



José Luis Pérez González

“Toxicomanías”

p. 373-410

***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

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



TOXICOMANÍAS

JOSÉ LUIS PÉREZ GONZÁLEZ

Instituto Nacional de Antropología e Historia
Coordinación Nacional de Conservación del Patrimonio Cultural

Introducción

En los postreros años del siglo XIX, el médico mexicano José Olvera declaraba que ninguno que caía en el vicio del narcotismo dejaba de encontrar quién lo habilitara para fomentar la mala costumbre. La patogenia del morfinismo, del cocainismo, comenzaba, según este médico, en el estado neuropático que producía sufrimiento verdadero, intenso, que exigía remedio urgente, debido a que estas dos sustancias narcóticas eran comúnmente utilizadas por la medicina en el alivio del dolor agudo y en el “insomnio que atormenta a los nerviosos y ancianos”.¹ No obstante, la declaración de Olvera sirve para ilustrar un aspecto del problema médico y social que estaba a punto de acrecentarse: la toxicomanía, pues la verdadera preocupación clínica era la adicción que podría traer como consecuencia el uso desmedido de estos psicoactivos, ya que:

A ninguno a quien se pica por primera vez con la aguja de la jeringa le agrada, pero el alivio en el padecer es tan pronto, tan dulce, que se olvida lo que duele el piquete, lo que arde la inyección, y al volver el más ligero dolor se pide la jeringa; si el médico la niega, entonces empieza la simulación del neuropata y se exagera el sufrimiento, finge que ya no puede resistir, y si el médico es débil, se repetirá la comedia diariamente hasta que el maniático se provea de instrumento y asegure el modo de adquirir la morfina, entrando

¹ José Olvera, “Expendio libre de yerbas medicinales, de venenos y otras drogas peligrosas”, *La Farmacia*, Sociedad Farmacéutica Mexicana, México, t. VI, n. 12, 1897, p. 268.



Figura 1. Las drogas malditas. FUENTE: Biblioteca Academia Nacional de Medicina, *Revista Mexicana de Ciencias Médicas*, t. I, n. 1, 1925

desde entonces en la categoría de aquellos a quienes nunca les falta con qué emborracharse.²

Peor aún era el uso de la marihuana, pues, a diferencia de las dos sustancias anteriormente citadas, el “cáñamo indio” tenía un fácil acceso y sólo bastaba un “cigarrillo” para que el novicio se hiciera un profeso infeliz, hasta llegar a la estupidez o terminar en el cadalso. El argumento de Olvera indicaba que la marihuana enervaba, producía alucinaciones halagüeñas, expansión de ánimo, turbulencia que causaba, como consecuencia, exaltación y delirio impulsivo.

Sin embargo, el discurso en contra de las “drogas” no se limitaba al aspecto médico, ya que sólo basta revisar la prensa de la época para encontrar noticias de crímenes cometidos bajo los efectos de alguna sustancia de psicoactivos. Inclusive este interés por los delitos causados bajo los efectos de estas sustancias los retomaban los médicos para advertir de su uso. Volvamos

² *Ibidem.*

al médico Olvera, pues éste afirmaba que, aunque el uso del “cáñamo indio” se encontraba en todas las regiones en donde nacía la planta y era ingerido en sustancia sólida o líquida o en humo, en ninguna parte del mundo la yerba causaba tan fatales excesos como en la República Mexicana.

Es cierto que en las otras regiones el delirio que determina la marihuana es turbulento, pero en nuestro país llega al furor, a la impulsión terrible y ciega que conduce al asesinato y creo que se puede pensar con fundamento que esta forma funesta de embriaguez tóxica es debida a dos circunstancias que acompañan a la absorción del veneno que se fuma simultáneamente con el tabaco, y casi todos los marihuanos son alcohólicos, de manera que el delirio de estos desgraciados es parecido al que sobreviene en el periodo de excitación que se observa en repetidas veces en los alcohólicos.³

Vemos, pues, que, aunque este discurso evoca las problemáticas de estas sustancias en los años finales del siglo XIX, ilustra de alguna manera las discusiones médicas y sociales que traían consigo las toxicomanías, discursos que se refinaron con la llegada del siglo XX, periodo en que se “patologizó” y “criminalizó” el uso de estas sustancias. El número de pacientes internados por toxicomanía en el Manicomio General La Castañeda evoca no sólo la problemática social de estas sustancias, sino también la visión médica de su tratamiento, pues de entrada fueron considerados como enfermos mentales que debían ser tratados con terapias psiquiátricas. La construcción del imaginario en torno a los consumidores de drogas como sujetos que no tenían control de sus actos, e incapaces de lidiar con sus pasiones, fueron elementos que se sumaron a la idea de ser considerados enfermos mentales, por lo que La Castañeda era el espacio indicado para ingresar a las personas que tenían alguna adicción.

No es de extrañar, entonces, que el 3.3% de la población que ingresó al Manicomio La Castañeda durante sus 58 años de funcionamiento fue diagnosticado como toxicómano. El término toxicomanía era usado para referirse, de manera genérica, a las

³ *Ibidem*, p. 269.

diversas formas de observar los síntomas de los pacientes intoxicados por alguna sustancia considerada como psicoactiva. Ese primer diagnóstico se caracterizaba por la droga que era utilizada por el interno. Así encontramos la toxicomanía por el uso de heroína, marihuana, morfina, cocaína o la combinación de alcohol y marihuana; el término toxicomanía también era empleado para referirse a la toxifrenia exógena (eucodal) y al trastorno mental por origen tóxico, estos dos últimos ligados también con la marihuana. En ocasiones el término genérico de toxicomanía era anotado en el libro de ingreso como primer diagnóstico. Sin embargo, en algunos casos, al revisar las historias clínicas se puede determinar la sustancia utilizada por el toxicómano.

Así pues, el objetivo de este texto es elaborar un análisis cuantitativo y cualitativo de los pacientes que ingresaron con algún diagnóstico relacionado con las toxicomanías en el Manicomio General La Castañeda y en el Hospital Federal de Toxicómanos, en el periodo que comprende los años de 1910 a 1968. Las principales fuentes son dos bases de datos: la primera corresponde al 20% del total de los expedientes del Hospital Federal de Toxicómanos de 1933 a 1948 y la segunda atañe al 20% del total de los ingresos al Manicomio General La Castañeda entre 1910 a 1968.

Y aunque en el hospital se dio un ingreso considerable de alcohólicos, el 15%, no comentaremos los datos de esta población y nos enfocaremos principalmente a los consumidores de marihuana, heroína, morfina y opio, tomando en cuenta que existe un apartado que aborda la población de alcohólicos y que el ingreso de alcohólicos se da precisamente durante la Campaña Contra el Alcoholismo y otras Toxicomanías, tópico que es tratado en dicho texto.

De la cárcel al manicomio

Durante la segunda mitad del siglo XIX el control y la inspección sobre expendios de drogas y medicinas trajo como consecuencia la promulgación de leyes que prohibían la venta de sustancias medicinales fuera de las “oficinas de farmacia”. Tal era el caso de

la promulgada en enero de 1842 y de un reglamento sobre boticas, almacenes y fábricas de drogas en noviembre de 1846 que respondía, la mayoría de las veces, a frenar la práctica de la adulteración de las sustancias.⁴ En 1870 se pretendió establecer limitaciones al uso y venta de algunas sustancias consideradas nocivas para la salud. Entre éstas se llegó a mencionar especialmente —como drogas— el láudano, la “adormidera” y la marihuana.

Para el año de 1878 se aprobó un reglamento más sobre boticas y droguerías en la ciudad de México. Éste pretendía aplicar sanciones a quien vendiera lo que para entonces se denominaba “medicamentos peligrosos” sin solicitar la receta médica y cuando no fueran atendidos por profesional farmacéutico.⁵

Dichas disposiciones muestran el interés por parte de las autoridades por controlar la venta y el consumo de toda clase de compuestos químicos, pues algunos de ellos, como los clorhidratos de morfina, se comercializaban bajo un limitado control. Sin embargo, una vez entrado el siglo XX, la reglamentación en torno a la producción, comercio y consumo de medicamentos y drogas se intensificó.⁶ La clasificación y denominación de las sustancias nocivas para la salud quedaron condensadas en el término “drogas enervantes”. Esto sucedió en 1927, al aprobarse el Código Sanitario y sus reglamentos. Así pues, se clasificó como “drogas enervantes” el opio en sus diversas formas, la morfina —sus sales y derivados—, la cocaína —sus sales y derivados—, la heroína —sus sales y derivados—, las adormideras, las hojas de coca, la marihuana en cualquiera de sus formas, y “los preparados que contengan algunas de las sustancias señaladas anteriormente”.⁷

Si bien las primeras reglamentaciones iban encaminadas a normar la venta y la calidad de los “medicamentos peligrosos”, es evidente que desde principios del siglo XX empezaron a adquirir forma las prohibiciones y limitaciones hacia el consumo de la marihuana y otras sustancias. En 1916 el gobierno de Venustiano

⁴ AHSS, FSP, SIF, legajo 1, exp. 73.

⁵ AHSS, FSP, SIF, caja 2, exp. 30.

⁶ Destacan los reglamentos y decretos de 1903, 1905, 1917, 1920 y 1923.

⁷ AHSS, FSP, SSJ, caja 8, exp. 3.

