



“Capítulo IV. De la locura de los degenerados a la esquizofrenia. La modernización de la clínica de la psicosis”

p. 133-172

Andrés Ríos Molina

Locura y psiquiatría en Perú, 1859-1947. Instituciones, miradas, juicios y prejuicios

México

Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Históricas/Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Fondo Editorial

2023

256 p.

Fotografías

ISBN UNAM 978-607-30-8096-5

ISBN UNMSM, Fondo Editorial 978-9972-46-732-5

Formato: PDF

Publicado en línea: 2 de diciembre de 2024

Disponible en:

<http://www.historicas.unam.mx/publicaciones/publicadigital/libros/822/locura-psiquiatria.html>

D. R. © 2024, 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

CAPÍTULO IV

De la locura de los degenerados a la esquizofrenia. La modernización de la clínica de la psicosis

En los informes anuales presentados a la Beneficencia por el administrador en turno, tanto del Hospicio de Insanos como del Hospital Víctor Larco Herrera, encontramos un registro cuantitativo de los pacientes según las afecciones que les fueron diagnosticadas al momento del ingreso. Esta es una fuente clave para aproximarnos a los cambios en las formas de denominar y clasificar la diversidad de padecimientos de los internos que allí estuvieron. Además, a lo largo de los años aquí abordados, hubo psiquiatras que reflexionaron sobre ciertas enfermedades mentales y algunos tratamientos. A estos análisis podemos acceder gracias a artículos publicados en revistas especializadas, a conferencias nacionales e internacionales y a algunas tesis presentadas para optar por el título en Medicina. Estas fuentes nos acercan al complejo campo de la historia conceptual, cuyo mayor exponente ha sido Germán Berrios, fundador de la revista *History of Psychiatry*, autor del libro de referencia *History of Mental Symptoms. Descriptive Psychopathology since the Nineteenth Century* (1996) y representante de lo que podría denominarse como una «historia de la psiquiatría para clínicos». El punto de partida de este campo de investigación es considerar las diferentes etiquetas usadas para denominar los fenómenos psicopatológicos, como formas de organizar el conocimiento en función de técnicas de observación que comenzaron a «calibrarse» desde la primera mitad del siglo XIX, cuando inició la psicopatología descriptiva (Huertas, 2012, p. 126). En consecuencia, en lugar de solo describir los síntomas, los primeros alienistas se esmeraron por aislar y definir entidades nosológicas específicas, como fueron la «locura circular» o la «locura de doble forma», lo que implicó el paso de una sintomatología a una semiología. De manera que la historia de cada categoría nos habla de modelos psicológicos y etiológicos que estructuran la mirada clínica en cada momento histórico. Por ejemplo, la melancolía y la histeria, sostenidas por el modelo humoral, la locura moral del siglo XIX, la parálisis general progresiva previa a la aparición de la penicilina o la homosexualidad hasta bien entrado el siglo XX son entidades cuya existencia estuvo acotada a momentos históricos específicos. Para Berrios,



a nivel epistemológico, la relevancia de este campo está definida en tanto crítica a la psiquiatría actual que se ha distanciado de la psicopatología descriptiva y, a nivel metodológico, radica en la posibilidad para comprender la forma en que en cada momento fue entendida la «señal neurobiológica», en función del «ruido de fondo», como pueden ser los cambiantes factores socioculturales. Esta propuesta ha generado toda una línea de investigación donde abundan los estudios que toman como base los tratados y debates entre avezados clínicos sobre ciertas entidades nosológicas. Entonces, ¿cómo aplicar estos referentes en el marco de una historia sociocultural que aquí nos interesa? Además, ¿cómo hacer una historia de la clínica en los márgenes del mundo científico, en una comunidad psiquiátrica apenas en conformación como la peruana a fines del siglo XIX e inicios del siglo XX, sin caer en el simplismo de pretender evaluar si entendieron o no a los teóricos importantes de Europa?

La revisión documental hecha para este capítulo inicia en la década de 1870 y concluye en la de 1940. A lo largo de estos 70 años hay dos procesos en la psiquiatría internacional que se replicaron en el contexto peruano. El primero es la progresiva estandarización de los criterios clasificatorios en función de tener datos homogéneos que permitieran abordajes comparativos. Según dice Postel (2014), a lo largo del siglo XIX hubo en la psiquiatría europea tantos sistemas clasificatorios como alienistas (p. 133). Desde los primeros intentos en 1889 en París (Caponi, 2012), hasta la aparición del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-I) en 1951 (Grob, 1991), hubo debates que no estuvieron exentos de riñas entre especialistas de diferentes nacionalidades y tradiciones. El análisis de las fuentes peruanas nos confirma la globalización rápida de dicho proceso, ya que pronto hubo una adherencia a tales lineamientos. El segundo proceso es la definición clínica y el progresivo aumento de la esquizofrenia. Al tiempo que se profesionalizaba la psiquiatría, se recibía en el mundo psiquiátrico la obra de Emil Kraepelin (1856-1926), principalmente su conceptualización de la demencia precoz y la psicosis maniaco-depresiva; recepción que implicó una modernización en el ejercicio de la clínica. Dicho proceso se globalizó muy rápido, al punto de que en todas las instituciones psiquiátricas se convirtió en la afección más diagnosticada a partir de 1920. Para las siguientes dos décadas, las terapias de choque igualmente se globalizaron y fueron muy pronto implementadas, como veremos más adelante. Según lo señalado por Novella y Huertas (2010), la importancia histórica de la esquizofrenia no es solo porque se convirtió en poco tiempo en la enfermedad mental más diagnosticada en el mundo en el siglo XX, sino también porque es un correlato de la emergencia del sujeto moderno.

Además de los dos procesos señalados, la revisión de fuentes nos permite definir tres lapsos diferentes que tienen que ver con personajes, momentos institucionales y cambios en los modelos de la clínica que coinciden con los propuestos por Lantéri-Laura. Para este autor hubo tres paradigmas que rigieron la historia de la psiquiatría. El primero es el de la *alienación mental* y se mantuvo vigente durante la primera mitad del siglo XIX; el segundo es conocido como el paradigma de las *enfermedades mentales*, que cubre la segunda mitad del siglo XIX y llega hasta el año 1926 —fecha en que Bleuler expuso sus tesis sobre el grupo de las esquizofrenias—, y el tercero es el de las *grandes estructuras psicopatológicas*, que llega hasta 1977. El mismo Lantéri-Laura (2000) aclara que, como en todo cambio de paradigma, esto no ocurre de manera radical de un momento a otro, sino que hay momentos en los que estos se traslapan y hasta logran coexistir (p. 55).

Si traemos este modelo al contexto peruano, encontramos que los diagnósticos hechos tanto por José Casimiro Ulloa como por Manuel Muñiz en las décadas de 1870 y 1880 tienen como sustrato el paradigma de la alienación mental, propuesto por Philippe Pinel en su conocido *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale* (1801). La idea central era que la locura debía ser comprendida como una enfermedad única con cuatro formas de manifestarse: manía, melancolía, demencia e imbecilidad. De manera que todos los delirios, independientemente de sus características y vínculos con otros síntomas, eran formas de una entidad unificada: la locura o la alienación. Además, según propone Lantéri-Laura, este paradigma coexistió con el degeneracionismo propuesto por Bénédict Morel, quien afirmaba que el alcohol, el uso de drogas, las enfermedades crónicas y una cantidad de elementos nocivos debían ser considerados como factores que degeneraban la raza, propuesta que tuvo gran aceptación a fines del siglo XIX y hasta bien entrado el siglo XX, y que articulaba de manera armónica con el modelo de la *alienación mental*.

Después del fallecimiento de Ulloa y Muñiz no hubo una figura protagónica en el Hospicio, solamente sabemos que los médicos que atendían a los pacientes eran los jóvenes Estanislao Pardo Figueroa y Wenceslao Mayorga, quienes ingresaron en 1895 y ejercieron hasta la década de los 20. Desafortunadamente, ellos no publicaron trabajos sobre la clínica psiquiátrica, pero suponemos que los criterios diagnósticos que aparecen en los informes eran de su autoría. En aquellos años encontramos que las afecciones más recurrentes eran la paranoia y la locura de los degenerados. La primera la podemos enmarcar en el paradigma de las enfermedades mentales señalado por Lantéri-Laura, ya que esta aparece junto a otras claramente definidas como la locura puerperal y las demencias (vesánica,



precoz y senil); en cambio, la segunda entidad es como un remanente del paradigma anterior donde la etiología degeneracionista daba unidad a los más diversos y disímiles cuadros clínicos.

Finalmente, con el cierre del Hospicio de Insanos y la apertura del Hospital Víctor Larco Herrera hubo una renovación de personal y entró en escena quien se convertiría en una de las más importantes figuras de la psiquiatría tanto en Perú como en América Latina: Honorio Delgado (1892-1969). Si bien la historiografía se ha concentrado en su relevancia como el único latinoamericano que tuvo una estrecha relación con Freud, en este texto veremos su lugar como el introductor de la clínica psiquiátrica de la esquizofrenia. Sus primeros textos sobre este tema fueron publicados entre 1916 y 1923 en coautoría con Carlos Bambarén y Hermilio Valdizán, e imperó la perspectiva freudiana para la comprensión de la demencia precoz. Tras varios años sin publicar sobre este tema, Delgado sacó a la luz varios textos, a partir de 1937, en los que analizaba la esquizofrenia con base en autores como Bleuler, Minkowski, Claude, Gruhle y otros, donde la mirada estructuralista se hace evidente. Este año resultó significativo, ya que fue cuando comenzaron a implementarse de manera masiva en el Larco Herrera las terapias de choque como la insulino-terapia y el cardiazol, razón por la cual en 1939, cuando tuvieron lugar las Segundas Jornadas Neuro-Psiquiátricas Panamericanas en la ciudad de Lima, la mayoría de las publicaciones sobre la esquizofrenia se alejaron de la psicopatología descriptiva y se concentraron en estos tratamientos que fueron considerados como la puerta a una nueva etapa y la realización de un sueño acariciado por mucho tiempo: la posibilidad de que la psiquiatría por fin pudiera curar la locura.

En este capítulo haremos un recorrido desde el alcoholismo y el degeneracionismo diagnosticado por Manuel Muñiz en el Hospicio de Insanos hasta la esquizofrenia conceptualizada por Honorio Delgado en los años de las terapias de choque. Veremos la forma en que los criterios clínicos fueron cambiando con el tiempo. El interrogante que queda en el aire es si cambió la población psiquiátrica o si el cambio en la mirada clínica implicó una nueva forma de ver esa realidad. Para acompañar este relato, incluiremos algunos de los casos clínicos que fueron tomados por los autores como referente. Estos casos seleccionados por los autores como «representativos» de ciertas psicopatologías generalmente son personas blancas y, en ocasiones, mestizas, con alto poder adquisitivo. Sobre este punto volveremos en las conclusiones del capítulo.

Manía y alcoholismo

Como señalamos en el primer capítulo, José Casimiro Ulloa estuvo al frente del Hospital de Insanos desde su fundación en 1859 hasta que él falleció en 1891. La información sobre los diagnósticos de los pacientes se registró en los informes rendidos a la Beneficencia a partir de 1876, donde encontramos que la mayor entidad diagnosticada era manía y en segundo lugar estaba el *delirium tremens*, como podemos ver en la tabla 2. El alcoholismo siguió en aumento hasta 1890, cuando se registró como la afección más diagnosticada seguida de la manía en los pacientes de nuevo ingreso (Candamo, 1891, p. 66). Por lo tanto, las fuentes nos muestran que los dos diagnósticos que coexistieron forman parte de un mismo modelo donde la manía era un término genérico para hacer referencia a cualquier forma de locura con agitación, mientras que el alcoholismo daba cuenta de la etiología de la misma.

TABLA 2. Diagnósticos a los pacientes que ingresaron en 1875
al Hospicio de Insanos.

