

Daniel Vicencio

“Trastornos neurológicos”

p. 219-280

***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



TRASTORNOS NEUROLÓGICOS

DANIEL VICENCIO
Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Filosofía y Letras

Introducción

Desde la medicina hipocrática en la sociedad occidental se pensaba que las enfermedades de la mente podían llegar a tener una causa orgánica y que los diversos síntomas mentales provenían de distintos órganos como el útero, el estómago o el hígado, aunque en general se tenía la idea de que los problemas de la mente estaban relacionados con el cerebro. Ya para el siglo XVII diversos médicos aseguraban que los orígenes de la locura se remitían a lesiones corporales, particularmente en el encéfalo. Así, en ese siglo, el médico inglés Thomas Willis acuñó el término “neurología”, que sería la disciplina encargada del estudio del sistema nervioso central (encéfalo y médula espinal).¹ Durante el siguiente siglo se desarrolló una tendencia psiquiátrica de acuerdo con la cual la enfermedad mental tenía un origen somático y, por lo tanto, su estudio dependía de investigaciones anatómicas tanto en el cerebro como en los nervios; en el siglo XIX esta tendencia se convertiría en modelo “biologista” o “anatomoclínico” de la enfermedad.² Entonces, si tanto la neurología como la psiquiatría consideraban que los trastornos neurológicos y las enfermedades mentales tenían un fundamento orgánico, ¿qué era lo que las diferenciaba?

Ambas disciplinas estuvieron unidas bajo el nombre de “neuropsiquiatría” hasta mediados del siglo XX, ya que sus campos

¹ Roy Porter, *Breve historia de la locura*, México, Fondo de Cultura Económica/Turner, 2003, p. 124.

² *Ibidem*, p. 126.



Figura 1. Dionisio Nieto trabajando con cerebros seccionados en el Manicomio General, c. 1950. FUENTE: Archivo General de la Nación, Fototeca, Fondo Hermanos Mayo, clasificación HMCN 1552-3, Viejo Manicomio del D. F., “La Castañeda en Mixcoac”

de estudio eran, según médicos de la época, similares. Sin embargo, debido a diversos procesos históricos, las dos disciplinas comenzaron a separarse hasta que cada una llegó a ser independiente de la otra. A pesar de la unión entre ellas, existía una noción para poder diferenciar una enfermedad psiquiátrica de una meramente neurológica. La enfermedad psiquiátrica (o mental) estaba definida por los síntomas típicos de ella, es decir, alucinaciones y delirios; el trastorno neurológico, en cambio, estaba definido por la ausencia o poca presencia de síntomas mentales. De hecho, muchos médicos de mediados del siglo XIX afirmaban

que, desde el punto de vista oficial, las afecciones neurológicas eran aquellas en las que los trastornos mentales eran inexistentes, poco frecuentes³ o consecuencia de un fenómeno “reactivo”.⁴

Dicho esto, la pregunta es ¿cuál era entonces la forma en que los médicos definían la existencia de un trastorno meramente neurológico? En otras palabras, ¿cómo diagnosticaban una enfermedad neurológica? En un principio, los síntomas que delimitaban a las enfermedades neurológicas eran los que podían observarse a simple vista en la clínica: los trastornos de movimiento. Para finales del siglo XIX, la especialidad neurológica se reafirmaba en Europa y gracias a ello se pudo determinar que los síntomas motores, algunos sensoriales, y las afasias (problemas del lenguaje) pertenecían al terreno de la neurología.⁵ Así, estados clínicos tan diversos como el estupor, la catatonía, la catalepsia, el retraso psicomotor, la agitación, el parkinsonismo, los manierismos, los temblores, los tics, las parálisis, todos relacionados entre sí por ser trastornos del movimiento,⁶ eran los que clínicamente le dieron representatividad a las enfermedades neurológicas. En pocas palabras, podía ponerse a discusión si una enfermedad con síntomas mentales era causada por una disfunción nerviosa; pero si se podía observar un trastorno motor de cualquier tipo, la enfermedad se encontraba en el campo de la neurología.

Esta naturaleza de la etiología neurológica es la que ha dado los elementos para poder hacer una clasificación de dichas enfermedades en el Manicomio La Castañeda; la tendencia a tratar de

³ Germán E. Berrios y José Ignacio Quemada, “Esclerosis múltiple. Sección Clínica”, en Germán E. Berrios y Roy Porter, *Una historia de la psiquiatría clínica*, Madrid, Triacastela, 2012, p. 215-216.

⁴ El mecanismo reactivo fue una teoría de fines del siglo XIX en la cual se advertía que los síntomas mentales (psiquiátricos) de los enfermos neurológicos eran debidos al desgaste psíquico que provocaba el trastorno neurológico. En 1893 Growers decía: “el intelecto puede no verse del todo afectado, excepto por la irritabilidad que generalmente acompaña al desasosiego físico o por la depresión mental que es resultado natural de la dolencia física”. Germán E. Berrios, *Historia de los síntomas de los trastornos mentales. La psicopatología descriptiva desde el siglo XIX*, México, Fondo de Cultura Económica, 2008, p. 492.

⁵ *Ibidem*, p. 488.

⁶ *Ibidem*, p. 461.

interpretar los trastornos motores es antigua y, de hecho, tiene todo un bagaje cultural. En la cultura popular, los movimientos involuntarios son generalizados con el apelativo de “baile” o “mal de san Vito”. El término se utilizó en principio para definir a la corea, que es una enfermedad caracterizada por la propensión a realizar movimientos involuntarios e irregulares.⁷ Etimológicamente, dicha palabra viene del griego y significa “baile”,⁸ ya que antes de acuñarse ese término se le conocía como “manía danzante”. La relación de la corea con el baile viene de las “epidemias de baile” relatadas en la Edad Media donde, en diferentes regiones de la Europa central, la gente (sobre todo los jóvenes) se reunía en las plazas y bailaba hasta desmayarse. Según Porter, estas actividades se extendieron a lo largo de Europa y dieron la sensación de una verdadera epidemia que las autoridades eclesiásticas relacionaron con la posesión demoníaca. No se sabe a ciencia cierta por qué tal afección se relacionó con san Vito; sin embargo, quien sufría de dicho mal debía acudir a donde el santo para poder curarse. De hecho, ese santo era el patrón de los temblorosos y los “convulsivantes”.⁹

La comprensión de esta naturaleza clínica es de suma importancia para poder entender cómo es que los médicos, incluidos los de La Castañeda, pudieron separar, por lo menos en los

⁷ Hay que advertir que en la actualidad la corea puede ser de varios tipos y tener diversas causas (genéticas, infecciosas, tóxicas); si bien es cierto que una época la corea estaba relacionada con el “Baile de san Vito”, no se puede afirmar que hoy día todos los síntomas de la corea se refieran a ese término histórico. Para una mejor visión de la clasificación de las coreas, véase John N. Caviness, “Primary care guide to myoclonus and chorea. Characteristics, causes and clinical options”, *Postgraduate Medicine*, v. CVIII, n. 5, 2000, p. 163-172.

⁸ Según Francis Schiller es muy posible que el término lo haya acuñado Paracelso, ya que no se tiene registro de su uso antes que él. Este personaje fue uno de los primeros que describió la enfermedad y la dividió en tres: corea imaginativa (que es la que se conoce como “Baile de san Vito”), corea lasciva (que tenía una connotación sexual) y corea naturalis (que tenía un fundamento orgánico). Francis Schiller, “Corea y Enfermedad de Huntington. Sección Clínica”, en Germán E. Berrios y Roy Porter (eds.), *op. cit.*, p. 154.

⁹ Roy Porter, “Corea y Enfermedad de Huntington. Sección Social”, en Germán E. Berrios y Roy Porter, *op. cit.*, p. 177. El autor hace una interesante analogía de estas epidemias de baile y el surgimiento de diversos tipos de danza como la tarantela italiana.

primeros años, a los enfermos psiquiátricos de los neurológicos. Entender la relación histórica entre los trastornos del movimiento y las afecciones neurológicas requiere de cierto análisis, y es que el estudio de estas enfermedades y de la ciencia neurológica en general no se ha desarrollado mucho en la historiografía mexicana. Se realizó una clasificación historiográfica en torno del estudio de la neurología y se han definido tres posiciones: en la primera, que llamamos “historia positiva de la neurología”, se presta atención a los grandes descubrimientos y personajes más importantes en el devenir de las neurociencias a lo largo de la historia occidental. Dicha historiografía está determinada por una visión positiva según la cual los acontecimientos progresaron por medio de los descubrimientos y los grandes personajes hacia un avance continuo de la ciencia;¹⁰ en México sólo se localizó un trabajo que se enmarca en tal modelo.¹¹ El segundo modelo historiográfico lo denominamos “historia de los actores médicos” y permite analizar el papel que los médicos tuvieron en el adelanto histórico de la neurología; aquí la historia personal de los actores que influyeron directamente en el desarrollo de la ciencia neurológica es mostrada desde los elementos biográficos hasta su pensamiento y actividad científica.¹² Cabe des-

¹⁰ Sidney Ochs, *A history of nerve functions: from animal spirits to molecular mechanism*, Cambridge, Cambridge University Press, 2004; Stanley Finger, *Minds behind the brain. A history of the pioneers and their discoveries*, New York, Oxford University Press, 2004; Stanley Finger, *Origins of neuroscience. A history of explorations into brain function*, New York, Oxford University Press, 2001; Robert Aird, *Foundations of modern neurology: a century of progress*, New York, Raven Press, 1994.

¹¹ Ricardo Colín Piana, *Breve historia de la neurología*, México, Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, 2007.

¹² Ana Cecilia Rodríguez de Romo y Gabriela Castañeda López, “María Cristina García-Sancho y Álvarez Tostado: primera neurocirujana en Latinoamérica”, *Salud Mental*, Instituto Nacional de Psiquiatría, México, v. 33, n. 2, marzo-abril de 2010, p. 111-121; Cristina Sacristán, “En defensa de un paradigma científico. El doble exilio de Dionisio Nieto en México, 1940-1985”, en Ricardo Campos *et al.*, *De la “Edad de Plata” al exilio. Construcción y “reconstrucción” de la psiquiatría española*, Madrid, Frenia, 2007, p. 327-346; Augusto Fernández Guardiola, *Las neurociencias en el exilio español en México*, México, Fondo de Cultura Económica, 2003; Susana Sosenski y Gregorio Sosenski, “En defensa de los niños y las mujeres: un acercamiento a la vida de la psiquiatra Mathilde Rodríguez Cabo”, *Salud Mental*, Instituto

tacar que éste es el modelo historiográfico que más se ha trabajado en México. El tercer modelo al que se hace referencia es el que se ha especializado en la historia de los síntomas mentales (y neurológicos); dicha historia se encuadra en la llamada psicopatología descriptiva, nacida en Inglaterra, que presta atención a los síntomas, a los diagnósticos y, en fin, a la clínica psiquiátrica, para proponer un enfoque que tiene que ver más con la práctica médica.¹³ A este último modelo se va a apegar el presente trabajo, ya que el interés general de nuestra obra completa es hacer una historia de la clínica psiquiátrica y el de este análisis en particular es comprender la naturaleza de las enfermedades neurológicas a través del trabajo clínico de los médicos de la época. Aunque hay pocos trabajos escritos en el entorno mexicano donde se historizan la clínica y el tratamiento neurológicos, no se apegan al modelo de la psicopatología descriptiva, sino que son textos más generales que intentan mostrar el avance de la ciencia mexicana en el ámbito del diagnóstico y la terapéutica en neurología.¹⁴

Esta historiografía es muy importante para comprender la forma en que los médicos entendían y diagnosticaban las enfermedades neurológicas en el Manicomio de La Castañeda¹⁵ y es que, hay que advertirlo, los enfermos con tales trastornos fueron los que menos presencia tuvieron en la institución. De la población total (basada en una muestra del 20% de todos registros de ingreso del manicomio, de la que utilizamos tanto diagnósticos

Nacional de Psiquiatría, México, v. 33, n. 1, enero-febrero de 2010, p. 1-10; José María López Piñero, *John Hughlings Jackson (1835-1911). Evolucionismo y neurología*, Madrid, Moneda, 1973.

¹³ Germán E. Berrios y Roy Porter, *op. cit.*; Germán E. Berrios, *op. cit.*

¹⁴ Ana Cecilia Rodríguez de Romo *et al.*, "Esclerosis múltiple en México: la clínica de su historia", [monografía], México, Universidad Nacional Autónoma de México, s. a., s. p.; Ana Cecilia Rodríguez de Romo y Jourdain Israel Hernández-Cruz, "Parkinson y estereotaxia en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, Manuel Velasco Suárez", *Archivos de Neurociencias*, Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, México, v. XI, n. 2, 2006, p. 123-132.

¹⁵ En el Hospital General y en el Hospital Juárez también se ofreció clínica neurológica; no obstante, no existen cifras que nos permitan conocer la cantidad total de pacientes atendidos.

mixtos como definidos),¹⁶ los pacientes neurológicos sólo tuvieron una representación del 3.5%.¹⁷

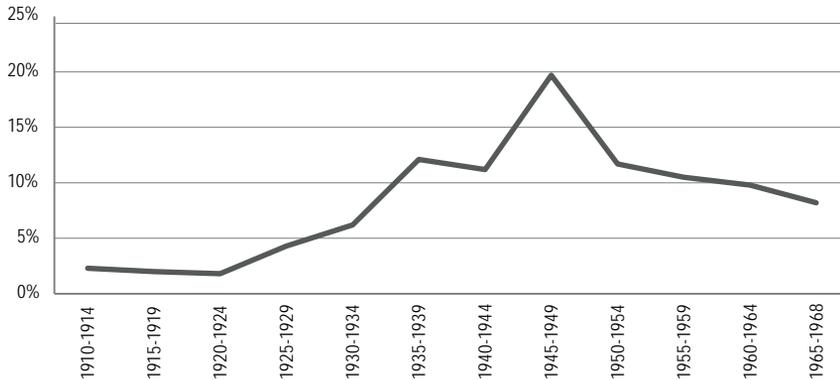
Gracias a la gráfica 1, que muestra los ingresos por enfermedades neurológicas a La Castañeda por periodos de años, pudimos establecer el lapso de estudio de esta sección. En el primer periodo, que corre de 1930 a 1939, se observa un aumento interesante con respecto a las décadas anteriores, donde el pico de ingresos más alto corresponde al 12.1%; en las décadas anteriores se puede ver que la cantidad de ingresos es inferior, además de que los textos médicos que tratan sobre el tema que interesa son prácticamente inexistentes. Es por eso que se decidió iniciar el estudio en los años treinta. El segundo periodo, que va de 1940 a 1949, es el que más ingresos registra, con 19.7% en su pico más alto; diversos factores influyeron en tal aumento: crecimiento poblacional en la capital del país debido a la migración, mejoramiento de los medios auxiliares en el diagnóstico neurológico y una mayor recepción e interpretación de las teorías que llegaron del exterior. Por otro lado, en el último periodo, que abarca de 1950 a 1964, es donde se observa un descenso en los ingresos de estos pacientes y uno de los puntos más bajos se encuentra en 1964 (sólo 9.8% de ingresos); dicha situación se debió a que las instituciones dedicadas a la asistencia de pacientes neurológicos aumentaron (es decir, se descentralizó el papel de La Castañeda) y, cabe aclarar, el año de corte (1964) se debe además a que en esa fecha se inauguró el Instituto

¹⁶ En el resto de las enfermedades tratadas en este libro, los autores utilizaron sólo los diagnósticos definidos, ya que ello permitía un mejor análisis de las clasificaciones; no obstante, en el caso de las enfermedades neurológicas he decidido utilizar tanto diagnósticos mixtos como definidos, ya que el número de pacientes es considerablemente inferior y, por lo tanto, el análisis cuantitativo podría verse afectado. Para una mejor explicación de la división entre diagnósticos mixtos y definidos, véase la introducción de este libro.

¹⁷ En este trabajo no se hacen más análisis cuantitativos de la población, como sí se llevaron a cabo en otros estudios que aparecen en este mismo libro, ya que las variables corresponden a la media general de la muestra que se utilizó para la base de datos y, por lo tanto, no influyeron en el proceso clínico y el diagnóstico. Este trabajo es, por lo antes dicho, principalmente cualitativo. Para conocer los porcentajes de las variables utilizadas en la base de datos, véase la introducción de este libro.

Nacional de Neurología y Neurocirugía (INNN), institución dedicada a la asistencia e investigación neurológicas.

GRÁFICA 1
Porcentaje de ingresos por enfermedades neurológicas en relación con la población total del Manicomio La Castañeda 1910-1968



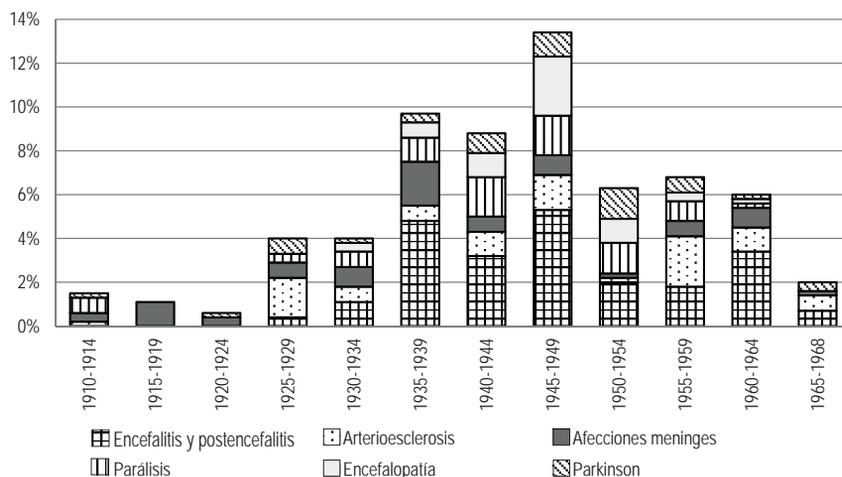
FUENTE: BD-PAPIIT.