Carranza decretó la ilegalidad de su producción, comercio y consumo en todo el territorio mexicano. El decreto carrancista otorgaba al Departamento de Salubridad la facultad de importar y distribuir drogas como el opio en bruto, la morfina, la heroína y la cocaína, por lo que podría otorgar las concesiones y los registros de todas las sustancias sometidas a control estatal.⁸ A su vez, este decreto tuvo que enfrentar la situación política del país y la creciente red de importadores y distribuidores, de todos los niveles, así como la creciente corrupción de las autoridades.

En los debates del Congreso Constituyente de 1917, el doctor José M. Rodríguez propuso que se establecieran disposiciones “dictadas para corregir esta enfermedad de la raza proveniente principalmente del alcoholismo y del envenenamiento por sustancias medicinales como el opio, la morfina, el éter, la cocaína y la mariguana...”⁹

Un elemento que preocupaba era la producción y comercialización de las drogas y, al respecto, se listó una serie de limitaciones sobre el comercio de productos que podían “ser utilizados para fomentar los vicios que degeneren la raza y sobre el cultivo de plantas que pueden ser empleadas con el mismo fin...”¹⁰ Dichas medidas quedaron plasmadas en el *Diario Oficial* el 15 de marzo de 1920, donde se menciona que será el Departamento de Salubridad el que dará los permisos para importar opio, morfina, heroína y cocaína. Las disposiciones prohibían el cultivo y el comercio de la marihuana y la limitación del cultivo y la extracción de los productos de la adormidera.

La situación legal para los consumidores no era muy alentadora, ya que en el artículo 521 del Código Penal de 1929 se indicaba que la autoridad legal competente tenía la facultad para internar por todo el tiempo que fuese necesario a toda persona que hubiera adquirido el “vicio” de ingerir o usar, en cualquier

⁸ AHSS, FSP, SSJ, caja 2, exp. 3.

⁹ Sergio García Ramírez, *Delitos en materia de estupefacientes y psicotrópicos*, México, Trillas, 1977, p. 33, y *Diario de Debates del Congreso Constituyente, 1916-1917*, México, Instituto Nacional de Estudios Históricos de las Revoluciones en México, 1985, t. II, p. 647.

¹⁰ AHSS, FSP, SSJ, caja 2, exp.3.

forma, sustancias nocivas para la salud, drogas enervantes o plantas prohibidas. El artículo 522 señalaba que se recluiría a todo aquel que, sin prescripción médica que llenase todos los requisitos, estuviera o acostumbrara a estar bajo la influencia de alguna droga enervante. La reclusión podría durar hasta la completa curación del toxicómano.

No obstante las disposiciones y las preocupaciones por parte de las autoridades civiles y médicas en contra del uso de los narcóticos, los ingresos al Manicomio La Castañeda son, en los primeros treinta años, relativamente bajos en comparación con otras enfermedades, por ejemplo el alcoholismo. Como se observa en la gráfica 1, es a partir de 1938 que inicia un ingreso importante por parte de los toxicómanos, pero ese incremento dura tan sólo unos cuantos años. Por tanto, la pregunta sería: ¿dónde se realizaba la atención médica a estos enfermos?

Como se señaló anteriormente, las disposiciones legales en relación con las toxicomanías, y en especial con quienes las consumían, se dirigían a criminalizar su comercialización, al igual que el hábito de consumo. Por tanto, no es extraño encontrar que el sitio de confinamiento de los consumidores fuera la cárcel. En esos años los toxicómanos eran internados en una crujía especial de la Penitenciaría del Distrito Federal, en donde no se desarrollaba una terapia efectiva dadas las circunstancias de aislamiento y de insalubridad, por lo que los internos se consideraban presos y no en hospitalización.

Con la demolición de la cárcel de Belem en 1933, fue preciso establecer la prisión preventiva en la penitenciaría, razón por la cual hubo que desocupar la crujía “F” de la misma. En vista de lo anterior, el Departamento de Salubridad se vio obligado a habilitar un hospital de toxicómanos en el local de la calle de Tolsá, destinado anteriormente a Inspección de Sanidad, donde las condiciones no eran suficientes para considerarlo un espacio adecuado para el tratamiento y desintoxicación de los toxicómanos. La atención regular de los toxicómanos se desarrollaba en la Oficina de Consignaciones, donde se realizaban las primeras observaciones. El local se arregló con la finalidad de que tuviera carácter de hospital, aunque necesitaba elementos que mantuvieran

el orden de la reclusión. En dichos establecimientos se mantenía un promedio de 350 enfermos de primer ingreso y los reingresos oscilaban de uno a cinco.

Las condiciones en que se encontraban dichos espacios demuestran la deficiencia del servicio por falta de recursos. La cruja no contaba con los medios satisfactorios para el tratamiento de los toxicómanos, por lo que no se llevaban adecuadamente las exploraciones clínicas, ni la aplicación satisfactoria de los tratamientos. En el local preventivo del Departamento de Salubridad las condiciones no eran mejores: los pacientes permanecían un promedio de cinco días en condiciones insalubres, en pleno piso de cemento y en promiscuidad con los detenidos por infracciones al código sanitario.

La organización del servicio de toxicomanías del Departamento de Salubridad Pública presentaba algunas deficiencias y lagunas, las cuales se agrupaban en técnicas y de orden administrativo o económico. Desde el punto de vista técnico, el servicio estaba formado por un director del hospital y dos médicos subauxiliares, estos últimos comisionados uno en el hospital y el otro en la Oficina de Consignaciones. El médico de esta oficina, aun cuando teóricamente tenía la misma responsabilidad del que estaba en el Hospital de Toxicómanos, desempeñaba una actividad considerada de mayor trascendencia, ya que era el responsable de los diagnósticos y dictámenes que se realizaban para declarar a un individuo como toxicómano.¹¹

Los diagnósticos y dictámenes que hacía el médico de la Oficina de Consignaciones servían para remitir a los aprehendidos al hospital o para dejarlos en libertad. Cuando un individuo era remitido al hospital se hacía con una orden del Servicio Jurídico en la cual no iba ninguna especificación de índole médica, de tal manera que el médico del hospital recibía al enfermo ignorante de la causa o las condiciones en que iba remitido. Se sabía que se estaba remitiendo a un toxicómano, pero había

¹¹ Por lo general, los oficios tenían como información la fecha de ingreso, la instancia remitente, una somera descripción del examen médico y la descripción de los signos y síntomas por la intoxicación. Al final el médico en turno firmaba para señalar que el sujeto quedaba en tratamiento.

ocasiones en que el individuo era trasladado en calidad de sospechoso, o podía verter una declaración distinta en el Servicio Jurídico, por lo que se pedía que al ser remitido un individuo se consignara, en un oficio adjunto, la serie de observaciones médicas que se le habrían hecho, especificando claramente la clase de toxicomanía.

Respecto de la labor que desempeñaba el médico adscrito al hospital, podemos decir que estaba en contacto directo con los enfermos, aunque en los informes se mencionaba que, al realizar sus visitas y examinarlos, quedaba impresionado por las mentiras, las súplicas y las simulaciones de los asilados, ordenando las altas sin tomar en consideración que precisamente todas estas súplicas eran uno de tantos síntomas de la constitución mental de los toxicómanos, quienes empleaban lo que fuera para lograr su objetivo: salir. Esta situación podría explicar algunas de las altas que se otorgaban después de unos cuantos días de haber ingresado. El médico del hospital es el que debía establecer los tratamientos; por un lado, el deshabituarlos en cualquiera de las formas clásicas (brusca, rápida o lenta) y, por otra, el retenerlos un tiempo más o menos largo, para que cuando salieran no cayeran nuevamente en el hábito.

En cuanto a las actividades administrativas se requería tener un sistema para registrar en forma estadística y para el mejor control de cada asilado, en el cual se anotara el nombre de cada individuo, los ingresos del día, la clase de toxicomanía, la cantidad de morfina inyectada a cada uno, la cantidad y clase de otros medicamentos que se les administraban, que se verificaran las altas diariamente y las observaciones diarias al margen. Es evidente que tanto las instalaciones como el servicio que se prestaba por parte del personal no alcanzaban para cubrir las actividades cotidianas.

Al respecto, el director del hospital para toxicómanos, doctor Everardo Landa, lanzaba las siguientes propuestas:

el tratamiento de los enfermos requería tres meses de permanencia en el hospital, con el objeto de lograr no sólo la desintoxicación sino lo más importante, intentar la curación; prolongar los turnos de los médicos, con el objeto de que cada médico pueda observar mejor

a sus pacientes y formar las historias clínicas respectivas; que los marihuanos se les interne en el hospital sistemáticamente y no se les permita salir de la oficina de consignaciones con el fin de poder realizar un estudio clínico de la respectiva toxicomanía.¹²

Al parecer también existía una carencia significativa de materiales de clínica, especialmente instrumentos y útiles diversos de exploración, además de no contar con formas especiales para la redacción de historias clínicas.

El 6 de febrero de 1934, en el local que ocupaba el hospital de toxicómanos en la calle de Tolsá número 48, se da la entrega del hospital al nuevo administrador, Agustín Dupond. Durante ese año se gesta un movimiento administrativo que será clave para el devenir de los toxicómanos atendidos tanto en La Castañeda como en lo que será el Hospital Federal para Toxicómanos: la firma del contrato entre el general José María Tapia, como jefe y en representación de la Beneficencia Pública del Distrito Federal, y por el doctor Manuel F. Madrazo, jefe del Departamento de Salubridad Pública, para el funcionamiento del Pabellón de Toxicómanos, construido en el Manicomio General.

