

Alejandro Salazar Bermúdez

“Alcoholismo”

p. 323-372

***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



## ALCOHOLISMO

ALEJANDRO SALAZAR BERMÚDEZ  
Universidad Nacional Autónoma de México  
Facultad de Filosofía y Letras

### INTRODUCCIÓN

En el acto protocolario de inauguración del Manicomio General La Castañeda el 1 de septiembre de 1910, el ingeniero Porfirio Díaz, hijo, manifestó su preocupación por el alcoholismo desmedido entre todas las clases sociales. En su discurso inaugural reconoció la necesidad de encerrar a los alcohólicos “propiamente dichos, ó las degeneraciones que él produce”.<sup>1</sup> En sus palabras, el manicomio serviría principalmente para tratar el alcoholismo, pues afirmó que bastaba “tan sólo ver las proporciones de los edificios destinados á alcohólicos, epilépticos é imbéciles, siendo la mayor parte de estas dos últimas designaciones producto de degeneraciones alcohólicas”.<sup>2</sup> Estas declaraciones muestran dos cosas: por un lado, la preocupación de la elite por el alcoholismo; y, por el otro, la recepción de las teorías psiquiátricas que la justificaban.

La historiografía sobre el alcoholismo ha mostrado que la preocupación médica por el consumo de alcohol surgió a finales del siglo XVIII y se agudizó a finales del siglo XIX, gracias a la teoría de la degeneración que sirvió como instrumento explicativo del fenómeno alcohólico.<sup>3</sup> Aunque se ha hecho mención a

<sup>1</sup> *El Imparcial*, 2 de septiembre de 1910, p. 7.

<sup>2</sup> *Ibidem*.

<sup>3</sup> Nadia Menéndez Di Pardo, *Alcoholismo y saber médico en México, 1870-1930*, tesis de maestría en Historia, Universidad Nacional Autónoma de México, 2011; Ana María Carrillo, “La profesión médica ante el alcoholismo en el México moderno”, *Cuicuilco*, México, v. VIII, n. 24, 2002, p. 313-332. Para el caso español, véase Ricardo Campos Marín, *Alcoholismo, medicina y sociedad en*



Figura 1. “El alcohol con el tiempo provoca locura”.

FUENTE: Departamento de Salubridad Pública de México, *Cartilla escolar sobre alcoholismo*, México, Al Libro de Caja, 1941

la relación entre alcoholismo y locura en el plano del discurso, poco sabemos de las respuestas desde la clínica psiquiátrica a tales padecimientos. Encontramos textos que abordan la discu-

*España, 1876-1923*, Madrid, Consejo Superior de Investigaciones Científicas, 1997. En Francia: Rafael Huertas, “Alcoholismo y degeneración”, en *Locura y degeneración. Psiquiatría y sociedad en el positivismo francés*, Madrid, Consejo Superior de Investigaciones Científicas, 1987, p. 59-104. En Argentina: Rafael Huertas, “La inadaptación al Nuevo Mundo”, en *El delincuente y su patología: medicina, crimen y sociedad en el positivismo argentino*, Madrid, Consejo Superior de Investigaciones Científicas, 1991. El caso colombiano ha sido estudiado por Óscar Calvo Isaza y Marta Saade de Granados, *La ciudad en cuarentena. Chicha, patología social y profilaxis*, Bogotá, Ministerio de Cultura, 2002; Carlos Ernesto Noguera, *Discurso médico y prácticas higiénicas durante la primera mitad del siglo XX en Colombia*, Medellín, Fondo Editorial Eafit, 2003; Alejandro Salazar Bermúdez, “*Necesitamos hombres patriotas y fuertes*”: alcoholismo y civilización en Medellín, 1900-1930, tesis de licenciatura en Historia, Medellín, Universidad de Antioquia, 2013.

sión de la clasificación psiquiátrica del alcoholismo en el plano internacional<sup>4</sup> y trabajos que han señalado el proceso de internamiento de bebedores en manicomios, investigaciones importantes pero insuficientes para dar cuenta de la relevancia de estos pacientes desde la demografía psiquiátrica.<sup>5</sup>

En otros trabajos se ha fijado la atención en el consumo de bebidas alcohólicas como factor de transgresión y criminalidad, y se han utilizado fuentes como normas, códigos y medidas elaboradas por el Estado para contrarrestar el alcoholismo en la sociedad.<sup>6</sup> También han destacado las investigaciones sobre el alcoho-

<sup>4</sup> Claude Quérel, “El ‘avance creciente de la alienación alcohólica’”, en Claude Quérel y Jacques Postel (coords.), *Nueva historia de la psiquiatría*, 2a. ed., México, Fondo de Cultura Económica, 2000, p. 255-262; Rafael Huertas, “Alcoholismo y degeneración”, en *Locura y degeneración. Psiquiatría y sociedad en el positivismo francés*, Madrid, Consejo Superior de Investigaciones Científicas, 1987, p. 59-104. Véase también el capítulo, “Psiquiatría social”, en Franz G. Alexander y Sheldon T. Selesnick, *Historia de la psiquiatría. Una evaluación del pensamiento psiquiátrico desde los tiempos prehistóricos hasta nuestros días*, Barcelona, Espaxs, 1970, p. 399-428; para el caso inglés, véase John S. Madden y Edward M. Brown, “Trastornos por abuso de sustancias”, en Germán Berrios y Roy Porter (eds.), *Una historia de la psiquiatría clínica*, Madrid, Triacastela, 2012, p. 759-780.

<sup>5</sup> Véase el capítulo del libro de Andrés Ríos Molina, “Históricas, alcohólicos y otros malportados, 1910-1913”, en *La locura durante la Revolución Mexicana. Los primeros años del Manicomio General La Castañeda, 1910-1920*, México, El Colegio de México, Centro de Estudios Históricos, 2009, p. 85-120; para el caso parisino, véase Patricia E. Prestwich, “Drinkers, Drunkards, and Degenerates: The Alcoholic Population of a Parisian Asylum, 1867-1914”, *Social History/Histoire Sociale*, v. XXVII, n. 54, 1994, p. 321-335; Prestwich, “Female Alcoholism in Paris, 1870-1920: The Response of Psychiatrists and of Families”, *History of Psychiatry*, v. XIV, n. 3, 2003, p. 321-336; para el caso brasileño, véase Fernando Sergio Dumas dos Santos, “Alcoholismo e medicina psiquiátrica no Brasil do início do século XX”, *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. XVII, n. 2, 2010, p. 401-420.

<sup>6</sup> William Taylor, *Embriaguez, homicidio y rebelión en las poblaciones coloniales mexicanas*, México, Fondo de Cultura Económica, 1987; Juan Pedro Viqueira Albán, *¿Relajados o reprimidos? Diversiones públicas y vida social en la ciudad de México durante el Siglo de las Luces*, México, Fondo de Cultura Económica, 1987; Mario Barbosa, “La persistencia de una tradición: consumo de pulque en la ciudad de México, 1900-1920”, en Ernest Sánchez Santiró (coord.), *Cruda realidad: producción, consumo y fiscalidad de las bebidas alcohólicas en México y América Latina, siglos XVII-XX*, México, Instituto de Investigaciones Dr. José María Luis Mora, 2007; Pablo Piccato, “‘No es posible cerrar los ojos’. El discurso sobre la criminalidad y el alcoholismo a finales del Porfiriato”, en Ricardo Pérez Montfort (coord.), *Hábitos, normas y escándalo*.

lismo en las campañas de salud durante la primera mitad del siglo XX mexicano, empresas que sirvieron a la consolidación del proyecto nacional surgido de la Revolución Mexicana y que articularon movimientos sociales a partir de iniciativas oficiales.<sup>7</sup>

Como puede verse, los estudios sobre alcoholismo se concentran en el periodo de finales del siglo XIX y llegan a 1940, periodo en el cual médicos, congregaciones religiosas y los gobiernos posrevolucionarios mostraron una fuerte preocupación por el consumo de alcohol.<sup>8</sup> La perspectiva que dichos textos ofrecen está ligada a la medicalización y a la influencia de la teoría de la degeneración en la conceptualización del alcoholismo, pero han dejado fuera la relevancia numérica de este tipo de pacientes en instituciones psiquiátricas, los retos que plantean a los psiquiatras que elaboran el diagnóstico, las carencias de tratamientos, los problemas familiares y sociales del bebedor que llevan a su internamiento y las condiciones de salida, entre otros aspectos, que hacen de este tipo de población psiquiátrica un grupo que se diferencia de otro tipo de pacientes y que planteó cuestiones tan importantes como si el alcoholismo es o no una enfermedad mental, cuáles son sus características, síntomas, formas, y la manera de proceder con los alcohólicos.

En esta investigación se estudia la clínica psiquiátrica en torno al alcoholismo durante el funcionamiento de La Castañeda (1910-1968). Esto nos permitirá comprender cómo fue realmente la práctica de los psiquiatras en la institución y cuáles fueron

*Prensa, criminalidad y drogas durante el Porfiriato tardío*, México, Plaza y Valdés Editores, 1997; Pablo Piccato, *Ciudad de sospechosos: crimen en la ciudad de México, 1900-1931*, México, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, 2010.

<sup>7</sup> Gretchen Pierce, *Sobering the revolution: México's Anti-alcohol Campaigns and the process of State-Building, 1910-1940*, tesis de doctorado en Filosofía, Universidad de Arizona, 2008, p. 69, y del mismo autor, "Parades, Epistles and Prohibitive Legislation: Mexico's National Anti-Alcohol Campaign and the Process of State-Building, 1934-1940", *Social History of Alcohol and Drugs*, Alcohol and Drugs History Society, v. XXIII, n. 2, 2009, p. 151-180; Ricardo Pérez Montfort (coord.), *Cien años de salud pública en México. Historia en Imágenes*, México, Secretaría de Salud, 2010.

<sup>8</sup> Diego Pulido, *¡A su salud! Sociabilidades, libaciones y prácticas populares en la ciudad de México a principios del siglo XX*, México, El Colegio de México, Centro de Estudios Históricos, 2014.

sus respuestas ante las problemáticas que presentaban los bebedores al funcionamiento de la institución, lo que en muchos casos distaba de los enunciados y escritos teóricos al respecto. De igual manera, por medio del estudio de la clínica y de las formas como entendieron y trataron el alcoholismo los psiquiatras, podemos comprender todo un juego de valores que intervinieron en la decisión del internamiento de un bebedor, tales como la disciplina, la productividad y la estabilidad familiar.

De una muestra del 20% de los ingresos al manicomio durante los 58 años de historia, la cual está compuesta por 12 296 registros, sabemos que el 16.7% estuvo vinculado al consumo de alcohol. Sin embargo, pese al elevado número de alcohólicos que ingresaron, los psiquiatras de La Castañeda tenían poca claridad acerca de si el alcoholismo era una forma propia de locura o el detonante de patologías mentales. Por consiguiente, el objetivo del trabajo es analizar los principales motivos de confinamiento y comprender la construcción del diagnóstico de alcoholismo, por lo cual se utilizarán como fuente principal los expedientes clínicos y libros de registro de la institución.

El argumento a demostrar es que los criterios culturales de las familias, vecinos, policías, entre otros, resultaron determinantes en la decisión de internar a un bebedor en el manicomio, y que hubo una actitud ambigua por parte de los médicos para definir si el alcoholismo era o no una enfermedad mental. Esto ocasionó que se redefinieran constantemente los criterios médicos para evaluar si los alcohólicos eran sujetos a intervenir por la psiquiatría. Como muestra de ello, encontramos que a mediados del siglo XX los médicos pasaron de las viejas clasificaciones biologicistas, amparadas en el degeneracionismo, a un modelo centrado en los aspectos socioambientales y lo concerniente a los entornos familiares.

Este texto está dividido en tres partes. En la primera se estudia el proceso mediante el cual el hábito de beber pasó de ser considerado un “vicio” a formar parte del discurso médico a lo largo del siglo XIX. Se señala allí también la forma como los médicos mexicanos entendieron dicha enfermedad a partir de la teoría de la degeneración y la pervivencia de este modelo en la clínica psiquiátrica

hasta mediados del siglo xx. En la segunda parte se presentan los dos primeros momentos en los que el ingreso de alcohólicos estuvo marcado por el degeneracionismo y la idea de peligrosidad. En la tercera parte se presentan dos momentos en los que hubo modificaciones en las particularidades de la población mencionada, lo que originó intentos de clasificación sintomática del alcoholismo que llevaron a cambios en la forma de entenderlo. A lo largo del texto se busca examinar los cambios demográficos de la población alcohólica y la transformación del ojo clínico.<sup>9</sup>

#### ALCOHOLISMO, MEDICINA Y PSIQUIATRÍA

Aunque desde comienzos del siglo xix los médicos europeos intentaron definir algunos cuadros relacionados con el consumo de bebidas,<sup>10</sup> fue el sueco Magnus Huss (1807-1890),<sup>11</sup> en su obra

<sup>9</sup> Por ojo clínico se entiende la relación entre un contexto de posibilidades de interpretación, circulación de lecturas, traducciones y las producciones locales mediante las cuales los psiquiatras observan, analizan e interpretan los cuadros clínicos de los pacientes, además del trabajo en la clínica que lleva a una forma de entender la locura que conduce a realizar de cierta manera las lecturas y producciones locales. Véase Alejandra Golcman, “El diagnóstico de demencia precoz y la esquizofrenia en Argentina, 1920-1940”, *Trashumante. Revista Americana de Historia Social*, Medellín-México, n. 5, 2015, p. 152-153.

<sup>10</sup> Thomas Trotter publicó en 1804 un ensayo sobre los bebedores y el inglés Thomas Sutton (1767-1835) hizo la primera descripción del *delirium tremens* en 1813. En el ámbito alemán se publicaron estudios que dieron origen a la definición de la dipsomanía, como los realizados por el alemán C. von Brühl-Cramer en 1819. Otros médicos alemanes, entre ellos Christoph Wilhelm Hufeland, Franz Wilhelm Lipich y K. Rosch, le dieron el carácter de enfermedad al consumo habitual de bebidas alcohólicas. Para el caso francés, desde 1844 J. Bugard se interesó también en el *delirium tremens*; véase Campos Marín, *op. cit.*, p. 30-31.

