el último periodo señalado, que va de 1954 a 1967, coincidieron varios fenómenos que nuevamente pusieron en cuestión la pertinencia de los bebedores en sitios como el manicomio. En este lapso los alcohólicos representaron el 14.3% de los ingresados a la institución y el 27.8% de los ingresos de bebedores durante todo el funcionamiento de La Castañeda (cuadro 1), cifra que aumentó considerablemente mientras que la población general decrecía, pues esta última pasó de constituir el 39.7% a tan sólo el 32.4% del total de la muestra.

Aunque desde 1940 hubo grandes transformaciones urbanas y el país tuvo una gran industrialización, en especial el Distrito Federal, lo que fue factor fundamental para que aumentara la población de la capital debido a la gran migración,⁹⁵ la población de alcohólicos en la institución no llegó a superar la del periodo inmediatamente anterior. Hay que señalar que durante estos años se aceleró un proceso gradual de descentralización de la asistencia psiquiátrica, que venía realizándose desde 1945, y el desmonte posterior del manicomio mediante la llamada *Operación Castañeda*, la cual llevó a su cierre en 1968 y a la apertura de granjas agrícolas alrededor del país.⁹⁶

⁹⁵ Para la relación de la migración, las transformaciones urbanas y el manicomio, puede verse Daniel Vicencio Muñoz, *Operación Castañeda: un intento de reforma asistencial de la psiquiatría en México, 1940-1968*, tesis de maestría en Historia, Universidad Nacional Autónoma de México, 2014.

⁹⁶ El primer hospital granja se fundó en San Pedro del Monte, León, Guanajuato, en 1945, y para el Distrito Federal se fundó el Hospital Granja “Bernardino Álvarez”. A partir de sus fundaciones comenzó la apertura de otros tipos de hospitales granja alrededor de México. En Guadalajara se fundó la Granja “La Esperanza” y en Morelia la Granja “Doctor José Torres”. A estos

Según el doctor Héctor M. Cabildo, subdirector de Salud Mental de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, el alcoholismo fue el quinto diagnóstico más empleado en La Castañeda, institución que representaba el 40% de las camas psiquiátricas del país. Esa posición se mantuvo entre 1957 y 1967 y generó gran preocupación debido a que “los daños psicosociales son de gran trascendencia, pues el 51% de los delitos de sangre y el 70% de los accidentes que conducen a la muerte están acompañados por el alcohol”.⁹⁷ Estas cifras que tomó del doctor Alfonso Quiroz Cuarón,⁹⁸ y de su propia autoría,⁹⁹ nos dan cuenta una vez más de esa constante asociación entre alcoholismo y violencia que se mantuvo vigente durante todo el funcionamiento del manicomio. Para este periodo desafortunadamente sólo se tienen datos acerca de un 1.4% enviados por diferentes delegaciones, 1.2% fueron enviados por sus familias, 1.0% por la policía, 0.5% por el Hospital General, 0.2% por voluntad propia y un 4.9% por otras instancias (véase cuadro 3). Sin embargo, a través de los expedientes podemos ver que las alteraciones del núcleo familiar por medio de la violencia fueron uno de los motivos que siguieron marcando el paso de un bebedor a la institución.

Como lo señaló en 1967 el doctor Mario Fuentes Delgado, había una estrecha relación entre la clínica y la observación de

establecimientos los siguieron los hospitales granja “La Salud”, fundado en 1961 en el Estado de México; “José Sayago” en Tepexpan, Estado de México; el “Cruz del Sur” en Oaxaca. Cercano a 1967 se fundaron dos hospitales más en el Estado de México y uno más en Puebla. Véase Carlos Tejada Ruiz, “Los hospitales granja”, *Salud Pública de México*, Secretaría de Salubridad y Asistencia, México, t. v, v. IX, n. 4, 1967, p. 587. El historiador Daniel Vicencio afirma que una de las causas del desmonte de La Castañeda fue que la capital fue buscada como destino por migrantes nacionales y extranjeros, especialmente en la década de 1960, lo que motivó, en parte, que se demoliera el manicomio y se construyeran unidades habitacionales. Véase Daniel Vicencio, *op. cit.*, p. 102; también puede verse Cristina Sacristán, “Un Estado sin memoria. La abolición ideológica de la institución manicomial en México, 1945-1968”, *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría*, Buenos Aires, n. 22, 2011, p. 314-317.

⁹⁷ Héctor Cabildo Arellano, “Consideraciones sobre el problema de la salud mental en México”, *Salud Pública de México*, Secretaría de Salubridad y Asistencia de México, t. IX, n. 4, 1967, p. 511.

⁹⁸ Alfonso Quiroz Cuarón, “Alcoholismo y criminalidad”, *Criminalia*, Academia Mexicana de Ciencias Penales, México, v. XXVI, n.10, 1960.

⁹⁹ Cabildo Arellano, *op. cit.*, p. 505.

las relaciones familiares a la hora de dar un diagnóstico y la debida asistencia. Para él era indispensable comprender el manejo que hacían los familiares con el enfermo mental, y “valorar la conducta irracional del paciente y en particular el grado de peligrosidad que pueda implicar su conducta; considerar la ruptura de la organización familiar”, no sin dejar de lado la consideración del desajuste emocional del miembro enfermo y el núcleo familiar; cuestión que por el “cúmulo de prejuicios y apreciaciones devalúan al enfermo como persona y a los propios familiares, a quienes la sociedad estigmatiza calificándolos como ‘familia de locos’”.¹⁰⁰ Por lo tanto, en muchos casos el internamiento por solicitud familiar se constituía como una herramienta para evitar el estigma acerca de que la locura del enfermo la había heredado de su familia.

En el expediente realizado a Pedro M., quien ingresó el 27 de mayo de 1955 con diagnóstico episodio psicótico alcohólico, puede verse que se convirtió en una amenaza para su núcleo familiar por su irritabilidad y su violencia, al punto de que su hermana tuvo que transportarlo desde Zamora en compañía de dos agentes de policía. Se anotó en su carta de ingreso lo siguiente:

Relata la hermana que siempre fue un individuo muy irritable. Desde hace unos 10 años se ha vuelto un alcohólico consuetudinario y ya lleva varios de embriagarse diariamente, al grado de que desde hace 6 meses ya no trabaja ni hace otra cosa que estar bebiendo todo el día. Desde hace 15 días ha manifestado que lo vigilan, lo persiguen, lo quiere envenenar la hermana, le dan toques, habla solo, no duerme, dice ver enmascarados en la noche que le hablan para decirle de cosas, etc. // Llega por su propio pie, no trauma reciente, se muestra rebelde, agresivo, le toma la mano a una persona y le dice que le está pasando el fluido para que le den toques, dice que su locura es la sed de las almas de la Santísima Trinidad, etc.¹⁰¹

Este caso, además de que ilustra acerca de la alteración del orden en el seno de la familia por medio de la violencia, se cons-

¹⁰⁰ Mario Fuentes Delgado, “Relaciones del enfermo mental con la familia y la sociedad”, *Salud Pública de México*, Secretaría de Salubridad y Asistencia, México, t. V, v. IX, n. 4, 1967, p. 525.

¹⁰¹ AHSS, FMG, SEC, caja 846, exp. 43449, f. 10.

tituyó en móvil para el ingreso de un bebedor al manicomio, y nos muestra también un cuadro clínico con síntomas definidos como las alucinaciones visuales, delirios de persecución y delirios místicos. También se puede ver la importancia que cobró el aspecto del abandono económico, tanto en la decisión del internamiento por parte de los familiares como por parte de los psiquiatras que vieron esto como un síntoma que podía ser útil en la elaboración del diagnóstico.

Durante este periodo hubo una transformación evidente en la forma de entender el alcoholismo. A partir de una cuestión marcadamente orgánica y hereditaria comenzó a abrirse paso una definición desde lo social y ambiental, como la propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) desde 1952, que caracterizaba a los alcohólicos como “bebedores excesivos cuya dependencia del alcohol afecta su salud física o mental, así como sus relaciones con los demás y su comportamiento social y económico”.¹⁰² Dicha definición distaba considerablemente de las realizadas durante la primera mitad del siglo XX y se mantuvo durante la segunda mitad, cuando el alcoholismo pasó a ser considerado como “una desviación social, como una enfermedad que debe analizarse tomando en consideración, entre otras, variables sociodemográficas tales como edad, sexo, estado civil, religión, educación, nivel socioeconómico y nacionalidad”.¹⁰³

Entre 1954 y 1968 se internó principalmente a aquellos bebedores que presentaban cuadros clínicos en los que predominaban la ingestión prolongada de bebidas alcohólicas, alucinaciones y delirios (véase cuadro 2). Los cuatro principales diagnósticos se refieren a los que habían sido señalados por Alfonso Millán como enfermos que podían compararse con los enfermos mentales “francos”. Los expedientes de este periodo son muy detallados en las descripciones de los síntomas y la evolución de la enfermedad, por lo que podemos ver que para el alcoholismo crónico se tenían en consideración, además de los síntomas ya mencionados, alucina-

¹⁰² Luis A. Berruecos Villalobos, “El alcoholismo en México: situación actual y perspectivas”, en Rafael Velasco Fernández (ed.), *Alcoholismo: visión integral*, México, Trillas, 1988, p. 75.

¹⁰³ Berruecos, *op. cit.*, p. 75.

ciones con puercos y elefantes, fugas en ocasiones, moderada disartria e ideas delirantes de tipo persecutorio.¹⁰⁴

En el caso de la psicosis alcohólica, además de la notoria clasificación sintomática, encontramos en los expedientes que se describen a gran detalle los contenidos de los delirios de la persona y sus comportamientos anormales. Santos M. ingresó al manicomio el 16 de julio de 1963 a solicitud de su madre, quien relató que la antigüedad del alcoholismo del enfermo databa de 15 años atrás, pero que a principios de mes “empezó a ver ratas y chinches y a mostrarse coprolálico”.¹⁰⁵ En la elaboración de su expediente intervino también la trabajadora social del pabellón, quien anotó la antigüedad del alcoholismo del enfermo y que éste “empezó con trastornos mentales hace 7 meses porque desde esa fecha bebe diariamente tequila y alcohol con agua. Presenta: insomnio, verborrea, alucinaciones visuales: ve ‘a su compadre’ y ‘animales’, su actitud es de temor, fácilmente se irrita, no come. Hoy está agresivo. Carece de atención médica”.¹⁰⁶ Este paciente fue dado de alta por desaparición de su padecimiento el 10 de septiembre de 1963 y el anuncio de su salida fue firmado por la trabajadora social Hermilia I. Arenas, lo que evidencia la especialización de la asistencia en materia de salud mental y la incorporación de nuevos saberes y oficios en dicha labor.

El *delirium tremens* ocupó el cuarto lugar en los ingresos del periodo (véase cuadro 2) y fue también descrito a detalle en los expedientes clínicos, lo que nos permite observar el interés por determinar hasta qué punto el medio y el desarrollo de la cotidianidad del individuo influían en el contenido del delirio. Por ejemplo, en el expediente de J. Trinidad, un alcohólico internado a solicitud de su esposa el 8 de octubre de 1966, se describió su constitución, así como las condiciones de nutrición, higiene y aliño de las que se menciona que eran malas. Se anotaron las palabras del paciente, que se creía perseguido y afirmaba que “lo celan con mujeres, que ha robado herramienta, que a dos muchachas les

¹⁰⁴ AHSS, FMG, SEC, caja 1126, exp. 54764, f. 2.

¹⁰⁵ *Ibidem*, f. 1.

¹⁰⁶ AHSS, FMG, SEC, caja 1126, exp. 55549, f. 4.

ha levantado el vestido”. Aunque su lenguaje era incoherente por momentos, enunciaba y construía bien lo que decía. En su entrevista se anotó que:

Habla de Alucinaciones auditivas y visuales; ha visto gatos, las personas se convertían en gatos; luego unos alambres emergieron del apagador y uno se enrolló en su cuerpo y otro se le introdujo en el oído. Luego habla de grabadoras y de que en el momento de la entrevista “le pasaron otro transmisor, un alambre que entrándole por un oído le salió por el otro después de haber dado algunas vueltas en su rededor. Estaban pasando “Canciones Rancheras que le estaban acomodando”. “Ahora que ya sabe la verdad (?), tiene miedo porque la señora que se acercó a pulir es su comadre. Acepta que es alcohólico desde los 10 años de edad y bebe a diario, “pues sólo así puede comer”, niega crisis convulsivas. Informa la esposa que bebe desde que ella lo conoció, 8 años atrás, bebe a diario alcohol en infusión de hoja de naranjo, medio litro de alcohol puro en las 24 horas. Solamente sabe trabajar intoxicado y toda su vida lo ha hecho igual. Es su primer episodio psicótico. Desde 15 días atrás su conducta ha sido extraña, se incorpora en la madrugada, y externaba ideas delirantes de daño y perjuicio, creyendo que lo van a matar. Insomnio pertinaz y falta absoluta de alimento. Desde tres días atrás ha estado alucinado y delirante siendo que por eso lo internan.¹⁰⁷

Como puede verse en la historia de este paciente se tienen en cuenta aspectos que anteriormente eran poco profundizados por parte de los psiquiatras. El contenido del delirio y las ideas de persecución son descritos para construir el diagnóstico de *delirium tremens*, haciendo énfasis en las alucinaciones visuales que le producen los temores de morir, síntoma que, como vimos con anterioridad, es señalado por los médicos como constitutivo de dicho diagnóstico. La palabra de la esposa, quien aseguró que desde que lo conoció era un bebedor, se convirtió en clave para asegurar la cronicidad del alcoholismo de tal modo que pueda desarrollarse el delirio que llevó a su internamiento.

El principal motivo de salida fue la solicitud familiar (véase cuadro 4). Respecto de la relación del enfermo mental con su familia y su comunidad, el doctor Mario Fuentes le otorgó gran

¹⁰⁷ AHSS, FMG, SEC, caja 1186, exp. 60574, f. 2.

importancia a la labor de los médicos psiquiatras en el campo de la educación y la difusión en los grupos familiares para transformar los prejuicios en informaciones lógicas y técnicas, de modo que se lograra una cabal comprensión del enfermo mental. De este modo, las propuestas del doctor Fuentes instaban a que se realizara una “conveniente cooperación para orientaciones terapéuticas” en el seno familiar, en caso de ser factible. También advirtió que las instituciones psiquiátricas cada vez estaban más orientadas a la asistencia del enfermo en el medio social, es decir, se intentaba mantener el vínculo familiar y del paciente con la comunidad.¹⁰⁸

Pese al grado de complejidad que se detalló en las descripciones de los síntomas y a que los tipos de alcohólicos que se admitieron fueron los que presentaban trastornos mentales como constantes alucinaciones, delirios y accesos de violencia, el promedio de duración del internamiento durante estos años se redujo considerablemente, pues pasó de 10.82 en el periodo anterior a tan sólo 6.35 meses, cuestión que está íntimamente relacionada con el alto porcentaje de retirados por la familia y el gran número de altas por remisión.

Respecto de la muerte de pacientes psiquiátricos, el doctor Cabildo señaló que había mejorado la atención del enfermo mental, ocasionando que los porcentajes de mortalidad comenzaran a disminuir. Alertó además acerca de que solamente los trastornos vasculares del sistema nervioso central continuaban en ascenso y representaban un problema por resolver. Cabildo argumentó que la esperanza de vida había aumentado, lo que le resultaba preocupante debido a que la población psiquiátrica podría empezar a desarrollar psicosis seniles y preseniles.¹⁰⁹ Tales motivos pueden explicar la disminución de las altas por muerte y explicar también el alto número de pacientes en estado de cronicidad que se mencionaron anteriormente.

Por medio de los expedientes puede verse que los tratamientos también se transformaron y tuvo gran acogida en La Castañeda

¹⁰⁸ Fuentes Delgado, *op. cit.*, p. 528-529.

¹⁰⁹ Cabildo, *op. cit.*, p. 512.

la implementación de productos de la industria farmacológica. Se realizaron tratamientos con vitamina B1 y Calcibronat,¹¹⁰ se utilizó el Largactil y Dextrevit.¹¹¹ Este último, acompañado de Dextrabbot (reactivador energético), se empleó para tratar casos de *delirium tremens*.¹¹² Además se implementaron propuestas externas al ámbito médico como charlas por parte del Grupo Valle de México de Alcohólicos Anónimos en el Manicomio desde 1965.¹¹³

CONSIDERACIONES FINALES

Los alcohólicos en el Manicomio General La Castañeda fueron una población muy numerosa que, dadas las características de sus padecimientos, motivaron constantemente la discusión acerca de si éstos podían compararse con el resto de enfermos mentales que sí presentaban trastornos psiquiátricos. En este sentido puede hablarse de una notoria ambigüedad en los criterios de internamiento de los alcohólicos ya que, como se mencionó, la definición

¹¹⁰ AHSS, FMG, SEC, caja 929, exp. 47564.

¹¹¹ AHSS, FMG, SEC, caja 1126, exp. 54764.

¹¹² AHSS, FMG, SEC, exp. 61374.

¹¹³ Se diseñó un “plan de cooperación” entre Alcohólicos Anónimos y la Castañeda para solventar el problema de los casos “reingreso”. Dicho proyecto estuvo impulsado por la doctora Victoria Andaluz, adscrita al Pabellón de Observación de La Castañeda. AHSS, FMG, SADM, caja 17, exp. 15, s/f. Alcohólicos Anónimos es una sociedad civil proveniente de Estados Unidos que ha sido altamente efectiva en la recuperación de alcohólicos. En México comenzó a consolidarse en la década de 1950. En 1956 se fundaron los dos primeros grupos sólidos del país y para 1969 ya existían 238. Posterior al cierre de La Castañeda, esta organización tuvo un crecimiento acelerado, llegando a 2 500 grupos en 1980 y 8 761 grupos en 1985. Véase *Alcohólicos Anónimos en México. Segunda parte*, México, Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos, 2013, p. 61. La propuesta de A. A. está basada en una tradición de “12 pasos” en los que el alcohólico lleva a cabo una fuerte experiencia espiritual que termina por llenar los vacíos personales que lo llevan a ingerir alcohol, postura que, según señala la historia oficial de la organización, fue fuertemente influida por el psicólogo y psiquiatra suizo Carl Jung. Véase Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos, *Alcohólicos Anónimos llega a su mayoría de edad. Una breve historia de Alcohólicos Anónimos*, 24a. ed., México, Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos, 2013, p. 9.

del alcoholismo desde lo médico o psiquiátrico estaba mediada notoriamente por la aceptación cultural de las bebidas. Todo ello ayudó a explicar que, pese a que fueron el segundo grupo poblacional más grande dentro de la institución, su permanencia en ella y la capacidad terapéutica que les pudiese ofrecer el confinamiento psiquiátrico siempre estuvo en duda por los mismos psiquiatras.

En cuanto a la realización del diagnóstico de alcoholismo y sus diferentes formas, el trabajo con los expedientes clínicos y los escritos médicos de la época nos permiten afirmar que durante los 58 años de funcionamiento de La Castañeda se dieron transformaciones en la forma de los criterios y síntomas que observaron los psiquiatras. Hay que recalcar que de un diagnóstico principalmente etiológico en los inicios del manicomio paulatinamente se cambió hacia un diagnóstico que considerara las manifestaciones propias de la locura generada por el consumo de alcohol durante la década de 1930. Este proceso estuvo motivado por las necesidades institucionales de albergar a los enfermos con verdaderos síntomas mentales y por el interés de los médicos en observar las manifestaciones propias de la cantidad elevada de bebedores que llegaban al manicomio.

Para la década de 1960, con la recepción de teorías psiquiátricas norteamericanas en las que se daba una concepción holística de la enfermedad mental, y el eco de los postulados de la OMS en los que se consideraba el alcoholismo como una “desviación social”, en las causas y el diagnóstico del alcoholismo comenzaron a tener mayor peso aspectos como las relaciones familiares y la integración del individuo a la economía, lo que nos permite afirmar que los criterios médicos se distanciaron considerablemente de las concepciones biologicistas de la enfermedad mental que se tenían a principios de siglo. Se puede afirmar que la medicalización del alcoholismo fue evidente en tanto que pasó de un criterio moral a uno estrictamente médico; sin embargo, su inserción en el campo de la teoría psiquiátrica fue débil debido a su ambigüedad como enfermedad mental. Por tal motivo, es necesario señalar que éste es un primer acercamiento a la problemática y que se requieren estudios posteriores para poder

corroborar si el alcoholismo durante la posrevolución fue un problema psiquiátrico.

La variación en las concepciones sobre alcoholismo en los últimos años analizados y la falta de respuesta terapéutica adecuada en la institución psiquiátrica resaltan la importancia que cobraron otro tipo de conocimientos diferentes al ámbito médico/psiquiátrico. Con esto se hace referencia a la labor de los trabajadores sociales y organizaciones civiles como Alcohólicos Anónimos que, hasta el día de hoy, han demostrado una alta efectividad en el tratamiento del alcoholismo. Además de ello, el papel de la familia y la comunidad siempre estuvo como intermediario entre el enfermo y la institución, procesos que se fortalecieron en los albores del cierre del manicomio. En cierto sentido, el alcoholismo fue un hábito considerado como una enfermedad mental ambigua no sólo por los médicos sino por el entorno social.

ANEXO CUADROS ESTADÍSTICOS

CUADRO 1

Ingresos por alcoholismo en cada periodo.
Porcentajes calculados en relación con el total de ingresos registrado en la muestra y con el total de alcohólicos

<i>Periodo</i>	<i>Porcentaje respecto del total de ingresos del periodo</i>	<i>Porcentaje respecto del total de alcohólicos</i>
1910 a 1919	28.4	17.0
1920 a 1933	22.2	23.6
1934 a 1953	13.3	31.6
1954 a 1968	14.3	27.8
TOTAL	N/A	100

FUENTE: BD-PAPIIT.

CUADRO 2
Diagnósticos de alcoholismo, 1910-1968
(porcentaje)

<i>Diagnóstico</i>	<i>Porcentaje del total de alcohólicos</i>	<i>1910 a</i>	<i>1920 a</i>	<i>1934 a</i>	<i>1954 a</i>
		<i>1919</i>	<i>1933</i>	<i>1953</i>	<i>1968</i>
Psicosis alcohólica	42.5	54.6	34.5	49.5	34.1
Alcoholismo crónico	24.2	16.6	37.0	11.9	32.0
Alcoholismo	6.7	8.6	9.9	5.1	4.7
Alucinosis alcohólica	5.5	0.0	1.7	3.9	13.8
<i>Delirium tremens</i>	5.5	3.1	4.8	5.7	7.2
Alcoholismo cerebral	4.3	0.0	0.6	12.9	0.2
Confusión mental alcohólica	4.3	4.3	6.6	4.9	1.6
Sin clasificar	2.0	3.4	0.2	1.7	3.1
Alcoholismo agudo	1.9	7.4	2.1	0.3	0.3
Korsakoff	1.8	0.9	2.3	1.8	1.7
Dipsomanía	1.4	1.1	0.4	2.3	1.2
TOTAL	100	100	100	100	100

FUENTE: BD-PAPIIT.

CUADRO 3
Instancias remitentes de alcohólicos entre 1910 y 1968
(porcentaje)

<i>Instancias remitentes</i>	<i>Porcentaje total</i>	<i>1910 a 1919</i>	<i>1920 a 1933</i>	<i>1934 a 1953</i>	<i>1954 a 1968</i>
Sin dato	33.8	0.0	1.0	26.5	90.6
Policía	15.9	21.4	50.0	0.6	1.0
Beneficencia Pública*	13.3	9.4	26.9	16.9	0.0
Orden del gobernador	7.5	43.1	0.8	0.0	0.0
Asistencia Pública	6.8	0.0	0.0	21.6	0.0
Familiar	6.4	12.9	6.8	7.2	1.2
Otros	4.9	5.4	4.5	4.3	4.9
Secretaría de Salubridad y Asistencia	4.2	n.a.	n.a.	13.3	0.0
Delegación	2.8	0.0	0.2	7.4	1.4
Ayuntamiento	1.4	0.6	5.4	0.0	0.0
Cárcel	0.8	1.1	0.6	1.5	0.2
Hospital General	0.7	0.9	1.2	0.3	0.5
Voluntad propia	0.6	1.4	0.8	0.3	0.2
Hospital Militar	0.5	0.9	1.7	0.0	0.0
Hospital para hombres dementes**	0.5	2.9	n. a.	n. a.	n. a.
TOTAL	100	100	100	100	100

* La Beneficencia Pública envió personas hasta el año 1937, cuando aparece Asistencia Pública que envió personas al manicomio entre 1938 y 1943. Posteriormente, la institución que los absorbe es la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

**Éste era el antiguo Hospital de San Hipólito. Una vez construida La Castañeda, sus pacientes fueron trasladados allí, por lo que el hospital para hombres dementes deja de figurar como una instancia remitente para el resto de los periodos.

