

Andrés Ríos Molina

“Esquizofrenia y psicosis maniaco-depresiva”

p. 71-122

***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



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.

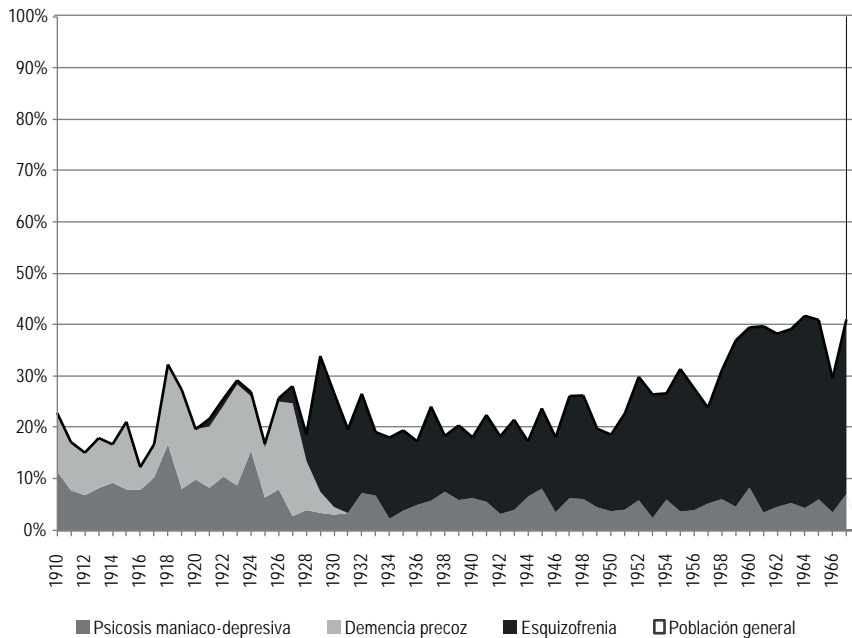
En la segunda parte expondremos la forma en que fue conceptualizada y diagnosticada la esquizofrenia, tomando como fuentes las publicaciones (tesis y artículos) y algunos expedientes clínicos. Si bien encontramos numerosos casos cuyas descripciones encajan muy bien en alguno de los tipos de esquizofrenia, 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 psicosensores (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 craneométricos 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 ictéricos, 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.