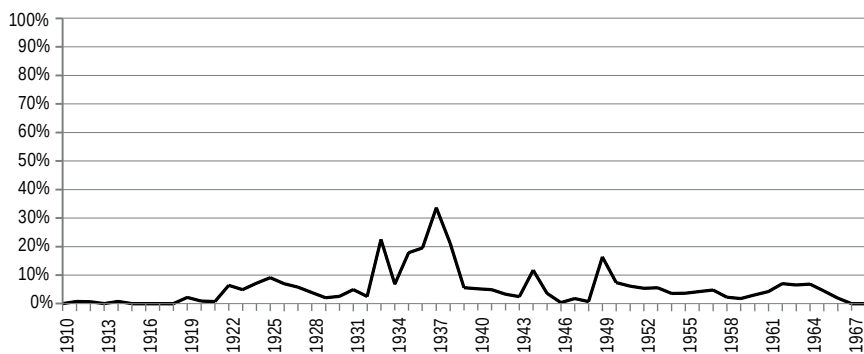
En el contrato se mencionaba que, debido a que el Pabellón de Toxicómanos fue construido en terrenos de propiedad del Manicomio General y que los gastos de esa construcción se hicieron tanto con fondos del Departamento del Distrito Federal, cedidos al de Salubridad Pública, y con fondos de la Beneficencia Pública del Distrito Federal, unos y otros por las cantidades cuyo monto se determinaba en los respectivos presupuestos de egresos, las partes contratantes convenían para el régimen y administración del referido pabellón que éste fuera denominado como “Hospital Federal de Toxicómanos”, dependiente del Departamento de Salubridad. A su vez, tanto el personal médico, de enfermeros y enfermeras, y los medicamentos allí suministrados eran responsabilidad del Departamento de Salubridad, el cual también pagaba 50 centavos diarios a la Beneficencia Pública por cada

¹² AHSS, *FSP*, SSJ, caja 33, exp. 7, director del Hospital doctor Everardo Landa, 18 de agosto de 1933.

toxicómano asilado, en calidad de compensación. La alimentación también estaba a cargo de esta última.

Por tanto, en 1933, año en que inició el registro de pacientes en el Hospital Federal de Toxicómanos, ingresó el 7.6% de los toxicómanos, de los cuales el 88% fue remitido por el Servicio Jurídico y el 12% ingresó voluntariamente, con un promedio de estancia de 40.1 días. Todos los ingresos de ese año fueron de hombres, con una edad promedio de 30 años.

GRÁFICA 1
Pacientes internados en el Hospital Federal de Toxicómanos
en comparación con la población total del Manicomio La Castañeda
1910-1968



FUENTE: BD-PAPIIT.

En 1937 se encuentra el punto más alto de ingresos: 25%. Un dato sobresaliente es que durante ese año más de la mitad —el 62.3% de los toxicómanos— fue remitida por las acciones de la Campaña Contra el Alcoholismo y otras Toxicomanías, y que el promedio de estancia fue de 87.7 días; el 75% fueron hombres con una edad promedio de 27 años y un 25% mujeres con promedio de 33 años. La cantidad de hombres supera la de mujeres, con registros del 86.77% sobre el 13.23%, respectivamente.

Los reingresos fueron una constante en el Hospital Federal de Toxicómanos. La suma da un total de 1 126, lo que nos da un promedio de 3.4%. El porcentaje de hombres que sólo ingresaron

una vez fue del 84.1%, mientras el porcentaje de mujeres fue de 15.8%. A su vez, el 17.7% ingresó por consumo de alcohol, el 12.6% por heroína, 17% general, 32.9% por marihuana, 4.4% por morfina y 15.1% sin dato.

CUADRO 1
Promedio de estancia en días

<i>Total de toxicómanos</i>	<i>Ingresos</i>	<i>Promedio de estancia</i>
158	1	48.7
50	2	25.1
22	3	34.5
24	4	29.1
14	5	33.2
17	6	27
6	7	51.1
4	8	23.1
3	9	53
5	10	10.1
3	11	19
2	12	13
1	13	17
1	14	37
3	15	38.8
3	16	49
4	17	58.2
1	18	24
1	19	25
1	24	26
1	25	29
1	26	33
1	28	12

FUENTE: BD-PAPIIT.

El 50% de estos ingresos se dio entre 1937 y 1938, años en los que la instancia preponderante de remisión fue la Campaña Contra el Alcoholismo y otras Toxicomanías. El 73.4% terminó el tratamiento y el 24% no ameritaba internamiento. Asimismo, se registraron dos decesos.

La cantidad de reingresos y el tiempo de estancia dentro del hospital son referentes importantes para entender la dinámica de los toxicómanos, ya que era ésta el resultado de la mala administración del espacio, pero, además, de la falta de planeación de las instancias involucradas y de la forma tan peculiar en que los toxicómanos se habían “apropiado” del hospital —por decirlo de alguna forma— al verlo como un espacio de paso.

A finales de la década de los treinta se publicó el artículo “Exposición de motivos para el nuevo Reglamento Federal de Toxicomanías”, escrito por el doctor Leopoldo Salazar Viniegra en la revista *Criminalia*. El artículo mostraba las razones que justificaban la promulgación de un nuevo Reglamento Federal de Toxicomanías, el cual sustituiría al de 1931. Ese nuevo reglamento tendría como objetivo mantener tratamientos adecuados, con disposiciones acordes con la realidad del problema, entre las que se mencionaba la creación de dispensarios donde se les darían gratuitamente a los toxicómanos las sustancias que necesitaran. La intención era encontrar procedimientos que disminuyeran o nulificaran algunos de los factores determinantes de la toxicomanía, para lo cual el doctor Salazar Viniegra proponía buscar medidas paliativas que pudieran tener mayor eficacia que las aplicadas en los años anteriores, ya que ni la persecución al toxicómano, ni la reclusión forzada, habían dado los resultados esperados, por lo que era necesario considerar al toxicómano como un paciente al cual se le requería dar asistencia médica y social.

Por todo esto se proponía mantener un tratamiento a los toxicómanos que les permitiera ir reduciendo las cantidades de droga que usaban y vigilar mejor su curación. La intención general de los dispensarios era que los enfermos no necesitaran ya comprar la droga al traficante, por lo que los enfermos no serían una carga para sus familiares, además de que se les alejaría de la práctica del

hurto al no tener la necesidad de conseguir dinero para comprar la droga, por lo que los vendedores verían minado su negocio.

Sin embargo, este hospital tuvo un tiempo de vida corto, pues en 1948 fue cerrado. Al año siguiente el edificio que había sido construido para el tratamiento de los toxicómanos fue alquilado al Instituto Mexicano del Seguro Social, para que en él fueran tratados los trabajadores con padecimientos mentales a cambio de un ingreso que ayudara a pagar los gastos de La Castañeda.

Aun con la creación del Hospital Federal de Toxicómanos, en el Manicomio General La Castañeda hubo un ingreso constante de enfermos por causa de sustancias psicoactivas, información que demuestra la importancia de las ciencias psiquiátricas en el tratamiento de esta clase de pacientes. Cabe resaltar que en su mayoría los internos fueron hombres, ya que ocuparon el 87.5%, mientras que las mujeres fueron el 12.5%.

En 1949 se encuentra el punto más alto de ingresos, es decir el 12% del total de toxicómanos. En ese año, el 63.3% fue remitido por las acciones de una institución de seguridad o reclusión como la penitenciaría y por la Procuraduría General de la República. El promedio de estancia fue de 3.4 meses. El 92% fue de hombres con 29.5 años de edad y un 7.6% mujeres con un promedio de 30 años. El 3.2% consumió heroína, el 38.4% marihuana y un 57.6% se registraba como toxicómano. El 73% salió por no ameritar internamiento y el 100% residía en la ciudad de México. Podemos observar que en 1937 no se registra un solo ingreso, lo cual se relaciona con el aumento en ese mismo año en el Hospital Federal, en buena medida por las acciones de la Campaña Contra las Toxicomanías.

En 1944 hay un repunte con el ingreso de 21 asilados, 66% diagnosticado como consumidores de heroína, 9.5% de marihuana y 19% de morfina. Lo interesante de este grupo es que el 76.1% fue remitido por la Secretaría de Salubridad y Asistencia en la categoría de no pensionistas y que todos fueron trasladados al Pabellón de Toxicómanos. En 1946 se registra una caída con un solo ingreso: un hombre de 56 años de edad, no pensionista, con un promedio de estancia de 15 meses. En 1966 se tienen los últimos 6 registros, todos ellos por consumir mari-

huana, hombres con un promedio de 30 años, residentes de la ciudad de México.

La suma de los reingresos da un total de 572, lo que nos da un promedio de (1.3%) reingresos.

CUADRO 2
Promedio de estancia

<i>Total de toxicómanos</i>	<i>Ingresos</i>	<i>Promedio de estancia en mes (primer ingreso)</i>
332	1	4.7
49	2	1.29
21	3	1.45
7	4	0.76
4	5	1.78
1	8	0.4
1	10	0.8
1	13	3.77

FUENTE: BD-PAPIIT.

El porcentaje de hombres que ingresó una vez fue del 86.7%, mientras el porcentaje de mujeres fue del 12.9%. El 20.7% sólo ingresó una vez por consumir heroína, 27.1% marihuana, 4.5% morfina, 3% opio, 9% otras sustancias, 46% de toxicomanía y de cocaína un 3%.