FUENTE: BD-PAPIIT.

CUADRO 4
Tipos de alta en los alcohólicos, 1910-1968
(porcentaje)

<i>Tipos de alta</i>	<i>Porcentaje del total de alcohólicos</i>	<i>1910 a</i>	<i>1920 a</i>	<i>1934 a</i>	<i>1954 a</i>
		<i>1919</i>	<i>1933</i>	<i>1953</i>	<i>1968</i>
Solicitud de familia o responsable	29.1	14.0	23.3	34.7	37.1
Muerte	18.0	26.3	24.0	17.4	8.6
Remisión	17.6	0.0	2.9	21.3	36.7
Curación	9.7	45.7	7.9	0.2	0.0
Mejoría	8.8	5.4	32.6	0.2	0.3
No regresó del permiso	7.0	1.4	2.1	16.2	4.2
Fuga	4.4	0.6	0.8	4.9	9.1
Sin dato	2.0	1.4	2.9	1.8	1.7
No ameritar internamiento	1.4	1.7	1.9	1.8	0.2
Traslado	1.3	0.0	1.0	1.4	2.1
Solicitud del paciente	0.6	2.9	0.4	0.0	0.0
Orden de alguna autoridad	0.1	0.6	0.2	0.0	0.0
Término del tratamiento	0.0	0.0	0.0	0.2	0.0
TOTAL	100	100	100	100	100

FUENTE: BD-PAPIIT.



TOXICOMANÍAS

JOSÉ LUIS PÉREZ GONZÁLEZ

Instituto Nacional de Antropología e Historia
Coordinación Nacional de Conservación del Patrimonio Cultural

Introducción

En los postreros años del siglo XIX, el médico mexicano José Olvera declaraba que ninguno que caía en el vicio del narcotismo dejaba de encontrar quién lo habilitara para fomentar la mala costumbre. La patogenia del morfinismo, del cocainismo, comenzaba, según este médico, en el estado neuropático que producía sufrimiento verdadero, intenso, que exigía remedio urgente, debido a que estas dos sustancias narcóticas eran comúnmente utilizadas por la medicina en el alivio del dolor agudo y en el “insomnio que atormenta a los nerviosos y ancianos”.¹ No obstante, la declaración de Olvera sirve para ilustrar un aspecto del problema médico y social que estaba a punto de acrecentarse: la toxicomanía, pues la verdadera preocupación clínica era la adicción que podría traer como consecuencia el uso desmedido de estos psicoactivos, ya que:

A ninguno a quien se pica por primera vez con la aguja de la jeringa le agrada, pero el alivio en el padecer es tan pronto, tan dulce, que se olvida lo que duele el piquete, lo que arde la inyección, y al volver el más ligero dolor se pide la jeringa; si el médico la niega, entonces empieza la simulación del neurópata y se exagera el sufrimiento, finge que ya no puede resistir, y si el médico es débil, se repetirá la comedia diariamente hasta que el maniático se provea de instrumento y asegure el modo de adquirir la morfina, entrando

¹ José Olvera, “Expendio libre de yerbas medicinales, de venenos y otras drogas peligrosas”, *La Farmacia*, Sociedad Farmacéutica Mexicana, México, t. VI, n. 12, 1897, p. 268.



Figura 1. Las drogas malditas. FUENTE: Biblioteca Academia Nacional de Medicina, *Revista Mexicana de Ciencias Médicas*, t. I, n. 1, 1925

desde entonces en la categoría de aquellos a quienes nunca les falta con qué emborracharse.²

Peor aún era el uso de la marihuana, pues, a diferencia de las dos sustancias anteriormente citadas, el “cáñamo indio” tenía un fácil acceso y sólo bastaba un “cigarrillo” para que el novicio se hiciera un profeso infeliz, hasta llegar a la estupidez o terminar en el cadalso. El argumento de Olvera indicaba que la marihuana enervaba, producía alucinaciones halagüeñas, expansión de ánimo, turbulencia que causaba, como consecuencia, exaltación y delirio impulsivo.

Sin embargo, el discurso en contra de las “drogas” no se limitaba al aspecto médico, ya que sólo basta revisar la prensa de la época para encontrar noticias de crímenes cometidos bajo los efectos de alguna sustancia de psicoactivos. Inclusive este interés por los delitos causados bajo los efectos de estas sustancias los retomaban los médicos para advertir de su uso. Volvamos

² *Ibidem.*

al médico Olvera, pues éste afirmaba que, aunque el uso del “cáñamo indio” se encontraba en todas las regiones en donde nacía la planta y era ingerido en sustancia sólida o líquida o en humo, en ninguna parte del mundo la yerba causaba tan fatales excesos como en la República Mexicana.

Es cierto que en las otras regiones el delirio que determina la marihuana es turbulento, pero en nuestro país llega al furor, a la impulsión terrible y ciega que conduce al asesinato y creo que se puede pensar con fundamento que esta forma funesta de embriaguez tóxica es debida a dos circunstancias que acompañan a la absorción del veneno que se fuma simultáneamente con el tabaco, y casi todos los marihuanos son alcohólicos, de manera que el delirio de estos desgraciados es parecido al que sobreviene en el periodo de excitación que se observa en repetidas veces en los alcohólicos.³

Vemos, pues, que, aunque este discurso evoca las problemáticas de estas sustancias en los años finales del siglo XIX, ilustra de alguna manera las discusiones médicas y sociales que traían consigo las toxicomanías, discursos que se refinaron con la llegada del siglo XX, periodo en que se “patologizó” y “criminalizó” el uso de estas sustancias. El número de pacientes internados por toxicomanía en el Manicomio General La Castañeda evoca no sólo la problemática social de estas sustancias, sino también la visión médica de su tratamiento, pues de entrada fueron considerados como enfermos mentales que debían ser tratados con terapias psiquiátricas. La construcción del imaginario en torno a los consumidores de drogas como sujetos que no tenían control de sus actos, e incapaces de lidiar con sus pasiones, fueron elementos que se sumaron a la idea de ser considerados enfermos mentales, por lo que La Castañeda era el espacio indicado para ingresar a las personas que tenían alguna adicción.

No es de extrañar, entonces, que el 3.3% de la población que ingresó al Manicomio La Castañeda durante sus 58 años de funcionamiento fue diagnosticado como toxicómano. El término toxicomanía era usado para referirse, de manera genérica, a las

³ *Ibidem*, p. 269.

diversas formas de observar los síntomas de los pacientes intoxicados por alguna sustancia considerada como psicoactiva. Ese primer diagnóstico se caracterizaba por la droga que era utilizada por el interno. Así encontramos la toxicomanía por el uso de heroína, marihuana, morfina, cocaína o la combinación de alcohol y marihuana; el término toxicomanía también era empleado para referirse a la toxifrenia exógena (eucodal) y al trastorno mental por origen tóxico, estos dos últimos ligados también con la marihuana. En ocasiones el término genérico de toxicomanía era anotado en el libro de ingreso como primer diagnóstico. Sin embargo, en algunos casos, al revisar las historias clínicas se puede determinar la sustancia utilizada por el toxicómano.

Así pues, el objetivo de este texto es elaborar un análisis cuantitativo y cualitativo de los pacientes que ingresaron con algún diagnóstico relacionado con las toxicomanías en el Manicomio General La Castañeda y en el Hospital Federal de Toxicómanos, en el periodo que comprende los años de 1910 a 1968. Las principales fuentes son dos bases de datos: la primera corresponde al 20% del total de los expedientes del Hospital Federal de Toxicómanos de 1933 a 1948 y la segunda atañe al 20% del total de los ingresos al Manicomio General La Castañeda entre 1910 a 1968.

Y aunque en el hospital se dio un ingreso considerable de alcohólicos, el 15%, no comentaremos los datos de esta población y nos enfocaremos principalmente a los consumidores de marihuana, heroína, morfina y opio, tomando en cuenta que existe un apartado que aborda la población de alcohólicos y que el ingreso de alcohólicos se da precisamente durante la Campaña Contra el Alcoholismo y otras Toxicomanías, tópico que es tratado en dicho texto.

De la cárcel al manicomio

Durante la segunda mitad del siglo XIX el control y la inspección sobre expendios de drogas y medicinas trajo como consecuencia la promulgación de leyes que prohibían la venta de sustancias medicinales fuera de las “oficinas de farmacia”. Tal era el caso de

la promulgada en enero de 1842 y de un reglamento sobre boticas, almacenes y fábricas de drogas en noviembre de 1846 que respondía, la mayoría de las veces, a frenar la práctica de la adulteración de las sustancias.⁴ En 1870 se pretendió establecer limitaciones al uso y venta de algunas sustancias consideradas nocivas para la salud. Entre éstas se llegó a mencionar especialmente —como drogas— el láudano, la “adormidera” y la marihuana.

Para el año de 1878 se aprobó un reglamento más sobre boticas y droguerías en la ciudad de México. Éste pretendía aplicar sanciones a quien vendiera lo que para entonces se denominaba “medicamentos peligrosos” sin solicitar la receta médica y cuando no fueran atendidos por profesional farmacéutico.⁵

Dichas disposiciones muestran el interés por parte de las autoridades por controlar la venta y el consumo de toda clase de compuestos químicos, pues algunos de ellos, como los clorhidratos de morfina, se comercializaban bajo un limitado control. Sin embargo, una vez entrado el siglo XX, la reglamentación en torno a la producción, comercio y consumo de medicamentos y drogas se intensificó.⁶ La clasificación y denominación de las sustancias nocivas para la salud quedaron condensadas en el término “drogas enervantes”. Esto sucedió en 1927, al aprobarse el Código Sanitario y sus reglamentos. Así pues, se clasificó como “drogas enervantes” el opio en sus diversas formas, la morfina —sus sales y derivados—, la cocaína —sus sales y derivados—, la heroína —sus sales y derivados—, las adormideras, las hojas de coca, la marihuana en cualquiera de sus formas, y “los preparados que contengan algunas de las sustancias señaladas anteriormente”.⁷

Si bien las primeras reglamentaciones iban encaminadas a normar la venta y la calidad de los “medicamentos peligrosos”, es evidente que desde principios del siglo XX empezaron a adquirir forma las prohibiciones y limitaciones hacia el consumo de la marihuana y otras sustancias. En 1916 el gobierno de Venustiano

⁴ AHSS, *FSP*, SIF, legajo 1, exp. 73.

⁵ AHSS, *FSP*, SIF, caja 2, exp. 30.

⁶ Destacan los reglamentos y decretos de 1903, 1905, 1917, 1920 y 1923.

⁷ AHSS, *FSP*, SSJ, caja 8, exp. 3.

Carranza decretó la ilegalidad de su producción, comercio y consumo en todo el territorio mexicano. El decreto carrancista otorgaba al Departamento de Salubridad la facultad de importar y distribuir drogas como el opio en bruto, la morfina, la heroína y la cocaína, por lo que podría otorgar las concesiones y los registros de todas las sustancias sometidas a control estatal.⁸ A su vez, este decreto tuvo que enfrentar la situación política del país y la creciente red de importadores y distribuidores, de todos los niveles, así como la creciente corrupción de las autoridades.

En los debates del Congreso Constituyente de 1917, el doctor José M. Rodríguez propuso que se establecieran disposiciones “dictadas para corregir esta enfermedad de la raza proveniente principalmente del alcoholismo y del envenenamiento por sustancias medicinales como el opio, la morfina, el éter, la cocaína y la marihuana...”⁹

Un elemento que preocupaba era la producción y comercialización de las drogas y, al respecto, se listó una serie de limitaciones sobre el comercio de productos que podían “ser utilizados para fomentar los vicios que degeneren la raza y sobre el cultivo de plantas que pueden ser empleadas con el mismo fin...”¹⁰ Dichas medidas quedaron plasmadas en el *Diario Oficial* el 15 de marzo de 1920, donde se menciona que será el Departamento de Salubridad el que dará los permisos para importar opio, morfina, heroína y cocaína. Las disposiciones prohibían el cultivo y el comercio de la marihuana y la limitación del cultivo y la extracción de los productos de la adormidera.

La situación legal para los consumidores no era muy alentadora, ya que en el artículo 521 del Código Penal de 1929 se indicaba que la autoridad legal competente tenía la facultad para internar por todo el tiempo que fuese necesario a toda persona que hubiera adquirido el “vicio” de ingerir o usar, en cualquier

⁸ AHSS, FSP, SSJ, caja 2, exp. 3.

⁹ Sergio García Ramírez, *Delitos en materia de estupefacientes y psicotrópicos*, México, Trillas, 1977, p. 33, y *Diario de Debates del Congreso Constituyente, 1916-1917*, México, Instituto Nacional de Estudios Históricos de las Revoluciones en México, 1985, t. II, p. 647.

¹⁰ AHSS, FSP, SSJ, caja 2, exp.3.

forma, sustancias nocivas para la salud, drogas enervantes o plantas prohibidas. El artículo 522 señalaba que se recluiría a todo aquel que, sin prescripción médica que llenase todos los requisitos, estuviera o acostumbrara a estar bajo la influencia de alguna droga enervante. La reclusión podría durar hasta la completa curación del toxicómano.

No obstante las disposiciones y las preocupaciones por parte de las autoridades civiles y médicas en contra del uso de los narcóticos, los ingresos al Manicomio La Castañeda son, en los primeros treinta años, relativamente bajos en comparación con otras enfermedades, por ejemplo el alcoholismo. Como se observa en la gráfica 1, es a partir de 1938 que inicia un ingreso importante por parte de los toxicómanos, pero ese incremento dura tan sólo unos cuantos años. Por tanto, la pregunta sería: ¿dónde se realizaba la atención médica a estos enfermos?

Como se señaló anteriormente, las disposiciones legales en relación con las toxicomanías, y en especial con quienes las consumían, se dirigían a criminalizar su comercialización, al igual que el hábito de consumo. Por tanto, no es extraño encontrar que el sitio de confinamiento de los consumidores fuera la cárcel. En esos años los toxicómanos eran internados en una crujía especial de la Penitenciaría del Distrito Federal, en donde no se desarrollaba una terapia efectiva dadas las circunstancias de aislamiento y de insalubridad, por lo que los internos se consideraban presos y no en hospitalización.

Con la demolición de la cárcel de Belem en 1933, fue preciso establecer la prisión preventiva en la penitenciaría, razón por la cual hubo que desocupar la crujía “F” de la misma. En vista de lo anterior, el Departamento de Salubridad se vio obligado a habilitar un hospital de toxicómanos en el local de la calle de Tolsá, destinado anteriormente a Inspección de Sanidad, donde las condiciones no eran suficientes para considerarlo un espacio adecuado para el tratamiento y desintoxicación de los toxicómanos. La atención regular de los toxicómanos se desarrollaba en la Oficina de Consignaciones, donde se realizaban las primeras observaciones. El local se arregló con la finalidad de que tuviera carácter de hospital, aunque necesitaba elementos que mantuvieran

el orden de la reclusión. En dichos establecimientos se mantenía un promedio de 350 enfermos de primer ingreso y los reingresos oscilaban de uno a cinco.

Las condiciones en que se encontraban dichos espacios demuestran la deficiencia del servicio por falta de recursos. La cruja no contaba con los medios satisfactorios para el tratamiento de los toxicómanos, por lo que no se llevaban adecuadamente las exploraciones clínicas, ni la aplicación satisfactoria de los tratamientos. En el local preventivo del Departamento de Salubridad las condiciones no eran mejores: los pacientes permanecían un promedio de cinco días en condiciones insalubres, en pleno piso de cemento y en promiscuidad con los detenidos por infracciones al código sanitario.

La organización del servicio de toxicomanías del Departamento de Salubridad Pública presentaba algunas deficiencias y lagunas, las cuales se agrupaban en técnicas y de orden administrativo o económico. Desde el punto de vista técnico, el servicio estaba formado por un director del hospital y dos médicos subauxiliares, estos últimos comisionados uno en el hospital y el otro en la Oficina de Consignaciones. El médico de esta oficina, aun cuando teóricamente tenía la misma responsabilidad del que estaba en el Hospital de Toxicómanos, desempeñaba una actividad considerada de mayor trascendencia, ya que era el responsable de los diagnósticos y dictámenes que se realizaban para declarar a un individuo como toxicómano.¹¹

Los diagnósticos y dictámenes que hacía el médico de la Oficina de Consignaciones servían para remitir a los aprehendidos al hospital o para dejarlos en libertad. Cuando un individuo era remitido al hospital se hacía con una orden del Servicio Jurídico en la cual no iba ninguna especificación de índole médica, de tal manera que el médico del hospital recibía al enfermo ignorante de la causa o las condiciones en que iba remitido. Se sabía que se estaba remitiendo a un toxicómano, pero había

¹¹ Por lo general, los oficios tenían como información la fecha de ingreso, la instancia remitente, una somera descripción del examen médico y la descripción de los signos y síntomas por la intoxicación. Al final el médico en turno firmaba para señalar que el sujeto quedaba en tratamiento.

ocasiones en que el individuo era trasladado en calidad de sospechoso, o podía verter una declaración distinta en el Servicio Jurídico, por lo que se pedía que al ser remitido un individuo se consignara, en un oficio adjunto, la serie de observaciones médicas que se le habrían hecho, especificando claramente la clase de toxicomanía.

Respecto de la labor que desempeñaba el médico adscrito al hospital, podemos decir que estaba en contacto directo con los enfermos, aunque en los informes se mencionaba que, al realizar sus visitas y examinarlos, quedaba impresionado por las mentiras, las súplicas y las simulaciones de los asilados, ordenando las altas sin tomar en consideración que precisamente todas estas súplicas eran uno de tantos síntomas de la constitución mental de los toxicómanos, quienes empleaban lo que fuera para lograr su objetivo: salir. Esta situación podría explicar algunas de las altas que se otorgaban después de unos cuantos días de haber ingresado. El médico del hospital es el que debía establecer los tratamientos; por un lado, el deshabetuarlos en cualquiera de las formas clásicas (brusca, rápida o lenta) y, por otra, el retenerlos un tiempo más o menos largo, para que cuando salieran no cayeran nuevamente en el hábito.

En cuanto a las actividades administrativas se requería tener un sistema para registrar en forma estadística y para el mejor control de cada asilado, en el cual se anotara el nombre de cada individuo, los ingresos del día, la clase de toxicomanía, la cantidad de morfina inyectada a cada uno, la cantidad y clase de otros medicamentos que se les administraban, que se verificaran las altas diariamente y las observaciones diarias al margen. Es evidente que tanto las instalaciones como el servicio que se prestaba por parte del personal no alcanzaban para cubrir las actividades cotidianas.

Al respecto, el director del hospital para toxicómanos, doctor Everardo Landa, lanzaba las siguientes propuestas:

el tratamiento de los enfermos requería tres meses de permanencia en el hospital, con el objeto de lograr no sólo la desintoxicación sino lo más importante, intentar la curación; prolongar los turnos de los médicos, con el objeto de que cada médico pueda observar mejor

a sus pacientes y formar las historias clínicas respectivas; que los marihuanos se les interne en el hospital sistemáticamente y no se les permita salir de la oficina de consignaciones con el fin de poder realizar un estudio clínico de la respectiva toxicomanía.¹²

Al parecer también existía una carencia significativa de materiales de clínica, especialmente instrumentos y útiles diversos de exploración, además de no contar con formas especiales para la redacción de historias clínicas.

El 6 de febrero de 1934, en el local que ocupaba el hospital de toxicómanos en la calle de Tolsá número 48, se da la entrega del hospital al nuevo administrador, Agustín Dupond. Durante ese año se gesta un movimiento administrativo que será clave para el devenir de los toxicómanos atendidos tanto en La Castañeda como en lo que será el Hospital Federal para Toxicómanos: la firma del contrato entre el general José María Tapia, como jefe y en representación de la Beneficencia Pública del Distrito Federal, y por el doctor Manuel F. Madrazo, jefe del Departamento de Salubridad Pública, para el funcionamiento del Pabellón de Toxicómanos, construido en el Manicomio General.

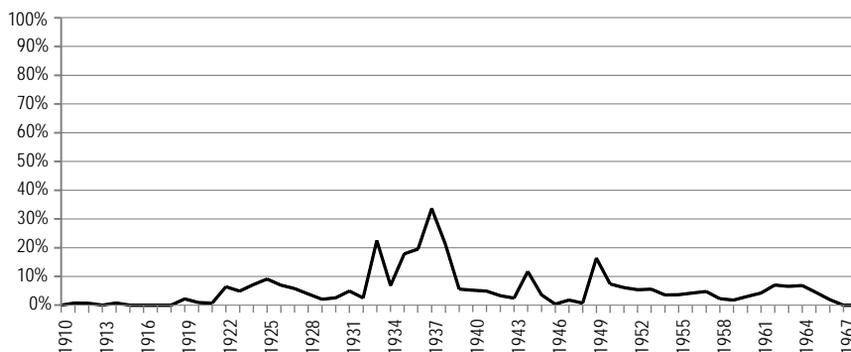
En el contrato se mencionaba que, debido a que el Pabellón de Toxicómanos fue construido en terrenos de propiedad del Manicomio General y que los gastos de esa construcción se hicieron tanto con fondos del Departamento del Distrito Federal, cedidos al de Salubridad Pública, y con fondos de la Beneficencia Pública del Distrito Federal, unos y otros por las cantidades cuyo monto se determinaba en los respectivos presupuestos de egresos, las partes contratantes convenían para el régimen y administración del referido pabellón que éste fuera denominado como “Hospital Federal de Toxicómanos”, dependiente del Departamento de Salubridad. A su vez, tanto el personal médico, de enfermeros y enfermeras, y los medicamentos allí suministrados eran responsabilidad del Departamento de Salubridad, el cual también pagaba 50 centavos diarios a la Beneficencia Pública por cada

¹² AHSS, *FSP*, SSJ, caja 33, exp. 7, director del Hospital doctor Everardo Landa, 18 de agosto de 1933.

toxicómano asilado, en calidad de compensación. La alimentación también estaba a cargo de esta última.

Por tanto, en 1933, año en que inició el registro de pacientes en el Hospital Federal de Toxicómanos, ingresó el 7.6% de los toxicómanos, de los cuales el 88% fue remitido por el Servicio Jurídico y el 12% ingresó voluntariamente, con un promedio de estancia de 40.1 días. Todos los ingresos de ese año fueron de hombres, con una edad promedio de 30 años.

GRÁFICA 1
Pacientes internados en el Hospital Federal de Toxicómanos
en comparación con la población total del Manicomio La Castañeda
1910-1968



FUENTE: BD-PAPIIT.

En 1937 se encuentra el punto más alto de ingresos: 25%. Un dato sobresaliente es que durante ese año más de la mitad —el 62.3% de los toxicómanos— fue remitida por las acciones de la Campaña Contra el Alcoholismo y otras Toxicomanías, y que el promedio de estancia fue de 87.7 días; el 75% fueron hombres con una edad promedio de 27 años y un 25% mujeres con promedio de 33 años. La cantidad de hombres supera la de mujeres, con registros del 86.77% sobre el 13.23%, respectivamente.

Los reingresos fueron una constante en el Hospital Federal de Toxicómanos. La suma da un total de 1 126, lo que nos da un promedio de 3.4%. El porcentaje de hombres que sólo ingresaron

una vez fue del 84.1%, mientras el porcentaje de mujeres fue de 15.8%. A su vez, el 17.7% ingresó por consumo de alcohol, el 12.6% por heroína, 17% general, 32.9% por marihuana, 4.4% por morfina y 15.1% sin dato.

CUADRO 1
Promedio de estancia en días

<i>Total de toxicómanos</i>	<i>Ingresos</i>	<i>Promedio de estancia</i>
158	1	48.7
50	2	25.1
22	3	34.5
24	4	29.1
14	5	33.2
17	6	27
6	7	51.1
4	8	23.1
3	9	53
5	10	10.1
3	11	19
2	12	13
1	13	17
1	14	37
3	15	38.8
3	16	49
4	17	58.2
1	18	24
1	19	25
1	24	26
1	25	29
1	26	33
1	28	12

FUENTE: BD-PAPIIT.

El 50% de estos ingresos se dio entre 1937 y 1938, años en los que la instancia preponderante de remisión fue la Campaña Contra el Alcoholismo y otras Toxicomanías. El 73.4% terminó el tratamiento y el 24% no ameritaba internamiento. Asimismo, se registraron dos decesos.

La cantidad de reingresos y el tiempo de estancia dentro del hospital son referentes importantes para entender la dinámica de los toxicómanos, ya que era ésta el resultado de la mala administración del espacio, pero, además, de la falta de planeación de las instancias involucradas y de la forma tan peculiar en que los toxicómanos se habían “apropiado” del hospital —por decirlo de alguna forma— al verlo como un espacio de paso.

