

José Antonio Maya González

“Epilepsia”

p. 281-322

***Los pacientes del Manicomio La Castañeda y sus diagnósticos  
Una historia de la clínica psiquiátrica en México, 1910-1968***

Andrés Ríos Molina (coordinación)

México

Universidad Nacional Autónoma de México

Instituto de Investigaciones Históricas/

Instituto de Investigaciones Dr. José María Luis Mora

2017

452 p.

Imágenes, Figuras, Cuadros y Gráficas

(Serie Historia Moderna y Contemporánea 72)

ISBN 978-607-02-9714-4 (UNAM)

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

Formato: PDF

Publicado en línea: 29 de junio de 2018

Disponible en:

[http://www.historicas.unam.mx/publicaciones/publicadigital/libros/687/pacientes\\_manicomio.html](http://www.historicas.unam.mx/publicaciones/publicadigital/libros/687/pacientes_manicomio.html)



INSTITUTO  
DE INVESTIGACIONES  
HISTÓRICAS

DR © 2018, Universidad Nacional Autónoma de México-Instituto de Investigaciones Históricas. Se autoriza la reproducción sin fines lucrativos, siempre y cuando no se mutile o altere; se debe citar la fuente completa y su dirección electrónica. De otra forma, se requiere permiso previo por escrito de la institución. Dirección: Circuito Mtro. Mario de la Cueva s/n, Ciudad Universitaria, Coyoacán, 04510. Ciudad de México



## EPILEPSIA

JOSÉ ANTONIO MAYA GONZÁLEZ  
Universidad Nacional Autónoma de México  
Facultad de Filosofía y Letras

### *Introducción*

La epilepsia es una enfermedad que se conoce desde la Antigüedad, pero en la segunda mitad del siglo XIX cobró relevancia clínica gracias al surgimiento de nuevos referentes teóricos basados en el estudio del sistema nervioso. Este proceso implicó la inserción de la perspectiva anatomopatológica en el campo de la medicina mental, la cual proclamaba la relación entre lesión anatómica y función intelectual. Por esta razón, la localización de la lesión cerebral determinó en gran medida la orientación biológica de la clínica de la epilepsia en la centuria decimonónica.<sup>1</sup> Desde finales del siglo XIX hasta 1930 —año en que se publicaron los primeros trabajos sobre electroencefalogramas en Alemania y Estados Unidos—, las convulsiones y la pérdida del conocimiento eran las características generales que definían la enfermedad, la cual había sido catalogada dentro del amplio repertorio de las neurosis.<sup>2</sup> La historiografía psiquiátrica ha mostrado que la epilepsia como diagnóstico específico puso en tensión

<sup>1</sup> Para una historia general de la epilepsia, véase el clásico estudio de Owsei Temkin, *The Falling Sickness: A History of Epilepsy from the Greeks to the Beginnings of Modern Neurology*, Baltimore, Johns Hopkins University Press, 1994; también está el trabajo colectivo de Emmanouil Magiorkinis, Kalliopi Sidiropoulou y Aristidis Diamantis, “Hallmarks in the History of Epilepsy: From Antiquity Till the Twentieth Century. Novel Aspects on Epilepsy”, prof. Humberto Foyaca-Sibat (ed), ISBN: [en línea]. Disponible en: [web:http://cdn.intechopen.com/pdfs/21744/InTechHallmarks\\_in\\_the\\_history\\_of\\_epilepsy\\_from\\_antiquity\\_till\\_the\\_twentieth\\_century.pdf](http://cdn.intechopen.com/pdfs/21744/InTechHallmarks_in_the_history_of_epilepsy_from_antiquity_till_the_twentieth_century.pdf). [consultado el 20/11/2014].

<sup>2</sup> Jean Bancaud, “La epilepsia antes del descubrimiento del electroencefalograma”, en Jacques Postel y Claude Quételet (coords.), *Nueva historia de la*



Figura 1. Enferma epiléptica.

FUENTE: SINAFO-INAH, n. de referencia 462141

los campos de la psiquiatría y la neurología porque, a pesar de que se la consideraba una “enfermedad neurológica”, siempre estuvo bordeando el campo de los alienistas por los trastornos mentales que presentaba.<sup>3</sup> En este contexto, los alienistas eran identificados con el trabajo en los manicomios; un neurólogo, en cambio, era un especialista de los nervios formado en patología general y medicina interna.<sup>4</sup> Durante el último tercio del siglo XIX,

*psiquiatría*, México, Fondo de Cultura Económica, 2000, p. 248; Oliver Sacks, *Alucinaciones*, Barcelona, Anagrama, 2013.

<sup>3</sup> Germán Berrios, “Epilepsia e insanidade no início do século XIX: história conceitual”, *Revista Latinoamericana de Psicopatología Fundamental*, São Paulo, v. XV, n. 4, p. 909; Michel Foucault, *El poder psiquiátrico*, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica, 2005, p. 227; Rafael Huertas, *El siglo de la clínica. Para una teoría de práctica psiquiátrica*, Madrid, Frenia, 2004, p. 165; Germán Berrios, “Epilepsia. Sección clínica”, en Germán Berrios y Roy Porter (eds.), *Una historia de la psiquiatría clínica*, Madrid, Triacastela, 2012, p.187.

<sup>4</sup> Edward Shorter, *Historia de la psiquiatría. Desde la época del manicomio a la era de la fluoxetina*, Barcelona, J&C. Ediciones Médicas, 1999, p. 136.

los alienistas consideraban la psiquiatría como una rama de la neurología. Según Paul Bercherie, para los alienistas del otro fin de siglo el modelo neurológico era tanto un “pariente pobre” debido a las dificultades para constatar el fundamento anatomopatológico, pues, como un “pariente rico”, se ocupaba de las funciones complejas y apasionantes del sistema nervioso.<sup>5</sup> En resumen, desde finales del siglo XVIII, y concretamente en el siglo XIX, la medicina psiquiátrica y neurológica tenía cierta claridad de que la epilepsia era una enfermedad biológica con secuelas psíquicas.

Ahora bien, para el caso mexicano se ha mostrado que durante el México finisecular no existían psiquiatras propiamente dichos, sino médicos generales que mostraban interés por las cuestiones mentales, los cuales libraron incontables batallas político-administrativas con el objetivo de alcanzar legitimidad como expertos en la enfermedad mental y, consecuentemente, profesionalizarse en el campo de la psiquiatría hasta mediados del siglo XX.<sup>6</sup> Desde el periodo conocido como Porfiriato (1876-1911), los médicos capitalinos no contaban con textos rectores sobre enfermedades mentales, incluidas las nerviosas, aunque sabemos que fueron asiduos lectores del alienismo francés. Los galenos procuraban en todo momento relacionar las convulsiones con trastornos mentales, razón por la cual reconocieron en el epiléptico a un ser inmoral, violento y sospechoso de portar signos de degeneración que atentaban contra la sociedad.<sup>7</sup> Con la fundación de La Castañeda en 1910 se abrió un espacio de confinamiento, atención y estudio de los epilépticos que merecían el encierro psiquiátrico, procesos clínicos e institucionales que

<sup>5</sup> Paul Bercherie, *Los fundamentos de la clínica. Historia y estructura del saber psiquiátrico*, Buenos Aires, Manantial, 2014, p. 87.

<sup>6</sup> Estas investigaciones han sido realizadas por Cristina Sacristán: “Ser o no ser modernos. La salud mental en manos del Estado mexicano, 1861-1968”, *España Plural*, Centro de Ciências Humanas, Educação e Letras, Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Marechal Cândido Rondon, v. X, n. 22, 2010, p. 11-23; “La contribución de La Castañeda a la profesionalización de la psiquiatría Mexicana”, *Salud Mental*, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, México, v. XXXIII, 2010, p. 473-480.

<sup>7</sup> Andrés Ríos Molina, *La locura durante la Revolución Mexicana. Los primeros años del Manicomio General La Castañeda, 1910-1920*, México, El Colegio de México, 2009, p. 72.

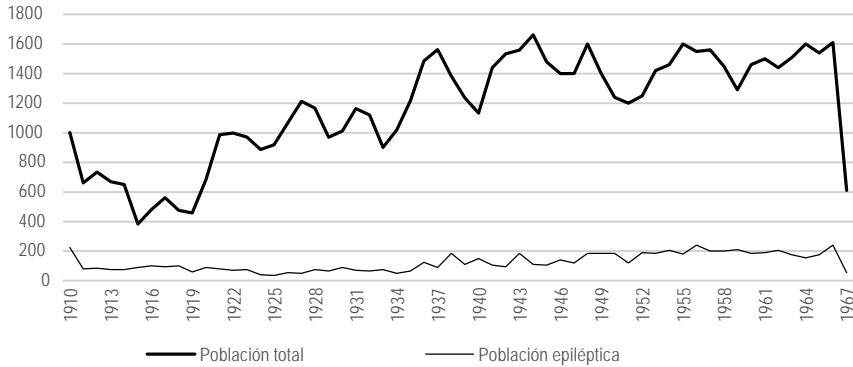
hasta ahora no han sido atendidos por la historiografía nacional. Carecemos de estudios demográficos sobre los pacientes epilépticos que vivieron a lo largo de 58 años de funcionamiento institucional;<sup>8</sup> en consecuencia, el presente trabajo pretende reconstruir una mirada cuantitativa de los epilépticos en situación de encierro.

El objetivo central de este apartado es el estudio sociodemográfico de la población con diagnóstico de epilepsia y el análisis de las prácticas clínicas realizadas en el Manicomio General. Nos interesa examinar las características sociales de los pacientes así como las respuestas terapéuticas en torno al problema de las convulsiones. A partir del 11.93% de registros se elaboró una base de datos para identificar dos momentos retomados de la curva de ingresos (gráfica 1): *a*) 1910-1934, en el cual ingresó el 27.29% de la población, periodo caracterizado por la recuperación de conceptos del alienismo francés, la vinculación de la epilepsia con trastornos mentales y la peligrosidad; *b*) 1935-1968, etapa de crecimiento acelerado en el que se concentró el 72.71% de ingresos, marcada por la utilización de modelos biológicos sobre el cerebro provenientes de Alemania y Estados Unidos, la introducción de nuevos fármacos anticonvulsivos y el uso del electroencefalograma como herramienta diagnóstica.

Los pacientes clasificados como epilépticos que ingresaron en esos 58 años fueron la tercera población más numerosa en el Manicomio General La Castañeda y representó ésta el 11.93% respecto de los ingresos totales, sólo por debajo de las psicosis y el alcoholismo. Además, en la gráfica 1 se observa que la curva de ingresos por epilepsia tuvo un comportamiento relativamente paralelo a la curva de ingresos totales; las variaciones en general no modificaron su ritmo de crecimiento sino a partir de 1935.

<sup>8</sup> Los trabajos de Andrés Ríos Molina buscan recuperar la “mirada cuantitativa” de las psicosis durante la Revolución Mexicana y la reconstrucción nacional. Véase Andrés Ríos Molina, “Locura y Revolución. El Manicomio La Castañeda durante la lucha de facciones, 1914-1916”, en Francisco de la Peña (coord.), *Cultura y desorden mental. Miradas desde la etnopsiquiatría y el etnopsicoanálisis*, México, Consejo Nacional para la Cultura y las Artes, Instituto Nacional de Antropología e Historia, Escuela Nacional de Antropología e Historia, 2008, p. 29-50; “Indigencia, migración y locura en el México posrevolucionario”, *Historia Mexicana*, v. LIX, n. 4, 2010, p. 1295-1337.

GRÁFICA 1  
Población diagnosticada con epilepsia en comparación  
con la población total del Manicomio La Castañeda  
1910-1967



FUENTE: BD-PAPIIT.