En definitiva, en el periodo que abarca los treinta primeros años de funcionamiento del Manicomio General, los ingresos de pacientes considerados como toxicómanos son escasos. Las disposiciones legales y la prensa crearon una imagen del consumidor relacionada cabalmente con la delincuencia. Es a partir del nuevo Código Sanitario que se empieza a considerar la posibilidad de brindar un tratamiento terapéutico a los consumidores; por tanto, la cárcel ya no sería el sitio ideal de internamiento, para lo cual se vio la oportunidad de crear un espacio adecuado para la reclusión y el tratamiento terapéutico de los consumidores en los terrenos del Manicomio de La Castañeda.

Si bien el Hospital Federal de Toxicómanos era una entidad aparte del manicomio, las medidas terapéuticas ofrecidas y el personal médico estaban ligados con la psiquiatría mexicana, por lo que La Castañeda jugó un importante papel en el intento de ofrecer una terapéutica adecuada a estos “enfermos”.

Drogas y enfermedad mental

En un artículo publicado en 1923 en la revista médica *La Farmacia*, el cual fue tomado de la *Revista Médica Veracruzana*, el médico Ignacio Vado Johnson advertía que “el vicio de las mal llamadas ‘drogas heroicas’ constituye en la actualidad la plaga más terrible que azota a la sociedad y que acabará, si no se le enfrenta, en convertir al mundo en un colosal manicomio”; para este médico, esas sustancias debían denominarse “drogas maléficas”.¹³ A su vez, aseguraba que había factores predisponentes que coadyuvaban a que la persona cayera en el uso excesivo de narcóticos, excitantes y estupefacientes. Esos factores se encontraban en los efectos atávicos y en la herencia morbosa de sus antecesores, debido a que había seres que eran propiamente:

Degenerados física y mentalmente; espíritus débiles, sin energías, incapaces de dominar sus instintos, son juguetes de sus pasiones y una vez que se han probado los efectos del licor, o experimentado las sensaciones que producen las drogas “Maléficas”, parecen perder todo control de sí mismos, desaparece la voluntad y se dedican a tomar dicha sustancia hasta la muerte o hasta que se les fuerza a abandonarla.

También había, según Vado, otros “espíritus débiles” que no tenían la capacidad para afrontar los contratiempos y azares de la existencia, buscando en los narcóticos el olvido de sus penas o su sufrimiento, encontrando en las drogas un tirano que pronto

¹³ Ignacio Vado Johnson, “Las drogas maléficas”, *La Farmacia*, Sociedad Farmacéutica Mexicana, México, t. III, n. 22, 1923, p. 330.

los dominaba, los esclavizaba y los encaminaba a una existencia más triste, más dolorosa y más mísera de la que llevaban antes.¹⁴

Asimismo, aseguraba, citando a William Lee Howard, que el abuso de estas drogas era un síntoma de neurosis funcional; las explosiones psíquicas periódicas originadas por acumulación de materias tóxicas, debido a una organización nerviosa inestable, permitían un metabolismo defectuoso. A su vez, citaba al alienista inglés F. Winslow, quien afirmaba que “el mundo entero camina inevitablemente a la locura, a menos que se produzca un cambio radical en nuestra forma de vivir”.¹⁵

Para este médico, la lucha contra las drogas debía ser radical y llevarse a cabo en tres frentes de batalla. El primero era la represión, el segundo un tratamiento profiláctico y el tercero un tratamiento curativo. Para este último, que es el que nos interesa, aseguraba que se debía llevar a cabo en un hospital o un sanatorio, debido a que a domicilio no resultaba. Era indispensable ubicar al toxicómano en un medio favorable para su curación, lejos del mundo habitual de residencia, y esto era en una casa de salud, la cual tuviera un personal médico especializado y honrado, que no se vendiera a las dádivas de dinero y mucho menos a las lágrimas ni sufrimientos del enfermo.¹⁶

El argumento de la creación de un lugar adecuado clínicamente para la atención de los toxicómanos era, al parecer, un sentimiento colectivo, pues, como ya vimos anteriormente, se creó el Hospital Federal de Toxicómanos en 1933; además, el Manicomio La Castañeda siempre recibió, aun en pocas cantidades, a pacientes con afecciones médicas causadas por las sustancias psicoactivas. No obstante, lo que más interesa en este punto es la patologización del consumo y la relación directa con el degeneracionismo, pues, al igual que el alcohol y otras enfermedades sociales como la sífilis, el uso de los narcóticos fue relacionado con la teoría degeneracionista, en la cual no nos detendremos. Sin embargo, hay un punto importante que vale la pena resaltar, relacionado con el

¹⁴ *Ibidem*, p. 331.

¹⁵ *Ibidem*, p. 332.

¹⁶ *Ibidem*, p. 333.

hábito del consumo: la estigmatización. Los toxicómanos atendidos utilizaban recurrentemente la marihuana, el opio y la heroína en inyecciones intravenosas o hipodérmicas, que eran las formas más recurrentes de consumir la droga, y las dosis empleadas oscilaban entre cinco centigramos y dos gramos.

CUADRO 3
Drogas consumidas
por los internos del Hospital Federal de Toxicómanos

<i>Droga consumida</i>	<i>Porcentaje</i>
Heroína	21.8
Marihuana	22.1
Morfina	5.8
Alcohol	15.6
Sin dato (sin vicio, no presenta síntomas, síndrome confusional)	10.4
Toxicomanía (drogas enervantes, estupefacientes, toxicomanía)	24.3
TOTAL	100

FUENTE: BD-PAPIIT.

CUADRO 4
Drogas consumidas por los toxicómanos
del Manicomio General

<i>Droga consumida</i>	<i>Porcentaje</i>
Cocaína	0.24
Heroína	21.63
Marihuana	24.04
Morfina	4.81
Opio	0.24
Otras sustancias (Eucodal, barbitúricos, anfetaminas)	1.2
Toxicomanía (Toxifrenia exógena, pseudohabituación)	47.84
TOTAL	100

FUENTE: BD-PAPIIT.

Heroína

La heroína es una droga semisintética, derivada de la morfina, que puede ser inyectable o fumable. El porcentaje de toxicómanos que ingresó al Hospital Federal y a La Castañeda por consumir heroína fue de 21.7%, aunque se podría pensar que el consumo de heroína durante la primera mitad del siglo XX era mínimo. El primer registro que tenemos en el manicomio corresponde al año de 1921. Esto no quiere decir que desde mucho antes el consumo se practicara en pequeñas esferas, algunas de ellas vinculadas directamente con el gremio médico. Sólo basta echarle un vistazo a la prensa de la época y a otras publicaciones para ver quiénes podrían estar relacionados con los paraísos artificiales. El 6 de marzo de 1925, *El Universal* publica la siguiente noticia:

UN VALIOSO ARCHIVO EN PODER DE LAS AUTORIDADES

En las listas de los que consumen drogas heroicas que les entregaba el “as” de los vendedores, figuran personas muy conocidas. Los nombres de veinte doctores están anotados en aquéllas. - Varios generales, mujeres galantes, el “Chato” Bernabé, consumidores... los nombres y domicilios de las principales personas que se dedican a la venta de enervantes y al consumo de ellos; más de dos mil viciosos están anotados en las listas del jefe de envenenadores, siendo lo más interesante que en ellas figuran más de veinte doctores titulados, unos —los más— como descarados traficantes de cocaína, heroína, morfina, opio y marihuana, y otros —los menos— como frequentadores de los paraísos artificiales.¹⁷

Las sustancias del ensueño también se veían envueltas en una serie de discursos que de una u otra manera determinaron la forma en que las autoridades y la sociedad las concibieron, llegando a entrelazarlas a espacios de delincuencia y con actos que hablaban de un comportamiento antisocial, motivo por el cual se justificarían de una manera mucho más fácil las acciones legislativas. Al respecto, Jesús Galindo y Villa, en su libro *Geografía de la República Mexicana*, mencionaba:

¹⁷ *El Universal*, México, D. F., 6 de marzo de 1925, p. 9.

Hay un grupo de sustancias venenosas, que la medicina utiliza para la curación de ciertas enfermedades; verdaderos tóxicos, que se conocen por los nombres de drogas heroicas o enervantes, son: el opio, la morfina, la heroína y la cocaína, entre las usuales; y la marihuana, propagada casi exclusivamente entre la clase baja de nuestro pueblo, y que ocasiona muchos actos delictuosos: Estas drogas constituyen actualmente, una plaga social, que ha invadido toda la tierra, siendo enorme la expansión que ha tomado en los últimos años; y el abuso, que de ella se hace, es un factor de despoblación y degeneración, y frecuentemente son causa de locura o demencia.¹⁸

Aunque Galindo y Villa asociaba el consumo exclusivo de la marihuana con la clase baja, lo cierto es que, gracias a la información recabada en la base de datos, podemos inferir que en sectores considerados como “fondos bajos” el consumo de heroína era recurrente. Dentro de las dos instituciones, el 82% de los ingresos fue de hombres, mientras que el 18% correspondió a mujeres.

La edad promedio de estos internos en el manicomio fue de 29 años y en el Hospital Federal de 32 años. El mayor porcentaje de los asilados mencionó que eran solteros, 55% del manicomio y 46.1% del hospital. La residencia de los heroinómanos internados en estos dos espacios se ubicaba en un 90% en la ciudad de México. Un dato significativo es el promedio de estancia del primer ingreso: en el manicomio era de 3.4 meses, mientras que en el hospital era de .92% meses. No es de extrañar que el motivo de alta dado en el manicomio para los heroinómanos fuera el haberlo solicitado la familia, un elemento recurrente en los demás grupos estudiados, mientras que en el hospital el 91% se dio porque el heroinómano se encontraba desintoxicado.