<sup>11</sup> Magnus Huss nació en Suecia el año de 1807, estudió medicina en la Universidad de Upsala y en 1835 presentó una tesis en materia médica; trabajó en un hospital de una organización religiosa y nobiliaria y escribió un tratado sobre tifoidea y otras obras. En su época de estudiante estuvo muy influenciado por motivos religiosos y morales, lo que derivó en su profundo interés por la embriaguez, ya que observó en bebedores notables, o con embriagueces “discretas”, patologías hepáticas, digestivas y mentales, en pacientes de diversas clases sociales, denominando como alcoholismo el conjunto de consecuencias médico-somáticas en los bebedores. Además de ello tuvo experiencias desagradables con bebidas alcohólicas que lo llevaron a no ingerir alcohol, a ser un promotor de la templanza, y a indicar que cualquiera que



publicada en 1849,<sup>12</sup> quien se encargó de estudiar el consumo de bebidas alcohólicas desde la clínica mediante la observación de bebedores “notables”. En su libro propuso el concepto de alcoholismo como una entidad única que agrupaba un conjunto de manifestaciones patológicas hepáticas, digestivas o mentales, que habían sido consideradas hasta ese momento como independientes. Esto lo llevó a explicaciones sobre el alcoholismo en sí, como también sobre sus causas y consecuencias. Huss propuso el término alcoholismo para designar:

Una intoxicación progresiva, dependiente de la absorción directa del tóxico por la sangre o de la alteración de ésta. Este tóxico, actuando sea como cuerpo extraño, sea como desorganizador, ejercer secundariamente sobre el sistema nervioso una influencia en primer lugar irritante, después sedante, después estupefaciente, pero ordinariamente alternativa antes de ser permanente.<sup>13</sup>

El trabajo de Huss tuvo gran influencia en el ámbito francés, de lo que se deriva que médicos posteriores como Benedict August Morel (1809-1873), en 1857,<sup>14</sup> Valentin Magnan (1835-

fuera la bebida alcohólica tenía riesgos potenciales de modificar la salud del bebedor. Véase Francesc Freixa y Sanfeliu, “De la embriaguez al alcoholismo. (Magnus Huss, 1807-1890): conceptos vigentes en el 2002”, *Revista Española de Drogodependencias*, Valencia, v. XXVII, n. 2, 2002, p. 133-136.

<sup>12</sup> Magnus Huss, *Alcoholismus Chronicus, eller Chronisk Alkolsjukdom; ett bidrag till dyskrasiernas Känneteg. Enlig egen och andras erfarenhet*, Stockholm, 1849. Citada en Ricardo Campos Marín, *op. cit.*

<sup>13</sup> Cita de M. Renadium, “De l’alcoolisme chronique, par M. Le Dr. Magnus Huss, professeur de médecine clinique à l’Institute medico-chirurgical de Stockholm”, *Annales Medico-psychologiques*, n. 5, 1853, p. 87, en Ricardo Campos Marín, *op. cit.*, p. 33.

<sup>14</sup> Para Morel, el alcoholismo crónico era la ingestión de sustancias embriagantes de manera progresiva y constante, de modo que “las lesiones de las funciones nerviosas y digestivas (gastritis crónica, parálisis, convulsiones), los trastornos sensoriales e intelectuales (alucinaciones, ideas delirantes a veces homosexuales, a veces tristes), incluso la inclinación al mal y los actos perjudiciales (suicidio, homicidio) son las inevitables consecuencias de tal intoxicación. Estos fenómenos demuestran la relación causa-efecto suficiente sobre la que hay que seguir llamando la atención del lector, lo que parece bastante obvio para servir como una base para la clasificación de las enfermedades mentales”. Benedict August Morel, “Chapitre VI: Des causes spécifiques de l’alienation mentale. Intoxications diverses”, en *Traité des maladies mentales*,



1916)<sup>15</sup> y Paul Legraine (1860-1939),<sup>16</sup> en 1895, dieran un estatus más “científico” al alcoholismo desde una concepción biologicista, es decir, afirmaron que una de las causas del alcoholismo era la herencia del gusto por la bebida, como también que el alcoholismo podría generar diversas enfermedades en la descendencia.<sup>17</sup>

La teoría de la degeneración propuesta por Morel hizo énfasis en los problemas de la herencia, pues afirmaba que los hijos de los padres alcohólicos podían heredar la tendencia a la bebida, y también la herencia polimorfa expresada en el padecimiento de otras enfermedades que terminarían en un último escalón que sería la deficiencia mental, pasando antes por grados menos profundos como la herencia de tendencias viciosas o criminales, que se convertirían en “el germen de una completa

Paris, Victor Masson, 1860, p. 214. [Traducción mía.] En este sentido, puede verse la influencia de Huss en esta definición.

<sup>15</sup> Valentin Magnan fue una figura central en la psiquiatría francesa de *fin-de-siecle*. Su influencia fue notoria en la clasificación de las enfermedades mentales en las décadas anteriores a la Primera Guerra Mundial. Sus estudios giraron en torno a la parálisis general, la clasificación de enfermedades y, principalmente, el alcoholismo. Magnan hizo su residencia entre 1864-1865 en el hospital psiquiátrico parisino Bicêtre. Su prestigio aumentó cuando trató exitosamente en el Paris Hôpital de l'enfant Jésus al hijo de Luis Napoleón, lo que ocasionó que consiguiera el puesto de director de la Oficina de Admisiones del asilo Sainte-Anne en París, lugar que ocupó entre 1867 y 1912. Sus aportes a la psiquiatría francesa fueron en el estudio de la demencia y en la elaboración de su teoría de la degeneración. Véase Ian Dowbiggin, “Back to the future: Valentin Magnan, french psychiatry, and the classification of mental diseases, 1885-1925”, *Social History of Medicine*, Oxford, v. IX, n. 3, 1996, p. 383-408.

<sup>16</sup> Paul Legrain fue un importante médico influyente en el movimiento de temperancia francés. Estudiante del alcoholismo, fundó en 1895 el movimiento *Union Française Antialcoolique* (UFA) y en 1897 fue nombrado jefe de psiquiatría del recién creado centro para tratamiento de alcohólicos dentro del asilo Ville-Edward, en las afueras de París, cargo en el que permaneció hasta 1912. Véase Patricia E. Prestwich, “Paul-Maurice Legrain (1860-1939)”, *Addiction*, Society for the Study of Addiction, Londres, v. XCII, n. 10, 1997, p. 1255-1263.

<sup>17</sup> Patricia E. Prestwich señala que el alcoholismo en Francia comenzó a ser medicalizado por la profesión psiquiátrica desde finales del siglo XIX. Los doctores franceses comenzaron a estudiar la condición incluso antes de ser acuñado el término en 1849 por el sueco Magnus Huss. Dicha polémica se escapa de las intenciones de este trabajo. Para ello, véase Patricia E. Prestwich, “Drinkers, Drunkards, and Degenerates...”, p. 321.

degeneración, y vienen al mundo los imbéciles o idiotas”.<sup>18</sup> Según la lógica de Morel se daba paso a una desviación del estado de “perfección” primitiva de la especie humana mediante el pecado original, postura que fue ligeramente contrastada por Magnan y Legraine, quienes argumentaron que por medio de la degeneración se dificultaba la adquisición de un estado futuro de perfección.<sup>19</sup>

Desde 1882, Magnan propuso el concepto de “estado mixto” y el de las “locuras propiamente dichas”. A partir de entonces, el alcoholismo era visto como enfermedad; sin embargo, su incursión en el campo de la patología mental fue ambigua. El primer estado contenía las expresiones clínicas tributarias de la psiquiatría con una etiología muy ligada a las afecciones del sistema nervioso central; incluía la “parálisis general, demencia senil, las lesiones cerebrales circunscritas, la epilepsia, el alcoholismo y las intoxicaciones”. En el segundo grupo ubicó las locuras propias de la patología mental que incluían la manía, melancolía, delirios crónicos, locuras intermitentes y las locuras de los

<sup>18</sup> Traducción mía. En el texto Morel dice: “e germe d’une dégénérescence complète, et ils viennent au monde imbéciles ou idiots”. Véase Benedict August Morel, *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l’espèce humaine et des causes qui produisent ces variétés maladives*, Paris, s. e., 1857, p. 114.

<sup>19</sup> Campos Marín, *op. cit.*, p. 60. Como lo ha indicado Rafael Huertas, las obras principales de Morel, *Traité des dégénérescences* y *Traité des maladies mentales*, fueron publicadas en 1857 y 1860, respectivamente; esta última es casi simultánea con la obra del inglés Charles Darwin *On the Origin of Species* de 1859. Por lo tanto, se sugiere que el psiquiatra francés no llegó a conocer la teoría de la evolución formulada por Darwin, aunque el evolucionismo hiciera parte de las discusiones del periodo. La obra de Magnan apareció en las tres últimas décadas del siglo XIX, periodo en el que tuvo gran influencia la obra de Darwin, por lo que es claro el influjo de contenidos darwinistas en su teoría de la degeneración, y por lo que se opuso a la concepción religiosa de Morel acerca del origen del hombre primitivo como un ser perfecto o “ángel caído”. En el degeneracionismo de Magnan se habló de unos hombres primitivos emparentados con otros primates con poca inteligencia y cultura. Posteriormente, el hombre adquiriría grados de “perfección” psicofísica mayores. Dicho proceso evolutivo, según la concepción de Magnan, podía ser interrumpido por alguna causa degeneratriz, y llevar a cabo así un proceso de degeneración hacia una situación similar a la del hombre primitivo. Esta idea es expuesta claramente en Rafael Huertas, “Valentin Magnan y la teoría de la degeneración”, *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, v. v, n. 14, 1985, p. 363-364.

degenerados.<sup>20</sup> En otras palabras, los trastornos producidos por el consumo de bebidas alcohólicas eran claramente diferenciales de las locuras que constituían la base de la patología mental.

En México, el proceso de medicalización del alcoholismo comenzó en el último cuarto del siglo XIX. La historiadora Nadia Menéndez Di Pardo ha señalado que los médicos empezaron a realizar estudios sobre alcoholismo y su relación en el campo de las enfermedades biológicas, y se consideró también el factor herencia como predisponente para adquirir el hábito por las bebidas.<sup>21</sup> Para comienzos del siglo XX el alcoholismo era considerado como una intoxicación que traía al organismo el consumo de bebidas alcohólicas, la cual se daba de manera lenta, gradual y progresiva,<sup>22</sup> y se continuó con los intentos de esclarecer la diferencia con la embriaguez.<sup>23</sup> Esta última fue definida como una “intoxicación brusca y pasajera por medio de mayor o menor cantidad de alcohol, sin dejar huella alguna”.<sup>24</sup>

Sabino A. Casarín, en su tesis de médico cirujano de la Escuela Nacional de Medicina en 1903, definió el alcoholismo crónico como un conjunto de accidentes morbosos que mostraban un uso excesivo y prolongado de las bebidas alcohólicas, mientras que para los efectos inmediatos utilizó la categoría de alcoholismo agudo.<sup>25</sup> Las causas que señalaba iban desde el simple gusto por la bebida, hasta los que bebían para calmar algún supuesto dolor. Otra causa para él era la apetencia por las bebidas espirituosas

<sup>20</sup> George Lanteri-Laura, *Ensayo sobre los paradigmas de la psiquiatría moderna*, Madrid, Tricastela, 2000, p. 150.

<sup>21</sup> Menéndez, *op. cit.*, p. 114.

<sup>22</sup> Nicolás R. y Rojas, *Algunas consideraciones sobre el alcoholismo en México*, tesis de Medicina, Escuela Nacional de Medicina de México, 1903, p. 6.

<sup>23</sup> Estos debates son heredados desde el siglo XIX. En la embriaguez de primer grado no se daba una preocupación tan elevada o no se consideraba como una enfermedad peligrosa ni molesta. No obstante, los médicos consideraban preciso desintoxicar el cuerpo del individuo para que eliminara el alcohol que había sido absorbido y se buscaban medidas para combatir el vicio o hábito de beber. Véase María Ramos de Viesca y Sonia Flores, “El tratamiento del alcoholismo en México en el siglo XIX”, *Salud Mental*, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, México, v. XXII, n. 1, 1999, p. 11-16, 13.

<sup>24</sup> Rojas, *op. cit.*, p. 6.

<sup>25</sup> Sabino A. Casarín, *Alcoholismo y matrimonio*, tesis de Medicina, Escuela Nacional de Medicina de México, 1903, p. 6.

ocasionada por la monomanía de embriaguez de esquirol o dipsomanía. Finalmente, parafraseando a Morel, Casarín habló de “disposiciones anormales innatas o de transmisión hereditaria”.<sup>26</sup>

Francisco López Lira, médico egresado de la Escuela Nacional de Medicina, consideró en 1906 que existían tres tipos de accidentes del alcoholismo en el individuo: los precoces, los cuales consistían en los primeros pasos de un individuo en el mundo de la bebida, cuando éste se había dejado vencer por el vicio; los tardíos, que sólo aparecían en el individuo largo tiempo después del uso de bebidas; por último, consideraba la categoría del “alcoholismo latente”, la cual no se manifestaba en el bebedor si no en su descendencia, convirtiéndola de nacimiento en una multitud degenerada que recibía el castigo que deberían recibir sus padres por sus faltas morales.<sup>27</sup>

Lejos de considerarse solamente como un problema para el individuo bebedor, el alcoholismo se convirtió en una amenaza social capaz de poner en riesgo las generaciones próximas.<sup>28</sup> Las consideraciones clínicas variaron en tanto que se añadieron factores adicionales a las causas etiológicas. Aunado a los grados de la intoxicación aguda por alcohol, Manuel Bonifaz Domínguez reconoció que influía la cantidad de alcohol ingerido y la resistencia desigual de las personas para llegar al estado de ebriedad, y que el alcohólico necesitaba ingerir más o menos cantidad dependiendo de factores como “la herencia, la edad, la constitución, condiciones higiénicas y, sobre todo, la naturaleza de las bebidas [...] así como si estas bebidas se ingieren con alimentos, y otras variadas circunstancias”.<sup>29</sup>

Si bien hubo una notoria influencia de la teoría de la degeneración en la explicación que los médicos mexicanos hicieron del alcoholismo, para la segunda mitad del siglo XX los factores hereditarios dejaron de ser centrales en la etiología del alcoholismo. Se dio paso a una concepción “holística” de la enfermedad mental

<sup>26</sup> *Ibidem*, p. 15-16.

<sup>27</sup> Francisco López Lira, *Estudio médico-social sobre el alcoholismo*, tesis de Medicina, Escuela Nacional de Medicina, 1906.

<sup>28</sup> *Ibidem*, p. 13.