Estos datos nos permiten inferir que los procesos de crecimiento/ decrecimiento de la población epiléptica estuvieron vinculados con la dinámica de la población total. A partir del estudio de 11 variables,<sup>9</sup> encontramos que las características generales de la población fueron: 60% eran hombres y 40% mujeres, proporción que se mantuvo estable hasta la clausura del manicomio. La condición social y civil indicó que el 70.15% de la población eran solteros y no tenían trabajo u otra ocupación en el momento de su ingreso.<sup>10</sup> Sólo el 18.77% estaban casados y con oficio; el 2.63% eran viudos y el resto vivía en unión libre, divorciados y célibes. En general, más del 40% venía de provincia, principalmente del Bajío (Jalisco, Querétaro, Michoacán y San Luis Potosí); los demás eran habitantes

<sup>9</sup> Las variables utilizadas son: sexo, edad, lugar de nacimiento, lugar de residencia, ocupación, estado civil, instancia remitente, enfermedad diagnosticada, tiempo de estancia promedio, motivos de alta (muerte, curación, remisión, apto para vivir en familia, fuga o solicitud familiar) y grupos de enfermedad.

<sup>10</sup> Es importante mencionar que el 34% no tenía ningún tipo de ocupación, el 28% contaba con algún oficio, ya fuera en la carpintería, zapatería, orfebrería o tablajería, entre otros, mientras que poco más del 8% eran obreros y campesinos cuyas actividades estaban en el ámbito de la construcción y la siembra. Sólo el 13% se ocupaba en el hogar, mientras que el 3% eran profesionales, estudiantes y tenían carrera en la milicia.

del Distrito Federal. Un aspecto a destacar es que la edad promedio de los epilépticos era de 27 años, sólo por encima del retraso mental (20) y baja respecto de los psicóticos (35), alcohólicos (38) y sifilíticos (40). El tiempo de estancia promedio en la institución era de 26.52 meses, es decir, dos años y dos meses aproximadamente. Los epilépticos eran la segunda población que pasaba más tiempo confinada en La Castañeda, mientras que la primera la encabezaban los que padecían retraso mental y la tercera los pacientes con algún tipo de psicosis. Por todo lo anterior, podemos considerar que el paciente “prototípico” con diagnóstico de epilepsia en La Castañeda fue un hombre de 27 años, provinciano, soltero y sin ocupación, el cual permaneció confinado más de 2 años en la institución antes de ser dado de alta por su familia.

Si bien en la primera etapa, 1910-1934, los ingresos de la población epiléptica se mantuvieron estables, a partir de 1935 se dispararon en forma considerable debido principalmente a factores sociales e institucionales. Es importante señalar que el crecimiento de la población psiquiátrica durante la primera mitad del siglo XX fue un fenómeno internacional. Por ejemplo, sabemos que en manicomios de los Estados Unidos el número de pacientes asilados creció considerablemente de 150 000 en 1903 a la escandalosa cantidad de 559 000 para 1955.<sup>11</sup> Tan sólo en el *Craig Colony for Epileptics* de Nueva York (fundado en 1894) estaban confinados más de 2 600 epilépticos en 1939, pese a que el inmueble estaba capacitado para atender a 800 pacientes.<sup>12</sup> El hacinamiento en las instituciones manicomiales fue un serio problema para las autoridades médicas y estatales norteamericanas, como lo fue también para los funcionarios y directores del Manicomio General durante el México posrevolucionario. Recordemos que entre 1920 y 1944 hubo un aumento significativo de pacientes con algún tipo de psicosis debido a la migración a la capital y por la intensa actividad policial en la remisión de “locos” a

<sup>11</sup> Andrew Scull, *La locura: una breve introducción*, Madrid, Alianza, 2013, p. 152.

<sup>12</sup> Grace Trompeter, “New York’s Craig Colony for Epileptics: tracing the deepest roots of deinstitutionalization”, *Middle States Geographer*, 2012, n. 45, p. 76-83.



Figura 2. Indígenas epilépticos.

FUENTE: SINAFO-INAH, n. de referencia 462891

La Castañeda.<sup>13</sup> En este contexto cabe interrogarse, ¿qué factores determinaron el incremento de la población específica de epilépticos? ¿Cuáles fueron las instancias remitentes? ¿Qué criterios se utilizaron para confinarlos en La Castañeda? ¿Cuáles fueron las terapéuticas que se implementaron?

El presente trabajo pretende mostrar dos cosas: por un lado, que el aumento progresivo de la población epiléptica respondió no sólo al crecimiento exponencial de la capital sino a la centralidad asistencial que imponía la existencia del manicomio. Ante la ausencia de hospitales con orientación psiquiátrica en el país, los estados se vieron forzados a enviar un número cada vez mayor de epilépticos pese a los reclamos de las autoridades de La Castañeda. Por otro lado, los datos recabados revelan una

<sup>13</sup> Andrés Ríos Molina, “Indigencia, migración y locura...”, p. 1314.



notable disminución de la mortalidad en el periodo 1935-1968, en el que también se redujo el tiempo promedio de estancia y se prolongó ligeramente la esperanza de vida de los epilépticos, muestra contundente de la eficacia terapéutica de la institución pocas veces reconocida. Al controlar las convulsiones mediante potentes fármacos, las familias podían solicitar la salida de sus epilépticos disminuyendo su periodo de internamiento.

*Entre la locura y la peligrosidad: La dimensión psicológica de la epilepsia, 1910-1934*

Adela V. miraba atónita la hoja de observación mientras su tía, Camila R., respondía solemne al interrogatorio del médico. Camila declaró que Adela había sufrido ataques epilépticos “desde niña” que se agravaron tras la muerte de su madre. A los 15 años fue enviada al Hospital del Divino Salvador para Mujeres Dementes y posteriormente remitida al Pabellón de Epilépticas del Manicomio General La Castañeda el 1 de septiembre de 1910. Según el expediente clínico, los accesos convulsivos se incrementaban por las noches y en su periodo menstrual; “se le presentaban extremosas mascándose la lengua, torciéndose las manos, encogiéndose las piernas, ennegreciéndose el rostro”, síntomas físicos que le provocaban trastornos mentales, “pues ha observado lo antes referido oír que acaricia algo como un nene *delirio de madre*, cuchichea, otras varias cosas que no puede precisar por la falta de claridad”.<sup>14</sup> Por otro lado, Casiano R. fue remitido por la policía a petición de su familia e inmediatamente ocupó un lugar en el Pabellón de Agitados debido a su “estado de excitación”. A los 13 años había presentado su primer ataque convulsivo; como la mayoría era soltero y no tenía trabajo, aunque su historial patológico revelaba que en su familia había “un loco vicioso” y la abuela padecía epilepsia.<sup>15</sup> Adela y Casiano fueron pacientes diagnosticados con uno de los 68 términos

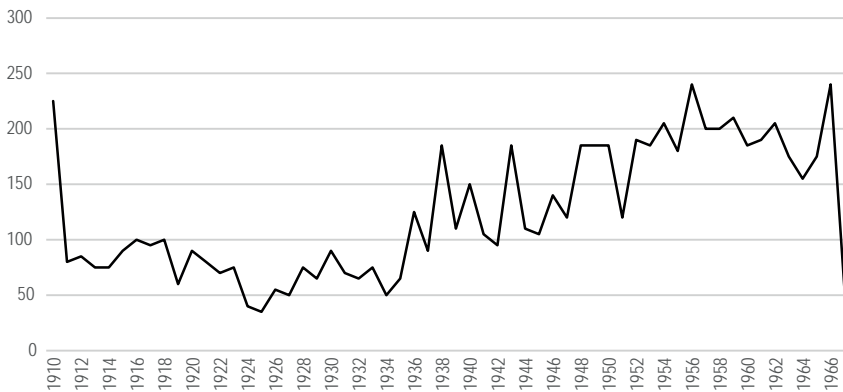
<sup>14</sup> Ortografía y subrayado tomado del original. AHSS, FMG, SEC, caja 5, exp. 38, f. 4.

<sup>15</sup> AHSS, FMG, SEC, caja 13, exp. 864, f. 6.

utilizados para designar la epilepsia; sin embargo, en sus historias clínicas nunca se explicó cuáles eran las características principales de la enfermedad. Ambos pacientes conformaron el 27.29% de la población epiléptica confinada entre 1910 y 1934.

En la gráfica 2 podemos observar que durante este periodo hubo un decrecimiento en la curva de ingresos. El pico más alto lo encontramos en 1910 y en 1925 llega a su punto más bajo, recuperándose ligeramente en un lapso de 9 años, antes de dispararse a partir de 1935.

GRÁFICA 2  
Cantidad de pacientes diagnosticados con epilepsia  
en el Manicomio La Castañeda  
1910-1967



FUENTE: BD-PAPIIT.

Durante los años 1910-1919, en plena Revolución Mexicana, ingresó el 13.54% del total de epilépticos al manicomio, cifra bastante reducida en comparación con los altos porcentajes presentes en décadas posteriores. En estos primeros 9 años falleció el 48.73% de los pacientes con diagnóstico de epilepsia por razones gastrointestinales y afecciones respiratorias. Durante la fase armada, muchos habían sido remitidos a La Castañeda desde otros hospitales de la capital (Hospital del Divino Salvador, Hospital de San Hipólito, Hospital Militar); por ejemplo, en noviembre de 1910 fueron trasladados en ferrocarril varios pacientes

procedentes del Hospital para Epilépticos de Texcoco.<sup>16</sup> Los envíos hospitalarios al novísimo manicomio explicarían la alta concentración de pacientes en 1910. El decrecimiento paulatino de la población podía resultar una consecuencia directa de la guerra, en tanto que la ocupación de fuerzas combatientes en la capital pudo inhibir las solicitudes de ingreso.

Un aspecto a destacar es que durante el periodo revolucionario las historias clínicas sobre epilépticos se caracterizaron por la escasa información recopilada. En general existen pocos datos sobre la terapéutica implementada, hay escasos detalles sobre el uso de los conceptos y las descripciones diagnósticas son bastante escuetas. La crisis por la que atravesaba el país, la falta de control administrativo en el manicomio y la ausencia de una regulación efectiva de las prácticas médicas fueron elementos que dificultaron la atención médica.<sup>17</sup> Esta crisis generalizada bien pudo reflejarse en las historias clínicas.

Respecto de los diagnósticos vinculados con la epilepsia encontramos aspectos interesantes. Como lo mencionamos arriba, en los 58 años de práctica en La Castañeda hubo 68 diagnósticos que aludían a la epilepsia, a las crisis convulsivas y estados confusionales luego de los accesos, claro indicador del mosaico terminológico implementado en décadas. Estos términos aparecían

<sup>16</sup> AHSS, *FBP*, SEH, legajo 1, exp. 20, f. 1. Fueron 70 epilépticos, lo cual representa para el mes de noviembre de 1910 el 0.56% de la muestra total. Por otro lado, sabemos que en 1905 funcionaba el Hospital de Epilépticos de Texcoco, edificación construida por los “juaninos” durante el virreinato (1696), el cual albergó pacientes provenientes del Hospital de San Hipólito. Carlos Madrigal Bueno, “La Casa del Constituyente, Texcoco, Estado de México”, en *Memorias del 5o. foro académico 2012*, México, Escuela de Conservación, Restauración y Museografía Manuel del Castillo Negrete, 2012, p. 135. Durante el siglo XVII el recinto se conoció como “Nuestra Señora de los Desamparados” y albergó a enfermos de todo tipo. Para 1825, la casa sirvió como alojamiento de los constituyentes a petición de José María Luis Mora. Hacia finales del XIX e inicios del XX, el inmueble pasó a manos particulares, por lo que volvió a tener funciones hospitalarias. Actualmente se le conoce como la Casa del Constituyente.