Diagnósticos en 1875	#
Manía aguda	39
Lipemanía	6
Monomanía suicida	10
Demencia	5
Imbecilidad	5
Epilepsia	15
<i>Delirium tremens</i>	31
Sin diagnóstico	3

Fuente: *Memorias* (1876).

TABLA 3. Diagnósticos a los pacientes que ingresaron en 1890 al Hospicio de Insanos.

Diagnósticos en 1890	#
Manía simple	15
Alcoholismo	29
Sífilis cerebral	1
Parálisis cerebral atáxica	1
Locura epiléptica	7
Manía con alucinación	1
Imbecilidad	6
Monomanía religiosa	3
Manía crónica	2
Lipemanía	9
Manía aguda	3
Idiotismo	2
Parálisis	4
Locura senil	2
Locura hereditaria	1
Locura histérica	5
Manía periódica	2
Manía suicida	1
Manía de persecución	4
Monomanía religiosa	1
Observación	12

Fuente: *Memorias* (1891).

Con relación al elevado consumo de alcohol, Muñiz (1891) afirmó:

El alcoholismo suministra el mayor número de entradas al Manicomio. Curados en un tiempo relativamente corto, se repite dos o tres veces el ingreso de un mismo individuo. La insistencia en el abuso al fin les coloca en la categoría de incurables. La existencia de una casa de corrección evitaría á estos desgraciados la oportunidad de reincidir en sus malos hábitos [...]. Se está repitiendo con suma frecuencia la remisión sea por la policía, sea de los Hospitales y aún por las familias, de los individuos que solo presentan síntomas de una intoxicación aguda alcohólica, confundida con accidentes de enagenación (pp. 115-116).

El diagnóstico tan alto de manía y alcoholismo nos permite sugerir que la mirada de Muñiz estaba inserta en el paradigma de la alienación mental, iniciado por Pinel en Francia. Esta forma de comprender la locura como una entidad única dominó la lógica psiquiátrica hasta mediados de siglo XIX; sin embargo, sus ecos resonaron en el contexto peruano hasta la década de 1880. Manía, melancolía, demencia e idiotismo eran manifestaciones diferentes de un mismo padecimiento: la locura. La primera era definida de una manera tan amplia que allí cabían muy diferentes afecciones que fueron tipificadas décadas después. En palabras del mismo Pinel (citado por Lanteri-Laura, 2000): «Un delirio más o menos acentuado referente a casi todos los objetos se asocia, en bastantes alienados, a un estado de agitación y de furor, lo que constituye propiamente la manía» (p. 79). El contemporáneo de Pinel, Jean Étienne Esquirol, popularizó el concepto de monomanía, el cual consistía en un delirio acotado a un solo objeto, lo cual permitía que la locura estuviese acotada a ciertos aspectos y momentos de la vida (Huertas, 2008, p. 127). Como podemos ver en la tabla 1, la monomanía suicida fue la que más se diagnosticó en el Hospicio de Insanos, ya que resultaba evidente la peligrosidad del sujeto al buscar frenéticamente su propia muerte⁵¹.

El vínculo entre la manía y el alcoholismo fue expuesto en los primeros casos clínicos publicados por Manuel Muñiz en *La Crónica Médica* entre 1885 y 1886. Fueron 11 casos elegidos por el joven médico porque, según su criterio, eran «típicos» en el Hospicio de Insanos: eran pacientes con estancias prolongadas y numerosas internaciones, la mayoría tenía el consumo de alcohol como elemento detonante de la locura y eran remitidos por la policía debido a que habían

51 Sobre el suicidio y los debates que generó en Lima a fines de siglo XIX, véase Drinot (2004).

cometido algún escándalo en la vía pública. De los 11 casos, ocho son hombres; seis, de origen extranjero, y nueve, de raza blanca —había un indio y un negro—. Al momento de describir los síntomas y su evolución todos tienen cuadros que 30 años después podrían ser diagnosticados como demencia precoz, paranoia o psicosis maniaco-depresiva; sin embargo, bajo el paradigma de la alienación mental, estructurante de la mirada de Muñiz, todos los síntomas forman parte de una enfermedad mental única llamada manía, donde el alcohol aparece como el principal detonante. A continuación, haremos una síntesis de ocho de los casos: los primeros cinco tenían alguna forma de manía, mientras que los tres últimos estaban afectados por alcoholismo.

Comencemos con los megalomaniacos. El primero es el caso de Manuel, quien fue diagnosticado con «delirios de grandeza»: «presbítero, mestizo, linfático. Débil y tiene actualmente 50 años». Este hombre fue apático y reservado de niño, «posiblemente onanista», y a los 24 años eligió la carrera sacerdotal. Pero pocos meses después de la ordenación tuvo síntomas de locura y se le recetó un viaje. Fue a Chile y allí anduvo diez años hasta que regresó con accesos de furor e intentos de suicidio. El «creía ser una divinidad igual a Cristo», tenía alucinaciones; el mismo Dios, santos y ángeles le hablaban y le daban lecciones. Dios le decía que él iba a gobernar a la humanidad. En tono sarcástico nos dice Muñiz: «Quizá morirá algún día o quizá será inmortal». Además, tuvo contacto carnal con la Divinidad que se le aparecía en forma de mujer y lo hacía tener eyaculaciones. En este caso, la temática religiosa aunada al componente erótico eran elementos centrales del delirio, sin embargo, no fueron variables tomadas a la hora del diagnóstico, ya que el creerse divinidad fue el criterio para diagnosticar megalomanía (Muñiz, 1885a, p. 5). Este mismo diagnóstico lo recibió Manuela, quien ingresó al manicomio cuando tenía 34 años. Al igual que Manuel, provenía de un contexto religioso, ya que vivió en el convento de Santa Clara y aseguraba que le habían hecho brujería: «Grita, vocífera y amenaza». Creía que la habían magnetizado para acceder a su mente y estaba convencida de que la perseguían los masones (Muñiz, 1885b). El tercero es el caso de N. N., una francesa de 64 años de edad, «temperamento nervioso y constitución débil». Tenía una lavandera y fue robada, lo que le trajo una profunda impresión al quedarse sin recursos. Como reacción a su pobreza decía ser descendiente directa de reyes y hablaba de ellos con familiaridad. Afirmaba tener riquezas y se negaba usar la ropa del Hospicio porque no correspondía a su clase social. Este caso, al igual que los dos anteriores, pese a sus grandes diferencias, se reducía a una forma de manía: la megalomanía (Muñiz, 1885e).

Otro caso es el de N. quien tenía 55 años, era abogado, hijo de un hombre irascible y de una mujer que «tenía el carácter muy nervioso». Tenía una suegra loca que creía que una hija era de azúcar, otra de leche y la tercera era una gata. La esposa trató de envenenarlo y él comenzó a odiarla. Entró en crisis nerviosa y la esposa llamó a una «zamba curandera» para tratarlo, pero él optó por matar a la esposa y huir. Viajó a Chile por varios años donde volvió a casarse y regresó a Lima para ser internado nuevamente, ya que vivía con la idea fija de que iba a morir muy pronto. Permanecía abatido, triste y decía que todos querían hacerle daño, incluida su segunda esposa. El diagnóstico de este hombre fue delirio de persecución (Muñiz, 1885d). Pese a que cometió un asesinato y la muerte lo rondaba, no se diagnosticó con manía o monomanía homicida.

El último caso de manía que mencionaremos es el de un hombre, alemán, de 55 años, «temperamento nervioso y constitución débil». Su delirio inicial consistía en que tenía «relaciones íntimas con seres abstractos». Creía saber el futuro y consideraba a todos como inferiores, además era sarcástico y despectivo en el trato. Pensaba que en poco tiempo rejuvenecería y recuperaría su dentadura y así lograría enamorar a todas las mujeres. Llevaba 20 años encerrado y su manía crónica se seguía acentuando (Muñiz, 1885f).

Ahora vamos con los casos de alcoholismo. El primer cuadro lo presenta una persona que bebía altas cantidades de alcohol de manera rápida hasta enloquecer y posteriormente tenía periodos de sobriedad. Es el caso de José, un español de 89 años que tuvo varios ingresos al Hospicio. En su primera crisis rasgó su ropa, agredió a los vecinos y salió «perfectamente curado», pero ingresó nuevamente una semana después al ser recogido de la calle por la policía debido al estado de abandono en el que estaba. Fue dado de alta y regresó al siguiente día. Explotaba en ira cuando pedía el alta y le decían que no se la concederían por su recurrente dipsomanía. Según Muñiz (1886a), su destino sería entrar y salir del Hospicio hasta que la muerte lo alcanzara. El segundo es un cuadro donde los límites entre manía y alcoholismo no están claros. Manuel Aníbal era un soldado de 48 años, indio y robusto, además, «antiguo habitante del Manicomio». Fue remitido con «gran excitación de sus facultades sensoriales, insomnio, gritos nocturnos, cara y ojos inyectados, pupilas dilatadas, gran locuacidad: injuria al que ve; amenazando a los que se le acercaban, brincaba, gritaba, etc.» (p. 178). Lo anterior era debido a los altos niveles de alcohol consumidos. Con tratamiento mejoró y fue dado de alta, pero regresó. Su cuarto ingreso «fue el más largo periodo de la enfermedad. Encerrado en un calabozo, desnudo, horada con las uñas la pared de adobe de la celda, habiendo pretendido previamente quemar la puerta con la paja de su colchón». Logró escaparse y dos

días más tarde fue llevado nuevamente por la policía, donde fue maltratado y flagelado porque creían fingida su locura. Volvió al encierro y, según Muñiz, su destino también era entrar y salir del Hospicio (p. 178). El último es un caso donde se cruza la lipemanía con el alcoholismo. Es el caso de Ignacio de 41 años, de raza blanca y dedicado al comercio. Llegó remitido por la policía debido a la embriaguez en la que se encontraba, la cual se traducía en alteraciones como locuacidad e intensidad afectiva en sus delirios. Después de curarse, se presentó nuevamente «triste y callado, ni habla con nadie ni contesta las preguntas que se le dirigen. Taciturno [...]. Es muy religioso y no era extraño verle llorando» (Muñiz, 1886b, p. 209). Finalmente murió de disentería.

Estos casos presentaban síntomas muy diversos, pero según el paradigma de la época, eran formas diferentes de una entidad: la locura o alienación mental. Además, para Muñiz estos casos se podían considerar «típicos» ya que reunían las características más recurrentes de los pacientes a su cargo: por una parte, todos ellos tenían varios ingresos y eran ampliamente conocidos por él desde años atrás y, por otra parte, eran casos que le permitían a Muñiz (1886c) sostener como argumento principal que el alcoholismo solía ser la causa de casi todas las formas de locura, puesto que este hábito se había convertido en «mortífera plaga» que atacaba a la sociedad peruana.

Todas las variedades de neuropatías, sin excepción, pueden ser dependientes del alcoholismo. La locura circular, de la duda; la demencia, en sus diversos grados, las mil monomanías, con sus múltiples concepciones delirantes; la parálisis general, proteo de la medicina mental, todas las entidades nosológicas, puede ser engendradas producidas por el abuso del alcohol [...]. Desde el bebedor cínico, y grosero, hasta el dipsomaniaco misterioso de la alta sociedad (p. 320).

Locura de los degenerados

En los informes de 1906 y 1916 encontramos un cambio con relación a los informes presentados por Manuel Muñiz: aparecen nuevas entidades clínicas, lo cual es evidencia de la recepción del paradigma de las enfermedades mentales, según Lantéri-Laura. En 1906 aparecen la parálisis general, las demencias (vesánica, senil y precoz), la paranoia, la locura puerperal y la manía histérica. Diez años después vemos como novedad la psicosis maniaco-depresiva, corea de Sydenham y psicastenia. Sin embargo, nos llaman la atención dos

diagnósticos: la locura de los degenerados y la paranoia. Como podemos ver en la tabla 4, la primera fue la más diagnosticada en 1906; en la tabla 5 se observa que en 1916 pasó a ocupar el segundo lugar y fue reemplazada por la paranoia. Ambos diagnósticos merecen un breve análisis.