A finales de la década de los treinta se publicó el artículo “Exposición de motivos para el nuevo Reglamento Federal de Toxicomanías”, escrito por el doctor Leopoldo Salazar Viniegra en la revista *Criminalia*. El artículo mostraba las razones que justificaban la promulgación de un nuevo Reglamento Federal de Toxicomanías, el cual sustituiría al de 1931. Ese nuevo reglamento tendría como objetivo mantener tratamientos adecuados, con disposiciones acordes con la realidad del problema, entre las que se mencionaba la creación de dispensarios donde se les darían gratuitamente a los toxicómanos las sustancias que necesitaran. La intención era encontrar procedimientos que disminuyeran o nulificaran algunos de los factores determinantes de la toxicomanía, para lo cual el doctor Salazar Viniegra proponía buscar medidas paliativas que pudieran tener mayor eficacia que las aplicadas en los años anteriores, ya que ni la persecución al toxicómano, ni la reclusión forzada, habían dado los resultados esperados, por lo que era necesario considerar al toxicómano como un paciente al cual se le requería dar asistencia médica y social.

Por todo esto se proponía mantener un tratamiento a los toxicómanos que les permitiera ir reduciendo las cantidades de droga que usaban y vigilar mejor su curación. La intención general de los dispensarios era que los enfermos no necesitaran ya comprar la droga al traficante, por lo que los enfermos no serían una carga para sus familiares, además de que se les alejaría de la práctica del

hurto al no tener la necesidad de conseguir dinero para comprar la droga, por lo que los vendedores verían minado su negocio.

Sin embargo, este hospital tuvo un tiempo de vida corto, pues en 1948 fue cerrado. Al año siguiente el edificio que había sido construido para el tratamiento de los toxicómanos fue alquilado al Instituto Mexicano del Seguro Social, para que en él fueran tratados los trabajadores con padecimientos mentales a cambio de un ingreso que ayudara a pagar los gastos de La Castañeda.

Aun con la creación del Hospital Federal de Toxicómanos, en el Manicomio General La Castañeda hubo un ingreso constante de enfermos por causa de sustancias psicoactivas, información que demuestra la importancia de las ciencias psiquiátricas en el tratamiento de esta clase de pacientes. Cabe resaltar que en su mayoría los internos fueron hombres, ya que ocuparon el 87.5%, mientras que las mujeres fueron el 12.5%.

En 1949 se encuentra el punto más alto de ingresos, es decir el 12% del total de toxicómanos. En ese año, el 63.3% fue remitido por las acciones de una institución de seguridad o reclusión como la penitenciaría y por la Procuraduría General de la República. El promedio de estancia fue de 3.4 meses. El 92% fue de hombres con 29.5 años de edad y un 7.6% mujeres con un promedio de 30 años. El 3.2% consumió heroína, el 38.4% marihuana y un 57.6% se registraba como toxicómano. El 73% salió por no ameritar internamiento y el 100% residía en la ciudad de México. Podemos observar que en 1937 no se registra un solo ingreso, lo cual se relaciona con el aumento en ese mismo año en el Hospital Federal, en buena medida por las acciones de la Campaña Contra las Toxicomanías.

En 1944 hay un repunte con el ingreso de 21 asilados, 66% diagnosticado como consumidores de heroína, 9.5% de marihuana y 19% de morfina. Lo interesante de este grupo es que el 76.1% fue remitido por la Secretaría de Salubridad y Asistencia en la categoría de no pensionistas y que todos fueron trasladados al Pabellón de Toxicómanos. En 1946 se registra una caída con un solo ingreso: un hombre de 56 años de edad, no pensionista, con un promedio de estancia de 15 meses. En 1966 se tienen los últimos 6 registros, todos ellos por consumir mari-

huana, hombres con un promedio de 30 años, residentes de la ciudad de México.

La suma de los reingresos da un total de 572, lo que nos da un promedio de (1.3%) reingresos.

CUADRO 2
Promedio de estancia

<i>Total de toxicómanos</i>	<i>Ingresos</i>	<i>Promedio de estancia en mes (primer ingreso)</i>
332	1	4.7
49	2	1.29
21	3	1.45
7	4	0.76
4	5	1.78
1	8	0.4
1	10	0.8
1	13	3.77

FUENTE: BD-PAPIIT.

El porcentaje de hombres que ingresó una vez fue del 86.7%, mientras el porcentaje de mujeres fue del 12.9%. El 20.7% sólo ingresó una vez por consumir heroína, 27.1% marihuana, 4.5% morfina, 3% opio, 9% otras sustancias, 46% de toxicomanía y de cocaína un 3%.

En definitiva, en el periodo que abarca los treinta primeros años de funcionamiento del Manicomio General, los ingresos de pacientes considerados como toxicómanos son escasos. Las disposiciones legales y la prensa crearon una imagen del consumidor relacionada cabalmente con la delincuencia. Es a partir del nuevo Código Sanitario que se empieza a considerar la posibilidad de brindar un tratamiento terapéutico a los consumidores; por tanto, la cárcel ya no sería el sitio ideal de internamiento, para lo cual se vio la oportunidad de crear un espacio adecuado para la reclusión y el tratamiento terapéutico de los consumidores en los terrenos del Manicomio de La Castañeda.

Si bien el Hospital Federal de Toxicómanos era una entidad aparte del manicomio, las medidas terapéuticas ofrecidas y el personal médico estaban ligados con la psiquiatría mexicana, por lo que La Castañeda jugó un importante papel en el intento de ofrecer una terapéutica adecuada a estos “enfermos”.

Drogas y enfermedad mental

En un artículo publicado en 1923 en la revista médica *La Farmacia*, el cual fue tomado de la *Revista Médica Veracruzana*, el médico Ignacio Vado Johnson advertía que “el vicio de las mal llamadas ‘drogas heroicas’ constituye en la actualidad la plaga más terrible que azota a la sociedad y que acabará, si no se le enfrenta, en convertir al mundo en un colosal manicomio”; para este médico, esas sustancias debían denominarse “drogas maléficas”.¹³ A su vez, aseguraba que había factores predisponentes que coadyuvaban a que la persona cayera en el uso excesivo de narcóticos, excitantes y estupefacientes. Esos factores se encontraban en los efectos atávicos y en la herencia morbosa de sus antecesores, debido a que había seres que eran propiamente:

Degenerados física y mentalmente; espíritus débiles, sin energías, incapaces de dominar sus instintos, son juguetes de sus pasiones y una vez que se han probado los efectos del licor, o experimentado las sensaciones que producen las drogas “Maléficas”, parecen perder todo control de sí mismos, desaparece la voluntad y se dedican a tomar dicha sustancia hasta la muerte o hasta que se les fuerza a abandonarla.

También había, según Vado, otros “espíritus débiles” que no tenían la capacidad para afrontar los contratiempos y azares de la existencia, buscando en los narcóticos el olvido de sus penas o su sufrimiento, encontrando en las drogas un tirano que pronto

¹³ Ignacio Vado Johnson, “Las drogas maléficas”, *La Farmacia*, Sociedad Farmacéutica Mexicana, México, t. III, n. 22, 1923, p. 330.

los dominaba, los esclavizaba y los encaminaba a una existencia más triste, más dolorosa y más mísera de la que llevaban antes.¹⁴

Asimismo, aseguraba, citando a William Lee Howard, que el abuso de estas drogas era un síntoma de neurosis funcional; las explosiones psíquicas periódicas originadas por acumulación de materias tóxicas, debido a una organización nerviosa inestable, permitían un metabolismo defectuoso. A su vez, citaba al alienista inglés F. Winslow, quien afirmaba que “el mundo entero camina inevitablemente a la locura, a menos que se produzca un cambio radical en nuestra forma de vivir”.¹⁵

Para este médico, la lucha contra las drogas debía ser radical y llevarse a cabo en tres frentes de batalla. El primero era la represión, el segundo un tratamiento profiláctico y el tercero un tratamiento curativo. Para este último, que es el que nos interesa, aseguraba que se debía llevar a cabo en un hospital o un sanatorio, debido a que a domicilio no resultaba. Era indispensable ubicar al toxicómano en un medio favorable para su curación, lejos del mundo habitual de residencia, y esto era en una casa de salud, la cual tuviera un personal médico especializado y honrado, que no se vendiera a las dádivas de dinero y mucho menos a las lágrimas ni sufrimientos del enfermo.¹⁶

El argumento de la creación de un lugar adecuado clínicamente para la atención de los toxicómanos era, al parecer, un sentimiento colectivo, pues, como ya vimos anteriormente, se creó el Hospital Federal de Toxicómanos en 1933; además, el Manicomio La Castañeda siempre recibió, aun en pocas cantidades, a pacientes con afecciones médicas causadas por las sustancias psicoactivas. No obstante, lo que más interesa en este punto es la patologización del consumo y la relación directa con el degeneracionismo, pues, al igual que el alcohol y otras enfermedades sociales como la sífilis, el uso de los narcóticos fue relacionado con la teoría degeneracionista, en la cual no nos detendremos. Sin embargo, hay un punto importante que vale la pena resaltar, relacionado con el

¹⁴ *Ibidem*, p. 331.

¹⁵ *Ibidem*, p. 332.

¹⁶ *Ibidem*, p. 333.

hábito del consumo: la estigmatización. Los toxicómanos atendidos utilizaban recurrentemente la marihuana, el opio y la heroína en inyecciones intravenosas o hipodérmicas, que eran las formas más recurrentes de consumir la droga, y las dosis empleadas oscilaban entre cinco centigramos y dos gramos.

CUADRO 3
Drogas consumidas
por los internos del Hospital Federal de Toxicómanos

<i>Droga consumida</i>	<i>Porcentaje</i>
Heroína	21.8
Marihuana	22.1
Morfina	5.8
Alcohol	15.6
Sin dato (sin vicio, no presenta síntomas, síndrome confusional)	10.4
Toxicomanía (drogas enervantes, estupefacientes, toxicomanía)	24.3
TOTAL	100

FUENTE: BD-PAPIIT.

CUADRO 4
Drogas consumidas por los toxicómanos
del Manicomio General

<i>Droga consumida</i>	<i>Porcentaje</i>
Cocaína	0.24
Heroína	21.63
Marihuana	24.04
Morfina	4.81
Opio	0.24
Otras sustancias (Eucodal, barbitúricos, anfetaminas)	1.2
Toxicomanía (Toxifrenia exógena, pseudohabituación)	47.84
TOTAL	100

FUENTE: BD-PAPIIT.

Heroína

La heroína es una droga semisintética, derivada de la morfina, que puede ser inyectable o fumable. El porcentaje de toxicómanos que ingresó al Hospital Federal y a La Castañeda por consumir heroína fue de 21.7%, aunque se podría pensar que el consumo de heroína durante la primera mitad del siglo XX era mínimo. El primer registro que tenemos en el manicomio corresponde al año de 1921. Esto no quiere decir que desde mucho antes el consumo se practicara en pequeñas esferas, algunas de ellas vinculadas directamente con el gremio médico. Sólo basta echarle un vistazo a la prensa de la época y a otras publicaciones para ver quiénes podrían estar relacionados con los paraísos artificiales. El 6 de marzo de 1925, *El Universal* publica la siguiente noticia:

UN VALIOSO ARCHIVO EN PODER DE LAS AUTORIDADES

En las listas de los que consumen drogas heroicas que les entregaba el “as” de los vendedores, figuran personas muy conocidas. Los nombres de veinte doctores están anotados en aquéllas. - Varios generales, mujeres galantes, el “Chato” Bernabé, consumidores... los nombres y domicilios de las principales personas que se dedican a la venta de enervantes y al consumo de ellos; más de dos mil viciosos están anotados en las listas del jefe de envenenadores, siendo lo más interesante que en ellas figuran más de veinte doctores titulados, unos —los más— como descarados traficantes de cocaína, heroína, morfina, opio y marihuana, y otros —los menos— como frecuentadores de los paraísos artificiales.¹⁷

Las sustancias del ensueño también se veían envueltas en una serie de discursos que de una u otra manera determinaron la forma en que las autoridades y la sociedad las concibieron, llegando a entrelazarlas a espacios de delincuencia y con actos que hablaban de un comportamiento antisocial, motivo por el cual se justificarían de una manera mucho más fácil las acciones legislativas. Al respecto, Jesús Galindo y Villa, en su libro *Geografía de la República Mexicana*, mencionaba:

¹⁷ *El Universal*, México, D. F., 6 de marzo de 1925, p. 9.

Hay un grupo de sustancias venenosas, que la medicina utiliza para la curación de ciertas enfermedades; verdaderos tóxicos, que se conocen por los nombres de drogas heroicas o enervantes, son: el opio, la morfina, la heroína y la cocaína, entre las usuales; y la marihuana, propagada casi exclusivamente entre la clase baja de nuestro pueblo, y que ocasiona muchos actos delictuosos: Estas drogas constituyen actualmente, una plaga social, que ha invadido toda la tierra, siendo enorme la expansión que ha tomado en los últimos años; y el abuso, que de ella se hace, es un factor de despoblación y degeneración, y frecuentemente son causa de locura o demencia.¹⁸

Aunque Galindo y Villa asociaba el consumo exclusivo de la marihuana con la clase baja, lo cierto es que, gracias a la información recabada en la base de datos, podemos inferir que en sectores considerados como “fondos bajos” el consumo de heroína era recurrente. Dentro de las dos instituciones, el 82% de los ingresos fue de hombres, mientras que el 18% correspondió a mujeres.

La edad promedio de estos internos en el manicomio fue de 29 años y en el Hospital Federal de 32 años. El mayor porcentaje de los asilados mencionó que eran solteros, 55% del manicomio y 46.1% del hospital. La residencia de los heroínómanos internados en estos dos espacios se ubicaba en un 90% en la ciudad de México. Un dato significativo es el promedio de estancia del primer ingreso: en el manicomio era de 3.4 meses, mientras que en el hospital era de .92% meses. No es de extrañar que el motivo de alta dado en el manicomio para los heroínómanos fuera el haberlo solicitado la familia, un elemento recurrente en los demás grupos estudiados, mientras que en el hospital el 91% se dio porque el heroínómano se encontraba desintoxicado.

Los consumidores de heroína del manicomio fueron remitidos en su mayoría, el 46.6%, por la Beneficencia Pública y un 18.8% por la familia, mientras que en el hospital el 30% fue remitido por la Campaña Contra el Alcoholismo y otras Toxicomanías, el 23.9% por el Servicio Jurídico, un 21.1% por alguna instancia de seguridad y un 18.3% ingresó voluntariamente, en tanto que el 5.6% fue remitido por el dispensario. Estos datos nos revelan que el control

¹⁸ Jesús Galindo y Villa, *Geografía de la República Mexicana*, México, Sociedad de Edición y Librería Franco Americana, 1926, p. 324.

de las campañas y lo estipulado en las disposiciones legales trajeron como consecuencia las formas en que ingresaron.

Un elemento significativo y que permite encontrar el punto de diferencia entre una y otra población es la cantidad de reingresos. En el Hospital Federal de Toxicómanos sumaron 357, un promedio de 5 reingresos por interno, lo que hizo que el hospital se convirtiera en un lugar de paso y utilizado por el heroinómano como espacio para sobrellevar su desintoxicación.

El mayor número de ingresos (26) lo vivió un hombre de 22 años cuya profesión era la de mecanógrafo, soltero y residente de la ciudad de México; su primer ingreso lo realizó voluntariamente en 1933 y estuvo en el hospital durante un mes. En el oficio de alta se menciona que sale por haber terminado su desintoxicación, pero en el año de 1942, en su décimo octavo ingreso, cambió su consumo de heroína por el de morfina, sustancia que consumió hasta su último ingreso en 1945. En el caso de los heroinómanos en La Castañeda el promedio fue de 1.4%, con un promedio de estancia de 3.04 meses. El mayor número de ingresos fue de un obrero de 44 años de edad, soltero, que vivía en la ciudad de México, no pensionista; su primer ingreso lo tuvo en 1949 y el último en 1956.

Marihuana

El uso de la marihuana durante el periodo que abarca este estudio ha sido abordado desde diversos puntos de vista. Desde finales del siglo XIX y hasta la segunda mitad del siglo XX, la producción de trabajos científicos, de opinión y de notas periodísticas en torno a la producción, el tráfico y sus consumidores, han marcado en buena medida las visiones que se tienen en torno a la marihuana.

A partir del último tercio del siglo XIX, el consumo de marihuana en México se fue asociando cada vez más con ambientes carcelarios y militares. Si bien la yerba todavía no se identificaba plenamente con actitudes antisociales, ésta sí se mantenía muy viva en espacios populares, considerada como parte de la herbolaria tradicional; fue entrando en el ámbito de lo condenable no sólo por su

identificación como “vicio”, sino por tratarse de un hábito muy socorrido entre “el pobrerío”.¹⁹ Sin embargo, el olor a petate y a tortilla quemada aún inundaba la ciudad sin dificultad; eran los alcohólicos y demás “mal portados” los que pagaban los platos rotos, aunque en la prensa ya se empezaban a dar indicios del cambio que se estaba gestando en cuanto a la imagen del marihuano.

Los trabajos presentados en la Facultad de Medicina en los años veinte iban encaminados a describir el “problema de las drogas”, mostrando seguramente la opinión de un considerable número de galenos. Así se dieron a conocer varios estudios en los que el tema a discernir eran las cualidades de la marihuana. El trabajo publicado por Eliseo Ramírez Ulloa con el título “La intoxicación por marihuana” nos habla de la necesidad de saber más sobre dicha planta como medicamento, pero a su vez marcaba la percepción que se tenía de los consumidores, por lo que era común leer comentarios en donde los soldados eran marcados como los mayores consumidores de la marihuana, de la mota, de la grifa, como también era conocida.²⁰

En el trabajo titulado *Intoxicación por marihuana*, escrito por Ignacio Guzmán en el año de 1926, se describe la peligrosidad de la marihuana. Se ofrecen algunas observaciones hechas durante las prácticas realizadas con gente que entró al servicio médico policial y se reafirma que es importante el estudio de la dosificación de la marihuana como medicamento, ya que no es posible identificar cuándo su administración deja de ser terapéutica para convertirse en intoxicación. El autor menciona que son importantes estos señalamientos si se considera que la marihuana trae consigo la degeneración del individuo y es causante de múltiples delitos.²¹ Al igual que Ramírez Ulloa, señala que el mayor uso recae en los presidios y en los cuarteles.

¹⁹ Ricardo Pérez Montfort, “Cuando la cocaína no tenía cola”, *Nexos*, 1 de octubre de 1995, p. 89.

²⁰ Eliseo Ramírez Ulloa, “La intoxicación por marihuana”, en *Obras completas*, México, El Colegio Nacional, 1991, p. 266. Trabajo presentado en el VI Congreso Médico Nacional, abril de 1920.

²¹ Ignacio Guzmán, *Intoxicación por marihuana*, tesis de Medicina, Escuela Nacional de Medicina, 1926, p. 8.

Son varias las notas periodísticas que narran cómo se introducía la yerba en los espacios carcelarios y que dan una descripción de sus usuarios. En las quince crónicas escritas por Heriberto Frías desde Belem y publicadas en *El Demócrata* en el año de 1895, especialmente en “Realidades de la cárcel”,²² se describe a los personajes que cotidianamente pululaban por las calles de la ciudad de México en los tiempos de don Porfirio. Así encontramos personajes como “El Nahual”, al que Frías describe de la siguiente forma:

Imberbe y chato, vaga el Nahual entre la multitud de haraposos presos que hormiguean al sol en el patio de los acusados..., al verlo se siente el escalofrío como al ver una tarántula peluda; y más aún si os miran sus ojillos parpadeantes y de pupilas de un verde sucio como de agua estancada..., por supuesto, constantemente está en la cárcel, sentenciado a un mes de prisión, la que sufre estoicamente, y donde se entrega a su vicio del raterismo más infinito de una gamuza, un cigarro o una cebolla. Es corredor de cigarros de marihuana, en cuyo tráfico encubre a los vendedores en grande, ganándose hasta dos y tres centavos al día..., sucio, harapiento, husmeando como un perro flaco, aniquilado el cuerpo por la marihuana y otros vicios, es sin embargo utilísimo en la calle a las prostitutas descalzas que beben chinguere en los tendajos de la Merced.²³

Es interesante la descripción que denota que “El Nahual” era sólo un corredor de cigarros de marihuana, actividad que encubre a los vendedores en grande, los cuales, por supuesto, no pisarían dicha cárcel. Además nos permite imaginarnos los espacios y los personajes que se asociaban a dicha actividad, como la prostitución en el incansable barrio de La Merced. Cantinas y pulquerías se convierten en los espacios donde “las clases bajas” interactúan y en donde seguramente algún gendarme sabía quién era “El Nahual”. Más allá de la descripción hedionda que hacen de él podemos inferir que dicho personaje era el prototipo ideal para designar las atrocidades de quien se acercaba al uso de la marihuana.

²² Heriberto Frías, “Crónicas desde la cárcel”, *Historias*, Instituto Nacional de Antropología e Historia, México, n. 11, octubre-diciembre de 1985, p. 47-71. En este texto se reproducen íntegras las crónicas.

²³ *Ibidem*, El Nahual, 28 de mayo de 1895.

Siguiendo con las entregas que realizó Heriberto Frías para *El Demócrata*, encontramos en “Realidades de la cárcel” la crónica sobre un personaje que nos permite conectar tanto a la Cárcel de Belem como al Manicomio de La Castañeda: se trata de Miguel Terán Guttman, quien, en opinión de Frías, no debía estar encerrado en la cárcel sino en el Hospital de San Hipólito para dementes. En dicha crónica se relata su personalidad, muy distinta a la de “El Nahual”. Veamos por qué:

No es un criminal, no es un neurótico, ni histérico, ni desequilibrado; es un demente. Pero un demente tan peligroso como desventurado. Es de esos infelices locos que llevando la muerte en el alma, perfectamente agobiados por desgracias reales unas, imaginarias las otras, desesperados y sombríos con esa sombra siniestra de los que han soñado paraísos, amores, voluptuosidades y campos extensos, se sienten vivir en una atmósfera de odio, con esa sombra terrible de los que creyéndose dignos de la felicidad se alimentan de dolor... ¡Oh terribles, oh siniestros locos sombríos que escriben versos mojando punzones en su propia sangre!

Y de éstos es Miguel Guttman, siendo lo más terrible para él y para los que lo rodean que tiene talento.²⁴

Obviamente estamos frente a un personaje con un buen manejo de la palabra, instruido, periodista, dedicado en alguna temporada a la tipografía, hijo de madre germana y padre mexicano, oriundo de Huajuapán de León, Oaxaca. Según los datos que se encuentran en su expediente como asilado del Manicomio General, se alude a que su padre padecía de enajenación mental, lo que concuerda con las líneas escritas por Frías. Llama la atención la referencia hacia su talento, a su locura, a su estado melancólico, y su afán vengativo hacia aquellos que le han hecho el mal. La referencia a este personaje tiene que ver con el consumo de marihuana que realiza dentro de la cárcel. Fumar marihuana se convierte para Guttman en un acto de olvido, de tranquilidad, mientras que para los que lo observan se convierte en un trance que lo acerca a la demencia, al arrebato, a las ansias por escapar de su encierro. Para Frías, el manicomio o el hospital eran los espacios

²⁴ *Ibidem*, Miguel Guttman, 5 de junio de 1895.

en donde Guttman tendría que haber estado recibiendo ayuda terapéutica y no en la sombra de la bartolina. Ahora bien, ya en su estancia en La Castañeda, Miguel Terán Guttman consideraba no merecer estar encerrado en el manicomio, pues él se sentía de lo más cuerdo; obviamente, la “ayuda terapéutica” a la que Frías apelaba no llegó y en un par de escritos dirigidos a Eladio Gutiérrez, director de La Castañeda en el año de 1914, mencionaba lo siguiente:

Señor Director del Manicomio General, Doctor Don Eladio Gutiérrez
Muy respetable señor:

Una ocasión más, y espero que con mejor éxito que en las pasadas que ni el honor de su respuesta he merecido, me atrevo a suplicar a su buen persona se sirva ordenar mi salida de este establecimiento, donde estoy muy a disgusto por las hambres que paso, no menos que por ser para enajenados; y yo creo estar en mi cabal juicio, como lo prueba que en seis años que llevo de permanencia en él, jamás se me ha ministrado medicina alguna, ni he dejado de hacer las figuritas que ya sabrá confecciono.

Miguel Terán Guttman²⁵

Con las líneas dirigidas al director de La Castañeda, Guttman hacía notar que en los seis años que llevaba dentro no se le había suministrado algún medicamento para los nervios. Miguel se la pasó entre Belem y el Manicomio como bola de billar, tratando de definir el lugar más adecuado para sus penas.