Los consumidores de heroína del manicomio fueron remitidos en su mayoría, el 46.6%, por la Beneficencia Pública y un 18.8% por la familia, mientras que en el hospital el 30% fue remitido por la Campaña Contra el Alcoholismo y otras Toxicomanías, el 23.9% por el Servicio Jurídico, un 21.1% por alguna instancia de seguridad y un 18.3% ingresó voluntariamente, en tanto que el 5.6% fue remitido por el dispensario. Estos datos nos revelan que el control

¹⁸ Jesús Galindo y Villa, *Geografía de la República Mexicana*, México, Sociedad de Edición y Librería Franco Americana, 1926, p. 324.

de las campañas y lo estipulado en las disposiciones legales trajeron como consecuencia las formas en que ingresaron.

Un elemento significativo y que permite encontrar el punto de diferencia entre una y otra población es la cantidad de reingresos. En el Hospital Federal de Toxicómanos sumaron 357, un promedio de 5 reingresos por interno, lo que hizo que el hospital se convirtiera en un lugar de paso y utilizado por el heroinómano como espacio para sobrellevar su desintoxicación.

El mayor número de ingresos (26) lo vivió un hombre de 22 años cuya profesión era la de mecanógrafo, soltero y residente de la ciudad de México; su primer ingreso lo realizó voluntariamente en 1933 y estuvo en el hospital durante un mes. En el oficio de alta se menciona que sale por haber terminado su desintoxicación, pero en el año de 1942, en su décimo octavo ingreso, cambió su consumo de heroína por el de morfina, sustancia que consumió hasta su último ingreso en 1945. En el caso de los heroinómanos en La Castañeda el promedio fue de 1.4%, con un promedio de estancia de 3.04 meses. El mayor número de ingresos fue de un obrero de 44 años de edad, soltero, que vivía en la ciudad de México, no pensionista; su primer ingreso lo tuvo en 1949 y el último en 1956.

Marihuana

El uso de la marihuana durante el periodo que abarca este estudio ha sido abordado desde diversos puntos de vista. Desde finales del siglo XIX y hasta la segunda mitad del siglo XX, la producción de trabajos científicos, de opinión y de notas periodísticas en torno a la producción, el tráfico y sus consumidores, han marcado en buena medida las visiones que se tienen en torno a la marihuana.

A partir del último tercio del siglo XIX, el consumo de marihuana en México se fue asociando cada vez más con ambientes carcelarios y militares. Si bien la yerba todavía no se identificaba plenamente con actitudes antisociales, ésta sí se mantenía muy viva en espacios populares, considerada como parte de la herbolaria tradicional; fue entrando en el ámbito de lo condenable no sólo por su

identificación como “vicio”, sino por tratarse de un hábito muy socorrido entre “el pobrerío”.¹⁹ Sin embargo, el olor a petate y a tortilla quemada aún inundaba la ciudad sin dificultad; eran los alcohólicos y demás “mal portados” los que pagaban los platos rotos, aunque en la prensa ya se empezaban a dar indicios del cambio que se estaba gestando en cuanto a la imagen del marihuano.

Los trabajos presentados en la Facultad de Medicina en los años veinte iban encaminados a describir el “problema de las drogas”, mostrando seguramente la opinión de un considerable número de galenos. Así se dieron a conocer varios estudios en los que el tema a discernir eran las cualidades de la marihuana. El trabajo publicado por Eliseo Ramírez Ulloa con el título “La intoxicación por marihuana” nos habla de la necesidad de saber más sobre dicha planta como medicamento, pero a su vez marcaba la percepción que se tenía de los consumidores, por lo que era común leer comentarios en donde los soldados eran marcados como los mayores consumidores de la marihuana, de la mota, de la grifa, como también era conocida.²⁰

En el trabajo titulado *Intoxicación por marihuana*, escrito por Ignacio Guzmán en el año de 1926, se describe la peligrosidad de la marihuana. Se ofrecen algunas observaciones hechas durante las prácticas realizadas con gente que entró al servicio médico policial y se reafirma que es importante el estudio de la dosificación de la marihuana como medicamento, ya que no es posible identificar cuándo su administración deja de ser terapéutica para convertirse en intoxicación. El autor menciona que son importantes estos señalamientos si se considera que la marihuana trae consigo la degeneración del individuo y es causante de múltiples delitos.²¹ Al igual que Ramírez Ulloa, señala que el mayor uso recae en los presidios y en los cuarteles.

¹⁹ Ricardo Pérez Montfort, “Cuando la cocaína no tenía cola”, *Nexos*, 1 de octubre de 1995, p. 89.

²⁰ Eliseo Ramírez Ulloa, “La intoxicación por marihuana”, en *Obras completas*, México, El Colegio Nacional, 1991, p. 266. Trabajo presentado en el VI Congreso Médico Nacional, abril de 1920.

²¹ Ignacio Guzmán, *Intoxicación por marihuana*, tesis de Medicina, Escuela Nacional de Medicina, 1926, p. 8.

Son varias las notas periodísticas que narran cómo se introducía la yerba en los espacios carcelarios y que dan una descripción de sus usuarios. En las quince crónicas escritas por Heriberto Frías desde Belem y publicadas en *El Demócrata* en el año de 1895, especialmente en “Realidades de la cárcel”,²² se describe a los personajes que cotidianamente pululaban por las calles de la ciudad de México en los tiempos de don Porfirio. Así encontramos personajes como “El Nahual”, al que Frías describe de la siguiente forma:

Imberbe y chato, vaga el Nahual entre la multitud de haraposos presos que hormigúean al sol en el patio de los acusados..., al verlo se siente el escalofrío como al ver una tarántula peluda; y más aún si os miran sus ojillos parpadeantes y de pupilas de un verde sucio como de agua estancada..., por supuesto, constantemente está en la cárcel, sentenciado a un mes de prisión, la que sufre estoicamente, y donde se entrega a su vicio del raterismo más infinito de una gamuza, un cigarro o una cebolla. Es corredor de cigarros de marihuana, en cuyo tráfico encubre a los vendedores en grande, ganándose hasta dos y tres centavos al día..., sucio, harapiento, husmeando como un perro flaco, aniquilado el cuerpo por la marihuana y otros vicios, es sin embargo utilísimo en la calle a las prostitutas descalzas que beben chinguere en los tendajos de la Merced.²³

Es interesante la descripción que denota que “El Nahual” era sólo un corredor de cigarros de marihuana, actividad que encubre a los vendedores en grande, los cuales, por supuesto, no pisarían dicha cárcel. Además nos permite imaginarnos los espacios y los personajes que se asociaban a dicha actividad, como la prostitución en el incansable barrio de La Merced. Cantinas y pulquerías se convierten en los espacios donde “las clases bajas” interactúan y en donde seguramente algún gendarme sabía quién era “El Nahual”. Más allá de la descripción hedionda que hacen de él podemos inferir que dicho personaje era el prototipo ideal para designar las atrocidades de quien se acercaba al uso de la marihuana.

²² Heriberto Frías, “Crónicas desde la cárcel”, *Historias*, Instituto Nacional de Antropología e Historia, México, n. 11, octubre-diciembre de 1985, p. 47-71. En este texto se reproducen íntegras las crónicas.

²³ *Ibidem*, El Nahual, 28 de mayo de 1895.

Siguiendo con las entregas que realizó Heriberto Frías para *El Demócrata*, encontramos en “Realidades de la cárcel” la crónica sobre un personaje que nos permite conectar tanto a la Cárcel de Belem como al Manicomio de La Castañeda: se trata de Miguel Terán Guttman, quien, en opinión de Frías, no debía estar encerrado en la cárcel sino en el Hospital de San Hipólito para dementes. En dicha crónica se relata su personalidad, muy distinta a la de “El Nahual”. Veamos por qué:

No es un criminal, no es un neurótico, ni histérico, ni desequilibrado; es un demente. Pero un demente tan peligroso como desventurado. Es de esos infelices locos que llevando la muerte en el alma, perfectamente agobiados por desgracias reales unas, imaginarias las otras, desesperados y sombríos con esa sombra siniestra de los que han soñado paraísos, amores, voluptuosidades y campos extensos, se sienten vivir en una atmósfera de odio, con esa sombra terrible de los que creyéndose dignos de la felicidad se alimentan de dolor... ¡Oh terribles, oh siniestros locos sombríos que escriben versos mojando punzones en su propia sangre!

