

95



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

0272386

**“EL DIAGNOSTICO DE LA LOCURA EN EL
MANICOMIO GENERAL DE LA CASTAÑEDA”**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

PRESENTA:

GUILLERMO GAYTAN BONFIL

DIRECTOR (A): MAESTRA: EVA MARÍA ESPARZA MEZA

REVISOR (A): DOCTORA: BERTHA BLUM GRINBERG



MÉXICO, D.F.

UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO.



2001

**GRADUADOS PROFESIONALES
FAC. PSICOLOGÍA.**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

*Hoy recuerdo a los muertos de mi casa.
Al primer muerto nunca lo olvidamos,
Aunque muera de rayo, tan deprisa
Que no alcance la cama ni los óleos.
Hoy recuerdo a los muertos de mi casa.
Al que se fue por una horas
Y nadie sabe en qué silencio entró.
Su silencio es espejo de mi vida,
En mi vida su muerte se prolonga,
Y ya no existen desiertos circulares en el mundo,
El cielo esta cerrado y el infierno vacío.*

**DEDICO ESTE TRABAJO A LA MEMORIA
DE MI PAPÁ HIGINIO GAYTÁN DURAN**

AGRADEZCO INFINITAMENTE:

A mi madre:

Francisca por todo el amor que me ha brindado a lo largo de mi vida..

A mis hermanos:

***Manuel, José y Verónica por enseñarme
La importancia de la libertad y la unión familiar.***

A Patricia:

Por todo el cariño y apoyo que me ha brindado.

A mis amigos

**Fernando, Edith, Amy, Javier, Ele, Verónica y Licha
Por haberme ayudado y motivado a seguir adelante.**

A la Maestra Eva Esparza:

Por la enseñanza y paciencia que me brindo.

A la Doctora Bertha Blum:

Por todo su apoyo y enseñanza.

**AL "PROGRAMA PARA OPTIMIZAR LA PROFESIONALIZACIÓN DEL
PSICOLOGO CLÍNICO":**

Por darme la oportunidad de participar con ustedes.

INDICE

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

CAPITULO 1 DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO

2.1 DEFINICIÓN.....	2
2.2 ANTECEDENTES.....	3
2.3 EL DIAGNÓSTICO SEGÚN PINEL.....	4
2.4 EL DIAGNÓSTICO SEGÚN KAHLBAUM.....	4
2.5 KRAEPELIN Y OTRAS APORTACIONES.....	5
2.6 MANUALES DE DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO (DSM Y CIE).....	6

CAPITULO 2. EL ESTUDIO DE LA LOCURA(TRASTORNO MENTAL) EN MEXICO

3.1 PSIQUIATRÍA Y PSICOLOGÍA EN EL MÉXICO PREHISPÁNICO.....	9
3.2 EL ESTUDIO PSIQUIÁTRICO EN EL MÉXICO COLONIAL.....	11
3.3 LOCURA Y DEMONOLOGÍA.....	12
3.4 EL ESTUDIO DE LA LOCURA EN EL SIGLO XIX.....	12
3.5 PSICOLOGÍA Y TRASTORNOS MENTALES (LOCURA).....	14

CAPITULO 3. LA ASISTENCIA DE LA LOCURA(TRASTORNOS MENTALES) EN MÉXICO

4.1 HOSPITAL SAN HIPÓLITO.....	16
4.2 HOSPITAL DIVINO SALVADOR (JOSÉ SAYAGO).....	17
4.3 MANICOMIO GENERAL DE LA CASTAÑEDA.....	18
4.4 ANTECEDENTES DE ESTUDIOS SIMILARES.....	21

CAPITULO 4. MÉTODO

5.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	22
5.2 OBJETIVO ESPECÍFICO.....	22
5.3 VARIABLES DE ESTUDIO.....	22
5.4 DEFINICIONES DE REFERENCIA.....	23
5.5 SUJETOS.....	24
5.6 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	24
5.7 MUESTRA.....	24

5.8 TIPO DE ESTUDIO.....	24
5.9 DISEÑO.....	24
5.1.1 INSTRUMENTO.....	25
5.1.2 PROCEDIMIENTO.....	25

CAPITULO 5. RESULTADOS Y ANÁLISIS DE DATOS.....	27
--	-----------

CAPITULO 6 CONCLUSIONES Y DISCUSIONES.....	100
---	------------

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS

*"Que les queda por hacer a los jóvenes
en este mundo de paciencia y asco?
Solo graffiti, rock, escepticismo.
También les queda no decir emén,
no dejar que les maten el amor,
recuperar el habla y la autopía
ser jóvenes sin prisa y con memoria,
una historia que es la suya,
no convertirse en viejos prematuros".*

Mario Benedetti

RESUMEN

El objetivo principal de este trabajo fue conocer los criterios usados para establecer un diagnóstico psiquiátrico durante los primeros cincuenta años del manicomio general de **"La Castañeda"** (1910-1959).

Los datos se obtuvieron a partir de una muestra de 378 expedientes expedidos durante ese período. Se analizó la hoja de registro tomando en cuenta al ingreso del paciente el diagnóstico; sexo, edad y estudios que se le practicaron (historia clínica, examen mental, estudios de laboratorio) con el fin de obtener las normas que lo delimitaron.

Asimismo, se citaron estos parámetros en dos contextos, en primer lugar a las referencias teóricas de su momento histórico y en segundo al manual DSM-IV; esto con el propósito de ubicar el material usado por los especialistas de dicha institución.

En cuanto al registro de datos se encontró que la mayoría de los expedientes no contaban con datos mínimos como la edad de los pacientes; en otros casos el diagnóstico así como las normas para delimitarlo.

La clasificación del trastorno del paciente se efectuaba al momento de su ingreso, basándose en los antecedentes y síntomas que reportara él mismo, la policía o en todo caso quien lo acompañaba. Sin embargo en gran parte de los documentos no se reportaron ambos rubros o a veces hizo falta uno.

Respecto a las nomenclaturas de estos años existe una escasa similitud con las actuales, desde su gramática hasta el marco teórico.

Ante estos resultados el trabajo diagnóstico marcó la diferencia entre la libertad y el encierro y no sólo en institución sino en el propio sujeto que es estigmatizado; antecedente histórico que nos muestra la importancia de asumir con ética y responsabilidad este tipo de tarea ya que el futuro de los pacientes, de esos que llamamos **"locos"**, muchas veces recae en quienes emiten un juicio clasificatorio.

INTRODUCCION

Para comprender la clasificación de la enfermedad mental o locura y la creación del manicomio en nuestro país, es necesario tomar en cuenta los estudios, creencias y acciones que se han desarrollado dentro de este tópico.

El tratar de entender lo que es la "locura" se remonta al tiempo del antiguo México prehispánico, tiempo en que se creía que los locos eran aquellos afectados por un augurio o susto; lo cual era resuelto por el Tonalpohuqui (sacerdote o chaman) por medio de la palabra al restablecer y recuperar el Yo..

Tales prácticas se relacionaban a su vez con la medicina a la que se le conocía como nahuatolli o lenguaje encubierto mismo que tenía un elevado componente de expresiones metafóricas que designaban elementos anatómicos, enfermedades y medicamentos, empleados posteriormente en exorcismos y conjuros, es decir, se realizaba un diagnóstico o localización de la enfermedad y un tratamiento (Alvarez, G. y cols, 1981).

Sin embargo, con la llegada de los españoles y nuevos modelos médicos que da fin a toda idea mística sobre la enfermedad y origina la segregación del sujeto de su grupo social, a través de dos hospicios de caridad. El primero, fundado en 1567 por Fray Bernardino Alvarez (Hospital San Hipólito) y el segundo por José Sayago (Hospital del Divino Salvador). Aunque no se registró un estudio sobre estos eventos, resulta importante la actitud tomada ante el enfermo mental (Somolinos, G. 1976).

De forma que fue hasta la segunda mitad del siglo XVI cuando se produjeron los primeros escritos bajo un carácter médico y científico, a través de autores como Agustín Farfan, Alonso López Hinojosos y Juan Barrios al realizar las primeras descripciones de enfermedades como la melancolía, miedos y manías.

Basándose en estos trabajos se podría pensar en un proceso de evolución paulatina de la medicina hasta llegar a la institucionalización científica; no obstante, la inquisición desplazó a la jurisdicción médica clasificando a los trastornos mentales desde la perspectiva de *demonología*, cuyo objetivo fue etiquetar como endemoniados o herejes a los psicópatas, neurópatas y perturbados.

Situación que dio pie a tratamientos que iban desde el exorcismo, castigos corporales, hasta la cremación del sujeto.

Por otra parte, con la guerra de independencia se interrumpió la hegemonía del clero, y al instaurarse el nuevo gobierno, se volvió a retomar el estudio científico mediante viajes de mexicanos al viejo continente, que tuvieron como objetivo aprender nuevos métodos para tratar a la enfermedad, lo cual dio como resultado la clausura de la vieja universidad pontificia y la creación en 1833 de la academia de medicina.

A partir de este momento se difundieron trabajos como el de Felipe Pinel donde lo importante era un trato más humano hacia el enfermo, así como la promoción de actividades (paseos, horticultura, equitación y cierta clase de juegos) para una vida placentera y productiva.