En cuanto a los efectos de la intoxicación por fumar marihuana se podían leer diversas descripciones, como la de Jesús Galindo y Villa, quien mencionaba que la intoxicación que produce la marihuana se podía dividir en aguda o crónica. En la intoxicación aguda se observaban tres periodos; el primero era la embriaguez, luego la intoxicación y después la agitación. En la intoxicación crónica los enfermos tenían alucinaciones y delirios muy semejantes a los del alcoholismo crónico, corriendo el riesgo de terminar en la demencia o en la muerte.²⁶ El uso de la marihuana se relacionaba cada vez más con la criminalidad y con un

²⁵ AHSS, FMG, SEC, caja 8, exp. 35.

²⁶ Jesús Galindo y Villa, *op. cit.*, p. 324.

estado de locura al cual accedían aquellos que sufrían una intoxicación crónica, siendo las “clases bajas” quienes llevarían el estigma de dicha droga. Ya entrado el siglo XX, la tolerancia a la marihuana se diluía, en parte por las teorías que asociaban la degeneración de la raza con el consumo de dicha droga, y por la fuerte influencia de las disposiciones internacionales.

El porcentaje de “marihuanos” que ingresó al Hospital Federal y a La Castañeda suma un 23.2%; sabemos que el consumo de marihuana fue relacionado con las clases bajas, y a ello se agregó una serie de atribuciones negativas sostenidas por diversos escritos médicos publicados en órganos informativos como *La Farmacia*, en los que se podía leer acerca de las diferentes propiedades “embrutecedoras” que se le atribuían a la marihuana.

El ingreso de hombres que habrían consumido marihuana alcanzó un porcentaje de 95.4% y un 4.6% en mujeres. La edad promedio de los internados en el manicomio oscilaba entre los 28.6 años, mientras en el hospital era de 29.5 años. De los asilados del manicomio, el 66% mencionó que era soltero, 28% casado y entre el 5% se encontraban los que tenían una relación de unión libre y los viudos. Los datos relacionados con el estado civil de los internos en el hospital se ven velados por la falta de información proporcionada en los expedientes; el 84% no da información al respecto, lo cual es significativo al relacionar esa población con la instancia remitente, ya que el 88% fue remitida dentro del tiempo de la Campaña Contra el Alcoholismo y otras Toxicomanías, entre los años que van de 1936 a 1938. Aunque se asienta que todos terminaron el tratamiento, lo cierto es que la mayoría mantenía procesos penales pendientes, debiendo por ello pasar a la penitenciaría o quedando a disposición de la Procuraduría General de la República, donde se mantenía el proceso por delitos contra la salud.²⁷

Tanto del manicomio como del hospital, la mayoría de los pacientes vivía en la ciudad de México, aunque un 6% radicaba en algunos otros estados como Jalisco, Puebla, Nayarit o el Es-

²⁷ Durante esos años Carlos Sánchez Mejía, Leopoldo Salazar Viniegra y Luis G. Franco fungieron como directores de la Campaña Contra el Alcoholismo y otras Toxicomanías.

tado de México. La estancia de los consumidores de marihuana en el manicomio durante su primer ingreso fue de 48 meses y medio, mientras que en el hospital la estancia fue de 2.4 meses.

El 61% de las razones del motivo de alta en el manicomio fue por remisión a otras instancias. Resulta interesante que ese porcentaje tuviera la categoría de no pensionistas y que de 1950 a 1966 se presentaran los registros, razón por la cual el tiempo de estancia en el manicomio era menor, mientras que en el Hospital Federal los pacientes salían por haber terminado el tratamiento o por no ameritar el internamiento, sumando mayor tiempo de estancia. En esta variable es evidente que la instancia remitente tenía mucho que ver con la forma en que se consumaba el alta, ya que en el caso del manicomio los consumidores de marihuana fueron remitidos por órganos de seguridad como la penitenciaría y la Procuraduría General de la República, a donde fueron nuevamente remitidos. Situación similar pasaba con el Hospital Federal, donde campaña y órganos de seguridad marcaban la pauta en la remisión con un 90% de casos.

En relación con los reingresos, tenemos un 1.14% en el manicomio, mientras que consta el 1.77% en el hospital. En La Castañeda, un hombre de 23 años ingresó 5 veces y, remitido por la penitenciaría en 1949, duró 5 días internado y fue dado de alta por no requerir internamiento; su quinto ingreso se dio en 1956 y declaró que era soltero, residente del Distrito Federal y de oficio panadero. Otro caso fue el de un hombre que ingresó al Hospital Federal en 24 ocasiones, la primera el 30 de noviembre de 1936. Se presentó voluntariamente a la Oficina Jurídico Consultiva para ser desintoxicado; mostraba síntomas y signos físicos de intoxicación crónica por drogas enervantes y fue dado de alta el 26 de diciembre de 1936 por haber concluido ya su tratamiento. En el expediente se menciona que se le suministró morfina, calcio y tónico como parte de la desintoxicación. Su segundo ingreso se dio el 28 de mayo de 1937, por orden de la jefatura de Policía Judicial Federal, ya que fue considerado un enfermo reincidente que presentaba intoxicación crónica por drogas enervantes. En su tercer ingreso fue remitido por la policía de narcóticos por orden de la Dirección de la Campaña contra el Alcoholismo y otras

Toxicomanías; presentaba síntomas y signos de toxicomanía debidos a la heroína y duró 14 días su estancia dentro del hospital, donde fue dado de alta por desintoxicación y remitido a la penitenciaría del Distrito Federal. Para los siguientes reingresos se registra la utilización de heroína, morfina y alcohol. En el expediente se encuentra la descripción siguiente del toxicómano:

Es vicioso desde 1933 y principió a usarla por la nariz, después ingresó a la penitenciaría donde se inyectó por vía endovenosa enviándose de esta manera una ocasión abandonó el vicio por espacio de tres meses sustituyéndolo por el alcohol, dice haber dejado de inyectarse varias veces por corto tiempo. (No precisa cuanto), solamente dice que ha sido en las épocas en que ha estado en la penitenciaría por varios delitos y las que ha estado en este hospital. Se aplica 50 centigramos de droga al día (heroína, cocaína y morfina) antes de usar droga fumaba marihuana. Ahora la fuma pocas veces.²⁸

Aunque se trata de un toxicómano que efectivamente es considerado un reincidente con problemas con la justicia, no deja de llamar la atención la forma en que el propio interno es capaz de utilizar el hospital como un espacio donde encuentra alivio y refugio físico y jurídico, ya que en 6 ocasiones se presenta voluntariamente para servirse de la institución para su desintoxicación.

Morfina

En la literatura podemos encontrar diversos pasajes que recrean los usos y consecuencias de las llamadas drogas heroicas, como en la novela *La novia de Nervo*, historia escrita por María Luisa Garzo, donde se despliegan diversos relatos en los cuales el uso de la morfina se hace presente.

El éter, la cocaína, la morfina, la heroína, y todos esos venenos que lentamente van enervando las voluntades, habían hecho suyas muchas existencias, antes gratas y plácidas... Madeleine principió por

²⁸ AHSS, FHFT, caja 22, exp. 39.

llevar la morfina en pastillas que absorbía en la boca con infinita placidez. Después, se percató de que era tardío el efecto y optó por usar la inyección como medio más pronto de curarla. Ella estaba enferma, un dolor espantoso hacía la padecer ataques que la ponían a orillas de la muerte...²⁹

Durante la segunda mitad del siglo XIX y la primera del XX se publicó una gran cantidad de artículos en los cuales se podía observar la preocupación del gremio médico en relación con el uso del opio y sus diversas reacciones, pero sobre todo se percibía la preocupación por la pureza de la morfina, ya que era común encontrar falsificaciones de la misma. Ante esta situación se publicaba la forma de conseguir un producto puro, lo cual aseguraba al médico no determinar la muerte del enfermo. Dicho procedimiento tenía como finalidad que las falsificaciones no inundaran los establecimientos donde se comercializaban, por lo que publicar el procedimiento para la obtención de morfina aseguraba que el producto que cada médico obtendría tuviera propiedades similares, aunque esto no fue siempre así, por lo que al paso de los años se buscó una reglamentación internacional para determinar su composición.

En otros espacios de difusión como *La Farmacia*, órgano de la Sociedad Farmacéutica Mexicana, era recurrente ver desplegados donde se hacía referencia al procedimiento para ensayar opio.³⁰

La prensa se convirtió en el gran vocero de las propiedades de la morfina y su uso durante la segunda mitad del siglo XIX fue lo suficientemente extendido por diversas latitudes, al tiempo que se descubrían sus efectos por la inmoderada prescripción que de ella se hacía.

Con la publicación de dichas recomendaciones en gacetas y demás órganos de difusión científica, y sobre todo en los periódicos de la época, era claro pensar que la presencia de los opiáceos³¹ como remedio era más que común; incluso se utilizaban

²⁹ María Luisa Garzo, *La novia de Nervo*, México, Alfonso Quiroga, p. 60.

³⁰ Manuel de Jáuregui, "Ensayo de opio", *La Farmacia*, Sociedad Farmacéutica Mexicana, México, t. VI, n. 23, 1893, p. 315.

³¹ Los opiáceos, preparaciones a base de opio, reputados por interrumpir los accesos de furor y restablecer el orden de las ideas, son propiciados, con

como calmantes y antiespasmódicos en los casos de histeria, *delirium tremens*, como parte del tratamiento del alcoholismo, y su utilización era más que cotidiana. La morfina se convirtió en la panacea para todo mal y durante esos años aún era la solución, más no el problema. Al respecto, Luis Hidalgo y Carpio describía su experiencia a la hora de administrar el opio a una de sus pacientes:

Visité una mujer que después de dos ataques de delirio vino á quedar demente, y con tal debilidad en los miembros que no podía andar cuatro varas sin caerse. En este estado permaneció por cosa de cuatro meses hasta que al fin murió sin haber tenido algún alivio en todo este tiempo. Fui llamado para otra que llevaba veinte días de delirio, no comía absolutamente nada, tenía mucha sed, los ojos estaban inyectados, las piernas contraídas sobre los muslos, y los antebrazos sobre los brazos. Comencé por administrarle ocho granos de opio en píldoras, dándole dos cada hora y hubo un rato de sueño al otro día diez granos, dos cada dos horas, al tercer día lo mismo que el anterior, al cuarto doce granos, tres cada dos horas con lo que durmió toda la noche. Cesó la rigidez, el estreñimiento, volvió la gana de comer y calmó el delirio, pero viendo que la calma no era completa administré todavía diez y seis granos por dos días: la inteligencia se mejoró, pero nunca se puso en el estado natural, por lo que me retiré entendido que había pasado á ser demente. Pasados algunos días supe que había muerto.³²

La relación intrínseca entre las sustancias del ensueño y los tratamientos para ciertos padecimientos mentales quedaba más que estrechada,³³ por lo que las opiniones de otros médicos, en su

preferencia a las purgas y las sangrías, por Jean-Baptiste van Helmont y Thomas Sydenham. Su utilización en el tratamiento de la locura en su forma “maniaca” o “furiosa” se desarrolla en el siglo XVIII. Michel Foucault, *El poder psiquiátrico*, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica, 2005, p.167.

³² Luis Hidalgo y Carpio, “Delirio nervioso”, *Gaceta Médica de México*, t. v, 1840, p. 429.

³³ En el siglo XIX, Joseph Jacques Morau de Tours (1804-1884) promueve el recurso a los opiáceos en el tratamiento de la manía: “En los opiáceos (el opio, la datura, la belladona, el beleño, el acónito, etcétera) puede encontrarse un excelente medio de calmar la agitación habitual de los maniacos y los arrebatos pasajeros de los monomaniacos” (citado por Michel Foucault, *op. cit.*, p. 168).

mayoría europeos,³⁴ servían de referencia para reafirmar lo escrito en la *Gaceta Médica*. Al respecto, Luis Hidalgo y Carpio escribía:

En todos los enfermos que he tenido que tratar, desconfiando de que las lavativas no fueran bien hechas lo administré en píldoras, y me espantaba la dosis que necesitaba emplear para obtener el alivio. Diez, doce, diez y seis granos tenía que dar en veinticuatro horas para ver cesar el delirio; mientras que a Dupuytren le bastaba administrar una o dos lavativas con diez o seis gotas de láudano cada una, y no se entiende que esa fuerte dosis de opio que he administrado ha sido necesaria solamente en el delirio de los bebedores; pero aun en los heridos me he visto en la necesidad de administrar la misma cantidad.³⁵

Claro está que las grandes dosis utilizadas en los tratamientos trajeron como resultado una alteración considerable en los pacientes, al grado de provocarles el sueño eterno, motivo por el cual, al paso de los años, se alzaron las voces en favor de una reglamentación mucho más estricta y cuidadosa,³⁶ al tiempo que los tratamientos con opio dejaban paso a otras acciones capaces de mitigar el dolor de los aquejados. Por ejemplo:

en el delirium tremens se han empleado todos los métodos racionales que cada autor ha juzgado oportunos; pero el que ha tenido más boga es el del uso del opio á altas dosis: esta era la terapéutica más comúnmente seguida en Francia, en donde se llegó á considerar como específico. Esquirol puso en práctica un método tempero-laxante. La gran mayoría de casos tratados por el opio no han dado tan buen resultado como los atendidos por el tratamiento de Esquirol. El método expectante sintomático ha venido a remplazar definitivamente el tratamiento por el opio, a consecuencia de que en muchos casos, después del uso de las exageradas dosis

³⁴ Los textos de psiquiatría en su mayoría eran producidos en España, con una fuerte influencia francesa. Aunque también circularon textos de interés psiquiátrico escritos en sus idiomas originales, en inglés y francés, la gran mayoría de los médicos interesados en el tema dependía de traducciones hechas en la península o en la misma América Latina.

³⁵ Luis Hidalgo y Carpio, *op. cit.*, p. 440.

³⁶ "Conferencia Internacional para la Unificación de la Fórmula de los Medicamentos Heroicos, que se celebró en Bruselas el 15 de septiembre de 1902", *La Farmacia*, Sociedad Farmacéutica Mexicana, México, t. XI, n. 9, 1902.

de esta sustancia, caían los enfermos en un estado de coma apoplejiforme del que siempre ha sido difícil sacarlos.³⁷

Debido a la gran cantidad de opio suministrado, muchos fueron los pacientes que experimentaron los síntomas propios de la adicción. Así las cosas, la sustancia que se creía que podría mitigar los padecimientos del ser humano ahora se convertiría en el lastre de la mayoría de las naciones.

La cocaína y, por supuesto, la morfina ocupaban un papel muy importante en la práctica médica. En el caso de la morfina, su utilización fue recurrente a la hora del parto; no es de admirarse que muchas de esas mujeres a las que se les recetó dicha droga hayan experimentado, al paso del tiempo y con el uso cotidiano de la misma, secuelas que pudieron ser catalogadas como adicción. En 1919 el doctor F. Bulman escribía:

El deseo de evadir la eterna sentencia “de paries liberos in dolore” ha llevado a los tocólogos a ensayar la serie de analgésicos y a realizar el inmortal suceso, a un tiempo ideal y real, del feliz alumbramiento, sin servidumbre de dolor, sin quejas estridentes, ni sufrimiento a la madre, ni lágrimas a los espectadores; mas para lograrlo se ha fijado en la morfina, materia fundamental en la manufactura de varios analgésicos, alcaloide preponderante en cantidad e importancia en el opio; de popularizado empleo por su acción tan eficaz, y de verdad prestada contra el dolor, al ser colocada bajo la piel, y que ha acarreado al sepulcro o al manicomio numerosas gentes por su inmoderado uso, o su torpe empleo...³⁸

Bulman también mencionaba los efectos de la morfina en los sujetos que no eran asiduos consumidores, a los cuales les producía excitación, mientras que a los débiles y nerviosos les venía el insomnio, ocasionando somnolencia a los vigorosos. Mencionaba que las cantidades consumidas eran determinantes en el grado de excitación y del efecto de adormecimiento y dejaba claro que la intolerancia a la morfina era individual, aunque un

³⁷ G. Lobato, “Medicina práctica. Alcoholismo”, *Gaceta Médica de México*, Academia Nacional de Medicina, México, t. VII, 1872, p. 77-97.

³⁸ F. Bulman, “La morfina en el parto”, *Gaceta Médica de México*, Academia Nacional de Medicina, México, t. I, 1919-1920, p. 122-125.

morfinómano podía consumir hasta un gramo. Aunque los médicos sabían los efectos que provocaban dichas sustancias, su aplicación parece no haber cambiado mucho a la llegada de las disposiciones legales durante las primeras décadas del siglo XX.

El porcentaje de toxicómanos que ingresó al manicomio por consumir morfina fue de 4.8%; el porcentaje de hombres internos fue del 80% y el 20% de mujeres; la edad promedio fue de 39 años; el estado civil de los asilados arrojó que un 65% eran casados, 25% solteros y el 10% representado por dos mujeres viudas. Como en los casos anteriores, la residencia se encontraba en la ciudad de México. En el Hospital Federal ingresaron como morfinómanos el 5.8%; el 78.9% fueron hombres y el restante de mujeres; la edad promedio fue de 27 años. El 10% mencionó que eran casados, 42% solteros y 48% no registró su estado civil; la ciudad de México se posicionó como el lugar de residencia más frecuente.

La instancia remitente con mayor porcentaje fue la Beneficencia Pública en el caso del manicomio y en cuanto al hospital los internos ingresaban remitidos por la Campaña y por instituciones de seguridad. Los reingresos en La Castañeda fueron de 1.3%; hubo un hombre de 35 años que ingresó tres veces, casado, residente de la ciudad de México, de oficio pintor, no pensionista, remitido en 1944 por orden de la Secretaría de Salubridad, quien después fue trasladado al pabellón de toxicómanos. Los otros dos ingresos se dieron en el año de 1952.

En el hospital los reingresos alcanzaron un porcentaje de 3.57%. Entre ellos se encuentran los reingresos de un filarmónico de 36 años que mencionó ser casado y residente de la ciudad de México, quien ingresó en 15 ocasiones. En su historia clínica quedó asentado que su trabajo como músico le daba a ganar \$12.00 diarios, mismos que le servían para sostener a su familia integrada por esposa y 5 hijos; se inició en el consumo de la droga gracias a la invitación de un amigo que usaba morfina. Empleaba la droga inhalada cada 4 o 5 días en pequeñas cantidades. En su décimo primer ingreso mencionó que comenzó a usar heroína en forma inhalada; conoció la droga por haber visto usarla a un compañero músico; prosiguió inhalándola por espacio de dos años, empleando después morfina y heroína en forma

inyectable. Dejó de inyectarse varias veces por espacio de uno a dos meses. Antes de acostumbrarse a las inyecciones de morfina y heroína fumaba marihuana en poca cantidad.

Las mujeres que reingresaron al hospital por consumir morfina fueron remitidas por control de enervantes. Una de ellas tenía 28 años: soltera, cortesana, vivía en la 2a. de Pintores, en la ciudad de México. Mencionó que hacía doce años usaba morfina primero y heroína después; que ahora se inyectaba intravenosa en cantidad de doce papeles que le importaban una cantidad que eventualmente conseguía con el comercio de su cuerpo; cuando no los ajustaba se avenía a robar. Al ser originalmente inducida por su amante —a los 14 años de edad—, se internó para curarse porque “hace sufrir mucho a su mamá”. Tuvo tres años de abstinencia y reincidió por desesperación al abandonarla un amante.

Un elemento característico de la población de morfinómanos era la remisión realizada por acuerdo expreso del presidente de la Junta Directiva de la Beneficencia Pública, ya que era común que los enfermos fueran sorprendidos pidiendo caridad en las calles de la ciudad, buscando el dinero para comprar la droga y poder inyectarse de uno a dos gramos; los consumidores llegaban presentando fenómenos de abstinencia e ingresaban en calidad de asilados. Es importante señalar que algunos de ellos eran remitidos por otras instituciones de salud, como el Hospital General, cuyos certificados médicos mencionaban que padecían toxicomanías, aunque no presentaran perturbaciones mentales que ameritaran su internamiento en el manicomio, por lo que la instancia sugería no mantenerlos más tiempo y pedía la definición de su alta o la remisión a otra institución. Es común encontrar en las hojas de interrogatorio la sugerencia de que, aun cuando algún individuo no presentara perturbaciones mentales, se le admitía en vista de que procedía de la *razzia* de mendigos, considerándolo en calidad de depósito, por lo que al no tener dichas perturbaciones se le ingresaba al pabellón de trabajadores en donde, en opinión de los médicos, “estará en mejores condiciones de desempeñar su trabajo habitual ya que en la actualidad como ya había expresado antes, no necesita tratamiento médico”.

Un ejemplo significativo de la ruta que seguía un consumidor de morfina fue el de José Manuel, quien ingresó el día 12 de enero de 1928. En su historia clínica se menciona la evolución del padecimiento y se registra que tuvo curiosidad por sentir el efecto de la droga. Al principio inhalaba heroína, “lo que agarraba un Palillo”. Esta dosis fue mantenida durante un mes y después fue aumentando la cantidad hasta usar la misma dosis tres veces al día (aproximadamente 0.25 gramos); después se inyectaba endovenosamente y llegó a inyectarse 0.75 gramos de heroína en 24 horas. Un gotero armado de una agujilla hipodérmica era el instrumento que usaba. La morfina era empleada como sustituto de la heroína cuando no podía conseguir ésta. De morfina llegó a inyectarse un gramo. Cuando no llegaba a inyectarse, el enfermo señalaba como síntomas principales: astenia, palidez, enfriamiento de las extremidades, sudor frío, calosfrío, taquicardia y dolor de estómago, que se presentaba con mayor o menor intensidad, solo o acompañado, según fuera la necesidad de intoxicarse. En general, inyectándose o no, sentía una molestia dolorosa en la región vesicular, anorexia general, estado nauseoso, sobre todo matinal, sabor amargo en la boca, lengua saburral y vómito bilioso.

El doctor González Enríquez mencionaba que el paciente presentaba los tres periodos esquemáticos descritos por Ernest Chambard:³⁹ 1. De euforia, luna de miel del iniciado; 2. De arrepentimiento, y 3. De morfinomanía, los cuales se percibían con la sintomatología completa. El cuarto periodo, o de caquexia, apenas se observaba cuando el enfermo, por circunstancias accidentales, dejaba de intoxicarse. En la misma historia clínica, González Enríquez describía al morfinómano como un enfermo esencialmente egoísta por satisfacer la necesidad de la droga: no reparaba en ningún obstáculo ni en sentimientos familiares; era capaz de abandonar la familia e ignorar las condiciones en que se encontraba, por lo que mendigaba en lugar de trabajar en su oficio.

³⁹ Ernest Chambard, *Les morphinomanes: étude clinique, médico-légale et thérapeutique*, Paris, Rueff et Cie, 1893.

El pronóstico del médico González en relación con los consumidores de morfina era que los internos que han perdido su ambición para recobrase son casos difíciles, contrariamente a los que cifran en el porvenir algún éxito. Aquellos que han tenido un tratamiento previo en su casa o en algún otro lugar y que reinciden, por su repetida experiencia, son sujetos difíciles de tratar. En el caso de José Manuel era posible encontrar salvación, ya que contaba con suficiente apoyo moral (familiar o del Estado), logrando así aislarse del antiguo medio y permitiendo la dedicación de sus energías a alguna ocupación útil.

Consideraciones finales

El consumo de drogas fue una problemática que a partir del siglo XX reunió diferentes puntos de vista, tanto de las autoridades judiciales, de salud y del ámbito psiquiátrico, como de la opinión pública. La producción, el tráfico y el consumo de los psicoactivos fueron temas del interés de las autoridades y trajeron como resultado la publicación de mecanismos legales que pretendían controlar y encontrar una solución a lo que se estaba gestando, desde convenios internacionales, códigos sanitarios, códigos penales, hasta la creación del Reglamento Federal de Toxicomanías en 1931, el cual dio lugar a la creación del Hospital de Toxicómanos y, con ello, la eminente participación del gremio médico en estos temas.

Los datos cuantitativos, como los que se han recogido de los expedientes clínicos, permiten tener un panorama amplio de la diversidad de pacientes que pasaron tanto por La Castañeda como por el Hospital de Toxicómanos, y sacan a la luz una serie de consideraciones que permiten tener una visión integral del problema del consumo de drogas en nuestro país, porque, aunque no todos los toxicómanos llegaban a estas dos instituciones, son una muestra significativa de la forma en que se fue gestando el fenómeno de las adicciones.