TABLA 4. Diagnósticos a los pacientes que ingresaron en 1906 al Hospicio de Insanos.

Diagnósticos en 1906	H	M	T
Manía crónica	2	0	2
Locura tóxica por alcohol	39	27	66
Locura tóxica por opio	7	0	7
Delirio infeccioso	1	1	2
Delirio agudo	7	2	9
Melancolía	18	5	23
Locura periódica	6	3	9
Locura epiléptica	12	17	29
Parálisis general	2	5	7
Locura de los degenerados	18	59	77
Idiotismo	14	6	20
Demencia: vesánica, senil y precoz	34	0	34
Paranoia	28	0	28
Manía histérica	0	24	24
Locura puerperal	0	5	5
No enajenados	2	0	2
Total	190	154	344

Fuente: *Memorias* (1907).

TABLA 5. Diagnósticos a los pacientes que ingresaron en 1916 al Hospicio de Insanos.

Diagnósticos en 1916	H	M	T
Idiocia	15	6	21
Imbecilidad	1	2	3
Psicosis de los degenerados	25	38	63
Epilepsia	25	16	41
Demencia precoz	17	4	21
Demencia vesánica	24	7	31
Demencia senil	0	6	6
Demencia orgánica	1	0	1
Melancolía	11	21	32
Manía	12	37	49
Psicosis maniaco-depresiva	9	7	16
Paranoia	46	65	111
Delirio crónico	0	5	5
Psicosis periódica	10	15	25
Histeria	0	28	28
Psicastenia	0	2	2
Psicosis tóxicas			
Alcohólica	37	4	41
Opio	4	0	4
Coca	2	0	2
Morfina	1	0	1
Parálisis general	3	1	4
Psicosis sifilítica	6	0	6
Confusión mental	1	0	1
Delirio agudo	0	1	1
Corea de Sydenham	0	1	1
En estudio	5	0	1
Total	255	266	517

Fuente: *Memorias* (1917).

Los médicos que durante estos años estuvieron atendiendo pacientes en el Hospicio de Insanos fueron Wenceslao Mayorga (1870-1932) y Estanislao Pardo y Figueroa (1868-1934), quienes fueron contratados en 1895. Es muy probable que estos jóvenes médicos diagnosticaran estas afecciones, pero no tenemos certeza alguna, ya que en los *Libros de registro* no aparecen los nombres de los médicos tratantes. Además, como no escribieron artículos o libros sobre su experiencia en la clínica psiquiátrica, es imposible saber cuáles autores fueron sus referentes y qué punto de vista tenían sobre las afecciones atendidas en el Hospicio. La pregunta de fondo es: ¿a qué se referían con «locura de los degenerados»? ¿qué síntomas o conjunto de síntomas eran asociados a este diagnóstico?

En 1917, dos jóvenes que acababan de ingresar como practicantes al Hospicio escribieron un artículo donde analizaban los diagnósticos hechos en 1906 y 1916: Honorio Delgado y Carlos Bambarén. Como veremos, ellos tenían una perspectiva diferente, pero ¿cómo interpretaron la mencionada locura de los degenerados? Su reflexión es la siguiente. La gran cantidad de pacientes «degenerados» llamó su atención, razón por la cual hicieron una revisión a los autores usados como referentes en aquella época y señalaron el lugar central que ellos le dieron a la degeneración como causa central de la locura: Henry Maudsley, Emmanuel Regis, Jules Luys y Moreau de Tours, todos ellos fueron autores de manuales ampliamente utilizados tanto en Perú como en el resto de América Latina y, en una u otra medida, herederos de la impronta de Bénédicte Augustin Morel. Por lo tanto, según Delgado y Bambarén (1918), una primera razón que explicaba la gran cantidad de pacientes con este diagnóstico era la influencia de estos autores. Además, otro problema radicaba en una clínica que tomaba el síntoma o la causa predisponente como diagnóstico, como ocurría claramente en el caso del alcoholismo. A este respecto nos ofrecen una interesante narración que dista notablemente de la mirada de Manuel Antonio Muñiz:

Aunque parezca paradójico, el borracho escandaloso es rara vez candidato al Manicomio, generalmente sus excesos lo llevan sólo a poder de la policía. Los tributarios del asilo son[,] en su mayor número, de aquellos que beben sin llegar a la embriaguez. Estos gracias a una constitución particular, caen víctimas de desórdenes mentales con la intervención de accidentes ocasionales, como la fatiga, *shocks* morales, traumatismos, enfermedades intercurrentes, etc. (p. 95).

Delgado y Bambarén cuestionaron el lugar tan importante que se le había dado al consumo de alcohol décadas atrás y, además, señalaron las carencias en la clínica

debido a las «grandes deficiencias del instrumento nosológico» (p. 88). Por ello, recibieron con gran optimismo el psicoanálisis freudiano, puesto que, de acuerdo con los autores, el origen de los males que afectaban a los pacientes del Hospicio era de naturaleza psicógena y no orgánica, como se había creído hasta el momento, prueba de ello era la exagerada cantidad de «degenerados». Estos jóvenes médicos afirmaron que la herencia no era un factor tan determinante como se solía creer porque eran numerosos los casos de sujetos locos que tenían descendientes perfectamente cuerdos. Por consiguiente, la solución era el psicoanálisis para todos los pacientes y, además, la esterilización con rayos x a los realmente degenerados y así lograr una «intervención eficaz en el modelamiento del alma humana» (p. 109). Si vemos los *Libros de registro* de esos años, encontramos que, en algunos de los pacientes que fueron clasificados con la entidad «locura de los degenerados», este diagnóstico aparece tachado y en su lugar encontramos demencia precoz. Suponemos que Delgado, Bambarén y el mismo Caravedo, que también trabajaba en el Hospicio, se encargaron de hacer la corrección necesaria.

En los mencionados *Libros de registro* generalmente se escribían los síntomas en una frase y difícilmente se registraban descripciones detalladas. Veamos algunos ejemplos en el libro de mujeres, ya que el de hombres no se conserva⁵².

«Hablaba sola y atacaba a personas de su familia» (p. 80). «Incoherencia en sus expresiones, variabilidad en sus ideas» (p. 104). «Tiene alucinaciones al oído» (p. 174). «Hace 25 años comenzó a tener ataques de tristeza [...] idiotismo, alucinaciones. Incoherencia. Ideas de persecución» (p. 200). «Andaba por las calles hasta hace diez años que fue recogida y ha vivido en el hospital —gritando, rompiendo la ropa y golpeando puertas y paredes [...]. Hábitos inmorales (se masturba en calles y plazas) [...] duerme muy poco y se pasa la noche hallando, gritando y golpeando puertas y paredes» (p. 202). «Delirio violento, alucinaciones visuales y auditivas. Idea fija de que toda su desgracia le proviene de haberse casado. Odio a su esposo e hijos. Ideas de persecución, cree que la van a matar». «Se suicidó en la calle» (p. 294). «Se le da por llorar y hablar sola —noche y día y con intervalos— o duerme —estupidez[—]. Ideas incoherentes» (p. 329). Mujer católica, blanca, de 40 años: «Siempre ha presentado los signos que hoy se observan: locuacidad, movilidad incesante de ideas inconexas». «Degenerada: hija de padres consanguíneos. Degeneración de las razas progenitoras» (p. 495).

52 *Registro de Admisión de Mujeres del Manicomio de Lima* (1859-1908). Recuperado de <https://eap.bl.uk/archive-file/EAP1402-1-5-1>.

Si bien en las tablas de los diagnósticos encontramos la demencia precoz y la manía crónica como entidades que se utilizaban para diagnosticar en el Hospicio, la «locura de los degenerados» era una especie de paraguas gigante que aglutinaba todo tipo de delirios y alucinaciones. Esto nos hace sospechar que posiblemente Víctor Larco Herrera tenía razón cuando decía que las monjas eran las que diagnosticaban a los pacientes, ya que los pocos médicos no se daban abasto. Así, pese a que en teoría se utilizaban nuevos criterios que marcaban una diferencia con los años de Muñiz, en la práctica encontramos que la «locura de los degenerados» era tanto un genérico como una muestra de la vigencia de la teoría de Morel.

La etérea paranoia

En las tablas 3 y 4 podemos ver que la paranoia pasó de ser la segunda afección más diagnosticada en 1906 a la primera en 1916. Un aspecto interesante es que, en 1906, era únicamente afección de hombres, mientras que diez años después pasó a ser 58% mujeres y 42% hombres. Como no encontramos documento alguno que señale la diferencia de género, podemos suponer que el médico o la persona encargada del pabellón de hombres tenía en su mirada clínica la paranoia como entidad diagnosticable, mientras que la persona encargada de mujeres la desconocía. Más allá de las diferencias por sexo, era un hecho que esta afección iba en aumento constante. Por ello, en 1909, cuando Baltazar Caravedo tenía 25 años de edad, presentó la tesis titulada *Delirio de persecución* para optar por el título de médico. Según aparece firmado al final, sus jurados fueron Estanislao Pardo Figueroa, Wenceslao Mayorga y Leonidas Avendaño: los dos primeros eran médicos del Hospicio de Insanos y el tercero contaba con una amplia experiencia en peritajes psiquiátricos. Esta tesis se concentraba en la entidad más diagnosticada en Perú en aquellos días: el 21.5% de la población total. Esta cantidad es considerablemente alta si la comparamos con otras instituciones psiquiátricas de América Latina en ese mismo momento histórico. Por ejemplo, en el Manicomio General La Castañeda en México, era el 1.7% de la población que ingresó entre 1910 y 1968⁵³. En el Manicomio Departamental de Antioquia, en la ciudad de Medellín (Colombia), el 6.52% de la población total tenía delirio sistematizado entre 1903 y 1910, pero entre 1920 y 1930 dejó de utilizarse, y en el Asilo San Isidro de Cali, entre 1903 y 1930, fue el 5.21% (Gutiérrez Avendaño, 2019,

53 Base de datos propia.

pp. 321, 325 y 330)⁵⁴. En el Asilo de Locas de Bogotá, en 1913, fue el 2% (Gómez Calvo, 1914, p. 104). De lo anterior, llama la atención que esta fuera la entidad más diagnosticada en el Hospicio de Lima en 1916, aspecto en el que no repararon Bambarén y Delgado. Al revisar los *Libros de registro* encontramos una cantidad considerable de pacientes que fueron diagnosticados con paranoia o delirio de persecución, pero luego fueron tachados para ser reemplazados por demencia precoz, lo mismo que ocurrió con la mencionada «locura de los degenerados». Pero ¿cuál fue el análisis hecho por Caravedo sobre la paranoia?

Este joven médico fue el mismo que dos décadas después llegó a ocupar la dirección del Hospital Víctor Larco Herrera e impulsó el mayor proyecto de modernización administrativa en la primera mitad del siglo xx⁵⁵. Caravedo (1909) comienza señalando un problema que suele complicar generalmente el diagnóstico en el Hospicio de Insanos: las familias solían negar datos de la vida mental de los parientes, por «pudor equívoco», lo cual impedía dimensionar el verdadero papel de la herencia. Sujetos que «han sido durante toda su vida sombríos, mustios, pusilánimes, dubitativos [...] lo que no deja de tener en muchas ocasiones para ellos y para la sociedad cierto aire de elegancia y corrección, sin maliciar que años más tarde serán los habitantes eternos de los manicomios» (p. 2). La paranoia era una afección que solía afectar justamente a ese tipo de sujetos que se movían con elegancia por la sociedad, pero en los que, con algo de observación clínica o en un momento de crisis, la patología se hacía evidente. De manera que estos pacientes estaban muy lejos de los alcohólicos mencionados por Muñiz, más bien, es un primer acercamiento clínico a esos sujetos cuya locura no es evidente a la mirada profana.