Las enfermedades neurológicas diagnosticadas son diversas y sus etiologías y representaciones clínicas varían unas de otras; no obstante, los trastornos de movimiento eran una característica que compartían todas y lo que les daba su naturaleza neurológica dentro de la clínica médica del manicomio. Los diagnósticos de este tipo de trastornos con sus respectivos porcentajes fueron: encefalitis y postencefalitis, 23%; arterioesclerosis, 10.5%; afecciones en las meninges, 9.4%;¹⁸ parálisis, 9.2%; encefalopatía, 7%; Parkinson, 6.6%; polineuritis, 4.3%; corea, 3.7%; accidente cerebrovascular, 3%; bradiquinesia, 2%; afasia, 1.6%; tumor, 1.4%; esclerosis, lesión cerebral y síndrome extrapiramidal, 1.1% cada uno; congestión cerebral, enfermedad de Pick, trauma y enfermedad de Wernicke, 0.9% cada uno; cisticercosis, 0.7%; Alzheimer, 0.4%; ataxia, encefalomiелitis y Tay Sachs, 0.2% cada uno;

¹⁸ Dentro de ellas existen cuatro subgrupos: meningoencefalitis, 3%; meningoartritis, 3%; meningitis, 2.7%, y meningomiелitis, 0.7%.

otros sin especificar, 9.6%.¹⁹ Para efectos de un mejor análisis histórico se decidió utilizar las seis primeras enfermedades, que son las que están por arriba del 5% y que juntas suman el 66% de las diagnosticadas en comparación con el resto. Se les puede observar en la gráfica 2.

GRÁFICA 2
Diagnósticos neurológicos en el Manicomio La Castañeda
1910-1968



FUENTE: BD-PAPIIT.

Así, basándonos en las gráficas, los expedientes clínicos y las fuentes localizadas, los objetivos de este trabajo son cuatro: comprender la variedad de enfermedades neurológicas por las cuales los enfermos ingresaban a La Castañeda y los medios (clínicos e instrumentales) que los médicos utilizaban para poder diagnosticar a los pacientes en los distintos periodos; conocer la forma en que los médicos asimilaron y explicaron las enfermedades;

¹⁹ En los casos de parálisis, bradiquinesia, afasia y ataxia, pueden ser catalogados como síntomas, no tanto como la entidad nosológica; no obstante, el trabajo se guía por los diagnósticos que los médicos realizaron en los expedientes clínicos y las hojas de ingreso de los pacientes. Cabe aclarar que éstos son diagnósticos y definiciones nosológicas de la época de estudio, por lo que no pueden ser comparados estrictamente con los conceptos actuales.

comprender la asistencia, la terapéutica y el paso de una medicina basada en el diagnóstico empírico a una sustentada en el diagnóstico auxiliado por instrumentos y su posterior tránsito hacia una medicina de investigación y tratamiento; por último, observar cómo la ciencia neurológica se separó de la psiquiátrica hasta convertirse en una disciplina independiente.

El diagnóstico empírico de la clínica neurológica, 1930-1939

En el año 1937 Manuel M. fue llevado al Manicomio de La Castañeda por unos oficiales de la Beneficencia Pública. Su historia clínica dice que en “1918, estando en el Pueblo de Santa Eulalia [Michoacán] sufrió de [encefalitis] que le duró aproximadamente quince días curando en apariencia sin tratamiento médico”. Leopoldo Salazar Viniegra, quien fuera el médico que lo recibió, decía: “hace tres años se iniciaron las secuelas de la encefalitis sufrida: temblor en el miembro superior izquierdo para seguir después en el derecho y después generalizarse. El diagnóstico es bradiquinesia postencefalítica. No es necesario hacer más exámenes”.²⁰

¿Por qué hablamos al inicio de esta sección de un enfermo del manicomio que fue diagnosticado con encefalitis? Si observamos nuevamente la gráfica 2 se puede advertir que la enfermedad neurológica más diagnosticada en todo el periodo de estudio fue la encefalitis (y la postencefalitis). Existen diversos tipos de encefalitis,²¹ no obstante la que es de mayor interés es aquella que describió el psiquiatra y neurólogo austriaco (de origen griego) Constantin von Economo entre 1916 y 1917, que denominó con el nombre de encefalitis letárgica (aunque también fue conocida como encefalitis epidémica o de tipo vienés). La enfermedad

²⁰ AHSSA, FMG, SEC, caja 417, exp. 21964, f. 7.

²¹ Encefalitis letárgica o epidémica, encefalitis de Saint Louis, encefalitis tipo B o japonesa, encefalitis equina, encefalitis rusa, encefalitis X australiana. Cada una de ellas tiene diversos síntomas, índices de morbilidad y mortalidad y dejan secuelas específicas. Luis Gaitán González, “Los virus filtrables en las enfermedades nerviosas y mentales”, *Revista Mexicana de Neurología, Psiquiatría y Medicina Legal*, México, v. XII, n. 71, enero de 1946, p. 2-9.

no era nueva cuando Von Economo hizo sus estudios; de hecho se le había conocido con otros apelativos desde el siglo XVIII (el más común fue “enfermedad del sueño”, por la somnolencia que provocaba).²² El interés del psiquiatra vino de las secuelas tan características de la enfermedad. Los estados postencefalíticos frecuentemente presentaban rigidez, aquinesia (inmovilización), conducta compulsiva, tics, tortícolis, crisis oculorógicas (desviaciones oculares involuntarias), trastornos de control y en general trastornos motores que la hicieron relacionarse con el Parkinson. Otros síntomas de la encefalitis eran problemas respiratorios, obesidad y, según la historiadora española Violeta Ruiz, en los niños y adultos jóvenes provocaba serios desórdenes mentales y de comportamiento. Es interesante observar que en la clínica neurológica mexicana esas manifestaciones mentales de las que habla Ruiz no eran observadas y, si existían, el reto diagnóstico era por los trastornos motores de los enfermos. Esto puede abrir un debate historiográfico interesante que no se analizará en este trabajo.²³

Von Economo inició sus investigaciones al tiempo que comenzaba a darse una epidemia de dicha enfermedad que se conjuntó con otra epidemia, la de influenza (que inició en 1918). Debido a ello se relacionó directamente la infección de influenza con la aparición de cuadros encefalíticos (más tarde se descubriría que el virus que provoca la influenza puede causar encefalitis). A pesar de que los síntomas eran similares, lo que diferenciaba a una enfermedad de otra era que la encefalitis se curaba sin tratamiento médico aparente, la tasa de mortalidad era baja (aproximadamente

²² También se le conoció con los nombres de “la nona” (en Italia), neuroaxitis, estupor epidémico, encefalitis tipo A y encefalitis infecciosa. Abraham Fortes, “Criterio clínico actual de encefalitis”, *Revista Mexicana de Neurología, Psiquiatría y Medicina Legal*, México, v. XI, n. 66, marzo de 1945, p. 17.

²³ Violeta Ruiz, “‘A disease that makes criminals’: encephalitis lethargica (EL) in children, mental deficiency, and the 1927 Mental Deficiency Act”, *Endeavour*, Elsevier, v. XXXIX, n. 1, 2015, p. 44. Justamente el texto habla sobre cómo la epidemia de encefalitis letárgica, que provocaba, según los médicos británicos, desórdenes de comportamiento que orillaban a que los niños y jóvenes tendieran a la criminalidad y a las conductas peligrosas, incidió en una reforma política que transformó la Ley de Deficiencia Mental en 1927. La autora hace un pequeño análisis historiográfico que vale la pena observar.

del 20%),²⁴ provocaba profunda somnolencia y letargia, rigidez en el cuello y dejaba secuelas parecidas al Parkinson, por lo que luego de la epidemia de 1917-1921 que asoló a Europa se le conoció como parkinsonismo postencefalítico. Según Germán Berrios, esta epidemia “causó más casos de postencefalitis que las epidemias anteriores [...]. De hecho, se ha sugerido que el aumento en la incidencia de parkinsonismo observada después de la Primera Guerra Mundial se produjo por infecciones subclínicas adquiridas en el periodo”.²⁵

En México también se dieron ambas epidemias. La influenza penetró desde Estados Unidos en el verano de 1918 y en poco tiempo se propagó a todo el territorio nacional, convirtiéndose en una de las enfermedades que más muertes causaron durante el periodo armado de la Revolución Mexicana.²⁶ El médico mexicano Mario Fuentes, quien fuera psiquiatra de La Castañeda y director de dicha institución, mencionó que la gran pandemia de influenza dejó secuelas en México y una de ellas fue la aparición de una epidemia de encefalitis letárgica que atacó igualmente desde 1918, y concluyó al respecto: “existen algunos lugares de la República en donde se desarrollan aún estos casos endémicos con más frecuencia, como en Michoacán, en primer lugar”,²⁷ razón por la cual el médico propuso nombrar el padecimiento como “enfermedad de Michoacán”.²⁸

²⁴ El médico mexicano Luis Gaitán mencionaba que la tasa de mortalidad en individuos con encefalitis entre 5 y 40 años era mucho más baja, mientras que los más adultos corrían más riesgo de muerte. Luis Gaitán González, *op. cit.*, p. 4.

²⁵ Germán E. Berrios, *op. cit.*, p. 494.

²⁶ Según John Womack, en el territorio nacional murieron a causa de la enfermedad aproximadamente 400000 personas. Claudia Agostoni y Andrés Ríos Molina, *Las estadísticas de salud en México. Ideas, actores e instituciones, 1810-2010*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Históricas/Secretaría de Salud, Dirección general de Información en Salud, 2010, p. 170.

²⁷ Mario Fuentes, “La encefalitis”, *Archivos de Neurología y Psiquiatría de México*, Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría, México, t. VII, n. 3, mayo-junio de 1944, p. 91.

²⁸ Mario Fuentes, “Profilaxia de las secuelas encefalíticas”, *Archivos de Neurología y Psiquiatría de México*, Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría, México, t. II, n. 3, noviembre de 1938, p. 123.

Dichos eventos históricos tienen mucha importancia en la clínica de las enfermedades neurológicas en La Castañeda. Ésta es la razón por la que la encefalitis fue tan diagnosticada en la época de estudio. Cabe aclarar que los síntomas postencefalíticos aparecen de 5 a 15 años después de haber contraído la enfermedad y ése puede ser el motivo por el que antes de 1930 no se registran casos de postencefalitis en el manicomio (gráfica 2), ya que no se tiene registro de que antes de la epidemia de 1918 dicha enfermedad se hubiera expandido tanto dentro del territorio nacional. El hecho de que la encefalitis produjera síndromes extrapiramidales (problemas en la regulación de la motilidad involuntaria) es de suma importancia para poder comprender los medios de diagnóstico de las enfermedades neurológicas en este primer periodo.

Los trastornos de movimiento que los médicos de La Castañeda observaron fueron: diversos tipos de parálisis, hemiplejía, paraplejía, temblores, movimientos involuntarios, *facies fijée* (seño inexpresivo), paresia y hemiparesia, entre otros. Ellos fueron lo que le dio significado a los diagnósticos; por lo tanto, estamos en una época en la que el diagnóstico de tales enfermedades era meramente empírico y aproximado. Es por eso que la postencefalitis toma tanta importancia, ya que, si se parte del conocimiento que tenían los médicos sobre las secuelas de la encefalitis, la mayoría de los diagnósticos se basaba en ella y el diagnóstico más común fue el de bradiquinesia postencefalítica. La bradiquinesia, que es un trastorno que causa rigidez muscular, estaba directamente relacionada con la postencefalitis, convirtiéndose más que en un síntoma, en un diagnóstico. Es interesante observar que los médicos casi no utilizaban el nombre de parkinsonismo postencefalítico que mencionamos más arriba, quizá porque no tenían conocimiento del concepto.

En esta época, los medios de diagnóstico neurológico estaban muy limitados en La Castañeda y, por lo tanto, aunque los médicos quisieran extender el diagnóstico, no había muchas formas de hacerlo. Entonces, los criterios diagnósticos eran los tradicionales en la clínica. Cuando Gabriel G., por ejemplo, fue llevado por su familia al manicomio, el médico que lo examinó mencionó lo siguiente:

Es claro que se trata de un cuadro de encefalitis. No es posible precisar la fecha de la encefalitis, que en los lugares donde el paciente vivía es endémica [Michoacán], pero sí se sabe que poco antes de empezar a notar torpeza de sus movimientos tuvo crisis neurálgicas [...] es casi inútil describir el cuadro neurológico de este enfermo, pues toda la sintomatología de los bradikinéticos [*sic*] post-encefalíticos es muy conocida [...]. Todos los hechos observables en el paciente confirman la opinión: la *facies fijée*, la propulsión y lateropulsión, la pérdida de los movimientos automáticos, de parpadeo, etc.²⁹

Es interesante observar que, aunado a que los síntomas y signos correspondían a la enfermedad, el hecho de que el paciente viniera de Michoacán (una zona donde la encefalitis era endémica, según los médicos) ayudó a corroborar el diagnóstico. Pero, aunque se tuviera cierta certeza, la inminente cronicidad de tales enfermos hacía que los médicos asumieran una posición pesimista con respecto a la cura de dichos pacientes, lo que convertía al manicomio en un lugar de simple custodia. Por ejemplo, Leopoldo Salazar Viniegra, quien fue también director del manicomio, diagnosticó en el caso arriba citado:

sobre estos sujetos sólo hay que hacer las consideraciones habituales que el suscrito formula en todos los casos análogos: que sin ser alienados son incapaces para trabajo mental o material y que reclaman siempre con insistencia alivio y medicación, que ya se sabe hasta la fecha no existen; de todos modos es justificado admitirles aquí ya que se carece de sitio a propósito hasta que familiares suyos se puedan hacer cargo de ellos.³⁰

Hay que pensar entonces al manicomio no sólo como el receptor de pacientes psiquiátricos, sino también neurológicos, es decir, neuropsiquiátricos, lo cual se traducía en la obligación de atender a todo aquel que sufriera trastornos del sistema nervioso aunque los síntomas mentales no fueran evidentes. Según Lantéri-Laura y Bouttier, para poder hacer una historia de la psiquiatría hay que asociar la práctica y la enseñanza de la clínica

²⁹ AHSSA, *FMG*, SEC, caja 378, exp. 20049, f. 8.

³⁰ AHSSA, *FMG*, SEC, caja 378, exp. 20049, f. 14.

psiquiátrica con el mantenimiento de un interés igual por la neurología y la fisiología, ya que ellas también desempeñaron un papel crucial el desarrollo de la psiquiatría hacia el siglo xx.³¹ Esta visión asistencial perduraría por lo menos hasta la década de los cuarenta, cuando los médicos de La Castañeda comenzaron a mostrar renuencia para aceptar a enfermos meramente neurológicos, situación que se analizará más adelante. Ese argumento va de la mano con los intereses de los psiquiatras mexicanos de buscar otros elementos diagnósticos que explicaran los trastornos que evidentemente se debían a una falla orgánica.

Los instrumentos auxiliares en el diagnóstico eran bastante precarios en este periodo, lo que llevó a que las investigaciones, más que buscar terapias, se dirigieran a explorar los medios para diagnosticar. El doctor Mario Fuentes³² fue uno de los más interesados en la investigación clínica del campo orgánico de la medicina mental. Desde su tesis recepcional, *Estudios sobre el síndrome epiléptico*, mostró interés en ese ámbito de la enfermedad; de hecho, en su discurso de ingreso a la Academia Nacional de Medicina, en 1947, decía: “basta mencionar el término moderno de medicina psicosomática, para dar la debida justificación al interés que representa en las corrientes modernas de la medicina la asociación de los factores psíquicos y somáticos, en la etiología del padecimiento [...]. Es indispensable reconocer la unidad psíquica y somática del enfermo”.³³ Cabe aclarar, además, que fue

³¹ Georges Lantéri-Laura y Jean-Guillaume Bouttier, “La evolución de las ideas sobre el sistema nervioso central y sus relaciones con el desarrollo de la psiquiatría moderna”, en Jacques Postel y Claude Quétel, *Nueva historia de la psiquiatría*, México, Fondo de Cultura Económica, 2000, p. 281.

³² Nació en 1904 en el pueblo de Ixhuatán, Oaxaca. Cursó la Escuela Nacional Preparatoria y estudió medicina en la Universidad Nacional. Mientras aún estudiaba, entró a trabajar en el Manicomio General como mozo y después de graduarse fue contratado como médico. También desempeñó labores en el Instituto de Cardiología y en el Hospital General. Fue el primer director del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”, inaugurado en 1967. Juan Henestrosa Zárate, “Dr. Mario Fuentes Delgado”, *Panóptico Ixhuateco*, México, s. e., 2008, s. p.

³³ “Palabras del Dr. Mario Fuentes Delgado al presentar su trabajo de ingreso como académico de número en la sección de neurología y psiquiatría”, *Gaceta Médica de México*, Academia Nacional de Medicina, México, t. LXXVII, n. 3 y 4, junio-agosto de 1948, p. 153.



Academia Nacional de Medicina de México

Figura 2. Doctor Mario Fuentes Delgado.
FUENTE: Archivo de la Academia Nacional de Medicina

el encargado del pabellón de enfermos neurológicos cuando se abrió en los cuarenta, como se verá más adelante.