Fue hasta el fin de la lucha armada contra los franceses que se retoman los temas psiquiátricos, con trabajos como los de los doctores Juan N. Navarro, Luis Garrone y Peon Contreras (estudios y tratamientos de trastornos). Asimismo surge en México la corriente epistemológica del positivismo con la propuesta de realizar estudios más científicos, y alcanzar un grado de civilización parecido a la de los países sajones; en este contexto fue relevante el trabajo de Profirio Parra (ensayo sobre la patología de la locura y el diagnóstico de las enfermedades mentales) que a su vez marcó el nacimiento de la psicología en México (López Ramos, 1997).

En estos mismos años el enfoque psiquiátrico es renovado al introducir los conceptos de Emil Kraepelin con la traducción de su trabajo "El Diagnóstico de la Neurastenia" (Perez, 1995); hecho que representa, el primer contacto de la psiquiatría mexicana con la escuela alemana.

Otros sucesos importantes fueron la enseñanza de cátedras sobre enfermedades mentales en la Facultad de Medicina, y la fundación del sanatorio Rafael Lavista como institución exclusiva para tratamiento de éstas. Lo cual más adelante dio paso a la creación de un recinto oficial (*Manicomio General de la Castañeda*) donde se estudiara (y segregara) a fondo la locura.

En resumen, los conceptos y la determinación de la enfermedad mental o locura se han debido a ideas provenientes de grupos dominantes; desde las primeras ideas místicas del pueblo azteca; la determinación de endemoniados por el clero; hasta el planteamiento científico de enfermedad mental de la psiquiatría moderna, con un elemento de suma importancia (diagnóstico psiquiátrico), el cual solo un especialista (psiquiatra) puede considerar la presencia o ausencia de ésta. En este trabajo, nuestro interés fue conocer normas que determinaron la clasificación de la locura, en el recinto (*Manicomio General de la Castañeda*) que formó la actual disciplina psiquiátrica.

CAPITULO I DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO

En las remotas páginas de cierta enciclopedia china que se titula *Emporio celestial de conocimiento benévolo* está escrito que los animales se dividen en:

(a) Pertenecientes al emperador, (b) embalsamados, (c) amaestrados, (d) lechones, (e) sirenas, (f) fabulosos, (g) perros sueltos, (h) incluidos en esta clasificación, (i) que se agitan como locos, (j) que se agitan como locos, (k) innumerables, (l) dibujados con un pincel finísimo de pelo de camello, (m) que acaban de romper el jarrón, (n) que de lejos parecen moscas, etc. (Borjes, L. J; citado por Braustein, N. 1980)

El proposito de citar este apartado es para plantear al ejercicio de clasificar como parte importante de la historia del hombre, aunque veces su proposito no sean en beneficio del mismo.

A este respecto, en el pensamiento occidental la disciplina medica ha clasificado desde el siglo XVIII a la locura o trastornos mentales; tomando como base el método anatomo-clínico intentó identificar a la supuesta enfermedad antes de su desarrollo y así establecer un pronóstico.

No obstante, es importante conocer los puntos necesarios o importantes para obtener una adecuada clasificación, o ¿cuál es el proposito de clasificar dentro de las disciplinas científicas?. Blashfield y Draguns(citado por Braunstein, 1980) mencionan 5 puntos como objetos u herramientas de la ciencia (1. Una base para la comunicación; 2. Una acumulación de informacion; 3. Un sistema descriptivo de los objetos de estudio; 4. Para hacer predicciones; y 5. Como fuente de conceptos dentro de una teoría científica)

Sin embargo hasta el momento la clínica psiquiátrica carece de fundamentos científicos para establecer las causas de las llamadas enfermedades mentales, solo descripciones y alusión a las características constitucionales e influencias hereditarias cuando no se trate de encefalopatías, es decir, trastornos metabólicos, tóxicos, neoplásicos o enfermedades degenerativas del cerebro.(Braustein, N. 1980).

Por otra parte, el hecho de clasificar a los trastornos mentales va a determinar diferencias objetivas, debido a que dentro de una descripción se forman bases donde estan presentes jerarquías de categorías, subcategorías y variedad equivalente a la jerarquía de clase, genero y especie, tal como sucede en la botánica, hecho que no es posible con los trastornos mentales porque las clasificaciones se tienen que ajustar a las exigencias que representa cada sujeto dentro de su contexto social.

Otro inconveniente al clasificar los trastornos mentales sucede porque en la práctica las características personales del profesional influyen de forma determinante en el desarrollo y resultado de su trabajo, reflejando sus motivaciones, ideas, prejuicios y actitudes.

A su vez, la actividad del diagnóstico en la práctica se ha presentado como una función aislada, sin adquirir una responsabilidad de las consecuencias que implica dicha labor. También diagnosticar a un sujeto como enfermo mental conlleva la dificultad producto de ésta etiqueta (aún cuando expertos afirmen que el individuo este curado), lo cual se ve reflejado en las personas que lo rodean al interpretar su comportamiento en función del rotulo asignado.

Con estos señalamientos resulta necesario conocer las acciones de aquellos que determinan criterios, normas y conceptos para llegar al diagnóstico psiquiátrico, es decir, **¿cuáles son las bases para establecer el diagnóstico psiquiátrico?**

De aquí la importancia de conocer tanto el origen, como las directrices y bases teóricas que sustentan la práctica del diagnóstico psiquiátrico, ya que de esto ha dependido el manejo de la hoy llamada enfermedad mental; motivos igualmente trascendentales en los estudios desarrollados en nuestro país, basados en normas ajenas a la pluralidad cultural que nos caracteriza, sumado a las instituciones auxiliares de esta tarea (manicomios) que solo han deshumanizado a la sociedad colocándola como una masa productiva al servicio de un sistema.

1.1. DEFINICIÓN

La palabra **diagnóstico** viene del griego **diaginoskein**, que significa distinguir, diferenciar (Pérez, A. 1988).

Saurí, J. (1969, citado por Vidal Alarcón, 1986) refiere, "el diagnóstico ordena en un sistema lógico anterior a los fenómenos, permitiendo tener una visión de conjunto, nada dice de lo clasificado considerado solo como rubro de ordenación, es decir, al clasificar los datos, se suministra una clave útil para sistematizarlos, y la elaboración racional de estos promueve la unificación cognoscitiva además de facilitar su aplicación" (pag.175).

Dentro de la medicina, se vincula a los procedimientos que permiten determinar la naturaleza de un fenómeno patológico, a través de la observación de signos o síntomas que les son propios, dando lugar a la identificación de entidades; primer paso para las clasificaciones, ya que el objetivo principal es comprender adecuadamente los fenómenos que antes aparecían desordenados y arbitrarios. (Pérez, A. 1988).

Por su parte, Guimon, J. (1988) menciona a la clasificación médica psiquiátrica como un proceso por el que se intenta someter a verificación científica la hipótesis de pertenencia de ciertas manifestaciones clínicas, observadas en un paciente o una dimensión dentro de una determinada clasificación de referencia.

En el presente estudio la definición está en relación con el concepto de locura o trastorno mental; de éste último surge lo siguiente:

Sharfetter, Ch. (1977) afirma que el diagnóstico supone reconocer como típico un cuadro psicopatológico clínicamente observable (síntoma, síndrome, cuadro de estado y curso) y que aparece repetidamente con un aspecto fundamental semejante y supone también la ordenación de dicho cuadro dentro de un concepto de enfermedad.

Esta propuesta va encaminada a diferenciar las características de un cuadro, además de otorgarle un nombre que permita conocer su relación con el fenómeno, y establecer, asimismo un pronóstico, medir los cambios y por último realizar un estudio sobre su posible etiología.

A pesar de estas posturas, la falta de conocimiento de la etiología de los trastornos mentales ha llevado a que el diagnóstico psiquiátrico deba fundamentarse básicamente en trabajar en perspectivas empíricas.

Razones suficientes para estudiar desde sus raíces las clasificaciones, y así poder entender las asignaciones de éstas al comportamiento humano.

1.2. ANTECEDENTES

El diagnóstico psiquiátrico tiene su origen en la práctica del médico griego Hipócrates, pionero de la medicina, quien realiza la primera taxonomía de las enfermedades; herencia que acentó en el llamado Corpus Hipocraticum, el cual incluye un estudio de las enfermedades mentales, mucho antes que la psiquiatría fuera conocida como especialidad, y la epistemología como forma de ordenamiento intelectual en el conocimiento científico.

En el Corpus Hipocraticum, Hipócrates identificó cuatro grandes entidades psiquiátricas; la frenesis, letargia, manía y melancolía, sumadas a otras enfermedades consideradas del alma, la epilepsia, histeria y la licantropía. Así mismo fue el primero en mencionar lo importante que era la participación del cerebro en todas las enfermedades mentales.

Durante los siglos siguientes, se presentaron modificaciones menores en la denominación de enfermedades, siendo la preocupación principal de los médicos localizar el órgano enfermo, más que ponerse de acuerdo en los diagnósticos que se realizaban.

A este respecto, se crea en Europa una normatividad sobre el trato que deberá darse a los poseídos (muchos de ellos enfermos mentales), a través de un instrumento libresco que tendría repercusión durante dos siglos; el Malleus Malificarum de Spranger y Kramer, libro que puede ser considerado como un verdadero tratado de psicopatología, que además contaba con una buena cantidad de medidas correctivas.

Más adelante, Sydenham (1698), propuso una investigación sobre la especificidad de las enfermedades, en forma semejante a la que realiza el botánico con las plantas; distinguiendo los síntomas y curso característicos de la enfermedad (Cohen, 1998).