Caravedo inicia señalando que la paranoia es un cuadro complejo que se suele confundir con la lipemanía de Esquirol, la melancolía de Pinel, parte de los delirios crónicos de Magnan, hasta que finalmente fue claramente conceptualizada por el francés Charles Lasèque y posteriormente por Serieux y Capgras quienes las denominaron «locuras razonantes», bajo la influencia de Kraepelin, al convertirlas en entidades autónomas. Caravedo describe las diferentes etapas de la afección. Esta suele comenzar con emociones indefinibles, como angustias, y sigue de una necesidad de reposo; posteriormente la inteligencia comienza a decaer y el sujeto lo percibe, lo que detona «verdaderos exámenes de conciencia» para llegar a la conclusión «de que no es dueño de su voluntad» (p. 3). Justo en

54 Según Salazar Bermúdez (2022, p. 524), el 2.92% de la población total del Manicomio de Antioquia tenía «paranoias» entre 1920 y 1947.

55 Véase el capítulo II de este libro.

este punto podemos ver la influencia de Kraepelin, ya que la evolución de la enfermedad se convirtió en un criterio definitorio. Siguiendo con la descripción, Caravedo menciona que el paciente cree que todo lo que observa y oye tiene que ver con él, al grado de recordar hechos intrascendentes y asociarlos con su propia vida. Posteriormente llega el delirio y en algunos casos alucinaciones al oído, con voces que los maltratan y denigran, lo cual era explicado como consecuencia de la brujería, el magnetismo, el teléfono y la electricidad. Suelen sentir, decía Caravedo, sensaciones desagradables, como ser espiados, electrizados y hasta violados, «sobre todo las mujeres». En este punto de sentirse perseguidos, suelen demandar justicia a las autoridades o la toman en sus manos, lo que puede llevarlos a cometer crímenes o a suicidarse. La vida está signada por la angustia al sentirse perseguidos y víctimas de envenenamiento. Después comienzan a creer que son reyes, Dios mismo o cualquier otro ser importante y con poder. A manera de síntesis, la evolución de este delirio suele tener tres momentos: 1) análisis subjetivo, 2) explicación delirante y 3) «transformación de la personalidad o delirio ambicioso». Según Caravedo, algunos autores incluyen un periodo final de demencia que él no omite porque ese no es el fin de todas las formas de locura (p. 8). Entre las variedades de paranoicos estaban los siguientes: ambiciosos e inventores, posesivos (quienes deliran con haber perdido un pleito jurídico), místicos, políticos, celosos, erotómanos (cuya lógica gira únicamente en torno al amor). En esta descripción del cuadro clínico se evidencia una falta de pericia en el autor, ya que mezcla el delirio alucinatorio crónico con el delirio de interpretación y, en algunos, aspectos con la esquizofrenia paranoide propuesta por Kraepelin (Bercherie, 1986, pp. 133-147). Pero más allá de la precisión conceptual, Caravedo (1909) está delineando un tipo de paciente nuevo en la naciente clínica peruana: aquellos cuya afección se evidenciaba en su forma de razonar y no en los accesos alcohólicos o en la degeneración orgánica. Por ello, la etiología se desplaza de lo biológico a lo psíquico. Según este médico, si bien la herencia solía ser importante, los detonantes eran «reveses de fortuna, ambiciones políticas, creencias religiosas exageradas, alimentación insuficiente, falta de trabajo» y una larga lista. Solía presentarse más entre mujeres que en hombres —sin decirnos la razón— y «la raza blanca es la que paga mayor tributo y después la mestiza. No hemos tenido ocasión de ver individuos pertenecientes a las razas negra y amarilla atacadas de este delirio». Nótese que los indígenas ni siquiera son mencionados. Las víctimas de este mal solían ser «gente inteligente y de talento» (pp. 13-14). Finalmente, el pronóstico era sombrío. En sus etapas más complicadas los paranoicos suelen ser prolijos escritores, ya que presentan a las autoridades extensos memoriales

demandando justicia, decía Caravedo. Tienden ser los que más crímenes cometen: «Asesinan, roban, incendian y difaman» (p. 18). Como lo demostró Lasegue, un problema recurrente era la escritura de sus testamentos puesto que muchas veces eran cambiados debido a sus delirios. Al final, el tratamiento era meramente paliativo: «La dulzura y la persuasión debe ser la regla de conducta del médico alienista. No es posible rechazar de golpe sus creencias absurdas, sino que se tratará de convencerlos poco a poco» (p. 21).

Después de estas reflexiones sobre las características de la paranoia, Caravedo expuso ocho historias clínicas de hombres y mujeres. Todas son personas de raza blanca, de «posición acomodada» y solo una de «posición regular». Esto es interesante ya que nos evidencia que la mirada psiquiátrica no necesariamente se fijaba siempre en los pacientes pobres. ¿Acaso se fijó Caravedo en estos pacientes adinerados por su interés en la paranoia? O más bien fue, al contrario, por analizar pacientes ricos llegó a esta afección alejada de los degenerados alcohólicos de años atrás. Recordemos que, con solo dos médicos y varios centenares de pacientes en el Hospicio, el detallado análisis clínico era un privilegio para pocos. Veamos ahora el único caso extenso que se publicó sobre paranoia, donde nuevamente nos encontramos con una mujer adinerada.

El doctor Hermilio Valdizán publicó el peritaje de una mujer paranoica para que un juez decidiera si ella era capaz de ejercer sus responsabilidades civiles, por lo tanto, fue un análisis clínico por solicitud de la familia. Inicia con la siguiente frase en la cual nos presenta a la analizada: «La señorita R. C. es natural de Lima y de 38 años de edad, es de raza blanca, de constitución regular», y agrega, «condición económica: holgada [...] es hija legítima del matrimonio de dos primos hermanos que contaban, en la época de concepción de aquella, 38 años el padre y 16 la madre», ambos ya habían fallecido. El ambiente familiar es calificado de «mediocre» por Valdizán (1919c, p. 237).

Algo que parece ser síntoma de anormalidad es la manifestación de un «exagerado amor filial», que en su momento no llamó la atención de la familia, ya que manifestaba una «vivísima contrariedad» cuando la madre manifestaba afecto a personas diferentes a ella. A los siete años presentó un ataque de hiperpirexia «acompañada de un violento delirio», razón por la cual tres reconocidos médicos la asistieron en aras de «advertir a la familia los peligros». Ella volvió a la normalidad, pero «sufriendo las mismas mortificaciones de sus celos filiales, sempiterna buscona de los mimos y predilecciones de la autora de sus días» (p. 238). Como elemento marginal se señala que «no hizo vida de Colegio», ya que recibió lecciones en su casa. A los 16 años presentó una terrible fiebre tifoidea que estuvo a

punto de lanzarla a la tumba, aunada a hemorragias intestinales y un delirio que la sumió en estado confusional. Para buscar una mejoría, la familia la trasladó a Chorrillos, pero allí aparecieron los primeros síntomas: «Una *crisis depresiva* de singular intensidad», ya que lloraba sin parar. Con esta crisis logró concentrar la atención de toda la red parental, que la rodeó de atenciones. Si bien se recuperó, dicho periodo de estabilidad fue breve puesto que, con los años, los síntomas cambiaron y la depresión comenzó a alternarse con periodos de agitación. Crisis que aparecían «muchas veces durante aquellos momentos en que el vivir tranquilo en familia pone quietud en los espíritus y predispone a la benevolencia». Retrato idílico del entorno familiar que era abruptamente trasgredido por la «loca» que «turbaba la placidez de esos momentos» al ofender e injuriar «despiadadamente», acto seguido huía a encerrarse en su habitación (p. 239). Pese al intento de la madre por imponer el control, no lograba que la hija evitara el encierro, que se extendía hasta cinco o seis días, después del cual abría la puerta y retomaba las labores domésticas con gran ímpetu, lo cual era totalmente innecesario, ya que la servidumbre estaba para cumplir dichas labores. En esos momentos de calma se entregaba totalmente al misticismo. Mientras vivía en casa de un tío, una noche se acercó a la pequeña sobrina que dormía y sintió el deseo de estrangularla. La niña despertó y la señorita R. le transmitió a la familia el fatídico deseo que había sentido. Por ello solicitó su ingreso al Manicomio de El Cercado el 22 de julio de 1911, fecha en que el joven Valdizán la conoció.

Valdizán informa que durante el encierro no fue una paciente dócil y sus crisis de agitación continuaron. Ella abandonó la vida en colectivo para encerrarse en su habitación, y explotaba en crisis de violencia «que ponía a prueba la benevolencia de las religiosas y las demás pacientes». Procuraba siempre mantener una distancia con las enfermeras y no desperdiciaba oportunidad para ofenderlas al llamarlas «zambas» y «cholas». En particular se ensañó con una de ellas. Según la paciente, la enfermera busca «bajarme el orgullo, no tiene por qué bajarme el orgullo porque desde que he nacido casi nunca me he nivelado a unas *cholas* y *zambas* como son estas ordinarias mujeres». En una carta solicitó que echaran a la enfermera a cambio de quedarse más tiempo en el manicomio: «El discutible deleite de una venganza vulgarísima», en palabras de Valdizán. Era tanto el odio que sentía por la «chola» que era capaz de cambiar la vida en familia por un encierro sin ella (p. 242).

Según nuestro médico, «la señorita C.[.] durante la gran parte de su vida manicomial, fue una fervorosa onanista, la sorprendieron muchas veces encerrada en su recámara, despojada de sus ropas, en actitud francamente erótica y entregada,

en forma que no dejaba lugar a dudas, a las prácticas nocivas de la Venus Solitaria» (p. 247). En dicho contexto, se irritaba profundamente cuando era sorprendida por el personal del Manicomio y «reaccionaba brutalmente contra quienes se hacían dueños de su secreto». Trataron de convencerla de los peligros de sus hábitos: «Y era inútil que manifestáramos que la onania, originadora del desgaste nervioso intenso en sujetos mentalmente sanos, lo provocaba y enorme en la señorita R.» (p. 248). El médico le solía preguntar «con alguna frecuencia: “¿Cómo va aquello?”». Sobre aquella «interrogación discreta», la paciente «edificó una persecución galante, solapada, asidua e infalible» al negarse a recibir al personal. Solicitó la presencia de un religioso, argumentando que requería confesión. Ella le pidió que la liberara de la «amorosa persecución de su médico» y el religioso lo creyó ya que le informó a la familia sobre dicho acoso.

Abandonó el manicomio el 2 de noviembre de 1919. ¿Cuál era el estado de la enferma? «Nada digno de especial mención acusa el examen de la señorita C. en relación a sus órganos y funciones incluidas las del sistema nervioso», pero ello no sucedía con las funciones psíquicas. ¿Qué llamó la atención de Valdizán? En las conversaciones con ella sobresalía su «mímica» para disimular sus estados de ánimo, fijaba la mirada en el suelo, esquivaba la mirada denotando desconfianza. Sus escritos no evidenciaban anormalidad alguna, ni su fonética. Tenía una capacidad de crítica disminuida. Una muestra de ello es que, en presencia del juez, planteó la posibilidad de la malversación de fondos por parte de los actuales administradores, pero ella no fue capaz de sustentar su sospecha. Es más, no tenía idea alguna de las finanzas o de cuánto se pagaba por ella en el Hospicio. Sobre esta sospecha sin fundamento, Valdizán señaló que estaba frente a un error interpretativo basado en una lógica de persecución económica, ya que estaba convencida de que la hermana la explotaba. A manera de síntesis, el médico afirmó: «La señorita R. C. sufre de un delirio sistematizado de persecución, crónico (paranoia), enfermedad que la incapacita para ejercer sus derechos civiles» (p. 260).