Y de éstos es Miguel Guttman, siendo lo más terrible para él y para los que lo rodean que tiene talento.²⁴

Obviamente estamos frente a un personaje con un buen manejo de la palabra, instruido, periodista, dedicado en alguna temporada a la tipografía, hijo de madre germana y padre mexicano, oriundo de Huajuapán de León, Oaxaca. Según los datos que se encuentran en su expediente como asilado del Manicomio General, se alude a que su padre padecía de enajenación mental, lo que concuerda con las líneas escritas por Frías. Llama la atención la referencia hacia su talento, a su locura, a su estado melancólico, y su afán vengativo hacia aquellos que le han hecho el mal. La referencia a este personaje tiene que ver con el consumo de marihuana que realiza dentro de la cárcel. Fumar marihuana se convierte para Guttman en un acto de olvido, de tranquilidad, mientras que para los que lo observan se convierte en un trance que lo acerca a la demencia, al arrebatado, a las ansias por escapar de su encierro. Para Frías, el manicomio o el hospital eran los espacios

²⁴ *Ibidem*, Miguel Guttman, 5 de junio de 1895.

en donde Guttman tendría que haber estado recibiendo ayuda terapéutica y no en la sombra de la bartolina. Ahora bien, ya en su estancia en La Castañeda, Miguel Terán Guttman consideraba no merecer estar encerrado en el manicomio, pues él se sentía de lo más cuerdo; obviamente, la “ayuda terapéutica” a la que Frías apelaba no llegó y en un par de escritos dirigidos a Eladio Gutiérrez, director de La Castañeda en el año de 1914, mencionaba lo siguiente:

Señor Director del Manicomio General, Doctor Don Eladio Gutiérrez
Muy respetable señor:

Una ocasión más, y espero que con mejor éxito que en las pasadas que ni el honor de su respuesta he merecido, me atrevo a suplicar a su buen persona se sirva ordenar mi salida de este establecimiento, donde estoy muy a disgusto por las hambres que paso, no menos que por ser para enajenados; y yo creo estar en mi cabal juicio, como lo prueba que en seis años que llevo de permanencia en él, jamás se me ha ministrado medicina alguna, ni he dejado de hacer las figuritas que ya sabrá confecciono.

Miguel Terán Guttman²⁵

Con las líneas dirigidas al director de La Castañeda, Guttman hacía notar que en los seis años que llevaba dentro no se le había suministrado algún medicamento para los nervios. Miguel se la pasó entre Belem y el Manicomio como bola de billar, tratando de definir el lugar más adecuado para sus penas.

En cuanto a los efectos de la intoxicación por fumar marihuana se podían leer diversas descripciones, como la de Jesús Galindo y Villa, quien mencionaba que la intoxicación que produce la marihuana se podía dividir en aguda o crónica. En la intoxicación aguda se observaban tres periodos; el primero era la embriaguez, luego la intoxicación y después la agitación. En la intoxicación crónica los enfermos tenían alucinaciones y delirios muy semejantes a los del alcoholismo crónico, corriendo el riesgo de terminar en la demencia o en la muerte.²⁶ El uso de la marihuana se relacionaba cada vez más con la criminalidad y con un

²⁵ AHSS, FMG, SEC, caja 8, exp. 35.

²⁶ Jesús Galindo y Villa, *op. cit.*, p. 324.

estado de locura al cual accedían aquellos que sufrían una intoxicación crónica, siendo las “clases bajas” quienes llevarían el estigma de dicha droga. Ya entrado el siglo xx, la tolerancia a la marihuana se diluía, en parte por las teorías que asociaban la degeneración de la raza con el consumo de dicha droga, y por la fuerte influencia de las disposiciones internacionales.

El porcentaje de “marihuanos” que ingresó al Hospital Federal y a La Castañeda suma un 23.2%; sabemos que el consumo de marihuana fue relacionado con las clases bajas, y a ello se agregó una serie de atribuciones negativas sostenidas por diversos escritos médicos publicados en órganos informativos como *La Farmacia*, en los que se podía leer acerca de las diferentes propiedades “embrutecedoras” que se le atribuían a la marihuana.

El ingreso de hombres que habrían consumido marihuana alcanzó un porcentaje de 95.4% y un 4.6% en mujeres. La edad promedio de los internados en el manicomio oscilaba entre los 28.6 años, mientras en el hospital era de 29.5 años. De los asilados del manicomio, el 66% mencionó que era soltero, 28% casado y entre el 5% se encontraban los que tenían una relación de unión libre y los viudos. Los datos relacionados con el estado civil de los internos en el hospital se ven velados por la falta de información proporcionada en los expedientes; el 84% no da información al respecto, lo cual es significativo al relacionar esa población con la instancia remitente, ya que el 88% fue remitida dentro del tiempo de la Campaña Contra el Alcoholismo y otras Toxicomanías, entre los años que van de 1936 a 1938. Aunque se asienta que todos terminaron el tratamiento, lo cierto es que la mayoría mantenía procesos penales pendientes, debiendo por ello pasar a la penitenciaría o quedando a disposición de la Procuraduría General de la República, donde se mantenía el proceso por delitos contra la salud.²⁷

Tanto del manicomio como del hospital, la mayoría de los pacientes vivía en la ciudad de México, aunque un 6% radicaba en algunos otros estados como Jalisco, Puebla, Nayarit o el Es-

²⁷ Durante esos años Carlos Sánchez Mejía, Leopoldo Salazar Viniegra y Luis G. Franco fungieron como directores de la Campaña Contra el Alcoholismo y otras Toxicomanías.

tado de México. La estancia de los consumidores de marihuana en el manicomio durante su primer ingreso fue de 48 meses y medio, mientras que en el hospital la estancia fue de 2.4 meses.

El 61% de las razones del motivo de alta en el manicomio fue por remisión a otras instancias. Resulta interesante que ese porcentaje tuviera la categoría de no pensionistas y que de 1950 a 1966 se presentaran los registros, razón por la cual el tiempo de estancia en el manicomio era menor, mientras que en el Hospital Federal los pacientes salían por haber terminado el tratamiento o por no ameritar el internamiento, sumando mayor tiempo de estancia. En esta variable es evidente que la instancia remitente tenía mucho que ver con la forma en que se consumaba el alta, ya que en el caso del manicomio los consumidores de marihuana fueron remitidos por órganos de seguridad como la penitenciaría y la Procuraduría General de la República, a donde fueron nuevamente remitidos. Situación similar pasaba con el Hospital Federal, donde campaña y órganos de seguridad marcaban la pauta en la remisión con un 90% de casos.

En relación con los reingresos, tenemos un 1.14% en el manicomio, mientras que consta el 1.77% en el hospital. En La Castañeda, un hombre de 23 años ingresó 5 veces y, remitido por la penitenciaría en 1949, duró 5 días internado y fue dado de alta por no requerir internamiento; su quinto ingreso se dio en 1956 y declaró que era soltero, residente del Distrito Federal y de oficio panadero. Otro caso fue el de un hombre que ingresó al Hospital Federal en 24 ocasiones, la primera el 30 de noviembre de 1936. Se presentó voluntariamente a la Oficina Jurídico Consultiva para ser desintoxicado; mostraba síntomas y signos físicos de intoxicación crónica por drogas enervantes y fue dado de alta el 26 de diciembre de 1936 por haber concluido ya su tratamiento. En el expediente se menciona que se le suministró morfina, calcio y tónico como parte de la desintoxicación. Su segundo ingreso se dio el 28 de mayo de 1937, por orden de la jefatura de Policía Judicial Federal, ya que fue considerado un enfermo reincidente que presentaba intoxicación crónica por drogas enervantes. En su tercer ingreso fue remitido por la policía de narcóticos por orden de la Dirección de la Campaña contra el Alcoholismo y otras

Toxicomanías; presentaba síntomas y signos de toxicomanía debidos a la heroína y duró 14 días su estancia dentro del hospital, donde fue dado de alta por desintoxicación y remitido a la penitenciaría del Distrito Federal. Para los siguientes reingresos se registra la utilización de heroína, morfina y alcohol. En el expediente se encuentra la descripción siguiente del toxicómano:

Es vicioso desde 1933 y principió a usarla por la nariz, después ingresó a la penitenciaría donde se inyectó por vía endovenosa enviándose de esta manera una ocasión abandonó el vicio por espacio de tres meses sustituyéndolo por el alcohol, dice haber dejado de inyectarse varias veces por corto tiempo. (No precisa cuanto), solamente dice que ha sido en las épocas en que ha estado en la penitenciaría por varios delitos y las que ha estado en este hospital. Se aplica 50 centigramos de droga al día (heroína, cocaína y morfina) antes de usar droga fumaba marihuana. Ahora la fuma pocas veces.²⁸

Aunque se trata de un toxicómano que efectivamente es considerado un reincidente con problemas con la justicia, no deja de llamar la atención la forma en que el propio interno es capaz de utilizar el hospital como un espacio donde encuentra alivio y refugio físico y jurídico, ya que en 6 ocasiones se presenta voluntariamente para servirse de la institución para su desintoxicación.

Morfina

En la literatura podemos encontrar diversos pasajes que recrean los usos y consecuencias de las llamadas drogas heroicas, como en la novela *La novia de Nervo*, historia escrita por María Luisa Garzo, donde se despliegan diversos relatos en los cuales el uso de la morfina se hace presente.

El éter, la cocaína, la morfina, la heroína, y todos esos venenos que lentamente van enervando las voluntades, habían hecho suyas muchas existencias, antes gratas y plácidas... Madeleine principió por

²⁸ AHSS, FHFT, caja 22, exp. 39.

llevar la morfina en pastillas que absorbía en la boca con infinita placidez. Después, se percató de que era tardío el efecto y optó por usar la inyección como medio más pronto de curarla. Ella estaba enferma, un dolor espantoso hacía la padecer ataques que la ponían a orillas de la muerte...²⁹

Durante la segunda mitad del siglo XIX y la primera del XX se publicó una gran cantidad de artículos en los cuales se podía observar la preocupación del gremio médico en relación con el uso del opio y sus diversas reacciones, pero sobre todo se percibía la preocupación por la pureza de la morfina, ya que era común encontrar falsificaciones de la misma. Ante esta situación se publicaba la forma de conseguir un producto puro, lo cual aseguraba al médico no determinar la muerte del enfermo. Dicho procedimiento tenía como finalidad que las falsificaciones no inundaran los establecimientos donde se comercializaban, por lo que publicar el procedimiento para la obtención de morfina aseguraba que el producto que cada médico obtendría tuviera propiedades similares, aunque esto no fue siempre así, por lo que al paso de los años se buscó una reglamentación internacional para determinar su composición.