<sup>17</sup> Estos y otros detalles durante este periodo han sido examinados por Cristina Sacristán, “Una valoración sobre el fracaso del Manicomio de La Castañeda como institución terapéutica, 1910-1944”, *Secuencia: Revista de Historia y Ciencias Sociales*, Instituto de Investigaciones Dr. José María Luis Mora, México, n. 51, 2001, p. 91-120, y Andrés Ríos Molina, *La locura durante la Revolución...*, particularmente el segundo apartado.

indistintamente como síntomas o diagnóstico. Para tratar de organizar la diversidad conceptual, los concentramos en 10 grupos divididos principalmente en epilepsias esenciales, orgánicas y constitucionales; epilepsia jacksoniana; epilepsias focales y epilepsias con trastornos mentales, es decir, buscamos rescatar los diagnósticos definidos desde la clínica psiquiátrica de la época. Además, valoramos los principales síntomas y la forma de las crisis consignadas por los médicos. Llama la atención que las epilepsias orgánicas y constitucionales representaron el 44%, seguidas de la epilepsia esencial con el 24%; los síndromes convulsivos y crisis convulsivas estaban en el 9% y 6% respectivamente.

CUADRO 1  
Grupos de epilepsia

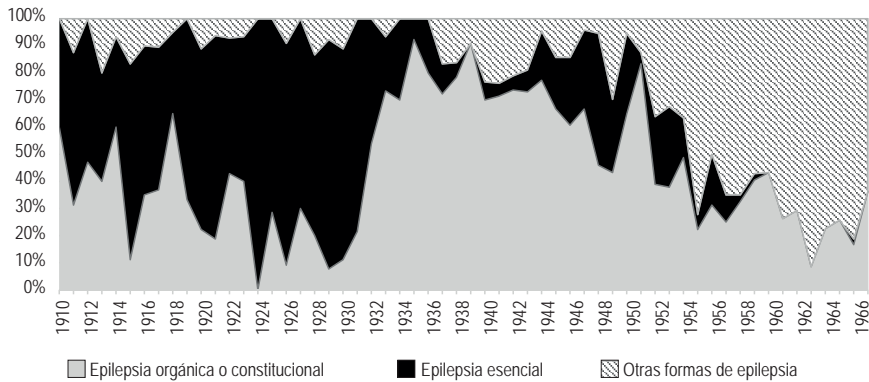
<i>Grupos de enfermedad</i>	<i>%</i>
Epilepsias orgánicas y constitucionales	44
Epilepsia esencial	24
Síndrome epiléptico	9
Crisis convulsivas	6
Pequeño y gran mal	5
Epilepsias focales	4
Confusión mental epiléptica	4
Epilepsia con trastornos mentales	2
Epilepsia jacksoniana	2
Estados epilépticos	0.1
TOTAL	100

FUENTE: BD-PAPIIT.

Ahora bien, en este primer periodo de funcionamiento institucional la epilepsia esencial fue la enfermedad más diagnosticada por los médicos y, sorprendentemente, a partir de 1935 las epilepsias orgánicas y constitucionales ocuparon la hegemonía en el ejercicio clínico. En la gráfica 3 podemos ver claramente que los dos momentos observados por la curva de ingresos coinciden en general con las dos grandes tendencias diagnósticas recuperadas

de los expedientes clínicos. Este proceso nos puede advertir sobre los cambios y continuidades efectuados en el ejercicio clínico en el tránsito del siglo XIX al XX.

GRÁFICA 3  
Tipos de epilepsia más diagnosticados en el Manicomio La Castañeda  
1910-1967



FUENTE: BD-PAPIIT.

Ahora sabemos que la clínica de la epilepsia en el manicomio hasta 1934, aproximadamente, establece un puente directo con los debates médicos de finales del siglo XIX. De acuerdo con los médicos de aquella época, la epilepsia no distinguía edad, condición social o sexo, y lo mismo podía aparecer en edades tempranas que en la adultez. Igual se presentaba en hombres del campo, con oficios, o en personajes de negocios, así como en mujeres del hogar, costureras independientes o jovencitas aprendices de piano. Los médicos consideraban que era una afección orgánica acompañada de trastornos morales (psíquicos) muchas veces irreversibles: cualquier persona con antecedentes patológicos, un historial familiar venéreo y/o que hubiera sufrido algún traumatismo en la cabeza, producto de riñas, caídas o accidentes en el trabajo, era candidato idóneo para ser epiléptico.<sup>18</sup> Generalmente

<sup>18</sup> Algunos ejemplos de las tesis de la época son: F. Blasques, “Patogenia de la epilepsia”, *La Independencia Médica. Semanario especial destinado a defender los intereses científicos, morales y profesionales del cuerpo médico mexi-*

dividían la causalidad en dos: las predisponentes y las determinantes. Las primeras se referían fundamentalmente al sexo, la consanguinidad y la herencia, proceso mediante el cual una familia compuesta por una madre histérica y un padre alcohólico, por ejemplo, tendrían hijos epilépticos, idiotas, o locos cuyo “organismo predispuesto” sería el portador de una futura estirpe degenerada y, por ende, peligrosa para la nación.<sup>19</sup> Por otro lado, las causas determinantes eran aquellos agentes externos al individuo que podían trastocar su organismo y disparar la enfermedad: sífilis, alcoholismo crónico, enfermedades digestivas y la masturbación, práctica al parecer muy frecuente entre los asilados de San Hipólito.<sup>20</sup> Los médicos del Manicomio General recuperaron al menos dos conceptos en boga durante finales del siglo XIX: la epilepsia esencial y la epilepsia larvada o simulada. Según Germán Berrios, la epilepsia esencial (término acuñado por Jean Etienne Esquirol en 1838) y la epilepsia larvada o simulada —descrita por Auguste Morel en 1860— representaron los últimos esfuerzos conceptuales por vincular “la epilepsia a la psiquiatría”. La primera aludía a ataques generalizados, vértigos, crisis del movimiento y trastornos psiquiátricos; la segunda no se manifestaba en crisis sino mediante síntomas accesorios tales como periodos de excitación, irritabilidad, amnesia y episodios agresivos.<sup>21</sup> Incluso el célebre criminalista italiano Cesare Lombroso había considerado que la epilepsia era una de las causas primordiales de la criminalidad, porque alteraba “el desarrollo del sistema nervioso central”, el cual hacía “retroceder” al individuo

cano, México, t. I, n. 36, 1881; Carlos Chaix, *Estudio patogénico, diagnóstico y psicológico de la epilepsia*, México, Imprenta de la Viuda de Murguía e Hijos, 1870; Librado Pola, *Ligeras consideraciones sobre la patogenia de la epilepsia*, México, Imprenta de El Partido Liberal, 1891.

<sup>19</sup> Andrés Ríos Molina, *La locura durante la Revolución...*, p. 80.

<sup>20</sup> Al menos así lo reportaba un estudiante en sus visitas al hospital junto al director Miguel Alvarado: “Ningún vicio es, en efecto, más común entre los epilépticos asilados que la pederastia, el onanismo y la masturbación, sin que puedan imputarse por completo tales anomalías a la continencia en que se ven obligados a vivir por la secuestación”. Elías A. Gómez, *Fenómenos psíquicos de la epilepsia*, México, Imprenta de la Escuela Correccional, 1888, p. 29.

<sup>21</sup> Germán Berrios, “Epilepsia e insanidade...”, p. 912, 920.

a formas de vida de los antepasados.<sup>22</sup> En este sentido, para los médicos porfirianos de finales del siglo XIX la dimensión social de la enfermedad era su verdadera preocupación. Había un convencimiento generalizado de que la epilepsia era una forma declarada de locura, la cual se manifestaba a través del “carácter epiléptico”, es decir, una “perversión moral” que determinaba la conducta altanera, irritable y antisocial que situaba a los convulsivos en los bordes de la criminalidad y la violencia:

Unas veces, pocas, estos enfermos son por extremo afables, labiosos, humildes, meticulosos, irresolutos, quiere decir; que tienen para decirlo en una sola frase el opacamiento del carácter. Otras veces, y son las más, estos enfermos son irascibles, atrabiliarios, indómitos, rebeldes, enérgicos, siendo en ellos todo rápido y galopante: van en sucesión de relámpago, siempre, la impresión, la sensación, la impulsión, la decisión y el acto. Estos individuos son impulsivos.<sup>23</sup>

De acuerdo con las observaciones que realizó entre sus pacientes y por informes de otros colegas, Secundino Sosa afirmaba que el signo distintivo del epiléptico era la exaltación de sus impulsos y el evidente desorden en su voluntad. Es cierto que reconocía “matices” en los trastornos epilépticos, aun en “personas ilustres y de buena cuna”; no obstante, el fondo común de estos enfermos era su inclinación a la violencia.<sup>24</sup> En el tránsito del siglo XIX al XX en México, los epilépticos eran vistos como individuos impulsivos que al tener nublada la voluntad no podían controlar sus emociones, mostrándose subversivos ante cualquier forma de autoridad. Dichas impulsiones eran las que comúnmente los arrojaban al mundo de las transgresiones, fueran delictivas e inmorales: un robo, homicidio, incendio, calumnia o venganza. Estos comportamientos anormales hicieron que a los epilépticos se les etiquetara como personas incómodas para la vida moderna,

<sup>22</sup> Lombroso y la Escuela Positiva Italiana, estudio preliminar de José Luis Peset y Mariano Peset, Madrid, Ediciones Castilla, 1975, p. 259.

<sup>23</sup> Secundino Sosa, “La responsabilidad en los epilépticos”, *Gaceta Médica. Periódico de la Academia Nacional de Medicina de México*, México, t. XXIX, 1893, p. 97.

<sup>24</sup> *Ibidem*, p. 99.

comparándolas con la irracionalidad propia de los animales que sólo respondían a impulsos malsanos: “es esta plaga de la humanidad, que llamamos epilepsia, y que en la mayoría de los casos termina por destruir casi completamente la inteligencia, y coloca al hombre en una situación hasta inferior a la de muchos de los animales irracionales”.<sup>25</sup> Este proceso de criminalización de la enfermedad epiléptica subsistirá en la mentalidad de los facultativos hasta las primeras tres décadas del siglo XX.

Por estas razones, llama la atención el uso de términos demoníacos en la “moderna” Castañeda, inmueble considerado de vanguardia desde su fundación, ya que los diagnósticos aludían al aspecto mental y no tanto a su etiología. Preocupado por la ausencia de un marco regulador de las clasificaciones en pleno conflicto armado, el entonces director Agustín Torres propuso que se adoptara en el Manicomio General la clasificación del psiquiatra y neurólogo italiano Eugenio Tanzi (1856-1934), ya que establecía una relación etiológica específica separando los síntomas. Torres la consideró confiable y “científica” porque agrupaba los padecimientos en “entidades clínicas bien delimitadas”; la epilepsia estaba situada en el campo de las neuropsicosis constitucionales, junto a la neurastenia constitucional y la histeria.<sup>26</sup> La propuesta de Agustín Torres no tuvo mayor repercusión en la práctica cotidiana posterior al conflicto armado y los médicos siguieron utilizando términos y conceptos de acuerdo con su bagaje científico y cultural.

Lo que sorprende es que en un lapso de 24 años (1910-1934) el énfasis se acentuara en las secuelas mentales que provocaban las convulsiones, si tomamos en cuenta que la epilepsia esencial era asimilada a una forma declarada de enajenación mental. Por ejemplo, el 8 de enero de 1930 ingresó Zeneida R., una chica de 24 años, soltera y diagnosticada con epilepsia esencial. Reingresó el 9 de mayo de 1932 y esta vez fue diagnosticada con epilepsia

<sup>25</sup> F. Blasques, *Patogenia de la epilepsia*, p. 296.