En la década de los treinta, el doctor Fuentes se comprometió con el estudio y los medios de diagnóstico clínicos de la encefalitis y la postencefalitis. Según él, en las secuelas encefalíticas existían cuadros neurológicos bien conocidos, a los que él llamó “vestigios neurológicos”,³⁴ aunque también se podían desprender cuadros mentales (síntomas psiquiátricos), con síndromes extra-

³⁴ Los “vestigios” eran: modificaciones discretas del tono muscular; contracciones clónicas de los músculos; temblores rítmicos, sobre todo en los párpados; trastornos pupilares; postura parkinsoniana; cuadros hiperquinéticos y bradiquinéticos; corea o hemicoorea; reflejos posturales anormales. Mario Fuentes, “Automatismo mental y encefalitis”, *Archivos de Neurología y Psiquiatría de México*, Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría, México, t. II, n. 2, septiembre de 1938, p. 416.

piramidales poco visibles, y ellos eran el verdadero reto diagnóstico de la postencefalitis. Lo que diferenciaba a los enfermos neurológicos de los psiquiátricos era que podían “convivir en el medio social, llevando solamente una relativa apariencia de normalidad. Son aptos para el desempeño del trabajo; casi nunca el debilitamiento intelectual ocurre y menos aún alcanzan un estado demencial”;³⁵ no existían entonces elementos propiamente confusionales, ni estados delirantes o fabulatorios.³⁶ Tal frase es muy importante para el diagnóstico, ya que los médicos de esta época, y de las posteriores, afirmaban que los cuadros psicóticos o demenciales eran pocos o inexistentes en los enfermos con trastornos neurológicos.

En ese sentido, Germán Berrios menciona que, por ejemplo, cuando James Parkinson hizo su descripción de la parálisis agitante (que después sería conocida como enfermedad de Parkinson), afirmó que no se dañaban los sentidos y el intelecto y creyó que la enfermedad era una forma de parálisis que se caracterizaba por el temblor y la tendencia involuntaria a aumentar la velocidad al caminar, pero no por el deterioro sensorial, y que, si en algún momento existía un síntoma mental, era directamente provocado por la parálisis. No fue hasta entrado el siglo XIX cuando diversos médicos aseguraron que los síntomas mentales no eran provocados por la parálisis en sí, sino por el daño neurológico propio de la enfermedad. Esa idea evolucionó en la medida en que era casi una regla que los síntomas mentales debían tener valor secundario respecto del trastorno neurológico.³⁷

Así, para el médico Mario Fuentes había dos cuestiones alarmantes de la enfermedad: la primera es que no había tratamiento y que ningún método conocido en ese momento (psicoterapia, terapia laboral o tratamientos con fármacos) funcionaría, razón por la cual era de suma importancia tener un diagnóstico correcto para “no perder el tiempo con terapias psicoanalíticas que de nada servirían”.³⁸ La segunda tiene que ver justo con el

³⁵ Mario Fuentes, “Profilaxia de las secuelas...”, *op. cit.*, p. 122.

³⁶ Mario Fuentes, “Automatismo mental...”, *op. cit.*, p. 420.

³⁷ Germán E. Berrios, *op. cit.*, p. 485-487.

³⁸ Mario Fuentes, “Profilaxia de las secuelas...”, *op. cit.*, p. 121.

diagnóstico, ya que afirmaba que “clínicamente no es diagnoscible, reconociéndola desgraciadamente sólo por sus deplorables consecuencias”, y a este respecto sugería que convenía “buscar intencional y minuciosamente los signos neurológicos”,³⁹ por muy vagos que fueran.

Otro ejemplo muy interesante que permite observar tal tendencia a diagnosticar es la incidencia de encefalopatía y arterioesclerosis. Los diagnósticos de tales enfermedades tienen un comportamiento muy interesante, ya que dependían directamente de la edad del paciente. En la gráfica 3 se puede ver cómo aparecían en ciertas edades determinadas: mientras que la encefalopatía se encontraba entre los 5 y los 18 años,⁴⁰ la arterioesclerosis iba de los 50 a los 75 años.⁴¹ El diagnóstico de ellas dependía entonces de un factor externo a los “vestigios neurológicos”, ya que, si algún enfermo presentaba trastornos motores y estaba dentro del rango de la adultez mayor o de la infancia, los diagnósticos se hacían “en automático”. Éste es un ejemplo de cómo se intentaban solucionar las dificultades para diagnosticar.

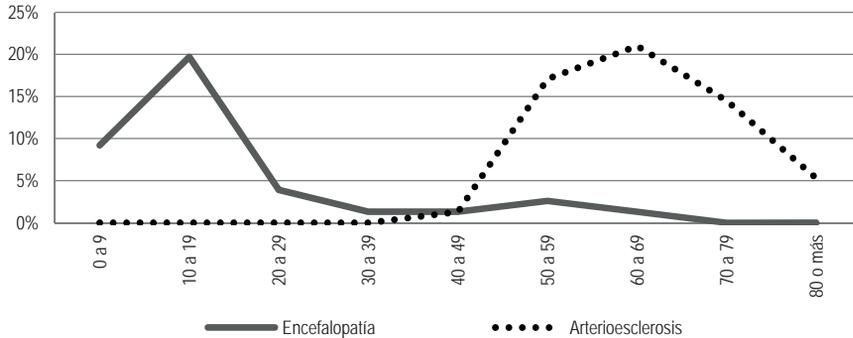
Se puede ver en los estudios de Fuentes que la investigación clínica debía estar basada en los vestigios para poder dar un diagnóstico a los trastornos neurológicos, pero los problemas para diagnosticar no sólo estuvieron determinados por la clínica, sino también por las técnicas con instrumentos auxiliares en el diagnóstico, que en esa época estaban rezagadas en México.

³⁹ Mario Fuentes, “Automatismo mental...”, *op. cit.*, p. 418, 427.

⁴⁰ En México, el doctor Alfonso G. Alarcón hizo un estudio sobre las encefalitis infantiles en el cual sugería que los problemas relacionados con el encéfalo de los niños debía englobarse en el término de encefalopatía. Él la describe como: “afecciones del encéfalo que pueden ser simplemente congénitas, inflamatorias, locales o generalizadas, o graves lesiones de la masa encefálica con ataque a sus diversos pisos”. Alfonso G. Alarcón, “Encefalitis infantiles”, *Gaceta Médica de México*, Academia Nacional de Medicina, México, t. LXVI, n. 4, julio-agosto de 1936, p. 257.

⁴¹ En 1929, MacDonald Critchley publicó su estudio sobre el parkinsonismo arterioescleroso, donde afirmaba que el trastorno era típico en las personas de edad avanzada; según este médico, el síndrome se debía a una lesión en los ganglios basales y los síntomas eran la inmovilidad, marcha a pasos cortos, síndromes cerebro-palidales y aquinesia, aunque también podían presentarse temblores y signos demenciales. Germán E. Berrios, *op. cit.*, p. 495.

GRÁFICA 3
Diagnósticos de encefalopatía y arterioesclerosis
por grupos de edad



FUENTE: BD-PAPIIT.

Una de las técnicas que mínimamente se podían utilizar era la punción lumbar y el estudio del líquido cefalorraquídeo (LCR). Según el médico Alberto Lezama, era uno de los métodos más importantes en ese momento para el diagnóstico psiquiátrico y neurológico, por ejemplo para detectar “las meningitis purulentas, la tuberculosis, la neurosífilis, etc.”, y de hecho afirmaba que era una “obligación del médico practicar [...] la punción lumbar”⁴² y extraer LCR para realizar las diversas reacciones, como la de Wassermann. En la figura 3 se pueden observar las agujas e instrumentos que se utilizaban para la punción lumbar.

Todavía a inicios de la década de 1930 los exámenes de laboratorio practicados en La Castañeda eran muy pocos y, de hecho, hasta 1933 varios de ellos se enviaban a hacer a otras dependencias, como el Hospital General o el Hospital Juárez. No fue hasta 1935 que el laboratorio fue ampliado y los exámenes se diversificaron, entre ellos el del LCR. Aunque cabe aclarar que dos años después el funcionamiento de dicho local era ineficiente, tanto así que el entonces director del manicomio envió un memorándum a los responsables del laboratorio, el cual decía:

⁴² Alberto Lezama, “Valor e interpretación en el examen de líquido cefalorraquídeo en psiquiatría y neurología”, *Revista Mexicana de Neurología, Psiquiatría y Medicina Legal*, México, v. I, n. 3, septiembre de 1934, p. 38.

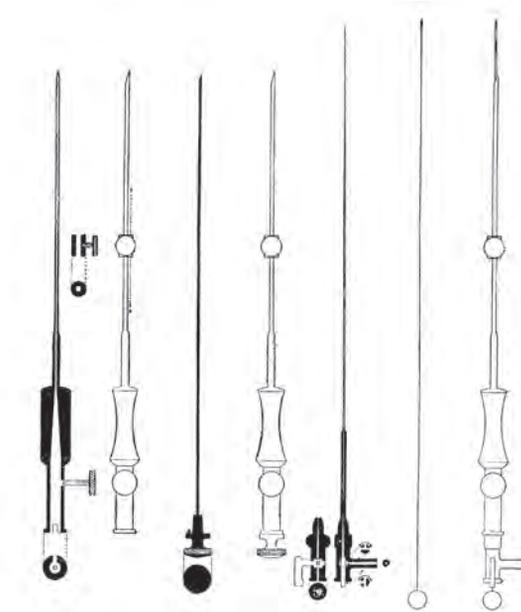


Figura 3. Agujas utilizadas para la punción lumbar.
FUENTE: Roberto Stern, “La punción lumbar ambulatoria y el meningismo”, *Archivos de Neurología y Psiquiatría de México*, Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría, México, t. 5, n. 1, septiembre-octubre de 1942, p. 32

Es notoria y lamentable la situación de desorganización en que se encuentra actualmente el laboratorio. Sin poder juzgar concretamente la responsabilidad de cada uno en particular, sí considero culpable a todo el personal y en relación proporcional a su categoría de esta deficiencia. Por lo tanto, esta dirección les previene que para lo sucesivo, tomará medidas energéticas, a fin de lograr que los trabajos sean debidamente encausados y que hará responsable a todos y cada uno de ustedes de las deficiencias que sigan existiendo.⁴³

No obstante tal situación, los exámenes de LCR se hicieron más comunes. Aunque para ciertos médicos se podían diagnosticar con el LCR la esclerosis en placas, la enfermedad de Pick, los tumores cerebrales (estas dos últimas afecciones debido a la hipertensión

⁴³ AHSSA, FMG, SADM, caja 17, exp. 6, f. 10.

del líquido provocada por dichas lesiones) o las secuelas de la encefalitis (debido a la hiperglucorraquia, es decir, el exceso de glucosa en el LCR),⁴⁴ el examen se hacía más comúnmente para determinar la existencia de sífilis en los pacientes, como en el caso de Hermenegilda M., que fue observada por Mario Fuentes, quien en su historia clínica escribió:

Es indudable la existencia de lesiones extrapiramidales [...] que hacen suponer lesiones del diencefalo. La existencia de reacciones específicas harían pensar en una coexistencia de neurosífilis (en caso de ser correctas las reacciones [de LCR]) y remotamente la posibilidad de lesiones neurosifilíticas al sistema extrapiramidal, con la misma electividad que se reconoce al virus de la encefalitis. Diagnóstico: con las reservas anteriores se trata de un SÍNDROME BRADIQUINÉTICO que suponemos postencefalítico, asociado a reacciones específicas positivas sujetas a duda. Ha sido inoculada con paludismo.⁴⁵

Dichas situaciones eran comunes, por lo que se puede pensar que el diagnóstico de las enfermedades neurológicas era, además de aproximado, por eliminación de otros trastornos que podían conocerse con diversos medios. Sin embargo, Alberto Lezama mencionaba que este examen debía ser “cotejado con los datos clínicos”, ya que, aunque se hiciera de manera minuciosa, podía fallar.⁴⁶ De hecho, un médico afirmaba que en diversas ocasiones los estudios de laboratorio contradecían a la clínica neuropsiquiátrica y, por lo tanto, el galeno debía desarrollar un gran ojo clínico para no dejarse llevar por los datos de laboratorio y no caer en errores.⁴⁷ Una enfermedad cuyo diagnóstico también era muy cer-

⁴⁴ Alberto Lezama, *op. cit.*, p. 41.

⁴⁵ AHSSA, *FMG, SEC*, caja 358, exp. 19039, f. 10. Mayúsculas del original.

⁴⁶ Este médico advertía que la reacción de Wassermann era a veces muy incierta. Además, más cerca del tema de interés de este trabajo, mencionaba que dicha reacción podía ser positiva en casos de encefalitis letárgica. Alberto Lezama, *op. cit.*, p. 41. Un mejor análisis sobre el uso de la reacción de Wassermann en el manicomio se puede revisar en el estudio acerca de la parálisis general progresiva que aparece en esta misma obra.

⁴⁷ Gonzalo Castañeda, “Discordancia y contradicciones entre la clínica y la clínica, entre la clínica y el laboratorio y entre el laboratorio y el laboratorio”, *Gaceta Médica de México*, Academia Nacional de Medicina, México, t. LXVI, n. 3, mayo-junio de 1936, p. 173.

tero con el LCR era la meningitis meningocócica o purulenta, ya que ella ocasionaba pus en el líquido, además de que con estudios bacteriológicos podían localizarse los meningococos causantes de la enfermedad; aunque también de vez en cuando era confundida con el *treponema palidum*, agente infeccioso de la sífilis.⁴⁸

Sin duda, los instrumentos eran necesarios en la práctica clínica de las enfermedades neurológicas (como en muchas otras enfermedades mentales); no obstante, las limitaciones de la ciencia nacional en general y las limitaciones materiales de La Castañeda en particular hacían que el uso de instrumentos, aparatos y técnicas novedosas fueran limitados. Un instrumento auxiliar en el diagnóstico que fue experimentado en ese momento para las enfermedades mentales y neurológicas fue la máquina de rayos X. Según estudios realizados a finales de la década de 1930 en la clínica privada del doctor Samuel Ramírez Moreno, quien fuera médico y director del manicomio, el radiodiagnóstico era una herramienta necesaria en la práctica neuropsiquiátrica.

La visualización de las cavidades encefálicas con la máquina de rayos X debía hacerse con la sustitución del LCR por aire filtrado. Dos eran las técnicas más eficientes para tal método: la ventriculografía (se administraba el aire directamente a los ventrículos del cerebro, para lo cual se necesitaba trepanación) y la encefalografía (se filtraba el aire por medio de la médula). Una vez hecho esto, lo único que se tenía que hacer era sacar una placa radiográfica con una máquina común de rayos X.⁴⁹

⁴⁸ Según Samuel Ramírez Moreno, muchas meningitis acompañaban a la mayoría de los casos de neurosífilis; él señalaba que los exámenes bacteriológicos de una y otra mostraban similitudes. De hecho, mencionaba que, antes que se descubrieran las afecciones nerviosas provocadas por la sífilis, los médicos estaban de acuerdo en señalar que la meningitis era el principio común de las afecciones nerviosas causadas por la enfermedad venérea. Samuel Ramírez Moreno, “El diagnóstico preclínico de la sífilis nerviosa”, *Revista Mexicana de Neurología, Psiquiatría y Medicina Legal*, México, v. 1, n. 6, marzo de 1935, p. 10-12. Para un estudio más detallado de la incidencia de la sífilis en las enfermedades mentales, véase el trabajo sobre parálisis general progresiva de esta misma obra.

⁴⁹ Teodoro Flores Covarrubias, “Radiodiagnóstico neurológico y el electrodiagnóstico”, *Revista Mexicana de Neurología, Psiquiatría y Medicina Legal*, México, v. v, n. 30, enero de 1939, p. 39.



Figura 4. Encefalografía realizada en la clínica del doctor Samuel Ramírez Moreno. FUENTE: Teodoro Flores Covarrubias, “Radiodiagnóstico neurológico y el electrodiagnóstico”, *Revista Mexicana de Neurología, Psiquiatría y Medicina Legal*, México, v. V, n. 30, 1939, p. 40

El médico Teodoro Flores Covarrubias, radiólogo de la clínica del doctor Samuel Ramírez Moreno, especificó que cada técnica tenía fines distintos: la ventriculografía estaba indicada para el diagnóstico de neoplasmas (tumores); la encefalografía, por otro lado, podía ser un gran auxiliar en el diagnóstico de la epilepsia, los padecimientos meníngeos, la postencefalitis y los reblandecimientos cerebrales.⁵⁰ Pero, además, con la encefalografía podían observarse los trastornos motores y degenerativos (como el Alzheimer) debido a una existente degeneración de los lóbulos frontales y parieto-temporales, ya que los trastornos extrapiramidales se deben a tales lesiones.⁵¹ La encefalografía, además de ser más

⁵⁰ *Ibidem*, p. 42.

⁵¹ Juan Peón del Valle, “Atrofia de Pick y enfermedad de Alzheimer”, *Revista Mexicana de Neurología, Psiquiatría y Medicina Legal*, México, v. VII, n. 37, enero de 1941, p. 58.

segura por no requerir intervención quirúrgica, permitía ver mejor las lesiones cerebrales típicas de ciertos trastornos neurológicos. No obstante, en las conclusiones de los médicos sobre la eficiencia del radiodiagnóstico dichos estudios eran aún experimentales, no siempre eran certeros y a veces las radiografías no mostraban lesión orgánica alguna.

Pero, regresando al tema de La Castañeda, el problema era mayor, ya que ahí no se contaba con una máquina de rayos X en la década de los treinta. En el año 1936 el doctor Mario Fuentes, que en ese momento fungía como director interino del manicomio, envió un oficio a la Beneficencia Pública que decía:

Con frecuencia se ofrece la necesidad de hacer exámenes radiológicos del cráneo [...] recurriendo a la relativa ayuda que después de muchos trámites nos proporcionan en otros establecimientos como el Hospital Juárez o el Hospital General. El auge que actualmente se aprecia en la alienación [...] reclama paralelamente la necesidad urgente de perfeccionamiento técnico, proporcionando al enfermo mental las conquistas científicas modernas. Consecuentemente con la breve exposición anterior sintetizamos nuestra petición en la necesidad de dotar al Manicomio de un gabinete de radiología de las mismas proporciones que actualmente poseen otros hospitales de la Beneficencia Pública.⁵²

Todavía en el año 1939 el director en turno, Manuel Guevara Oropeza, pedía a la Beneficencia Pública dicho aparato: “he señalado en numerosas ocasiones la necesidad de tener Rayos X en el establecimiento, y espero que se tendrá en cuenta proporcionarlo el año entrante”.⁵³ En fin, la máquina de rayos X fue entregada por la recién creada Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) en el año 1943.⁵⁴ La petición de la máquina estuvo contextualizada por la intención de las autoridades del manicomio de abrir un departamento de neurología dentro de las instalaciones, para lo cual, desde 1937, el médico director, Alfonso Millán, pidió a la Beneficencia Pública material quirúrgico y la contratación de

⁵² AHSSA, *FMG*, SADM, caja 30, exp. 3, f. 1.