En otros espacios de difusión como *La Farmacia*, órgano de la Sociedad Farmacéutica Mexicana, era recurrente ver desplegados donde se hacía referencia al procedimiento para ensayar opio.³⁰

La prensa se convirtió en el gran vocero de las propiedades de la morfina y su uso durante la segunda mitad del siglo XIX fue lo suficientemente extendido por diversas latitudes, al tiempo que se descubrían sus efectos por la inmoderada prescripción que de ella se hacía.

Con la publicación de dichas recomendaciones en gacetas y demás órganos de difusión científica, y sobre todo en los periódicos de la época, era claro pensar que la presencia de los opiáceos³¹ como remedio era más que común; incluso se utilizaban

²⁹ María Luisa Garzo, *La novia de Nervo*, México, Alfonso Quiroga, p. 60.

³⁰ Manuel de Jáuregui, "Ensayo de opio", *La Farmacia*, Sociedad Farmacéutica Mexicana, México, t. VI, n. 23, 1893, p. 315.

³¹ Los opiáceos, preparaciones a base de opio, reputados por interrumpir los accesos de furor y restablecer el orden de las ideas, son propiciados, con

como calmantes y antiespasmódicos en los casos de histeria, *delirium tremens*, como parte del tratamiento del alcoholismo, y su utilización era más que cotidiana. La morfina se convirtió en la panacea para todo mal y durante esos años aún era la solución, más no el problema. Al respecto, Luis Hidalgo y Carpio describía su experiencia a la hora de administrar el opio a una de sus pacientes:

Visité una mujer que después de dos ataques de delirio vino á quedar demente, y con tal debilidad en los miembros que no podía andar cuatro varas sin caerse. En este estado permaneció por cosa de cuatro meses hasta que al fin murió sin haber tenido algún alivio en todo este tiempo. Fui llamado para otra que llevaba veinte días de delirio, no comía absolutamente nada, tenía mucha sed, los ojos estaban inyectados, las piernas contraídas sobre los muslos, y los antebrazos sobre los brazos. Comencé por administrarle ocho granos de opio en píldoras, dándole dos cada hora y hubo un rato de sueño al otro día diez granos, dos cada dos horas, al tercer día lo mismo que el anterior, al cuarto doce granos, tres cada dos horas con lo que durmió toda la noche. Cesó la rigidez, el estreñimiento, volvió la gana de comer y calmó el delirio, pero viendo que la calma no era completa administré todavía diez y seis granos por dos días: la inteligencia se mejoró, pero nunca se puso en el estado natural, por lo que me retiré entendido que había pasado á ser demente. Pasados algunos días supe que había muerto.³²

La relación intrínseca entre las sustancias del ensueño y los tratamientos para ciertos padecimientos mentales quedaba más que estrechada,³³ por lo que las opiniones de otros médicos, en su

preferencia a las purgas y las sangrías, por Jean-Baptiste van Helmont y Thomas Sydenham. Su utilización en el tratamiento de la locura en su forma “maníaca” o “furiosa” se desarrolla en el siglo XVIII. Michel Foucault, *El poder psiquiátrico*, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica, 2005, p.167.

³² Luis Hidalgo y Carpio, “Delirio nervioso”, *Gaceta Médica de México*, t. v, 1840, p. 429.

³³ En el siglo XIX, Joseph Jacques Morau de Tours (1804-1884) promueve el recurso a los opiáceos en el tratamiento de la manía: “En los opiáceos (el opio, la datura, la belladona, el beleño, el acónito, etcétera) puede encontrarse un excelente medio de calmar la agitación habitual de los maniacos y los arrebatos pasajeros de los monomaniacos” (citado por Michel Foucault, *op. cit.*, p. 168).

mayoría europeos,³⁴ servían de referencia para reafirmar lo escrito en la *Gaceta Médica*. Al respecto, Luis Hidalgo y Carpio escribía:

En todos los enfermos que he tenido que tratar, desconfiando de que las lavativas no fueran bien hechas lo administré en píldoras, y me espantaba la dosis que necesitaba emplear para obtener el alivio. Diez, doce, diez y seis granos tenía que dar en veinticuatro horas para ver cesar el delirio; mientras que a Dupuytren le bastaba administrar una o dos lavativas con diez o seis gotas de láudano cada una, y no se entiende que esa fuerte dosis de opio que he administrado ha sido necesaria solamente en el delirio de los bebedores; pero aun en los heridos me he visto en la necesidad de administrar la misma cantidad.³⁵

Claro está que las grandes dosis utilizadas en los tratamientos trajeron como resultado una alteración considerable en los pacientes, al grado de provocarles el sueño eterno, motivo por el cual, al paso de los años, se alzaron las voces en favor de una reglamentación mucho más estricta y cuidadosa,³⁶ al tiempo que los tratamientos con opio dejaban paso a otras acciones capaces de mitigar el dolor de los aquejados. Por ejemplo:

en el delirium tremens se han empleado todos los métodos racionales que cada autor ha juzgado oportunos; pero el que ha tenido más boga es el del uso del opio á altas dosis: esta era la terapéutica más comúnmente seguida en Francia, en donde se llegó á considerar como específico. Esquirol puso en práctica un método tempero-laxante. La gran mayoría de casos tratados por el opio no han dado tan buen resultado como los atendidos por el tratamiento de Esquirol. El método expectante sintomático ha venido a remplazar definitivamente el tratamiento por el opio, a consecuencia de que en muchos casos, después del uso de las exageradas dosis

³⁴ Los textos de psiquiatría en su mayoría eran producidos en España, con una fuerte influencia francesa. Aunque también circularon textos de interés psiquiátrico escritos en sus idiomas originales, en inglés y francés, la gran mayoría de los médicos interesados en el tema dependía de traducciones hechas en la península o en la misma América Latina.

³⁵ Luis Hidalgo y Carpio, *op. cit.*, p. 440.

³⁶ “Conferencia Internacional para la Unificación de la Fórmula de los Medicamentos Heroicos, que se celebró en Bruselas el 15 de septiembre de 1902”, *La Farmacia*, Sociedad Farmacéutica Mexicana, México, t. XI, n. 9, 1902.

de esta sustancia, caían los enfermos en un estado de coma apoplejiforme del que siempre ha sido difícil sacarlos.³⁷

Debido a la gran cantidad de opio suministrado, muchos fueron los pacientes que experimentaron los síntomas propios de la adicción. Así las cosas, la sustancia que se creía que podría mitigar los padecimientos del ser humano ahora se convertiría en el lastre de la mayoría de las naciones.

La cocaína y, por supuesto, la morfina ocupaban un papel muy importante en la práctica médica. En el caso de la morfina, su utilización fue recurrente a la hora del parto; no es de admirarse que muchas de esas mujeres a las que se les recetó dicha droga hayan experimentado, al paso del tiempo y con el uso cotidiano de la misma, secuelas que pudieron ser catalogadas como adicción. En 1919 el doctor F. Bulman escribía:

El deseo de evadir la eterna sentencia “de paries liberos in dolore” ha llevado a los tocólogos a ensayar la serie de analgésicos y a realizar el inmortal suceso, a un tiempo ideal y real, del feliz alumbramiento, sin servidumbre de dolor, sin quejas estridentes, ni sufrimiento a la madre, ni lágrimas a los espectadores; mas para lograrlo se ha fijado en la morfina, materia fundamental en la manufactura de varios analgésicos, alcaloide preponderante en cantidad e importancia en el opio; de popularizado empleo por su acción tan eficaz, y de verdad prestada contra el dolor, al ser colocada bajo la piel, y que ha acarreado al sepulcro o al manicomio numerosas gentes por su inmoderado uso, o su torpe empleo...³⁸

Bulman también mencionaba los efectos de la morfina en los sujetos que no eran asiduos consumidores, a los cuales les producía excitación, mientras que a los débiles y nerviosos les venía el insomnio, ocasionando somnolencia a los vigorosos. Mencionaba que las cantidades consumidas eran determinantes en el grado de excitación y del efecto de adormecimiento y dejaba claro que la intolerancia a la morfina era individual, aunque un

³⁷ G. Lobato, “Medicina práctica. Alcoholismo”, *Gaceta Médica de México*, Academia Nacional de Medicina, México, t. VII, 1872, p. 77-97.

³⁸ F. Bulman, “La morfina en el parto”, *Gaceta Médica de México*, Academia Nacional de Medicina, México, t. I, 1919-1920, p. 122-125.

morfinómano podía consumir hasta un gramo. Aunque los médicos sabían los efectos que provocaban dichas sustancias, su aplicación parece no haber cambiado mucho a la llegada de las disposiciones legales durante las primeras décadas del siglo XX.

El porcentaje de toxicómanos que ingresó al manicomio por consumir morfina fue de 4.8%; el porcentaje de hombres internos fue del 80% y el 20% de mujeres; la edad promedio fue de 39 años; el estado civil de los asilados arrojó que un 65% eran casados, 25% solteros y el 10% representado por dos mujeres viudas. Como en los casos anteriores, la residencia se encontraba en la ciudad de México. En el Hospital Federal ingresaron como morfinómanos el 5.8%; el 78.9% fueron hombres y el restante de mujeres; la edad promedio fue de 27 años. El 10% mencionó que eran casados, 42% solteros y 48% no registró su estado civil; la ciudad de México se posicionó como el lugar de residencia más frecuente.