<sup>26</sup> Agustín Torres, “Razones por las cuales debe adoptarse la clasificación de las enfermedades mentales, por el prof. Tanzi, en el Manicomio General”, *Revista Enciclopédica Beneficencia Pública del Distrito Federal*, México, n. 1, 1917, p. 49.



jacksoniana, pero no se dieron detalles sobre el particular; contra-jo matrimonio con un carpintero del manicomio del que se divorció un año más tarde. Según el expediente clínico, presentaba los caracteres típicos de la epilepsia: caída brusca, convulsiones acompañadas por “errores en la conducta”, y el médico consignó que ejecutaba actos extravagantes como lavar prendas en el aire, tejer sin tener objeto alguno en las manos: eso sí, tenía el “carácter irritable, se disgusta por cualquier cosa”.<sup>27</sup> Es importante destacar que los médicos de La Castañeda hicieron un uso sistemático de adjetivos para referirse a estos pacientes que presentaban el llamado “carácter epiléptico”: adjetivos como “explosivo”, “irritable”, “vengativo”, “pendenciero”, etcétera, que aparecen en las historias clínicas subrayando la inclinación a la violencia de los epilépticos. Cabe la posibilidad de que muchos pacientes altaneros, difíciles en el trato o reacios ante los médicos, fueran etiquetados con epilepsia sin que presentaran convulsiones.<sup>28</sup>

A inicios del periodo de reconstrucción nacional y con la Revolución “hecha gobierno”, los mexicanos no sólo fueron testigos de la institucionalización del poder político en manos del partido oficial (PNR), sino del proceso de reconstrucción de la estructura política, económica y cultural decisiva para el desarrollo del país. Muchas de estas políticas fueron implementadas a partir del cardenismo en adelante.<sup>29</sup> Este ambiente de recuperación política y social proporcionó cierta estabilidad en La Castañeda y paulatinamente los diagnósticos sobre epilepsia comenzaron a mostrar un interés puntual sobre la frecuencia e intensidad de los accesos. Además, los médicos comenzaron a introducir cuadros de registro sobre el número de convulsiones divididos en días, meses y años con la finalidad de comprender los intervalos de frecuencia. Esto implicaba dar seguimiento a los pacientes, muchos de ellos

<sup>27</sup> AHSS, FMG, SEC, caja 252, exp. 44 (s/f).

<sup>28</sup> Germán Berrios llama “falsos positivos” cuando, al usar indiscriminadamente adjetivos para calificar problemas de la personalidad, los médicos terminaban por diagnosticar como epilépticos a muchos pacientes que no sufrían la enfermedad. Germán Berrios, “Epilepsia...”, p. 185.

<sup>29</sup> Para una visión política y económica general del periodo, véase Enrique Florescano (coord.), *Arma la historia. La nación mexicana a través de dos siglos*, México, Grijalbo, 2009, p. 186.

abandonados por sus familiares o retenidos para su observación, razón por la cual el tiempo de estancia promedio era largo, aproximadamente de 4 años con 4 meses. Un número reducido de pacientes podía facilitar, en apariencia, el seguimiento puntual en la evolución de la enfermedad. También se introdujeron nuevas tecnologías para el estudio del padecimiento, como exámenes sanguíneos, la prueba Wasserman y test psicológicos que tenían por objetivo entender el estado mental de los epilépticos,<sup>30</sup> es decir, la dimensión psicológica de la enfermedad convulsiva. El diagnóstico de epilepsia durante este periodo estaba orientado fundamentalmente a examinar la mentalidad de los epilépticos, el grado de inteligencia, la voluntad, afectividad, ideación, imaginación y memoria. En este sentido, la tesis médica de Mario Fuentes, presentada en 1925, futuro médico y director del Manicomio General, era un buen ejemplo del interés médico por estudiar la epilepsia desde los aspectos psicológicos y analizar los fenómenos psíquicos en los convulsivos. Su trabajo fue resultado de prácticas estudiantiles en el Pabellón de Epilépticos de La Castañeda durante un lapso de 2 años.

Siguiendo al reconocido psiquiatra francés Pierre Janet,<sup>31</sup> Mario Fuentes indicó que varias circunstancias caracterizaban a los automatismos epilépticos, pero siempre operaban “fuera del

<sup>30</sup> Para conocer en qué consistía la prueba Wasserman, véase el apartado dedicado a la parálisis general progresiva en esta obra. Respecto de las pruebas psicológicas, desafortunadamente no pudimos localizarlas debido a que los médicos sólo incluían en el expediente clínico el resultado obtenido y no la prueba completa.

<sup>31</sup> Pierre Janet visitó la ciudad de México en 1925 en el marco de los 15 años de fundación de la Universidad Nacional, donde impartió el curso titulado *Psicología de los sentimientos*; un resumen de dicho curso se publicó bajo el mencionado título en 1997 por el Fondo de Cultura Económica. Para este autor, el automatismo psicológico era una forma inferior de la actividad que podía ser consciente. Estos automatismos se observaban en estados de desdoblamiento de la personalidad emanados de ideas fijas subconscientes, acontecimientos traumáticos irresueltos, de los que los ataques eran la simple reproducción. Erwing Ackerknecht, *Breve historia de la psiquiatría*, Valencia, Universidad de Valencia, 1993; Elizabeth Roudinesco, *La batalla de cien años. Historia del psicoanálisis en Francia, 1885-1939*, Caracas, Fundamentos, 1988, v. 1, p. 238-239.

control de la voluntad y la consciencia”.<sup>32</sup> Esto significaba que las acciones de un epiléptico respondían a estímulos desconocidos para el individuo y generados por una terrible infancia. Por lo tanto, el fenómeno del automatismo psíquico se caracterizaba por la “despersonalización” del individuo que podía presentarse antes o después de los accesos convulsivos. Las convulsiones eran interpretadas como regresiones a estados inferiores de la conciencia; por lo tanto, el epiléptico reproducía el estado mental de un niño en desamparo.<sup>33</sup> Un médico de La Castañeda registró el caso de una epiléptica autómatas que salió de casa “en ropa interior” creyendo que estaba vestida; su hermana la cubrió en casa y, al volver en sí Amalia, encontró que toda su ropa estaba encima de la cama “causándole gran extrañeza”.<sup>34</sup> Si bien las indagaciones de Mario Fuentes sobre el automatismo mental no llegaron a impactar en otros trabajos de la época, sirvieron como catalizadores de un discurso psicológico sobre el paciente epiléptico.<sup>35</sup>

Si la epilepsia esencial era fundamentalmente una enfermedad que perturbaba las facultades mentales del individuo, ¿por qué llegaban estos enfermos a La Castañeda? Los criterios utilizados para confinar a los epilépticos eran sociales y muchos fueron remitidos por razones de seguridad. Considerando que el sello característico de los pacientes con epilepsia esencial era su mal comportamiento público y privado, no era casualidad que las instancias remitentes en este periodo fueran la Asistencia (37.44%) y la Seguridad (33.30%).

<sup>32</sup> Mario Fuentes, *Indagaciones sobre la epilepsia y su tratamiento*, tesis de Medicina, México, Escuela Nacional de Medicina, 1925, p. 1, 4.

<sup>33</sup> *Ibidem*, p. 10, 21.

<sup>34</sup> AHSS, FMG, SEC, caja 316, exp. 4 (s/f).

<sup>35</sup> Otro ejemplo de la perspectiva psicologista de la epilepsia en los años veinte es la tesis de José Manuel Hernández, *El estado mental de los epilépticos*, tesis de Medicina, México, Escuela Nacional de Medicina, 1927. José Manuel Hernández llegó a la conclusión de que la epilepsia comprendía dos elementos principales: uno psíquico y otro convulsivo. La epilepsia se manifestaba principalmente por la “pérdida de la conciencia”; los individuos tenían “carácter irritable”, “apatía habitual”, “impulsos y cóleras”, “terquedad y religiosidad morbosa”, todas ellas respuestas anormales subconscientes y automáticas. De los 25 casos que estudió en La Castañeda, todos respondían a una “debilidad psicológica” producto de una educación y “cultura poco avanzadas”.

CUADRO 2  
Instancias remitentes

<i>Instancias remitentes</i>	<i>1910-1934 %</i>	<i>1935-1968 %</i>
Asistencia	37.44	21.14
Seguridad	33.30	3.90
Familia, amigos, conocidos	16	6.10
Hospitalarias	10.17	3.05
Estatales	9.75	6.19
Otros	1.14	0.29
En blanco	0.36	59.33
TOTAL	100	100

FUENTE: BD-PAPIIT.

Las convulsiones eran generalmente acciones corporales involuntarias, razón por la cual podían presentarse en el seno familiar o en la vía pública. Podemos suponer que, si un paciente epiléptico caía repentinamente en la calle y despertaba confuso, la Asistencia Pública o la Beneficencia tenían las facultades para trasladarlo a las puertas del manicomio. Recordemos que, durante el periodo de reconstrucción nacional, el gobierno capitalino implementó una campaña para recoger a todos los que no podían acreditar un domicilio fijo y la policía pasaba en camiones para recogerlos. Posteriormente, la Beneficencia decidía a dónde remitirlos: asilos, hospitales, casas para huérfanos o La Castañeda.<sup>36</sup> Además, el estigma social que presentaban los epilépticos, aunado a los miedos y fantasías de terror que podían suscitar las convulsiones, bien pudieron alertar a las familias y a la ciudadanía en su conjunto para reportarlos ante instancias policiacas por la perturbación del orden social. La supuesta agresividad “psicológica” de los epilépticos fue razón suficiente para trasladarlos de la calle o el hogar a las puertas del manicomio. Considero que el grado de peligrosidad no dependía del todo del estado mental, sino de las respuestas sociales en casos de altercados familiares y conflictos en la esfera pública.

<sup>36</sup> Andrés Ríos Molina, “Indigencia, migración y locura...”, p. 1314.

*Entre la continuidad y la ruptura: hacia la neurologización de la epilepsia, 1935-1968*

Entre 1935 y 1968 se concentró el 72.71% de ingresos por epilepsia. Se trata de un periodo de 33 años, 9 más respecto del primero, que fue de 24. A mayor número de años resulta comprensible que aumentara la población epiléptica, aunque también debemos tomar en cuenta el crecimiento general de la población capitalina. En el Sexto Censo de Población, realizado por la Dirección General de Estadística, se detalló que para 1930 había 1 029 068 personas; en 1940 el porcentaje aumentó en 40.74% (1 448 422). Además se tenía el registro de 6 289 “locos” (3 468 hombres y 2 821 mujeres) en buena parte del territorio nacional, de los que 1 228 podían trabajar pero no lo hacían y 294 no realizaban actividades económicas debido a su “defecto anormal”.<sup>37</sup> El ritmo de crecimiento anual entre 1950 y 1960 fue de 3.4%, “la tasa más elevada del mundo”, según los investigadores de la época, pues se calculó que el número de habitantes en la ciudad había crecido a 4 870 876, es decir, 3 249.4 individuos por kilómetro cuadrado.<sup>38</sup> Es importante considerar que el crecimiento exponencial de habitantes en el Distrito Federal en la primera mitad del siglo XX se reflejó en el aumento de la población psiquiátrica durante el periodo que estudiamos.

Por los informes de los directores del manicomio sabemos que para 1936 había un total de 2 692 internos, con un exceso de 1 313 pacientes. Al año siguiente se incrementó esta cifra de internos a 2 890, todos ellos atendidos por trece médicos; para 1942 el manicomio albergaba más de 3 400 almas. Alarmados por el crecimiento de la población, los directores pidieron que se establecieran consultas externas y se crearan granjas en los estados de la república para disminuir el número de asilados.<sup>39</sup> En la gráfica 2 (colocada antes) podemos observar el curso del 72.71%

<sup>37</sup> 6o. *Censo de Población 1940*, México, Resumen General de Economía Nacional, División General de Estadística, 1943, p. 16.

<sup>38</sup> *VIII Censo General de Población-1960*, México, Secretaría de Industria y Comercio, Dirección General de Estadística, Resumen General, 1962, p. 35.