Un primer aspecto que llama la atención es que esta detallada descripción de la paciente no obedece a un interés en la clínica de la paranoia por parte de Valdizán, más bien, es un servicio profesional que ofrece a una familia adinerada que tiene a una «loca» que es soltera y huérfana, razón por la cual los parientes están interesados en interdictarla y quedarse con el control de lo que ella heredó. Más que una historia clínica, es la sucesión de episodios de un drama familiar donde los comportamientos de ella, muchas veces ofensivos y clasistas, son patologizados, pero no vemos un cuadro clínico con claridad, ni mucho menos los síntomas de la paranoia que ya eran bien conocidos por los

especialistas en aquellos días. Este caso evidencia la forma en que la psiquiatría se plegaba ante las exigencias sociales, donde era necesario justificar algún tipo de locura para salvaguardar el patrimonio familiar. En consecuencia, un caso clínico que se publica en una revista como el resultado de un trabajo científico también es una historia hecha con fines económicos, donde el psiquiatra aparece como el narrador de la versión que conviene a quienes pagaron. Y el resto de pacientes paranoicos, ¿también fueron mal diagnosticados? No lo sabemos, pero sí resulta llamativo una cantidad tan alta de pacientes con esta afección. Por lo tanto, es muy probable que esta entidad haya sido asignada a pacientes como la joven acá descrita: sin delirios propios de la psicosis, ni alguna forma de «degeneración» como el alcoholismo.

La demencia precoz desde el psicoanálisis

La primera reflexión clínica sobre la demencia precoz fue escrita por Carlos Bambarén y publicada en 1915, lo que convierte a este texto en una de las primeras recepciones de Kraepelin en la región si lo comparamos con México o Argentina, donde los primeros textos salieron a la luz en la siguiente década⁵⁶. Como veremos, las reflexiones sobre la clínica de la esquizofrenia, como se le llamó posteriormente a la demencia precoz, coincidieron con un relevo generacional. Bambarén, Delgado, Valdizán y Caravedo estuvieron al día en los debates internacionales y vieron cómo aumentaba de manera acelerada la población con este diagnóstico, lo cual ocurría de manera simultánea en todas las instituciones psiquiátricas a nivel global: en 1916 afectaba al 3.25% de los pacientes del Hospicio de Insanos y en el primer trimestre de 1931 ya era el mayor diagnóstico con el 19.83% de los pacientes (*Memoria*, 1931, p. 42). Quedaba atrás la manía y el alcoholismo diagnosticados por Muñiz, al igual que la paranoia y la locura de los degenerados de las primeras décadas del siglo xx. El artículo de Bambarén evidencia un interés triple: la semiología de la enfermedad, la etiología y la terapéutica. Para este médico, que laboraba en el Hospicio, la demencia precoz era una novedad en la medida que era una entidad perfectamente individualizada. Hace un muy conocido recorrido genealógico que inicia con Willis (1672), Pinel (1809), Esquirol (1814) y Morel (1860), quienes describieron cuadros cercanos, para detenerse en Hecker (1863) quien propuso la hebefrenia

56 Para el caso de México, véase Ríos Molina (2017), y para Argentina, Golcman (2015).

y, posteriormente, Kahlbaum (1874) que conceptualizó la catatonia, como entidades fundamentales para la novedad propuesta por Emil Kraepelin, quien agrupó las psicopatías de la pubertad y la juventud bajo la nueva entidad que denominó «demencia precoz», compuesta por las formas habefrénica, catatónica y paranoide. Con relación a la etiología, Bambarén (1915) contrapuso dos propuestas: Kraepelin que sugería la autointoxicación como origen y, por ello, la necesidad de profundizar en lo endocrinológico y el psicoanálisis freudiano, que consideraba esta afección como una «introspección prolongada y grave de la que el enfermo puede salir sea por sus fugas, sea por remisiones prolongadas, comparable en todo, a uno que soñando sale del ensueño» (p. 98). No le dedica más que un par de líneas a esta segunda postura, ya que, según Bambarén, era una muestra de la «impotencia actual de las distintas explicaciones e influenciados por las ideas del profesor Segismundo Freud de Viena» (p. 98). Paso seguido, este autor ilustra la demencia precoz con un caso. Veámoslo.

N. N. tenía 20 años, era soltero, ingresó al manicomio el 5 de julio de 1914 y no tenía antecedentes familiares dignos de mencionar. En 1913, llegó a Lima procedente de Ica donde se contagió de paludismo. Luego de haberse curado decía ver «seres extraños, como el diablo, por ejemplo, y que oía expresiones, como aquella de que era el anticristo, es decir, tenía alucinaciones auditivas y visuales» (p. 99). Además, había en sus zapatos culebras que lo querían matar. En el encierro solo manifestaba mutismo y apatía y el rostro carecía de expresión. La saliva caía sola de la boca. Mantenía la cabeza flexionada hacia el pecho y así la tuvo por cinco meses. Tenía tres signos de la demencia precoz catatónica: negativismo, paratónia y estereotipia. El tratamiento que se propuso fue el de inyecciones de oxígeno sugeridas por Tolouse y Puillet. Después de 60 litros de oxígeno subcutáneo, el paciente comenzó a levantarse de la cama y salió aparentemente sano del manicomio. Según el autor, era un tratamiento simple y no se sabía cómo operaba, pero eventualmente funcionaba. Desde mediados del siglo XIX, se usaba esta técnica para afecciones de lo más disímiles como neumonía, edema pulmonar, úlceras en la piel, fatiga, etc.; pero en la década de 1930 comenzó a demostrarse sin efectividad (Curry *et al.*, 2006). Debido a la muy limitada terapéutica, la demencia precoz era una especie de terreno fértil para implementar medicamentos «novedosos». Así, este texto de Bambarén nos muestra la clara recepción de Kraepelin y Freud para la comprensión de la demencia precoz en 1915. No obstante, el giro hacia el psicoanálisis ocurrió rápidamente gracias a la influencia de Honorio Delgado.

Delgado ha sido una de las más importantes figuras en la psiquiatría peruana (Alarcón, 1982). Fue un intelectual excepcional, cuya prolija obra abarca psicología, literatura, filosofía, biología, genética, farmacología, neurociencias y, obviamente, psiquiatría. Además, fue un hombre con décadas de experiencia en la clínica y en la enseñanza de la misma: estuvo a cargo de un pabellón en el Hospital Víctor Larco Herrera desde 1920 hasta la década de los 60. En el marco de sus múltiples publicaciones, resaltan dos proyectos notables que evidencian su liderazgo en la consolidación de una comunidad científica: con Hermilio Valdizán publicó la *Revista de Psiquiatría y Disciplinas Conexas* (1918-1924) y con Óscar Trelles fundó la reconocida *Revista de Neuro-Psiquiatría* en 1938, la cual todavía sigue publicándose. Pero fue su temprana incursión al psicoanálisis y haber sido el latinoamericano más cercano a Sigmund Freud lo que le ha dado un lugar en la historiografía del psicoanálisis. Su primera publicación sobre este tema fue en 1915 y continuó escribiendo de manera asidua sobre la teoría freudiana hasta 1926, año en el que publicó una biografía de Freud. En ese tiempo Delgado estableció una estrecha correspondencia con el maestro vienés y con algunos miembros de su círculo más cercano, como Karl Abraham y Ernest Jones. En 1922 y 1927, este joven arequipeño viajó a Europa y en ambas oportunidades se reunió con el padre del psicoanálisis. La correspondencia entre ellos y los comentarios a los trabajos de Delgado evidencian algo paradójico: por una parte, Freud había cifrado su confianza en el interlocutor peruano, en tanto portador y difusor de su teoría en las remotas tierras latinoamericanas y, por otra parte, no hubo una cálida recepción de las ideas de Delgado, es más, fueron varias veces cuestionadas, principalmente por la simpatía que ejercían sobre él los escritos de Jung y Adler. Por consiguiente, era una especie de pionero al cual se le perdonaban algunos errores (Plotkin y Rupertuz, 2017, p. 159). Esta cercanía entre Delgado y el mundo del psicoanálisis comenzó a convertirse en fría distancia después de la última reunión que sostuvo con el maestro vienés. A partir de esa fecha, sus escritos sobre el tema se redujeron notablemente, al punto de sostener, a partir de los años cincuenta, una postura bastante crítica frente a las teorías de Freud. Este transcurrir de Delgado por el mundo del psicoanálisis ha sido estudiado a partir de sus publicaciones, en las que se hace evidente qué textos leía, bajo qué influencias teóricas y en el marco de qué debates, lo cual ha hecho evidentes los profundos vacíos de Delgado con relación a la técnica psicoanalítica (Rey de Castro, 1983).



FOTO 17. Honorio Delgado.

Fuente: *Revista de Neuro-Psiquiatría* (1969), xxxii(4).

En este apartado abordamos un conjunto de textos de Delgado sobre el tema que aquí nos convoca: la clínica de la psicosis. Tengamos presente que ese era el problema real con el que tenía que lidiar a diario en el Hospital Víctor Larco Herrera: centenares de pacientes con esquizofrenia en condiciones de hacinamiento que requerían de manera urgente un tratamiento. Al revisar dichos textos podemos ver dos momentos claramente definidos. El primero va de 1916, cuando publica su primer texto sobre la demencia precoz en coautoría con Carlos Bambarén, hasta 1926, año en que publica con Valdizán un texto sobre la libido en la vejez. Sus textos transmiten una confianza generalizada en el modelo freudiano para tratar tan compleja afección. Ante todo, debemos tener presente que no existía un tratamiento medianamente eficiente para la esquizofrenia, razón por la cual el psicoanálisis fue recibido con entusiasmo por los jóvenes psiquiatras peruanos. El segundo momento, el giro biologicista, lo abordaremos al final. A continuación, expondremos brevemente el contenido de cuatro textos.

El debate entre el modelo organicista y el psicodinámico comenzó a ventilarse en los últimos años del Hospicio de Insanos. En 1916, se publicó el artículo «Génesis y tratamiento de la demencia precoz», donde Bambarén y Delgado hacen

mención a ambos modelos, solo que sin el tono despectivo que leímos en el artículo publicado el año anterior. Como resulta evidente, el interrogante central era con relación al origen de esta enfermedad. Bajo esa duda como motor intelectual, los autores citaron a quienes habían explorado las lesiones anatomopatológicas en el lóbulo frontal, en el temporal y en la circunvolución central, como Alberto Bassi, Marchand, Lucien Lagriffe y H. A. Cotton (Delgado y Bambarén, 1916, pp. 266-267). También estaban quienes habían puesto el acento en lo endocrinológico, como Francis X. Dercum y R. E. Weels, los cuales habían logrado una notable aceptación. Por otra parte, estaba la teoría freudiana y sus «principales corifeos en Zurich»: Carl Jung y Alphonse Maeder. Para ellos, la demencia precoz

se debe única y exclusivamente, a la interiorización de la actividad psíquica del individuo, con el fin de realizar, en lo hondo de su personalidad, las aspiraciones y deseos que, en la realidad objetiva de que se aísla, nos pueden tener satisfacción; de modo que los síntomas, que en apariencia carecen de sentido lógico, son, subjetivamente considerados, verdaderos procesos mentales que, en último análisis, no difieren de los realizados por la mente normal (p. 268).

Ellos partían de que el psicótico vivía una vida «nada alejada del ensueño», retomando el concepto de «psicosis onírica» de Jung, donde la base eran los complejos que, según Abraham, eran esencialmente «de naturaleza sexual», con un fin autoerótico «hijo de un recuerdo traumático de contenido libidinoso». Retomando a Adolf Mayer coincidían en que la esquizofrenia era en «esencia, una desintegración de la personalidad psíquica», y volvieron a Bleuler quien propuso que los síntomas eran primarios y secundarios. Los primeros obedecían a perturbaciones orgánicas como los problemas en la asociación de ideas, temblores, desórdenes cardiovasculares; mientras que los segundos eran epifenoménicos, como las ideas delirantes, alucinaciones y perturbaciones kinéticas. En consecuencia, se adherían al concepto de esquizofrenia, ya que el cuadro en cuestión no era «ni demencia ni precoz». Los tratamientos debían ser psicoterapéuticos, como la reeducación y el psicoanálisis. Tomaban como ejemplo el Manhattan State Hospital donde había una escuela en la que asistían más de 200 dementes precoces y estaban divididos en tres categorías de acuerdo con la capacidad para realizar tareas o labores manuales. El argumento base era el siguiente: «La causa determinante de la psicosis es un traumatismo psíquico de fuerte tono emocional, el cual sistematiza, en la subconsciencia, los procesos mentales del enfermo y, adaptando su vida de relación a los imperativos del *complejo* así formado, inhibe el resto de la personalidad»

(p. 271). La tarea del análisis era poner en conocimiento del enfermo su complejo al hacerlo consciente, trabajo que podía tardar entre algunos meses y tres años. Para alcanzar tales metas en el contexto psiquiátrico, Delgado organizó dos series de conferencias divididas, a su vez, en dos grupos: uno en el cual predomina entre los pacientes «la pasividad erótica» y otro en el que predomina la «agresividad de la misma índole». Según Delgado, estas conferencias eran efectivas ya que hubo pacientes que se curaron al comprender lo que les estaba pasando y la forma en que estaban estructurados sus complejos. Es más, tres pacientes con demencia precoz y otro con psicosis maniaco-depresiva resultaron curados. En palabras de Rey de Castro (1983), esto es «simple ilustración tragicómica del desbordante entusiasmo de un joven e inexperto psiquiatra, mas tiene un lado menos jocoso: señala el tipo de manifestaciones transferenciales psicóticas que Delgado pretendía confrontar, sin ninguna experiencia psicoanalítica propia» (p. 43)⁵⁷.