Los toxicómanos que ingresaron al manicomio y al hospital fueron una población que lidió con la falta de criterios médicos homogéneos en torno del problema del consumo de estupefacien-

tes, por lo que a lo largo del siglo XX tuvo un peso mayor la estigmatización de los consumidores, la cual influyó en la definición de los criterios de ingreso a las instituciones. Esto no quiere decir que no existiera una preocupación por parte de los médicos; sin embargo, tanto las familias como los propios toxicómanos se apropiaron, por llamarlo de alguna forma, del manicomio y del hospital como espacios donde los adictos podían estar una corta temporada, esperando que pasara la desintoxicación y, en muchos casos, como un elemento de escarmiento impuesto por los familiares. Y aunque el primer diagnóstico era importante y servía para definir el tipo de droga que el toxicómano habría consumido, lo realizaba el médico viendo los signos y síntomas del adicto, por lo que los diagnósticos solían tener un peso subjetivo, pues en muchos casos los efectos ya habrían pasado o se fingían para recibir las viandas de las instituciones e incluso para evadir la justicia, ya que para muchos toxicómanos era más cómodo pasar unos días en el hospital que en la cárcel. Por ello no era nada raro que en la mayoría de los casos el alta se diera por haber terminado su tratamiento, es decir, pasando una corta temporada.

En la práctica, los resultados de la rehabilitación mediante el aislamiento no se cumplieron en buena medida por no contar con una infraestructura óptima para la atención de dicha población, por lo que la reincorporación del toxicómano a su cotidianidad traía como consecuencia que volviera a retomar el consumo de las drogas. El hospital y el manicomio cubrían únicamente la tarea de desintoxicarlos, utilizando como tratamiento la supresión lenta de las mismas, razón por la cual se convirtieron estos recintos en espacios de paso para aquellos toxicómanos que ingresaban, voluntariamente, por orden familiar o porque eran remitidos por las autoridades.

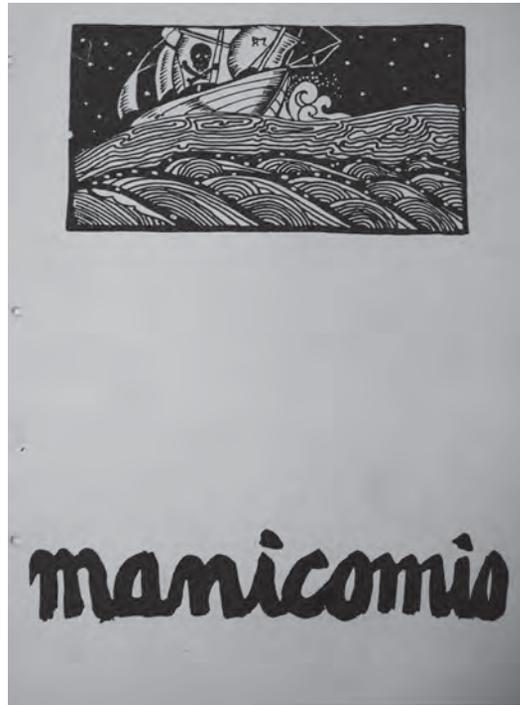


Figura 2. Portada de la revista *Manicomio*



FUENTES CONSULTADAS

FUENTES PRIMARIAS

FUENTES DOCUMENTALES

Archivos y bibliotecas

Archivo General de la Nación (México), Fototeca.

Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, “Rómulo Velasco Ceballos” (México), *Fondo Beneficencia Pública (FBP)*, Sección Establecimientos Hospitalarios (SEH), Serie Manicomio General (SMG); *Fondo Hospital Federal de Toxicómanos (FHFT)*; *Fondo Manicomio General (FMG)*, Sección Libros de Registro (SLR), Sección Administrativa (SADM), Sección Expedientes Clínicos (SEC); *Fondo Salubridad Pública (FSP)*, Sección Inspección de Farmacias (SIF), Sección Servicio Jurídico (SSJ); *Fondo Subsecretaría de Salubridad (FSUBS)*; *Fondo Subsecretaría de Salubridad y Asistencia (FSUBSYA)*.

Archivo de la Academia Nacional de Medicina de México (México).

Fondo Edmundo Buentello (México).

Base de datos-PAPIIT.

Biblioteca “Rafael García Granados”, Instituto de Investigaciones Históricas, UNAM (México).

Biblioteca “Nicolás León”, Facultad de Medicina, UNAM (México).

Biblioteca “Antonio Caso”, Facultad de Derecho, UNAM (México).

HEMEROGRAFÍA

Periódicos

El Imparcial, Ciudad de México

El Tiempo Ilustrado, Ciudad de México

El Universal, Ciudad de México

Nexos, Ciudad de México

Artículos de revistas

Aguilera, Gonzalo *et al.*, “Informe preliminar sobre el empleo de la flufenazina en las psicosis”, *Neurología-Neurocirugía-Psiquiatría*, Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría, México, v. 2, n. 3, 1961.

Alarcón, Alfonso G., “Encefalitis infantiles”, *Gaceta Médica de México*, Academia Nacional de Medicina, México, t. LXVI, n. 4, 1936, p. 255-268.

Altamira, Francisco, “Psicología de los niños anormales”, *Boletín del Departamento de Salubridad Pública*, Departamento de Salubridad Pública, México, v. II, n. 1-6, 1922, p. 3-10.

Aragón, Enrique O., “Los retrasados mentales”, *Gaceta Médica de México*, Academia Nacional de Medicina, México, v. XVII, n. 9, 1912, p. 540-552.

———, “La supresión del agente causal en las psicosis tóxicas, en particular las alcohólicas”, *Gaceta Médica de México*, Academia Nacional de Medicina, México, t. IX, 1914, p. 405.

———, “La hebefrenia”, *Gaceta Médica de México*, Academia Nacional de Medicina, México, t. LV, v. I, 1921-1925, p. 219-222.

———, “La rectificación a los dos polos de la enajenación mental: manía y melancolía”, *Gaceta Médica de México*, Academia Nacional de Medicina, México, 1933, p. 25-33.

Arias, Oswaldo, “Quince años de tratamiento de la sífilis con penicilina”, *Gaceta Médica de México*, Academia Nacional de Medicina, México, t. LXXXIX, n. 4, 1959, p. 234.

Ayuso y O’Horibe, Hircano, “Juramento antialcohólico”, *Gaceta Médica de México*, Academia Nacional de Medicina, México, v. XLI, n. 1, 1930, p. 4-5.

Bayle, Antoine, “Des causes organiques de l’aliénation mentale accompagnée de paralysie générale”, *Annales Médico-Psychologiques*, v. III, n. 1, 1855, p. 409-425.

Blasques, F., “Patogenia de la epilepsia”, *La Independencia Médica. Semanario especial destinado a defender los intereses científicos, morales y profesionales del cuerpo médico mexicano*, México, t. I, n. 36, 1881, p. 296-305.

- Buentello, Edmundo, “El Manicomio General y sus problemas inmediatos”, *Salubridad y Asistencia*, Secretaría de Salubridad y Asistencia, México, t. I, n. 2, 1944, p. 39-45.
- , “Errores de conducta del alcohólico crónico y sus consecuencias sociales. La cantina como creadora de riesgos”, *Archivos de Neurología y Psiquiatría de México*, Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría, México, v. VII, n. 1, 1944, p. 11-24.
- Bulman, Enrique, “Estudio sobre un criterio en las oligofrenias”, *Archivos de Neurología y Psiquiatría de México*, Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría, México, v. IV, n. 3-4, p. 143-147.
- Bulman, F., “La morfina en el parto”, *Gaceta Médica de México*, Academia Nacional de Medicina, México, t. I, 1919-1920, p. 122-125.
- Cabildo Arellano, Héctor M., “Consideraciones epidemiológicas sobre el alcoholismo en la República Mexicana”, *Neurología, Neurocirugía y Neuropsiquiatría*, Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría, México, v. VI, n. 1, 1965.
- , “Consideraciones sobre el problema de la salud mental en México”, *Salud Pública de México*, Secretaría de Salubridad y Asistencia, t. IX, n. 4, 1967, p. 505.
- Calderón Narváez, Guillermo, “Penicilina en neurosífilis”, *Archivos de Neurología y Psiquiatría de México*, Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría, México, t. VIII, 1945, p. 49.
- , “Evaluación de la actividad hipnógena del RO 4-5360”, *Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, v. 6, n. 2, 1965, p. 49-54.
- , “Valoración clínica de los resultados obtenidos con haldol”, *Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría, México, v. IX, n. 2, 1968, p. 117-122.
- , “Tratamiento ambulatorio del enfermo esquizofrénico”, *Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría, México, v. X, n. 2, 1969, p. 83-92.
- Camelo, Manuel, “Consideraciones sobre el tratamiento de la epilepsia infantil”, *Revista Mexicana de Psiquiatría, Neurología y Neurocirugía*, México, v. I, n. 5, 1951, p. 118-122.
- Cárdenas y Cárdenas, Juan, “Valor radiológico e interpretaciones de las calcificaciones intracraneales para el diagnóstico neuroquirúrgico”, *Gaceta Médica de México*, Academia Nacional de Medicina, México, t. LXXX, n. 3 y 4, 1950, p. 239-272.
- , “Nota preliminar sobre el resultado del tratamiento quirúrgico del parkinsonismo”, *Gaceta Médica de México*, Academia Nacional de Medicina, México, t. LXXXV, n. 6, 1955, p. 703-719.



- Carrera, Enrique, “Estudios sobre la epilepsia”, *El Faro Homeopático*, Sociedad Médico-Homeopática Mexicana, México, 1874, p. 9-17.
- Caso, Agustín, “Terapéutica farmacológica de la psicosis (12 años de investigación de drogas antipsicóticas)”, *Gaceta Médica de México*, Academia Nacional de Medicina, México, v. XCV, n. 10, 1965, p. 927-938.
- Castañeda, Gonzalo, “Discordancia y contradicciones entre la clínica y la clínica, entre la clínica y el laboratorio y entre el laboratorio y el laboratorio”, *Gaceta Médica de México*, Academia Nacional de Medicina, México, t. LXVI, n. 3, 1936, p. 171-177.
- Castillejos, Santiago, y Cristóbal Espinosa, “Los síndromes depresivos angustiosos tratados con el RO 4-1575”, *Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría, México, v. III, n. 4, 1962, p. 118-215.
- “Datos biográficos del Dr. Juan Cárdenas y Cárdenas”, *Gaceta Médica de México*, Academia Nacional de Medicina, México, t. LXXX, n. 3 y 4, 1950, p. 238.
- De Maria y Campos, Mauricio, “La industria farmacéutica en México”, *Comercio Exterior*, México, v. XXVII, n. 8, 1977, p. 888-912.
- Delay, Jean, “El problema de las relaciones entre neurología y psiquiatría”, *Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría, México, v. X, n. 3, 1969, p. 175-180.
- Divas, Enrique, “Colesterolemia y arterioesclerosis”, *Gaceta Médica de México*, Academia Nacional de Medicina, México, t. LXXXVII, n. 8, 1957, p. 565-592.
- Escobar, Alfonso, “Dionisio Nieto y la investigación científica”, *Salud Mental, Revista del Instituto Nacional de Psiquiatría*, v. 31, n. 4, 2008, p. 331-334.
- Falcón, Manuel, “El Pentothal como tratamiento del estado de mal epiléptico”, *Archivos de Neurología y Psiquiatría de México*, Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría, México, t. VI, n. 5, 1943, p. 295-298.
- Fernández Cerdeño, Arturo *et al.*, “El Instituto Nacional de Neurología. Su estructura, funcionamiento, doctrina y finalidades”, *Salud Pública de México*, Secretaría de Salubridad y Asistencia, México, v. IX, n. 4, 1967.
- Flores Caneda, A., “Alcoholismo y procreación”, *Boletín del Departamento de Salubridad Pública*, Departamento de Salubridad Pública, México, v. I, n. 4, 1930, p. 1099-1101.

- Flores Covarrubias, Teodoro, “El radiodiagnóstico neurológico y el electrodiagnóstico”, *Revista Mexicana de Psiquiatría, Neurología y Medicina Legal*, México, v. v, n. 30, 1939, p. 29-57.
- Fortes, Abraham, “Criterio clínico actual de encefalitis”, *Revista Mexicana de Neurología, Psiquiatría y Medicina Legal*, México, v. XI, n. 66, 1945.
- Fuentes Delgado, Mario, “Automatismo mental y encefalitis”, *Archivos de Neurología y Psiquiatría de México*, Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría, México, t. II, n. 2, 1938, p. 415-427.
- , “Profilaxia de las secuelas encefalíticas”, *Archivos de Neurología y Psiquiatría de México*, Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría, México, t. II, n. 3, 1938, p. 117-125.
- , “La encefalitis”, *Archivos de Neurología y Psiquiatría de México*, Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría, México, t. VII, n. 3, 1944, p. 95-97.
- , “Relaciones del enfermo mental con la familia y la sociedad”, *Salud Pública de México*, Secretaría de Salubridad y Asistencia, México, t. v, v. IX, n. 4, 1967, p. 525-530.
- Franco, Carlos, Gonzalo Aguilera, Miguel Kireev y Agustín Caso, “Informe preliminar sobre el empleo de la flufenazina en las psicosis”, *Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría, México, n. 4, 1961, p. 117-122.
- Gaitán González, Luis, “Los virus filtrables en las enfermedades nerviosas y mentales”, *Revista Mexicana de Neurología, Psiquiatría y Medicina Legal*, México, v. XII, n. 71, 1946, p. 2-9.
- Garcíadiego, Javier, E. S. Hoff y Sixto Obrador, “Dos casos de extirpación del lóbulo frontal derecho”, *Archivos de Neurología y Psiquiatría de México*, Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría, México, t. VIII, n. 5, 1945, p. 101-119.
- Garcíadiego, Javier, Francisco Núñez Chávez y Sixto Obrador Alcalde, “Aplicaciones del electro-choque como método de investigación y diagnóstico en los epilépticos”, *Archivos de Neurología y Psiquiatría de México*, Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría, México, t. VII, n. 5, 1944, p. 117-128.
- Garza García, Francisco, “La terapia ocupacional para enfermos mentales en México”, *Revista Mexicana de Psiquiatría, Neurología y Medicina Legal*, México, v. XIII, n. 74, 1946, p. 14-27.
- González Tejeda, Enrique “Delincuencia infantil y debilidad mental”, *Revista Mexicana de Psiquiatría, Neurología y Medicina Legal*, México, v. II, n. 7, 1935, p. 8-15.

- Guzmán West, Hernando, “Neurocirugía, conciencia y localización cerebral”, *Gaceta Médica de México*, Academia Nacional de Medicina, México, t. XCII, n. 3, 1962, p. 217-227.
- , “Avances en neurocirugía. Avances en el diagnóstico”, *Gaceta Médica de México*, Academia Nacional de Medicina, México, t. XCIII, n. 7, 1963, p. 581-584.
- Hernández Peniche, Julio *et al.*, “El electroencefalograma en los tumores intracraneales supratentoriales”, *Neurología-Neurocirugía-Psiquiatría*, Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría, México, v. II, n. 1, 1961.
- Hernández Peón, Raúl, “Las bases fisiológicas de la neurofarmacología”, *Neurología-Neurocirugía-Psiquiatría*, Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría, México, v. III, n. 4, 1962.
- Hernández Peón, Raúl *et al.*, “Estudio clínico, electromiográfico y electroencefalográfico sobre las acciones relajante y anticonvulsiva del RO 5-2807”, *Neurología-Neurocirugía-Psiquiatría*, Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría, México, v. III, n. 4, 1962.
- Hidalgo y Carpio, Luis, “Delirio nervioso”, *Gaceta Médica de México*, Academia Nacional de Medicina, México, t. v, 1840, p. 429.
- Levant Yeager, Ch. *et al.*, “Electro-encefalografía. Su importancia en la clínica neurológica”, *Revista Mexicana de Neurología, Psiquiatría y Medicina Legal*, México, v. VIII, n. 43, mayo de 1941, p. 43-56.
- Lezama, Alberto, “Valor e interpretación en el examen de líquido cefalorraquídeo en psiquiatría y neurología”, *Revista Mexicana de Neurología, Psiquiatría y Medicina Legal*, México, v. I, n. 3, 1934, p. 38-42.
- Liceaga, Eduardo, “El bromuro de potasio en el tratamiento de la epilepsia”, *Gaceta Médica de México*, Academia Nacional de Medicina, México, t. 6, 1871, p. 334-344.
- , “El núm. 606”, *Gaceta Médica de México*, Academia Nacional de Medicina, México, t. v, 1910, p. 505.
- Lobato, G., “Medicina práctica. Alcoholismo”, *Gaceta Médica de México*, Academia Nacional de Medicina, México, t. VII, 1872, p. 77-97.
- Lozano, José David, “Yo estuve en el Manicomio!”, *Hoy*, n. 225, 1941, p. 41.
- Mateos, José Humberto, “Evaluación de los estudios de gabinete en el diagnóstico neurológico”, *Neurología-Neurocirugía-Psiquiatría*, Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría, México, v. I, n. 2, 1960.
- , “Recientes adelantos en el diagnóstico neurológico”, *Neurología-Neurocirugía-Psiquiatría*, Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría, México, v. I, n. 3, 1960.

- Millán, Alfonso, “Radical transformación en el Manicomio General de Mixcoac”, *Asistencia, Órgano oficial de la Beneficencia Pública en el D. F.*, México, año I, n. 1, 1934, s. p.
- , “Alcoholismo y trastornos mentales en México”, *Asistencia, Órgano oficial de la Beneficencia Pública en el D. F.*, México, n. 15, 1937, s. p.
- Nares, Daniel, “Las psicodrogas en pediatría”, *Revista de la Clínica de la Conducta. Publicación especializada en psiquiatría, neurología y psicología infantiles*, Clínica de la Conducta de la SEP, México, v. II, n. 3, 1968, p. 35-41.
- Nieto, Dionisio, “El problema de las relaciones entre la neurología y la psiquiatría”, *Neurología-Neurocirugía-Psiquiatría*, v. 10, n. 3, 1969, p. 175-177.
- Obrador Alcalde, Sixto, “Algunas consideraciones neuro-quirúrgicas sobre el problema de las epilepsias focales”, *Archivos de Neurología y Psiquiatría de México*, Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría, México, t. IV, n. 2, 1941, p. 35-45.
- , “Sobre electroencefalografía clínica”, *Archivos de Neurología y Psiquiatría de México*, Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría, México, t. VI, n. 1, 1942, p. 17-47.
- , “Sobre la electroencefalografía”, *Archivos de Neurología y Psiquiatría de México*, Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría, México, t. VI, n. 1, 1943.
- Obrador Alcalde, Sixto, y P. Ortiz Estrada, “Comparación de los hallazgos radiográficos y electroencefalográficos en casos de epilepsia orgánica”, *Archivos de Neurología y Psiquiatría de México*, Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría, México, t. VIII, n. 6, 1945, p. 135-149.
- Olvera, José, “Expendio libre de yerbas medicinales, de venenos y otras drogas peligrosas”, *La Farmacia*, Sociedad Farmacéutica Mexicana, México, t. VI, n. 12, 1897.
- Ortega, Alfonso, “Trabajos de laboratorio en el Manicomio General, durante 1935”, *Asistencia*, II época, n. 3, 1936, s. p.
- “Palabras del Dr. Mario Fuentes Delgado al presentar su trabajo de ingreso como académico de número en la sección de neurología y psiquiatría”, *Gaceta Médica de México*, Academia Nacional de Medicina, México, t. LXXVII, n. 3 y 4, 1948, 15 p.
- Peón del Valle, Juan, “Atrofia de Pick y enfermedad de Alzheimer”, *Revista Mexicana de Neurología, Psiquiatría y Medicina Legal*, México, v. VII, n. 37, 1941.



- Puig Solanes, M., "Infección sifilítica temprana del sistema nervioso en gran número de asiladas del Hospital Morelos", *Boletín de Salubridad e Higiene*, Secretaría de Salubridad y Asistencia, t. I, n. 2, 1938, p. 67-69.
- Quiroz Cuarón, Alfonso, "Escuela de Trabajadores Sociales", *Criminalia*, Academia Mexicana de Ciencias Penales, México, v. VII, n. 8, 1941, p. 461-470.
- , "Alcoholismo y criminalidad", *Criminalia*, Academia Mexicana de Ciencias Penales, México, v. XXVI, n. 10, 1960.
- Ramírez Moreno, Samuel, "Tratamiento de la parálisis general progresiva", *Gaceta Médica de México*, Academia Nacional de Medicina, México, t. LIX, n. 5, 1928, p. 252-331.
- , "Relaciones entre forma paranoide de la esquizofrenia y los delirios sistematizados alucinatorios", *Revista Mexicana de Psiquiatría, Neurología y Medicina Legal*, México, v. I, n. 5, 1935, p. 9-19.
- , "El diagnóstico preclínico de la sífilis nerviosa", *Revista Mexicana de Psiquiatría, Neurología y Medicina Legal*, México, v. II, n. 6, 1935, p. 7-23.
- , "El Dr. Rafael Lavista y la Quinta de Salud de Tlalpan", *Revista Mexicana de Psiquiatría, Neurología y Medicina Legal*, México, v. II, n. 7, 1935.
- , "Valoración a través del tiempo de la terapéutica de la parálisis general progresiva", *Gaceta Médica de México*, Academia Nacional de Medicina, México, t. LXVII, n. 3, 1937, p. 229.
- , "Tratamiento de la esquizofrenia por choques convulsivos de pentametilentetrazol", *Gaceta Médica de México*, Academia Nacional de Medicina, México, n. 68, 1938, p. 449.
- , "Algunos procedimientos actuales de radiodiagnóstico en la clínica neuropsiquiátrica", *Gaceta Médica de México*, Academia Nacional de Medicina, t. LXIX, n. 1, 1939, p. 198, 198-211.
- , "Estudios sobre electroencefalografía", *Revista Mexicana de Psiquiatría, Neurología y Medicina Legal*, México, v. VIII, n. 43, 1941, p. 11-41.
- , "Tratamiento por electrochoques", *Gaceta Médica de México*, Academia Nacional de Medicina, México, n. 73, 1943, p. 391.
- , "Causas y tratamiento de la esquizofrenia", *Gaceta Médica de México*, Academia Nacional de Medicina, México, 1944, v. LXXIV, n. 1, p. 189, 235-244.
- , "Cisticercosis cerebral", *Revista Mexicana de Neurología, Psiquiatría y Medicina Legal*, México, v. XI, n. 65, 1945, p. 5-15.

- Ramírez Moreno, Samuel, y José Rojo de la Vega, “Cisticercosis quística del cerebro curada por intervención quirúrgica”, *Revista Mexicana de Neurología, Psiquiatría y Medicina Legal*, México, v. V, n. 29, 1939, p. 9-17.
- Ramírez Moreno, Samuel, y Teodoro Flores Covarrubias, “Síndrome epiléptico y procesos aneurismáticos de la presa Herófilo y de los senos laterales”, *Revista Mexicana de Psiquiatría, Neurología y Medicina Legal*, México, v. V, n. 28, 1938, p. 5-12.
- Ramos Murguía, Miguel, y Fernando Rueda Franco, “El Valium (RO 5-2807) en el tratamiento de la espasticidad, movimiento y rigidez extrapiramidal y espasmo”, *Neurología-Neurocirugía-Psiquiatría*, Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría, México, v. 3, n. 1, 1962, p. 21-23.
- , “Tratamiento de la espasticidad con Valium”, *Neurología-Neurocirugía-Psiquiatría*, Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría, México, v. III, n. 4, 1962, p. 216-217.
- Reyes, Francisco, “El mercurocromo 220. Dibromo-Oxy-Mercuri-Fluorescina por la vía endovenosa como anti-luético”, *Boletín de Salubridad e Higiene*, Secretaría de Salubridad y Asistencia, México, t. I, n. 2, 1938, p. 71-74.
- Rffiertz, Oton, “Algunas observaciones sobre las relaciones entre la sífilis, la tabes y la parálisis general progresiva”, *La Escuela de Medicina*, México, v. VIII, n. 1, 1922.
- Salazar Viniegra, Leopoldo, “La bencedrina en la neuro-psiquiatría”, *Gaceta Médica de México*, Academia Nacional de Medicina, México, 1941, p. 35-42.
- , “Problemas clínicos de la epilepsia”, *Gaceta Médica de México*, Academia Nacional de Medicina, México, t. LXXII, n. 1, 1942, p. 301.
- , “Raíces míticas de la esquizofrenia”, *Archivos de Neurología y Psiquiatría de México*, Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría, México, v. IV, n. 5 y 6, p. 235-244.
- Saldaña, Humberto, “La imipramina en el tratamiento de las depresiones”, *Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría, México, v. IV, n. 1, 1963, p. 33-36.
- “Sección de psiquiatría en el Consultorio No. 1”, *Asistencia*, México, año I, n. 7, 1935, p. 28-29.
- Secretaría de Salubridad y Asistencia, “Instituto Nacional para las Enfermedades Nerviosas”, *Salud Pública de México*, Secretaría de Salubridad y Asistencia, México, v. VI, n. 5, 1964.