La instancia remitente con mayor porcentaje fue la Beneficencia Pública en el caso del manicomio y en cuanto al hospital los internos ingresaban remitidos por la Campaña y por instituciones de seguridad. Los reingresos en La Castañeda fueron de 1.3%; hubo un hombre de 35 años que ingresó tres veces, casado, residente de la ciudad de México, de oficio pintor, no pensionista, remitido en 1944 por orden de la Secretaría de Salubridad, quien después fue trasladado al pabellón de toxicómanos. Los otros dos ingresos se dieron en el año de 1952.

En el hospital los reingresos alcanzaron un porcentaje de 3.57%. Entre ellos se encuentran los reingresos de un filarmónico de 36 años que mencionó ser casado y residente de la ciudad de México, quien ingresó en 15 ocasiones. En su historia clínica quedó asentado que su trabajo como músico le daba a ganar \$12.00 diarios, mismos que le servían para sostener a su familia integrada por esposa y 5 hijos; se inició en el consumo de la droga gracias a la invitación de un amigo que usaba morfina. Empleaba la droga inhalada cada 4 o 5 días en pequeñas cantidades. En su décimo primer ingreso mencionó que comenzó a usar heroína en forma inhalada; conoció la droga por haber visto usarla a un compañero músico; prosiguió inhalándola por espacio de dos años, empleando después morfina y heroína en forma

inyectable. Dejó de inyectarse varias veces por espacio de uno a dos meses. Antes de acostumbrarse a las inyecciones de morfina y heroína fumaba marihuana en poca cantidad.

Las mujeres que reingresaron al hospital por consumir morfina fueron remitidas por control de enervantes. Una de ellas tenía 28 años: soltera, cortesana, vivía en la 2a. de Pintores, en la ciudad de México. Mencionó que hacía doce años usaba morfina primero y heroína después; que ahora se inyectaba intravenosa en cantidad de doce papeles que le importaban una cantidad que eventualmente conseguía con el comercio de su cuerpo; cuando no los ajustaba se avenía a robar. Al ser originalmente inducida por su amante —a los 14 años de edad—, se internó para curarse porque “hace sufrir mucho a su mamá”. Tuvo tres años de abstinencia y reincidió por desesperación al abandonarla un amante.

Un elemento característico de la población de morfinómanos era la remisión realizada por acuerdo expreso del presidente de la Junta Directiva de la Beneficencia Pública, ya que era común que los enfermos fueran sorprendidos pidiendo caridad en las calles de la ciudad, buscando el dinero para comprar la droga y poder inyectarse de uno a dos gramos; los consumidores llegaban presentando fenómenos de abstinencia e ingresaban en calidad de asilados. Es importante señalar que algunos de ellos eran remitidos por otras instituciones de salud, como el Hospital General, cuyos certificados médicos mencionaban que padecían toxicomanías, aunque no presentaran perturbaciones mentales que ameritaran su internamiento en el manicomio, por lo que la instancia sugería no mantenerlos más tiempo y pedía la definición de su alta o la remisión a otra institución. Es común encontrar en las hojas de interrogatorio la sugerencia de que, aun cuando algún individuo no presentara perturbaciones mentales, se le admitía en vista de que procedía de la *razzia* de mendigos, considerándolo en calidad de depósito, por lo que al no tener dichas perturbaciones se le ingresaba al pabellón de trabajadores en donde, en opinión de los médicos, “estará en mejores condiciones de desempeñar su trabajo habitual ya que en la actualidad como ya había expresado antes, no necesita tratamiento médico”.

Un ejemplo significativo de la ruta que seguía un consumidor de morfina fue el de José Manuel, quien ingresó el día 12 de enero de 1928. En su historia clínica se menciona la evolución del padecimiento y se registra que tuvo curiosidad por sentir el efecto de la droga. Al principio inhalaba heroína, “lo que agarraba un Palillo”. Esta dosis fue mantenida durante un mes y después fue aumentando la cantidad hasta usar la misma dosis tres veces al día (aproximadamente 0.25 gramos); después se inyectaba endovenosamente y llegó a inyectarse 0.75 gramos de heroína en 24 horas. Un gotero armado de una aguja hipodérmica era el instrumento que usaba. La morfina era empleada como sustituto de la heroína cuando no podía conseguir ésta. De morfina llegó a inyectarse un gramo. Cuando no llegaba a inyectarse, el enfermo señalaba como síntomas principales: astenia, palidez, enfriamiento de las extremidades, sudor frío, calosfrío, taquicardia y dolor de estómago, que se presentaba con mayor o menor intensidad, solo o acompañado, según fuera la necesidad de intoxicarse. En general, inyectándose o no, sentía una molestia dolorosa en la región vesicular, anorexia general, estado nauseoso, sobre todo matinal, sabor amargo en la boca, lengua saburral y vómito bilioso.

El doctor González Enríquez mencionaba que el paciente presentaba los tres periodos esquemáticos descritos por Ernest Chambard:³⁹ 1. De euforia, luna de miel del iniciado; 2. De arrepentimiento, y 3. De morfinomanía, los cuales se percibían con la sintomatología completa. El cuarto periodo, o de caquexia, apenas se observaba cuando el enfermo, por circunstancias accidentales, dejaba de intoxicarse. En la misma historia clínica, González Enríquez describía al morfinómano como un enfermo esencialmente egoísta por satisfacer la necesidad de la droga: no reparaba en ningún obstáculo ni en sentimientos familiares; era capaz de abandonar la familia e ignorar las condiciones en que se encontraba, por lo que mendigaba en lugar de trabajar en su oficio.

³⁹ Ernest Chambard, *Les morphinomanes: étude clinique, médico-légale et thérapeutique*, Paris, Rueff et Cie, 1893.

El pronóstico del médico González en relación con los consumidores de morfina era que los internos que han perdido su ambición para recobrase son casos difíciles, contrariamente a los que cifran en el porvenir algún éxito. Aquellos que han tenido un tratamiento previo en su casa o en algún otro lugar y que reinciden, por su repetida experiencia, son sujetos difíciles de tratar. En el caso de José Manuel era posible encontrar salvación, ya que contaba con suficiente apoyo moral (familiar o del Estado), logrando así aislarse del antiguo medio y permitiendo la dedicación de sus energías a alguna ocupación útil.

Consideraciones finales

El consumo de drogas fue una problemática que a partir del siglo XX reunió diferentes puntos de vista, tanto de las autoridades judiciales, de salud y del ámbito psiquiátrico, como de la opinión pública. La producción, el tráfico y el consumo de los psicoactivos fueron temas del interés de las autoridades y trajeron como resultado la publicación de mecanismos legales que pretendían controlar y encontrar una solución a lo que se estaba gestando, desde convenios internacionales, códigos sanitarios, códigos penales, hasta la creación del Reglamento Federal de Toxicomanías en 1931, el cual dio lugar a la creación del Hospital de Toxicómanos y, con ello, la eminente participación del gremio médico en estos temas.

Los datos cuantitativos, como los que se han recogido de los expedientes clínicos, permiten tener un panorama amplio de la diversidad de pacientes que pasaron tanto por La Castañeda como por el Hospital de Toxicómanos, y sacan a la luz una serie de consideraciones que permiten tener una visión integral del problema del consumo de drogas en nuestro país, porque, aunque no todos los toxicómanos llegaban a estas dos instituciones, son una muestra significativa de la forma en que se fue gestando el fenómeno de las adicciones.

Los toxicómanos que ingresaron al manicomio y al hospital fueron una población que lidió con la falta de criterios médicos homogéneos en torno del problema del consumo de estupefacien-

tes, por lo que a lo largo del siglo XX tuvo un peso mayor la estigmatización de los consumidores, la cual influyó en la definición de los criterios de ingreso a las instituciones. Esto no quiere decir que no existiera una preocupación por parte de los médicos; sin embargo, tanto las familias como los propios toxicómanos se apropiaron, por llamarlo de alguna forma, del manicomio y del hospital como espacios donde los adictos podían estar una corta temporada, esperando que pasara la desintoxicación y, en muchos casos, como un elemento de escarmiento impuesto por los familiares. Y aunque el primer diagnóstico era importante y servía para definir el tipo de droga que el toxicómano habría consumido, lo realizaba el médico viendo los signos y síntomas del adicto, por lo que los diagnósticos solían tener un peso subjetivo, pues en muchos casos los efectos ya habrían pasado o se fingían para recibir las viandas de las instituciones e incluso para evadir la justicia, ya que para muchos toxicómanos era más cómodo pasar unos días en el hospital que en la cárcel. Por ello no era nada raro que en la mayoría de los casos el alta se diera por haber terminado su tratamiento, es decir, pasando una corta temporada.

En la práctica, los resultados de la rehabilitación mediante el aislamiento no se cumplieron en buena medida por no contar con una infraestructura óptima para la atención de dicha población, por lo que la reincorporación del toxicómano a su cotidianidad traía como consecuencia que volviera a retomar el consumo de las drogas. El hospital y el manicomio cubrían únicamente la tarea de desintoxicarlos, utilizando como tratamiento la supresión lenta de las mismas, razón por la cual se convirtieron estos recintos en espacios de paso para aquellos toxicómanos que ingresaban, voluntariamente, por orden familiar o porque eran remitidos por las autoridades.



Figura 2. Portada de la revista *Manicomio*