<sup>29</sup> Bonifaz Domínguez, *op. cit.*, p. 13.

influida por la psiquiatría norteamericana en la que cobraron importancia el entorno social y ambiental del individuo,<sup>30</sup> al punto que, como lo señaló el historiador de la psiquiatría Gerald Grob, se puso en duda la relación de la lesión orgánica con la enfermedad mental.<sup>31</sup> A raíz de esto, para determinar las causas del alcoholismo era necesario no considerar a la persona sola sino también a su familia como una unidad integrada, y se entendió el consumo de bebidas alcohólicas como un acto no saludable para la humanidad, basado en patrones culturales, de defensa psicológica y como una reacción de la persona que refleja su inadaptación para afrontar problemas, *stress* o angustia.<sup>32</sup>

<sup>30</sup> Dicho cambio de influencia en la forma de clasificar las enfermedades mentales en México fue señalado por reconocidos psiquiatras mexicanos como Samuel Ramírez Moreno, director de La Castañeda entre 1921 y 1931 y director de la *Revista Mexicana de Psiquiatría*. En 1950 mencionó que, durante la primera mitad del siglo XX, la clasificación de las enfermedades estuvo influenciada por las escuelas francesa y alemana y que en ese momento se aceptaba la influencia norteamericana. Véase Samuel Ramírez Moreno, *La asistencia psiquiátrica en México*, México, Memorias del Congreso Internacional de Psiquiatría, 1950, p. 56.

<sup>31</sup> Gerald Grob, "Origins of DSM-I: A Study in Appearance and Reality", *The American Journal of Psychiatry*, v. CXLVIII, n. 4, 1991, p. 422. En el ámbito mexicano, Rafael Velasco Fernández, médico psiquiatra que en 1981 fungía como subsecretario de Educación Superior e Investigación Científica de la Secretaría de Educación Pública (SEP), miembro del panel de expertos en salud mental de la Organización Mundial de la Salud y presidente del Centro de Psiquiatría y Neurofisiología Clínica (CEPNEC), afirmó que desde años cercanos a 1960 se han desarrollado marcos de acción respecto del alcoholismo que van dirigidos hacia la prevención primaria, secundaria y terciaria, y que los estudios de entonces permitían afirmar que era posible la prevención de los estados que desencadenaba el alcoholismo por medio de la legislación y la educación. Según Velasco, esta transformación en la conceptualización del alcoholismo y los medios para tratarlo estuvo fuertemente influida por el impacto de los reportes y documentos publicados por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Véase Rafael Velasco Fernández, "La educación como alternativa de prevención del alcoholismo. Una experiencia mexicana", en Rafael Velasco Fernández (ed.), *Alcoholismo: visión integral*, México, Trillas, 1988.

<sup>32</sup> Este enfoque holístico se observa en los escritos sobre alcoholismo mexicanos a partir de la década de 1960. Se tomaron referencias de Nathan W. Ackerman (1908-1971), psiquiatra y psicoanalista estadounidense, quien afirmó que "la predicción adecuada no puede ser la persona sola, sino que debe ser la persona y el ambiente familiar como una unidad integrada". Véase Georgina Serrano y Cuevas, *Estudio sobre la posibilidad de un diagnóstico precoz del alcoholismo*, tesis de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, 1977, p. 5-6.

Por lo tanto podemos encontrar en los expedientes clínicos en la primera década de funcionamiento del manicomio bajo el modelo etiológico<sup>33</sup> menciones como la de “padres alcohólicos”, “abuelos alcohólicos”, mientras que de 1950 a 1968 nos revelan un cambio en la mirada clínica, la cual, además de los datos acerca de la ascendencia y descendencia del paciente, incluyó las condiciones de vida de la persona antes del internamiento y aspectos como la vida sexual y la vida laboral, entre otros. Dicha transformación tuvo como punto de inflexión la clasificación sintomática generada en la década de 1930 sobre la cual se profundizará más adelante.

En el siguiente apartado se especifican las características de la población alcohólica que ingresó a la institución entre 1910 y 1968; luego se muestra cómo, en diferentes momentos del funcionamiento del manicomio, las preocupaciones en materia de salud pública y las campañas contra el alcoholismo influyeron en el número de bebedores que ingresaron a La Castañeda, todo motivado por la difusión de la idea de que el alcoholismo llevaba a la locura. Ante una cantidad elevada de ingresos por problemas relacionados con el consumo de bebidas alcohólicas, los médicos se vieron obligados a determinar quiénes eran verdaderos alcohólicos y quiénes necesitaban el internamiento psiquiátrico.

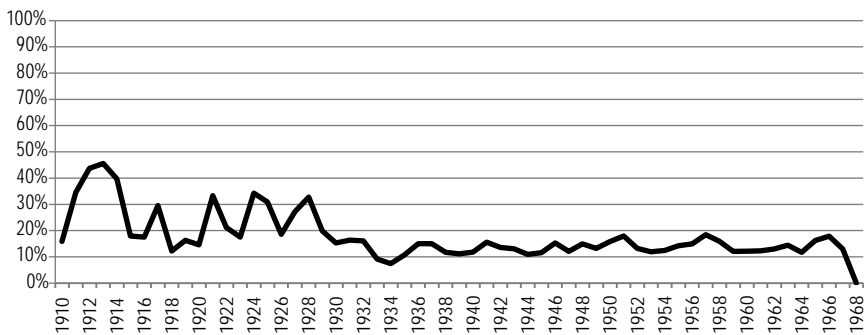
La muestra de registros con diagnóstico de alcoholismo constituye el 16.7%, que representa el segundo grupo de población más numeroso después de las psicosis endógenas, la cual equivalía al 33.1%. Si se observa la gráfica 1, hay grandes variaciones en el

<sup>33</sup> El sistema de clasificación etiológico consistía en crear grupos de enfermedad según el origen o causa de la misma. Este sistema estuvo en la agenda de discusión de los psiquiatras alrededor del mundo a partir de la publicación del tratado de Morel en 1857. Ejemplo de su influencia es el caso del argentino Domingo Cabred en el Congreso Internacional de Medicina Mental realizado en París en 1889, quien realizó una propuesta de clasificación que incluía, siguiendo la teoría moreliana, cuatro grupos: locura vesánica, neuropática, tóxicas, orgánicas y degenerativas. La historiadora Sandra Caponi hace un profundo análisis de las propuestas de un primer sistema clasificatorio internacional e ilustra las diferencias entre los modelos propuestos: el etiológico, anatomopatológico, evolutivo o mixto y sintomático. Véase Sandra Caponi, “Clasificaciones, acuerdos y negociaciones: bases de la primera estadística internacional de enfermedades mentales (París, 1889)”, *DYNAMIS, Acta Hispanica ad Medicinæ Scientiarumque Historiam Illustrandam*, Granada, v. 32, n. 1, 2012, p. 195.

ingreso de pacientes alcohólicos respecto de los ingresos generales de la institución. ¿A qué se debió que en un momento dado ingresaran más o menos pacientes de este tipo? ¿Qué relación hubo entre el contexto histórico y las características de la población psiquiátrica ingresada? ¿Hubo variaciones en la forma de clasificar a los alcohólicos?

GRÁFICA 1

Proporción de pacientes diagnosticados con alcoholismo en relación con la población total del Manicomio La Castañeda 1910-1968



FUENTE: BD-PAPIIT.

Para responder estos interrogantes hemos dividido la temporalidad en cuatro periodos: 1910-1919: periodo en el que hubo una continuidad con el Porfiriato en la forma de entender el alcoholismo, la cual estuvo signada en gran medida por la teoría de la degeneración y la idea de peligrosidad del alcohólico; 1920-1933: periodo en que los alcohólicos fueron llevados principalmente por la policía, en un momento en el que los gobiernos posrevolucionarios buscaron consolidar un Estado sólido y para ello promovieron diferentes campañas de salud, entre la que destacó la antialcohólica, razón por la cual llegaron al manicomio bebedores que no necesariamente eran alcohólicos; 1934-1953: periodo caracterizado por los cambios en la forma de clasificar a los alcohólicos debido a que se establecieron tres tipos diferentes según la presencia o no de alucinaciones y la dipsomanía dejó de ser vista por los médicos como una enfermedad que debía tratarse



en el ámbito psiquiátrico; 1954-1968: la forma de entender el alcoholismo varió considerablemente, pues de lo orgánico/hereditario comenzó a darse paso a una perspectiva social/ambiental en la que se tuvieron en cuenta tanto los síntomas propios como el delirio y la alucinación, así como los factores económicos, sociales y familiares para determinar su etiología.

### ALCOHOLISMO, PELIGROSIDAD Y DEGENERACIÓN

#### *1910-1919: Pocos locos, muchos degenerados*

Durante los años de la Revolución, el Manicomio General fue un espacio subutilizado. Tal como lo ha señalado Andrés Ríos Molina, la población psiquiátrica decreció, en especial durante los años 1910 y 1920, momento de gran conflicto bélico que conllevó a que no se llegara a albergar los 1 200 pacientes para los que tenía capacidad la institución. En 1915, año de convulsión social y política, ingresaron tan sólo 385 personas, que sumaron no más de 600 pacientes con los que ya había, siendo ésta la menor cantidad de pacientes en los 58 años de vida del manicomio.<sup>34</sup>

Si se observa la gráfica 1, puede verse que la población general disminuyó entre 1910 y 1914, contrariamente a lo que sucedió con el grupo de personas con diagnóstico de alcoholismo.<sup>35</sup> Se tiene entonces que en este periodo ingresó el 17% de los alcohólicos internados durante todo el funcionamiento de La Castañeda, y que el 28.4% de los registros de la muestra fue de alcohólicos (véase cuadro 1). Debe anotarse que desde inicios del siglo XX comenzó a implantarse una serie de medidas legales que pretendían contrarrestar los efectos sociales y biológicos

<sup>34</sup> Andrés Ríos Molina, *La locura durante la Revolución Mexicana...*, p. 44-45.

<sup>35</sup> Andrés Ríos Molina señala que los alcohólicos fueron una población muy numerosa en la institución, llegando a constituir entre 1910 y 1913 el 51.1% de los diagnósticos de hombres y el 21.8% de las mujeres; entre 1914 y 1916 el 29.5% de los diagnósticos de hombres y el 14.1% en mujeres, y entre 1917 y 1920 el 20% de los hombres que egresaron tuvieron diagnóstico de alcoholismo. Véase Andrés Ríos Molina, *op. cit.*

del alcoholismo; estas medidas buscaron reglamentar aspectos desde la producción hasta el consumo de bebidas.

Las normatividades adoptadas reglamentaban los expendios y sus mostradores para que no fueran visibles desde el exterior, aunándose a esto disposiciones higiénicas respecto a la ubicación de los mingitorios.<sup>36</sup> Aunque en los inicios de la Revolución se mantuvieran los preceptos porfirianos, en los gobiernos de Victoriano Huerta y Venustiano Carranza se introdujeron medidas como la prohibición del consumo dentro de los locales de expendio y la prohibición del ingreso a mujeres y menores de edad, respectivamente.<sup>37</sup> Los ataques al consumo fueron tomando un trasfondo moralizador con el que se querían inculcar valores como la educación, la higiene, la puntualidad y el trabajo.<sup>38</sup>

Como ha mostrado la historiadora Nadia Menéndez, durante el Porfiriato (1876-1911) y las siguientes décadas del siglo XX hubo una evidente medicalización del alcoholismo en tanto que éste pasó a ser ampliamente discutido por los médicos, debido a sus implicaciones en la morbilidad y mortalidad; sin embargo, en sus investigaciones continuaron señalando el problema moral.<sup>39</sup> Durante los años de la Revolución, la literatura médica sobre alcoholismo es escasa si se compara con la del Porfiriato tardío; esto, sumado al alto número de ingresos por alcoholismo a La Castañeda y analizado en relación con la instancia remitente de bebedores, nos permite pensar que para esos años el alcoholismo no fue un tema que interesara a los psiquiatras y que se mantuvo la noción de peligrosidad producto de la óptica degeneracionista y el carácter transgresor que representaba el bebedor.<sup>40</sup>

<sup>36</sup> Mario Barbosa Cruz, “La persistencia de una tradición: consumo de pulque en la ciudad de México, 1900-1920”, en Ernesto Sánchez Santiró (coord.), *op. cit.*, p. 220.

<sup>37</sup> *Ibidem*, p. 226.

<sup>38</sup> Jesús Méndez Reyes, “De crudas y moralidad: campañas antialcohólicas en los gobiernos de la posrevolución (1916-1931)”, en Ernesto Sánchez Santiró (coord.), *op. cit.*, p. 249.

<sup>39</sup> Nadia Menéndez Di Pardo, *op. cit.*, p. 96.

<sup>40</sup> Según Nadia Menéndez, entre 1900 y 1910 se publicaron 12 tesis y 7 artículos sobre alcoholismo. *Ibidem*, p. 92. Mientras que para el periodo revolucionario hemos encontrado cuatro tesis y un artículo de revista de Enrique Aragón.

Respecto de las instancias remitentes (cuadro 3) podemos ver que los gobernadores de diferentes estados fueron responsables del internamiento del 43.1% de los alcohólicos. Este tipo de ingreso es representativo únicamente en este periodo, lo que puede sugerir que fueron motivados por cuestiones de orden político, producto del conflicto bélico, además de que la forma de realizar el procedimiento consistía en que de diferentes localidades se pedía un certificado médico, razón por la cual puede verse que el manicomio se reconoció en las diferentes zonas del país como el lugar apropiado para tratar este tipo de personas. Otro 21.4% de alcohólicos fue llevado por la policía, que se convirtió en la segunda instancia remitente más influyente en ese momento. La familia fue la responsable del internamiento del 12.9% de los bebedores, instancia que aparece constantemente en los registros de ingreso durante todo el funcionamiento de La Castañeda.

El 54.6% de los diagnósticos dentro del grupo de alcohólicos en este periodo fue el de la psicosis alcohólica (véase cuadro 2), entendida como el estado en el cual el alcoholizado presentaba alucinaciones e ideas contrarias a la realidad, es decir, estos pacientes podían tomar “una ventana por una puerta, un objeto por una persona o un animal; encuentran con otro sabor y otro gusto los alimentos que toman, tienen visiones fantásticas, sobre todo de animales o escenas lúbricas y cuadros ‘obscénicos’, verdaderas ilusiones cinematográficas”.<sup>41</sup> Los psiquiatras leyeron también síntomas como facies congestionada, la yugular turgente, sudor fétido que recorre todo el cuerpo, pupilas estrechas, calambres, temblores en las extremidades, pérdida del sueño y del apetito, temperatura corporal muy alta o extremidades muy frías, habla continua y fácil, entre otros. También mencionaron que el delirio de un alcohólico duraba entre tres y cinco días, al cabo de los cuales el enfermo sentía un sueño reparador.<sup>42</sup>

En segundo lugar, el alcoholismo crónico representó el 16.6% de los diagnósticos de ingreso de los alcohólicos del periodo (véase cuadro 2). Éste era entendido como el estado al que llegaban

<sup>41</sup> Bonifaz Domínguez, *op. cit.*, p. 21-22.