<sup>39</sup> Cristina Sacristán, “Una valoración sobre el fracaso...”, p. 95.

de pacientes epilépticos que entraron a La Castañeda en este periodo. Existen cuatro picos altos en los que se concentró el mayor número de epilépticos, en 1938 y 1943, y posteriormente en 1956 y 1966. Aunque hay pocos informes sobre el número de epilépticos hombres y mujeres en los pabellones respectivos, sabemos que para 1936 había 193 epilépticas en los departamentos para mujeres, “el mayor respecto a sifilíticos, infecciosos, seniles, etcétera”.<sup>40</sup> La médico internista Petra Rivera Vázquez informó que para 1957 existían 187 camas destinadas a “346 asiladas”, y destacaba que “123 enfermas duermen en secciones en piso porque no hay cupo para más camas”.<sup>41</sup>

El sobrecupo y la falta de espacio también fue un problema en los pabellones para varones epilépticos. El Departamento de Estadística del Manicomio General detalló que en 1936 faltaba espacio para colocar camas en las 6 salas, porque “no había lugar donde ponerlas”. Asimismo, el Pabellón de Epilépticos contaba con 150 camas repartidas en 4 salas con un faltante de “30 camas” para los asilados.<sup>42</sup> En 1963 José Luis Patiño envió a Manuel Velasco Suárez, entonces Director General de Neurología, Salud Mental y Rehabilitación, un informe en el que señalaba la presencia de 506 epilépticos, 395 en el Pabellón de Epilépticos y 111 repartidos en otros pabellones.<sup>43</sup> Esto demuestra la enorme preocupación que suscitaba el aumento de asilados epilépticos en los distintos pabellones. Ahora bien, en esta segunda parte de nuestro análisis no es posible examinar la variable de instancias remitentes, simplemente porque no existen datos del 59.33%. Pese a ello, sabemos que la participación de la Asistencia disminuyó (21.14%), lo mismo que la de Seguridad (3.90%) y la de Familia (6.10%). Esto no quiere decir que los epilépticos no hayan sido confinados por razones de seguridad, aunque es probable que estos datos dejaran de tener importancia con el cambio de conceptos y teorías sobre el cerebro. Si bien las remisiones por instancias hospitalarias no figuran por su importancia (3.05%), se pueden observar

<sup>40</sup> AHSS, FMG, SADM, caja 24, exp. 7 (s/f).

<sup>41</sup> AHSS, FMG, SADM, caja 24, exp. 7 (s/f).

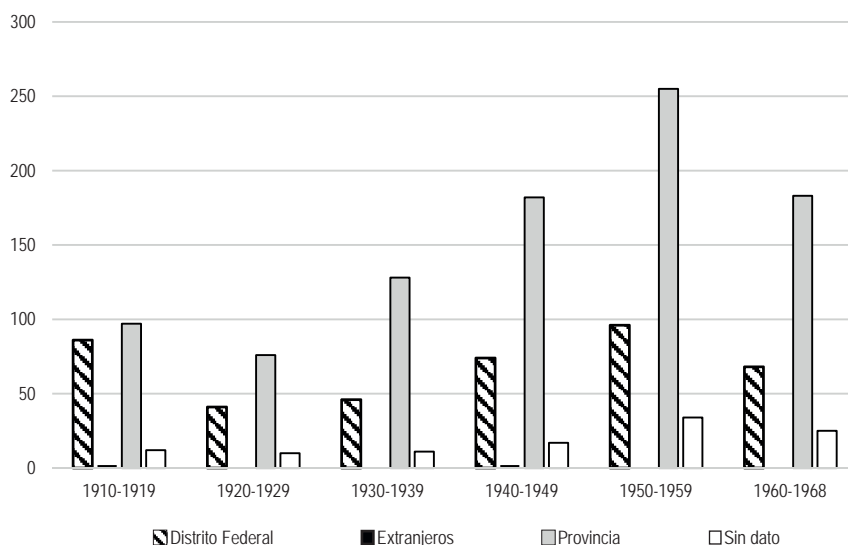
<sup>42</sup> AHSS, FMG, SADM, caja 22, exp. 11 (s/f).

<sup>43</sup> AHSS, FMG, SADM, caja 33, exp. 8 (s/f).

otros datos referentes a la procedencia de epilépticos que nos permitirán valorar su aumento exponencial.

Como lo mencionamos arriba, de los ingresos totales por diagnóstico de epilepsia el 40.02% venía de provincia, mientras que el 25.55% residía en diversas regiones de la capital. En la gráfica 4 podemos observar el aumento de la población epiléptica que llegó del interior de la república a partir de los años treinta en adelante.

GRÁFICA 4  
Procedencia de los pacientes diagnosticados con epilepsia  
en el Manicomio La Castañeda  
1910-1968



FUENTE: BD-PAPIIT.

Sin lugar a dudas, el incremento de los pacientes que arribaron y los residentes del Distrito Federal es una consecuencia directa del crecimiento demográfico de la urbe capitalina y la migración, pero, ¿cómo se explica este incremento de epilépticos llegados de provincia? Debemos tomar en cuenta que los procesos de alta por negativa familiar y el incumplimiento del reglamento relativo a la entrega del certificado acreditativo de locura

fueron elementos que parcialmente explicaron el crecimiento de la población asilada en general.<sup>44</sup> Sin embargo, consideramos que la ausencia de nosocomios especializados en enfermedades mentales y neurológicas, así como el abandono familiar y la falta de aplicación del reglamento, fueron los factores que determinaron el incremento de epilépticos. Alfonso Millán estimó que para 1937 había 2 890 epilépticos más 340 empleados, los cuales dormían en los pabellones y saturaban la capacidad estimada que era de 2 273 personas. El entonces director ofreció dos razones del aumento de asilados: la primera porque el manicomio “es el único establecimiento oficial de su índole” que recibía enfermos de todo el país, incluidos los expatriados de Estados Unidos. La segunda porque consideraba que las autoridades judiciales habían hecho del manicomio “una dependencia del Poder Judicial” por la cantidad elevada de delincuentes que enviaban.<sup>45</sup> Por esta razón, Alfonso Millán había propuesto la creación de una “Colonia Agrícola para Epilépticos” que ayudara a resolver el problema del hacinamiento, pues consideró que legal y “científicamente” estos pacientes no tenían lugar en el manicomio porque “no presentaban trastornos mentales sino [a] las pocas horas que preceden y siguen a su crisis comicial” y concluyó que poco más de 300 epilépticos no se externaban porque “liberados no podían seguir su tratamiento”.<sup>46</sup> Esta retención “forzada” explicaría que sólo en el lapso de 1930 a 1939 el tiempo de estancia promedio fuera de 48.74 meses, el mayor durante las cinco décadas. Además, la edad promedio aumentó a 29 años. Ante el inminente crecimiento de la población, las autoridades tuvieron que implementar una serie de reformas con el objetivo de reducir la población general y enviar a los pacientes crónicos a granjas.

Entre 1945 y 1958 se inauguraron 3 granjas en poblados y zonas limítrofes de la capital; para 1961 y 1968 se fundaron 10 más con fin de terminar con el viejo modelo manicomial que se

<sup>44</sup> Cristina Sacristán, “Una valoración sobre el fracaso...”, p. 117.

<sup>45</sup> AHSS, FMG, SADM, caja C-24, exp. 7 (s/f).

<sup>46</sup> AHSS, FMG, SADM, caja 24, exp. 7, f. 8.



había convertido en un lastre para los propios psiquiatras. A partir de 1965 fueron trasladados muchos pacientes a las nuevas instalaciones, disminuyendo la población general a 2 800.<sup>47</sup> En este sentido, Manuel Velasco Suárez quería saber el número de epilépticos que podían “cooperar en actividades de terapia ocupacional” y el director respondió que dependía del “grado de deterioro que existe en cada caso”. Sugirió que fueran trasladados a las granjas grupos de 50, “a fin de observar su reacción”, pero añadió que no se enviarían más de 200 epilépticos al Hospital Campestre “José Sáyo” para evitar inconvenientes.<sup>48</sup> A pesar de que las autoridades buscaban mitigar el problema del aumento de pacientes convulsivos, sorprende el crecimiento sostenido de ingresos en los últimos diez años hasta 1967, aun cuando ya estaba en funciones el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, fundado en febrero de 1964.

*Tecnologías eléctricas, fármacos anticonvulsivos  
y reducción de la mortalidad*

Ciro G. tenía 24 años cuando ingresó al Manicomio General el 25 de noviembre de 1935; fue enviado por el gobernador de Tamaulipas con diagnóstico de epilepsia jacksoniana. Pasó al Pabellón de Epilépticos, pero varias veces fue trasladado como medida de castigo al Pabellón de Agitados por reñir con sus compañeros. De las trifulcas salía con lesiones de arma blanca o contusiones en la cabeza que agravaban sus accesos. En la historia clínica se menciona que padecía accidentes convulsivos “con la gama del epiléptico típico”: convulsiones, pérdida del conocimiento y carácter epiléptico “que es producto de su constitución mental el cual no se ha podido modificar”.<sup>49</sup> Al principio se le aplicó una inyección de cloruro de calcio, una cápsula de

<sup>47</sup> Cristina Sacristán, “Un Estado sin memoria. La abolición ideológica de la institución manicomial en México (1945-1968)”, *VERTEX. Revista Argentina de Psiquiatría*, Buenos Aires, n. 22, 2001, p. 316.

<sup>48</sup> AHSS, FMG, SADM, caja 33, exp. 8 (s/f).

<sup>49</sup> AHSS, FMG, SEC, caja 351, exp. 39 (s/f).

luminal mañana y tarde, y por la noche una inyección de luminal sódico, con “resultados satisfactorios”, pues los accidentes convulsivos “habían disminuido”. Los familiares solicitaron su alta, pero fue rechazada por el personal médico debido a que había golpeado a un interno y desprendido la uña a otro. En 1942 salió del manicomio, aunque volvió a reingresar un año después. A su regreso se le envió al Pabellón Central, donde se le practicó un electroencefalograma en el que se detectó “pérdida de sustancia ósea en región parietal derecha”. El registro indicaba que la actividad cerebral “fue lenta, irregular”, por lo que no existían signos claros de “localización” del foco epiléptico. Finalmente falleció el 21 de noviembre de 1946. El caso de Ciro G. es un ejemplo que ilustra muy bien algunos de los cambios realizados en la clínica de la epilepsia durante este periodo. En cierto sentido se abandonaron las grandes descripciones en torno al carácter epiléptico —no así la preocupación por el mismo— por un análisis sistematizado de la actividad cerebral que ofrecían las nuevas tecnologías de radiodiagnóstico. La atención de los nuevos psiquiatras-neurólogos estaba puesta en el esclarecimiento de la lesión focal causante de las convulsiones.

Durante las décadas de 1930 y 1940 del siglo xx, la psiquiatría mexicana buscó desarrollar investigaciones sobre desórdenes mentales basados en la neurología.<sup>50</sup> La intención de los médicos era edificar una ciencia capaz de encarar el problema neurológico de la locura y de dotar de legitimidad a los nuevos expertos en enfermedades mentales. Durante los 38 años siguientes de prácticas médicas en el manicomio, los médicos internistas, médicos privados e investigadores de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de México orientaron sus esfuerzos clínicos a inscribir la epilepsia en los terrenos netamente orgánicos, acogidos por relaciones neuronales obtenidas por choques de electricidad. La inclusión del electroencefalograma, con ciertas limitaciones técnicas y dificultades operativas, significó un gran avance en el conocimiento de la actividad cerebral y su relación

<sup>50</sup> Beatriz Urías Horcasitas, *Historias secretas del racismo en México (1920-1950)*, México, Tusquets, 2007, p. 132.

con los accesos convulsivos. Este método no sólo ayudó a detectar anomalías en el registro eléctrico de la corteza cerebral, sino también resultó una herramienta indispensable para completar el diagnóstico.<sup>51</sup> De esta manera podemos argumentar que el proceso de neurologización de la epilepsia comenzó en 1935.