Es a partir de este momento que la medicina tomó argumentos de nueva ciencia; la psicopatología, que apareció con elementos arcaicos pero que fue y ha sido la fuente de la disciplina psiquiátrica. En este panorama sobresalen figuras como Pinel, Kahlbaum y Emil Kraepelin, de quien hasta nuestros días es vigente la taxonomía de los trastornos mentales.

1.3. PINEL

La importancia de Felipe Pinel (1813; citado por Bercherie, 1980) radica en ser el iniciador de la psiquiatría moderna; mediante el método denominado *La Clínica*; postuló el proceso de clasificación como un camino consciente y sistemático. Idea retomada de los grupos intelectuales que representaban en Francia la renovación del siglo XVIII.

También, junto con esto trabajó al conocimiento como un proceso, cuya base era la observación empírica de los fenómenos; a los que debe agrupar y clasificar en función de sus analogías y diferencias, para que se constituyan en clases, géneros y especies, evitando introducir la subjetividad del sujeto que las ordena.

Ante éste marco ideológico, Pinel propone una nosografía en 4 rubros. La primera fue la *manía*, que generaliza al delirio como foco central del padecimiento, es decir, que concierne a todos los objetos, estando lesionadas muchas de las *funciones del entendimiento* (percepción, memoria, juicio, afectividad, imaginación, etc.); la *melancolía*, en ésta el delirio está limitado a un objeto o una serie particular de objetos, sumado a un estado afectivo que puede ser de naturaleza triste o alegre; la *demencia*, en la cual existe una incoherencia de las facultades mentales, y por último el *idiotismo*, supresión de la actividad mental en la que el sujeto queda reducido a una existencia vegetativa (Llopis, 1970)

Por otra parte, la mayor aportación de Pinel será reconocida más adelante al considerar el origen orgánico de todas las enfermedades mentales; posturas que Kahlbaum retomaría al realizar sus estudios.

1.4. KAHLBAUM

Discípulo de J.P.Falret, Kahlbaum(1863, citado por Bercherie, 1980) propuso una nueva clasificación de las enfermedades mentales y los principios de una reforma de la organización del saber y de la investigación psiquiátrica, siguiendo con el método clínico describió cinco categorías.

En primer lugar, las *vesanias*: afecciones cerebrales en las que el delirio es general, y que se caracterizan por un curso esencialmente cíclico, así diagnosticado el enfermo recorre cierto número de etapas patológicas (melancolía, manía y monomanía), puede fijarse o volver a ellas, o bien recuperar la salud.

Le siguen, las *vercodias* y: descritas como afecciones idiopáticas(de causa desconocida), las perturbaciones mentales se limitaban a un solo aspecto del psiquismo, y en las que el complejo sintomático era estable, sin transformación del cuadro clínico.

Las **disfrenias**: perturbaciones mentales simpáticas (traumas en cráneos, etc.) en las que el delirio sintomático es general, variable y sin evolución regular.

Por último, el grupo de las neofrenias, distinguidas por una detección del desarrollo psíquico congénito y/o que se adquiere en la infancia. Y las **parafrenias**, enfermedades mentales que aparecen en conexión con uno de los grandes períodos de mutación del desarrollo biológico, manifestándose por una regresión intelectual rápida; al apoyarse en ésta línea Kalhbaum realizó una descripción de la demencia senil y la hebefrenia (Bercherie, 1993).

Pero sin duda, los ciclos en tiempo del diagnóstico psiquiátrico debe ser considerada en dos fases, antes y después de Kraepelin; quien para fortuna de la ciencia médica ha perdurado su legado hasta nuestros días.

1.5. KRAEPELIN Y OTRAS APORTACIONES

El trabajo de Emil Kraepelin (1883, citado por Caballo, V. 1995) se basa en proponer la adopción de un criterio organizador, una matriz conceptual que presidiera las largas y sistemáticas observaciones clínicas. El curso longitudinal, la historia natural, el estudio del medio familiar y el desenlace final.

Kraepelin aplicó estos principios también llamado "esquema triádico del diagnóstico", vigente hasta el día de hoy(en psiquiatría) a distinguir entre los trastornos con fundamentos somáticos, endógenos y psicógenos: la otra división que realizo fue de tipo sindrómico, con excepciones relativas a los trastornos con fundamento somático (esquizofrenia).

Resulta relevante la labor de Kraepelin sin negar las sistematizaciones psicopatológicas de Jasper (1913), Kur y Car Schneider (1915), Bleuler (1914), Conrad (1917).

Dentro de este contexto Kraepelin (1883, citado por Caballo, V. 1995) con su principio etiológico sintomático, siguió con la tendencia nosológica iniciada por Kalhbaum. A diferencia de éste que aseguró la inespecificidad de los síntomas psíquicos, Kraepelin erigió como principio básico la supuesta relación entre causas de enfermedad y síntomas psíquicos.

En este sistema cada enfermedad mental tenía su propia sintomatología psíquica, es decir, su psicosis peculiar. Posteriormente reconoció la insuficiencia de su tesis, al delimitar solo unidades nosológicas teniendo que considerar todas las manifestaciones de la enfermedad, desde varios puntos de observación posible y las variaciones a lo largo de su proceso. De tal forma, la etiología, los síntomas corporales, el curso, la terminación y la anatomía patológica adquirieron mayor importancia tanto práctica como para clasificar las enfermedades mentales (Bercherie, 1993). Obligándolo a tomar los síntomas psíquicos como elementos inespecíficos y someter a múltiples variaciones cuadros clínicos del mismo padecimiento.

En realidad esta labor no anuló lo defendido por Kraepelin, sino simplemente amplió desde distintas perspectivas el problema de la clasificación psiquiátrica.

No obstante que el trabajo de Kraepelin fuera relevante para la psiquiatría del siglo XX; su herencia más importante aparece cuando éste modelo es tomado por la

escuela psiquiátrica americana (influenciada por el sistema capitalista) dio paso a los manuales de diagnóstico psiquiátrico.

1.6. MANUALES DE DIAGNÓSTICO PSIQUIATRICO (CIE Y DSM).

Los primeros manuales de clasificación psiquiátrica fueron realizados por el Comité de Estadística e Higiene Mental de los Estados Unidos de América con el fin de obtener datos estadísticos uniformes de los diversos hospitales para enfermos mentales (Caballo, V. 1995).

En el primero de ellos (1840, citado por Caballo, V. 1995) después de aplicar un censo a una muestra poblacional define dos categorías: *Idiocracia y locura*. En el segundo (1880) se diferenciaron siete categorías: *Manía, Melancolía, Monomanía, Paresía, Demencia, Dipsomanía y Epilepsia*, mismas que originaron en 1917 la primera nomenclatura para pacientes psiquiátricos y neurológicos graves.

Más adelante, el ejército de U.S.A. realizó una clasificación más amplia que incluía a los enfermos por la segunda guerra mundial, con el fin de englobar los trastornos originados por ésta misma. Al mismo tiempo, la O.M.S. publicó la sexta edición del C.I.E. la cual incluía por primera vez un apartado de los trastornos mentales; éste influenciado por la administración de veteranos de guerra, incluyeron 10 categorías para la psicosis, 9 para la psiconeurosis; y 7 de trastornos de carácter, comportamiento y de inteligencia.

Con estas bases, en 1952 se crea la primera edición del DSM, el cual consistía en un glosario de las diferentes categorías diagnósticas, además fue el primer manual oficial de los trastornos mentales con utilidad clínica; donde se usó el término de *reacción* para describir los factores psicológicos de la personalidad, así como las causas sociales y biológicas.

Además el DSM respondía a la influencia tanto Freudiana como Meyeriana, sus descripciones contenían un alto grado de subjetividad y su enfoque idiosincrásico lo hizo incompatible con el CIE-7. Publicado en 1955. No utilizaba criterios diagnósticos operativos y la tendencia a interpretar conductas desde la perspectiva psicoanalítica le restaba aplicabilidad práctica. A pesar de ello, llenó un vacío en el control de los pacientes a nivel institucional y facilitó, en cierta medida, el proceso de comunicación profesional. Los 16 años de duración son prueba de su utilidad. En 1968, la APA dio luz a la segunda edición del DSM y la OMS publicó el CIE-8; si bien las divergencias se redujeron notablemente y se introdujeron cambios (tales como la eliminación del término *reacción*) era evidente, para entonces, que el manual norteamericano tenía mayor potencial que el CIE. La APA captó tal situación e introdujo modificaciones y planteamientos que crearon las condiciones para futuras y mayores empresas.

Al igual que el DSM-I y II (1974), la confección del III se realizó a la par del CIE-9 (1980), en esta edición se introdujeron una serie de importantes modificaciones metodológicas como criterios diagnósticos explícitos, un sistema multiaxial y un enfoque descriptivo que pretendía ser neutral respecto a las teorías etiológicas; donde se realiza, también un trabajo empírico para la construcción y validación de los criterios diagnósticos y el desarrollo de entrevistas semi estructuradas.

Por su parte, el CIE-9 no incluyó ninguno de los argumentos del DSM, su propuesta era encaminada al establecimiento de categorías, con la finalidad de hacer más fácil la captura de datos estadísticos referentes a la salud pública. Por el contrario, el DSM-III elaboró una nomenclatura adicional para clínicos e investigadores, y así estar a la vanguardia en la taxonomía psíquica.

Para la última revisión del manual DSM-IV, fue primordial identificar los temas correspondientes a cada diagnóstico, y proponer los tipos de datos empíricos para su renovación.