<sup>42</sup> *Ibidem*, p. 22.

los que tomaban bebidas alcohólicas con frecuencia, por lo que presentaban síntomas como “disminución de las facultades intelectuales, morales y perturbaciones de algunos órganos, aparato digestivo, genito-urinario y sistema nervioso”.<sup>43</sup> Este estado podía desembocar en el *delirium tremens* si el individuo atacado de “ebriedad”, en palabras del doctor Bonifaz Domínguez, continuaba ingiriendo alcohol o lo suspendía de golpe. Dicho médico también lo definió como un proceso en el cual

el delirio presenta un periodo prodrómico, que consiste en malestar general, cefalea, angustia precordial. El alcohólico está impaciente, irritable, duerme mal y el poco sueño que obtiene es interrumpido por pesadillas, dominando los móviles profesionales y las alucinaciones visuales. Ciertas de estas alucinaciones han comenzado en el corto periodo de sueño que precede al despertar, es lo que algunos llaman alucinaciones hipnagógicas. El enfermo continúa sufriendo impresiones inexactas después de haber despertado y entonces es cuando empieza el delirio, que es ante todo de actividad. Se cree atacado por sus enemigos y se defiende, y debido a la disestesia no le son muy dolorosos los golpes que se ocasiona. Siente hormigueos en las extremidades, creyendo que son mordidas de ratas. Otras veces se cree estar rodeado de muchas moscas o mariposas y tiende a matarlas; lo que domina la actividad son las cosas que han impresionado al alcohólico, transformándose en terror, pavor, persecución, destrucción y exterminio.<sup>44</sup>

Muchos de estos síntomas se describen en los expedientes, como en el caso de Luis J., quien ingresó en septiembre de 1910. Este paciente de 35 años de edad ingería bebidas alcohólicas desde 15 años antes e ingresó al manicomio llevado por sus familiares para ser tratado. Su expediente muestra el peso de la herencia en la determinación del diagnóstico, ya que encontramos afirmaciones como “...tiene una herencia muy cargada”, debido a que tuvo una hermana loca y su padre fue alcohólico, motivos por los cuales los médicos aseguraron que el paciente siempre era “algo extravagante en sus actos; muy voluble en su

<sup>43</sup> *Ibidem*, p. 20.

<sup>44</sup> *Ibidem*, p. 20-21.

carácter é inconstante”. Además de los varios accesos de delirio agudo, que sanaban mediante la abstinencia, se anotó que

sufría insomnios, alucinaciones visuales y auditivas zoóticas móviles. Su palabra era fácil, pero si hablaba mucho sufría gran fatiga y el discurso se volvía incoherente; las pupilas iguales reaccionaban poco á la luz; este enfermo fue perdiendo en facultades y en su estado físico, pocos meses después, perdió la atención, la amnesia era completa y los afectos nulos y sólo existía algo de los instintos (el de la conservación personal).<sup>45</sup>

Aunque el porcentaje de ingreso de alcohólicos representó la cuarta parte de registros del periodo, en comparación con el promedio de duración de internamiento de 20.3 meses de la población general, fue un grupo que tuvo una estancia muy corta en la institución, ya que se tiene la cifra de 7.4 meses. El principal motivo de salida fue por curación (véase cuadro 4). Si a éste se le suman las altas por solicitud de familia o responsable, mejoría, solicitud del paciente, no ameritar internamiento y no regresar del permiso, se tiene el 71.1% del total de las salidas, lo que da pie para pensar la institución como un lugar que, bien o mal, sirvió como sitio terapéutico en muchos casos, bien fuera por algún tratamiento brindado o por la desaparición de los síntomas mediante la desintoxicación y la supresión de la bebida. Aunados a las solicitudes propias del paciente y a los casos de los que no regresaban, estos elementos contrastan con cualquier interpretación de un sitio en el que se confinaba a las personas hasta su muerte.<sup>46</sup>

Entre los registros de salida por muerte tenemos causas secundarias como enfermedades pulmonares (30.7%), meningitis (29.4%) y enfermedades intestinales tales como enteritis y enterocolitis (20.5%). También se presentaron muertes por septicemia (3.8%). Las causas de muerte directas fueron *delirium tremens*

<sup>45</sup> AHSS, FMG, SEC, exp. 534, f. 2.

<sup>46</sup> Véase Andrés Ríos Molina, “El Manicomio General La Castañeda en México, sitio de paso para una multitud errante”, *Nuevo Mundo Mundos Nuevos*, [en línea]. Disponible en: <http://nuevomundo.revues.org/50242> [consultado el 3/04/2015].

(3.8%) y cirrosis (2.5%). También se presentaron muertes por nefritis, caquexia y agotamiento, las que suman un 7.5% de ellas.

En cuanto a los tratamientos encontramos que Enrique Aragón, médico que trabajó en La Castañeda, mencionó en 1914 que para las psicosis tóxicas, en especial las alcohólicas, debía suspenderse el agente causal, es decir, debía interrumpirse el consumo de bebidas alcohólicas,<sup>47</sup> además de su sustitución por otro excitante terapéutico. También se aplicaron tratamientos para la psicosis alcohólica y el alcoholismo crónico, como “baños tibios (35°C) prolongados [e] inyecciones de estricnina”.<sup>48</sup> Además de ello, la laborterapia fue utilizada también en pacientes crónicos.<sup>49</sup>

Como pudimos observar, durante los años del conflicto bélico (1910-1919) el ingreso de alcohólicos fue numeroso y aumentó cuando los ingresos por otras enfermedades disminuyeron. Fueron internados por instancias como los gobernadores de distintos estados, la policía y la familia. Para la elaboración de su diagnóstico tuvo gran peso la herencia, producto de la degeneración moral de los padres, en especial si en su familia hubo alcohólicos, y se tuvieron en cuenta algunos síntomas como el temblor, la pérdida de memoria, la falta de atención y el carácter irascible. Puede afirmarse que hubo una continuidad con el Porfiriato en cuanto a que la consideración de peligrosidad de los alcohólicos sirvió como base para su internamiento. Aunque se realizaron diferentes tratamientos, la corta duración de su estancia y el gran

<sup>47</sup> Enrique O. Aragón, “La supresión del agente causal en las psicosis tóxicas, en particular las alcohólicas”, *Gaceta Médica de México*, Academia Nacional de Medicina, México, t. IX, 1914, p. 405.

<sup>48</sup> AHSS, FMG, SEC, exp. 1264, s/f. El tratamiento con estricnina fue común en los pacientes con alcoholismo crónico y psicosis alcohólica. Ésta era usada para excitar los centros medulares que rigen las partes degeneradas. En países como Brasil también se implementó este tipo de terapias para alcohólicos en hospitales mentales a comienzos del siglo XX. Véase Fernando Dumas dos Santos, *op. cit.*, p. 416.

<sup>49</sup> Ejemplo de ello es el de Luis F., quien tuvo dos ingresos entre marzo 16 y septiembre 20 de 1918, persona que “cuando fue enamorado a mujeres vivía alcoholizado con vino” y, a solicitud de una dependencia particular de la Beneficencia Pública del Distrito Federal, comenzó a trabajar en la huerta del manicomio, no sin la advertencia del director de la institución, Agustín Torres, de que el paciente se encontraba bien de su alcoholismo, por lo cual sería retenido hasta que solicitara el alta voluntariamente. AHSS, FMG, SEC, exp. 5264, f. 11.

porcentaje de altas por curación, solicitud del paciente o un familiar, mejoría, o no ameritar internamiento, colocaron nuevamente al manicomio como un sitio al que llegaron los bebedores por cuestiones que no necesariamente eran psiquiátricas, sino que respondían más a las ideas de peligrosidad para el edificio social mediante la posibilidad de tener una descendencia enferma producto de la degeneración alcohólica.

### *1920-1933: El antialcoholismo crea borrachos locos*

Durante este periodo, que coincide con los inicios de la posrevolución, el gran número de alcohólicos que llegó a la institución comenzó a afectar la práctica clínica en tanto que hubo casos en los que se rechazó el ingreso de este tipo de pacientes.<sup>50</sup> Los ingresos con diagnósticos relacionados con el consumo de bebidas representaron el 22.2% de los registros del periodo, lo que se explica debido al aumento de la población general, y hay que señalar que para los años de la posrevolución ingresó el 23.6% del total de la muestra de alcohólicos (véase cuadro 1).

La búsqueda de estabilidad de los gobiernos posrevolucionarios, que se evidenció en la implementación de un fuerte orden estatal y con gran injerencia en la cotidianidad, influyó en el internamiento de alcohólicos a la institución debido a que la principal instancia remitente del periodo fue la policía.<sup>51</sup> Entre los años 1917 y 1934, tal como lo ha indicado Ernesto Aréchiga, a partir de la promulgación de la Constitución de 1917, algunas medidas sani-

<sup>50</sup> Un ejemplo ocurre en 1923 cuando el médico de guardia rechazó el internamiento de una persona “por ser un alcohólico y no haber lugar donde alojarlo”. AHSS, FMG, SEC, exp. 8099, f. 5.

<sup>51</sup> Andrés Ríos Molina señala a manera de supuesto que, en caso de que las instancias remitentes fuesen la policía, jueces o presidentes municipales, se podría suponer que eran considerados como locos por dichas autoridades, quienes alteraban el orden público. Además, señala que dicha dinámica resultaría coherente con los gobiernos posrevolucionarios que buscaron consolidar un estado fuerte con gran injerencia en la vida cotidiana. Véase Andrés Ríos Molina, “La locura en el México posrevolucionario. La Castañeda y la profesionalización de la psiquiatría, 1920-1944”, *Históricas*, Boletín del Instituto de Investigaciones Históricas, México, n. 84, 2009, p. 34.



tarias se tornaron obligatorias y se intentó implementar una especie de “dictadura sanitaria” que expresó muchos de los anhelos porfirianos en materia de salud. El Departamento de Salubridad, creado en 1918, asumió tareas como la regulación de la legislación en materia sanitaria, la vigilancia de la policía sanitaria de los puertos, la difusión de los preceptos de la higiene y la creación de medidas contra enfermedades epidémicas y contagiosas, además del combate contra el alcoholismo.<sup>52</sup> Lo particular es que esto derivó en una especie de autoritarismo que, durante las décadas de 1920 y 1930, se expresó en campañas contra enfermedades como el tifo y la fiebre amarilla, y también acciones en contra de los “males sociales” como el alcoholismo y la prostitución.<sup>53</sup>

Las campañas mostraron, de una u otra manera, un fuerte autoritarismo dirigido hacia los grupos marginales, que fue variando hacia el campo de la educación y la propaganda y, como lo ha evidenciado la historiadora Gretchen Pierce, la campaña oficial contra el alcoholismo iniciada en 1929 durante el gobierno de Emilio Portes Gil (1928-1932) estuvo relacionada con el proceso de construcción del Estado generado a partir de la Revolución. Dicha autora argumenta que las herramientas utilizadas por los diferentes gobernantes para conseguir una nación sobria estuvieron influenciadas por la naturaleza de cada gobierno,<sup>54</sup> lo que se evidencia en normas represivas al comienzo de la posrevolución y, posteriormente, la pedagogía como herramienta de lucha.<sup>55</sup>

<sup>52</sup> Ernesto Aréchiga Córdoba, “‘Dictadura sanitaria’, educación y propaganda higiénica en el México revolucionario, 1917-1934”, *DYNAMIS, Acta Hispanica ad Medicinæ Scientiarumque Historiam Illustrandam*, Granada, v. 25, 2005, p. 123.

<sup>53</sup> *Ibidem*.

<sup>54</sup> Gretchen Kristine Pierce, “Sobering the Revolution...”, p. 89.

<sup>55</sup> Algunos autores han mostrado que el eco de las leyes de prohibición en Estados Unidos influenciaron en México varios intentos de regulación de la producción y consumo de bebidas alcohólicas. Con la creación del Comité Nacional Antialcohólico en 1929, administrado por el doctor Aquilini Villanueva, se impulsaron los deportes en escuelas, gremios de campesinos y obreros, así como la organización de conferencias y actos culturales en los que se hacía alusión al combate contra el alcohol, utilizando teatro, carteles, ligas antialcohólicas, pláticas moralizadoras, entre otros mecanismos. Véase Méndez Reyes, *op. cit.*, p. 260-261.

Bajo esta campaña se diseñaron estrategias como la creación de ligas antialcohólicas para niños, jóvenes y mujeres, con fuerte acento en la educación antialcohólica mediante propaganda escrita, ilustrada y oral.<sup>56</sup> Fue común durante la década de 1930 a 1940 la divulgación en prensa y radio de mensajes que persuadían a la gente a beber leche, más que pulque o alcohol fuerte, y se toleró el uso de bebidas como la cerveza por su bajo contenido de alcohol.<sup>57</sup> Como se aprecia en la figura 2, en la que dos enfermeros intentan controlar a un ebrio, se siguió considerando el alcoholismo como un factor importante de la locura, idea que venía desde fines de siglo XIX y se difundió mediante cartillas en las campañas antialcohólicas. De igual forma se difundió la idea ya aceptada de que el consumo de alcohol y la intoxicación crónica debilitaban el sistema inmune.<sup>58</sup>

Las campañas enfatizaron que los niños y las mujeres eran afectados negativamente por la adicción al alcohol debido a los abusos domésticos que provocaba, y asimismo resaltaron que en ocasiones los niños manifestaban física y mentalmente signos de los vicios de sus padres.<sup>59</sup> Los niños, al ser considerados como el futuro de la nación, eran el principal blanco de prevención del alcoholismo y, muy en los términos degeneracionistas, se difundió la idea de un bebedor que llegaba a la locura y a un estado de imbecilidad. Mediante imágenes y escritos como el Juramento Antialcohólico, realizado para la lectura diaria en las escuelas, se reflejan estos postulados, sumados a las intenciones moralizadoras al narrar que:

Cuando una persona toma una, dos o tres copitas de aguardiente, siente que se le enciende la cara, se le pone roja, se congestiona; su cerebro ya no piensa bien, su voluntad viene a menos. Un poco más, y la persona se pone alegre, ríe, baila. Cuando toma mayor cantidad, el cerebro ya piensa peor y la persona no sabe lo que dice ni lo que hace, se pierde por completo. Entonces lo mismo le da que se le tenga o no en concepto de persona correcta o caballerosa

<sup>56</sup> Ricardo Pérez Montfort, *op. cit.*, p. 214.