- Sol, José, “El alcoholismo crónico”, *Revista Mexicana de Psiquiatría, Neurología y Medicina Legal*, México, v. VI, n. 36, 1940, p. 33-46.
- Solís Quiroga, Roberto, “Las oligofrenias de la primera infancia”, *Revista Mexicana de Psiquiatría, Neurología y Medicina Legal*, México, n. 72, 1946, p. 14.
- Soto, Juan L., “Adaptación del tratamiento antisifilítico a los tipos de enfermos de los Servicios Antivenéreos. Necesidad de la unificación de los tratamientos. Esquemas destinados a facilitar su aplicación”, *Boletín de Salubridad e Higiene*, Secretaría de Salubridad y Asistencia, México, v. I, n. 2, 1938, p. 52-53.
- Stern, Roberto, “La punción lumbar ambulatoria y el meningismo”, *Archivos de Neurología y Psiquiatría de México*, Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría, México, t. V, n. 1, 1942.
- Tejada Ruiz, Carlos, “Los hospitales granja”, *Salud Pública de México*, Secretaría de Salubridad y Asistencia, México, t. V, v. IX, n. 4, 1967, p. 587.
- Tena, Antonio, “La acción del clorhidrato de emetina en el tratamiento del alcoholismo y sus complicaciones”, *Revista Mexicana de Psiquiatría, Neurología y Medicina Legal*, México, v. I, n. 4, 1934, p. 25-31.
- Torres, Agustín, “Razones por las cuales debe adoptarse la clasificación de las enfermedades mentales, por el Prof. Tanzi, en el Manicomio General”, *Revista Enciclopédica Beneficencia Pública del Distrito Federal*, México, n. 1, 1917, p. 46-50.
- Vado Johnson, Ignacio, “Las drogas maléficas”, *La Farmacia*, Sociedad Farmacéutica Mexicana, México, t. III, n. 22, 1923.
- Velasco Fernández, Rafael, “Las neurosis infantiles: necesidad de una correcta valoración”, *Revista de la Clínica de la Conducta, Publicación especializada en psiquiatría, neurología y psicología infantiles*, Clínica de la Conducta de la SEP, México, v. III, n. 6, 1969, p. 33-37.
- Velasco Suárez, Manuel, “Palido-talamotomía en el tratamiento de las disquinesias”, *Gaceta Médica de México*, Academia Nacional de Medicina, México, t. XC, n. 12, 1960, p. 1003-1021.
- , “Avances substanciales en neurocirugía. Manejo del paciente neuroquirúrgico”, *Gaceta Médica de México*, Academia Nacional de Medicina, México, t. CXII, n. 7, 1963.
- Zuckermann, Conrado, “Técnica y resultados de la aeroencefalografía por vía lumbar”, *Revista Mexicana de Psiquiatría, Neurología y Medicina Legal*, México, v. III, n. 18, 1937.

BIBLIOGRAFÍA

Libros

- Agostoni, Claudia, y Elisa Speckman (eds.), *De normas y transgresiones. Enfermedad y crimen en América Latina (1850-1950)*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Históricas, 2005 (Historia Moderna y Contemporánea).
- Aragón, Enrique O., “La enajenación mental en México”, en *Mis 31 años de académico*, México, Academia Nacional de Medicina de México, 1943, t. I, p. 415-470.
- , “Informe que, con el carácter de anteproyecto, presenta al C. Presidente de la Junta Directiva de la Beneficencia Pública en el Distrito Federal la comisión que fue honrada en su nombramiento para proponer las reformas que amerita el Manicomio General”, en *Mis 31 años de académico*, México, Academia Nacional de Medicina de México, 1943, t. I, p. 431-470.
- , “Los estados de angustia y el tratamiento heterónimo del complejo freudiano”, en *Obras completas*, México, Imprenta Aldina, 1943, t. 1, p. 523-536.
- Bayle, Antoine, *Recherches sur les maladies mentales*, Paris, Didot, 1822.
- Binet, Alfred, y Théodore Simon, *Les enfants anormaux. Guide pour l'admission des enfants anormaux dans les classes de perfectionnement*, Paris, Librairie Armand Colin, 1907 [en línea]. Disponible en: <https://archive.org/stream/lesenfantsanorma00bine#page/12/mode/2up> [consultado el 31/04/2015].
- , *Niños anormales. Guía de admisión de niños anormales en clases de perfeccionamiento*, introducción de Santiago Molina García, Madrid, Ciencias de la Educación Preescolar y Especial, 1992.
- Campos Salas, Antonio, *Sífilis, gonorrea, chancro blando, linfo-granuloma venéreo, granuloma inguinal en la práctica médica*, México, Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1956.
- Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos, *Alcohólicos Anónimos en México. Segunda parte*, México, Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos, 2013.
- Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos, *Alcohólicos Anónimos llega a su mayoría de edad. Una breve historia de Alcohólicos Anónimos*, 24a. ed., México, Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos, 2013.

- Chaix, Carlos L., *Estudio patogénico, diagnóstico y psicológico de la epilepsia*, México, Imprenta de la Viuda de Murguía e Hijos, 1870.
- Chambard, Ernest, *Les morphinomanes: étude clinique, médico-légale et thérapeutique*, Paris, Rueff et Cie, 1893.
- Defendorf, Ross, *Clinical Psychiatry. A Text Book for Students and Physicians*, London, Macmillan, 1904 [en línea]. Disponible en: <https://archive.org/stream/39002010262914.med.yale.edu#page/n5/mode/2up> [consultado el 07/01/2016].
- Dirección General de Bioestadística, *Primera Investigación Nacional de Enfermos Neurológicos y Psiquiátricos: (periodo del 20 al 30 de junio de 1960)*, México, Talleres Gráficos de la Nación, 1964.
- Entrevista al doctor Manuel Guevara Oropeza realizada por Martha Valdez en el domicilio particular del doctor el 4 de octubre de 1977*, México, Instituto de Investigaciones Dr. José María Luis Mora, 1982.
- Galindo y Villa, Jesús, *Geografía de la República Mexicana*, México, Sociedad de Edición y Librería Franco Americana, 1926.
- García, Genaro, *Crónica oficial de las fiestas del Primer Centenario de la Independencia de México*, México, Talleres del Museo Nacional, 1911.
- Garzo, María Luisa, *La novia de Nervo*, México, Alfonso Quiroga, 1922.
- Gómez, Elías A., *Fenómenos psíquicos de la epilepsia*, México, Imprenta de la Escuela Correccional, 1888.
- González, José de Jesús, *Los niños anormales psíquicos. Curso libre teórico-práctico dado a maestros normalistas de la ciudad de León*, México, Librería de la Viuda de Ch. Bouret, 1918.
- Kanner, Leo, *A History of the Care and Study of the Mentally Retarded*, Springfield (Illinois), Charles C. Thomas, 1964.
- Lombroso y la Escuela Positiva Italiana*, estudio preliminar de José Luis Peset y Mariano Peset, Madrid, Ediciones Castilla, 1975.
- López Piñero, José María, *John Hughlings Jackson (1835-1911). Evolucionismo y neurología*, Madrid, Moneda, 1973.
- Montes de Oca, Vicente, *Breve exposición de los principales tratamientos de la histeria y la epilepsia*, México, Oficina Tipográfica de la Secretaría de Fomento, 1893.
- Morales Pereira, Samuel, y Antonio Romero, “Exposición y proyecto para construir un manicomio en el Distrito Federal, que presenta ante la junta nombrada por el C. Ministro de Gobernación, la comisión encargada de formarlo”, en *Memorias del 2o. Congreso Médico*

- Pan-Americano verificado en la ciudad de México, D. F.*, noviembre 16, 17, 18 y 19 de 1896, México, Hoeck y Compañía Impresores y Editores, 1898, t. 2, p. 887-899.
- Morel, Benedict August, *Traité das maladies mentales*, Paris, Victor Masson, 1860.
- , *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine et des causes qui produisent ces variétés maladives*, Paris, s. e., 1857 [en línea]. Disponible: <https://archive.org/stream/traitdesdg1857more#page/n8/mode/1up> [consultado el 19/03/2016].
- Munist, Luis, *La penicilina. La conquista médica más importante de la Segunda Guerra Europea. Su aplicación en los ejércitos en lucha y en la población civil*, Buenos Aires, Nova, 1945.
- Patiño Rojas, José Luis, e Ignacio Sierra, *Cincuenta años de psiquiatría en el Manicomio General*, México, Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1965.
- Pinel, Philippe, *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale, ou la manie*, Paris, Chez Richard, Caille et Ravier, 1801 [en línea]. Disponible en <http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k432033/f6.item> [consultado el 19/03/2016].
- , *Tratado médico-filosófico de la enajenación del alma, o manía*, traducción de Luis Guarnerio y Allavena, Madrid, Imprenta Real, 1804.
- Plumed, José Javier, y Antonio Rey González, “La introducción de las ideas degeneracionistas en la España del siglo XIX. Aspectos conceptuales”, *Frenia. Revista de Historia de la Psiquiatría*, Madrid, v. II, n. 1, p. 31-48.
- Pola, Librado, *Ligeras consideraciones sobre la patogenia de la epilepsia*, México, Imprenta de El Partido Liberal, 1891.
- Ramírez Moreno, Samuel, “La terapéutica por medio del trabajo y los deportes en los enfermos mentales”, en *Memoria del III Congreso de la Asociación Médica Panamericana verificado en la ciudad de México del 26 al 31 de julio de 1931, bajo los auspicios del Departamento de Salubridad de México*, México, Imprenta del Departamento de Salubridad Pública, 1933, p. 115-123.
- , “La asistencia psiquiátrica en México”, en *Memorias del Congreso Internacional de Psiquiatría celebrado en París*, México, 1950.
- Ramírez Ulloa, Eliseo, “La intoxicación por marihuana”, en *Obras completas*, México, El Colegio Nacional, 1991.



- Salinas, Agustín, *Breve estudio sobre el tratamiento de la histero-epilepsia*, México, Antigua Imprenta de Murguía, 1886.
- Secretaría de la Asistencia Pública, *La Asistencia Social en México. Sexenio 1934-1940*, México, Talleres Gráficos de la Nación, 1940.
- Sexto Censo de Población 1940. Resumen General de Economía Nacional*, México, División General de Estadística, 1943.
- Sokoloff, Boris, *La penicilina*, México, Fondo de Cultura Económica, 1945.
- Solís Quiroga, Roberto, *Estudio sobre el retardo escolar (hecho con un material de 36 170 niños de las escuelas primarias de la capital de la República Mexicana)*, México, Universidad Nacional Autónoma de México/Escuela Normal Superior, 1930.
- , “El problema educativo de los niños anormales mentales. Informe sobre el Instituto Médico Pedagógico”, en *Contribución del Departamento de Psicopedagogía e Higiene para el VII Congreso Panamericano del Niño*, México, Secretaría de Educación Pública, 1935, p. 43-57.
- Velasco Fernández, Rafael, *Alcoholismo: visión integral*, México, Trillas, 1988.

Tesis

- Aranda de la Parra, Alberto, *Acción del cloruro de calcio en la esquizofrenia y psicosis maniaco depresiva empleado por vía endovenosa*, tesis de Medicina, México, Universidad Nacional Autónoma de México, 1931.
- Ayala Arredondo, José, *El clorhidrato de emetina en el tratamiento del alcoholismo crónico y su episodio agudo, el delirium tremens*, tesis de médico cirujano, México, Universidad Nacional Autónoma de México, 1934.
- Berkstein, Cecilia, *El Hospital del Divino Salvador*, tesis de licenciatura, México, Universidad Nacional Autónoma de México, 1981.
- Bonifaz Domínguez, Manuel, *Breve estudio sobre el alcoholismo considerado desde el punto de vista médico-legal*, tesis de Medicina, México, Escuela Nacional de Medicina, 1917.
- Brindis, Horacio, *Relación entre la epilepsia y la sífilis. Contribución para su estudio*, tesis de Medicina, México, Escuela Nacional de Medicina, 1922.

- Buentello, Edmundo, *Consideraciones clínicas y nosológicas sobre el delirio de interpretación*, tesis de Medicina, México, Universidad Nacional Autónoma de México, 1930.
- Camelo, Manuel, *El azufre en la parálisis general progresiva*, tesis de Medicina, México, Universidad Nacional Autónoma de México, 1930.
- Casarín, Sabino A., *Alcoholismo y matrimonio*, tesis de Medicina, México, Escuela Nacional de Medicina de México, 1903.
- Castillejos Bezares, Santiago, *Contribución al estudio de la esquizofrenia desde el punto de vista bioeléctrico*, tesis de Medicina, México, Universidad Nacional Autónoma de Medicina, 1944.
- Dávila, Guillermo, *Estudio clínico de la esquizofrenia y de sus diferentes formas*, tesis de Medicina, México, Escuela Nacional de Medicina, 1925.
- Fuentes, Mario, *Indagaciones sobre la epilepsia y su tratamiento*, tesis de Medicina, México, Escuela Nacional de Medicina, 1925.
- Garza, Gilberto de la, *Breves apuntes sobre alucinaciones*, tesis de Medicina, México, Escuela Nacional de Medicina, 1917.
- Guzmán, Ignacio, *Intoxicación por marihuana*, tesis de Medicina, México, Escuela Nacional de Medicina, 1926.
- Hernández, José Manuel, *El estado mental de los epilépticos*, tesis de Medicina, México, Escuela Nacional de Medicina, 1927.
- Labardie, Ferréol, *Historia general de la parálisis general progresiva de los enajenados y sus formas clínicas*, tesis de Medicina, México, Escuela Nacional de Medicina, 1885.
- Lavista, Pablo, *Algunas consideraciones sobre la teoría infecciosa de la esquizofrenia*, tesis de Medicina, México, Escuela Nacional de Medicina, 1935.
- López Contreras, Eucario, *Contribución al problema social de la sífilis en nuestro medio*, tesis de Medicina, México, Universidad Nacional Autónoma de México, 1925.
- López Lira, Francisco, *Estudio médico-social sobre el alcoholismo*, tesis de Medicina, México, Escuela Nacional de Medicina, 1906.
- Manteca Parra, Manuel, *La inoculación de la malaria en la parálisis general progresiva*, tesis de Medicina, México, Escuela Nacional de Medicina, 1925.
- Menéndez Menéndez, Margarita Isolda, *El problema del débil mental en México*, tesis de Psicología, México, Universidad Nacional Autónoma de México, 1963.



- Miralda Navas, Valentín, *El tratamiento convulsivante de la esquizofrenia*, tesis de Medicina, México, Escuela Nacional de Medicina, 1939.
- Molina, José Manuel, *Algunos aspectos de la deficiencia mental*, tesis de Psicología, México, Universidad Nacional Autónoma de México, 1970.
- Molina Vélez, Salvador, *Contribución al estudio del funcionalismo hepático en la demencia precoz catatónica*, tesis de Medicina, México, Escuela Nacional de Medicina, 1930.
- Munguía, José Guadalupe, *Algunas consideraciones sobre el diagnóstico y tratamiento de la neurosífilis, especialmente de la tabes y la parálisis general*, tesis de Medicina, México, Escuela Nacional de Medicina, 1920.
- Núñez Chávez, Francisco, *Estudio clínico de los delirios sistematizados alucinatorios*, tesis de Medicina, México, Escuela Nacional de Medicina, 1926.
- Ortiz y Núñez, Eliseo, *El alcoholismo desde el punto de vista médico legal*, tesis de Medicina, México, Escuela Nacional de Medicina, 1921.
- Portilla Velázquez, Roberto, *Psicosis maniaco-depresiva (Kraepelin)*, tesis de Medicina, México, Escuela Nacional de Medicina, 1927.
- Quiroz, Alicia, *Oligofrenia y agresividad*, tesis de Psicología, México, Universidad Nacional Autónoma de México, 1956.
- R. y Rojas, Nicolás, *Algunas consideraciones sobre el alcoholismo en México*, tesis de Medicina, México, Escuela Nacional de Medicina de México, 1903.
- Ramírez Moreno, Samuel, *La parálisis general progresiva: contribución al estudio de la parálisis general progresiva*, tesis de Medicina, México, Escuela Nacional de Medicina, 1924.
- Reyes Segura, Rubén, *Etiología de la deficiencia mental en niños de edad escolar*, tesis de Medicina, México, Universidad Nacional Autónoma de México, 1932.
- Rodríguez Caballero, Julio, *Estudios sobre la confusión mental*, tesis de Medicina, México, Escuela Nacional de Medicina, 1920.
- Rubio Yarza, Mauricio, *Los electrochoques en el tratamiento de la esquizofrenia*, tesis de Medicina, México, Escuela Nacional de Medicina, 1942.
- Serrano, Diódoro, *Algunas consideraciones sobre la acción terapéutica de la hioscina y del somnifene en el delirium tremens*, tesis de Medicina, México, Universidad Nacional Autónoma de México, 1930.

- Serrano y Cuevas, Georgina, *Estudio sobre la posibilidad de un diagnóstico precoz del alcoholismo*, tesis de Psicología, México, Universidad Nacional Autónoma de México, 1977.
- Sierra, Ignacio, *Esquizofrenia*, tesis de Medicina, México, Escuela Nacional de Medicina, 1944.
- Tapia García, Rodolfo, *Contribución al tratamiento del alcoholismo crónico*, tesis de Medicina, México, Universidad Nacional Autónoma de México, 1930.
- Tapia y Ayala, Rogaciano, *Algunas consideraciones sobre los progresos de la morfinomanía*, tesis de Medicina, México, Escuela Nacional de Medicina, 1920.

FUENTES SECUNDARIAS

- Ablard, Jonathan, *Madness in Buenos Aires: Patients, Psychiatrist and the Argentine State, 1880-1983*, Calgary, University of Calgary Press, 2008.
- Ackerknecht, Erwing, *Breve historia de la psiquiatría*, Valencia, Universidad de Valencia, 1993.
- Agostoni, Claudia, “Médicos rurales y medicina social en el México posrevolucionario (1920-1940)”, *Historia Mexicana*, v. LXIII (2), 2013, p. 745-801.
- Agostoni, Claudia, y Andrés Ríos Molina, *Las estadísticas de salud en México. Ideas, actores e instituciones, 1810-2010*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Históricas/Secretaría de Salud, Dirección General de Información en Salud, 2010.
- Aguilar Aguilar, Rosenda, “Los albores de la penicilina en México”, *Tzintzun. Revista de Estudios Históricos*, México, n. 62, 2015, p. 242-270.
- Aird, Robert, *Foundations of Modern Neurology: a Century of Progress*, New York, Raven, 1994.
- Álamo, Cecilio *et al.*, “Aspectos históricos del descubrimiento y de la introducción clínica de la clorpromazina: medio siglo de psicofarmacología”, *Frenia. Revista de Historia de la Psiquiatría*, Madrid, v. II, t. 1, 2002, p. 83-85.
- Alexander, Franz G., y Sheldon T. Selesnick, *Historia de la psiquiatría. Una evaluación del pensamiento psiquiátrico desde los tiempos prehistóricos hasta nuestros días*, Barcelona, Espaxs, 1970.



- Alfaro, Patricia Guadalupe, “El tratamiento médico para los alienados con sífilis en el Manicomio General, 1910-1958”, en *Cuadernos para la historia de la salud*, México, Secretaría de Salud, 2003, p. 59-86.
- Alinovi, Matías, *Historia de las epidemias. Pestes y enfermedades que aterrorizaron (y aterrorizan) al mundo*, Buenos Aires, Capital Intelectual, 2009.
- Álvarez, José María, *La invención de la enfermedades mentales*, Madrid, Gredos, 2008.
- Aréchiga Córdoba, Ernesto, “‘Dictadura sanitaria’, educación y propaganda higiénica en el México revolucionario, 1917-1934”, *DYNAMIS, Acta Hispanica ad Medicinae Scientiarumque Historiam Illustrandam*, Granada, v. 25, 2005, p. 117-143.
- , “Educación, propaganda o dictadura sanitaria. Estrategias discursivas de higiene y salubridad públicas en el México posrevolucionario, 1917-1945”, *Estudios de Historia Moderna y Contemporánea de México*, Instituto de Investigaciones Históricas, México, n. 33, enero-junio de 2007.
- Astorga, Luis, “Arqueología del narcotráfico”, *Nexos*, n. 211, julio de 1995.
- , *El siglo de las drogas. El narcotráfico, del Porfiriato al nuevo milenio*, México, Plaza y Janés, 2005.
- Bancaud, Jean, “La epilepsia antes del descubrimiento del electroencefalograma”, en Jacques Postel y Claude Quézel (coords.), *Nueva historia de la psiquiatría*, 2a. ed., México, Fondo de Cultura Económica, 2000, p. 247-254.
- Barbosa Cruz, Mario, “La persistencia de una tradición: consumo de pulque en la ciudad de México, 1900-1920”, en Ernest Sánchez Santiró (coord.), *Cruda realidad. Producción, consumo y fiscalidad de las bebidas alcohólicas en México y América Latina, siglos XVII-XX*, México, Instituto Mora, 2007.
- Barona, Josep Lluís, y Josep Bernabeu-Mestre, *La salud y el Estado. El movimiento sanitario internacional y la administración española (1851-1945)*, Valencia, Universidad de Valencia, 2008.
- Bayle, Antoine, “Des causes organiques de l’aliénation mentale accompagnée de paralysie générale”, *Annales Médico-Psychologiques*, v. III, n. 1, 1855, p. 409-425.
- Beltrán Vilchis, Victoria, *El juicio familiar: calificación y asignación social de la locura en México, 1910-1930*, tesis de licenciatura en Historia, Universidad Nacional Autónoma de México, 2014.

- Bercherie, Paul, *Los fundamentos de la clínica. Historia y estructura del saber psiquiátrico*, Buenos Aires, Manantial, 2014.
- Berrios, Germán, *Historia de los síntomas de los trastornos mentales. La psicopatología descriptiva desde el siglo XIX*, México, Fondo de Cultura Económica, 2008.
- , “Epilepsia e insanidade no início do século XIX: história conceitual”, *Revista Latinoamericana de Psicopatología Fundamental*, São Paulo, v. XV, n. 4, 2012, p. 908-922.
- , “Epilepsia. Sección clínica”, en Germán Berrios y Roy Porter (eds.), *Una historia de la psiquiatría clínica*, Madrid, Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental/Triacastela, 2012, p. 181-208.
- Berrios, Germán, Rogelio Luque y José M. Villagrán, “Schizophrenia: A Conceptual History”, *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, v. III, n. 2, 2003, p. 111-140.
- Berrios, Germán, y Roy Porter (eds.), *Una historia de la psiquiatría clínica*, Madrid, Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental/Triacastela, 2012.
- Bliss, Katherine, *Compromised Positions. Prostitution, Public Health and Gender Politics in Revolutionary Mexico City*, Pennsylvania, Pennsylvania State University, 2001.
- Boyle, Mary, “Is Schizophrenia What It Was? A Re-analysis of Krepelin’s and Bleuler’s Population”, *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, v. XXVI, 1990, p. 323-333.
- Brown, E. M., “French Psychiatry’s Initial Reception of Bayle’s Discovery of General Paresis of the Insane”, *Bulletin of the History of Medicine*, The American Association for the History of Medicine, Baltimore, v. LXVIII, n. 2, 1994, p. 235-253.
- Bud, Robert, *Penicillin. Triumph and Tragedy*, New York, Oxford University Press, 2007.
- Calvo Isaza, Óscar, y Marta Saade de Granados, *La ciudad en cuarentena. Chicha, patología social y profilaxis*, Bogotá, Ministerio de Cultura, 2002.
- Campos, Isaac, *Home Grown: Marijuana and the Origins of Mexico’s War on Drug*, Chapel Hill, University of North Carolina Press, 2012.
- Campos Marín, Ricardo, *Alcoholismo, medicina y sociedad en España, 1876-1923*, Madrid, Consejo Superior de Investigaciones Científicas, 1997.
- , “La teoría de la degeneración y la medicina social en España en el cambio de siglo”, *LLULL, Revista de la Sociedad Española*

- de Historia de las Ciencias Sociales y de las Técnicas*, v. XXI, 1998, p. 333-356.
- , “De la higiene del aislamiento a la higiene de la libertad. La reforma de la institución manicomial en Francia”, *Frenia. Revista de Historia de la Psiquiatría*, Madrid, v. I, n. 1, 2001, p. 37-64.
- , Rafael Huertas y Olga Villasante, *De la “Edad de Plata” al exilio. Construcción y “reconstrucción” de la psiquiatría española*, Madrid, Frenia, 2007.
- Campos Marín, Ricardo, José Martínez Pérez y Rafael Huertas, *Los ilegales de la naturaleza. Medicina y degeneracionismo en la España de la Restauración*, Madrid, Consejo Superior de Investigaciones Científicas, 2000 (Estudios sobre la Ciencia).
- , “Los lugares de la locura: reflexiones historiográficas en torno a los manicomios y su papel en la génesis y el desarrollo de la psiquiatría”, *Arbor. Ciencia, Pensamiento y Cultura*, Consejo Superior de Investigaciones Científicas, Madrid, v. CLXXXIV, n. 731, 2008, p. 471-480.
- Campos Salas, Antonio, *Sífilis, gonorrea, chancro blando, linfo-granuloma venéreo, granuloma inguinal en la práctica médica*, México, Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1956.
- Capetillo, Juan, *La emergencia del psicoanálisis en México*, Jalapa, Universidad Veracruzana, 2012.
- Caponi, Sandra, “Clasificaciones, acuerdos y negociaciones: bases de la primera estadística internacional de enfermedades mentales (París, 1889)”, *DYNAMIS, Acta Hispanica ad Medicinae Scientiarumque Historiam Illustrandam*, Granada, v. 32, n. 1, 2012, p. 185-207.
- Caponi, Sandra, y Ángel Martínez-Hernández, “Kraepelin, el desafío clasificatorio y otros enredos clasificatorios”, *Scientiae Studia. Revista Latino-Americana de Filosofía e História da Ciência*, São Paulo, XI, n. 3, 2013, p. 467-489.
- Carrillo, Ana María, “La profesión médica ante el alcoholismo en el México moderno”, *Cuicuilco*, México, v. VIII, n. 24, 2002, p. 313-332.
- Carvajal, Alberto, “Mujeres sin historia. Del Hospital de La Canoa al Manicomio La Castañeda”, *Secuencia. Revista de Historia y Ciencias Sociales*, Instituto de Investigaciones Dr. José María Luis Mora, México, n. 51, 2001, p. 31-55.
- Castejón Bolea, Ramón, *Moral sexual y enfermedad. La medicina española frente al peligro venéreo (1868-1936)*, Granada, Universidad de Granada/Instituto Alicantino de Cultura “Juan Gil-Albert”, 2001.