Como se ve en la gráfica 3, hemos podido observar que entre 1910 y 1934 la epilepsia esencial, concepto decimonónico y fuertemente vinculado con trastornos mentales, fue la más diagnosticada; sin embargo, desde 1935 en adelante las epilepsias orgánicas y constitucionales fueron los principales diagnósticos relacionados con la afección. Ahora bien, ¿a qué respondió este cambio conceptual? Este desplazamiento terminológico respondió a dos factores de importancia diagnóstica y clínica: la introducción del electroencefalograma en los inicios de 1940 y la influencia directa de la escuela neurológica de Boston encabezada por Frederik Gibbs, Halowell Davis y William Gordon Lennox, neurólogos de reconocido prestigio que dieron gran impulso con el EEG al estudio clínico de la epilepsia.<sup>52</sup> Los médicos del manicomio se apoyaron en conceptos y categorías del campo neurológico relacionadas con la corteza cerebral, foco epiléptico, centro epileptiforme, etcétera, acordes con el nuevo lenguaje que imponía el estudio electroencefalográfico. En cierto sentido se abandonó el modelo del alienismo francés para introducir nuevos referentes de la neurología sajona, germánica y norteamericana. El espíritu cientificista que invadió a los médicos de la época implicó cambios en la estructura y la organización de las historias clínicas del manicomio. Además de los antecedentes familiares y patológicos, evolución del padecimiento, descripción de la entidad clínica, etiología, frecuencia de los accesos y estado actual del paciente, se incluían los informes del laboratorio de análisis

<sup>51</sup> Los primeros registros de los impulsos eléctricos en el cerebro fueron realizados entre 1910 y 1920, pero fue hasta 1935 que el neurólogo alemán Hans Berger publicó sus trabajos con buena recepción. El objetivo de Berger era descubrir el substrato fisiológico de las actividades psíquicas en las enfermedades mentales. Véase Jacques Postel, *Nueva historia de la psiquiatría*, 2a. ed., México, Fondo de Cultura Económica, 2000, p. 593.

<sup>52</sup> Leonardo Palacios, “Breve historia de la electroencefalografía”, *Acta Neurológica Colombiana*, Bogotá, v. XVIII, n. 2, 2002, p. 107.

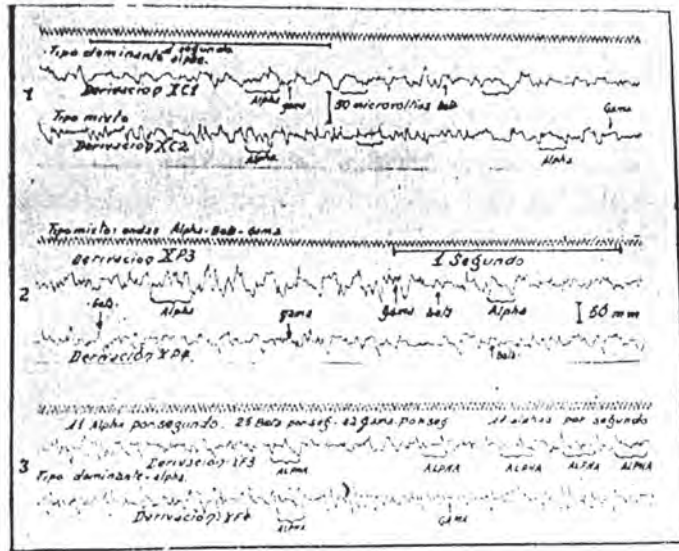


Figura 3. Los primeros registros electroencefalográficos en México fueron elaborados en clínicas privadas. FUENTE: Samuel Ramírez Moreno, “Estudios sobre electroencefalografía”, *Gaceta Médica de México*, t. LXXI, 1941, p. 571

clínicos en los que se examinaba el líquido cefalorraquídeo, análisis de sangre y reacción Wasserman, radiografías y, en algunos casos, los electroencefalogramas. Con el cambio de diagnóstico se transformó la mirada clínica de la epilepsia; muy pronto los médicos comenzaron a tomar posiciones más específicas sobre el problema que encaraban: “Los estudios clínicos permiten conocer especialmente la extensión de la descarga epiléptica a lo largo de la corteza motora, pues los fenómenos convulsivos motores son un índice de lo que acontece en la corteza...”<sup>53</sup> Esta transformación de la clínica de la epilepsia fue resultado de una serie de innovaciones tecnológicas que merecen nuestra atención.

Efectivamente, la incorporación de un sistema de medición de la actividad cerebral como el electroencefalograma marcó una

<sup>53</sup> Sixto Alcalde Obrador, “Algunas consideraciones neuro-quirúrgicas sobre el problema de las epilepsias focales”, *Archivos de Neurología y Psiquiatría de México*, Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría, México, t. IV, n. 2, 1941, p. 94.

vuelta a la concepción organicista de la epilepsia decimonónica, aunque vista a través del sustrato neuronal. Para los neurólogos interesados en la enfermedad mental como Samuel Ramírez Moreno y Guillermo Dávila, el conocimiento de la epilepsia se caracterizó por la supremacía del sistema nervioso y el dominio técnico del registro eléctrico.<sup>54</sup> Sus investigaciones fueron una prueba contundente del proceso de modernización del campo de la psiquiatría con orientación neurológica. Samuel Ramírez Moreno fue pionero en la aplicación clínica del radiodiagnóstico. Durante los años treinta viajó por los Estados Unidos donde realizó estudios de electroencefalografía en el Hospital de Santa Isabel, en Washington, en el Instituto de Higiene Mental de Filadelfia y en el Instituto Neurológico de la Universidad de MacGill, en Montreal. Debido a lo costoso del aparato optó por construir, junto con su colaborador y discípulo el doctor Teodoro Flores, un electroencefalógrafo “casero”. Esto demuestra la voluntad de estos médicos por gestionar las condiciones de trabajo indispensables para el análisis neurológico en tiempos de poco apoyo económico.<sup>55</sup> Esta camada de neurólogos consideraba al epiléptico como un ser “puro órgano” aparentemente despojado de subjetividad. Mediante la introducción del electrodiagnóstico se enarboló una campaña médica que favorecía las bondades del electroencefalograma, atribuyéndole cualidades científicas inéditas, como una “precisión diagnóstica” en casos de epilepsia e incluso “disminución en el número de las crisis” o, al menos, una

<sup>54</sup> Muchas investigaciones se realizaron en la clínica privada de Samuel Ramírez Moreno, la cual contaba con departamentos de análisis radiológicos, laboratorio de análisis químicos y electroencefalograma. En ella colaboraron muchos médicos internistas del Manicomio General, como Sixto Obrador, Mario Fuentes y Teodoro Flores, entre otros. Samuel Ramírez Moreno y Teodoro Flores Covarrubias, “Síndrome epiléptico y procesos aneurismáticos de la presa Herófilo y de los senos laterales”, *Revista Mexicana de Psiquiatría, Neurología y Medicina Legal*, México, v. v, n. 28, 1938, p. 5-12.

<sup>55</sup> Samuel Ramírez Moreno, “Estudios sobre electroencefalografía”, *Revista Mexicana de Neurología, Psiquiatría y Medicina Legal*, México, v. VIII, n. 43, 1941, p. 572. Ahora sabemos que el primer electroencefalógrafo se construyó en La Castañeda gracias a la intervención del ingeniero Martin von Beijeren Bergen, miembro de la International League Against Epilepsy. Tuvo un costo de 1 500 pesos de conformidad con el contrato celebrado con la Secretaría de Asistencia Pública. FMG, ADM, caja 22, exp. 22 (s/f).

reducción en la intensidad.<sup>56</sup> Es decir, con el electrodiagnóstico se podían “traducir” de manera visible y “fielmente” los fenómenos neurológicos.<sup>57</sup>

A inicios de los años cuarenta, los médicos comulgaban con la idea de que el problema de la epilepsia era de origen neuronal.<sup>58</sup> Fue el propio Samuel Ramírez Moreno quien experimentó con el radiodiagnóstico y el electroencefalograma en la clínica psiquiátrica. Su tarea era analizar “las enfermedades orgánicas del encéfalo” mediante un procedimiento sencillo: la inyección de una sustancia luminosa que pudiera revelar imágenes craneales.<sup>59</sup> Por lo tanto, el objetivo del electroencefalograma era captar las corrientes cerebrales e interpretar las ondas eléctricas producidas por el funcionamiento cerebral, lo cual, suponían, podía servir como instrumento diagnóstico e inclusive terapéutico en casos de epilepsia.<sup>60</sup> Ramírez Moreno recomendaba la técnica del electroencefalograma en casos de epilepsia jacksoniana y criptogénica.<sup>61</sup>

El procedimiento era el siguiente: el enfermo debía estar en ayunas, con el intestino vacío. Después se le debían inyectar 0.10 o 0.20 gramos de luminal sódico para adormecer al paciente. Se punzaba el lumbar y se medía la tensión intrarraquídea. Posteriormente se le inyectaba una cantidad de aire menor a la porción de líquido extraído. Durante este tiempo, el enfermo permanecía acostado de 24 a 48 horas, procurando que, al tomarle las negativas, no

<sup>56</sup> Conrado Zuckermann, “Técnica y resultados de la aeroencefalografía por vía lumbar”, *Revista Mexicana de Psiquiatría, Neurología y Medicina Legal*, México, v. III, n. 18, 1937, p. 26.

<sup>57</sup> Teodoro Flores Covarrubias, “El radiodiagnóstico neurológico y el electrodiagnóstico”, *Revista Mexicana de Psiquiatría, Neurología y Medicina Legal*, México, v. V, n. 30, 1939, p. 49.

<sup>58</sup> Leopoldo Salazar Viniegra, “Problemas clínicos de la epilepsia”, *Gaceta Médica de México*, Academia Nacional de Medicina, México, t. LXXII, n. 1, 1942, p. 302.

<sup>59</sup> Samuel Ramírez Moreno, “Algunos procedimientos actuales de radiodiagnóstico en la clínica neuropsiquiátrica”, *Gaceta Médica de México*, Academia Nacional de Medicina, t. LXIX, n. 1, 1939, p. 206.

<sup>60</sup> *Ibidem*, p. 205.

<sup>61</sup> La epilepsia criptogénica es la que está bien definida como enfermedad, pero en la que no se ha logrado determinar una causa particular, a pesar de que hay evidencia de daño estructural generalmente manifestado por retraso en el desarrollo psicomotor.

se inquietara. Según sus observaciones, las cefaleas podían prevenirse en gran medida por el luminal, pues, si se lograba que el enfermo durmiera tranquilamente después de la introducción del aire, al despertar se encontraría recuperado de sus molestias.<sup>62</sup> La concentración de bióxido de carbono favorecía al epiléptico, provocando las crisis por hiperventilación e interrumpiéndolas por la inhalación del  $\text{CO}_2$ .<sup>63</sup> Además, el electroencefalograma empataba muy bien con los estudios bioquímicos del cerebro, ya que mostraba “cómo diversos factores determinan” favorablemente “las actividades bioeléctricas del encéfalo”, lo que para Salazar Viniegra justificaba la existencia misma del nuevo aparato.<sup>64</sup> Para muchos médicos el misterio de las convulsiones se reducía a un problema neuronal y a la distribución anormal de la actividad bioeléctrica. En este sentido, la utilidad más importante del electroencefalograma no era terapéutica, sino diagnóstica.<sup>65</sup> Los médicos no estaban realmente seguros de que ayudaba a mitigar los accesos y mucho menos reducir la intensidad de las crisis. Más complicado aún era interpretar y otorgar sentido al registro bioeléctrico, el cual exigía especialistas en el funcionamiento del instrumento. Hasta donde sabemos, Samuel Ramírez Moreno, Teodoro Flores y Sixto Obrador tenían el conocimiento suficiente para intervenir y analizar los datos electroencefalográficos. Ahora bien, estas investigaciones en laboratorios y clínicas privadas no resultaron fáciles de aplicar en el Manicomio General La Castañeda, debido principalmente a problemas administrativos.