Los campos que se consideraron fueron la utilidad clínica, confiabilidad, validez descriptiva, un número considerable de variables válidas y las características psicométricas de cada criterio individual.

A su vez, la renovación literaria se centró en: los temas relacionados con la descripción y los criterios de diagnóstico; el método (incluyendo la manera de detectar estudios relevantes, el número de estudios a considerar, los criterios de inclusión y exclusión, sumadas a las variables que se catalogaron en cada estudio); los resultados (con un estudio descriptivo sobre la metodología, diseño, correlatos de hallazgos y su análisis); también las opciones para aclarar los temas, ventajas e inconvenientes de las mismas recomendaciones y las facilidades para hacer más investigaciones que lleven a una resolución del trastorno.

Por otra parte, en el DSM-IV el término *trastorno mental* es tomado como resultado de un síndrome, patrón de comportamiento psicológico de significación clínica; el cual aparece asociado a un malestar, discapacidad o pérdida de la libertad. Además, éste no se debe a una respuesta culturalmente aceptada o a un acontecimiento particular; ya que cualquiera que sea su causa debe considerarse como manifestación individual de una disfunción conductual, psicológica o biológica. Tampoco el comportamiento desviado o los conflictos entre los sujetos y la sociedad son trastornos mentales a no ser que estos sean síntomas de una disfunción orgánica (Asociación Americana de Psiquiatría, 1996).

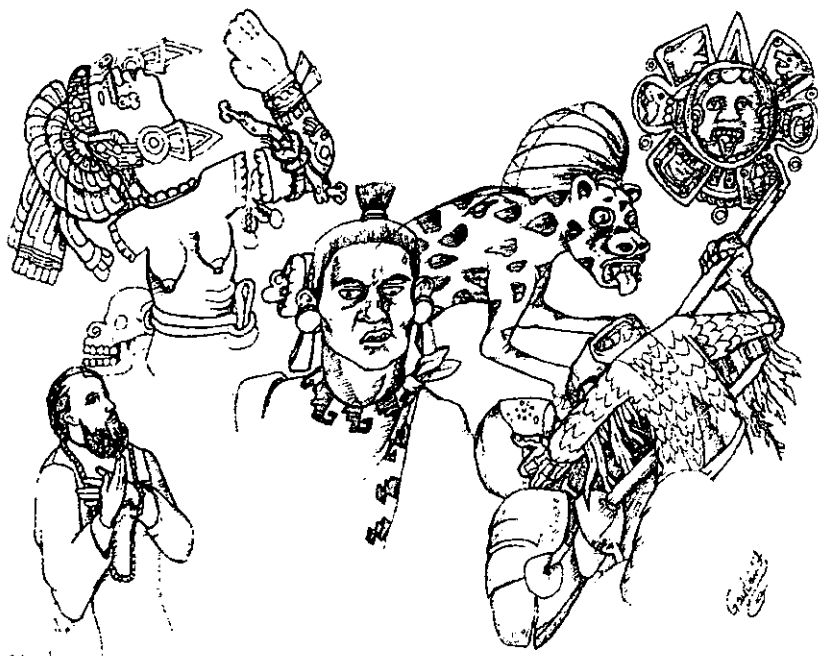
Sin embargo, ante esta gama de antecedentes la aplicación del diagnóstico psiquiátrico ha tomado perspectivas diferentes; desde la conceptualización como enfermedad mental o trastorno mental (que no aporta nada), si tomamos en cuenta el marco teórico más complejo y próximo a un modelo mental como lo es el psicoanálisis desarrollado por Freud; hasta los escasos planteamientos científicos que fundamentan las clasificaciones, ya que un diagnóstico no solamente debe ser una descripción del fenómeno a estudiar, sino que también resulta necesario jerarquizar tanto su estructura como sus conceptos, donde se señale (en forma inductiva o deductiva) el ordenamiento de definiciones en géneros, especies y variedades (es decir, síndromes, grupos y síntomas). Principios que han sido omitidos en esta tarea realizando descripciones concretas, empíricas y sin lógica lo cual lleva a tener solo entidades especulativas.

Pero el mayor daño que a ocasionado esta actividad es estigmatizar aquellos supuestos enfermos o locos; quienes solo han perdido su valor social como personas y privarlas de una humanidad colocándolas como una "cosa".

Así mismo, la acción de clasificar al ser humano constituye un hecho significativo; sin dejar de reconocer las diferencias individuales, pero la degradación que se adquiere con el rótulo de enfermedad mental está fuera de todo argumento.

Argumentos importantes propuestos por la antipsiquiatría (1970) señalan la antítesis entre diagnóstico de enfermos y diagnósticos de enfermedades, ya que el diagnóstico no puede expresar la situación real del enfermo. Otros señalamiento que se le hace al diagnóstico (Kendell 1978, citado por Silva,1983) es la fuerza mágica de éste al tranquilizar tanto al médico como al paciente. Del mismo modo puntualizaron aspectos respecto al inadecuado manejo del diagnóstico que van desde usarlo como píldora de tranquilidad social, hasta como etiquetar de conductas desviadas de una norma.

Por último, en lo que corresponde a la aplicación del diagnóstico psiquiátrico en las instituciones mexicanas, resulta necesario conocer como se ha manejado y los grupos que se han encargado de su estudio, así como las condiciones de desarrollo de la psiquiatría en nuestro país. Aunque la dificultad para reunir estos datos es evidente, se puede realizar un acercamiento por medio del manicomio, institución fundamental en la clasificación del comportamiento humano.



**EL QUEHACER PREHISPÁNICO
EN LAS ENFERMEDADES DEL ESPIRITU
Y EL ENCUENTRO CON EL OCCIDENTE**

*Porque la historia de México
es una serie de
"Edenes subvertidos"
a los que quiséramos a un tiempo
regresar y olvidar*

Carlos Fuentes

CAPITULO II

EL ESTUDIO DE LA LOCURA EN MEXICO

Para conocer los antecedentes del estudio de la locura en México, es necesario tomar en cuenta el contexto ideológico; ya que nuestro pensamiento es producto de una fusión de dos culturas (Precolombina y Española), con visiones opuestas que interactúan y sugieren una conceptualización sumamente diversa de la conducta humana.

Si bien, la locura es tarea de instituciones como la psiquiatría, psicología y el Psicoanálisis. No se puede negar la existencia de prácticas prehispánicas (limpias) que se llevan a cabo hasta nuestros días en muchas de las comunidades rurales, y que cumplen el objetivo de "curar" al sujeto de la enfermedad ya sea física o mental. Lo cuál, permite darnos cuenta que somos parte de una cultura que ni podemos ni debemos omitir.

Por lo anterior, resulta necesario conocer bajo que normas se ha estudiado a la enfermedad mental tanto en la psiquiatría como en la psicología de nuestro país.

3.1. PSIQUIATRÍA Y PSICOLOGÍA EN EL MÉXICO PREHISPÁNICO

Al tratar de investigar la existencia de la Psiquiatría y Psicología en la época prehispánica, Germán Somolinos (1976), reconoce el error que sería aplicar a nuestra mentalidad la forma europea, siendo la nuestra una cultura con diferentes preceptos; donde se le daba mayor importancia al equilibrio de los elementos naturales (Sol, lluvia, tierra, aire, etc.) que al hombre como organismo individual.

Pero, si comparamos las prácticas mágicas del médico indígena con las del psiquiatra moderno, entonces podemos admitir que el hombre prehispánico tuvo que enfrentarse a situaciones similares a las del psiquiatra y desplegar el potencial que desarrolló para "curar" a los trastornos mediante técnicas y métodos rudimentarios.

A su vez, Somolinos identifica dentro de la antigua cultura mexicana la existencia de trastornos psicológicos (como el susto), y considera al castigo divino,

hechizamiento y transgresión de normas sociales, como la etiología de la enfermedad.

Así mismo, menciona que es el Tonalpohuqui el máximo conocedor de los trastornos mentales dentro del pueblo Nahuatl, y lo llega a considerar como un primitivo psiquiatra, al describirlo de la siguiente forma:

Cuando el hombre era afectado por un augurio (siempre amenazador o desagradable) acudía para consolarse, recuperar su tranquilidad y conjurar el problema. El Tonalpohuqui mediante palabras suaves, le explicaba los motivos del augurio y le indicaba lo que era necesario reunir para su remedio; asimismo le ofrecía su ayuda para ofrendar al Dios que había enviado aquella señal de su enojo, y en conjunto hacer cambiar la voluntad divina y libertad del paciente. (Somolinos, 1976, pag.20)

Por otra parte en el trabajo de Flores Villasana "Perfil de la Psiquiatría en la cultura Nahuatl" (s/f), intenta tipificar la figura del médico psiquiatra con el Tlamatini, sabio que se caracterizaba por poseer algunos de los siguientes aspectos:

- ⇒ "El sabio", una luz
- ⇒ Un espejo horadado, un espejo agujerado por ambos lados
- ⇒ De él son los códices
- ⇒ Él mismo es escritura y sabiduría
- ⇒ Es camino, guía veraz para otros
- ⇒ Conduce a las personas y a las cosas
- ⇒ El sabio verdadero es cuidadoso (como médico) y guarda la tradición
- ⇒ Suya es la sabiduría transmitida, él es quien la enseña, sigue la verdad.
- ⇒ Maestro de la verdad
- ⇒ Hacía sabios los rostros ajenos, hace a los otros tomar una causa (una personalidad), los hace desarrollarla.
- ⇒ Les abre los oídos, los ilumina.
- ⇒ Es maestro de guías
- ⇒ De él uno depende
- ⇒ Pone un espejo delante de otros, los hace cuerdos, cuidadosos
- ⇒ Se fija en las cosas, regula el camino; dispone y ordena.
- ⇒ Aplica su luz sobre el mundo
- ⇒ Conoce lo (que está) sobre nosotros (y), la religión de los muertos.
- ⇒ Es hombre serio
- ⇒ Cualquiera es confortado por él
- ⇒ Gracias a él la gente humaniza su querer
- ⇒ Conforta el corazón, conforta a la gente, ayuda, remedia, a todos cura.