Al tiempo que Delgado incursionaba en el psicoanálisis, también buscaba en los tratamientos biológicos una posible cura a la esquizofrenia. Este interés se evidencia en dos breves artículos que publicó en la revista *Dementia Praecox Studies* (1918-1922), dirigida por Bayard Taylor Holmes, un importante exponente de la psiquiatría biológica. Esta revista publicaba trabajos que buscaban la conexión entre esta afección y sus posibles causas orgánicas. Por ello, los autores hacían reacciones sanguíneas, analizaban el córtex, las glándulas sexuales o el intestino ciego, ya que se buscaba el origen infeccioso al grado de hacer cirugías experimentales. El mismo hijo de Holmes, que padecía esquizofrenia, fue operado por su padre y falleció cuatro días después de la intervención (Noll, 2004, p. 70). Delgado envió a esta revista dos breves textos. El primero de ellos es un caso y el segundo ofrece breves datos estadísticos. Así, mientras su interés por el psicoanálisis lo llevaba a devorar los textos de Freud y sus discípulos, al mismo tiempo sumergía sus preocupaciones como clínico en espacios que buscaban en lo orgánico la comprensión etiológica de la demencia precoz.

Es el caso de un joven blanco de 20 años y de una alta posición social, como la gran mayoría de los casos clínicos que en la época fueron publicados. El único antecedente familiar digno de mencionar es que la abuela materna tuvo epilepsia y la hermana tenía deficiencias en el desarrollo, posiblemente por causas endocrinológicas. Desde muy joven, el carácter de N. N. fue anormal ya que se irritaba por cuestiones triviales, pero tenía gracia y elocuencia que le permitían ganar

57 Esta técnica de psicoanálisis colectiva la explica Honorio Delgado en «La instrucción psicoanalítica como tratamiento de la alienación mental» (Delgado, 1922b).

simpatía. Las primeras anomalías aparecieron después de un ataque de difteria, etapa en la que se volvió agresivo e intratable y poco a poco fue víctima de pequeñas obsesiones: se consideraba muy flaco, muy gordo, asimétrico (Delgado, 1920a, p. 219). Dijo que se iba de casa porque no le daban de comer, al punto de mostrar signos de desnutrición. Se sentía abandonado por la familia y él mismo se aislaba de todo el mundo. Le pegó a la mamá y trató de tirar a su abuelo por las escaleras. En la escuela era evidente su incapacidad para adaptarse. No se apegaba a normas para comer y defecar. Pese a lo anterior, no mostraba desorientación con respecto a lugar, tiempo y personas. Fue enviado a París con Joseph Babinski en julio de 1913 y fue internado en un colegio de niños anormales. Un pariente que lo visitó lo vio como «idiota». También fue visto por Ernest Dupré en agosto de 1917 cuando ya presentaba alucinaciones. Posteriormente fue internado en Villa Amalia (Italia), que era dirigida por Sante de Sanctis, quien aplicó el test de Binet y Simón, y concluyó que la inteligencia no tenía problema, de manera que fue diagnosticado con demencia precoz catatónica. La capacidad intelectual permitía tratamiento pedagógico, pero los profundos problemas del carácter y la voluntad excluían cualquier tipo de optimismo. No mejoró pese a la opoterapia y a la psicoterapia (p. 220). De regreso a Sudamérica sufrió influenza, por lo que entró en una excitación maniaca y posteriormente mutismo. Llegó a Buenos Aires en junio de 1919 en estado catatónico, pero volvió la excitación maniaca y fue internado debido al delirio y las alucinaciones. A su llegada a Lima abandonó el mutismo pasando a la excitación nuevamente. La agitación llegó a tal punto que debía ser controlado por cuatro hombres. Se escapó de la familia y rompía todo a su paso. Pese a su caos mental, eventualmente tenía momentos de lucidez: pasaba casi toda la noche hablando o cantando, mostraba signos de desnutrición y debilidad, además sufría de constante constipación. Recibió todo tipo de tratamientos:

Hidroterapia, opoterapia, farmacológico, psicoterapéutico, con hormonas, extractos tiroidianos, pituitrina, pastillas de belladona, extracto de hyoscamine, bromuros, opio, nucleinato de soda, inyecciones en largas dosis y la lista continua. La psicoterapia activa dio algunos resultados, pero generalmente fue ineficaz [...]. El tratamiento apenas consigue más que impedir una mayor desintegración de la personalidad (p. 221).

Como se evidencia en el relato, este paciente fue tratado por muy reconocidos especialistas en Europa como Dupré, Sanctis, Babinski y ahora llegaba a manos del doctor Delgado, lo cual nos permite, a través del paciente, establecer una

genealogía con los centros hegemónicos de dicho saber. Además de ser un caso que se ajustaba a la sintomatología propia de la demencia precoz, la ineficacia terapéutica frente a este padecimiento era evidente.

El artículo que Delgado publica en la misma revista al año siguiente consiste en una breve relación cuantitativa de los pacientes con demencia precoz internados en el recién fundado Asilo Colonia de la Magdalena. Son clasificados según edad, raza, nivel educativo, religión, estado civil y nacionalidad, pero sin hacer análisis alguno (Delgado, 1920b). Después de este claro acercamiento a la psiquiatría biológica y, probablemente, antes de tomar un barco que lo llevó a conocer a Freud en una estancia de seis meses por diferentes partes de Europa, Delgado publicó un artículo titulado «El dibujo de los psicópatas», donde la impronta psicoanalítica es contundente. Tengamos presente que, en el Larco Herrera, se utilizó el dibujo tanto con fines terapéuticos como analíticos; muestra de ello es la actual pinacoteca que conserva varios miles de dibujos y pinturas en los más diferentes formatos. Además, en la *Revista de Psiquiatría y Disciplinas Conexas* tenía una sección llamada «Psicopatografías», donde se publicaban dibujos y textos de pacientes que generalmente eran analizados con herramientas psicoanalíticas. La historiografía nos ha demostrado que la iniciativa de Delgado formaba parte de un interés más amplio por utilizar el arte de los pacientes psiquiátricos como una ruta para comprender el funcionamiento de su mente. Hans Prinzhorn recorrió varias instituciones europeas y logró armar una rica colección con más de 5000 piezas y publicó sus reflexiones en el libro *Actividad plástica de los enfermos mentales. Una contribución a la psicología y psicopatología de la configuración formal* (1922), el cual tuvo un notable impacto en el mundo artístico. Según Delgado, él mismo le envió a Prinzhorn copias de varios dibujos hechos por sus pacientes. Una de las lecturas de estas expresiones gráficas fue de corte conservador, ya que buscaba equiparar el arte «degenerado» de artistas modernistas con manifestaciones psicopatológicas de enfermos mentales. Esta reflexión la encontramos en el libro *Pintores e poetas de Rilhalfolles*, publicado por Júlio Dantas en 1900 a partir de las manifestaciones artísticas de los pacientes del hospital psiquiátrico de Lisboa. En esta misma línea de reflexión, el psiquiatra español Gonzalo Rodríguez Lafora también reunió una notable colección de dibujos hechos por pacientes (Trujillo Arrogante, 2023). Sin embargo, la muestra más contundente de ese argumento fue la exposición de arte degenerado organizada por Hitler en Múnich (1937) (Peters, 2014), donde se expusieron algunos de los cuadros de la colección de Prinzhorn para ilustrar la decadencia mental y moral de los artistas modernos

al ser muy parecida su obra a la que salía de los manicomios, como es el caso de Oscar Kokoschka, Paul Klee, Max Beckmann, George Grosz, Otto Dix, para nombrar solo algunos «degenerados». Pero la interpretación que hizo Delgado de estas expresiones gráficas fue otra. La idea central era que la mente de los pacientes esquizofrénicos carecía de todos los mecanismos de control socioculturales, académicos e intelectuales que definían criterios artísticos hegemónicos y, más bien, eran representaciones de procesos mentales profundos y esenciales que remitían directamente a lo arcaico de la especie humana. Bajo la máxima de que la ontogenia recapitula la filogenia, la mente del esquizofrénico era considerada como una emergencia de la mente primitiva. En consecuencia, los arquetipos de Carl Jung y las propuestas de Freud en *Tótem y tabú* funcionaron como ruta metodológica para establecer un vínculo entre los antiguos mitos de la cultura inca y los delirios de los pacientes del Hospital Víctor Larco Herrera. Veamos lo que decía Delgado al respecto⁵⁸.

Delgado inicia narrando una historia que le contó un amigo sobre una tribu de salvajes, donde una mujer, la más despreciada entre los hombres y siempre hambrienta, fue seducida por un donjuanesco cazador que le ofreció comida en abundancia, pero ella le contestó que aceptaba solo si él era capaz de hacer los dibujos que hacía su marido, aquel que todos consideraban loco. De manera que, según esta historia ficticia, los dibujos de las cavernas probablemente fueron hechos por un loco, ya que, en una sociedad donde lo básico era comer y sobrevivir, el artista podía ser considerado como un anormal que ni siquiera podía alimentar a su esposa. Más allá del valor metafórico, el argumento de Delgado (1922a) es que hay un vínculo estrecho entre la mente del hombre de las cavernas y el loco:

Un aspecto de los dibujos de los insanos que tiene conexión con los primeros dibujantes de la humanidad, o sea, el arcaísmo de los atributos de las figuras representadas por cierta categoría de enfermos. Y es esta precisamente una de las ventajas del interés por el dibujo, pues viene a comprobar, por vía inesperada los aciertos del método psicoanalítico en el estudio de la mentalidad aberrante (p. 4).

Delgado denominaba este proceso como «simbolización paleogénica». Esto lo ilustra a través de varios casos de pacientes. Uno de ellos es M. N. quien padece una profunda demencia precoz y cuyos dibujos guardan una notable similitud

58 En el capítulo III de este libro, abordamos las ideas de algunos médicos del Larco Herrera sobre la relación entre la mente del indio y la del loco.

con los «jeroglíficos más remotos» que plasman «lo que podría llamarse los delirios colectivos de la infancia de la humanidad»: los astros y hombres monstruosos. V. Z. también era un demente precoz «inabordable», cuyos dibujos parecían, a la vista de Delgado, motivos arquitectónicos egipcios. En otros se ve la conexión mágico-religiosa «genética y actual, entre los hombres y los animales», como se evidencia en el dibujo *La creación*.



FOTO 18. *La creación*.

Fuente: Delgado (1922a).

El caso es que, según Delgado, era evidente el vínculo con diversos mitos y «complejos» como Ccacca-Huakkchi, Sipas-Tarina, Paccarina, Aputamu, Allpa-Camascca y el totemismo de occllo. Dijo que estaba trabajando en dos textos que publicaría pronto: «Folklore y psiquiatría» y «El totemismo en la paleopsicología peruana», pero jamás los terminó.