⁵³ AHSSA, *FMG*, SADM, caja 30, exp. 3, f. 7.

⁵⁴ AHSSA, *FMG*, SADM, caja 30, exp. 3, f. 25.

un neurocirujano, ya que en La Castañeda no había. En 1939 Guevara Oropeza decía:

Debido a que existe en este manicomio un gran número de pacientes neurológicos y neuropsiquiátricos, se había estado gestionando con la superioridad la creación de un servicio especial de Neurología que comprendiese neurología médica y quirúrgica y estábamos ya en arreglos para que comenzara a funcionar dicho servicio. La necesidad de crear este servicio es evidente, es obvia, y creo que no puede discutírsele, no existe en todo el país un servicio de neurología [...]. Los casos que se encuentran en este manicomio se encuentran repartidos en diferentes pabellones y solamente se necesita agruparlos para crear el servicio al que alude.⁵⁵

La creación de ese servicio en la década de los cuarenta permite observar que poco a poco la ciencia neurológica comenzaba a tener presencia importante en la mentalidad de los psiquiatras. Este proceso va de la mano con el inicio de una relativa especialización neurológica y una búsqueda de la independencia de ella con la psiquiatría. Así, dichos acontecimientos estuvieron contextualizados en la siguiente década por fenómenos que tienen que ver con la llegada de nuevos instrumentos y técnicas para el diagnóstico y el arribo de médicos mexicanos especializados en el extranjero y españoles exiliados de la Guerra Civil.

*Del diagnóstico empírico al diagnóstico auxiliado
por instrumentos, 1940-1949*

La década de 1940 tiene una importancia trascendental para el desarrollo de la neurología en México y en particular en La Castañeda. Según la hipótesis, el cambio importante en el terreno de la clínica neurológica fue el paso de una práctica diagnóstica empírica a una auxiliada en los instrumentos, gracias a la llegada de aparatos y técnicas auxiliares en el diagnóstico; eso fue, en cierta medida, lo que determinó la transformación en la clínica,

⁵⁵ AHSSA, FMG, SADM, caja 30, exp. 3, f. 4.

los cambios en la forma de observar los síntomas y la subsecuente separación entre la psiquiatría y la neurología.

Según el sociólogo Peter S. Cleaves, la medicina en México “experimentó un cambio significativo en los años cuarenta cuando su orientación se hizo menos clínica y se volvió más individualista y biológica”.⁵⁶ Esto va ligado con una transformación en la forma de practicar la neurología en el manicomio y con el surgimiento de un nuevo interés por campos antes no practicados. La primera muestra de ello fue la creación del servicio de neuropsiquiatría y neurocirugía al que aludimos antes. Dicho servicio fue abierto en el Pabellón Central en 1943 y se estimó que contara con una máquina de rayos X, un electroencefalógrafo (EEG) y una sala de neurocirugía, entre otras cosas. El servicio estaría destinado exclusivamente para pacientes neurológicos y neuropsiquiátricos.⁵⁷

La novedad que refería ese servicio eran los instrumentos auxiliares en el diagnóstico que el manicomio adquiriría, además de la práctica neuroquirúrgica que para ese momento apenas se desarrollaba en la institución. Con respecto a la máquina de rayos X (de la que se ha hablado anteriormente) se instaló ésta desde 1943, pero el problema fue que la corriente eléctrica del manicomio era muy inestable, lo que hacía que el aparato no funcionara con regularidad⁵⁸ (todavía en 1945 había quejas de los médicos en relación con el funcionamiento del instrumento), además de que no había doctores especializados en radiología, por lo que a veces las placas salían mal.⁵⁹

Por otro lado, la electroencefalografía⁶⁰ fue una técnica presentada como el avance médico más importante de la década

⁵⁶ Peter S. Cleaves, *Las profesiones y el Estado: el caso de México*, México, El Colegio de México, 1985, p. 88.

⁵⁷ AHSSA, FMG, SADM, caja 22, exp. 11, f. 40. Muy pocos de los pacientes que ingresaron a ese servicio fueron internados en el manicomio, razón por la cual no se tiene información en los libros de registro de La Castañeda. La información de esos pacientes está perdida.

⁵⁸ AHSSA, FMG, SADM, caja 30, exp. 3, f. 26.

⁵⁹ En el año 1948 la compañía General Electric dio un curso de “Técnica Radiográfica” al que fueron enviados diversos médicos de La Castañeda para especializarse en el campo. AHSSA, FMG, SADM, caja 30, exp. 3, f. 41.

⁶⁰ La electroencefalografía es la técnica de exploración neurofisiológica que registra la actividad eléctrica del cerebro; el electroencefalógrafo (EEG) es

debido a su utilidad diagnóstica, sobre todo en los epilépticos. El EEG es un aparato que mide los impulsos eléctricos del cerebro por medio de nodos que se conectan al cráneo;⁶¹ de este modo se puede ver si hay alteraciones en las ondas, lo que indicaría un fallo en las funciones nerviosas. El médico Hans Berger fue el creador de la técnica electroencefalográfica (algunos lo llaman el padre de la electroencefalografía); basado en las ideas de la electricidad animal, practicó el primer estudio en 1924 a un joven de 17 años que sufría retraso mental. A partir de ahí, la práctica se perfeccionó hasta que en la década de los cuarenta se convirtió en un instrumento necesario para la disciplina neurocientífica en el mundo.⁶² Los primeros EEG del país fueron instalados, uno, en el Hospital General, en el Pabellón 7 del doctor Clemente Robles, que fue el primer médico que estudió neurocirugía en el extranjero; el otro fue alojado en la clínica del doctor Samuel Ramírez Moreno. Según él, gracias a sus viajes por Estados Unidos pudo comprender el funcionamiento del aparato, pero debido a su alto costo tuvo que hacer uno de “fabricación casera” con ayuda de un médico de su clínica que también tenía conocimientos de electrónica. Así construyeron un EEG con “resultados muy satisfactorios”⁶³ en el año 1940 (véase figura 5).

Según Samuel Ramírez Moreno, el uso del EEG antes de la década de 1940 se dirigía básicamente a la investigación científica y al mejoramiento de la técnica electroencefalográfica; no obstante, a partir de los cuarenta se dio un cambio: pasó de la investigación a la clínica neurológica, debido a los datos que proporcionaba para

el instrumento que se utiliza para hacer el registro; el electroencefalograma es el resultado que se obtiene del EEG y es en el que el médico se auxilia para hacer el diagnóstico.

⁶¹ La idea de que el cerebro tenía impulsos eléctricos viene desde el siglo XVIII, cuando el italiano Luigi Galvani publicó sus observaciones sobre la electricidad animal, aunque el interés por el fenómeno eléctrico de los nervios no se desarrolló de forma más evidente hasta mediados del siglo XIX. Leonardo Palacios, “Breve historia de la electroencefalografía”, *Acta Neurológica Colombiana*, Bogotá, v. XVIII, n. 2, junio de 2002, p. 104.

⁶² *Ibidem*, p. 105.

⁶³ Samuel Ramírez Moreno, “Estudios sobre electroencefalografía”, *Revista Mexicana de Neurología, Psiquiatría y Medicina Legal*, México, v. VIII, n. 43, mayo de 1941, p. 11-13.

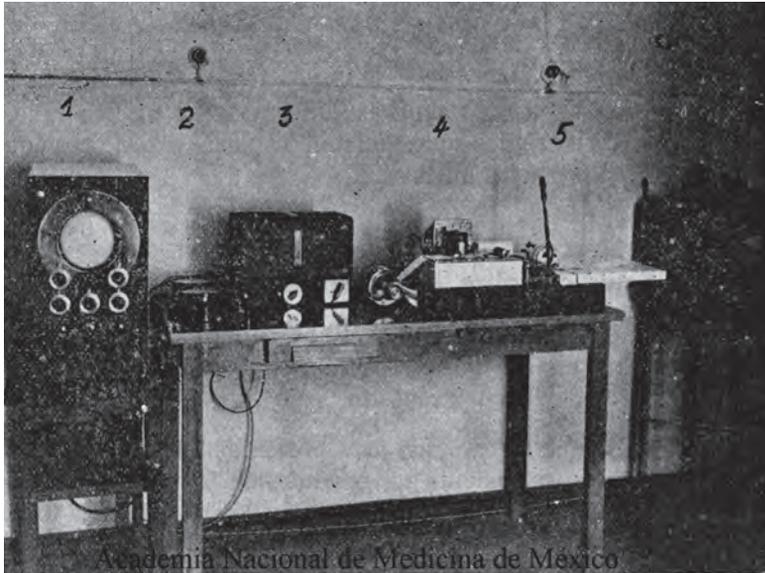


Figura 5. Electroencefalógrafo casero de la clínica del doctor Samuel Ramírez Moreno. FUENTE: Samuel Ramírez Moreno, “Estudios sobre electroencefalografía”, *Revista Mexicana de Neurología, Psiquiatría y Medicina Legal*, México, v. VIII, n. 43, mayo de 1941, p. 12

el diagnóstico de múltiples enfermedades cerebrales. El principal uso que se le dio al EEG fue para el diagnóstico de la epilepsia y la localización de los focos epilépticos, para la búsqueda de tumores cerebrales y para encontrar traumatismos craneoencefálicos,⁶⁴ ya que en estos trastornos las variaciones de las ondas eléctricas eran más evidentes.⁶⁵ Además, según el médico español Sixto Obrador Alcalde (quien fue el primer electroencefalogra-

⁶⁴ *Ibidem*, p. 25.

⁶⁵ Hasta ese momento se habían distinguido cuatro tipos de ondas eléctricas del cerebro, a saber: las ondas alfa, con una frecuencia aproximada de 10 ciclos por segundo, eran las características en los periodos de descanso del cuerpo y las que determinaban un EEG normal; las ondas beta, con una frecuencia de 25 ciclos por segundo, se encontraban en los periodos de movimiento (estas dos fueron las descritas por Berger en sus estudios); las ondas gama, con una frecuencia superior a las anteriores; y las ondas delta, que sólo se encuentran en el sueño profundo y cuando el individuo tiene un neoplasma (tumor), eran las que definían un electroencefalograma anormal. G. Levant Yeager *et al.*, “Electro-

fista de La Castañeda), el EEG también servía para diagnosticar otras afecciones neurológicas: la corea, donde se podían observar anomalías generalizadas en los electroencefalogramas con ausencia de ondas alfa y presencia de ondas delta; enfermedades orgánicas del neuroeje (alteraciones vasculares, neuroúlés, encefalitis), donde las anomalías de los electroencefalogramas dependían del grado de las lesiones; arterioesclerosis, donde se presentaban irregularidades en las ondas; encefalopatías infantiles, con descargas continuas de ondas lentas; enfermedades extrapiramidales (Parkinson, postencefalitis), donde a nivel de la corteza cerebral no se registraban anomalías, pero, no obstante, en electroencefalogramas realizados a la subcorteza se mostraban irregularidades, por lo que se pudo saber que los movimientos involuntarios de esos enfermos dependían de descargas eléctricas en distintos niveles subcorticales.⁶⁶

Así, tanto Ramírez Moreno, con los electroencefalogramas realizados en su clínica, y Obrador Alcalde, con los llevados a cabo en el manicomio, llegaron a confirmar dos conclusiones que se gestaron en la medicina neurológica: por un lado, a excepción de la epilepsia y los tumores cerebrales, el EEG no era capaz de localizar el punto exacto del daño orgánico en la corteza cerebral; sin embargo, gracias al instrumento era posible confirmar un diagnóstico neurológico de acuerdo con el comportamiento de las ondas representadas en el examen y ya no se debía depender sólo de los “vestigios neurológicos” que se basaban en los trastornos motores. Por otro lado, el EEG se convirtió en el medio para diferenciar una enfermedad neurológica de una psiquiátrica, ya que los enfermos mentales no tenían electroencefalogramas anormales,⁶⁷ y de esta forma ya no se tenía que depender sólo del diagnóstico aproximado.

encefalografía. Su importancia en la clínica neurológica”, *Revista Mexicana de Neurología, Psiquiatría y Medicina Legal*, México, v. VIII, n. 43, mayo de 1941, p. 44.

⁶⁶ Sixto Obrador Alcalde, “Sobre la electroencefalografía clínica”, *Archivos de Neurología y Psiquiatría de México*, Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría, México, t. VI, n. 1, septiembre-octubre de 1942, p. 39-40.

⁶⁷ Obrador Alcalde mencionaba que en las psicosis los datos electroencefalográficos no definían anomalías, además de que en la esquizofrenia y los trastornos maniaco-depresivos los datos eran normales; por otro lado, Ramírez

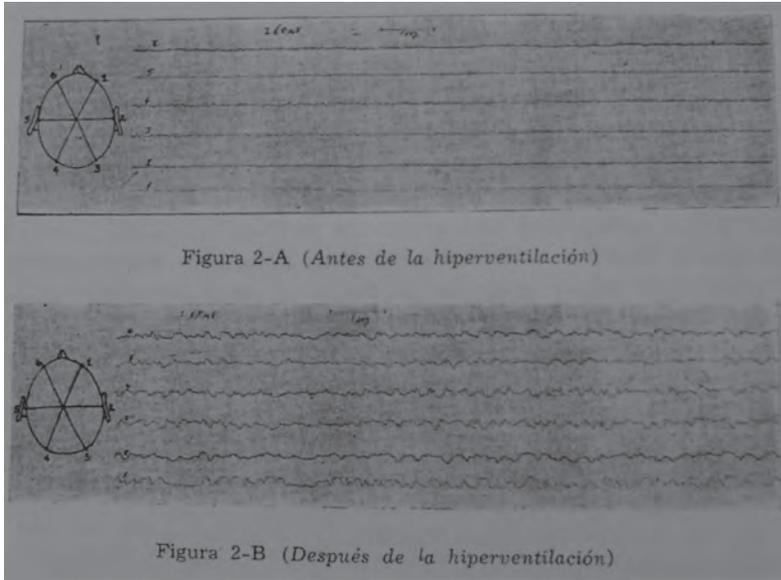


Figura 6. Electroencefalogramas realizados a un epiléptico en el Manicomio de La Castañeda. FUENTE: Sixto Obrador Alcalde, “Sobre la electroencefalografía clínica”, *Archivos de Neurología y Psiquiatría de México*, Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría, México, t. VI, n. 1, 1942, p. 32

A pesar de esos logros, la llegada del EEG a La Castañeda estuvo llena de obstáculos y altibajos. El primer problema fue el costo y la instalación del aparato. En el año 1943 el director del manicomio, Manuel Guevara Oropeza, encargó a un ingeniero holandés de nombre Martín von Beijeren Bergen, radicado en México, la construcción de un EEG para el manicomio por la suma de 3 000 pesos. El aparato fue instalado en el recién inaugurado servicio de Neuropsiquiatría y Neurocirugía del Pabellón Central en noviembre de 1943.⁶⁸ Sin embargo, para 1944 el instrumento no podía servir con regularidad “ya que las líneas eléctricas del Manicomio no eran útiles para el uso del referido

Moreno decía que en las esquizofrenias y los estados demenciales los datos eran bastante regulares. *Ibidem*, p. 41; Samuel Ramírez Moreno, *op. cit.*, p. 26.

⁶⁸ AHSSA, FMG, SADM, caja 30, exp. 3, f. 164.

aparato”.⁶⁹ En el año 1946 el entonces director del manicomio, Leopoldo Salazar Viniegra, le envió un memorándum a Guevara Oropeza que decía:

Hace ya muchos meses que el doctor Obrador y el doctor Ortiz me habían referido que el funcionamiento del electroencefalograma era absolutamente defectuoso sin que prácticamente pudieran obtener registros de utilidad y confianza. Todavía más tarde el doctor Ortiz me indicó que los defectos habían aumentado Y QUE HACÍA MUCHO TIEMPO QUE SE HABÍA LLAMADO AL CONSTRUCTOR DEL APARATO PARA QUE VINIESE A ARREGLARLE. Me parece por lo tanto que siendo usted quien arregló y contrató a dicho constructor le haga venir para enmendar lo que siempre se consideró como un defecto, no obstante fue pagado a un costo exorbitante.⁷⁰

Así, aunque el constructor fue varias veces a reparar el EEG, el instrumento se volvía a descomponer, razón por cual los exámenes realizados eran irregulares, pero consistentes. No fue hasta la década de los cincuenta cuando se compró uno de fábrica estadounidense, marca Kelly, que, no obstante, también falló mucho.

A pesar de los obstáculos ya comentados se debe decir que tales aparatos sí funcionaron como auxiliares en el diagnóstico en diversas situaciones; por ejemplo, la paciente Lucrecia G., una niña de 8 años, presentó ataques convulsivos desde los meses de nacida, por lo que su desarrollo físico se deterioró. A los 5 años tuvo dichos ataques durante 20 días seguidos que le provocaron pérdida del lenguaje y de la movilidad que recuperó a lo largo de un año. Así, se le practicaron pruebas de paludismo, neurolúes y encefalografías sin encontrar nada anormal, hasta que la doctora Mathilde Rodríguez Cabo, jefa del Pabellón Infantil, mandó hacer un electroencefalograma cuyo resultado fue “actividad bioeléctrica cerebral de irregularidad generalizada con frecuencias medias en toda la corteza, dominando éstas ligeramente en el hemisferio izquierdo”, con lo que se le diagnosticó epilepsia y se le dio de alta por no haber tratamiento efectivo y así poder vivir en familia.⁷¹

⁶⁹ AHSSA, FMG, SADM, caja 30, exp. 3, f. 168.

⁷⁰ AHSSA, FMG, SADM, caja 30, exp. 3, f. 174. Mayúsculas del original.

