

Andrés Ríos Molina y Ximena López Carrillo

“Introducción”

p. 11-40

***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



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 paralítica	29	
	Neurolues	163	
V. Sífilis	PGP	685	998
	Sífilis	88	
	Tabes	33	
VI. Senilidad	Arterioesclerosis	4	388
	Senilidad y presenilidad	384	3.6
VII. Epilepsia	Epilepsia	940	
	Epilepsia esencial	345	1 369
	Epilepsia jacksoniana	25	12.9
	Epilepsia focal	59	
VIII. Esquizofrenia	Esquizofrenia	1 100	
	Esquizofrenia hebefrénica	224	
	Esquizofrenia simple	186	2 120
	Esquizofrenia catatónica	106	19.9
	Esquizofrenia paranoide	400	
	Esquizofrenia mixta	104	
	Psicosis no definidas	268	
	Otras psicosis endógenas	127	395
IX. Psicosis maniaco-depresiva	Manía	318	
	Depresión	3	620
	Melancolía	77	5.8
	Psicosis maniaco-depresiva	222	
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 1.2
	Psiconeurosis de guerra	2	
	Locura puerperal	12	
	Psicosis reactiva	63	
XII. Paranoia	Paranoia		311 2.9
	Debilidad mental	159	
XIII. Retraso mental	Idiocia	54	620 5.8
	Imbecilidad	109	
	Oligofrenia	298	
	Locura	323	
Categorías ambiguas	Delirio	25	810 7.6
	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].

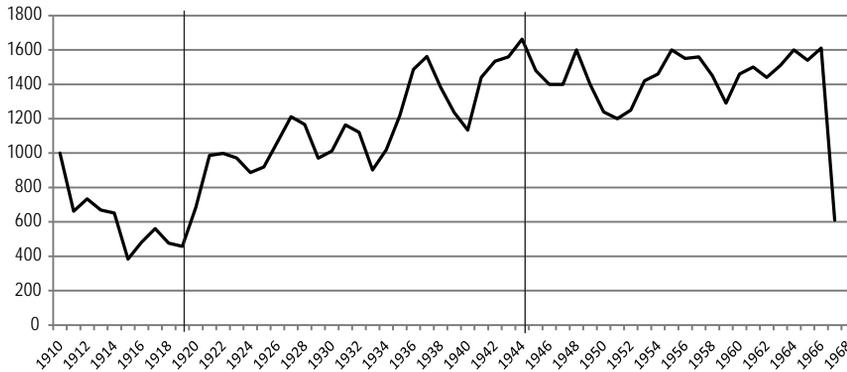
Debido a la gran cantidad de diagnósticos, en este libro nos hemos limitado al análisis de siete grupos de diagnósticos: psicosis endógenas (esquizofrenia y psicosis maniaco-depresiva), epilepsia, sífilis, alcoholismo, toxicomanías, trastornos del movimiento y retraso mental. Dicha elección ha obedecido 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.*

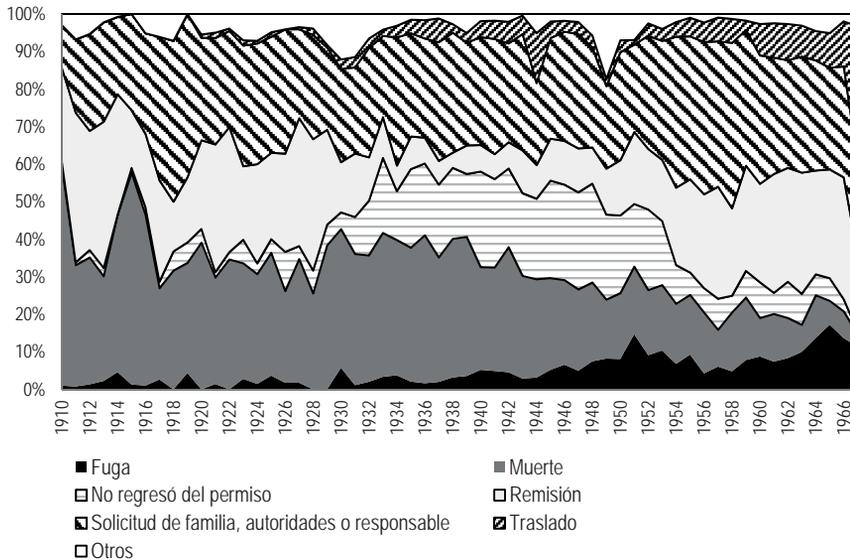
²¹ María Cristina Sacristán, “La contribución de La Castañeda...”

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 peligrosidad 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