Otro caso que presenta Delgado (1922a) es el de un joven de 23 años: sus dibujos

constituyen precioso material de su expresión, por el hecho de que tanto su conducta como su lenguaje es de suma exigüidad y monotonía, material revelador de algunos modos de ser psicopáticos propios de la esquizofrenia: tendencia a la regresión intrauterina, propensión erótica polimorfa, introversión con marcado pathos egoárquico, sentimiento de culpabilidad unido acaso a tendencia incestuosa (p. 15).

En su dibujo se observa a un sujeto sin brazos encerrado en una cámara como si fuese, justamente, un enclaustramiento uterino y un falo al lado. Después dibujó

un pene y un naranjo, lo cual lo acerca a la sociología primitiva como referente totémico constante. Estos dibujos de locos cumplían la función de facilitar el análisis de la mente como si fueran imágenes oníricas que se entendían en el marco de la libre asociación y algunas veces ayudaban a detonar dicha asociación y así facilitar el análisis: «Se presentan como un precioso material [...] de comprobación de lo fundado de los conceptos psicoanalíticos relativos al simbolismo, a la regresión, a la hegemonía de los motivos sexuales, a la revalidación de actitudes mentales paleogenéticas en los psicópatas» (p. 26).

En 1922, año en que publica este artículo sobre los dibujos, también publica la traducción de Julius Wagner-Jauregg sobre el tratamiento de la parálisis general progresiva con malarioterapia. De manera que su interés en el psicoanálisis no lo alejaba de los tratamientos biológicos. Un año después, publicó con Valdizán un interesante texto con dos casos de pacientes con demencia precoz que eran analizados desde el psicoanálisis. Son narraciones extensas que buscaban reconstruir con lujo de detalles el mapa de relaciones familiares en el que estaban insertos los pacientes y, a su vez, interpretar los delirios en un marco freudiano.

El primero es un joven estudiante de 19 años, de raza blanca, nacido en Lima. El padre era bebedor moderado, la madre nerviosa y uno de los hermanos era sospechoso de enfermedad mental. El hermano mayor era el «engreído» de la familia por su «máxima simpatía física y de la excelsitud mental, en él ha depositado la familia sus esperanzas en un porvenir de honor» (Delgado y Valdizán, 1923, p. 263). A los autores les resultaba claro el complejo de inferioridad que comenzaba a fraguarse en el protagonista, a quien los padres le obligaron a estudiar una carrera comercial que le permitiría vivir «en camino de una mediocridad tranquila». Sus primeros síntomas se evidenciaron cuando pasaba momentos con la mirada fija en el piso, además de un total hermetismo y frialdad afectiva hacia la familia. Pero los delirios se hicieron evidentes cuando una amiga de la madre, que estaba embarazada, los visitó. El joven silencioso le dijo que él le practicaría una cesárea. A continuación, los autores describieron *in extenso* fragmentos de las cartas escritas a la mujer embarazada y que le fueron quitadas después de una «verdadera lucha»: «Y se trata de confidencias graves, que sólo Dios y los interesados deben conocer y de una gravedad tal que en ello le va la vida al sujeto» (p. 266). Pese a la vigilancia a la que lo tenían sometido, logró fugarse, visitar a la mujer y nuevamente ofrecerle la extirpación del feto. Ella estaba asustada, logró llamar por teléfono al esposo, quien acudió en su ayuda y sacó al joven de la casa con algunos engaños. Cuando llegó el psiquiatra, el joven lo observó con desprecio y aires de superioridad, le respondió con monosílabos y tono irónico.

Una vez internado se agudizó el negativismo, el frío afectivo y el gatismo; además, descendió su calidad nutricional. Sin mejoría alguna, regresó al seno doméstico tres meses más tarde.

La explicación de Delgado inicia con el postulado de la base filogenética de la especie. Para funcionar tenemos tres instintos: hambre, egoarquismo (sentimiento de lucha por la vida o lo que Nietzsche llamó *wille zur macht*) y sexualidad. Recordándonos la influencia de *Tótem y tabú*, menciona que el advenimiento de la civilización ha reprimido tanto el instinto sexual como el egoárquico, ya que la organización social implicó una pérdida de libertades cuando el padre de familia decidió restringir a otros machos el acceso a sus mujeres; de manera que el parricidio consecuente y el incesto fueron los definidores de la exogamia. Según Delgado y Valdizán (1923), «es la interacción de ambos —sexualidad y civilización— lo que estudia el psicoanálisis en el psicópata y en el hombre anormal» (p. 274). Vamos a la interpretación del caso. Su sentimiento de inferioridad, «según parece», era un factor fundamental en la génesis de la esquizofrenia, ya que el narcisismo no se había fijado de manera apropiada en el sujeto (p. 284). Sentirse inferior al hermano, que estudia para cirujano, se traduce en el deseo de extraer el feto de la mujer embarazada. El «desplacer» que el ego trata de evitar, «lo resuelve la preconciencia recurriendo a su habitual expediente del desplazamiento, patente especialmente en la actividad onírica». De manera que hay una transferencia libidinal de la madre a la mujer embarazada, a quien desea separar con una cirugía de su hijo preferido.

Ahora veamos el último texto sobre demencia precoz abordado desde el psicoanálisis. El 6 de mayo de 1926 se presentaron ante la Academia Nacional de Medicina, con motivo del natalicio de Sigmund Freud, Hermilio Valdizán y Honorio Delgado para dar lectura a un trabajo sobre la libido sexual durante la vejez. Como solía hacerse, el primero presentaba los casos y el segundo hacía el análisis desde su mirada psicoanalítica. Para los dos conferenciantes, buena parte de la genialidad del homenajeado radicaba en haber puesto la sexualidad y su represión en el centro de la vida humana. Así como Freud puso un acento especial en la sexualidad infantil, para estos médicos era igualmente importante llevar este análisis a sujetos que vivían su vejez. De los ocho casos que fueron expuestos, todos ellos atendidos en su práctica privada, se evidencian detalles relacionados con el poder adquisitivo, propiedades y comodidades propias de la clase alta. En los casos seleccionados hay síntomas que pueden ser comprendidos desde la óptica freudiana. Mencionaremos algunos de ellos. El primero es de una mujer de 75 años, mestiza y católica. Había un vendedor español que pasaba cerca de su

casa con mucha picardía pregonando «pollas gordas y baratas»; vendedor al cual la mujer encuentra profundo parecido con su hijo. Le falla la memoria, habla incoherencias y «el altruismo es desplazado por un resurgimiento de los instintos». Aparece un claro delirio de persecución erótica al ser perseguida por don Manuel Arisquitain: un anciano imaginado por ella, deforme, microcefálico, ojos saltones y torcidos, y pies pesados. Este le persigue «haciéndole proposiciones nada honestas» ya que imita la voz del vendedor de gallinas y la acosa ofreciéndole pollas gordas (Delgado y Valdizán, 1926, pp. 110-111). Así, la angustia se traducía en un delirio psicótico que enmascaraba la atracción sexual por el hijo.

El otro es un hombre de 75 años con insomnio y permanente estado de angustia. Él guardaba un secreto que los médicos debían develar, pero desconfiaba del médico, a quien consideraba poseedor de saberes de brujería y oscurantismo. En cierta ocasión le lloró al doctor al confesarle que después de haber sido bueno toda la vida, ahora en su vejez, se encontraba enamorado de la «más inocente y más casta de sus hijas» (pp. 111-112). El tercer caso es el de una mujer de 72 años con un episodio de nerviosismo controlable. Su cuadro hipocondriaco coincide con el compromiso matrimonial de una de sus hijas. Tiene delirios donde el esposo es el mayordomo y viceversa y las hijas se han suicidado precipitándose por los balcones de la casa. Es recluida en una clínica privada (p. 113). Otro es el caso de una mujer que veía falos por todas partes. Y le tortura ver cómo la comida era un falo y las hijas los consumían. ¿Cómo analizar estos casos? El objetivo central era analizar la «recrudescencia de la vida sexual en los ancianos [...]. Algunos de estos elementos del carácter senil parecen deberse al reforzamiento del erotismo anal, al cesar la ejercitación de la actividad genital» (p. 119); por ello, las rabietas, el odio, los caprichos y mucha avaricia. Cuando comienza a decaer el organismo y sus capacidades genésicas, emergen tendencias salvajes correspondientes al pansexualismo, primitivo culto fálico. La clave estaba en la «repetida inclinación heterosexual incestuosa con negación del vínculo familiar» para así poder odiarle con total libertad o para no tener inconveniente en desear a un hijo. En estos casos la madre proyecta la personalidad del hijo en personajes erotizados. Ellos no sufren frente al deseo de incesto. A manera de síntesis: en sujetos donde amengua la economía de la personalidad, no es posible mantener reprimidas

las tendencias primarias, cuya génesis individual se remonta a las fases inmaduras de la organización de libido, se adhieren a los objetos de amor que hasta entonces recibían un tributo libidinoso sublimado [...] gracias a una desdiferenciación o desublimación debida al proceso íntimo de la regresión. Así como cuando se actualiza el

complejo de Edipo, el amor puro de la madre ídolo (en el caso del hombre) retorna a sus orígenes —el amor placer[—]. Y ella se convierte en objeto de deseo sexual, así el viejo, al regresar, al desdiferenciarse su amor de padre, se resuelve en libido sexual, se adhiere siempre al objeto de su «cathexis» afectiva, actual o reciente, pero en un nivel inferior, de satisfacción material (p. 126).

Este fue el último texto de Delgado donde usó el psicoanálisis para comprender la psicosis. En el año siguiente, 1927, publicó su último texto en el que empataba abiertamente con el psicoanálisis y la interpretación de los sueños. Ese mismo año fue a visitar a Freud a su casa de retiro campestre en Semmering. Algo pasó en ese encuentro, por lo cual Delgado se desencantó del psicoanálisis y a su regreso se dedicó a perfilar una mirada organicista. Su nueva forma de ver la demencia precoz, ahora esquizofrenia, salió a la luz en 1937, diez años después, en un evento donde se reunieron los más reconocidos de la psiquiatría de la región. Veamos su nueva perspectiva.

El giro biologicista de Honorio Delgado

En enero de 1937 tuvieron lugar, en Santiago de Chile, las Primeras Jornadas Neuro-Psiquiátricas Panamericanas. Según Claudia Araya Ibacache, este fue un encuentro de suma importancia, ya que fue el primero en el que se reunieron los representantes de diez países de la región, principalmente Chile, Perú, Brasil y Argentina, para poner sobre la mesa los problemas y los desafíos de las neurociencias en ese momento, justamente en el marco de la profesionalización de dicho saber ante la sociedad (Araya Ibacache, 2014). La segunda mesa de trabajo de dicho evento tuvo lugar en el Manicomio Nacional. Allí participaron Gonzalo Bosch, Carlos Pereyra y Eduardo Krapf de Argentina, Fernando Allende Navarro, José Horvitz y Eduardo Brücher de Chile, Nerio Rojas de Brasil y, finalmente, la representación peruana estuvo a cargo de Carlos Gutiérrez Noriega y su maestro Honorio Delgado quien, además, fungió como moderador de la mesa. El tema por tratar fue la delimitación clínica de la esquizofrenia. Con excepción de Allende, quien presentó un trabajo sobre psicoanálisis que fue muy cuestionado y debatido, todos los demás expusieron una especie de referentes unificados que desde la clínica psiquiátrica debían ser usados para comprender la esquizofrenia. Lo interesante es que la mayoría de los ponentes presentaron trabajos muy breves en los que buscaban la definición más concreta. Una muestra de ello es la ponencia

