

Ximena López Carrillo

“Retraso mental”

p. 123-164

***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



RETRASO MENTAL

XIMENA LÓPEZ CARRILLO
Stony Brook University
Department of History

Introducción

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

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

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

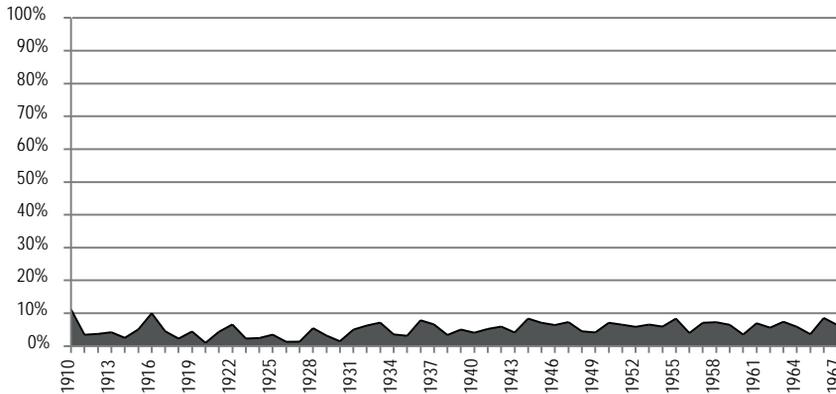


Figura 1. Enfermo mental platicando con su muñeco.
FUENTE: SINAFO-INAH, número de referencia 143731

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

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

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



FUENTE: BD-PAPIIT.

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

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

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

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

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

Historiografía del retraso mental

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

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

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

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

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

⁵ Mercedes del Cura, *op. cit.*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

¹² Rafael Huertas, *op. cit.*

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

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

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

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

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

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

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

¹⁷ *Ibidem.*

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

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

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

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

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

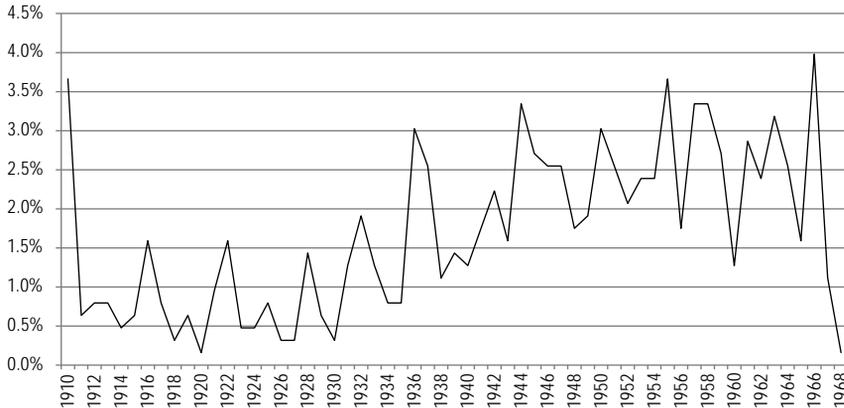
forma dentro de un establecimiento educativo, de uno médico, psiquiátrico, o de uno judicial. Esto sucede porque, al ser de distinta naturaleza, éstos cuentan con métodos de detección y atención propios, no llegan los mismos tipos de pacientes, los tratamientos tienen diferentes objetivos, sus alcances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

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

El retraso mental en el Manicomio General

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

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



FUENTE: BD-PAPIIT.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

FUENTE: BD-PAPIIT.

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

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

FUENTE: BD-PAPIIT.

CUADRO 3
Clasificación de diagnósticos de retraso mental
(porcentaje)

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

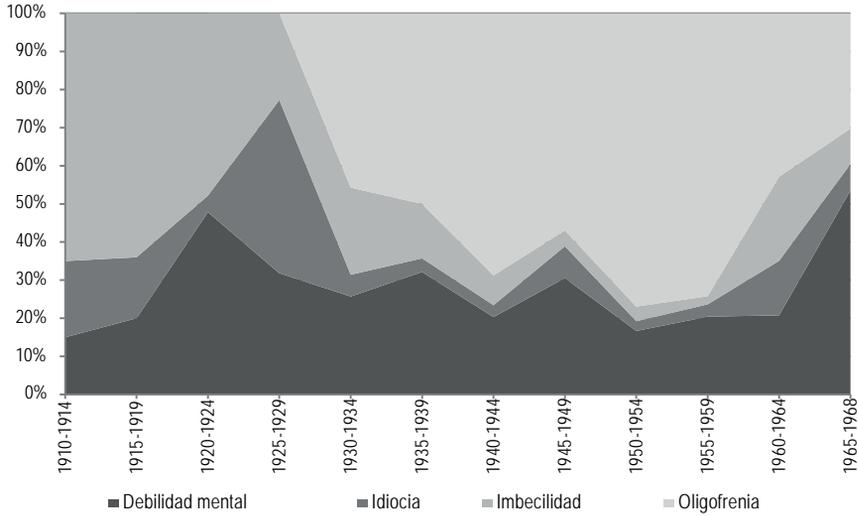
FUENTE: BD-PAPIIT.