<sup>57</sup> Gretchen Pierce, *Sobering the revolution...*, p. 92.

<sup>58</sup> *Ibidem*, p. 151.

<sup>59</sup> *Ibidem*, p. 159.



Figura 2. Imagen de la cartilla antialcohólica.

FUENTE: Departamento de Salubridad Pública de México, *Cartilla escolar sobre alcoholismo*, México, Al Libro de Caja, 1941

[...] los hijos de los borrachos o alcohólicos padecen de ataques de epilepsia, o son enfermos de la vista, o tienen defectos físicos, o tienen su sistema nervioso muy sensible, son muy espantadizos, le tienen miedo a todo, todo les asusta y hasta dicen ver sombras, espantos.<sup>60</sup>

Entre 1920 y 1933 la policía fue la principal instancia remitente, encargada de internar a la mitad de la población alcohólica. La violencia, el escándalo y el desorden público fueron factores muy relevantes para internar a los bebedores, evidenciando así el

<sup>60</sup> Ayuso y O’Horibe, “Juramento antialcohólico”, *Gaceta Médica de México*, Academia Nacional de Medicina, México, v. XLI, n. 1, 1930, p. 4.

carácter social del internamiento en un contexto en el que el prohibicionismo y el antialcoholismo estuvieron constantemente en la agenda política y cultural. Si se consideran en conjunto a los pacientes remitidos por la policía o la beneficencia, se tiene que estas dos instancias fueron responsables de tres cuartas partes de los ingresos de alcohólicos (véase cuadro 3), y se hizo mención constantemente a la violencia familiar como motivo de internamiento.<sup>61</sup>

Al igual que en el periodo anterior, los principales diagnósticos fueron los de alcoholismo crónico y psicosis alcohólica, aunque cobraron importancia los de confusión mental alcohólica, alcoholismo y *delirium tremens*, y comenzaron a aparecer como diagnósticos el alcoholismo cerebral y la alucinosis alcohólica, los cuales pasarán a ser muy importantes en los periodos siguientes (véase cuadro 2).

Eliseo Ortiz y Núñez, en su tesis de medicina en 1921, argumentó que el alcoholismo era un “azote moderno” definido como la intoxicación por las bebidas alcohólicas cuya etiología era que “el hombre ávido siempre de sensaciones y goces, busca con ardor lo que puede procurarle nuevos placeres”,<sup>62</sup> además de la intervención de factores como las condiciones sociales, la edad (principalmente la edad adulta), el sexo, el clima y la ignorancia de aquellos seres “que nunca han cultivado su inteligencia”. Sin embargo, afirmaciones como que “ciertos individuos traen por decirlo así, desde su nacimiento, un gusto muy marcado por las bebidas alcohólicas que los induce de manera irresistible a

<sup>61</sup> Ejemplo de ello es el caso de Genaro V., paciente que fue llevado por su hija a la Beneficencia para que le hicieran los exámenes respectivos de internamiento el 6 de mayo de 1930. Se mencionó que en su familia abundaron personas de carácter violento y que el mismo paciente “desde joven tuvo inclinación por las bebidas alcohólicas, que le han causado frecuentes gastroenteritis y cambios en su psiquismo pues se ha vuelto violento, agresivo, sufre cuando se priva del alcohol fuertes insomnios”. Además, al describir su delirio se hizo énfasis en que “la presencia del enfermo es intolerable en su casa, los vecinos se quejan de él por sus grandes escándalos que da. Habiendo ocupado puesto de alguna categoría, ha dejado en la actualidad a su familia en la desgracia, todo debido al alcohol”. AHSS, FMG, sec. exp. 13964, f. 5.

<sup>62</sup> Eliseo Ortiz y Núñez, *El alcoholismo desde el punto de vista médico legal*, tesis de Medicina, Escuela Nacional de Medicina, 1921, p. 20.

beberlas, cometiendo abusos cotidianos, y la herencia se manifiesta tal, hasta en niños...”,<sup>63</sup> nos dejan ver el notable peso de las teorías que hacían hincapié en la herencia.

Ortiz y Núñez definió el alcoholismo agudo como el estado que se observa después de un exceso pasajero de bebidas espirituosas, con síntomas como “perturbaciones de la inteligencia, de los sentidos y de la contracción muscular. Su estudio clínico comprende tres grados: 1. De excitación, 2. De exaltación y 3. De depresión”.<sup>64</sup> También definió el alcoholismo crónico como el conjunto de desórdenes locales y generales que se engendraban en un individuo debido al uso prolongado de bebidas espirituosas, el cual tenía efecto sobre todos los órganos del cuerpo (hígado, bazo, riñones, estómago, entre otros) y una “predilección por el sistema nervioso (central y periférico)” con manifestaciones como alteraciones de la sensibilidad, la motilidad y alteraciones psíquicas.<sup>65</sup>

Francisco Núñez Chávez, en su tesis de medicina de 1926, relacionó el alcohol con la forma confusional primitiva<sup>66</sup> e indicó que era una forma vinculada siempre con un origen tóxico y se observaba en alcohólicos y toxicómanos. Es importante señalar que esta tesis se inscribe en los debates que desde el siglo XIX cuestionaban si el alcoholismo era una forma propia de enfermedad mental o el detonante de otras enfermedades que la persona traía consigo latentes pero no se hacían manifiestas. Al respecto, Núñez Chávez afirmó que el tóxico creaba una perturbación

<sup>63</sup> *Ibidem*, p. 20. Incluso para el año 1930 se encontraron estudios como el artículo del doctor Flores Caneda, en los que se continuó la exposición de las consecuencias hereditarias del alcoholismo. Véase también A. Flores Caneda, “Alcoholismo y procreación”, *Boletín del Departamento de Salubridad Pública*, Departamento de Salubridad Pública, México, v. I, n. 4, 1930, p. 1099-1101.

<sup>64</sup> Ortiz y Núñez, *op. cit.*, p. 23.

<sup>65</sup> *Ibidem*, p. 31-32.

<sup>66</sup> Francisco Núñez Chávez definió la forma constitucional primitiva del delirio como un estado caracterizado por “amencia inicial, verdadero delirio onírico que desaparece para dejar una idea directriz fija, alrededor de la cual se forman interpretaciones y alucinaciones”. Véase Francisco Núñez Chávez, *Estudio clínico de los delirios sistematizados alucinatorios*, tesis de Medicina, Escuela Nacional de Medicina, 1926, p. 74.

mental pasajera y despierta en la persona una perturbación mental latente.<sup>67</sup>

A partir de la década de 1930, algunos médicos como Diódoro Serrano y Rodolfo García Tapia, quienes hicieron sus prácticas en La Castañeda, se acercaron un poco a dicha cuestión y definieron síntomas propios de diferentes estados relacionados con el consumo de bebidas alcohólicas por medio de la observación clínica. El *delirium tremens* ocupó gran parte de la literatura médica y fue definido por Serrano como un estado del alcoholismo crónico en el que se presentaban los siguientes síntomas:

Insomnio rebelde y persistente, alucinaciones múltiples y terroríficas en su mayor parte, delirio en relación con los trastornos sensoriales y presentando la particularidad de dar lugar al regreso momentáneo de la conciencia, cuando se llega a despertar la atención del enfermo; locuacidad, necesidad de actividad y movimiento, tendencia a escapar; temblor y desórdenes musculares. Además el modo de invasión de los accidentes, su marcha, su duración y por último, los conmemorativos contribuyen generalmente a formar un conjunto muy claro.<sup>68</sup>

Además de la definición de los síntomas anteriores, señaló que el *delirium tremens* podía confundirse con otros estados como el alcoholismo agudo o embriaguez complicada de delirio maníaco, pero debía diferenciarse porque la patogenia era diferente.

En la figura 3 podemos ver el rostro de un hombre asustado, que parece estar viendo cosas y que intenta apartarse de algo, con una camisa de fuerza y en estado de excitación producido por algo que le ocasiona terror. Esos síntomas, que habían sido descritos por los médicos, justificaron que el *delirium tremens* siguiera constituyendo una manifestación aguda del alcoholismo crónico, “caracterizada principalmente por perturbaciones psíquicas del tipo confusión mental alucinatoria, acompañada de trastornos

<sup>67</sup> Núñez Chávez, *op. cit.*, p. 74.

<sup>68</sup> Diódoro Serrano, *Algunas consideraciones sobre la acción terapéutica de la hioscina y del somnifene en el delirium tremens*, tesis de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, 1930, p. 33.



16.—*Delirium tremens.*

Figura 3. *Delirium tremens*. FUENTE: Enrique O. Aragón, *Mis 31 años de académico. Academia Nacional de Medicina de México. 1911-1942. Trabajos de neurología y psiquiatría*, México, Imprenta Aldina, 1943, t. 1, 156 p.

intensos de la sensibilidad y del movimiento”,<sup>69</sup> y que debía ser considerada como una entidad etiológica y patogénica diferente en sus grandes trazos sintomáticos.

El diagnóstico de alucinosis alcohólica, que figura a partir de 1920 (véase cuadro 2), fue definido por Tapia García como unas psicosis que difieren de los otros delirios sistematizados por la existencia paralela de síntomas de la intoxicación etílica, por ser secundarios al *delirium tremens* y por los síntomas temporales de origen tóxico que modifican su aspecto clínico habitual. En la alucinosis el enfermo oye voces de dos o más personas que hablan

<sup>69</sup> *Ibidem*, p. 12.



de él amenazándolo o insultándolo, se repite la misma frase o incluso oye su propio pensamiento. Aparecen alucinaciones visuales, táctiles y del olfato y el gusto, como también cenestésicas. La orientación pocas veces se desvía y cuando lo hace es debido a las alucinaciones auditivas. Predomina la angustia y la intención de comunicar la verdad, además de los celos sexuales que pueden llegar a constituirse como idea delirante.<sup>70</sup>

La dipsomanía consistía en un padecimiento en que los excesos alcohólicos están separados por intervalos más o menos largos, entre los cuales la persona permanece sobria y su actitud es normal, por lo que los excesos alcohólicos no constituyen la propia enfermedad. Tapia García tomó este concepto de Magnan y argumentó que el dipsómano era enfermo solamente porque ha bebido.<sup>71</sup> También explicó que cuando no tiene bebida toma cualquier producto que tenga alcohol o se lo procura a costa de cualquier sacrificio y una vez terminado el acceso alcohólico se arrepiente, siente disgusto por las bebidas hasta el punto de prometer alejarse de ellas, por lo que él mismo solicita su internamiento cuando siente que no es capaz.<sup>72</sup>

Aunque este último diagnóstico no representó un gran porcentaje en el periodo (véase cuadro 2), fue muy importante debido a que a partir de él, años más tarde, comenzó a definirse qué tipo de alcohólicos debían ingresar a la institución. En los casos en los que alternaban periodos de sobriedad y recaídas, aparecía clara la relación entre la violencia y la necesidad del internamiento. Un ejemplo de un dipsómano es el de Rodolfo R., quien ingresó al manicomio el 26 de abril de 1926 y tuvo alta un mes después por solicitud de su hermano. En su segundo ingreso, el 11 de junio de 1927, se anota que “después de su salida del establecimiento duró seis meses sin tomar, al cabo de los cuales reincidió y duraba tres o cuatro días bebiendo, durando hasta 15 o 20 en descanso. Últimamente no ha suspendido la bebida hasta encontrarse en la situación actual”. También se anotó en su

<sup>70</sup> Rodolfo Tapia García, *Contribución al tratamiento del alcoholismo crónico*, tesis de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, 1930, p. 82-83.

<sup>71</sup> *Ibidem*, p. 87.

<sup>72</sup> *Ibidem*, p. 88.

expediente que a partir de 1915 comenzó a tomar dosis cortas de mezcal para evitar contagiarse de la epidemia de tifo, lo que acabó en embriagueces diarias desde cuatro años antes de su internamiento. En el interrogatorio de su segundo ingreso se muestran claramente los síntomas anotados anteriormente:

Su padecimiento mental se manifestó varios días antes de su ingreso y refiere el enfermo que fue ocasionado porque su señora lo encerró en su casa no dejándolo tomar. Que se violentó saliéndose a la cantina donde ingirió gran cantidad de alcohol. A este establecimiento lo ingresó excitado ligeramente y con síntomas de 2º grado de embriaguez aguda // En los días que duró en observación siguió excitado; insultando al personal de palabra y tratando de golpearlos porque lo registraron; no durmió y frecuentemente fue atacado de vómito mucoso // A este servicio ingresó ya tranquilo, correcto, comedido; tomando sus alimentos con gusto y durmiendo bien. // Mentalmente no presenta nada de anormal, refiriendo el enfermo que el deseo de tomar se le manifiesta después de un disgusto aun ligero y que una vez tomando ya no es dueño de detenerse habiendo necesidad de que lo encierren por fuerza en su casa para dejar de tomar.<sup>73</sup>

Este tipo de casos influyó en que el promedio de duración del internamiento de estos pacientes fuera inferior en relación con los demás grupos de enfermedad. Los alcohólicos permanecieron alrededor de 8.72 meses, una estancia muy corta si se compara con los 20.04 meses de la población general. Si bien se clasificaron unos síntomas de la locura alcohólica, la rápida remisión de los síntomas y la violencia observada por los médicos llevó a que el internamiento de este tipo de pacientes se hiciera ambiguo y que médicos como García Tapia vieran necesaria una reforma al sistema asistencial debido a que estos individuos llenaban el manicomio y la cárcel por no haber lugar para tratarlos.<sup>74</sup>

Como hemos visto, entre 1920 y 1933 hubo una enorme preocupación social por el alcoholismo, lo cual llevó a que el Estado impulsara leyes, ligas antialcohólicas, movimientos y campañas oficiales para combatir el consumo. La respuesta de los médicos

<sup>73</sup> AHSS, FMG, SEC, caja 190, exp. 10649, f. 23.

<sup>74</sup> Rodolfo Tapia García, *op. cit.*, p. 91.

ante la gran cantidad de alcohólicos remitidos por la policía fue intentar definir algunos síntomas propios de los estados asociados al alcoholismo y desarrollar terapéuticas que mitigaran el alcoholismo patológico. Sin embargo, la ambigüedad en los criterios de internamiento y el peso de la herencia como criterio diagnóstico se mantuvo. Como se verá en el siguiente apartado, los problemas de hacinamiento debido al constante ingreso de alcohólicos al manicomio plantearon a los psiquiatras la necesidad de definir cuáles bebedores eran sujetos propicios para la intervención de la pericia psiquiátrica por ser comparables al resto de enfermos mentales.