⁷¹ AHSSA, FMG, SEC, caja 556, exp. 28909, f. 23.

Con los instrumentos los diagnósticos ya no eran aproximados y eso influyó en el desarrollo de diagnósticos más complejos y diversos que ya no fueron situados solamente en el terreno de la postencefalitis: esclerosis en placas, trastornos neurológicos y detención de desarrollo psíquico consecutivos a un proceso encefalítico de naturaleza no determinable, parálisis general asociada a hemiparkinson derecho, encefalopatía extrapiramidal, síndrome hipertónico bradiquinético de aspecto franco parkinsonico, entre otros. Sucedió que para este periodo a los pacientes se les hacían varias pruebas antes de proponer una enfermedad de presunción; si bien algún médico tenía una idea, esperaba las pruebas de laboratorio. El caso de Isabel P. es demostrativo. Ella ingresó el 10 de febrero de 1944 por decisión de su familia; el médico que la admitió escribió que hacía más de diez años sufría temblores y hacía cinco años sufría de hemiplejía izquierda. Tenía alucinaciones, veía títeres que bailaban y escuchaba voces que denunciaban infidelidades de su marido; pero no fue llevada al manicomio por dichas visiones, sino porque desde una semana antes ya no pudo caminar. El diagnóstico de presunción fue de meningoarteritis.⁷² Doce días después fue examinada por otro médico, quien insistía en los lapsos de angustia de la enferma aunque su discurso fuera coherente; este médico advirtió ataques epileptiformes y diagnosticó a la paciente con estado confusional y epilepsia.⁷³

Dos semanas después el doctor Jorge Pavón Abreu mencionaba:

Se encuentra encamada según ella por no poder andar. Su estado mental corresponde a un fondo confusional ligero de tipo hipomaniaco y puerilismo con tendencia a exagerar sus trastornos. Dice que no puede andar y acusa de dolores al parecer de tipo lancinantes en toda la mitad derecha del cuerpo. Por la exploración física se aprecia torpeza para efectuar movimientos voluntarios sobre todo del lado izquierdo; no puede realizar la marcha por sí sola. Sugiero la posibilidad de que se trate de trastornos funcionales aunque también podría ser neurolúes. Se deben hacer los exámenes pertinentes.⁷⁴

⁷² AHSSA, FMG, SEC, caja 540, exp. 28149, f. 6.

⁷³ AHSSA, FMG, SEC, caja 540, exp. 28149, f. 12.

⁷⁴ AHSSA, FMG, SEC, caja 540, exp. 28149, f. 17.

Las pruebas para encontrar sífilis fueron todas negativas, por lo que los médicos tuvieron que hacer más exámenes. El día 23 de junio de 1944 el doctor Mario Fuentes mandó realizar una encefalografía a la enferma y el encargado de hacer dicha prueba fue el médico Sixto Obrador, quien concluyó: “Es posible que exista una obstrucción ventricular, aunque los datos obtenidos impiden precisar con exactitud el posible lugar de la obstrucción. Es necesario hacer ventriculografía y estudiar especialmente el tercer ventrículo y el acueducto.”⁷⁵ Nuevamente el examen no dio respuesta certera, así que se abandonó el caso y se envió a la enferma al Pabellón de Sífilis. El 13 de febrero de 1945, casi un año después de ingresada, la enferma falleció y, al realizarle la autopsia, se le encontró cisticercosis.

Los medios de diagnóstico no sólo evolucionaron por el uso de instrumentos científicos, sino también por el desarrollo de técnicas. Un avance en este rubro fue la prueba de la cisticercosis⁷⁶ desarrollada por el exiliado español doctor Dionisio Nieto. Durante la Guerra Civil española (1936-1939) y tras la derrota del bando republicano, una serie de científicos españoles salieron de su país y, gracias a la política exterior de Lázaro Cárdenas, México se convirtió en receptor de exiliados. Entre 1938 y 1940 varios médicos españoles llegaron al país, entre ellos Dionisio Nieto, Isaac Costero, Ramón Álvarez-Buylla, Wenceslao López-Albo, Sixto Obrador Alcalde y otros. Aunque es verdad que no todos trabajaron en el Manicomio de La Castañeda y no se dedicaron por completo al desarrollo de las neurociencias, el legado del famoso histólogo español Santiago Ramón y Cajal hizo eco

⁷⁵ AHSSA, FMG, SEC, caja 540, exp. 28149, f. 26.

⁷⁶ Es una enfermedad provocada por una parasitosis nerviosa adquirida por la ingesta de los huevos de la *tenia solium* que se encuentran en la materia fecal o en la carne de algunos mamíferos, principalmente el cerdo. Los huevos son capaces de viajar por el aparato circulatorio y linfático a diversos órganos, como el cerebro, donde se convierten en larvas (*cysticercus cellulosae*) y provocan todos los síntomas neurológicos propios de la enfermedad. Samuel Ramírez Moreno y José Rojo de la Vega, “Cisticercosis quística del cerebro curada por intervención quirúrgica”, *Revista Mexicana de Neurología, Psiquiatría y Medicina Legal*, México, v. V, n. 29, enero de 1939, p. 14-16.

en sus investigaciones, lo que provocó que prestaran atención a la fisiología del sistema nervioso.⁷⁷

España fue uno de los lugares que más actividad científica tenía al respecto, pero el inicio de la Guerra Civil detuvo las investigaciones y los científicos del exilio cargaron en su equipaje las teorías que se desarrollarían en México, tanto en las aulas como en las instituciones hospitalarias. Sin embargo, de los traserrados españoles muy pocos trabajaron en La Castañeda. Los más destacados fueron López-Albo, quien murió en 1944 durante una operación que le realizaron en el riñón; Obrador Alcalde (que fue el encargado del EEG y de la máquina de rayos X, gracias a sus estudios de dichos aparatos en Alemania y Estados Unidos), quien regresó a España en 1945, y Dionisio Nieto, quien fuera la figura del exilio más importante dentro del manicomio.

Nieto (véase figura 1) llegó al puerto de Veracruz en 1940 y rápidamente fue reclutado como jefe del Laboratorio del Manicomio General. Al tiempo que realizaba sus obligaciones en la institución, Nieto comenzó su labor de investigación y reunió cerebros humanos para seguir con sus estudios sobre la patogenia de las enfermedades mentales.⁷⁸ Uno de sus hallazgos más importantes fue la reacción para la cisticercosis, conocida como “Reacción de Nieto”,⁷⁹ (1945) cuya efectividad es del 80% y por su facilidad de uso y bajo costo aún se utiliza en nuestros días.⁸⁰

Esta técnica fue muy importante ya que se convirtió en un examen cotidiano para descartar que cualquier problema neurológico fuera provocado por el parásito, muy común en México. La preocupación de Nieto por la cisticercosis se debió a que la

⁷⁷ Augusto Fernández Guardiola, *op. cit.*, p. 47.

⁷⁸ Cristina Sacristán, *op. cit.*, p. 333.

⁷⁹ *Ibidem*, p. 335.

⁸⁰ La “Reacción de Nieto” no fue el único descubrimiento que realizó el español y que tuvo reconocimiento internacional; también hizo diversos aportes para el estudio de la neurosífilis, la epilepsia y las psicosis, además de implementar variadas técnicas de tinción. Véanse Dionisio Nieto y A. Escobar, “Neurosífilis”, en J. Minckler (ed.), *Pathology of nervous system*, New York, McGraw Hill, 1972, v. III, p. 2448-2465; Dionisio Nieto y A. Escobar, “Epilepsy”, *ibidem*, p. 2627-2634; Dionisio Nieto y A. Escobar, “Major psychoses”, *ibidem*, p. 2654-2662; Dionisio Nieto y A. Escobar, “General staining”, *ibidem*, p. 2809-2811.

enfermedad era difícilmente diagnosticable y sólo se podía corroborar cuando el enfermo moría, después de realizar la autopsia. La enfermedad ya había sido descrita por Samuel Ramírez Moreno en 1939, quien mencionaba que los síntomas que presentaba podían confundirse con otras enfermedades, como la neurosífilis o la epilepsia: cefalalgia, convulsiones, parálisis, corea, temblores, alteraciones de la palabra y de la marcha, además de síntomas mentales como torpeza mental, lentitud en la asociación de ideas o disminución de la memoria.⁸¹

Este médico también comentaba que en ciertos pacientes el quiste cisticercoso podía observarse por medio de una encefalografía; no obstante, era fácilmente confundido con un tumor cerebral, aunque con esa impresión diagnóstica el paciente podía ser operado y curado de la enfermedad. La falta de un auxiliar en el diagnóstico hizo que Ramírez Moreno afirmara que eran “muy raros” los casos de cisticercosis en México, argumento que años después cambió al mencionar en 1945 que “la atención a esta parasitosis del sistema nervioso es importante en vista de lo común que es en nuestro país”.⁸² Ya para los años cuarenta, gracias al apoyo de otros auxiliares en el diagnóstico (como el EEG y, después, la “Reacción Nieto”), fue más fácil determinar a los enfermos de cisticercosis. Es interesante observar, sin embargo, que entre las afecciones neurológicas localizadas en La Castañeda la cisticercosis sólo tuvo una incidencia del 0.7%.

La figura de Dionisio Nieto es importante porque fue el que inició una línea de investigación científica dentro del manicomio que hasta antes de su llegada era prácticamente inexistente. Utilizó su posición como jefe del laboratorio de La Castañeda para realizar una serie de investigaciones en torno del diagnóstico y el tratamiento de diversas enfermedades neurológicas y mentales. Entre esas investigaciones se encuentran los estudios sobre la cisticercosis ya mencionados, investigaciones para el diagnóstico de la toxoplasmosis del sistema nervioso, sobre la corea de

⁸¹ Samuel Ramírez Moreno y José Rojo de la Vega, *op. cit.*, p. 9, 16.

⁸² Samuel Ramírez Moreno, “Cisticercosis cerebral”, *Revista Mexicana de Neurología, Psiquiatría y Medicina Legal*, México, v. XI, n. 65, enero de 1945, p. 5.



Figura 7. Fotografía de un cerebro seccionado con varios quistes cisticercosos. FUENTE: Samuel Ramírez Moreno, “Cisticercosis cerebral”, *Revista Mexicana de Neurología, Psiquiatría y Medicina Legal*, México, v. 11, n. 65, enero de 1945, p. 15

Huntington, sobre los síndromes parkinsonianos y sobre las enfermedades de Alzheimer y de Pick; además realizó estudios anatómicos en cerebros de pacientes fallecidos en el manicomio y así logró aislar lesiones cerebrales específicas provocadas por la cisticercosis y el alcoholismo.⁸³ No obstante, mencionaba que todas esas investigaciones se habían desarrollado con un ritmo “angustiosamente lento y no pueden iniciarse otras por dificultades materiales”.⁸⁴ Así, proponía la creación de una sección de

⁸³ Según Sacristán, Nieto estaba en contra de la escuela “psicologista” de las enfermedades mentales (corriente que afirmaba que la locura estaba determinada por procesos mentales que no necesariamente se debían a un daño orgánico) y eso lo llevó a remar a contracorriente del grupo de médicos mexicanos, la mayoría discípulos de Erich Fromm, entre ellos Ramón de la Fuente y Alfonso Millán. Ésa es la razón por la que Sacristán menciona que Nieto sufrió un “doble exilio” en México ya que, además de su destierro, su convicción científica hizo que trabajara aislado durante muchos años. Cristina Sacristán, *op. cit.*, p. 337-338; Augusto Fernández Guardiola, *op. cit.*, p. 50.

⁸⁴ AHSSA, FMG, SADM, caja 49, exp. 9, f. 2-3.

investigaciones clínicas, anexa al laboratorio del manicomio, proyecto que no se llevaría a cabo en ese momento. Nieto, pues, fue quien inició una incipiente tendencia a la investigación que, sin embargo, sólo se desarrollaría en las siguientes décadas.⁸⁵

Todo este contexto histórico llevó a que los porcentajes de los diagnósticos neurológicos comenzaran a modificarse. Por ejemplo, el diagnóstico de encefalitis disminuyó un 7% en el periodo de 1940-1944, para aumentar en el lustro siguiente un 9%; por otro lado, el diagnóstico de encefalopatía aumentó un 22%. La variable de afecciones en las meninges también descendió un 14%, lo cual parece paradójico, ya que en el año 1946 se desató una epidemia de meningitis meningocócica que inició en el estado de San Luis Potosí y rápidamente se extendió hacia el norte, el Bajío y el centro del país.⁸⁶ De hecho se presentaron algunos casos en el manicomio, lo que alertó sobremanera a las autoridades de la institución ya que la enfermedad es altamente contagiosa.⁸⁷

⁸⁵ Nieto realizó además otras investigaciones fuera del manicomio y descubrió fenómenos muy importantes en el campo de las neurociencias. En los años treinta, mientras estudiaba en Alemania, diseñó un método para hacer cortes aislados en el cerebro con base en el uso del nitrato de uranio e impregnación del nitrato de plata para la localización del *treponema palidum* en pacientes con neurosífilis; en los cincuenta demostró la existencia de lesiones de gliosis astrocitaria en áreas neocorticales asociativas prefrontales y en estructuras diencefálicas, talámicas y tegmentales mesencefálicas como causa de trastornos esquizofrénicos; describió nuevos hallazgos, tales como la degeneración transináptica, la desmielinización y la gliosis astrocitaria del diencefalo, subsecuentes a la atrofia unilateral del Asta de Amón y su haz eferente, el fornix, específicamente la atrofia de los sectores CA1, CA3 y el giro dentado, en casos de epilepsia del lóbulo temporal; describió y diferenció el cuadro clínico provocado por la ingesta del arbusto del capulín tullidor; hizo una descripción de la topografía lesional, particularmente de la espina en el asta anterior, provocada por la porfiria; contribuyó también con estudios de psicofarmacología para el tratamiento de enfermedades mentales. Alfonso Escobar, "Dionisio Nieto y la investigación científica", *Salud Mental*, México, v. XXXI, n. 4, julio-agosto de 2008, p. 332-334.

⁸⁶ Para poder controlar la epidemia, las autoridades de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) pidieron ayuda al Instituto de Asuntos Interamericanos, por lo cual las instituciones sanitarias de Estados Unidos enviaron personal al territorio nacional con la finalidad de repartir sulfas (medicamento a base de azufre para el tratamiento de la meningitis, encefalitis y otros padecimientos) y penicilina, además de acordonar zonas y llevar a cabo medidas profilácticas para evitar que la epidemia se expandiera. AHSSA, FSSA, SSUBSYA, caja 7, exp. 2, f. 3, 17.

⁸⁷ AHSSA, FMG, SADM, caja 8, exp. 1, f. 166.

Se puede ver en la gráfica 1 que éste fue el periodo que más ingresos registró por enfermedades neurológicas. Diversos factores pudieron influir en ello; sin embargo, el más evidente es que el crecimiento poblacional de la capital del país, provocado por la constante migración del campo a la ciudad de México, estuvo directamente relacionado con un aumento en la población manicomial. Este fenómeno provocó no sólo que se propusiera la creación de instituciones alternas a La Castañeda para la asistencia de los enfermos mentales, sino que también se reglamentara de una forma diferente el ingreso de pacientes neurológicos a la institución.

Si en la década anterior los médicos estaban de acuerdo en que La Castañeda era el lugar adecuado para la asistencia de los enfermos neurológicos, en los cuarenta dicha visión dio un giro rotundo. La unión histórica entre neurología y psiquiatría se rompía, pero lo interesante es que la separación no sólo fue influenciada por la evolución de los medios auxiliares en el diagnóstico ni por las incipientes investigaciones científicas, sino que a eso hay que agregarle el problema de la sobrepoblación manicomial. A partir de 1945, en las reuniones del Consejo Psiquiátrico de Toxicomanías e Higiene Mental del Manicomio, se comenzó a discutir la pertinencia de rechazar el internamiento de pacientes neurológicos. La doctora Mathilde Rodríguez Cabo alegaba que el manicomio apenas tenía “capacidad ya excedida para enfermos neuro-psiquiátricos y no deben ser admitidos por ningún motivo los neurológicos”.⁸⁸ De igual manera, el doctor Edmundo Buentello, médico del manicomio, señalaba su “opinión contraria rotundamente a que en el Pabellón Central o en el Manicomio se reciban pacientes exclusivamente neurológicos”.⁸⁹ Pero esta opinión no sólo era compartida por los médicos de la institución, sino también por las autoridades de la SSA. Al respecto, el doctor Manuel Martínez Báez, subsecretario de Asistencia, mencionaba:

La solución más correcta sería establecer un servicio neurológico, que parece absolutamente indispensable, pero que se establezca en otro sitio distinto al Manicomio puesto que sabemos que a este

⁸⁸ AHSSA, *FMG*, SADM, caja 48, exp. 2, f. 50.

⁸⁹ AHSSA, *FMG*, SADM, caja 48, exp. 2, f. 49.

establecimiento no le falta, sino le sobra clientela. No me parece indicado que se reciban en el Pabellón Central a enfermos exclusivamente neurológicos, pero habrá muchos casos de transición que sean al mismo tiempo neuro-psiquiátricos que sí corresponden a dicho servicio.⁹⁰

Por otro lado, el doctor Guevara Oropeza tenía una posición más neutral. Él comentaba:

Son insuficientes los servicios neurológicos que funcionan actualmente en diversos hospitales para las necesidades del país, ya que las consultas externas son sumamente limitadas y los internamientos se encuentran restringidos en atención a que se hace selección especialmente en funciones de problemas neuro-quirúrgicos. Sería conveniente que el Consejo hiciera la sugestión de que se lleve a cabo la creación de un servicio neurológico cuya necesidad es obvia a todas luces. También creo que en el Manicomio deben ser recibidos los enfermos neurológicos que se encuentran en posibilidades de recibir los beneficios de los elementos diagnósticos y terapéutica médica y quirúrgica, eliminando tan sólo a los enfermos neurológicos incurables que pudieran llamarse de asilo, ya que esa institución [...] es el único centro donde estos enfermos pueden acudir.⁹¹

Hay que prestar atención a que la discusión inició dos años después de ser abierto el servicio de neuropsiquiatría y neurocirugía en el Pabellón Central. No obstante, las necesidades del manicomio reclamaban una modificación en los mecanismos de internamiento, ya que dentro de esta dinámica de especialización neurológica La Castañeda se pintaba como una institución sólo para enfermos psiquiátricos, mientras que los neurológicos se quedaban sin un espacio de asistencia. La discusión se extendió por seis meses hasta que se llegó a dos acuerdos: 1. que sólo se recibirían pacientes neurológicos que fueran susceptibles a tratamientos con penicilina; 2. que se crearía una sección para enfermos neurológicos dentro de los muros del manicomio, en los salones posteriores de la planta baja del Pabellón de Psiquiatría

⁹⁰ AHSSA, *FMG*, SADM, caja 48, exp. 2, f. 48.