De todo ello, Flores Villasana enfatiza en la definición de la personalidad (dualidad rostro-corazón) y en este sentido llega a afirmar que el Tlamatini es el forjador de la personalidad y el que puede estructurarla cuando se altera.

Sin embargo, con la conquista española, gran parte de la documentación prehispánica fue destruida, y otra obsequiada al clero y emperadores europeos. (León Portilla, 1979).

Razón por la cual, la perspectiva Psicológica Precolombina debe ser tomada tan solo como una aproximación, de las que aun en nuestros días sobreviven algunas costumbres culturales que nos remontan a esa época.

2.2. EL ESTUDIO PSIQUIÁTRICO EN EL MÉXICO COLONIAL

La instauración del virreynato, trajo nuevas costumbres y cambió el orden establecido en todos los aspectos, entre ellos la forma de abordar la enfermedad. Resulta interesante conocer la actitud del médico, ante el enfermo mental durante los años de vida colonial de México. Sobre todo, si se tiene en cuenta que precisamente en la segunda mitad del siglo XVI se producen los primeros escritos mexicanos relacionados con este tema.

Es con Agustín Farfan (1592, citado por Somolinos, G. 1976) que se inició el estudio de los trastornos mentales, al publicar su trabajo (tratado breve de medicina y de todas las enfermedades), donde realiza un análisis de los efectos de la melancolía:

"Es común esta enfermedad en jóvenes de 20 años, los atormenta y los aflige del corazón. Unos andan llenos de miedo y con pensamientos de que se van a morir, por lo que no comen ni duermen.

Otro dice, que se les sube algo desde el vientre al corazón y despedaza sus pensamientos; asimismo, les aprieta la garganta y sienten que se ahogan" (Farfan, et. al. 1592; citado por Somolinos, 1976, pag.76).

Por su parte, el médico López Hinojosos (1595, citado por Somolinos, 1976), se refiere a la etiología del cuadro melancólico, de la siguiente manera:

"Son muchas las causas, una de ellas al caer y darse un golpe en la cabeza, que lleva al sujeto a un estado de tristeza y un deseo de golpear a quienes están a su alrededor.

Otro factor son los vapores del excremento que llegan a los pulmones y posteriormente al cerebro, ocasionando que el paciente vea demonios o piense que lo quieren matar" (Hinojosa, et. al.1595, citado por Somolinos, 1976, pag.79).

A su vez, Juan Barrios (1618, citado por Somolinos, 1976), describe la locura como:

"La enfermedad que se presenta al estar la garganta inflamada, ocasionando la producción de gases que llegan adelgazar la tela de los sesos"(Barrios, et. al. 1618, citado por Pérez, 1995, pag. 81).

Los tratamientos que proponían estos autores, iban relacionados con dietas, como lo señala Farfán al mencionar la importancia del consumo de carne ya sea de ave o de camero.

Hinojosos y Barrios incluían la evacuación de sangre contaminada por medio de quemaduras en el ombligo y genitales, o el empleo de sanguijuelas. La posible evolución en el trabajo de éstos autores, fue interrumpida a partir del siglo XVII, cuando la iglesia tomó las decisiones para manejar todas las enfermedades. Lo que ocasionó que la locura tomará una dimensión demoníaca.

2.3. LOCURA Y DEMONOLOGÍA

Al constituirse al clero como la institución bajo la cual quedaron los destinos del país, surge la inquisición mexicana como el organismo encargado de estudiar, manejar y castigar todos los trastornos mentales.

La locura pasa a ser considerada de una enfermedad a entenderla como resultado de la posesión demoníaca, con múltiples y cambiantes representaciones.

Ante esta idea, los teólogos se encargaron de combatirla mediante el reconocimiento de signos que permitían descubrir la introducción y permanencia de demonios que se encontraban dentro del cuerpo del paciente, a través de manchas, actitudes, gestos, convulsiones y muchas otras alteraciones físicas y psíquicas.

En segundo lugar, se crearon los medios (tratamientos) para expulsar al ser maligno del cuerpo del sujeto, que iba desde exorcismos, castigos corporales, hasta la cremación del enfermo.

En este quehacer, fue necesario un código que unificara criterios para el diagnóstico y tratamiento de la locura.

Basado en el escrito (*Malleus Maleficarum*) de Sprenger y Kramer (1847, citado por Somolinos, 1976), se sancionó a todo aquello apartado de los dogmas de la iglesia católica como: La herejía, la adoración al diablo, prácticas de hechicería, adivinación, lectura de cartas, de presagios con habas, dados, monedas, maíz, trigo, naipes o sortijas.

También se castigó a idealistas, homosexuales, paganos, así como todos aquellos que presentaban perturbación imaginativa o delirios; ésta actividad llevó a la muerte a mucha gente, y por ende se retrocedió en gran escala el estudio que se realizaba tras la conquista.

Sin embargo, a partir de los estudios de epilepsia que se hicieron en Europa a mediados del siglo XVIII, el enfermo mental deja de ser tratado como poseído, y es incorporado a un estudio con bases biológicas.

2.4. EL ESTUDIO DE LA LOCURA EN EL SIGLO XIX

Sobre la base de los trabajos de Morgagni, Von Haller y Boehave (1726-1740, citado por Pérez, 1995), se produce en México una renovación de ideas en el campo de la medicina e intentan hacer de esta una disciplina científica.

Lo que dio paso a la creación de la Real escuela de Cirugía, similar a la de Cádiz y Barcelona. De esta institución científica sobresalieron figuras como Francisco

Fernández del Castillo, al describir la etiología de las enfermedades Neuropsiquiátricas (Pérez., 1995)

Cabe señalar, la influencia que tuvo el movimiento de independencia, ya que con este acontecimiento se logra la separación del sistema eclesiástico, en el manejo y tratamiento de la enfermedad mental; dando paso a nuevas perspectivas para su estudio. Como el de Martínez del Río (1836, citado por Somolinos, 1976.), mencionando los tratamientos realizados en Francia:

"Ya no se le considera al loco como un animal feroz, que solo se debía domar mediante cadenas y tortura, ahora se le proporciona una atención y cuidado a través de talleres como la horticultura, equitación y juegos, con el fin de lograr un trato más humano a este padecimiento" (Martínez del Río, et. al. citado por Somolinos, 1976, pag.128)

En este caso no es difícil descubrir la influencia de Felipe Pinel, quien fue el precursor de los cambios en el manejo y tratamiento de la enfermedad mental.

Con respecto a las ideas psiquiátricas que se desarrollaron en México durante el siglo XIX,

es importante referirnos, al trabajo retomado por Rafael Lucio (1840, citado por Somolinos, 1976), de la Frenología de Gall, Speizheim y Broussais, que sugieren la utilidad en la medicina, si se llegara a localizar anatómica y fisiológicamente los afectos, la memoria y otras muchas sensaciones del comportamiento humano.

Si bien los médicos mexicanos al seguir las posturas europeas, modificaron muchas de las ideas que tenían acerca de la locura, pronto se vieron afectados, ya que, los conceptos importados no fueron solo médicos, sino también económicos, políticos y sociales, dando paso al momento histórico denominado como la Intervención Francesa, que lejos de impulsar la labor Psiquiátrica la afectó al grado de que en estos años no se realizara actividad alguna.

Y es hasta finales del siglo XIX y principios del XX, que se vuelve al estudio de la locura, bajo el marco científico, desde una epistemología positivista, imperante en la época. Algunos aspectos relevantes fueron:

La creación de la cátedra de enfermedades mentales en 1897, que impartiera el Doctor José Peón Contreras en la facultad de medicina; la traducción de José Salas (1903), sobre el diagnóstico de la neurastenia de Kraepelin; asimismo, la inauguración del sanatorio para enfermos mentales Rafael Lavista en 1898, y la participación del psiquiatra Juan Peón del Valle (1909) en el congreso internacional de Psiquiatría Infantil de Río de Janeiro; dando como resultado el nacimiento de la institución Psiquiátrica en nuestro país; la cual tendría como recinto de trabajo al moderno manicomio general de la "Castañeda". Pero la disciplina psiquiátrica no fue la única que se gestó en la última parte del siglo XIX (Somolinos, 1976)

2.5. PSICOLOGIA Y TRASTORNOS MENTALES(LOCURA).

Podría decirse que la Psicología en el país tuvo su origen y desarrollo en tres grandes ámbitos, el educativo en donde el impulso de la medición cobro fuerzas desde muy temprano; el experimental desarrollado alrededor de la escuela de altos estudios y luego Facultad de Filosofía y Letras; y el clínico siempre de la mano de la Psiquiatría.

Aunque la nascente disciplina psiquiátrica tenía el control absoluto sobre los trastornos mentales, a finales del siglo XIX se propuso una nueva perspectiva para delimitar la normalidad psíquica.