Desde 1936 las autoridades de La Castañeda solicitaron al Estado que dotara de nuevas tecnologías “eléctricas” al establecimiento que coadyuvaran al desarrollo de la ciencia, siempre en favor de los pacientes neurológicos y neuropsiquiátricos confinados en la institución. El 4 de marzo de ese mismo año, el entonces director de La Castañeda, Mario Fuentes, insistió a la Beneficencia

<sup>62</sup> Samuel Ramírez Moreno, “Algunos procedimientos actuales...”, p. 207.

<sup>63</sup> Leopoldo Salazar Viniegra, “Problemas clínicos...”, p. 306.

<sup>64</sup> *Ibidem*, p. 306.

<sup>65</sup> Sixto Obrador Alcalde, “Sobre electroencefalografía clínica”, *Archivos de Neurología y Psiquiatría de México*, Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría, México, t. VI, n. 1, 1942, p. 30.

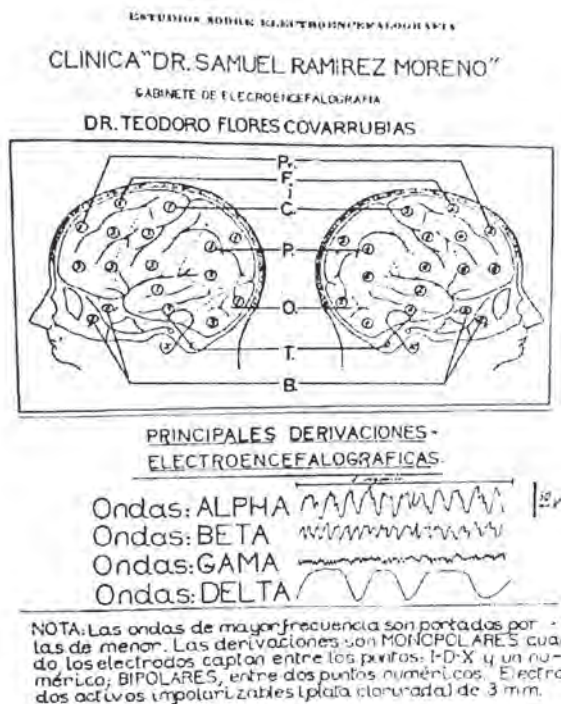


Figura 4. Las investigaciones sobre el electroencefalograma se realizaron en las clínicas privadas; posteriormente fue introducido al Manicomio La Castañeda. Debido a lo costoso del aparato y a la exigencia técnica para interpretarlo, en un principio estaba destinado a los sectores sociales medios y altos que podían pagarlo; sin embargo, muchos pacientes sin recursos económicos de La Castañeda fueron utilizados para realizar todo tipo de pruebas. FUENTE: Samuel Ramírez Moreno, "Estudios sobre electroencefalografía", *Gaceta Médica de México*, t. LXXI, 1941, p. 573

Pública para que se instalara un gabinete de radiología con el objetivo de ofrecer "exámenes radiológicos" y para no solicitarlos a otros nosocomios, como el Hospital General o el Hospital Juárez. Consideró impostergable la tecnificación de las prácticas médicas porque de ello dependía el "conocimiento del enfermo en los términos biológicos más amplios" y porque otorgaba "prestigio a la institución".<sup>66</sup> Al siguiente año, el propio Mario Fuentes solicitó al

<sup>66</sup> AHSS, FMG, SADM, caja 22, exp. 11 (s/f).



jefe del Departamento Médico de la Beneficencia Pública que compraran dos aparatos de electropirexia, “indispensables para el tratamiento efectivo de muchos padecimientos nerviosos”.<sup>67</sup> Estos aparatos producían fiebres artificiales que relajaban la capa cerebral. En 1939, Manuel Guevara Oropeza suplicó que se compraran aparatos de rayos x debido al aumento de “casos neurológicos y neuropsiquiátricos” que requerían un pronto diagnóstico. Señaló que al no haber “servicios de neurología” en el país era menester que las autoridades competentes del Estado brindaran apoyo. Sin embargo, el aparato de rayos x se adquirió hasta 1943 y se instaló en la sala de Servicios Generales.<sup>68</sup>

El 29 de junio de 1943 se anunció con bombo y platillo la inauguración del Pabellón Central de Neuropsiquiatría y Neurocirugía que contaría con 4 aparatos de electropirexia, 2 para diatermia, electroencefalograma, rayos x, sala de operaciones para “Neurocirugía” y aparato de electroshock, el cual recordaba que venía funcionando desde hacía meses “con bastante éxito de mejoría en los enfermos sometidos a dicho tratamiento”. Dicho pabellón tendría una capacidad para 80 asilados (40 mujeres y 40 hombres) con todas las comodidades.<sup>69</sup> Entre 1944 y 1945, los médicos Sixto Obrador y Ortiz Estrada realizaron 160 electroencefalografías en pacientes epilépticos en el Pabellón Central. Escogieron 30 enfermos con “epilepsia orgánica” en los que corroboraron “signos neurológicos” y 24 pacientes con lesiones corticales y hemiplejias; además, los electroencefalogramas revelaban frecuencias bajas e irregularidades en los ritmos y voltajes.<sup>70</sup> Los pacientes epilépticos de La Castañeda no sólo eran sujetos de intervención electroencefalográfica, sino que el grado de disfunción cerebral se convertía en la prueba inobjetable de un daño irreversible.

<sup>67</sup> AHSS, FMG, SADM, caja 30, exp. 3 (s/f).

<sup>68</sup> AHSS, FMG, SADM, caja 22, exp. 11 (s/f).

<sup>69</sup> AHSS, FMG, SADM, caja 22, exp. 11 (s/f).

<sup>70</sup> Sixto Obrador Alcalde y P. Ortiz Estrada, “Comparación de los hallazgos radiográficos y electroencefalográficos en casos de epilepsia orgánica”, *Archivos de Neurología y Psiquiatría de México*, Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría, México, t. VIII, n. 6, 1945, p. 130, 140.

El 1 de marzo de 1944 Francisco Núñez Chávez, ahora al frente del manicomio, comunicó a todos los médicos del establecimiento que el Pabellón Central contaba con aparato nuevo de electroshock para que cada jefe de pabellón enviara a sus enfermos acompañados de su respectivo historial clínico. Fue hasta septiembre de 1957 que el jefe del Pabellón de Epilépticos, Pedro Garcés, solicitó un aparato de electrochoques “a fin de poder reducir en el propio pabellón, los estados de agitación que con bastante frecuencia presentan los enfermos...”<sup>71</sup> A pesar de que la terapia de electrochoques estaba destinada preferentemente a pacientes psicóticos, también solía aplicarse a epilépticos en casos de agitación o agresividad. Por ejemplo, Mario Fuentes observó “mecanismos paranoides” en una mujer epiléptica que tenía un hermano débil mental, un hijo muerto y un aborto. La sintomatología había evolucionado a tal grado de que se volvió “más desobediente, se sale de la casa sola y contra las opiniones de las familias” y también presentaba una “marcada tendencia a sadista”.<sup>72</sup> En mayo de 1950 se le aplicaron 5 electrochoques en el Pabellón de Observación y meses después fue dada de alta. El uso de las terapias eléctricas en la clínica de la epilepsia no sólo procuró dotar de cientificismo a la institución; en realidad proporcionó elementos diagnósticos que cambiaron la mirada en torno a las convulsiones. Pese a que hubo un cambio en la terminología clínica, esto no implicó que los médicos abandonaran aquellos elementos culturales que convertían al epiléptico en un individuo riesgoso. En la década de 1950 se pueden encontrar historias clínicas de epilépticos hombres y mujeres cuyos síntomas estaban ubicados en el comportamiento moral y no en la corteza cerebral. María L. “pasaba días sentada o acostada, sin hablar palabras, se anotan musitaciones, ve que alguien la sigue, ahora ve a su padre muerto”; su diagnóstico es indicador de pervivencia, hasta la segunda mitad del siglo XX, de estigmas sociales vinculados con una supuesta naturaleza violenta de los epilépticos: “síndrome convulsivo, con fenómenos de

<sup>71</sup> AHSS, FMG, SADM, caja 40, exp. 2 (s/f).

<sup>72</sup> AHSS, FMG, SEC, caja 702, exp. 28 (s/f).

automatismo y agresividad”.<sup>73</sup> Ahora bien, en este periodo los médicos comenzaron a introducir potentes fármacos que lograron mitigar las convulsiones y reducir la mortalidad.

A lo largo de los 58 años en La Castañeda encontramos que uno de los principales motivos de alta, el 33.78%, fue por solicitud familiar o del responsable de la tutela, seguido por muerte (24.88%), mientras que el 13.29% no regresaba de sus permisos. En realidad había pocas fugas y mejoraba esto en un 4.73%.

CUADRO 3  
Condición de salida

<i>Condición de salida</i>	<i>%</i>
Solicitud de familia o responsable	33.78
Muerte	24.88
No regresó del permiso	13.29
Remisión	9.47
Traslado	5.72
Fuga	5.23
Mejoría	4.73
Solicitud del paciente	1.06
Curación	0.78
No ameritó internamiento	0.78
Orden de alguna autoridad	0.21
Apto para vivir en familia	0.07
TOTAL	100

FUENTE: BD-PAPIIT.

Un aspecto a destacar es que, si comparamos los motivos de alta por muerte antes y después de 1934, encontramos que en los últimos 35 años se redujo considerablemente la mortandad: 21.12%. Ahora bien, ¿por qué hubo una reducción de la mortalidad? ¿Debemos tomar estos datos como una prueba de la eficacia terapéutica del

<sup>73</sup> AHSS, FMG, SEC, caja 747, exp. 31 (s/f).

manicomio? Una de las razones que aparece de manera constante en las historias clínicas es la intensificación de regímenes alimenticios entre los epilépticos, pero fue la introducción de nuevos agentes químicos y fármacos anticonvulsivos provenientes de Estados Unidos, principalmente, lo que sin lugar a dudas ayudó a disminuir el índice de mortalidad entre los epilépticos.

CUADRO 4  
Motivos de alta de los pacientes diagnosticados con epilepsia  
en el Manicomio La Castañeda  
1910-1968

	1910-1934	1935-1968
Fuga	1.8%	6.5%
Curación	2.6%	0.1%
Muerte	39.9%	19.3%
No regresó de permiso	4.7%	16.5%
Apto para vivir en familia	0.3%	0.0%
Remisión	19.2%	13.5%
Solicitud de la familia	26.7%	36.6%
Solicitud del paciente	3.9%	0.0%
Traslado	1.0%	7.5%
TOTAL	100.0%	100.0%

FUENTE: BD-PAPIIT.

Desde el último tercio del siglo XIX se usaban los bromuros de potasio, valeriana espolvoreada y la belladona como anticonvulsivos que podían mitigar la frecuencia de las convulsiones. A partir de las investigaciones de Eduardo Liceaga, realizadas en 1871,<sup>74</sup> la prescripción médica de anticonvulsivos basados en

<sup>74</sup> En este año, el célebre médico Eduardo Liceaga publicó un extenso trabajo en la *Gaceta Médica de México* en el que analizó los efectos del bromuro de potasio en el tratamiento de la epilepsia. Texto dividido en tres partes, en el primero estudió la composición química y los síntomas de ingesta en los pacientes. Luego mostró algunos casos representativos de la acción benéfica

bromuros comenzó a popularizarse entre los médicos, incluso entre los propios homeópatas.<sup>75</sup> Para finales de siglo XIX era una práctica común que los facultativos recomendaran —incluso en la prensa capitalina— los bromuros, la belladona y la valeriana, acompañados de una “alimentación balanceada, ejercicio y vida tranquila”.<sup>76</sup> Aunque en Europa se sabía que el exceso de bromuros producía envenenamientos o síntomas psicóticos,<sup>77</sup> en México se utilizaron hasta las primeras tres décadas del XX.