⁹¹ AHSSA, *FMG*, SADM, caja 48, exp. 2, f. 47.

Infantil (tan pronto como ese local fuera desalojado por los oligofrénicos y seniles que se encontraban ahí), pero dicha sección estaría separada administrativamente de La Castañeda.⁹² El encargado de organizar dicho servicio sería el doctor Mario Fuentes, quien lo inauguró en 1948. En teoría, dicha sección contaría con instrumentos diagnósticos y una sala de neurocirugía, aunque no hay fuentes que confirmen si esta última parte se llevó a cabo.⁹³ Tal situación afectó la gráfica poblacional de pacientes neurológicos. Como se puede ver en la gráfica 1, inmediatamente después del periodo 1945-1949 se observa un descenso evidente y constante de la población que se detuvo hasta 1968, cuando fue clausurado el manicomio. En la siguiente década, esa tendencia se vio alimentada por la creación de nuevos servicios neurológicos en otras dependencias, como se verá más adelante.

Al término de esta década el contexto médico, clínico y científico ya había sufrido una transformación en el terreno de las enfermedades neurológicas. Debido a la llegada de nuevos instrumentos y nuevas técnicas, el diagnóstico auxiliado por instrumentos científicos quedó establecido y esa situación dio paso a una nueva era en la clínica neurológica: la investigación científica. La medicina neurológica se acercó más al área de la investigación y se alejó poco a poco del terreno de la asistencia, lo que la hizo ir de la mano con el hecho de que La Castañeda fuera deslindándose cada vez más de la ciencia neurológica para que dicha disciplina reclamara después su autonomía.

Hacia la investigación y el tratamiento, 1950-1964

Cuando inició la década de los cincuenta la clínica y el tratamiento de las enfermedades neurológicas dieron un giro debido a una acumulación progresiva de conocimientos epistémicos en torno a las neurociencias, motivado además por el desarrollo y mejora de los medios para el diagnóstico y el advenimiento de nuevas

⁹² AHSSA, FMG, SADM, caja 48, exp. 9, f. 81.

⁹³ AHSSA, FMG, SADM, caja 47, exp. 1, f. 23.

técnicas quirúrgicas y psicofarmacológicas. Los catorce años que transcurrieron entre 1950 y 1964 implicaron dos cosas: por un lado, una mayor especialización en la disciplina neurológica gracias a la llegada de médicos que se especializaron en la materia en el extranjero y que aplicaron sus conocimientos en diversas instituciones en el país, con lo que se dio un consecuente avance de los tratamientos; por otro, se dio un proceso de descentralización de la atención a pacientes neurológicos, ya que se diversificaron las instituciones médicas y se abrieron centros de investigación y de asistencia para estos enfermos, lo que causó que la población neurológica disminuyera a partir de 1950 en el Manicomio General, como puede verse en la gráfica 1.

Durante los años de este último periodo se vio una tendencia a separar las disciplinas psiquiátrica y neurológica debido a que esta última poco a poco se especializaba más y los campos de acción se comenzaron a distanciar. Mientras que la psiquiatría se quedaba enfocada en la atención de las enfermedades mentales, la neurología ampliaba su campo; ya no sólo se trataba de buscar el fundamento orgánico de la enfermedad mental, sino que había que conocer la injerencia del sistema nervioso central y periférico en todo el organismo humano.

Si bien el manicomio fue un centro de asistencia importante para enfermos neurológicos antes de 1950, hay que advertir que en diversas instituciones médicas se habían inaugurado servicios de neurocirugía (no tanto de neurología) desde hacía algunos años. El primero del que se tiene conocimiento es el que se abrió en el Hospital General en el año 1938. En el Pabellón 19 de dicho hospital se instaló un servicio para la “atención de los padecimientos quirúrgicos del sistema nervioso”, donde se admitirían pacientes externos y del manicomio.⁹⁴

Así, desde 1940 diversos servicios de neurocirugía comenzaron a funcionar en algunas instituciones médicas: Hospital Juárez, Hospital de La Raza, Hospital de Jesús, Hospital Infantil, Hospital

⁹⁴ Para tal efecto, el responsable del servicio de neurocirugía del Hospital General envió una serie de formas al director del manicomio para que los traslados se hicieran por medio de los procedimientos adecuados. AHSSA, *FMG*, SADM, caja 36, exp. 3, f. 1.

20 de Noviembre, Hospital de Nutrición, el Consultorio 1 de Tacubaya, dependiente de La Castañeda,⁹⁵ aparte del servicio de neurocirugía que se abrió en el manicomio desde 1948. Al mismo tiempo se abrieron centros para la investigación neurológica, como el Laboratorio de Estudios Médicos y Biológicos de la Universidad Nacional (el cual tenía una sección de neuropatología y neuropsiquiatría experimental a cargo de Dionisio Nieto),⁹⁶ o como la Unidad de Investigaciones Cerebrales, de la que se hablará más adelante. Esto ocasionó que los enfermos con trastornos neurológicos fueran llevados a otras instituciones y La Castañeda funcionó más para la asistencia de enfermos neurológicos incurables como los arterioesclerosos y los postencefalíticos muy avanzados.

Particularmente el caso de los enfermos de arterioesclerosis es muy interesante. Mientras que el diagnóstico de encefalitis, enfermedad neurológica más diagnosticada en el manicomio, descendió un 15% en el lapso de 1955-1959 con respecto al periodo anterior; la arterioesclerosis aumentó un 21% en esa misma época y se debió, en cierta medida, a que los nuevos tratamientos para curar los síndromes parkinsonicos (neurocirugía y fármacos, de los que se hablará en un momento) demostraron ser más eficaces, mientras que la arterioesclerosis era fundamentalmente incurable.

Como se ha analizado antes, la enfermedad atacaba principalmente a los adultos mayores. El médico Enrique Divas advertía que una de las manifestaciones más graves de ella era cuando se presentaba en el cerebro, ya que producía, además de disfun-

⁹⁵ El Consultorio 1, abierto en 1950 en Tacubaya, Distrito Federal, fue uno de los primeros consultorios neuropsiquiátricos; era dependiente del presupuesto económico otorgado al manicomio anualmente y fue creado para ofrecer consulta externa para los pacientes que no ameritaran internamiento. Daniel Vicencio, *Operación Castañeda: un intento de reforma asistencial de la psiquiatría en México, 1940-1968*, tesis de maestría en Historia, Universidad Nacional Autónoma de México, 2014, p. 44.

⁹⁶ El 30 de noviembre de 1940 se inauguró en la Universidad Nacional Autónoma de México el Laboratorio de Estudios Médicos y Biológicos (hoy Instituto de Investigaciones Biomédicas). Fue financiado por la Casa de España, la Fundación Rockefeller y la propia universidad y su finalidad fue estimular el desarrollo de la investigación en el campo de las ciencias médicas. Tenía un departamento de Neuropatología, a cargo en un principio de Gonzalo Rodríguez Lafora, un corto tiempo, y después de Dionisio Nieto, quien le anexó la sección de Neuropsiquiatría Experimental. Cristina Sacristán, *op. cit.*, p. 334.

ciones varias, cambios en la conducta humana y en el aparato cognitivo, lo que, aunado a la edad avanzada del enfermo, llevaba a una demencia senil.⁹⁷ El aumento de este tipo de enfermos en La Castañeda no fue casual, ya que, si bien los tratamientos para otras enfermedades del sistema nervioso mejoraban en los años cincuenta y sesenta, la arterioesclerosis quedaba fuera por su naturaleza de ser una enfermedad senil e incurable.⁹⁸

Si en los periodos anteriores la característica había sido la búsqueda de medios auxiliares en el diagnóstico, ahora el rasgo principal fue el paso hacia una medicina de investigación y tratamiento. Si bien en la década de los cuarenta el arribo de los científicos españoles ayudó en cierta medida al desarrollo de las neurociencias y la fisiología cerebral, ésa también fue una década en que los médicos mexicanos comenzaron a salir del país para especializarse en estas disciplinas en el extranjero, particularmente en Estados Unidos, y por dicha razón en los cincuenta y sesenta hay una diversificación en los estudios: la clínica de neurología y la neurocirugía en México. Médicos como Juan Cárdenas y Cárdenas y Manuel Velasco Suárez son ejemplos de esta tendencia.

Juan Cárdenas y Cárdenas⁹⁹ obtuvo una beca en 1943 por parte de la SSA y la Fundación Rockefeller para hacer estudios de especialización en neurocirugía en centros universitarios y hospitalarios de Estados Unidos y Canadá. A su regreso a México

⁹⁷ Enrique Divas, "Colesterolemia y arterioesclerosis", *Gaceta Médica de México*, Academia Nacional de Medicina, México, t. LXXXVII, n. 8, agosto de 1957, p. 570.

⁹⁸ De hecho, en una gráfica estadística que hizo la misma dirección del manicomio no aparecen ya ingresos por trastornos neurológicos hacia 1966; los únicos son los seniles con arterioesclerosis, con 297 ingresos. AHSSA, FMG, SADM, caja 3, exp. 8, f. 115. No obstante, ése es un estudio estadístico que realizaron las autoridades de La Castañeda, por lo que puede variar de la muestra que nosotros tenemos.

⁹⁹ Nació en el año 1911 en la ciudad de México. Estudió en la Escuela Nacional Preparatoria y se recibió de médico cirujano en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional en el año 1937. Desempeñó los cargos de profesor de clínica médica en la Facultad de Medicina, cirujano general en el Hospital de Jesús, médico suplente del Pabellón de Epilépticos del Manicomio General, además de los ya mencionados arriba. "Datos biográficos del Dr. Juan Cárdenas y Cárdenas", *Gaceta Médica de México*, Academia Nacional de Medicina, México, t. LXXX, n. 3 y 4, septiembre-diciembre de 1950, p. 238.



Figura 8. Juan Cárdenas y Cárdenas.
FUENTE: Academia Nacional de Medicina

desempeñó el cargo de neurocirujano en el Hospital General y en el manicomio, además de ser el jefe de consulta de neurología en el Consultorio 1 de Tacubaya. También tuvo el cargo de director de La Castañeda por un breve tiempo a inicios de la década de 1950 y eso implicó que brindara un apoyo importante a las investigaciones en neurociencias llevadas a cabo ahí, principalmente por Dionisio Nieto.

Fue en ese tiempo que se mejoró el servicio de neurocirugía. Además se reorganizó el Laboratorio del Manicomio para realizar mejores diagnósticos y emprender investigaciones en el LCR para combatir el padecimiento de enfermedades neurológicas.¹⁰⁰ Y es que hay que advertir que todavía en el año 1950 el Laboratorio

¹⁰⁰ AHSSA, *FMG*, *SADM*, caja 17, exp. 6, f. 24.

del Manicomio tenía varias deficiencias de las que se quejaba su responsable, Dionisio Nieto, como la falta de materiales y el poco personal técnico.¹⁰¹

Manuel Velasco Suárez,¹⁰² por otro lado, fue una de las figuras más influyentes, no sólo en el desarrollo de la neurología en México, sino de las ciencias neuropsiquiátricas en general. Fue el responsable de la oficina gubernamental encargada de los asuntos que tenían que ver con las políticas de salud pública en el terreno de la psiquiatría y la neurología: la Dirección de Salud Mental de la SSA. Después de graduarse de médico cirujano en 1939, fue a hacer estudios de posgrado en neurología y neurocirugía en la Universidad de Harvard, en Boston, Massachussets, y en la Universidad George Washington entre 1941 y 1943. Tal formación lo convirtió en uno de los médicos especialistas en neurología más preparados en el país, lo que le abrió las puertas para tener cargos públicos concernientes a esta ciencia, además de su íntima amistad con José Álvarez Amézquita, quien fue secretario de Salubridad y Asistencia entre 1958 y 1964. Desde su regreso a México fue profesor de neurología y neurocirugía en la Facultad de Medicina de la UNAM, jefe del servicio de neurocirugía del Hospital Juárez, jefe del Departamento de Asistencia Neuropsiquiátrica y posteriormente director de Salud Mental.¹⁰³ Este último fue uno de sus cargos más significativos ya que era el responsable de todas las políticas relativas a psiquiatría, neurología y salud mental.¹⁰⁴

¹⁰¹ AHSSA, FMG, SADM, caja 42, exp. 7, f. 5.

¹⁰² Nació en 1914 en San Cristóbal de Las Casas, Chiapas. Estudió medicina en la Universidad Nacional. Fue uno de los principales impulsores de la ciencia neurológica en el país e inauguró en 1964 el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, del que se convirtió en su director emérito desde 1976. También, entre 1970 y 1976, fue gobernador constitucional del estado de Chiapas por el Partido Revolucionario Institucional. María del Carmen García Aguilar, *Manuel Velasco Suárez: del gabinete científico al despacho político*, México, Consejo Estatal para la Cultura y las Artes de Chiapas, 2000, p. 21-26.

¹⁰³ Universidad Autónoma de Chiapas, *Semblanza curricular del Dr. Manuel Velasco Suárez*, México, Universidad Autónoma de Chiapas, 1990, p. 8-10.

¹⁰⁴ El Departamento de Asistencia Neuropsiquiátrica fue abierto en 1947 bajo la dirección de Samuel Ramírez Moreno. La finalidad de él era planificar el manejo de los enfermos mentales y crear las bases para una reforma de los sistemas de atención psiquiátrica. A la muerte de su director en 1952, Manuel Velasco Suárez tomó el cargo. En el año 1959, el Departamento fue reorganizado

Cuando tomó el cargo de jefe del Departamento de Asistencia Neuropsiquiátrica, en 1952, consiguió que el presidente en turno, Miguel Alemán Valdés (1946-1952), dictara un decreto presidencial con el que se disponía la creación de un Instituto de Neurología y Neurocirugía dentro del Centro Médico Nacional que se dedicara, principalmente, a la investigación de los padecimientos del sistema nervioso central. No obstante, en ese mismo año el Centro Médico fue vendido por la SSA al Instituto Mexicano del Seguro Social y el proyecto quedó frustrado. Pasados algunos años, Velasco Suárez volvió a presentar un proyecto para la creación de tal institución, y con ayuda de José Álvarez Amézquita se instauró, en 1958, la Unidad de Investigaciones Cerebrales (dentro del mismo Centro Médico), la cual quedó a cargo del neurofisiólogo y colega de Velasco Suárez, Raúl Hernández Peón.¹⁰⁵

La Unidad de Investigaciones Cerebrales fue el antecedente directo del INNN y sus labores, más que ofrecer clínica neurológica (que sí hacía, pero a contados pacientes), estaban dirigidas a la investigación científica. La existencia de ese centro de investigación es importante, ya que junto con el Laboratorio de Estudios Médicos y Biológicos de la Universidad las investigaciones llevadas a cabo en el campo de las neurociencias también se descentralizaron del manicomio y como consecuencia los descubrimientos y avances en neurología se desarrollaron rápidamente. Dentro de la Unidad de Investigaciones Cerebrales, por ejemplo, se hicieron diversos estudios sobre las bases fisiológicas de los neurofármacos y los psicofármacos, se practicaron técnicas neuroquirúrgicas y se lograron innovaciones en los métodos para el diagnóstico.

La psicofarmacología es un punto muy importante en el desarrollo de las neurociencias. Hacia mediados de los cincuenta

y se renombró como Dirección de Neurología, Psiquiatría y Salud Mental, bajo la dirección aún de Velasco Suárez. La dirección se convirtió en el punto de encuentro entre las expectativas de los psiquiatras en torno a la transformación de los métodos de asistencia psiquiátrica y la SSA, que a su vez representaba al Estado. En 1965 se convirtió en la Dirección de Salud Mental. Daniel Vicencio, *op. cit.*, p. 42, 52.

¹⁰⁵ *Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía "Manuel Velasco Suárez". 30 años de historia, 1964-1994*, México, Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, 1994, p. 4.



Figura 9. Manuel Velasco Suárez.
FUENTE: Academia Nacional de Medicina

ocurrió toda una revolución farmacológica que transformó el medio neuropsiquiátrico.¹⁰⁶ El descubrimiento de los medicamentos que atenuaban los síntomas de las enfermedades mentales trajo consigo el desarrollo de nuevas formas de asistir a los enfermos de la mente. El fármaco que trajo una reforma en la asistencia y las terapéuticas psiquiátricas fue la clorpromazina. El activo fue descubierto en Francia en 1952 por el doctor Henri Laborit y fue utilizado para tratar a pacientes esquizofrénicos. Dicho fármaco, extraído de la molécula de la fenotiazina, hacía que redujeran las alucinaciones y los estados de

¹⁰⁶ Aunque no se puede negar que desde tiempo atrás en el manicomio se utilizaron medicamentos como apoyo en el tratamiento o asistencia de los enfermos mentales, la eficacia clínica de ellos era dudosa y servían más como paliativos para reducir los estados de excitación. Daniel Vicencio, *op. cit.*, p. 61. Algunos medicamentos fueron los bromuros y barbitúricos (anticonvulsivos), aceite alcanforado (antiséptico), biyoduro de mercurio, arsfenamina (contra la sífilis), escopolamina (para el mareo), ácido prúsico (tranquilizante). Rafael Huertas, *El siglo de la clínica*, Madrid, Frenia, 2004, p. 248.

excitación en los esquizofrénicos, además que los dejaba soñolientos y tranquilos.¹⁰⁷ Por otro lado, se desarrollaron medicamentos para otras alteraciones mentales y neurológicas como el nitrozepam para la depresión o la psilocibina y la fenilpiperazina para los trastornos del sueño.¹⁰⁸

Es verdad que tales medicamentos suprimían los estados alucinógenos; sin embargo, algunos efectos secundarios eran el encorvamiento de la columna vertebral, dificultad para sentarse, inmovilidad de los brazos al caminar y arrastrar los pies al andar, pero el uso más prolongado de esos psicofármacos provocaba otros efectos más graves como trastornos del sistema circulatorio y desarrollo de síndromes extrapiramidales, como el Parkinson, además de desencadenar estados de angustia.