- , “Las estrategias preventivas individuales en la lucha antivenérea: sexualidad y enfermedades venéreas en la España del primer tercio del siglo XX”, *Hispania. Revista Española de Historia*, Madrid, t. LXIV, v. III, n. 218, 2004.
- , Perdiguero, Enrique, y Rosa Ballester, “Los medios de comunicación al servicio de la lucha antivenérea y la protección materno-infantil (1900-50)”, *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. XIII, n. 2, 2006.
- Castel, Robert, “El tratamiento moral. Terapéutica mental y control social en el siglo XIX”, en Ricardo García (coord.), *Psiquiatría, antipsiquiatría y orden manicomial*, Barcelona, Barral, 1975, p. 71-96.
- Castillo Troncoso, Alberto, *Concepciones, imágenes y representaciones de la niñez en la ciudad de México, 1880-1920*, México, El Colegio de México/Instituto de Investigaciones Dr. José María Luis Mora, 2006.
- Caviness, John, “Primary Care Guide to Myoclonus and Chorea. Characteristics, Causes and Clinical Options”, *Postgraduate Medicine*, v. CVIII, n. 5, 2000, p. 163-172.
- Cediel Chuaire, Juan Fernando, “Paul Ehrlich, de las balas mágicas a la quimioterapia”, *Colombia Médica*, Universidad del Valle, Cali, v. XXXIX, n. 3, 2008.
- Cleaves, Peter S., *Las profesiones y el Estado: el caso de México*, México, El Colegio de México, 1985 (Jornadas, 107).
- Colín Piana, Ricardo, *Breve historia de la neurología*, México, Secretaría de Salubridad y Asistencia, Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, 2007.
- Colodrón, Antonio, *Las esquizofrenias*, Madrid, Siglo XXI, 1983.
- Conseglieri Gámez, Ana María, *El Manicomio Nacional de Leganés en la posguerra española (1939-1952): aspectos organizativos y clínico asistenciales*, tesis de doctorado, Madrid, Universidad Complutense de Madrid, 2014.
- Conti, Norberto Aldo, “Trastorno bipolar: desarrollo histórico y conceptual”, en Hagop Akiskal, Marcelo Cetkovich-Bakmas, Gerardo García-Bonetto, Sergio Strejilevich y Gustavo Vázquez, *Trastornos bipolares. Conceptos clínicos, neurobiológicos y terapéuticos*, Buenos Aires, Médica Panamericana, 2006.
- , “De la alienación a las enfermedades mentales en Alemania: Karle Kahlbaum, un pensamiento de cambio”, *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría*, Buenos Aires, v. XIX, n. 80, 2008, p. 157-160.

- , “Eugen Bleuler y los inicios de la psicopatología psicodinámica”, *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría*, Buenos Aires, v. XX, n. 89, 2010, p. 74-769.
- , “Los orígenes del concepto de demencia precoz”, *Revista del Hospital José T. Borda*, año III, n. 5, 2011, p. 37-41.
- , “Acerca de la psicología de la demencia precoz”, *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría*, Buenos Aires, v. XXIII, n. 105, 2012, p. 232-240.
- Costa Pereira, Mario Eduardo, “Bayle y la descripción de la aracnoiditis crónica en la parálisis general: sobre los orígenes de la psiquiatría biológica en Francia”, *Revista Latinoamericana de Psiquiatría Fundamental*, São Paulo, v. XII, n. 4, 2009, p. 749-751.
- Cura, Mercedes del, *Medicina y pedagogía: la construcción de la categoría “infancia anormal” en España (1900-1939)*, Madrid, Consejo Superior de Investigaciones Científicas, 2011 (Estudios sobre la Ciencia, 60).
- Dowbiggin, Ian, “Back to the Future: Valentin Magnan, French Psychiatry, and the Classification of Mental Diseases, 1885-1925”, *Social History of Medicine*, Oxford, v. IX, n. 3, 1996, p. 383-408.
- Dufort, Jean-Yves, “La déficience intellectuelle au Québec entre 1867 à 1921: de l’idiotie à l’arriération mentale”, *Mémoire de la maîtrise en arts (Histoire)*, Québec, Université du Québec à Montréal, Faculté des Lettres et Sciences Humaines, Département d’Histoire et des Sciences Politiques, 1998.
- Dumas dos Santos, Fernando Sergio, “Alcoolismo e medicina psiquiátrica no Brasil do início do século XX”, *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. XVII, n. 2, 2010, p. 401-420.
- Escobar, Alfonso, “Dionisio Nieto y la investigación científica”, *Salud Mental*, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, México, v. XXXI, n. 4, julio-agosto de 2008.
- Estrada Urroz, Rosalina, “Del mercurio al 606”, *Elementos*, Puebla, México, v. 8, n. 42, 2001.
- , “Medicina y moral: las enfermedades venéreas durante el Porfiriato”, en Laura Cházaro (ed.), *Medicina, ciencia y sociedad en México, siglo XIX*, México, El Colegio de Michoacán/Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, 2009, p. 235-562.
- Fernández Guardiola, Augusto, *Las neurociencias en el exilio español en México*, México, Fondo de Cultura Económica, 2003.
- Fingers, Stanley, *Origins of Neuroscience. A History of Explorations into Brain Function*, New York, Oxford University Press, 2001.

- _____, *Minds Behind the Brain. A History of the Pioneers and their Discoveries*, New York, Oxford University Press, 2004.
- Florescano, Enrique (coord.), *Arma la historia. La nación mexicana a través de dos siglos*, México, Grijalbo, 2009.
- Foucault, Michel, *Los anormales*, México, Fondo de Cultura Económica, 2000.
- _____, *El poder psiquiátrico*, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica, 2005.
- Franklin, Barry M. (comp.), *Interpretación de la discapacidad. Teoría e historia de la educación especial*, traducción de José M. Pomares, Barcelona, Pomares-Corredor, 1996 (Educación y Conocimiento).
- Freixa y Sanfeliu, Francesc, “De la embriaguez al alcoholismo. (Magnus Huss, 1807-1890): conceptos vigentes en el 2002”, *Revista Española de Drogadependencias*, Valencia, v. XXVII, n. 2, 2002, p. 133-136.
- Fresquet Febrer, José Luis, “La introducción del ‘606’ en España contada por la prensa diaria”, *El Argonauta Español*, n. 8, 2011.
- Frías, Heriberto, “Crónicas desde la cárcel”, *Historias*, Instituto Nacional de Antropología e Historia, México, n. 11, octubre-diciembre de 1985, p. 47-71.
- García Aguilar, María del Carmen, *Manuel Velasco Suárez: del gabinete científico al despacho político*, México, Consejo Estatal para la Cultura y las Artes de Chiapas, 2000.
- García Ramírez, Sergio, *Delitos en materia de estupefacientes y psicotrópicos*, México, Trillas, 1977.
- _____, *Diario de Debates del Congreso Constituyente, 1916-1917*, México, Instituto Nacional de Estudios Históricos de las Revoluciones en México, 1985, t. II.
- García-Sánchez, José Elías, Enrique García y María Lucila Merino, “Cien años de la bala mágica del Dr. Ehrlich (1909-2009)”, *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica, Elsevier, v. XXVIII, n. 8, 2010.
- Garrabé, Jean, *La noche oscura del ser. Una historia de la esquizofrenia*, México, Fondo de Cultura Económica, 1996.
- Gauchet, Marcel, y Gladys Swain, *La pratique de l'esprit humain. L'institution asilaire et la révolution démocratique*, Paris, Gallimard, 1980.
- Giddens, Anthony, *The Consequences of Modernity*, Oxford, Polity Press, 1990.



- Gilman, Sander L., "Why is the Schizophrenia 'Bizarre': An Historical Essay in the Vocabulary of Psychiatry", *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, Oxford, n. 19, 1983, p. 127-135.
- , "Constructing Schizophrenia as a Category of Mental Illness", en Edwin R. Wallace y John Gach (eds.), *History of Psychiatry and Medical Psychology*, New York, Springer Science & Business Media, 2008, p. 461-484.
- Giraldo Granada, Alejandro, "La parálisis general progresiva en el Manicomio Departamental de Antioquia", *Trashumante. Revista Americana de Historia Social*, Medellín-México, n. 5, 2015, p. 104-127.
- Golcman, Alejandra, "El diagnóstico de demencia precoz y la esquizofrenia en Argentina, 1920-1940", *Trashumante. Revista Americana de Historia Social*, Medellín-México, n. 5, 2015, p. 150-173.
- González, J., y A. Orero, "La penicilina llega a España: 10 de marzo de 1944, una fecha histórica", *Revista Española de Quimioterapia*, Madrid, v. XX, n. 4, 2007, p. 446-450.
- González Duro, Enrique, *Historia de la locura en España. Siglos XIII al XVII*, Madrid, Ediciones Temas de Hoy, 1994.
- Gorbach, Frida, "From the Uterus to the Brain: Images of Hysteria in Nineteenth-Century Mexico", *Feminist Review*, v. LXXIX, 2005, p. 83-99.
- , "Los caprichos de la histeria: cuadros para una identidad", *Historia y Grafía*, Universidad Iberoamericana, México, n. 31, 2008, p. 77-101.
- Granja-Castro, Josefina, "Contar y clasificar a la infancia. Las categorías de la escolarización en las escuelas primarias de la ciudad de México 1870-1930", *Revista Mexicana de Investigación Educativa*, Consejo Mexicano de Investigación Educativa, México, v. XIV, n. 40, 2009, p. 217-254.
- Grob, Gerald, *Mental Illness and American Society, 1875-1940*, Princeton, Princeton University Press, 1983.
- , "Origins of DSM-I: A Study in Appearance and Reality", *The American Journal of Psychiatry*, v. CXLVIII, n. 4, 1991, p. 421-431.
- , *The Mad Among Us. A History of the Care of America's Mentally ill*, New York, Free Press, 1994.
- Gudiño Cejudo, María Rosa, *Campañas de salud y educación higiénica en México, 1925-1960, del papel a la pantalla grande*, tesis de doctorado, El Colegio de México, Centro de Estudios Históricos, 2009.

- Gutiérrez, Alonso (coord.), *Guía del Fondo Beneficencia Pública*, México, Secretaría de Salud, Centro de Documentación y Archivo Histórico, 1987, 308 p.
- Gutiérrez Colín, Margarita, *Qué bello es sufrir y no llorar: expresión femenina de la locura; la historia de una mujer asilada en el Manicomio General La Castañeda (1914-1933)*, tesis de licenciatura en Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, 2011.
- Gutiérrez Ramos, Axayácatl, *Consumo y tráfico de opio en México 1920-1949*, tesis de licenciatura en Estudios Latinoamericanos, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Filosofía y Letras, 1996.
- Gutting, Gary, "Michel Foucault's *Phänomenologie des Krankengeistes*", en Mark. S. Micale y Roy Porter (eds.), *Discovering the History of Psychiatry*, Oxford, Oxford University Press, 1994, p. 331-347.
- Heinrichs, R. Walter, "Historical Origins of Schizophrenia: Two Early Madmen and Their Illness", *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, Oxford, v. XXXIX, n. 4, 2003, p. 349-363.
- Henestrosa Zárate, Juan, "Dr. Mario Fuentes Delgado", *Panóptico Ixhuateco*, México, s. e., 2008, s. p.
- "Historia del Hospital de la Mujer", en *Secretaría de Salud* [en línea]. Disponible en: <http://www.hdelamujer.salud.gob.mx/historia1.html> [consultado el 17/09/2015].
- Hoff, P., "Kraepelin", en Germán Berrios y Roy Porter (eds.), *Una historia de la psiquiatría clínica*, Madrid, Triacastela, 2012.
- Huertas, Rafael, "Valentín Magnan y la teoría de la degeneración", *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, Madrid, v. v, n. 14, 1985, p. 361-367.
- , *Locura y degeneración. Psiquiatría y sociedad en el positivismo francés*, Madrid, Consejo Superior de Investigaciones Científicas, Centro de Estudios Históricos, 1987.
- , *El delincuente y su patología: medicina, crimen y sociedad en el positivismo argentino*, Madrid, Consejo Superior de Investigaciones Científicas, 1991.
- , "Niños degenerados, medicina mental y regeneracionismo en la España del cambio de siglo", *DYNAMIS, Acta Hispanica ad Medicinæ Scientiarumque Historiam Illustrandam*, Granada, n. 58, 1998.
- , *Clasificar y educar. Historia natural y social de la deficiencia mental*, Madrid, Consejo Superior de Investigaciones Científicas, 1998, 182 p., láms. (Cuadernos Galileo de Historia de la Ciencia, 18).

- _____, “Las historias clínicas como fuente para la historia de la psiquiatría: posibles acercamientos metodológicos”, *Frenia. Revista de Historia de la Psiquiatría*, Madrid, v. I, n. 2, 2001, p. 7-33.
- _____, “Cuerpo visto y cuerpo sentido. De la anatomía a la clínica psiquiátrica”, *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, v. XXIII, n. 88, 2003, p. 111-126.
- _____, *El siglo de la clínica. Para una teoría de práctica psiquiátrica*, Madrid, Frenia, 2005.
- _____, *Los laboratorios de la norma: medicina y regulación social en el Estado liberal*, Barcelona, Octaedro, 2008.
- _____, *Historia cultural de la psiquiatría. (Re)pensar la locura*, Madrid, Catarata, 2012.
- Huertas, Rafael, y Ricardo Campos Marín, “Los lugares de la locura: reflexiones historiográficas en torno a los manicomios y su papel en la génesis y el desarrollo de la psiquiatría”, *Arbor. Ciencia, Pensamiento y Cultura*, Consejo Superior de Investigaciones Científicas, Madrid, v. CLXXXIV, n. 731, 2008, p. 471-480.
- Ibarra, Cecilia, y Mirtha Parada, “Producción de penicilina en Chile entre 1944 y 1954”, *Revista Chilena de Infectología*, Sociedad Chilena de Infectología, v. XXXII, n. 1, 2015, p. 88-96.
- Ingalls, Roberto, *El retraso mental. La nueva perspectiva*, Madrid, El Manual Moderno, 1982.
- Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía “Manuel Velasco Suárez”. 30 años de historia, 1964-1994*, México, Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, 1994.
- Iommi Echeverría, Virginia, “Girolamo Fracastoro y la invención de la sífilis”, *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. XVII, n. 4, 2010, p. 877-884.
- Kraepelin, Emil, *La demencia precoz*, Buenos Aires, Polemos, 2008.
- Lantéri-Laura, George, “La chronicité dans la psychiatrie française moderne”, *Annales*, v. XXVII, n. 3, 1972, p. 548-568.
- _____, *Ensayo sobre la historia de los paradigmas de la psiquiatría moderna*, Madrid, Triacastela, 2000.
- Leader, Darian, *¿Qué es la locura?*, México, Sexto Piso, 2011.
- Ledermann, Walter, “La historia de la penicilina y de su fabricación en Chile”, *Revista Chilena de Infectología*, Sociedad Chilena de Infectología, v. XXIII, n. 2, 2006, p. 172-176.

- Leiby, John S., "San Hipolito's Treatment of the Mentally Ill in Mexico City, 1589-1650", *The Historian: A Journal of History*, v. LIV, n. 3, 1992, p. 491-498.
- León Aguado, Antonio, *Historia de las deficiencias*, Madrid, Escuela Libre, 1995 (Tesis y Praxis).
- Lionetti, Lucía, "Construcción de la infancia anormal en Argentina. Discursos, representaciones y prácticas profesionales", en Antonio Padilla Arroyo y Alicia Soler *et al.* (coord.), *La infancia en los siglos XIX y XX. Discursos e imágenes, espacios y prácticas*, México, Universidad Autónoma del Estado de Morelos/Casa Juan Pablos, 2008 (Ediciones Mínimas).
- López Carrillo, Ximena, *De la psiquiatría infantil a la educación especial: una reforma médico pedagógica en torno a la infancia "anormal" en la SEP*, tesis de licenciatura en Historia, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Filosofía y Letras, 2015.
- López-Muñoz, Francisco *et al.*, "Terapéutica farmacológica: los trastornos mentales en la obra de Gonzalo R. Lafora", *Frenia. Revista de Historia de la Psiquiatría*, Madrid, v. IX, 2009.
- Madrigal Bueno, Carlos, "La Casa del Constituyente, Texcoco, Estado de México", en *Memorias del 5o. Foro Académico 2012*, México, Escuela de Conservación, Restauración y Museografía Manuel del Castillo Negrete, 2012, p. 131-145.
- Magiorkinis, Emmanouil, Kalliopi Sidiropoulou y Aristidis Diamantis, "Hallmarks in the History of Epilepsy: From Antiquity Till the Twentieth Century", en Humberto Foyaca-Sibat (ed.), *Novel Aspects on Epilepsy*, Rijeka, In Tech, 2011, p. 131-156, publicado en la web: http://cdn.intechopen.com/pdfs/21744/InTechHallmarks_in_the_history_of_epilepsy_from_antiquity_till_the_twentieth_century.pdf [consultado el 20/11/2014].
- Mancilla Villa, Martha Lilia, *Locura y mujer durante el Porfiriato*, México, Círculo Psicoanalítico Mexicano, 2001.
- Maya González, José Antonio, "Locura y criminalidad en el discurso médico porfiriano: el caso de Enrique Rode, 1888-1891", *Trashumante. Revista Americana de Historia Social*, Medellín-México, n. 5, 2015, p. 128-148.
- McNally, Kieran, "Schizophrenia as Split Personality/Jekyll and Hyde: The Origins of the Informal Usage in the English Language", *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, Oxford, v. XLIII, n. 1, 2007, p. 69-79.
- Méndez Reyes, Jesús, "De crudas y moralidad: campañas antialcohólicas en los gobiernos de la posrevolución (1916-1931)", en Ernest

- Sánchez Santiró (coord.), *Cruda realidad: producción, consumo y fiscalidad de las bebidas alcohólicas en México y América Latina, siglos XVII-XX*, México, Instituto de Investigaciones Dr. José María Luis Mora, 2007.
- Mendoza García, María Eulalia, y Graciela Tapia Colocía, *Situación demográfica de México, 1910-2010*, México, Consejo Nacional de Población, 2010, p. 11-24 [en línea], disponible en: http://www.unfpa.org.mx/publicaciones/cuadro_4.pdf [consultado el 13/11/2014].
- Menéndez Di Pardo, Nadia, *Alcoholismo y saber médico en México, 1870-1930*, tesis de maestría en Historia, Universidad Nacional Autónoma de México, 2011.
- Meneses, Rodrigo, “De jueces, prostitutas, ambulantes y mendigos: las poblaciones proscritas de la ciudad de México, 1930-1940”, en Salvador Cárdenas y Elisa Speckman (coords.), *Crimen y justicia en la historia de México*, México, Suprema Corte de Justicia de la Nación, 2011, p. 193-223.
- Metzl, Jonathan M., *The Protest Psychosis: How Schizophrenia Became a Black Disease*, Boston, Beacon Press, 2011.
- Micale, Mark S., y Roy Porter (eds.), *Discovering the History of Psychiatry*, Oxford, Oxford University Press, 1994.
- Mier y Terán, Martha, “Dinámica de la población en México: 1895-1990. El gran cambio demográfico”, *DemoS*, Universidad Nacional Autónoma de México, n. 4, 1991, p. 4-5 [en línea], disponible en: <http://www.ejournal.unam.mx/dms/no04/DMS00402.pdf> [consultado el 13/11/2014].
- Montaño Pérez, Claudia Elizabeth, *La locura en México, un discurso de género: análisis de expedientes clínicos (1910)*, tesis de licenciatura en Psicología, México, Universidad Nacional Autónoma de México, 2011.
- Morales Ramírez, Francisco de Jesús, *La apoteosis de la medicina del alma. Establecimiento, discurso y praxis del tratamiento moral de la enajenación mental en la ciudad de México, 1830-1910*, tesis de licenciatura en Historia, México, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Filosofía y Letras, 2008.
- Muel, Francine, “La escuela obligatoria y la invención de la infancia anormal”, en Robert Castel, Francine Muel *et al.*, *Espacios de poder*, traducción de Fernando Álvarez Uría y Julia Varela, Madrid, La Piqueta, 1991, p. 123-142.
- Muriel, Josefina, “El modelo arquitectónico de los hospitales para dementes en la Nueva España”, en *Retablo barroco a la memoria de Francisco de la Maza*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, 1974, p. 115-125.

- Noguera, Carlos Ernesto, *Discurso médico y prácticas higiénicas durante la primera mitad del siglo XX en Colombia*, Medellín, Fondo Editorial Eafit, 2003.
- Novella, Enric J., “Del asilo a la comunidad: interpretaciones teóricas y modelos explicativos”, *Frenia. Revista de Historia de la Psiquiatría*, Madrid, v. VIII, 2008, p. 10-21.
- Novella, Enric J., y Rafael Huertas, “El síndrome de Kraepelin-Bleuler-Schneider y la conciencia moderna: una aproximación a la historia de la esquizofrenia”, *Clínica y Salud*, Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid, Madrid, v. XXI, n. 3, 2010, p. 205-219.
- Núñez Becerra, Fernanda, “Motines en el San Juan de Dios. La resistencia de las prostitutas al control médico en el México decimonónico”, en Laura Cházaro (ed.), *Medicina, ciencia y sociedad en México, siglo XIX*, México, El Colegio de Michoacán/Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, 2009, p. 263-292.
- , “El papel del hospital en el control sanitario de la prostitución”, *Elementos*, v. VIII, n. 42, 2001.
- Ochs, Sidney, *A History of Nerve Functions: From Animal Spirits to Molecular Mechanism*, Cambridge, Cambridge University Press, 2004.
- Octavo Censo General de Población-1960*, México, Secretaría de Industria y Comercio, Dirección General de Estadística, Resumen General, 1962.
- Olguín Alvarado, Patricia, “Los consultorios de la Beneficencia Pública. Una respuesta a la demanda colectiva de atención médica, 1881-1940”, en *Cuadernos para la historia de la salud*, México, Secretaría de Salud, 1993, p. 57-76.
- Owsei Temkin, *The Falling Sickness: A History of Epilepsy from the Greeks to the Beginnings of Modern Neurology*, Baltimore, Johns Hopkins University Press, 1994.
- Padilla Arroyo, Antonio, “Escuelas especiales a finales del siglo XIX. Una mirada a algunos casos en México”, *Revista Mexicana de Investigación Educativa*, Consejo Mexicano de Investigación Educativa, México, v. III, n. 5, enero-junio de 1998, p. 113-138.
- , “De excluidos e integrados: saberes e ideas en torno a la infancia anormal y la educación especial en México, 1920-1940”, *Frenia. Revista de Historia de la Psiquiatría*, Madrid, v. IX, 2009, p. 97-133.
- , “La educación especial en México a finales del siglo XIX y principios del XX: ideas, bosquejos y experiencias”, *Revista Educación y Pedagogía*, Universidad de Antioquia, Medellín, v. XXII, n. 57, 2010, p. 15-29.