presentada por Gonzalo Bosch, Eduardo Krapf y Carlos Pereyra, para quienes el objetivo central era distinguir entre psicosis esquizofrénica y demencia esquizofrénica. Hicieron el muy típico recorrido conceptual que inicia con la definición dada por August Morel en 1860 con su demencia precoz; la posterior definición de Karl Kahlbaum de hebefrenia; la conceptualización de Emil Kraepelin de la demencia precoz en sus tres formas (catatónica, hebefrénica y paranoica), y para concluir, con la categoría propuesta por Eugen Bleuler: esquizofrenia. Para estos autores no había diferencia alguna entre esquizofrenia y demencia precoz, ya que solo obedecía a rivalidades entre la escuela francesa y la alemana. La preocupación de estos autores argentinos era que esta afección se convirtiera en una «olla» muy grande donde todo pudiera ser contenido, hasta lo más diverso y opuesto. Por ello, un criterio era la clasificación entre curables e incurables, donde los primeros estarían definidos por la funcionalidad y los segundos por la demencia, de manera que de esta clasificación se derivaría el tratamiento (Bosch *et al.*, 1938, p. 256). A diferencia de ellos, la ponencia de Delgado fue una reflexión muy extensa, cuyo objetivo no era establecer los criterios para el diagnóstico de la esquizofrenia, sino poner sobre la mesa sus complejidades; es decir, llevó su reflexión de la práctica clínica a las implicaciones semánticas. Un aspecto central es que el manejo del idioma alemán le permitió a Delgado tener acceso a debates que en ese momento tenían lugar en dicha lengua y, generalmente, en oposición a los autores franceses. Por consiguiente, el tema central que abordó Delgado (1938a) se basó en autores como Hans W. Gruhle y Karl Jaspers, quienes proponían una mirada fenomenológica sobre la esquizofrenia y, a su vez, una crítica al modelo de Kraepelin. Incluir en la interpretación de los síntomas la percepción del paciente complejizaba todo, ya que la alucinación dejaba de ser un hecho objetivo y, más bien, se convertía en una puerta donde era necesario articular la lógica del enfermo y la relación entre los objetos de su delirio (p. 226). Por ello, Delgado hizo un recorrido por las diferentes formas de alucinar y, retomando a Gruhle, abordó las sensaciones, las formas de pensamiento, la condensación de palabras, el simbolismo arcaico, los síntomas como estereotipia, amaneramiento, extravagancia, juicios mórbidos, sensación de persecución o de alcurnia. A manera de resumen, la esquizofrenia era «descabal el contenido concreto, frustáneo el aliento de la función activa, impersonal y mediata la substancia primaria». En lo subjetivo del paciente hay una sensación de estar cambiado y desde el observador es una mirada frustrada por su impenetrabilidad (p. 235). Los delirios eran equivalentes a los sueños, ya que había una quiebra de la represión: «De ahí el encubrimiento, la formación de compromiso, el simbolismo», lo cual es evidencia de un vínculo

con la interpretación de los sueños propuesta por el psicoanálisis (p. 236). Para Delgado, la esquizofrenia era un «tipo clínico unitario» que no llegaba ser una entidad nosológica (p. 249). En lugar de reducir a fórmulas de ciertos autores, nuestro autor arequipeño hizo una monumental síntesis de autores para acentuar las complejidades del diagnóstico, los límites difusos entre tipos y todos los desafíos que implicaba incursionar en una mirada fenomenológica de la esquizofrenia. Al final, Nerio Rojas fue el único que opinó, dijo que, si según Delgado la demencia precoz no era una entidad nosológica, entonces debía desmembrarse para formar otras entidades que llevarían un nuevo rótulo. Los demás comentarios se abocaron a la ponencia de Fernando Allende sobre psicoanálisis, principalmente para cuestionar su validez en el terreno de la psiquiatría. Pero la sesión fue interrumpida para ir a recibir a Baltazar Caravedo como un «héroe», ya que, pese a haber sido agredido por un paciente, había tomado rumbo a Santiago para participar en el evento. De manera que las demás ponencias no se leyeron y todos se fueron a recibir al colega y darle su bienvenida.

Al año siguiente, 1938, Delgado publicó, con varios miembros de su equipo, trabajos que abandonaban por completo la semiología de la esquizofrenia para concentrarse en los tratamientos en aras de calibrar su efectividad. Justo un año antes hubo una verdadera revolución en torno a la terapéutica, cuando Ladislav von Meduna publicó sus exitosos resultados al inducir convulsiones con cardiazol para el tratamiento de la esquizofrenia (Delgado, 1939, 1940 y 1943). Ese mismo año se puso en práctica en el Hospital Víctor Larco Herrera. La base de este tratamiento era la rareza de ataques convulsivos en los esquizofrénicos y frente a este antagonismo se propuso el uso de un agente que generara convulsiones sin causar daño en el cerebro. Luego de probar con varias sustancias se encontró que el cardiazol, con una inyección endovenosa de 5cc, producía un ataque convulsivo que duraba un minuto en su fase clónica y la pérdida del conocimiento. Se debían aplicar dos veces por semana y el límite eran 30, según la recomendación de von Meduna. La única gran certeza: esta técnica era altamente eficiente cuando se aplicaba al comienzo de la psicosis o, por mucho, a pacientes con seis meses de haber mostrado los primeros síntomas. A 25 pacientes les aplicaron un total de 626 inyecciones para producir 494 ataques, indujeron entre ocho y 30 ataques y a todos entre tres y seis suplementarios después de la desaparición de los síntomas. De ellos, 11 tenían menos de un año y medio con la enfermedad y hubo remisión en todos los casos, mientras que los otros 11 eran crónicos y solo en cinco hubo remisión (en dos completa y en tres social) (Delgado 1938d). Así, se abría con optimismo una puerta curativa. De la misma forma, ese año se experimentó

con la inducción de comas insulínicos, con remisiones que alcanzaban el 95% en pacientes que tenían menos de seis meses de haber presentado los primeros síntomas (Caravedo y Gutiérrez Noriega, 1937; Delgado, Valega y Gutiérrez Noriega, 1938). En 1939, se realizaron en Lima las Segundas Jornadas Neuro-Psiquiátricas Panamericanas y, en la mesa sobre esquizofrenia, con especialistas de la región, se olvidaron de la semiótica y todo se concentró en mostrar avances terapéuticos. Se trató a 87 pacientes: 48 mujeres y 39 hombres. De estos, 48 provenían de la práctica pública y privada de Delgado, 37 a cargo de Carlos Krumdiek y dos del servicio del Dr. Fernando Loayza. Se dividieron en tres grupos: los que tenían menos de medio año con los síntomas (agudos), los que los tenían entre medio año y año y medio (subagudos) y con más de un año y medio (crónicos). Como era de esperarse, los del primer grupo tuvieron remisión completa; en el segundo grupo, el 63%, y en el tercero, solo el 38% (Delgado, 1939, p. 826). Además, la remisión fue más frecuente en los pacientes catatónicos y los paranoides. Con relación al coma insulínico, Delgado reportó un estudio con 96 casos que fueron clasificados en los mismos tres grupos. El resultado fue remisión completa en todos los del grupo A, del 60% en el B y del 40% en el C.

Si bien en este periodo se utilizaba el *electroshock* en todo el mundo psiquiátrico, en el Larco Herrera hemos encontrado que su uso no fue tan generalizado debido a que el aparato estuvo dañado entre 1942 y 1946 (*Memorias*, 1942, p. 9; 1943, p. 56, y 1946, p. 55). De hecho, el primer *electroshock* fue practicado en la clínica neuropsiquiátrica particular dirigida por Honorio Delgado, Óscar Trelles y Fernando Figari (Delgado Cornejo, 1943). Tengamos presente que para tener esta tecnología funcionando se requería de los recursos y la infraestructura de la que se solía carecer en el Larco Herrera. De manera que las terapias de choque se convirtieron en una novedad que podía transformar de manera radical el mundo de la salud mental; sin embargo, la falta de recursos hizo que esta técnica no fuera usada de manera recurrente en el Larco Herrera. En un trabajo previo sobre las terapias de choque en México, se demostró que estas se usaron por primera vez y de manera intensiva en una institución privada y no en el Manicomio General La Castañeda, como si fuese un producto de consumo para la naciente clase media (Ríos Molina, 2022). Es muy probable que en Perú hubiese ocurrido lo mismo, lo cual nos lleva a pensar las terapias de choque en sus inicios, no como una forma de control masivo sobre sujetos pobres y trasgresores, sino como un producto de distinción para las clases con el poder adquisitivo para sufragar los gastos que esto implicaba.



Conclusiones

Es este capítulo hemos hecho un largo recorrido por la mirada clínica que va desde Manuel Muñiz allá en el Hospicio de Insanos hasta Honorio Delgado en el Hospital Víctor Larco Herrera, en un momento en el que los tratamientos de choque abrían la puerta a una novedosa y revolucionaria terapéutica para la psicosis. Si bien en esos casi 70 años construyeron nuevos pabellones, se creó la Escuela de Enfermería y aumentó la cantidad de psiquiatras al punto de consolidarse como gremio, siguieron arrastrando los mismos problemas de siempre: hacinamiento, falta de personal y recursos insuficientes. En ese contexto, la mirada clínica se transformó en función de los paradigmas propios de cada momento. Manuel Muñiz amalgamó el modelo de la alienación mental con el degeneracionismo. Esto significó que la gran mayoría de pacientes fueron diagnosticados como maniáticos y la etiología más evidente y recurrente era el alcoholismo. Por lo tanto, con la manía había un retorno a Pinel y con el alcoholismo se establecía un puente con la ideología de la élite hegemónica peruana que, al igual que en el resto de América Latina, veía el consumo de alcohol como la causa fundamental de los problemas sociales más preocupantes, como la locura, la criminalidad y la prostitución. En el segundo momento, a inicios del siglo xx, encontramos la paranoia y la «locura de los degenerados» como las afecciones más diagnosticadas. Con relación a la primera, es una evidencia del modelo de las enfermedades mentales propuesto por Lantéri-Laura, ya que aparece una diversidad de entidades nosológicas nuevas. Sin embargo, la gran cantidad de pacientes con este diagnóstico llama la atención puesto que, según lo evidencia el caso expuesto por Valdizán, se toma solo uno de los muchos delirios de la paciente como base para emitir el diagnóstico. Ella presentaba un cuadro realmente complejo y diverso, pero el último delirio que presentó, pensar que la estaban robando, fue tomado como un delirio de interpretación, por consiguiente, paranoia. En consecuencia, nos atrevemos a afirmar que no hubo rigor para el diagnóstico de la paranoia y, más bien, se usó para pacientes que no tenían alcoholismo en sus antecedentes, ni síntomas propios de la psicosis. Con relación a la «locura de los degenerados», fue una etiqueta que se usó para una gran diversidad de pacientes con todo tipo de síntomas. No sabemos a ciencia cierta si fueron las monjas o los médicos del Hospicio de Insanos quienes registraron estos diagnósticos, pero son muestra de la importancia que tenía la herencia como factor definitorio de la locura. El tercer momento llegó con Honorio Delgado y sus reflexiones compartidas con Carlos Bambarén y Hermilio Valdizán en la década de los veinte desde el psicoanálisis.



Esta fue una década de oro para la teoría freudiana: Delgado publicaba tanto en Perú como en Alemania e Inglaterra y la intelectualidad veía en dicha teoría la posibilidad de una completa revolución. Aunque, después de un desencanto con el psicoanálisis, Delgado se acercó a los diversos autores que en alemán reflexionaban sobre la esquizofrenia desde la complejidad de la clínica fenomenológica, con el objetivo de articular síntomas físicos con la complejidad de los delirios, lo que lo llevó a una distancia de las lecturas freudianas. Pero a fines de la década de los treinta llegaron los tratamientos de choque y una nueva posibilidad de cambio se abrió al mundo de la psicosis. Por ello, los experimentos se convirtieron en la gran prioridad y la reflexión clínica desapareció: insulina y cardiazol fueron las nuevas rutas hacia la modernidad psiquiátrica. En resumen, en este capítulo hemos visto cómo el campo de la práctica clínica no solo dependía de los modelos teóricos hegemónicos, sino de referentes culturales —como fue el caso del degeneracionismo— y de la tecnología —como los tratamientos de choque—.



INSTITUTO
DE INVESTIGACIONES
HISTÓRICAS