No obstante, a pesar de conocer los efectos secundarios, la confianza en los psicofármacos fue tan grande que hasta a los enfermos neurológicos con evidentes trastornos de movimiento les eran administrados. Por ejemplo, en enero de 1957 una paciente desconocida llegó encamada con franco estado de corea aguda generalizada de mediana intensidad; cuando se le estimulaba, presentaba movimientos involutivos desordenados en el miembro superior derecho y también tenía movimientos de lateralidad de la cabeza, movimientos de protusión de la boca, además de constantes muecas. Se le diagnosticó Corea de Sydenham y, “al ser el tratamiento más efectivo del que se tiene conocimiento, se le recetó a la enferma Largactil [con ese nombre se comercializó la clorpromazina] en tabletas 3 veces al día”.¹⁰⁹ Tres días después la enferma se encontraba muy grave, en estado estuporoso y con mucha fiebre, razón por la cual los médicos supusieron que su

¹⁰⁷ Cecilio Álamo *et al.*, “Aspectos históricos del descubrimiento y de la introducción clínica de la clorpromazina: medio siglo de psicofarmacología”, *Frenia. Revista de Historia de la Psiquiatría*, Madrid, v. II, t. 1, enero-junio de 2002, p. 83-85; Guillermo Calderón Narváez, “Tratamiento ambulatorio del enfermo esquizofrénico”, *Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría, México, v. X, n. 2, julio-septiembre de 1969, p. 84.

¹⁰⁸ Arturo Fernández Cerdeño *et al.*, “El Instituto Nacional de Neurología. Su estructura, funcionamiento, doctrina y finalidades”, *Salud Pública de México*, Secretaría de Salubridad y Asistencia, México, v. IX, n. 4, julio-agosto de 1967, p. 584.

¹⁰⁹ AHSSA, FMG, SEC, caja 898, exp. 46039, f. 9.

problema era infeccioso o viral y le suministraron antibióticos (penicilina y estreptomina); también se le trató con cortisterol, fenobarbital (anticonvulsivo) y suero glucosado por la deshidratación. Se le diagnosticó meningoencefalitis con manifestaciones coreicas,¹¹⁰ pero la enferma murió una semana después.

La importancia de los psicofármacos, además del tratamiento de las enfermedades mentales, radica también en que poco a poco los científicos del mundo se percataban de que dichos males tenían una génesis orgánica, la cual podía ser atacada por medio de activos químicos. Es decir, los fármacos permitieron asentar una explicación bioquímica del origen de la enfermedad, fuera neurológica o psiquiátrica, lo cual significó un paso gigante en la profesionalización de la neurología como ciencia contemporánea. Según Jean Garrabé el descubrimiento de los psicofármacos constituyó una “verdadera revolución científica en el conocimiento del cerebro humano comparable a la revolución que Koyré califica de copernicana respecto de la del mundo terrestre”.¹¹¹

Fue justamente el doble efecto de la clorpromazina, antipsicótico y parkinsoniano mencionado más arriba, lo que impulsó a que se buscara un medicamento para atacar los síndromes parkinsonianos. En 1957, por ejemplo, el farmacólogo escandinavo Carlsson introdujo la idea de que la dopamina era uno de los principales neurotransmisores del sistema nervioso y que cuando éste se veía afectado por el medicamento antipsicótico provocaba los trastornos de movimiento. Esta situación llevó a descubrir, hacia 1960, que una baja de la dopamina en el cuerpo estriado provocaba Parkinson, por lo que se desarrolló un activo que redujera los trastornos de movimiento provocados por la enfermedad y por otras como la post-encefalitis: la L-Dopa.¹¹² No obstante, no hay registro de que este último fármaco se haya usado en La Castañeda, pero Rodríguez de Romo comenta que, recién creado el INNN, Velasco Suárez realizó cirugías para aplicar L-Dopa en

¹¹⁰ AHSSA, FMG, SEC, caja 898, exp. 46039, f. 12.

¹¹¹ Jean Garrabé, *La noche oscura del ser. Una historia de la esquizofrenia*, México, Fondo de Cultura Económica, 1996, p. 183.

¹¹² *Ibidem*, p. 191.

pacientes con Parkinson, pero esto no fue sino hasta 1964.¹¹³ Particularmente en La Castañeda se utilizaron otros medicamentos para el tratamiento de los trastornos de movimiento, pero no llegaron hasta la década de 1960, algunos años después del auge de los antipsicóticos; es por eso que hacia finales de los cincuenta todavía se les administraban drogas antipsicóticas a los enfermos de corea o postencefalitis, a pesar de los efectos conocidos.

Dos drogas se utilizaron para tratar padecimientos parkinsonianos en el manicomio. Una fue la orfenadrina (comercializada con el nombre de Disipal). Agustín Caso fue el que experimentó con la droga y la utilizó básicamente para tratar enfermos que sufrían los efectos secundarios de los antipsicóticos. Realizó pruebas con 11 pacientes del manicomio y llegó a la conclusión de que la droga, además de segura, era efectiva para los síndromes extrapiramidales. Al concluir su informe afirmó: “de los 11 casos tratados se obtuvieron resultados excelentes en 7, y 4 se consideraron como buenos. Pienso que ahora sí podemos administrar la droga a enfermos con padecimientos del movimiento, parkinsonianos y coreicos de forma generalizada”.¹¹⁴ El otro medicamento fue el fetelinato sódico (conocido como Thiantoin) que en principio se utilizó como anticonvulsivo para tratar la epilepsia jacksoniana, pero después se utilizó en pacientes con corea, “en algunos casos con buenos resultados, pero se necesita más investigación para poder deducir resultados”.¹¹⁵ Se puede ver que los médicos al usar estos fármacos, además de conocer los beneficios en la clínica, mostraban un ánimo por investigar con grupos de enfermos determinados la pertinencia de usarlos.¹¹⁶ Era una medicina que tendía a la investigación.

¹¹³ Ana Cecilia Rodríguez de Romo y Jourdain Israel Hernández-Cruz, *op. cit.*, p. 123-124.

¹¹⁴ AHSSA, FMG, SADM, caja 31, exp. 1, f. 55-57.

¹¹⁵ AHSSA, FMG, SADM, caja 33, exp. 8, f. 4.

¹¹⁶ También en el manicomio se investigó, por ejemplo, con medicamentos antipsicóticos derivados de la fenotiazina como la perfenazina, trifluorperazina, el nitomán y más tarde la flufenazina. Gonzalo Aguilera *et al.*, “Informe preliminar sobre el empleo de la flufenazina en las psicosis”, *Neurología-Neurocirugía-Psiquiatría*, Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría, México, v. II, n. 3, 1961, p. 110-111.

Por otro lado, en la Unidad de Investigaciones Cerebrales también se realizaron estudios con psicofármacos.¹¹⁷ En el año 1962 llegó al mercado mexicano otra droga con la que comenzaron a experimentar en la Unidad: el RO 5-2807, mejor conocido como Valium. Ese medicamento se comenzó a utilizar para tratar los trastornos de movimiento y la espasticidad.¹¹⁸ Antes de iniciar los experimentos con personas, en la Unidad de Investigaciones Cerebrales se utilizaron ratones y gatos para ver si no existían efectos secundarios. Después, eligieron a 48 pacientes de diversas instituciones médicas con cuadros neurológicos motores. Dentro de los casos había pacientes con parálisis cerebral infantil, hemiplejias, parálisis facial, secuelas de accidente cerebrovascular, lesiones degenerativas, Parkinson y secuelas de encefalitis. Llegaron a la conclusión de que, a pesar de que no existía una dosis fija y un tiempo definido para tomar el medicamento, los trastornos de movimiento, las parálisis, la rigidez y las contracciones se veían disminuidos con dicha droga.¹¹⁹

Raúl Hernández Peón y dos colaboradores realizaron también estudios con Valium en enfermos con trastornos motores. La diferencia es que utilizaron aparatos diagnósticos para corroborar los resultados, particularmente el electromiógrafo (aparato que mide los impulsos eléctricos de los músculos) y el EEG (véanse figuras 10 y 11). En un estudio de 11 casos clínicos mostraron que el Valium no sólo funcionaba para reducir los movimientos involuntarios, sino también para atacar los accesos convulsivos, por lo que lo recomendaban para el tratamiento de la epilepsia.¹²⁰

¹¹⁷ Raúl Hernández Peón, “Las bases fisiológicas de la neurofarmacología”, *Neurología-Neurocirugía-Psiquiatría*, Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría, México, v. III, n. 4, 1962, p. 131-132.

¹¹⁸ Miguel Ramos Murguía y Fernando Rueda Franco, “Tratamiento de la espasticidad con Valium”, *Neurología-Neurocirugía-Psiquiatría*, Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría, México, v. III, n. 4, 1962, p. 216.

¹¹⁹ Miguel Ramos Murguía y Fernando Rueda Franco, “El Valium (RO 5-2807) en el tratamiento de la espasticidad, movimiento y rigidez extrapiramidal y espasmo”, *Neurología-Neurocirugía-Psiquiatría*, Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría, México, v. III, n. 1, 1962, p. 21-23.

¹²⁰ Raúl Hernández Peón *et al.*, “Estudio clínico, electromiográfico y electroencefalográfico sobre las acciones relajante y anticonvulsiva del RO 5-2807”,

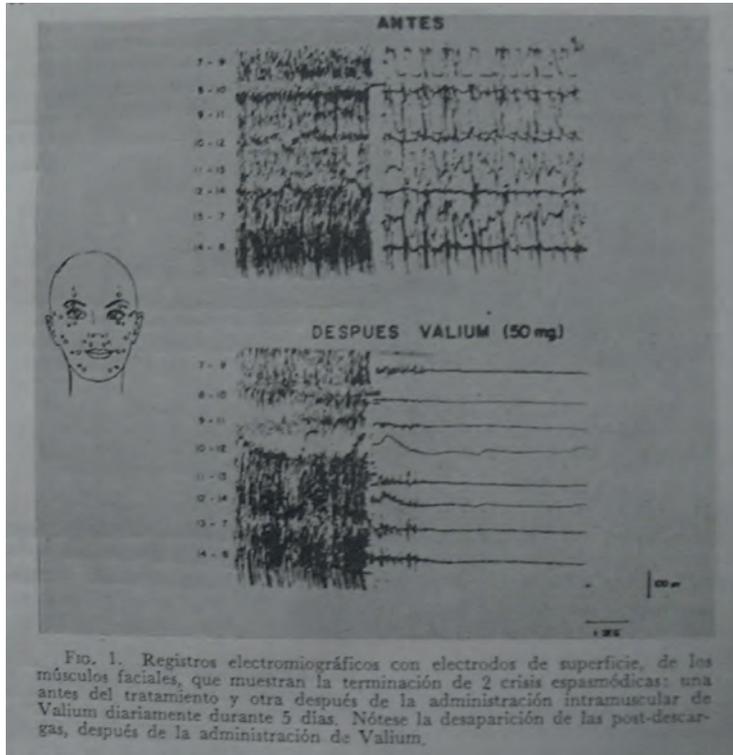


FIG. 1. Registros electromiográficos con electrodos de superficie, de los músculos faciales, que muestran la terminación de 2 crisis espasmódicas: una antes del tratamiento y otra después de la administración intramuscular de Valium diariamente durante 5 días. Nótese la desaparición de las post-descargas, después de la administración de Valium.

Figura 10. Registro electromiográfico de paciente con trastornos motores tratado con Valium. FUENTE: Raúl Hernández Peón *et al.*, "Estudio clínico, electromiográfico y electroencefalográfico sobre las acciones relajante y anticonvulsiva del RO 5-2807", *Neurología-Neurocirugía-Psiquiatría*, Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría, México, v. III, n. 4, 1962, p. 175

Como se puede ver en las imágenes, los instrumentos científicos tomaron importancia ya no sólo como medios auxiliares en el diagnóstico, sino también como herramientas para la investigación. Es decir, se puede pensar que el avance de los instrumentos se vio reflejado también cuando comenzaron a ser utilizados en la experimentación científica y la corroboración de resultados. En este último periodo los instrumentos tuvieron un desarrollo

Neurología-Neurocirugía-Psiquiatría, Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría, México, v. III, n. 4, 1962, p. 182-183.

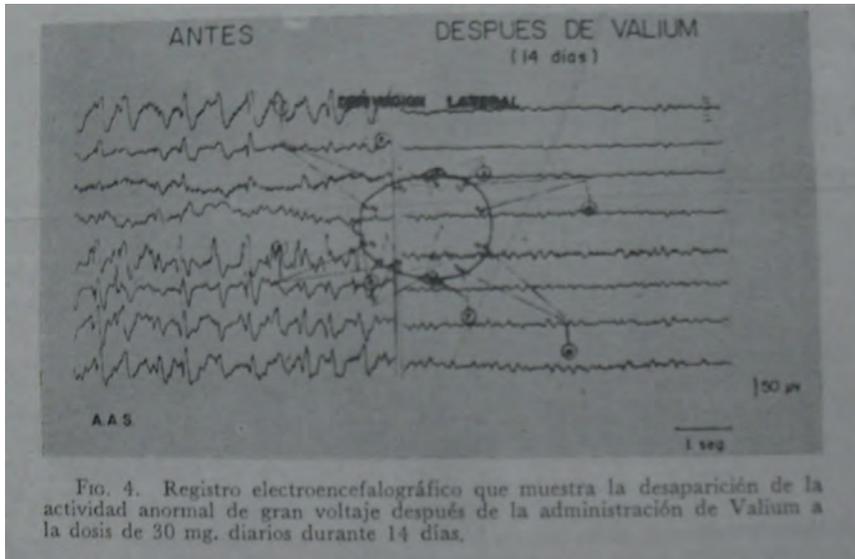


Figura 11. Registro electroencefalográfico a paciente con trastornos motores tratado con Valium. FUENTE: Raúl Hernández Peón *et al.*, “Estudio clínico, electromiográfico y electroencefalográfico sobre las acciones relajante y anticonvulsiva del RO 5-2807”, *Neurología-Neurocirugía-Psiquiatría*, Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría, México, v. III, n. 4, 1962, p. 178

importante, aunque más en otras instituciones que en el manicomio. El médico José Humberto Mateos, neurólogo y neurocirujano del Hospital General, reprodujo estudios realizados en el Instituto de Salud de Bethesda, Estados Unidos, sobre las reacciones químicas del LCR; corroboró que en pacientes con tumores cerebrales, crisis convulsivas y padecimientos degenerativos, la transaminasa (enzima) y la deshidrogenasa láctica (ácido láctico) se elevan y gracias a ello se podían establecer cuadros de diagnóstico neurológico.¹²¹

Estos exámenes difícilmente pudieron realizarse en el Manicomio General debido a que la situación precaria del laboratorio fue una constante a lo largo de su existencia. En 1963 el director

¹²¹ José Humberto Mateos, “Recientes adelantos en el diagnóstico neurológico”, *Neurología-Neurocirugía-Psiquiatría*, Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría, México, v. I, n. 3, mayo de 1960, p. 57-58.

del manicomio se quejaba de la falta de personal que sufría el laboratorio de La Castañeda: “en la actualidad el laboratorio únicamente cuenta con un médico que se limita a efectuar las biometrías hemáticas, tres auxiliares de laboratorio habilitados y una enfermera”.¹²²

Más aún: en 1966 el responsable del laboratorio alegaba que los pedidos de material no se surtían de forma adecuada y mencionaba que se corría el peligro de suspender el servicio.¹²³ Se puede ver que en el manicomio no existían los medios materiales para llevar a cabo las investigaciones y pruebas que la ciencia neurológica requería y que, en su lugar, se desarrollaban fuera de dicha institución. Una prueba más de la descentralización de las actividades científicas.

Por otro lado, los estudios electroencefalográficos también se desarrollaban rápidamente. El médico José Humberto Mateos mencionaba que a lo largo de la década de 1950 se habían realizado 4098 electroencefalogramas en el Hospital General, con los cuales hizo estudios comparativos.¹²⁴ Por otro lado, el doctor Julio Hernández Peniche (médico del manicomio y electroencefalografista del Hospital de La Raza) también realizó estudios con grupos de control sobre los beneficios de la electroencefalografía en el diagnóstico y el tratamiento de los tumores intracraneales.¹²⁵

Con respecto al manicomio, los estudios electroencefalográficos realizados aumentaron año con año. Después de que el EEG permaneció para el servicio de los mismos internos de La Castañeda, en 1952 se inauguró el Departamento de Electroencefalografía en el Pabellón Central, que además sirvió para la consulta externa y para enfermos procedentes de otras instituciones hospitalarias. Para ese efecto se compró un EEG marca Kelly Koett de ocho canales. Dicho departamento funcionó lunes, miércoles

¹²² AHSSA, FMG, SADM, caja 42, exp. 7, f. 39-40.

¹²³ AHSSA, FMG, SADM, caja 42, exp. 7, f. 92.

¹²⁴ José Humberto Mateos, “Evaluación de los estudios de gabinete en el diagnóstico neurológico”, *Neurología-Neurocirugía-Psiquiatría*, Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría, México, v. I, n. 2, febrero de 1960, p. 86.