Con trabajos como el de Profrinó Parrra (1878, citado por Valderrama y Rivero, 1985), "Ensayo sobre la Patogenia de la locura", donde trata de especificar la génesis de las enfermedades mentales. También dicho estudio postulo la excitabilidad del cerebro como condición fundamental para el desarrollo de la locura, entre estas la predisposición otorgada por la herencia, el alcoholismo, así como el grado de civilización en que el sujeto no logra adaptarse.

Así mismo, escribió un ensayo en 1913 bajo el título "Los Retrasados Mentales", donde comentaba el escape de la normalidad al no clasificar correctamente "los débiles y retrasados", quienes la escuela encontraba poco normales para darles cabida y no suficiente enfermos para aislarlos en un hospital; por lo que propuso un estudio basado en la escala Alfred Binet y clasificar definitivamente lo que es un "idiota", "imbécil" y "retrasado mental".

En otro estudio (La enajenación mental en México, 1925) respondió a la petición de la junta de beneficencia pública con un anteproyecto para proponer las reformas que ameritaba el manicomio general de la "Castañeda". Después de haber analizado su trayectoria en el curso de 15 años, advirtió la necesidad de crear una cédula que englobara los datos de orden tanto físico, como psicológico, incluyendo en este último al afectivo de cada uno de los pacientes

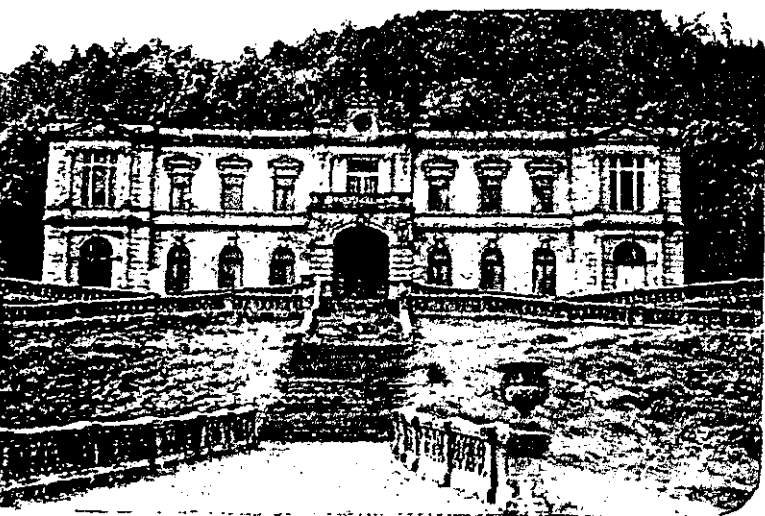
Todo lo anterior, al no haber datos complementarios de los internos que permitieran clasificar adecuadamente, así como estudios que pudieran orientar la política del hospital para distribuir a los pacientes, argumentando de esta manera "la pasividad del manicomio", por ejemplo en lo que correspondía a los idiotas e imbeciles estaban mezclados con enfermos de diversa naturaleza, además de omitir los procedimientos, desde Binet, Simon y Terman, ya que todo estaba reducido a labores manuales; insistió en aprovechar y someter a los individuos comprometidos a un examen de clasificación y de esta manera, darle su lugar a las pruebas o test que científicamente les corresponde (Aragón, 1925).

Como se puede observar Aragón tuvo una intención definida para emplear los test como herramienta para solucionar la falta de criterios en los estudios psicológicos, asimismo con un cédula o "historia clínica" pretendía evaluar la patología de los pacientes, que continuar con el empirismo hasta ese momento practicado.

Mas adelante, Federico Pascual del Roncal (1930, citado por Somolinos, 1976) y sus alumnos se interesaron por la teoría y práctica de psicodiagnóstico de Rorschach. Lo que llevó a que practicaran más de 4500 psicogramas tanto en

sujetos anormales como enfermos mentales; asimismo, pudieron realizar aplicaciones en diversas razas autóctonas tanto de México como del extranjero.

Es necesario aclarar que estas notas son algunas ideas sobre la psicología aplicada, sin pretender agotar el mismo, de hecho los dos ámbitos descritos se mezclan para brindar una posibilidad en el extenso campo que ha labrado la psicología mexicana.



MANICOMIO GENERAL DE LA CASTAÑEDA DE LA CIUDAD DE MEXICO



CAPITULO III

LA ASISTENCIA DE LA LOCURA (TRASTORNOS MENTALES) EN MÉXICO.

A lo largo de la historia de México, numerosas instituciones asistenciales y establecimientos hospitalarios tuvieron a su cargo la prestación de servicios médicos y sociales para los grupos marginados.

A este respecto, la Ciudad de México registra como el hospital más antiguo al de la Concepción de Nuestra Señora, que fue erigido por Hernán Cortés en el año de 1524; aunque nunca tuvo un carácter oficial pese haber sido creado por el conquistador, de cualquier manera prestó servicios en una época caracterizada por los brotes de enfermedades y epidemias debido al conflicto que sostuvieron ambas culturas.

Ya establecida la colonia, se crearon hospitales como los de San Lázaro (1521-1528) para leprosos; el de San José, fundado por Fray Pedro de Gante (1531); y el Hospital del Amor de Dios, debido a Fray Juan de Zumárraga (1541) para enfermos sifilíticos (Somolinos, 1976).

Por su parte, el tratamiento a los enfermos mentales durante la época colonial tiene como base la creación de dos instituciones; el Hospital San Hipólito y el Divino Salvador, los cuáles se caracterizaron por la compasión y caridad hacia los desalineados. Ambos fueron pilares durante muchos años en la asistencia de la enfermedad mental, hasta que la psiquiatría tuvo en el Manicomio de La Castañeda un recinto moderno para estudiar la locura.

3.1. HOSPITAL SAN HIPÓLITO

La primera referencia que se tiene sobre la atención a enfermos mentales en México, se fundamenta en la figura de Fray Bernardino Alvarez al crear el primer hospital de asistencia psiquiátrica en el continente americano (Somolinos, 1976).

Con el hospital San Hipólito, los viejos, los orates y los convalecientes pobres tendrían un amparo; pero la situación de los locos era todavía más dolorosa ya que estos deambulaban por las calles siendo objeto de la humillante compasión o bien de la burla y maldad de la gente, otros eran reclusos en las cárceles públicas y sufrían sin merecer el castigo de los criminales, asimismo los incapacitados vivían en la miseria más absoluta al no poder ejercer un trabajo.

Ante esta situación, Fray Bernardino Alvarez consiguió que le donaran un terreno en la entonces llamada Calzada de Tlacopan (Hermita de San Hipólito), hoy Avenida Hidalgo. Donde en 1567 empezó a dar alojamiento a enfermos convalecientes de los hospitales de la Concepción y del Amor de Dios; destinándolo además, para recoger a todos los menesterosos y enfermos que acudían a él, en poco tiempo se distinguió por hospedar dementes, inocentes o atrasados mentales y sacerdotes seniles, es decir, todos los marginados, quienes

por primera vez tuvieron un centro médico que los asistiera y los tratara con respeto.

A su vez, fue la necesidad la que impulsó al hospital la especialización en "locos", ya que en la Nueva España había varios hospitales, pero ninguno que tuviese la función de manicomio; lo que obligó a los gobiernos de provincia a hacer arreglos con el Hospital San Hipólito, y así los "locos" de distintas entidades podrían ser traídos a la Ciudad de México, pero pagando los respectivos gobernantes su traslado y una constante contribución.

De esta manera, se canalizaban enfermos de Guanajuato, Querétaro, San Miguel el Grande, Salvatierra, Colima, Tula, Valladolid, Celaya, Durango, Guadalajara, Córdoba, León y Orizaba, e incluso de Cuba; designando así al Hospital San Hipólito como la única institución nosocomial en América (Somolinos, 1976).

Otro aspecto de la obra de Fray Bernardino Alvarez, fue el establecimiento de dos redes hospitalarias para el auxilio de los viajeros, que venían de Oriente y Occidente a la Nueva España. La primera dirigida hacia el Pacífico, formada por los hospitales de Santa Cruz de Oaxtepec, en actual Estado de Morelos, y Santa María de la Consolación de Acapulco.

La segunda, dirigida al Golfo de México, compuesta por los hospitales de San Roque de Puebla, Santa María de Belén, La Concepción de Jalapa, San Martín de Veracruz y uno en la Habana Cuba

No obstante la magnitud de la obra social implementada, la beneficencia y la caridad que había mantenido durante tantos años los proyectos de Fray Bernardino, decayeron con el paso del tiempo. Así para el siglo XVIII la situación se había vuelto desesperada; al encontrarse los pacientes desnudos, sin medicinas, hambrientos y con peligro de morir por los techos que amenazaban con desplomarse (Castillo, 1995). , Evento que se detuvo en 1776 al erogar la cantidad de seis mil pesos para su restauración misma que fue obtenida por la congregación del Divino Salvador; sin embargo esta ayuda no duraría mucho y los pacientes se vieron olvidados nuevamente hasta principios del siglo XX.

Si bien el nacimiento de la asistencia psiquiátrica en América corresponde a México, las aportaciones realizadas para entender y mejorar el mundo del enfermo mental fueron mínimas.

3.2. HOSPITAL DIVINO SALVADOR (JOSÉ SAYAGO)

Este hospital también llamado "Manicomio de la Canoa" (fundado en 1867) ya que se encontraba en la calle de Canoa (hoy Donceles) estuvo dedicado a la atención de enfermos mentales; al igual que el hospital San Hipólito, éste fue obra de un particular, José Sayago, quien quiso remediar la triste suerte de las trastomadas que vagaban por la ciudad y junto con su esposa se preocupó por recogerlas, albergarlas y mantenerlas en su propia casa, quehacer que duro aproximadamente 20 años. Posteriormente al morir Sayago un grupo de jesuitas

se interesaron por esta tarea misma que continuaron y mantuvieron por medio de limosnas hasta finales del siglo XVII.