#### DE LA HERENCIA ALCOHÓLICA HACIA LO SOCIAL/AMBIENTAL

*1934-1953: Los dipsómanos  
no son enfermos mentales “francos”*

Con anterioridad se señaló que médicos como Francisco Núñez Chávez consideraron que el alcoholismo era un factor desencadenante de delirio y no un cuadro clínico como tal, debate heredado de los médicos europeos, especialmente el alemán Kraepelin, quien puso en entredicho el carácter del alcoholismo como una “enfermedad mental propiamente dicha” y analizó el consumo de bebidas más como un posible desencadenador de enfermedades latentes que traía la persona consigo y no se habían hecho manifiestas.<sup>75</sup>

Las ideas que se tenían en torno del alcoholismo muestran que los médicos mexicanos estuvieron preocupados por las consecuencias que el consumo de alcohol podía tener para la salud pública, al punto de equiparlo con cualquier epidemia que podía poner en riesgo el bienestar y la salud colectiva.<sup>76</sup> En otras palabras, el consumo de alcohol representó algo que traspasaba

<sup>75</sup> Georges Lanteri-Laura, *op. cit.*, p. 150.

<sup>76</sup> Ernesto Aréchiga Córdoba señala que desde 1918, con la creación del Departamento de Salubridad, éste asumió las labores de “regular la legislación sanitaria de la República, vigilar la policía sanitaria de los puertos, costas y fronteras, tomar medidas contra el alcoholismo, las enfermedades

el ámbito individual y debía ser tratado para evitar las consecuencias colectivas. Desde 1929 hubo un interés por parte de médicos que hicieron sus prácticas en La Castañeda para definir estados como el *delirium tremens*, el alcoholismo crónico y sus posibles tratamientos. Es decir, a partir de la década de 1930 hubo un intento de psiquiatrización del alcoholismo que puede ser entendido como la definición de síntomas precisos de los trastornos mentales de los alcohólicos que justificaran su internamiento con base en la posibilidad de ser homologados con los enfermos mentales “francos”.<sup>77</sup> Este proceso se vio obstaculizado por las dificultades terapéuticas que un sitio como La Castañeda podía ofrecer a este tipo de pacientes, por lo que los médicos señalaron constantemente una necesaria reforma asistencial y la creación de instituciones más adecuadas para tratar a los alcohólicos.

Este periodo es de vital importancia para el estudio del alcoholismo dentro del manicomio debido a la activa labor de Alfonso Millán (1906-1975)<sup>78</sup> en la dirección de la institución entre agosto de 1934 y agosto de 1939.<sup>79</sup> Millán, como se señalará adelante,

epidémicas y contagiosas, y difundir los preceptos de la higiene en la población”. Véase Ernesto Aréchiga, *op. cit.*, p. 123.

<sup>77</sup> Alfonso Millán utilizó la expresión enfermos mentales “francos” para referirse a las personas con trastornos mentales observables que indudablemente eran sujetos a intervenir por la psiquiatría, tales como psicóticos y dementes. Los dipsómanos, según él, poseían una conducta muy diferente a la de los alienados y necesitaban tratarse en sitios de otra naturaleza diferente al manicomio. Véase Alfonso Millán, “Alcoholismo y trastornos mentales en México”, *Asistencia*, México, n. 15, 1937, s/p.

<sup>78</sup> Alfonso Millán fue un médico nacido en Sinaloa que comenzó estudios de medicina en México pero terminó su carrera en París con la tesis *La inadaptabilidad social de los epilépticos y su papel en la delincuencia*. Hizo una especialización en medicina legal y en 1929 regresó a México e ingresó a La Castañeda como médico. Fundó en 1937 la Liga Mexicana de Higiene Mental y editó la *Revista Mexicana de Higiene Mental*, órgano de la mencionada liga. También se pronunció por la legislación en beneficio de los enfermos mentales y “manifestó la necesidad de impulsar medidas institucionales para alcanzar los objetivos de la higiene mental”. Véase Andrés Ríos Molina, *Cómo prevenir la locura. Psiquiatría e higiene mental en México, 1934-1950*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Históricas/Siglo XXI, 2016.

<sup>79</sup> “Relación de directores que ha tenido el Manicomio General, de Mixcoac D. F., desde su inauguración en el año de 1910 hasta su clausura en el año de 1968”. AHSS, FMG, SADM, legajo 57, exp.11, f. 1.

realizó una clasificación de tres tipos de alcohólicos con el fin de priorizar cuáles necesitaban internamiento en instituciones psiquiátricas.

El porcentaje de alcohólicos que ingresó entre 1934 y 1953 aumentó considerablemente y llegó a ser la cifra más alta de ingreso de alcohólicos durante todo el funcionamiento de La Castañeda. Hay que mencionar que fue un periodo en el que la población del Distrito Federal creció considerablemente, explicado no sólo en el crecimiento vegetativo de la población sino también en la alta migración desde otros lugares del país.<sup>80</sup> Durante estos años la población psiquiátrica estuvo en aumento y, respecto del periodo anterior, se duplicó. Aunque el número de alcohólicos fue el más alto de toda la muestra recogida, ya que ingresó el 31.6% de todos los alcohólicos registrados, solamente representó el 13.3% de los ingresos totales del periodo (véase cuadro 1).

La policía dejó de ser una de las principales instancias remitentes y cobraron vital importancia las instituciones de beneficencia y asistencia pública (véase cuadro 3). Resulta interesante observar esa estrecha relación entre las instituciones de beneficencia y La Castañeda, vista a través de los expedientes administrativos y la correspondencia de la institución. En 1936 Alfonso Millán y Alonso Priani fueron comisionados por parte de la Dirección Antialcohólica y la Campaña contra el Alcoholismo y otras Toxicomanías para participar en el Primer Congreso Nacional contra el Alcoholismo en México, celebrado en Puebla entre el 24 y el 31 de octubre del año en mención.<sup>81</sup> Millán presentó un trabajo titulado *Trastornos mentales y alcoholismo en México*, el cual recogía sus postulados respecto del ingreso de alcohólicos al Manicomio General La Castañeda que venía exponiendo desde 1934.

<sup>80</sup> Según ilustra Pablo Piccato, en 1921 la población de la ciudad de México era de 615 327 habitantes y el Distrito Federal contaba con 906 063. En 1930 la población de la ciudad de México casi se duplicó, al punto de contar con 1 029 068 habitantes y el D. F. con 1 229 576. Para 1940 ya había 1 802 679 habitantes en la ciudad de México y el D. F. tenía 1 757 530. Estas cifras nos hablan de un rápido crecimiento demográfico que llevó a que los viejos límites geográficos de la ciudad se vieran rebasados. Véase Pablo Piccato, *Ciudad de sospechosos...*, p. 346.

<sup>81</sup> AHSS, FMG, SADM, caja 5, exp. 17, f. 1.

Millán propuso ante el Departamento Médico de la Beneficencia Pública una clasificación de los tipos de alcohólicos que serviría como base para el internamiento en La Castañeda, a falta de una legislación sobre enfermos mentales y alcohólicos en el país. Para él había tres tipos de alcohólicos: los que presentaban trastornos mentales permanentes o crónicos como estados demenciales, los que tenían psicosis agudas o estados delirantes como el *delirium tremens*, y, por último, los dipsómanos sin trastornos mentales constituidos y cuyas alteraciones aparecían solamente después de beber.<sup>82</sup> Para los dos primeros tipos propuso que su ingreso se permitiera bajo la categoría de indigentes o no pensionistas, mientras que los últimos no podían compararse con los enfermos mentales “francos” y solamente podían ingresar como pensionistas de primera clase.<sup>83</sup>

Dicha propuesta fue aprobada el 14 de enero de 1935 y se incorporó al reglamento de la institución,<sup>84</sup> condicionando la práctica clínica en el sentido de que las psicosis alcohólicas y los cuadros clínicos en los que el alcohólico deliraba son preponderantes en relación con los que presentaban intoxicaciones agudas o síntomas pasajeros. El *delirium tremens* se convirtió en el cuarto diagnóstico más empleado en el periodo y los casos de alcoholismo agudo y dipsomanía se redujeron considerablemente puesto que dejaron de ser considerados trastornos que necesitaran manejo psiquiátrico (véase cuadro 2).

Alfonso Millán fue muy enfático en que “los dipsómanos, por la naturaleza de sus trastornos, no ameritan internamiento en un establecimiento de la naturaleza del Manicomio General”, lo que puede explicar la notable reducción de este tipo de pacientes en este periodo. Para él, los dipsómanos planteaban al Estado un problema de asistencia social bastante complejo, ya que no se les podía abandonar en su situación; además, afirmó que eran

<sup>82</sup> Los alcohólicos de tipo dipsómano comenzaron a ser enviados al Hospital Federal de Toxicómanos que inició funciones en 1931 en las instalaciones del manicomio. Los alcohólicos que no presentaban trastornos mentales antes de la bebida, al ser equiparables a los toxicómanos, eran ingresados a dicho hospital.

<sup>83</sup> AHSS, FMG, SADM, caja 17, exp. 15, f. 1.

<sup>84</sup> *Ibidem*, f. 2.

de una “peligrosidad social que no se puede desdeñar” por la influencia perjudicial que representaban a la familia e hijos, y por ser capaces de cometer “actos antisociales de mayor trascendencia y peligrosidad”.<sup>85</sup> Por lo tanto, los dipsómanos eran para él más comparables a los toxicómanos, por otros tóxicos como heroína o morfina, que al resto de los dementes. Los alcohólicos que sí ameritaban internamiento, según sus apreciaciones, constituían por lo menos el 20% de la población del manicomio, mientras que los dipsómanos no ameritaban internamiento pero sí constituían un peligro desde el punto de vista social por ser “incapaces de una vida de adaptación a la sociedad y que no pueden ser el sostén regular de la vida familiar, siendo capaces de reacciones antisociales graves”.<sup>86</sup>

Este tipo de experiencias nos muestra que la labor de los médicos fue fundamental para entender el alcoholismo, al punto de que fueron portavoces en las propuestas de reglamentos y políticas de salud pública.<sup>87</sup> Sin embargo, en el círculo médico la discusión respecto del alcoholismo y su constitución como enfermedad mental siguió siendo confusa. Desde 1934 algunos médicos buscaron la forma de tratar el alcoholismo crónico y sus episodios de *delirium tremens* dando el carácter de entidad nosológica independiente a las dos enfermedades mencionadas.<sup>88</sup>

<sup>85</sup> Millán, *op. cit.*, s/p.

<sup>86</sup> *Ibidem.*

<sup>87</sup> Por ejemplo, Leopoldo Salazar Viniegra, médico de La Castañeda, viajó a Ginebra en el año 1939 para participar como delegado en la Conferencia del Opio, a petición del entonces director de La Castañeda, el doctor Manuel Guevara Oropeza, quien envió una carta al Director General de Asistencia, el doctor Carlos Calderón, mencionando la existencia de problemas con el internamiento de toxicómanos, alcohólicos y su tratamiento en el medio manicomial. Se resolvió que Salazar Viniegra pasaría cuatro meses con goce de sueldo para que realizara en Suiza estudios acerca de dichos problemas. La propuesta fue aceptada y se comisionó también a Salazar Viniegra para que “en su representación, se sirva orientar los trabajos que desea realizar el Comité Central de Lucha contra el Alcoholismo, a fin de que por los informes de usted se estudie la manera de cooperar con la agrupación de referencia”. AHSS, FMG, SADM, caja 5, exp. 17, f. 31.

<sup>88</sup> Antonio Tena, “La acción del clorhidrato de emetina en el tratamiento del alcoholismo y sus complicaciones”, *Revista Mexicana de Psiquiatría, Neurología y Medicina Legal*, México, v. I, n. 4, 1934, p. 25-31; José Ayala Arredondo, *El clorhidrato de emetina en el tratamiento del alcoholismo crónico y su episodio*



También se hicieron estudios en 1942 sobre el alcoholismo crónico en los que se constituía como una entidad aislada.<sup>89</sup>

La discusión se tornó problemática cuando Edmundo Buentello argumentó en 1944 que el alcoholismo crónico no constituía una entidad nosológica como tal, debido a que a ese estado llegaban “multitud de sujetos de todas las clases y de todos los tipos psicopatológicos y psiquiátricos”,<sup>90</sup> aunque sí proporcionaba ciertas características como egoísmo, cambios en los sentimientos altruistas, pérdida de sentimientos superiores, del honor, de la aptitud para el trabajo, con lo que rayaba en la vagancia y holgazanería por “aparición de un estado psíquico de especial inercia”.<sup>91</sup>

La elaboración del diagnóstico de alcoholismo fue notablemente ambigua a pesar de los intentos de clasificación. Como lo señalaron los médicos, la rápida desaparición de los síntomas de enfermedades mentales de los alcohólicos, reflejada en los cortos promedios de internamiento, fue uno de los inconvenientes para comparar este tipo de pacientes con los enfermos mentales “francos”. Aunque el promedio de duración del internamiento aumentó respecto del periodo anterior y pasó de 8.72 a 10.82 meses, era inferior comparado con los 22.57 meses que en promedio duraban internados los demás enfermos mentales. Además de ello se han encontrado casos en los que, debido a los estigmas sociales que podía tener un familiar en el manicomio, la familia ocultaba el alcoholismo del enfermo, por lo cual era difícil conocer la etiología del trastorno, elaborar el diagnóstico e implementar un tratamiento eficaz.<sup>92</sup>

*agudo, el delirium tremens*, tesis de médico cirujano, Universidad Nacional Autónoma de México, 1934.

<sup>89</sup> José Sol, “El alcoholismo crónico”, *Revista Mexicana de Psiquiatría, Neurología y Medicina Legal*, México, v. 6, n. 36, 1940, p. 33-46.

<sup>90</sup> Edmundo Buentello, “Errores de conducta del alcohólico crónico y sus consecuencias sociales. La cantina como creadora de riesgos”, *Archivos de Neurología y psiquiatría de México*, Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría, México, v. VII, n. 1, 1944, p. 12-13.

<sup>91</sup> *Ibidem*, p. 13.