¹²⁵ Julio Hernández Peniche *et al.*, “El electroencefalograma en los tumores intracraneales supratentoriales”, *Neurología-Neurocirugía-Psiquiatría*, Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría, México, v. II, n. 1, 1961, p. 37-41.

y viernes, de 9 a 14 horas.¹²⁶ Si bien para los internos del manicomio el electroencefalograma era gratuito, el elevado costo del estudio obligó a las autoridades de La Castañeda a cobrarlo para los externos: la cuota era de 60 pesos para el público en general y 30 pesos para otras dependencias, ya que el mantenimiento del aparato se pagaba con lo recaudado en el cobro.¹²⁷

Desde 1956 el EEG comenzó a fallar, por lo que la dirección del manicomio pidió la compra de otro aparato. La SSA no aceptó liberar el dinero para esto y en 1959 el aparato se descompuso definitivamente. De tal manera, las autoridades de La Castañeda se vieron en la necesidad de enviar a los pacientes a realizarse el estudio en otras dependencias como el Hospital Juárez y el Hospital General. El manicomio estuvo casi tres años sin servicio de electroencefalografía, no sin quejas de los médicos psiquiatras,¹²⁸ hasta que en 1961, cuando la secretaría aumentó el presupuesto brindado a La Castañeda, se compró un nuevo EEG marca Reega de ocho canales.¹²⁹ Cabe aclarar que la cantidad de electroencefalogramas realizados en el manicomio creció con el paso de los años, conforme a las necesidades clínicas y la especialización de los diagnósticos neurológicos. En diversos estudios cuantitativos hechos por las autoridades de La Castañeda se mostró que en el periodo de 1952 a 1958 se realizó un promedio de 36 electroencefalogramas por año, mientras que a partir de 1961 el número aumentó a 303 por año.

También los métodos radiográficos tuvieron una diversificación importante. Además de la ventriculografía y la encefalografía de los cuarenta, se agregaron al arsenal radiológico la radiografía estereoscópica, la neumoencefalografía, la tomografía, la angiografía

¹²⁶ AHSSA, *FMG*, *SADM*, caja 48, exp. 9, f. 108-110.

¹²⁷ AHSSA, *FMG*, *SADM*, caja 48, exp. 9, f. 130.

¹²⁸ De hecho, diversos médicos del manicomio enviaron un oficio en conjunto al director de la institución que decía: “suplicamos a usted de la manera más atenta se sirva a hacer las gestiones necesarias para obtener de las autoridades de la SSA que el servicio de electroencefalografía vuelva a trabajar, ya que nos son indispensables los registros para poder desarrollar nuestro trabajo en forma científica y moderna”. AHSSA, *FMG*, *SADM*, caja 57, exp. 6, f. 1.

¹²⁹ AHSSA, *FMG*, *SADM*, caja 3, exp. 8, f. 97.

cerebral, la mielografía y la electromiografía.¹³⁰ Estas nuevas técnicas denotaron innovaciones en los estudios radiográficos y permitieron hacer diagnósticos más certeros para poder diferenciar así, por ejemplo, entre calcificaciones normales, tumores cerebrales y quistes cisticercosos.¹³¹ Aunque las innovaciones en las técnicas radiológicas se llevaron a cabo en otras instituciones médicas, como el Hospital 20 de Noviembre o el Hospital General, en el manicomio también se mejoró el servicio de radiología. Desde 1954 el doctor Eutimio Calzado Buentello propuso un proyecto para la creación de una Unidad de Radiología anexa al Pabellón de Cirugía del manicomio. El proyecto no se llevó a cabo como lo planteó el médico, pero sí se mejoró el servicio de radiología del manicomio, al menos hasta 1963, cuando se repararon dos aparatos de rayos X y se compró uno nuevo.¹³²

Estas técnicas auxiliares en el diagnóstico sirvieron, como se ha mencionado, también para la investigación, pero además para otra actividad que fue de suma importancia en este último periodo: la neurocirugía. Si bien las intervenciones al cerebro se habían realizado desde años atrás, la unión entre neurología y neurocirugía fue más bien tardía en México. El médico Hernando Guzmán West afirmaba que “en un principio la neurocirugía no fue más que el audaz intento de resolver algunos problemas que se presentaban a los neurólogos, pero pronto se convirtió en toda una especialidad que habría de dar nuevos bríos

¹³⁰ La radiografía estereoscópica ofrece imágenes en tercera dimensión que permiten ver mejor las anomalías en el interior del paciente; la tomografía es una técnica radiológica que sirve para ver secciones particulares del interior del individuo; la neuromoencefalografía es una técnica mejorada de la encefalografía común que permite ver los ventrículos cerebrales y el espacio sub-aracnoideo; la angiografía permite ver las venas y las arterias y es eficaz para el diagnóstico de accidentes cerebro-vasculares; la mielografía permite ver la médula espinal y sus raíces nerviosas; la electromiografía sirve para medir la actividad eléctrica en las fibras musculares. Hernando Guzmán West, “Avances en neurocirugía. Avances en el diagnóstico”, *Gaceta Médica de México*, Academia Nacional de Medicina, México, t. XCIII, n. 7, julio de 1963, p. 581-584.

¹³¹ Juan Cárdenas y Cárdenas, “Valor radiológico e interpretaciones de las calcificaciones intracraneales para el diagnóstico neuroquirúrgico”, *Gaceta Médica de México*, Academia Nacional de Medicina, México, t. LXXX, n. 3 y 4, septiembre-diciembre de 1950, p. 239-272.

¹³² AHSSA, *FMG*, *SADM*, caja 3, exp. 8, f. 97.

a las investigaciones”.¹³³ Mientras que la neurocirugía era una técnica para el tratamiento de algunas enfermedades, la neurología era una disciplina científica que tendía más a la investigación, y de hecho así estuvo concebida cuando se creó el INNN. Cuando empezó a especializarse la actividad científica neurológica, la neurocirugía tomó partido como una de las actividades más eficaces en el tratamiento y fue así como ambas comenzaron a compartir el terreno en la clínica.

La neurocirugía es un tema demasiado amplio y no puede ser analizado de lleno aquí. Existieron técnicas quirúrgicas para tratar enfermedades mentales, sobre todo la esquizofrenia, por medio de lobotomías y otras psicocirugías; sin embargo, lo que se pretende observar es la neurocirugía desde el ámbito de las enfermedades neurológicas. Juan Cárdenas y Cárdenas fue uno de los primeros que hizo investigación y neurocirugías experimentales para tratar el Parkinson en 1955. Al seguir las ideas del estadounidense Cooper y del argentino Fairman, realizó neurocirugías a 11 pacientes provenientes del manicomio, del Hospital General y del Hospital de Tepexpan para incurables. Según la teoría de Cooper, algunas manifestaciones del Parkinson se debían a un daño en la arteria coroidea anterior; por lo tanto había que cerrar dicha arteria. Por otro lado, Fairman afirmaba que la inyección de alcohol absoluto en el *globus pallidus* (uno de los tres núcleos que forman los núcleos basales) detenía los movimientos involuntarios. Cárdenas realizó cinco cirugías de ligadura de arteria coroidea y seis de alcoholización del *globus pallidus*. El médico mexicano concluyó que los resultados variaban según la persona a la que se le realizara la operación, aunque en algunos casos obtuvo resultados muy buenos, sobre todo en los pacientes jóvenes, misma conclusión a la que había llegado Cooper.¹³⁴ Es interesante observar, por cierto,

¹³³ Hernando Guzmán West, “Neurocirugía, conciencia y localización cerebral”, *Gaceta Médica de México*, Academia Nacional de Medicina, México, t. XCII, n. 3, marzo de 1962, p. 217.

¹³⁴ Juan Cárdenas y Cárdenas, “Nota preliminar sobre el resultado del tratamiento quirúrgico del parkinsonismo”, *Gaceta Médica de México*, Academia Nacional de Medicina, México, t. LXXXV, n. 6, octubre-diciembre de 1955, p. 706-710.

que Cooper publicó su trabajo sobre este procedimiento neuroquirúrgico en 1954, apenas un año antes de que Cárdenas hiciera sus primeras operaciones;¹³⁵ ello habla de la rápida recepción en México de los adelantos en la época sobre neurología y neurocirugía.

Manuel Velasco Suárez también realizó neurocirugías a pacientes con algún síndrome extrapiramidal en 1960. Se había familiarizado con las psicocirugías y las neurocirugías estereotáxicas¹³⁶ desde que fue a especializarse en Estados Unidos. Según él, los desórdenes de movimiento eran la manifestación más importante de los procesos patológicos de los ganglios basales y eran una de las características más importantes de las enfermedades neurológicas. Para dicho médico, gracias las investigaciones hechas en el extranjero, se sabía que el *globus pallidus* (como ya había afirmado Cárdenas) y el núcleo ventrolateral del tálamo eran las estructuras facilitadoras de los desórdenes del movimiento. La idea era hacer secciones quirúrgicas en el *globus* y luego producir lesiones ventrolaterales. Para ello, él y algunos colaboradores construyeron una herramienta quirúrgica que nombró Palidótomo “Manuel Velasco Suárez”¹³⁷ (figura 12). Mediante tal técnica operó a 34 enfermos, de los cuales obtuvo resultados satisfactorios en 32, pues dos personas murieron después de la operación.¹³⁸ Posteriormente mejoró su técnica y realizó otras operaciones en el recién inaugurado INNN.

Se han puesto estos dos ejemplos debido a que en ellos se dio un tratamiento quirúrgico a enfermedades que se manifestaban por trastornos de movimiento que son, como se ha dicho antes, lo que caracterizamos como más representativo de las enfermedades neurológicas. No obstante, hay que advertir que en este periodo los movimientos involuntarios, parálisis y temblores ya no eran el único signo de los trastornos neurológicos debido a que

¹³⁵ Ana Cecilia Rodríguez de Romo y Jourdain Israel Hernández-Cruz, *op. cit.*, p. 125.

¹³⁶ La estereotaxia es un procedimiento quirúrgico mínimamente invasivo de una determinada estructura encefálica. *Ibidem*.

¹³⁷ Manuel Velasco Suárez, “Palido-talamotomía en el tratamiento de las disquinesias”, *Gaceta Médica de México*, Academia Nacional de Medicina, México, t. CX, n. 12, diciembre de 1960, p. 1010.

¹³⁸ *Ibidem*, p. 1016.

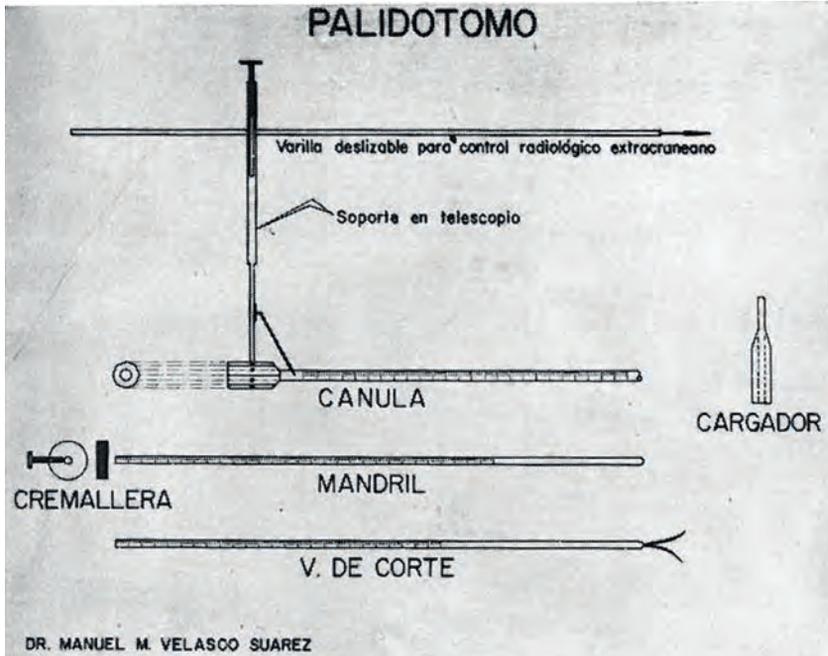


Figura 12. Palidotomo “Manuel Velasco Suárez”. FUENTE: Manuel Velasco Suárez, “Palido-talamotomía en el tratamiento de las disquinesias”, *Gaceta Médica de México*, Academia Nacional de Medicina, México, t. CX, n. 12, diciembre de 1960, p. 1010

el avance de la ciencia neurológica y la neurocirugía se dio de forma acelerada. Cabe mencionar también que las técnicas neuroquirúrgicas no sólo eran practicadas para los pacientes con problemas de movilidad; otros padecimientos eran también tratados y hasta diagnosticados mediante la neurocirugía: tumores cerebrales, hidrocefalia, abscesos cerebrales, traumas craneoencefálicos, adenomas, neuralgias, epilepsias focales, además de la psicocirugía para tratar desórdenes de conducta.¹³⁹ Así, gracias a estas técnicas se comenzó a separar el conocimiento del sistema nervioso con respecto del psiquiátrico, proceso que se vio

¹³⁹ Manuel Velasco Suárez, “Avances substanciales en neurocirugía. Manejo del paciente neuroquirúrgico”, *Gaceta Médica de México*, Academia Nacional de Medicina, México, t. CXII, n. 7, julio de 1963, p. 585-601.

formalizado con la construcción del INNN en el año 1964,¹⁴⁰ de la mano de Manuel Velasco Suárez, cuando fue director de Salud Mental. Fue así, con la creación del instituto, que la neurología se independizó por completo de la psiquiatría para realizar actividades distintas que ya no estaban ligadas a la práctica clínica del Manicomio General, el cual, hay que advertirlo, cerró sus puertas pocos años después, en 1968.

Conclusiones

En 1969, en un editorial de la revista *Neurología, Neurocirugía, Psiquiatría*, se citaban las palabras que unos años antes había escrito el médico francés Jean Delay en una revista de su país donde comentaba la necesidad de separar la psiquiatría de la neurología. Dicho editorial mencionaba que “desde el siglo [XIX] la enseñanza de la neurología y la psiquiatría se había venido haciendo en la misma cátedra en todos los países [...] y después de una unión relativamente apacible con los psiquiatras, los neurólogos reclamaban el divorcio a grandes gritos”.¹⁴¹ La psiquiatría y la neurología habían estado unidas bajo el nombre de neuropsiquiatría desde hacía muchos años y en México no ocurrió una excepción. Los psiquiatras mexicanos comprendían que en cierta medida los trastornos mentales podían tener una base orgánica, aunque por diversos motivos, ya fuera la dificultad para el diagnóstico, la ausencia de fármacos eficientes o las pocas opciones terapéuticas, la disciplina neuropsiquiátrica se había dedicado a

¹⁴⁰ Fue integrado por cuatro unidades fundamentales: hospitalaria, de investigaciones cerebrales, granja-hospital y psicotecnia; además ofrecería servicios de docencia e investigación en todos los niveles de la neurología y la neurocirugía. Las finalidades del Instituto fueron ofrecer los medios necesarios y especializados para la superación del trabajo neurológico, la atención médico quirúrgica del sistema nervioso, la enseñanza y la docencia de los conocimientos neurológicos, la investigación científica y la difusión de los avances científicos. Arturo Fernández Cerdeño *et al.*, *op. cit.*, p. 571-574.

¹⁴¹ Jean Delay, “El problema de las relaciones entre neurología y psiquiatría”, *Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría, México, v. X, n. 3, julio-septiembre de 1969, p. 175.

la labor asistencial antes que a la científica, por lo menos en los primeros años de la profesionalización psiquiátrica.

Debido a esta unión que era mundialmente aceptada todavía en la primera mitad del siglo XX, el Manicomio General La Castañeda fue casi la única institución a nivel nacional encargada de la asistencia tanto de los enfermos mentales como de los enfermos neurológicos. Si bien a partir de 1940 se comenzaron a abrir departamentos de neurocirugía y de investigación neurológica, no fue hasta que en el contexto del cierre del manicomio (proceso conocido como “Operación Castañeda” que se llevó a cabo entre 1965 y 1968) se propuso la creación de una institución especializada meramente en las enfermedades y la investigación neurológica.

Se han propuesto tres periodos por los cuales la clínica neurológica avanzó no sólo en el manicomio sino en otras instituciones: desde los problemas para hacer diagnósticos, la llegada de instrumentos científicos, hasta la investigación y el tratamiento (neurocirugía y fármacos). Dentro de estos periodos se puede ver que, aunque la cantidad de población neurológica era relativamente poca, no dejó de ser un problema para la actividad clínica de los médicos de La Castañeda. Así, la novedad del trabajo parte no sólo de los problemas clínicos referentes a este tipo de enfermedades, sino también de los obstáculos y avances de una ciencia que se desarrolló a la par de la psiquiatría y que en cierto momento histórico obtuvo su “independencia”. Pero esto únicamente puede ser comprendido a partir del papel que desempeñó el manicomio en dicha especialización científica, el cual poco a poco dejó de recibir pacientes neurológicos hasta que se construyó una institución específica para cubrir las necesidades de dichos pacientes.

El 28 de febrero de 1964 se inauguró el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía y su principal objetivo fue la atención de enfermedades neurológicas, no tanto psiquiátricas, que requirieran gran actividad quirúrgica y farmacológica.¹⁴² Así, la

¹⁴² Secretaría de Salubridad y Asistencia, “Instituto Nacional para las Enfermedades Nerviosas”, *Salud Pública de México*, Secretaría de Salubridad y Asistencia, México, v. VI, n. 5, septiembre-octubre de 1964, p. 757.



investigación fue presentada como el gran aporte de la nueva institución con la cual se podrían tratar la “epilepsia, los temblores y los grandes trastornos de movimiento”,¹⁴³ que era lo que definía en gran medida a las enfermedades nerviosas, como se ha visto. La creación de esa institución implicó el fin de un proceso de profesionalización e institucionalización de una ciencia que históricamente había estado ligada a la psiquiatría en nuestro país.

¹⁴³ *Ibidem.*