- Padilla Arroyo, Antonio, y María Concepción Martínez Omaña, “La infancia a examen. La revista *La Infancia Anormal*”, presentado en el IV Encuentro Internacional de Historia de la Prensa Iberoamericana “La investigación hemerográfica como paradigma de interdisciplinariedad”, San Cristóbal de las Casas, Chiapas, México, 2007.
- Palacios, Leonardo, “Breve historia de la electroencefalografía”, *Acta Neurológica Colombiana*, Bogotá, v. XVIII, n. 2, 2002, p. 104-108.
- Pérez Montfort, Ricardo, “Cuando la cocaína no tenía cola”, *Nexos*, 1 de octubre de 1995.
- , *Hábitos, normas y escándalo. Prensa, criminalidad y drogas durante el Porfiriato tardío*, México, Plaza y Valdés, 1997.
- Pérez Montfort, Ricardo (coord.), *Cien años de salud pública en México. Historia en imágenes*, México, Secretaría de Salud, 2010.
- Pérez-Rincón, Héctor, *Breve historia de la psiquiatría en México*, México, Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1995.
- Piccato, Pablo, “‘No es posible cerrar los ojos’. El discurso sobre la criminalidad y el alcoholismo a finales del Porfiriato”, en Ricardo Pérez Montfort, *Hábitos, normas y escándalo. Prensa, criminalidad y drogas durante el Porfiriato tardío*, México, Plaza y Valdés, 1997.
- , *Ciudad de sospechosos: crimen en la ciudad de México, 1900-1931*, México, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, 2010.
- Pierce, Gretchen, “Parades, Epistles and Prohibitive Legislation: Mexico’s National Anti-Alcohol Campaign and the Process of State-Building, 1934-1940”, *Social History of Alcohol and Drugs*, Alcohol and Drugs History Society, v. XXIII, n. 2, 2009, p. 151-180.
- , *Sobering the Revolution: Mexico’s Anti-Alcohol Campaigns and the Process of State-Building, 1910-1940*, tesis de doctorado en Filosofía, Universidad de Arizona, 2008.
- Pita, Valeria Silvina, *La casa de las locas. Una historia social del Hospital de Mujeres Dementes, Buenos Aires, 1852-1890*, Rosario, Prohistoria Ediciones, 2012.
- Porter, Roy, *Breve historia de la locura*, Madrid, Fondo de Cultura Económica/Turner, 2003.
- , “Corea y Enfermedad de Huntington. Sección Social”, en Germán E. Berrios y Roy Porter (eds.), *Una historia de la psiquiatría clínica*, Madrid, Triacastela, 2012, p. 170-180.
- Postel, Jacques, y Claude Quézel (coords.), *Nueva historia de la psiquiatría*, 2a. ed., México, Fondo de Cultura Económica, 2000.

- Prestwich, Patricia E., “Drinkers, Drunkards, and Degenerates: The Alcoholic Population of a Parisian Asylum, 1867-1914”, *Social History/Histoire Sociale*, v. XXVII, n. 54, 1994, p. 321-335.
- , “Paul-Maurice Legrain (1860-1939)”, *Addiction*, Society for the Study of Addiction, London, v. XCII, n. 10, 1997, p. 1255-1263.
- , “Female Alcoholism in Paris, 1870-1920: The Response of Psychiatrists and of Families”, *History of Psychiatry*, v. XIV, n. 3, 2003, p. 321-336.
- Pulido, Diego, *¡A su salud! Sociabilidades, libaciones y prácticas populares en la ciudad de México a principios del siglo XX*, México, El Colegio de México, Centro de Estudios Históricos, 2014.
- Quétel, Claude, *History of Syphilis*, Cambridge, Polity Press, 1990.
- Ramos de Viesca, María Blanca, “El proyecto y la construcción del Manicomio General La Castañeda”, *Salud Mental*, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, México, v. XXI, n. 3, 1998, p. 23-24.
- , “La neurosífilis y la introducción de la penicilina en el Manicomio General La Castañeda”, *Salud Mental*, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, México v. XXII, n. 6, 1999, p. 37-41.
- Ramos de Viesca, María, y Sonia Flores, “El tratamiento del alcoholismo en México en el siglo XIX”, *Salud Mental*, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, México v. XXII, n. 1, 1999, p. 11-16.
- Ramos Vásquez, Jesús Miguel, “‘Aquéllos son los hombres locos.’ De los discursos científicos al internamiento en el Hospital de San Hipólito, 1886-1890”, *Trashumante. Revista Americana de Historia Social*, Medellín-México, n. 5, 2015, p. 56-65.
- Ríos Molina, Andrés, “Locos letrados frente a la psiquiatría mexicana a inicios del siglo XX”, *Frenia. Revista de Historia de la Psiquiatría*, v. VI, n. 2, 2004, p. 17-35.
- , “La Loca and *Manicomio*. Representations of Woman Insanity during the Golden Age of Mexican Films”, *Journal of International Women’s Studies*, v. VII, n. 4, 2006, p. 224-236.
- , “Locura y Revolución. El Manicomio La Castañeda durante la lucha de facciones, 1914-1916”, en Francisco de la Peña (coord.), *Cultura y desorden mental. Miradas desde la etnopsiquiatría y el etnopsicoanálisis*, México, Consejo Nacional para la Cultura y las Artes, Instituto Nacional de Antropología e Historia, Escuela Nacional de Antropología e Historia, 2008, p. 29-50.

- _____, *La locura durante la Revolución Mexicana. Los primeros años del Manicomio La Castañeda, 1910-1920*, México, El Colegio de México, 2009.
- _____, “La locura en el México posrevolucionario. La Castañeda y la profesionalización de la psiquiatría, 1920-1944”, *Históricas*, Boletín del Instituto de Investigaciones Históricas, México, n. 84, 2009.
- _____, “Un mesías, ladrón y paranoico en el Manicomio La Castañeda. A propósito de la importancia historiográfica de los locos”, *Estudios de Historia Moderna y Contemporánea de México*, Instituto de Investigaciones Históricas, México, n. 37, 2009, p. 71-96.
- _____, “Indigencia, migración y locura en el México posrevolucionario”, *Historia Mexicana*, v. LIX, n. 4, 2010, p. 1295-1337.
- _____, *Memorias de un loco anormal. El caso de Goyo Cárdenas*, México, Debate, 2010.
- _____, “La psicosis del repatriado. De los campos agrícolas en Estados Unidos al Manicomio La Castañeda en la ciudad de México, 1920-1944”, *Mexican Studies/Estudios Mexicanos*, v. XXVII, n. 2, 2011, p. 361-384.
- _____, “‘Dictating the Suitable Way of Life’: Mental Hygiene for Children and Workers in Socialist Mexico, 1934-1940”, *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, Oxford, v. XLIX, n. 2, 2013, p. 142-166.
- _____, “Un crimen cometido en estado de ira e intenso dolor. Degeneracionismo y psiquiatría en la defensa de Jorge Eliecer Gaitán a Jorge Zawadzky, Colombia, 1935”, *Trashumante. Revista Americana de Historia Social*, Medellín-México, n. 5, 2015, p. 38-58.
- _____, “El Manicomio General La Castañeda en México, sitio de paso para una multitud errante”, *Nuevo Mundo Mundos Nuevos* [en línea], disponible en: <http://nuevomundo.revues.org/50242> [consultado el 3/04/2015].
- _____, *Cómo prevenir la locura. Psiquiatría e higiene mental en México, 1934-1950*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Históricas/Siglo XXI, 2016.
- Ríos Molina, Andrés *et al.*, “Los pacientes del Manicomio La Castañeda y sus diagnósticos. Una propuesta desde la historia cuantitativa (México, 1910-1968)”, *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y la Ciencia*, Madrid, v. LXVIII, n. 1, 2016.
- Rivera Barrón, Enrique, *Una historia de la fotografía en el Manicomio General La Castañeda, 1910-1968*, tesis de maestría en Artes Visuales, México, Universidad Nacional Autónoma de México, 2011.

- Rivera Garza, Cristina, "Dangerous Minds: Changing Psychiatric Views of the Mentally Ill in Porfirian Mexico, 1876-1911", *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, Oxford, v. LVI, n. 1, 2001, p. 36-67.
- , *La Castañeda. Narrativas dolientes desde el Manicomio General, México, 1910-1930*, México, Tusquets, 2001.
- , "Por la salud mental de la nación: vida cotidiana y Estado en el Manicomio General de La Castañeda, México, 1910-1930", *Secuencia. Revista de Historia y Ciencias Sociales*, Instituto de Investigaciones Dr. José María Luis Mora, México, v. LI, 2001, p. 57-89.
- , "She neither Respected nor Obeyed Anyone: Inmates and Psychiatrist Debate Gender and Class at the General Insane Asylum La Castañeda, Mexico, 1910-1930", *Hispanic American Historical Review*, v. LXXXI, 2001, p. 653-688.
- Rodríguez de Romo, Ana Cecilia *et al.*, *Protagonistas de la medicina científica mexicana, 1800-2006*, México, Universidad Nacional Autónoma de México/Plaza y Valdés, 2008.
- Rodríguez de Romo, Ana Cecilia *et al.*, "Esclerosis múltiple en México: la clínica de su historia", México, Universidad Nacional Autónoma de México, s. a., s. p.
- Rodríguez de Romo, Ana Cecilia, y Gabriela Castañeda López, "El Hospital Granja y la Escuela Granja Bernardino Álvarez: antecedentes del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía", *Revista de Investigación Clínica*, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, México, v. LXV, n. 6, 2013, p. 524-536.
- Rodríguez de Romo, Ana Cecilia, y Jourdain Israel Hernández-Cruz, "Parkinson y estereotaxia en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez", *Archivos de Neurociencias*, Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, México, v. XI, n. 2, 2006, p. 123-132.
- Rodríguez Kuri, Ariel, *Historia del desasosiego. La Revolución en la ciudad de México, 1911-1922*, México, El Colegio de México, 2010.
- Romero de Pablos, Ana, "Regulation and the Circulation of Knowledge: Penicillin Patents in Spain", *DYNAMIS, Acta Hispanica ad Medicinae Scientiarumque Historiam Illustrandam*, Granada, v. 31, n. 2, 2011, p. 363-383.
- Roudinesco, Elizabeth, *La batalla de cien años. Historia del psicoanálisis en Francia, 1885-1939*, Caracas, Fundamentos, 1988, v. 1.
- Ruiz López, Ignacio, y Diana Morales Heinen, "La obra de Emil Kraepelin y su influencia en México, a sesenta años de su muerte", *Archivos de Neurociencias*, Órgano oficial del Instituto Nacional de Neurología

- y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez, México, v. I, n. 3, 1996, p. 196-197.
- Ruiz Somavilla, María José, e Isabel Jiménez Lucena, “Género, mujeres y psiquiatría: una aproximación crítica”, *Frenia. Revista de Historia de la Psiquiatría*, Instituto de Historia del Consejo Superior de Investigaciones Científicas, Madrid, v. III, n. 1, 2003, p. 7-29.
- Ruiz, Violeta, “‘A Disease that Makes Criminals’: Encephalitis Lethargica (EL) in Children, Mental Deficiency, and the 1927 Mental Deficiency Act”, *Endeavour*, Elsevier, v. XXXIX, n. 1, 2015, p. 44-51.
- Sacks, Oliver, *Alucinaciones*, Barcelona, Anagrama, 2013.
- Sacristán, María Cristina, *Locura y justicia en México. La psiquiatría, la familia y el individuo frente a la modernidad liberal: el caso Raygoza (1873-1875)*, tesis de doctorado, Universitat Rovira i Virgili, 1999.
- , “Una valoración sobre el fracaso del Manicomio La Castañeda como institución terapéutica, 1910-1944”, *Secuencia. Revista de Historia y Ciencias Sociales*, Instituto de Investigaciones Dr. José María Luis Mora, México, n. 51, 2001, p. 91-120.
- , “Entre curar y contener. La psiquiatría mexicana ante el desamparo jurídico, 1870-1944”, *Frenia. Revista de Historia de la Psiquiatría*, Instituto de Historia del Consejo Superior de Investigaciones Científicas, Madrid, v. II, n. 2, 2002, p. 61-80.
- , “Reformando la asistencia psiquiátrica en México. La granja de San Pedro del Monte: los primeros años de una institución modelo, 1945-1948”, *Salud Mental*, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, México, v. XXVI, n. 3, 2003, p. 57-65.
- , “Historiografía de la locura y de la psiquiatría en México. De la hagiografía a la historia posmoderna”, *Frenia. Revista de Historia de la Psiquiatría*, Instituto de Historia del Consejo Superior de Investigaciones Científicas, Madrid, v. V, n. 1, 2005, p. 9-34.
- , “‘La locópolis de Mixcoac’ en una encrucijada política: reforma psiquiátrica y opinión pública, 1929-1933”, en Cristina Sacristán y Pablo Piccato (coords.), *Actores, espacios y debates en la historia de la esfera pública en la ciudad de México*, México, Instituto de Investigaciones Dr. José María Luis Mora/Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Históricas, 2005, p. 199-232.
- , “Por el bien de la economía nacional. Trabajo terapéutico y asistencia pública en el Manicomio de La Castañeda de la ciudad de México, 1929-1932”, *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. XII, n. 3, 2005, p. 675-692.

- _____, “En defensa de un paradigma científico. El doble exilio de Dionisio Nieto en México, 1940-1985”, en Ricardo Campos *et al.*, *De la “Edad de Plata” al exilio. Construcción y “reconstrucción” de la psiquiatría española*, Madrid, Frenia, 2007, p. 327-346.
- _____, “Para integrar a la nación. Terapéutica deportiva y artística en el Manicomio de La Castañeda en un momento de reconstrucción nacional, 1910-1940”, en Claudia Agostoni (coord.), *Curar, sanar y educar. Enfermedad y sociedad en México, siglos XIX y XX*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Históricas/Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, 2008, p. 99-123.
- _____, “La contribución de La Castañeda a la profesionalización de la psiquiatría mexicana”, *Salud Mental*, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, México, v. XXXIII, 2010, p. 473-480.
- _____, “Ser o no ser modernos. La salud mental en manos del Estado mexicano, 1861-1968”, *Espaço Plural*, Centro de Ciências Humanas, Educação e Letras, Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Marçal Cândido Rondon, v. XI, n. 22, 2010, p. 11-23.
- _____, “Un Estado sin memoria. La abolición ideológica de la institución manicomial en México (1945-1968)”, *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría*, Buenos Aires, n. 22, 2011, p. 314-317.
- _____, “Los hospitales para dementes y el crecimiento de la ciudad”, en Alicia Salmerón y Fernando Aguayo, *Instantáneas de la ciudad de México. Un álbum de 1883-1884*, México, Instituto Mora/Universidad Autónoma Metropolitana/Fomento Social Banamex, 2013, t. 2, p. 15-29.
- Sagredo, Rafael, *María Villa (a) La Chiquita, n. 4002*, México, Cal y Arena, 1996.
- Salazar Bermúdez, Alejandro, “*Necesitamos hombres patriotas y fuertes*”: *alcoholismo y civilización en Medellín, 1900-1930*, tesis de licenciatura en Historia, Medellín, Universidad de Antioquia, 2013.
- Schiller, Francis, “Corea y Enfermedad de Huntington. Sección Clínica”, en Germán E. Berrios y Roy Porter, *Una historia de la psiquiatría clínica*, Madrid, Triacastela, 2012.
- Scull, Andrew, *La locura: una breve introducción*, Madrid, Alianza, 2013.
- Shorter, Edward, *A History of Psychiatry. From the Era of the Asylum to the Age of Prozac*, New York, John Wiley & Sons, 1997.
- _____, *Historia de la psiquiatría. Desde la época del manicomio a la era de la fluoxetina*, Barcelona, J&C Ediciones Médicas, 1999.

- Shorter, Edward, y David Healy, *Shock Therapy. A History of Electroconvulsive Treatment in Mental Illness*, New Jersey, Rutgers University Press, 2007.
- Sosa, Secundino, “La responsabilidad en los epilépticos”, *Gaceta Médica de México*, Academia Nacional de Medicina, México, t. XXIX, 1893, p. 96-106.
- , “Datos acerca del tratamiento y curación de los epilépticos en México”, *Gaceta Médica de México*, Academia Nacional de Medicina, México, t. I, n. 17, 1901, p. 189-191.
- Sosenski, Susana, y Gregorio Sosenski, “En defensa de los niños y las mujeres: un acercamiento a la vida de la psiquiatra Mathilde Rodríguez Cabo”, *Salud Mental*, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, México, 2010, v. XXXIII, n. 1, p. 1-10 [en línea]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252010000100001&lng=es&nrm=iso [consultado el 1/11/2015].
- Sueur, Laurent, “Les psychiatres français de la première moitié du XIXe siècle face à l’isolement des malades mentaux dans des hôpitaux spécialisés”, *Revue Historique*, Paris, n. CCXCI, 1994, p. 299-314.
- Taylor, William, *Embriaguez, homicidio y rebelión en las poblaciones coloniales mexicanas*, México, Fondo de Cultura Económica, 1987.
- Tierno, Raquel, “Demografía psiquiátrica y movimientos de la población del Manicomio de Santa Isabel (1932-1952)”, *Frenia, Revista de Historia de la Psiquiatría*, v. VIII, n. 1, Madrid, 2008, p. 97-119.
- Trompeter, Grace, “New York’s Craig Colony for Epileptics Tracing the Deepest Roots of Deinstitutionalization”, *Middle States Geographer*, 2012, n. 45, p. 76-83.
- Tropé, Hélène, “Los tratamientos de la locura en la España de los siglos XV al XVII. El caso de Valencia”, *Frenia. Revista de historia de la psiquiatría*, v. XI, 2011, p. 27-46.
- Uthoff López, Luz María, “Hacia una política asistencial. La creación de la Secretaría de Asistencia Pública en México, 1937-1940”, en Fernando J. Remedi y Mario Barbosa Cruz (comps.), *Cuestión social, políticas sociales y construcción del Estado social en América Latina, siglo XX*, México, Centro de Estudios Históricos Prof. Carlos S. A. Segreti/Universidad Autónoma Metropolitana-Unidad Cuajimalpa, 2014, p. 159-173.
- Ulysses, Viann, “Sífilis do sistema nervoso”, *Arquivos Brasileiros de Neuropsiquiatria e Psiquiatria*. 1919, *Manginhos*, v. XVII, n. 2, p. 683-691.
- Universidad Autónoma de Chiapas, *Semblanza curricular del Dr. Manuel Velasco Suárez*, México, Universidad Autónoma de Chiapas, 1990.

- Urías Horcasitas, Beatriz, “Degeneracionismo e higiene mental en el México posrevolucionario (1920-1940)”, *Frenia. Revista de Historia de la Psiquiatría*, Madrid, v. IV, n. 2, 2004, p. 37-67.
- , *Historias secretas del racismo en México (1920-1950)*, México, Tusquets, 2007 (Tiempo de Memoria).
- Usó, Juan Carlos, *Drogas y culturas de masas (España 1855-1995)*, Madrid, Taurus, 1996.
- Valdés, Fernández, Marisa, *La salud mental en el Porfiriato. La construcción de “La Castañeda”*, tesis de licenciatura en Historia, México, Universidad Nacional Autónoma de México, 1995.
- Van de Pol, Lotte, *La puta y el ciudadano*, Madrid, Siglo XXI, 2005.
- Vázquez de la Torre, Paloma, *El manicomio nacional de Santa Isabel en Leganés durante la Guerra Civil Española (1936-1939): población manicomial y prácticas asistenciales*, tesis de doctorado, Universidad Complutense de Madrid, 2013.
- Venancio, Ana Teresa, “La creación del Instituto de Psiquiatría de la Universidad de Brasil: ciencia y asistencia psiquiátrica”, *Frenia. Revista de Historia de la Psiquiatría*, v. 7, 2007, p. 195-212.
- , “Classificando diferenças: as categorias demência precoce e esquizofrenia por psiquiatras brasileiros na década de 1920”, *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. XVII, n. 2, 2010, p. 327-343.
- Vicencio Muñoz, Daniel, *Operación Castañeda: un intento de reforma asistencial de la psiquiatría en México, 1940-1968*, tesis de maestría en Historia, México, Universidad Nacional Autónoma de México, 2014.
- , “Locos criminales en los años del Porfiriato. Los discursos científicos frente a la realidad clínica, 1895-1910”, *Estudios de Historia Moderna y Contemporánea de México*, n. 47, 2014, p. 79-119.
- Villasante, Olga, “La introducción del concepto de ‘parálisis general progresiva’ en la psiquiatría decimonónica española”, *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y la Ciencia*, Madrid, v. LII, n. 1, 2000, p. 53-72.
- , “La malarioterapia en el tratamiento de la parálisis general progresiva: primeras experiencias en España”, en José Martínez (coord.), *La medicina ante el nuevo milenio: una perspectiva histórica*, Cuenca, Universidad de Castilla-La Mancha, 2004.
- Villasante, Olga, Paloma Vázquez de la Torre y Raquel Tierno, “La reforma psiquiátrica durante la Segunda República en el Manicomio



Nacional del Leganés”, en Ricardo Campos, Luis Campos y Rafael Huertas (coords.), *Medicina, ideología e historia en España (siglos XVI-XXI)*, Madrid, Consejo Superior de Investigaciones Científicas, 2007.

Viqueira Albán, Juan Pedro, *¿Relajados o reprimidos? Diversiones públicas y vida social en la ciudad de México durante el Siglo de las Luces*, México, Fondo de Cultura Económica, 1987.

Weiner, Dora B., *Comprender y curar. Philippe Pinel (1745-1826). La medicina de la mente*, México, Fondo de Cultura Económica, 2002.

Yébenes, Zenia, *Los espíritus y sus mundos. Locura y subjetividad en el México moderno y contemporáneo*, México, Gedisa/Universidad Autónoma Metropolitana, 2014.

Zazzo, René (dir.), *Los débiles mentales*, Barcelona, Martínez Roca, 1973.



INSTITUTO
DE INVESTIGACIONES
HISTÓRICAS



INSTITUTO
DE INVESTIGACIONES
HISTÓRICAS



*Los pacientes del Manicomio La Castañeda y sus diagnósticos
Una historia de la clínica psiquiátrica en México, 1910-1968*

editado por el Instituto de Investigaciones Históricas, UNAM,
se terminó de imprimir en offset el 18 de octubre de 2017
en los talleres de Gráfica Premier, Calle 5 de febrero 2309,
San Jerónimo Chicahualco, 52179, Metepec, Estado de México.

Su composición y formación tipográfica,
en tipo New Aster de 11:13.5, 10:11.5 y 9:10, estuvo a cargo
de F1 Servicios Editoriales.

La edición, en papel Cultural de 90 g,
consta de 500 ejemplares y estuvo al cuidado
de Juan Domingo Vidargas del Moral



INSTITUTO
DE INVESTIGACIONES
HISTÓRICAS

El Manicomio General La Castañeda se inauguró en 1910 y atendió a 61 480 pacientes a lo largo de sus 58 años de funcionamiento. Esta investigación colectiva es una aproximación a quienes allí fueron internados a partir de sus expedientes clínicos. Qué diagnósticos recibieron, cuánto tiempo estuvieron internados, qué tratamientos les suministraron, quién los internaba, cuántos se curaban y cuántos fallecían son algunos de los interrogantes que guiaron esta investigación. La revisión de expedientes nos señaló que aquello que se suele denominar “locura” es en realidad una diversidad de psicopatologías, cada una con sus propias especificidades tanto clínicas como sociales y culturales. Por consiguiente, en este libro se busca abordar dicha diversidad a partir de ocho grupos de diagnósticos: esquizofrenia, psicosis maniaco-depresiva, retraso mental, parálisis general progresiva, trastornos neurológicos, epilepsia, alcoholismo y toxicomanías. En esta investigación se ha articulado el discurso psiquiátrico con el análisis de los expedientes clínicos a partir de las herramientas de la historia cuantitativa, método que permitió abordar tanto la composición de la población psiquiátrica como las transformaciones en la clínica psiquiátrica.

Portada: Enfermos mentales del Manicomio “La Castañeda”. © (núm. inv. 143775) SECRETARÍA DE CULTURA. INAH.SINAFO.FN.MX. Reproducción autorizada por el INAH.



INSTITUTO
DE INVESTIGACIONES
HISTÓRICAS



www.historicas.unam.mx

ISBN 978-607-02-9714-4



9 786070 297144



Los pacientes del Manicomio
La Castañeda y sus diagnósticos