Tenemos registro de que en 1933 los médicos del manicomio todavía solicitaban la sustancia para diversas actividades. Por ejemplo, en el *Reglamento del consumo de medicinas, de patente, inyectables, materiales de curación y narcóticos*, publicado ese mismo año, se establecían los lineamientos que debían cumplir las salas y pabellones de hospitales y consultorios dependientes de la Beneficencia Pública. Cuando el entonces director Manuel Guevara Oropeza informó acerca de la “lista de existencias en Farmacia” al personal del inmueble, inmediatamente los médicos solicitaron que se incluyeran bromuro de potasio, belladona, opio y luminal.<sup>78</sup> Los barbitúricos que más se utilizaron fueron el luminal sódico, epamin, hidontoina, fenofarbital, pentotal y eskabarb,

del bromuro y el efecto relajante en el carácter de los epilépticos. Finalmente, retomó los experimentos de varios colegas y subrayó algunos puntos sobre el agente terapéutico. Liceaga concluyó que el bromuro de potasio obraba principalmente en la médula espinal y consecutivamente sobre el encéfalo. El descubrimiento de la sustancia empataba muy bien con la mentalidad positivista de los médicos y el paradigma anatomo-clínico que explicaba la enfermedad; según esto, la acción bioquímica del bromuro actuaba en la localización fisiológica del trastorno. La sustancia controlaba el arrebato del individuo, sedaba la acción refleja y mitigaba el carácter. Eduardo Liceaga, “El bromuro de potasio en el tratamiento de la epilepsia”, *Gaceta Médica de México*, Academia Nacional de Medicina, México, t. 6, 1871, p. 334-344.

<sup>75</sup> Enrique Carrera, “Estudios sobre la epilepsia”, *El Faro Homeopático*, Sociedad Médico-Homeopática Mexicana, México, 1874; Agustín Salinas, *Breve estudio sobre el tratamiento de la histero-epilepsia*, México, Antigua Imprenta de Murguía, 1886; Vicente Montes de Oca, *Breve exposición de los principales tratamientos de la histeria y la epilepsia*, México, Oficina Tipográfica de la Secretaría de Fomento, 1893.

<sup>76</sup> Porfirio Parra, “Sección del doctor. Epilepsia”, *El Universal*, 1 de junio de 1892, p. 2; “Sección del doctor. Más sobre epilepsia”, *El Universal*, 3 de junio de 1892, p. 2.

<sup>77</sup> Andrew Scull, *La locura...*, p. 154.

<sup>78</sup> AHSS, FMG, SADM, caja 2, exp. 4 (s/f).



Figuras 5 y 6. Productos para la epilepsia.

FUENTE: *Revista Mexicana de Psiquiatría, Neurología y Medicina Legal*, v. IV, n. 20, 1 de julio de 1937. A partir de la década de los treinta, la publicidad farmacológica comenzó a ocupar los principales espacios en las revistas médicas capitalinas y la presencia de la industria farmacéutica internacional logró rápidamente posicionarse en el medio nacional. También las compañías farmacéuticas mexicanas aparecieron en este periodo

todos ellos agentes químicos que actuaban como sedantes del sistema nervioso central, muchas veces hasta el adormecimiento.<sup>79</sup> La introducción de nuevos fármacos empataba muy bien con la postura organicista de muchos médicos del manicomio; en cierto sentido, la llegada de nuevos medicamentos vino a consolidar la visión neurológica de la epilepsia.

Pero la experimentación con nuevas sustancias no estaba exenta de errores. En 1937 Carlos Pavón y Gilberto Bolaños constataron en sus consultorios privados que el vino medicinal del señor Ricardo Durán aparentemente había dado “resultados satisfactorios”. Se había usado en casos de epilepsia esencial y ataques epileptiformes, observando que “en tres casos se han retirado los

<sup>79</sup> Un recuento de los principales barbitúricos utilizados por los médicos en este periodo está en Manuel Falcón, “El pentothal como tratamiento del estado de mal epiléptico”, *Archivos de Neurología y Psiquiatría de México*, Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría, México, t. VI, n. 5, 1943, p. 295-298.

accesos que eran cada 3 o 4 días hasta dos meses”, todo sin “complicación tóxica”.<sup>80</sup> Ante la noticia, el 28 de enero de 1938 el manicomio solicitó al propio Ricardo Durán Huerta 20 frascos del producto “Yolmatil” para su experimentación. Sin embargo, los jefes del Pabellón de Epilépticos informaron que no se había presentado mejoría, amén de que en algunos “aumentaron las crisis comiciales”.<sup>81</sup> Los fármacos que verdaderamente daban resultados eran los barbitúricos, sobre todo el eskarbab. En mayo de 1958 Javier Garciadiego, jefe del Pabellón Bernardino Álvarez, solicitó una dotación mensual de 1 500 cápsulas para el tratamiento de asilados epilépticos, en consideración a la disminución de las crisis epilépticas observadas durante 1954 y 1956. Una parte de sus resultados son los siguientes:

CUADRO 5  
Resultados de la prueba farmacológica

<i>Núm.</i>	<i>Caso</i>	<i>Sexo</i>	<i>Promedio mensual de crisis antes del tratamiento</i>	<i>Promedio mensual de crisis después del tratamiento</i>	<i>Porcentaje de disminución de crisis</i>	<i>Tiempo de experiencia clínica</i>
1	C. F	M	0.5	0	100	24
2	C. AJ	M	1	0.7	30	9
3	C. E. A	M	5	0.6	88	26
4	D. R. A	M	0.8	0.25	70	26
5	E. S. A	M	6.66	0	100	23

FUENTE: FMG, SADM, C-33, exp. 8 (s/f).

El médico Javier Garciadiego concluyó que el número de accesos epilépticos durante dos años había bajado en un 69.33%. Su informe nos permite inferir que los médicos eran conscientes de que la acción de los fármacos podía aliviar a los pacientes y reducir la frecuencia de los accesos convulsivos. También nos

<sup>80</sup> AHSS, FMG, SADM, caja 31, exp. 1, f. 3.

<sup>81</sup> AHSS, FMG, SADM, caja 31, exp. 1 (s/f).

permite comprender, en cierto sentido, por qué se redujo el tiempo de estancia promedio. En el cuadro 6 podemos observar la notable reducción del tiempo de estancia de 52.53 meses entre 1910-1934 a 23.45 meses de 1935 a 1968, pero además, si comparamos estos datos con el promedio de edad en el que morían los pacientes, observamos que la esperanza de vida en el último periodo se alargó dos años más.

CUADRO 6  
Tiempo de estancia promedio

<i>Años</i>	<i>Tiempo de estancia en meses</i>	<i>Promedio de edad (muerte)</i>
1910-1934	52.53	27.27
1935-1968	23.45	29.29

FUENTE: BD-PAPIIT.

El 20 de febrero de 1967 el encargado del Pabellón de Epilépticos envió una misiva al entonces director del manicomio, Agustín Caso Muñoz, para que fueran trasladados o dados de alta varios pacientes, muchos de los cuales estaban “controlados con medicamento del tipo de la Hidantina y Eskabarb”.<sup>82</sup> Estos dichos corroboran parcialmente que los pacientes convulsivos podían ser trasladados o enviados a sus familias debido a que era posible “controlar” los accesos convulsivos. De 1960 a la clausura del manicomio se observa que de los motivos de alta el 7.61% correspondía a muerte, cifra menor en comparación con la década anterior que representaba el 18.70%. Además, en los ocho años restantes de trabajo en el manicomio, el 37.68% se debía a las solicitudes de familia o responsables, mientras que los traslados significaron el 14.86%. De esta manera, al reducirse sustancialmente el porcentaje de muertes, también se logró reducir el tiempo de confinamiento manicomial; controlado el paciente mediante fármacos las familias podían disponer de sus enfermos a menos de que fueran trasladados a otros hospitales de la capital.

<sup>82</sup> AHSS, FMG, SADM, caja 31, exp. 1 (s/f).



### *Consideraciones finales*

Los pacientes con diagnóstico de epilepsia en el Manicomio General de La Castañeda fueron una población diversa, joven y mayoritariamente masculina, de escasos recursos y oriunda del interior de la República Mexicana que, por situaciones traumáticas, contusiones o criterios culturales llegaron a ocupar un espacio en los pabellones respectivos de la institución para convertirse en sujetos de intervención médica. A partir de los dos momentos abordados en este trabajo, observamos que la realidad de los números no siempre coincidía con las prácticas médicas en el “día a día”, aunque sirvieron como un referente de orientación cuantitativa que vislumbró el mapa demográfico de los epilépticos en situación de encierro. La concepción de la epilepsia durante la primera década del siglo XX tuvo una progresión bastante significativa. Desde finales del siglo XIX a las primeras tres décadas del XX se le consideró una enfermedad peligrosa por sus secuelas mentales que merecía el encierro psiquiátrico, pero posteriormente se le observó como una enfermedad susceptible de un riguroso análisis orgánico y cerebral. El aumento progresivo de su población no sólo fue consecuencia del crecimiento demográfico de la capital mexicana, sino efecto de una política de “extrañeza” por parte de las autoridades del manicomio a las que no les quedaba del todo claro si debían estar o no ocupando un lugar en La Castañeda. Por otro lado, 1910-1934 significó un periodo de confinamiento manicomial basado fundamentalmente en criterios culturales, sin negar por ello que los epilépticos presentaron crisis convulsivas que merecían algo más que el encierro; 1935-1968 simbolizó un periodo de experimentación en el cual el cuerpo de los pacientes se convirtió en un laboratorio de análisis y corroboración de hallazgos. Sin embargo, entre uno y otro momento pudimos apreciar las continuidades no calculadas por los médicos, sobre todo en lo que respecta a la pervivencia del carácter epiléptico y su vinculación con trastornos mentales.

En este sentido, la intervención directa por medio del electroencefalograma permitió desarrollar un sistema de cuantifi-

cación de la actividad bioquímica y favoreció la visibilización de la corteza cerebral. Muchos celebraron los progresos de la neurología a partir de la tecnificación de los instrumentos y la llegada de potentes fármacos que demostraban su eficacia; el estudio de la epilepsia aseguraba, entre psiquiatras avezados y neurólogos entusiastas, un presente alentador y un futuro nada despreciable:

El aporte de la ciencia ha sido extraordinario en los últimos años. El conocimiento del mecanismo de producción de las convulsiones; el perfeccionamiento de la electroencefalografía, que permite un diagnóstico adecuado y un pronóstico evolutivo; la química de las drogas anti convulsionantes, cada día más complicada y cada día más eficaz; la cirugía de algunas formas clínicas, son sólo algunos de los aspectos de sus progresos.<sup>83</sup>

Para muchos médicos, el problema de la epilepsia representó una serie de anomalías en el registro eléctrico de la corteza cerebral, lo cual justificaba la existencia misma del electroencefalograma. De acuerdo con esta concepción organicista, el cerebro del epiléptico no sería otra cosa que un órgano de actividad irregular en donde interactuaban procesos químicos anormales y choques eléctricos dispares. Esta necesidad de neurologizar la epilepsia a partir de 1935 obedeció a la instauración de un programa científicista basado en la fisiología empírica. A pesar de que en las gráficas se observaron dos realidades clínicas aparentemente equidistantes, en la práctica clínica “desde abajo” la epilepsia siempre estuvo vinculada con trastornos mentales hasta la clausura del manicomio. La clínica de la epilepsia en el manicomio estuvo enmarcada durante 58 años entre la psiquiatría de corte francés y el biologicismo neurológico norteamericano, razón por la cual no es posible hablar de una escisión efectiva entre psiquiatría y neurología, al menos no en la emblemática institución psiquiátrica de La Castañeda.

<sup>83</sup> Manuel Camelo, “Consideraciones sobre el tratamiento de la epilepsia infantil”, *Revista Mexicana de Psiquiatría, Neurología y Neurocirugía*, México, v. I, n. 5, 1951, p. 118.



INSTITUTO  
DE INVESTIGACIONES  
HISTÓRICAS