<sup>92</sup> Ejemplo de ello fue un paciente que ingresó el 26 de agosto de 1947 y no se pudo realizar un diagnóstico de presunción. El médico Pizarro Suárez anotó que para la elaboración del diagnóstico “habrá que deslindar hasta qué

El principal motivo de salida fue por solicitud familiar o del responsable. En el reglamento se especificaba que se podía conceder este tipo de alta siempre y cuando el paciente no tuviese cuentas pendientes con la ley. En ocasiones puede verse que algunos pacientes que salían por solicitud de su familia no se encontraban recuperados, lo que ocasionaba que los directores de la institución se opusieran a su salida; sin embargo, debían concederla por la solicitud realizada.<sup>93</sup>

En una circular elaborada bajo la dirección del manicomio por Francisco Núñez Chávez en 1950, alertó éste a los médicos a que solamente recibieran enfermos con verdaderos síntomas mentales, debido a que “de los pabellones de observación se ha estado dirigiendo a mí con mucha frecuencia para manifestarme que en algunas guardias se reciben enfermos que no ameritan el internamiento y con ello se entorpece demasiado el trabajo de dichos pabellones de observación”, lo que demuestra que para entonces definir claramente la locura alcohólica era una labor difícil que obstaculizaba las tareas de la institución por el hacinamiento que generaban los alcohólicos, pues no presentaban “cuadros definitivos de enajenación mental”.<sup>94</sup>

Aunque entre los años 1934 y 1953 se ahondó en el establecimiento de dichas categorías, la clasificación nosológica del alcoholismo continuó siendo ambigua y no constituía una entidad como tal, por lo que, para el final de este periodo, el alcoholismo es visto de nuevo como causa y no como enfermedad mental como tal, cuestión que fue fuertemente imbuida por la necesidad de reclasificar a los alcohólicos para solucionar el problema institucional

punto oculta la familia la aportación alcohólica para poder dar a ésta papel etiológico”, AHSS, FMG, SEC, caja 635, exp. 32899, f. 3.

<sup>93</sup> Muestra de ello es el caso de Balbino I., quien ingresó el 3 de agosto de 1940 con el diagnóstico de confusión mental alcohólica. Este paciente estaba siendo tratado con suero glucosado y nicotil, y 20 días después su cuadro psiquiátrico comenzaba a disiparse. En octubre del mismo año su padre solicita el alta y Edmundo Buentello contesta que “no está suficientemente recuperado. NO debe salir con permiso. Si insisten que salga de alta bajo su misma responsabilidad del solicitante” y se le concede el alta. AHSS, FMG, SEC, caja 457, exp. 23999, f. 9.

<sup>94</sup> AHSS, FMG, SADM, caja 47, exp. 1, s/f.

del hacinamiento. También puede afirmarse que los intentos de clasificación sintomática del alcoholismo llevaron a que paulatinamente el diagnóstico etiológico perdiera importancia y que la familia estuviera en constante diálogo con la institución psiquiátrica, internando o retirando a sus enfermos.

### *1954-1967: Alcoholismo, delirio, familia y sociedad*

En el último periodo señalado, que va de 1954 a 1967, coincidieron varios fenómenos que nuevamente pusieron en cuestión la pertinencia de los bebedores en sitios como el manicomio. En este lapso los alcohólicos representaron el 14.3% de los ingresados a la institución y el 27.8% de los ingresos de bebedores durante todo el funcionamiento de La Castañeda (cuadro 1), cifra que aumentó considerablemente mientras que la población general decrecía, pues esta última pasó de constituir el 39.7% a tan sólo el 32.4% del total de la muestra.

Aunque desde 1940 hubo grandes transformaciones urbanas y el país tuvo una gran industrialización, en especial el Distrito Federal, lo que fue factor fundamental para que aumentara la población de la capital debido a la gran migración,<sup>95</sup> la población de alcohólicos en la institución no llegó a superar la del periodo inmediatamente anterior. Hay que señalar que durante estos años se aceleró un proceso gradual de descentralización de la asistencia psiquiátrica, que venía realizándose desde 1945, y el desmonte posterior del manicomio mediante la llamada *Operación Castañeda*, la cual llevó a su cierre en 1968 y a la apertura de granjas agrícolas alrededor del país.<sup>96</sup>

<sup>95</sup> Para la relación de la migración, las transformaciones urbanas y el manicomio, puede verse Daniel Vicencio Muñoz, *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.

<sup>96</sup> El primer hospital granja se fundó en San Pedro del Monte, León, Guanajuato, en 1945, y para el Distrito Federal se fundó el Hospital Granja “Bernardino Álvarez”. A partir de sus fundaciones comenzó la apertura de otros tipos de hospitales granja alrededor de México. En Guadalajara se fundó la Granja “La Esperanza” y en Morelia la Granja “Doctor José Torres”. A estos

Según el doctor Héctor M. Cabildo, subdirector de Salud Mental de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, el alcoholismo fue el quinto diagnóstico más empleado en La Castañeda, institución que representaba el 40% de las camas psiquiátricas del país. Esa posición se mantuvo entre 1957 y 1967 y generó gran preocupación debido a que “los daños psicosociales son de gran trascendencia, pues el 51% de los delitos de sangre y el 70% de los accidentes que conducen a la muerte están acompañados por el alcohol”.<sup>97</sup> Estas cifras que tomó del doctor Alfonso Quiroz Cuarón,<sup>98</sup> y de su propia autoría,<sup>99</sup> nos dan cuenta una vez más de esa constante asociación entre alcoholismo y violencia que se mantuvo vigente durante todo el funcionamiento del manicomio. Para este periodo desafortunadamente sólo se tienen datos acerca de un 1.4% enviados por diferentes delegaciones, 1.2% fueron enviados por sus familias, 1.0% por la policía, 0.5% por el Hospital General, 0.2% por voluntad propia y un 4.9% por otras instancias (véase cuadro 3). Sin embargo, a través de los expedientes podemos ver que las alteraciones del núcleo familiar por medio de la violencia fueron uno de los motivos que siguieron marcando el paso de un bebedor a la institución.

Como lo señaló en 1967 el doctor Mario Fuentes Delgado, había una estrecha relación entre la clínica y la observación de

establecimientos los siguieron los hospitales granja “La Salud”, fundado en 1961 en el Estado de México; “José Sayago” en Tepexpan, Estado de México; el “Cruz del Sur” en Oaxaca. Cercano a 1967 se fundaron dos hospitales más en el Estado de México y uno más en Puebla. Véase Carlos Tejada Ruiz, “Los hospitales granja”, *Salud Pública de México*, Secretaría de Salubridad y Asistencia, México, t. v, v. IX, n. 4, 1967, p. 587. El historiador Daniel Vicencio afirma que una de las causas del desmonte de La Castañeda fue que la capital fue buscada como destino por migrantes nacionales y extranjeros, especialmente en la década de 1960, lo que motivó, en parte, que se demoliera el manicomio y se construyeran unidades habitacionales. Véase Daniel Vicencio, *op. cit.*, p. 102; también puede verse 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, 2011, p. 314-317.

<sup>97</sup> Héctor Cabildo Arellano, “Consideraciones sobre el problema de la salud mental en México”, *Salud Pública de México*, Secretaría de Salubridad y Asistencia de México, t. IX, n. 4, 1967, p. 511.

<sup>98</sup> Alfonso Quiroz Cuarón, “Alcoholismo y criminalidad”, *Criminalia*, Academia Mexicana de Ciencias Penales, México, v. XXVI, n.10, 1960.

<sup>99</sup> Cabildo Arellano, *op. cit.*, p. 505.

las relaciones familiares a la hora de dar un diagnóstico y la debida asistencia. Para él era indispensable comprender el manejo que hacían los familiares con el enfermo mental, y “valorar la conducta irracional del paciente y en particular el grado de peligrosidad que pueda implicar su conducta; considerar la ruptura de la organización familiar”, no sin dejar de lado la consideración del desajuste emocional del miembro enfermo y el núcleo familiar; cuestión que por el “cúmulo de prejuicios y apreciaciones devalúan al enfermo como persona y a los propios familiares, a quienes la sociedad estigmatiza calificándolos como ‘familia de locos’”.<sup>100</sup> Por lo tanto, en muchos casos el internamiento por solicitud familiar se constituía como una herramienta para evitar el estigma acerca de que la locura del enfermo la había heredado de su familia.

En el expediente realizado a Pedro M., quien ingresó el 27 de mayo de 1955 con diagnóstico episodio psicótico alcohólico, puede verse que se convirtió en una amenaza para su núcleo familiar por su irritabilidad y su violencia, al punto de que su hermana tuvo que transportarlo desde Zamora en compañía de dos agentes de policía. Se anotó en su carta de ingreso lo siguiente:

Relata la hermana que siempre fue un individuo muy irritable. Desde hace unos 10 años se ha vuelto un alcohólico consuetudinario y ya lleva varios de embriagarse diariamente, al grado de que desde hace 6 meses ya no trabaja ni hace otra cosa que estar bebiendo todo el día. Desde hace 15 días ha manifestado que lo vigilan, lo persiguen, lo quiere envenenar la hermana, le dan toques, habla solo, no duerme, dice ver enmascarados en la noche que le hablan para decirle de cosas, etc. // Llega por su propio pie, no trauma reciente, se muestra rebelde, agresivo, le toma la mano a una persona y le dice que le está pasando el fluido para que le den toques, dice que su locura es la sed de las almas de la Santísima Trinidad, etc.<sup>101</sup>

Este caso, además de que ilustra acerca de la alteración del orden en el seno de la familia por medio de la violencia, se cons-

<sup>100</sup> Mario Fuentes Delgado, “Relaciones del enfermo mental con la familia y la sociedad”, *Salud Pública de México*, Secretaría de Salubridad y Asistencia, México, t. V, v. IX, n. 4, 1967, p. 525.

<sup>101</sup> AHSS, FMG, SEC, caja 846, exp. 43449, f. 10.

tituyó en móvil para el ingreso de un bebedor al manicomio, y nos muestra también un cuadro clínico con síntomas definidos como las alucinaciones visuales, delirios de persecución y delirios místicos. También se puede ver la importancia que cobró el aspecto del abandono económico, tanto en la decisión del internamiento por parte de los familiares como por parte de los psiquiatras que vieron esto como un síntoma que podía ser útil en la elaboración del diagnóstico.

Durante este periodo hubo una transformación evidente en la forma de entender el alcoholismo. A partir de una cuestión marcadamente orgánica y hereditaria comenzó a abrirse paso una definición desde lo social y ambiental, como la propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) desde 1952, que caracterizaba a los alcohólicos como “bebedores excesivos cuya dependencia del alcohol afecta su salud física o mental, así como sus relaciones con los demás y su comportamiento social y económico”.<sup>102</sup> Dicha definición distaba considerablemente de las realizadas durante la primera mitad del siglo XX y se mantuvo durante la segunda mitad, cuando el alcoholismo pasó a ser considerado como “una desviación social, como una enfermedad que debe analizarse tomando en consideración, entre otras, variables sociodemográficas tales como edad, sexo, estado civil, religión, educación, nivel socioeconómico y nacionalidad”.<sup>103</sup>

Entre 1954 y 1968 se internó principalmente a aquellos bebedores que presentaban cuadros clínicos en los que predominaban la ingestión prolongada de bebidas alcohólicas, alucinaciones y delirios (véase cuadro 2). Los cuatro principales diagnósticos se refieren a los que habían sido señalados por Alfonso Millán como enfermos que podían compararse con los enfermos mentales “francos”. Los expedientes de este periodo son muy detallados en las descripciones de los síntomas y la evolución de la enfermedad, por lo que podemos ver que para el alcoholismo crónico se tenían en consideración, además de los síntomas ya mencionados, alucina-

<sup>102</sup> Luis A. Berruecos Villalobos, “El alcoholismo en México: situación actual y perspectivas”, en Rafael Velasco Fernández (ed.), *Alcoholismo: visión integral*, México, Trillas, 1988, p. 75.

<sup>103</sup> Berruecos, *op. cit.*, p. 75.

ciones con puercos y elefantes, fugas en ocasiones, moderada disartria e ideas delirantes de tipo persecutorio.<sup>104</sup>

En el caso de la psicosis alcohólica, además de la notoria clasificación sintomática, encontramos en los expedientes que se describen a gran detalle los contenidos de los delirios de la persona y sus comportamientos anormales. Santos M. ingresó al manicomio el 16 de julio de 1963 a solicitud de su madre, quien relató que la antigüedad del alcoholismo del enfermo databa de 15 años atrás, pero que a principios de mes “empezó a ver ratas y chinches y a mostrarse coprolálico”.<sup>105</sup> En la elaboración de su expediente intervino también la trabajadora social del pabellón, quien anotó la antigüedad del alcoholismo del enfermo y que éste “empezó con trastornos mentales hace 7 meses porque desde esa fecha bebe diariamente tequila y alcohol con agua. Presenta: insomnio, verborrea, alucinaciones visuales: ve ‘a su compadre’ y ‘animales’, su actitud es de temor, fácilmente se irrita, no come. Hoy está agresivo. Carece de atención médica”.<sup>106</sup> Este paciente fue dado de alta por desaparición de su padecimiento el 10 de septiembre de 1963 y el anuncio de su salida fue firmado por la trabajadora social Hermilia I. Arenas, lo que evidencia la especialización de la asistencia en materia de salud mental y la incorporación de nuevos saberes y oficios en dicha labor.

El *delirium tremens* ocupó el cuarto lugar en los ingresos del periodo (véase cuadro 2) y fue también descrito a detalle en los expedientes clínicos, lo que nos permite observar el interés por determinar hasta qué punto el medio y el desarrollo de la cotidianidad del individuo influían en el contenido del delirio. Por ejemplo, en el expediente de J. Trinidad, un alcohólico internado a solicitud de su esposa el 8 de octubre de 1966, se describió su constitución, así como las condiciones de nutrición, higiene y aliño de las que se menciona que eran malas. Se anotaron las palabras del paciente, que se creía perseguido y afirmaba que “lo celan con mujeres, que ha robado herramienta, que a dos muchachas les

<sup>104</sup> AHSS, FMG, SEC, caja 1126, exp. 54764, f. 2.

<sup>105</sup> *Ibidem*, f. 1.