CUADRO 4
Meses de estancia por década

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

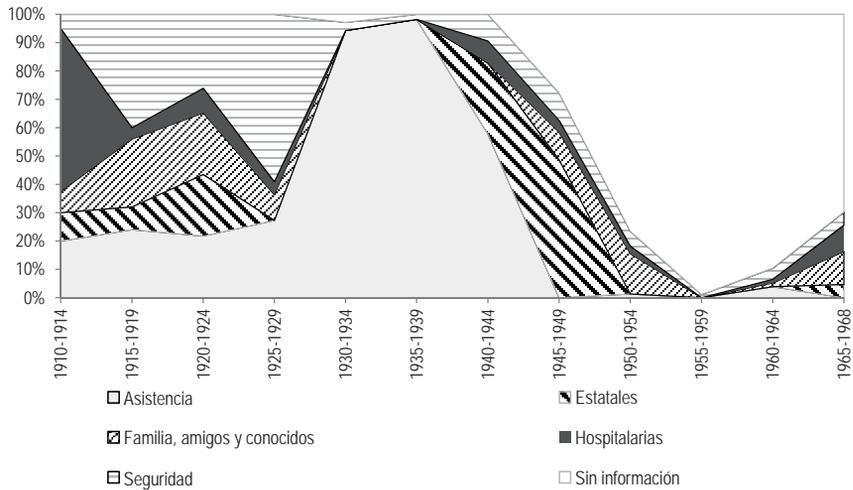
FUENTE: BD-PAPIIT.

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



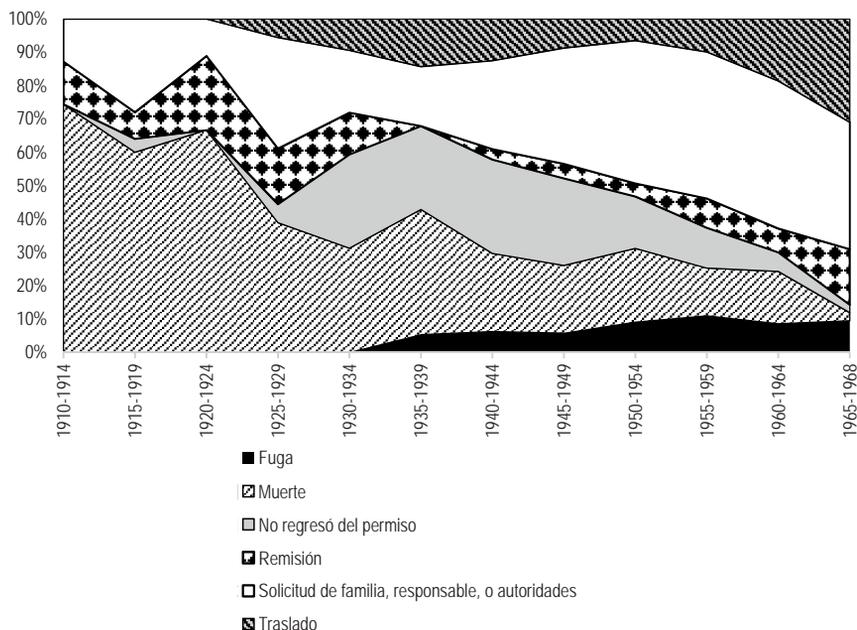
FUENTE: BD-PAPIIT.

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



FUENTE: BD-PAPIIT.

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



FUENTE: BD-PAPIIT.

Primer momento: 1910-1931

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

²⁵ B. A. Morel, *Traité de dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine et des causes qui produisent ces variétés madives*, París, 1857. [en línea]. Disponible: <https://archive.org/stream/traitdesdg1857more#page/n8/mode/1up> [consultado el 19/03/2016]. Citado por Rafael Huertas García-Alejo, *Locura y degeneración...*

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

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

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

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

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

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

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

²⁹ *Ibidem.*

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



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

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

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

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

³² *Ibidem*, p. 549.

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

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

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

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

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

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

³⁸ Rubén Reyes Segura, *op. cit.*

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

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

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

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

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

³⁹ AHSS, FMG, SEC, caja 3, exp. 184.

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

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

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

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

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

⁴² Rubén Reyes Segura, *op. cit.*

Segundo momento: 1932-1955

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

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

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

⁴³ AHSS, FMG, SEC, caja 8, exp. 2.

⁴⁴ Deborah Thom, *op. cit.*

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



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



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

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

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

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

⁴⁶ *Ibidem.*

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

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

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

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

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

⁴⁹ Alicia Quiroz, *op. cit.*, p. 22.



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

FUENTE: SINAFO-INAH, número de referencia 462050

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

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

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

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

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

⁵⁰ Alicia Quiroz, *op. cit.*, p. 22.



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

FUENTE: SINAFO-INAH, número de referencia 462041

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

⁵³ *Ibidem.*

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

⁵⁵ *Ibidem.*

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

Tercer momento: 1955-1968

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

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

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

⁵⁶ Ximena López Carrillo, *op. cit.*



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



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

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

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

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

⁵⁷ *Ibidem.*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Consideraciones finales

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

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

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

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

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



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