Esta labor fue continuada por la Congregación del Divino Salvador en 1698 al comprar una casa en la calle de Canoa (hoy Donceles) y levantar un nuevo hospital en 1700, siendo el primero de su género en la Nueva España y que se mantuvo por medio de la caridad conjunta de eclesiásticos y civiles.

Para 1860 el Dr. Alvarado se hizo cargo de la dirección del establecimiento, época en que dio inicio el registro de pacientes en rudimentarias historias clínicas; se instalaron cuartos de colores como posible tratamiento, con luz azul para excitadas y roja para deprimidas.

Más adelante, la sobrepoblación condujo a este hospital a una situación crítica, ya que en los dormitorios para ocho pacientes amontonaban a veinticinco o a veces hasta treinta; factor que continuó hasta finales del siglo XIX.

Refiriéndose a las condiciones en que derivó este hospital, Enrique Aragón (1925) opina: "Más que un hospital parecía una prisión de la época colonial, con sus gruesos muros y paredes desmanteladas; sus rejas con barrotes de hierro, separando patios y corredores; además de celdas con crujiás donde se aglomeraban a las enfermas" (Castillo, 1995, pag.58).

En cuanto a los diagnósticos y tratamientos que con más frecuencia se emitían se encontraban el trastorno del cerebro, falta de sentido, afección nerviosa, imbecilidad, monomanía erótica y ambiciosa, locura furiosa, monomanía homicida y suicida hereditaria, pasión de celos e histología histerium. Respecto a los tratamientos se utilizaban además de las regaderas tibias indicadas en el delirium agudo, los siguientes medicamentos: sulfato de cafeína, sulfato estricnina, morfina, éter sulfúrico, nitrato de magnesias, benzoato de sosa, fósforo de Zinc, aceite de recino, fenicio cristalizado, cafeína entre otros (Aragón, 1925).

Fue el afán de imitar a las naciones europeas (Francia e Inglaterra) y a E. U. A., lo que propició que desde finales del siglo XIX comenzara a sentirse en el país la urgente necesidad de una mayor atención a los enfermos mentales. De esta manera, surgieron otros métodos terapéuticos, y se estructuraron los conocimientos que establecerían la hegemonía de la Psiquiatría, finalidad consumada al inaugurarse en 1910 el Manicomio General de La Castañeda.

3.3. MANICOMIO GENERAL DE LA CASTAÑEDA

Ante la creación del manicomio en México, surgen varios elementos que dieron pauta al estudio de la locura en el siglo XX. El principal de ellos tuvo que ver con el nacimiento de la disciplina psiquiátrica en nuestro país, misma que necesitaba de un recinto que estuviera más acorde a las normas del momento, ya que remplazaría a los hospitales del virreinato que se encontraban en la más miserable de las condiciones; asimismo, se pensó que México entraba en el campo de la medicina mental y que podría alcanzar el nivel de las grandes instituciones europeas.

Además, con la construcción de un hospital moderno, el gobierno mexicano daba a conocer el impulso de su régimen. Idea que se realizó en Septiembre de 1910, al inaugurarse el Manicomio, sin duda la institución más grande del país; capaz de asistir a una población de 1330 pacientes en 25 edificios y dos pabellones; la población asistida fue distribuida conforme a su padecimiento, síntoma, edad y sexo.

Cada sección para internos se organizó sobre tres ejes longitudinales que iban de oriente a poniente. En el de la izquierda, se encontraban los departamentos para enfermas distinguidas (aquellas que tenían solvencia económica), alcohólicas, tranquilas, epilépticas y los talleres para mujeres; en la central la enfermería y electroterapia, la sección de imbeciles, el baño terapéutico para hombres y el de mujeres, al fondo el departamento mortuario y el anfiteatro de disección; dentro del eje de la derecha se localizaban los departamentos de enfermos distinguidos, alcohólicos, peligrosos, tranquilos, epilépticos y a una distancia considerable se hallaba el departamento de infecciosos. Finalmente los pabellones destinados a médicos y administradores se ubicaban a los lados de la entrada principal.

Los requisitos para internar a un paciente: era contar con un certificado firmado por dos médicos en el que acreditaran la clase de enfermedad y su necesidad de ser tratada en el manicomio, sumado a esto se requería de una solicitud del pariente más cercano como parte responsable del paciente.

Otra forma de ingreso era por medio de las canalizaciones que realizaban las penitenciarias y demarcaciones de policía, que en su mayoría eran por vagancia o escándalos en vía pública.

Por otra parte, si se quería un mejor trato para el paciente debía pagarse una cuota mensual, que iba desde \$150.00 pesos para los de primera; \$50.00 a los de segunda y \$30.00 para los de tercera, los demás eran clasificados como pensionistas, asilados y asistidos de gracia, quienes representaban la mayoría de los internos. La diferencia del anterior orden radicaba en los privilegios que recibían los pensionados tanto en alimentación, vigilancia y habitación, ya que la atención médica era la misma para todos.

A este respecto, son visibles los desaciertos que se cometieron a lo largo de la historia de esta institución, al no contar con la preparación del personal para el mismo. Señalamiento hecho en base, a la inexistencia de elementos indispensables durante los primeros 20 años del manicomio, es decir, bibliotecas, publicaciones o investigaciones, donde los profesionistas de la salud reafirmaran sus conocimientos relacionado con modelos y técnicas que beneficiaran a los pacientes, o bien la inclusión de éstos a la sociedad (Patiño, 1960).

Entre los tratamientos más comunes se encontraban el trabajar con sustancias o compuestos como el cloral, opio y bromuros. Todos depresores del sistema nervioso o en algunos casos sedantes; al administrar éstas y otras sustancias se cumplía el objetivo de dormir, narcotizar y en ocasiones tratar de aliviar un síntoma mortal.

Del mismo modo, es a partir de la década de los 30's que se empezó aplicar los tan cuestionados choques insulínico, de Sakel y el choque por metrasol de Von Medina; agregándose el electrochoque de Cerletti, y la lobotomía prefrontal de Egas Moniz. Tratamientos que ocasionaban el deterioro físico del paciente hasta el grado de dejarlo en un estado vegetal, y en otros la anulación completa de una posible recuperación.

A pesar de ello, a finales de los años 50's surge una generación de médicos con una diferente postura académica y científica; influenciado por el éxodo que representó la guerra civil española, psiquiatras como Dionisio Nieto, José Luis Patiño entre otros, encontraron los elementos propicios para desarrollar un nuevo enfoque en la asistencia psiquiátrica. De tal forma que, en los años 60's se crea el llamado pabellón piloto, dirigido por Dionisio Nieto y en los que se aplicaron los primeros tratamientos neurolépticos de la institución. A su vez, había realizado con los pacientes de "*La Castañeda*", estudios que condujeron a la elaboración de una reacción de fijación del complemento para el diagnóstico de la Citircosis, y otros en alteraciones anatomopatológicas en cerebros de enfermos esquizofrénicos sin conseguir un resultado positivo.

En la misma línea se ubica el trabajo de Samuel Ramírez Moreno que modificó con éxito la clínica de neurología y psiquiatría; siempre expectante para traer a México los avances de la psiquiatría mundial, creó un hospital moderno, además de preocuparse por el adiestramiento en el extranjero de sus discípulos (Castillo, 1995).

Por otro lado; estos acontecimientos, pilares de la asistencia psiquiátrica actual y con un retraso de 50 años, crean la necesidad de señalar la gama de errores que se cometieron, y que están vigentes en cada institución de encierro. Porque desde que abrió sus puertas; el manicomio general presentó una deficiente atención, en la que muchos tuvieron responsabilidad, tan solo en el personal deshumanizado e inexperto, hasta la falta de planeación al no tomar en cuenta la situación real de la sociedad y sus enfermedades, estilos, orígenes, formas y geografía particulares.

A manera de conclusión, para comprender la creación del manicomio en México, debe ser necesario tomar en cuenta el contexto político y médico de la época, así como las repercusiones por mantener el control hegemónico de parte del positivismo, y su aliado (la burguesía) ante el avance tecnológico, más no humano del capitalismo.

Además del control social que se alcanza, al argumentar el dominio de un fenómeno como la locura, dentro de un sistema inadecuado, desde sus normas para diagnosticar.

3.4. ANTECEDENTES DE ESTUDIOS SIMILARES

Son obvias las dificultades al investigar temas como la locura, y es aun mayor cuando se relaciona con el trabajo psiquiátrico generado en nuestro país, debido a múltiples controversias que pueda generar.

No obstante José Luis Patiño e Ignacio Sierra (1960), realizaron un trabajo en el "Manicomio General de La Castañeda"; que consistió en una revisión estadística (7825 expedientes) de ingresos y diagnósticos durante el período 1910-1960.

Los resultados que obtuvieron fueron los siguientes; el 53% de los internamientos correspondió a hombres, contra un 42.4% de mujeres y el 4.6% en niños. Por su parte, la esquizofrenia se empleó mas veces como diagnóstico, seguido de la epilepsia, y entidades como el alcoholismo, diversas psicosis, neurosífilis y oligofrenias; otras clasificaciones con un número importante fueron la psicosis maniaco depresiva y la demencia senil.