<sup>106</sup> AHSS, FMG, SEC, caja 1126, exp. 55549, f. 4.



ha levantado el vestido”. Aunque su lenguaje era incoherente por momentos, enunciaba y construía bien lo que decía. En su entrevista se anotó que:

Habla de Alucinaciones auditivas y visuales; ha visto gatos, las personas se convertían en gatos; luego unos alambres emergieron del apagador y uno se enrolló en su cuerpo y otro se le introdujo en el oído. Luego habla de grabadoras y de que en el momento de la entrevista “le pasaron otro transmisor, un alambre que entrándole por un oído le salió por el otro después de haber dado algunas vueltas en su rededor. Estaban pasando “Canciones Rancheras que le estaban acomodando”. “Ahora que ya sabe la verdad (?), tiene miedo porque la señora que se acercó a pulir es su comadre. Acepta que es alcohólico desde los 10 años de edad y bebe a diario, “pues sólo así puede comer”, niega crisis convulsivas. Informa la esposa que bebe desde que ella lo conoció, 8 años atrás, bebe a diario alcohol en infusión de hoja de naranjo, medio litro de alcohol puro en las 24 horas. Solamente sabe trabajar intoxicado y toda su vida lo ha hecho igual. Es su primer episodio psicótico. Desde 15 días atrás su conducta ha sido extraña, se incorpora en la madrugada, y externaba ideas delirantes de daño y perjuicio, creyendo que lo van a matar. Insomnio pertinaz y falta absoluta de alimento. Desde tres días atrás ha estado alucinado y delirante siendo que por eso lo internan.<sup>107</sup>

Como puede verse en la historia de este paciente se tienen en cuenta aspectos que anteriormente eran poco profundizados por parte de los psiquiatras. El contenido del delirio y las ideas de persecución son descritos para construir el diagnóstico de *delirium tremens*, haciendo énfasis en las alucinaciones visuales que le producen los temores de morir, síntoma que, como vimos con anterioridad, es señalado por los médicos como constitutivo de dicho diagnóstico. La palabra de la esposa, quien aseguró que desde que lo conoció era un bebedor, se convirtió en clave para asegurar la cronicidad del alcoholismo de tal modo que pueda desarrollarse el delirio que llevó a su internamiento.

El principal motivo de salida fue la solicitud familiar (véase cuadro 4). Respecto de la relación del enfermo mental con su familia y su comunidad, el doctor Mario Fuentes le otorgó gran

<sup>107</sup> AHSS, FMG, SEC, caja 1186, exp. 60574, f. 2.

importancia a la labor de los médicos psiquiatras en el campo de la educación y la difusión en los grupos familiares para transformar los prejuicios en informaciones lógicas y técnicas, de modo que se lograra una cabal comprensión del enfermo mental. De este modo, las propuestas del doctor Fuentes instaban a que se realizara una “conveniente cooperación para orientaciones terapéuticas” en el seno familiar, en caso de ser factible. También advirtió que las instituciones psiquiátricas cada vez estaban más orientadas a la asistencia del enfermo en el medio social, es decir, se intentaba mantener el vínculo familiar y del paciente con la comunidad.<sup>108</sup>

Pese al grado de complejidad que se detalló en las descripciones de los síntomas y a que los tipos de alcohólicos que se admitieron fueron los que presentaban trastornos mentales como constantes alucinaciones, delirios y accesos de violencia, el promedio de duración del internamiento durante estos años se redujo considerablemente, pues pasó de 10.82 en el periodo anterior a tan sólo 6.35 meses, cuestión que está íntimamente relacionada con el alto porcentaje de retirados por la familia y el gran número de altas por remisión.

Respecto de la muerte de pacientes psiquiátricos, el doctor Cabildo señaló que había mejorado la atención del enfermo mental, ocasionando que los porcentajes de mortalidad comenzaran a disminuir. Alertó además acerca de que solamente los trastornos vasculares del sistema nervioso central continuaban en ascenso y representaban un problema por resolver. Cabildo argumentó que la esperanza de vida había aumentado, lo que le resultaba preocupante debido a que la población psiquiátrica podría empezar a desarrollar psicosis seniles y preseniles.<sup>109</sup> Tales motivos pueden explicar la disminución de las altas por muerte y explicar también el alto número de pacientes en estado de cronicidad que se mencionaron anteriormente.

Por medio de los expedientes puede verse que los tratamientos también se transformaron y tuvo gran acogida en La Castañeda

<sup>108</sup> Fuentes Delgado, *op. cit.*, p. 528-529.

<sup>109</sup> Cabildo, *op. cit.*, p. 512.

la implementación de productos de la industria farmacológica. Se realizaron tratamientos con vitamina B1 y Calcibronat,<sup>110</sup> se utilizó el Largactil y Dextrevit.<sup>111</sup> Este último, acompañado de Dextrabbot (reactivador energético), se empleó para tratar casos de *delirium tremens*.<sup>112</sup> Además se implementaron propuestas externas al ámbito médico como charlas por parte del Grupo Valle de México de Alcohólicos Anónimos en el Manicomio desde 1965.<sup>113</sup>

### CONSIDERACIONES FINALES

Los alcohólicos en el Manicomio General La Castañeda fueron una población muy numerosa que, dadas las características de sus padecimientos, motivaron constantemente la discusión acerca de si éstos podían compararse con el resto de enfermos mentales que sí presentaban trastornos psiquiátricos. En este sentido puede hablarse de una notoria ambigüedad en los criterios de internamiento de los alcohólicos ya que, como se mencionó, la definición

<sup>110</sup> AHSS, FMG, SEC, caja 929, exp. 47564.

<sup>111</sup> AHSS, FMG, SEC, caja 1126, exp. 54764.

<sup>112</sup> AHSS, FMG, SEC, exp. 61374.

<sup>113</sup> Se diseñó un “plan de cooperación” entre Alcohólicos Anónimos y la Castañeda para solventar el problema de los casos “reingreso”. Dicho proyecto estuvo impulsado por la doctora Victoria Andaluz, adscrita al Pabellón de Observación de La Castañeda. AHSS, FMG, SADM, caja 17, exp. 15, s/f. Alcohólicos Anónimos es una sociedad civil proveniente de Estados Unidos que ha sido altamente efectiva en la recuperación de alcohólicos. En México comenzó a consolidarse en la década de 1950. En 1956 se fundaron los dos primeros grupos sólidos del país y para 1969 ya existían 238. Posterior al cierre de La Castañeda, esta organización tuvo un crecimiento acelerado, llegando a 2 500 grupos en 1980 y 8 761 grupos en 1985. Véase *Alcohólicos Anónimos en México. Segunda parte*, México, Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos, 2013, p. 61. La propuesta de A. A. está basada en una tradición de “12 pasos” en los que el alcohólico lleva a cabo una fuerte experiencia espiritual que termina por llenar los vacíos personales que lo llevan a ingerir alcohol, postura que, según señala la historia oficial de la organización, fue fuertemente influida por el psicólogo y psiquiatra suizo Carl Jung. Véase Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos, *Alcohólicos Anónimos llega a su mayoría de edad. Una breve historia de Alcohólicos Anónimos*, 24a. ed., México, Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos, 2013, p. 9.

del alcoholismo desde lo médico o psiquiátrico estaba mediada notoriamente por la aceptación cultural de las bebidas. Todo ello ayudó a explicar que, pese a que fueron el segundo grupo poblacional más grande dentro de la institución, su permanencia en ella y la capacidad terapéutica que les pudiese ofrecer el confinamiento psiquiátrico siempre estuvo en duda por los mismos psiquiatras.

En cuanto a la realización del diagnóstico de alcoholismo y sus diferentes formas, el trabajo con los expedientes clínicos y los escritos médicos de la época nos permiten afirmar que durante los 58 años de funcionamiento de La Castañeda se dieron transformaciones en la forma de los criterios y síntomas que observaron los psiquiatras. Hay que recalcar que de un diagnóstico principalmente etiológico en los inicios del manicomio paulatinamente se cambió hacia un diagnóstico que considerara las manifestaciones propias de la locura generada por el consumo de alcohol durante la década de 1930. Este proceso estuvo motivado por las necesidades institucionales de albergar a los enfermos con verdaderos síntomas mentales y por el interés de los médicos en observar las manifestaciones propias de la cantidad elevada de bebedores que llegaban al manicomio.

Para la década de 1960, con la recepción de teorías psiquiátricas norteamericanas en las que se daba una concepción holística de la enfermedad mental, y el eco de los postulados de la OMS en los que se consideraba el alcoholismo como una “desviación social”, en las causas y el diagnóstico del alcoholismo comenzaron a tener mayor peso aspectos como las relaciones familiares y la integración del individuo a la economía, lo que nos permite afirmar que los criterios médicos se distanciaron considerablemente de las concepciones biologicistas de la enfermedad mental que se tenían a principios de siglo. Se puede afirmar que la medicalización del alcoholismo fue evidente en tanto que pasó de un criterio moral a uno estrictamente médico; sin embargo, su inserción en el campo de la teoría psiquiátrica fue débil debido a su ambigüedad como enfermedad mental. Por tal motivo, es necesario señalar que éste es un primer acercamiento a la problemática y que se requieren estudios posteriores para poder

corroborar si el alcoholismo durante la posrevolución fue un problema psiquiátrico.

La variación en las concepciones sobre alcoholismo en los últimos años analizados y la falta de respuesta terapéutica adecuada en la institución psiquiátrica resaltan la importancia que cobraron otro tipo de conocimientos diferentes al ámbito médico/psiquiátrico. Con esto se hace referencia a la labor de los trabajadores sociales y organizaciones civiles como Alcohólicos Anónimos que, hasta el día de hoy, han demostrado una alta efectividad en el tratamiento del alcoholismo. Además de ello, el papel de la familia y la comunidad siempre estuvo como intermediario entre el enfermo y la institución, procesos que se fortalecieron en los albores del cierre del manicomio. En cierto sentido, el alcoholismo fue un hábito considerado como una enfermedad mental ambigua no sólo por los médicos sino por el entorno social.

## ANEXO CUADROS ESTADÍSTICOS

### CUADRO 1

Ingresos por alcoholismo en cada periodo.  
Porcentajes calculados en relación con el total de ingresos registrado en la muestra y con el total de alcohólicos

<i>Periodo</i>	<i>Porcentaje respecto del total de ingresos del periodo</i>	<i>Porcentaje respecto del total de alcohólicos</i>
1910 a 1919	28.4	17.0
1920 a 1933	22.2	23.6
1934 a 1953	13.3	31.6
1954 a 1968	14.3	27.8
TOTAL	N/A	100

FUENTE: BD-PAPIIT.

CUADRO 2  
Diagnósticos de alcoholismo, 1910-1968  
(porcentaje)

<i>Diagnóstico</i>	<i>Porcentaje del total de alcohólicos</i>	<i>1910 a</i>	<i>1920 a</i>	<i>1934 a</i>	<i>1954 a</i>
		<i>1919</i>	<i>1933</i>	<i>1953</i>	<i>1968</i>
Psicosis alcohólica	42.5	54.6	34.5	49.5	34.1
Alcoholismo crónico	24.2	16.6	37.0	11.9	32.0
Alcoholismo	6.7	8.6	9.9	5.1	4.7
Alucinosis alcohólica	5.5	0.0	1.7	3.9	13.8
<i>Delirium tremens</i>	5.5	3.1	4.8	5.7	7.2
Alcoholismo cerebral	4.3	0.0	0.6	12.9	0.2
Confusión mental alcohólica	4.3	4.3	6.6	4.9	1.6
Sin clasificar	2.0	3.4	0.2	1.7	3.1
Alcoholismo agudo	1.9	7.4	2.1	0.3	0.3
Korsakoff	1.8	0.9	2.3	1.8	1.7
Dipsomanía	1.4	1.1	0.4	2.3	1.2
TOTAL	100	100	100	100	100

FUENTE: BD-PAPIIT.

CUADRO 3  
Instancias remitentes de alcohólicos entre 1910 y 1968  
(porcentaje)

<i>Instancias remitentes</i>	<i>Porcentaje total</i>	<i>1910 a 1919</i>	<i>1920 a 1933</i>	<i>1934 a 1953</i>	<i>1954 a 1968</i>
Sin dato	33.8	0.0	1.0	26.5	90.6
Policía	15.9	21.4	50.0	0.6	1.0
Beneficencia Pública*	13.3	9.4	26.9	16.9	0.0
Orden del gobernador	7.5	43.1	0.8	0.0	0.0
Asistencia Pública	6.8	0.0	0.0	21.6	0.0
Familiar	6.4	12.9	6.8	7.2	1.2
Otros	4.9	5.4	4.5	4.3	4.9
Secretaría de Salubridad y Asistencia	4.2	n.a.	n.a.	13.3	0.0
Delegación	2.8	0.0	0.2	7.4	1.4
Ayuntamiento	1.4	0.6	5.4	0.0	0.0
Cárcel	0.8	1.1	0.6	1.5	0.2
Hospital General	0.7	0.9	1.2	0.3	0.5
Voluntad propia	0.6	1.4	0.8	0.3	0.2
Hospital Militar	0.5	0.9	1.7	0.0	0.0
Hospital para hombres dementes**	0.5	2.9	n. a.	n. a.	n. a.
TOTAL	100	100	100	100	100

\* La Beneficencia Pública envió personas hasta el año 1937, cuando aparece Asistencia Pública que envió personas al manicomio entre 1938 y 1943. Posteriormente, la institución que los absorbe es la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

\*\*Éste era el antiguo Hospital de San Hipólito. Una vez construida La Castañeda, sus pacientes fueron trasladados allí, por lo que el hospital para hombres dementes deja de figurar como una instancia remitente para el resto de los periodos.

FUENTE: BD-PAPIIT.



CUADRO 4  
Tipos de alta en los alcohólicos, 1910-1968  
(porcentaje)

<i>Tipos de alta</i>	<i>Porcentaje del total de alcohólicos</i>	<i>1910 a</i>	<i>1920 a</i>	<i>1934 a</i>	<i>1954 a</i>
		<i>1919</i>	<i>1933</i>	<i>1953</i>	<i>1968</i>
Solicitud de familia o responsable	29.1	14.0	23.3	34.7	37.1
Muerte	18.0	26.3	24.0	17.4	8.6
Remisión	17.6	0.0	2.9	21.3	36.7
Curación	9.7	45.7	7.9	0.2	0.0
Mejoría	8.8	5.4	32.6	0.2	0.3
No regresó del permiso	7.0	1.4	2.1	16.2	4.2
Fuga	4.4	0.6	0.8	4.9	9.1
Sin dato	2.0	1.4	2.9	1.8	1.7
No ameritar internamiento	1.4	1.7	1.9	1.8	0.2
Traslado	1.3	0.0	1.0	1.4	2.1
Solicitud del paciente	0.6	2.9	0.4	0.0	0.0
Orden de alguna autoridad	0.1	0.6	0.2	0.0	0.0
Término del tratamiento	0.0	0.0	0.0	0.2	0.0
TOTAL	100	100	100	100	100

FUENTE: BD-PAPIIT.