Es importante señalar que este informe se realizó con motivo del cincuenta aniversario del manicomio, y por tanto tuvo otro objetivo (un mayor presupuesto y el compromiso de las autoridades federales y estatales), aunque reconocieron los problemas que surgían en la atención de enfermos mentales y la nula respuesta por parte de la especialidad, debido a la ineficiente preparación y a la ausencia de estudios e investigaciones.

Por otra parte, Chavez, R.(1997), describió los ingresos, diagnósticos y tratamientos (a través de la inspección de 500 expedientes) que se ejecutaban en el "Manicomio General de La Castañeda", en el período 1910-1920.

Resulta interesante las conclusiones de dicho autor al señalar que la mayoría de los ingresos se realizaban por medio de las demarcaciones de policía, ya que instituciones gubernamentales pretendían tener las calles limpias de indigentes y todo aquello que no resultara grato.

En cuanto a los diagnósticos sobresale el uso indiscriminado de términos, así como la aplicación de éste por personas ajenas a la especialidad (parteros, médicos generales, entre otros).

Como se puede observar durante el funcionamiento del manicomio general, la disciplina psiquiátrica cometió una serie de errores, sin embargo lo han justificado al proponer su labor como científica.

Razones suficientes para hacer un análisis de su trabajo; ya que lo desarrollado en esta institución es fiel reflejo de lo que ocurre en nuestros días.

CAPITULO IV. METODO

4.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Guimon, J. (1988) propone al diagnóstico psiquiátrico como el proceso mediante el cual se intenta someter a verificación científica la hipótesis de pertenencia, de ciertas manifestaciones clínicas observadas en un paciente; asimismo, refiere una serie de procedimientos que permiten determinar este fenómeno, a través de la observación de signos o síntomas que le son propios, dando lugar a la identificación de entidades como primer paso, ya que el objetivo principal es comprender adecuadamente los elementos que antes aparecían desordenados y arbitrarios. De igual forma, la certeza de este proceso dependerá de un pronóstico y tratamiento adecuados.

Tomando como base la anterior definición se planteó la presente investigación, es decir, conocer los criterios que aplicaron los psiquiatras mexicanos al diagnosticar a los trastornos mentales o locura en el manicomio general de *"la castañeda"*. Resulta necesario conocer dicha labor debido a la importancia que tiene el manicomio general en la historia de México y la disciplina psiquiátrica, asimismo por ser parte fundamental de nuestro tiempo, del mismo modo esta investigación puede ofrecer una perspectiva evolutiva a las nuevas generaciones de psicólogos que pretendan laborar en el manejo clínico de los trastornos mentales.

Por lo cual el siguiente cuestionamiento ¿cuáles fueron las normas para diagnosticar la locura/trastorno mental en el *"Manicomio General de La Castañeda"*, durante las cinco primeras décadas del siglo XX?

4.2. OBJETIVO

Describir y analizar los criterios de los diagnósticos que utilizaron los psiquiatras para internar a un sujeto en el *"Manicomio General de La Castañeda"*.

4.3. VARIABLES DE ESTUDIO

a). *Diagnóstico psiquiátrico*

b). *Locura (trastorno mental)*

4.4. DEFINICION DE REFERENCIA.

a) Diagnóstico psiquiátrico

La palabra "diagnóstico" se deriva del griego "dagnòstekein", que significa distinguir, diferenciar. Dentro de los aspectos psiquiátricos, esto se realiza por medio de procedimientos que permiten en primer lugar determinar la naturaleza de los fenómenos patológicos, a través de signos y síntomas que le son propios; para posteriormente ser clasificado en una entidad o grupo y así comprender adecuadamente elementos que se presentaban en desorden, es decir, el diagnóstico psiquiátrico es el proceso mediante el cual se intenta someter a verificación científica la hipótesis de pertenencia, de ciertas manifestaciones clínicas observadas en un paciente.(Guimon, J., 1988).

Para los fines de esta investigación, el diagnóstico sera el que se obtuvo por medio del análisis del registro asentado en los expedientes, del "Manicomio General de La Castañeda"

b). Locura (enfermedad mental/ trastorno mental)

El vocablo locura se origina de la expresión "loco", palabra que existe únicamente en español y portugués. Loco, procedente de "laucu", de origen incierto, tal vez del árabe lauq, de alwaq, tonto o loco. Del mismo modo, la locura se asocia con un saco lleno de aire (follis en latín), "foul" en inglés; "folie" en francés o el italiano "folia"; la relación entre el aire y la locura se encuentra en que el loco se le llama chiflado o cabeza hueca, es decir, llena de aire (Alonso, M., 1983).

De acuerdo al DSM IV (American Psychitric Association, 1996) un trastorno mental es un síndrome o patrón psicológico de significación clínica; el cual aparece asociado a un malestar, discapacidad o pérdida de la libertad, debido a una disfunción conductual, psicológica o biológica.

Aunque el término "locura" esté excluido de las clasificaciones internacionales y de algunos textos científicos especializados; su amplio manejo popular está claramente relacionado con la enfermedad mental, ya que ambos conceptos representan múltiples aspectos en común: loco, desequilibrado, enfermo, retrasado, tonto, degenerado, entre otros.

En este estudio se considera como "locura" al concepto psiquiátrico que determina la incapacidad para desarrollarse individualmente, debido a la pérdida o alteración de procesos (conducta, memoria, pensamiento, lenguaje, aprendizaje, etc) y funciones psicológicas (inteligencia, personalidad), y que determinó la segregación de los individuos con estas características.

4.5. SUJETOS

Durante un período de 50 años (1910-1960) habían ingresado al manicomio general un total de 51696 enfermos; quienes fueron registrados por medio de un expediente, y de los cuales 700 fueron encontrados en el archivo del Hospital Psiquiátrico Infantil.

Por lo que se decidió trabajar con estos documentos tomando como base los siguientes criterios:

4.6. CRITERIOS DE INCLUSION

- Expedientes que cuenten con referencias al ingreso del paciente (hoja de ingreso)
- Expedientes que cuenten con diagnóstico.
- Que se hayan elaborado durante el período ya referido.
- Que reporten algún tipo de estudio (examen mental, historia clínica, exploración médica, análisis de laboratorio o reporte de cirugía) del paciente.

4.7. MUESTRA

La muestra se obtuvo al revisar el archivo del Hospital Psiquiátrico Infantil "Juan N. Navarro".

El tipo de muestra fue no probabilístico por cuota intencional ya que se seleccionaron los documentos basándose en los criterios de inclusión.

La muestra quedó conformada por 378 expedientes que contaban con un registro de ingreso y al menos dos más de los criterios señalados.

4.8. TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo y retrospectivo con seguimiento, debido a que se utiliza información ya recabada, para a partir de ella obtener nueva información

4.9. DISEÑO

En el presente estudio se utilizó un diseño de un solo grupo, en la que se registraron los criterios diagnósticos de 378 expedientes.

Posteriormente se hizo un análisis cualitativo y de frecuencias para determinar en primera instancia la confiabilidad de la nomenclatura, y los cambios que presentó la misma en los diferentes períodos.

4.1.1. INSTRUMENTO

Se diseñó una hoja de registro (ver anexo u hoja Número A-1) donde se anotaron los datos referentes a la fecha de elaboración del expediente, edad, sexo, curso de la enfermedad, antecedentes, síntomas, observaciones respecto a los expedientes y diagnóstico.

4.1.2. PROCEDIMIENTO

El acceso a estos documentos se logró a través de una búsqueda en los archivos bibliográficos del Hospital Psiquiátrico Infantil "Juan N. Navarro", lo que dio como resultado la localización de 700 expedientes, de los cuales solo 378 se utilizaron ya que los 322 restantes no contaban con la información suficiente respecto al ingreso del paciente (hoja de ingreso).

Una vez seleccionado los expedientes se inició la recopilación de datos, para la cual se empleó la hoja de registro A-1 y donde se anotaron la fecha de ingreso, edad, sexo, curso de la enfermedad, síntomas y diagnóstico.

De forma que la muestra se comporto de la siguiente manera:

PERIODO	NÚMERO DE EXPEDIENTES
1910-1919	41
1920-1929	97
1930-1939	107
1940-1949	56
1950-1959	77

Para facilitar el análisis de la información se ordenaron los datos (en cuadros) correspondientes a cada período conforme a los siguientes aspectos:

- a) Ingreso por edades comprendiendo un rango de cinco años;
- b) sexo masculino y femenino,
- c) diagnóstico psiquiátrico,
- d) expedientes con o sin sintomatología,
- e) y aquellos canalizados por la policía con o sin diagnóstico previo; así mismo se tomaron en cuenta los documentos sin diagnóstico; finalmente se organizó un cuadro donde se acentaron las normas clínicas para establecer los diagnósticos, los rubros que ocuparon este apartado fueron la sintomatología, antecedentes, tiempo para emitir el diagnóstico, y una sección que especifica la existencia de la nomenclatura en la actual clasificación (DSM-IV), así como sus normas.

Por su parte, el análisis cualitativo se desarrolló basándose en referencias acordes a la época mismas que fueron los siguientes:

- ❖ Mis 31 años de Académico en la Academia Nacional de Medicina de México (Aragón, E., 1911-1942);
- ❖ Compendio de diagnóstico psiquiátrico (Raecke, J., 1922);
- ❖ Desarrollo Histórico y Corrientes Actuales de la Psiquiatría (Nieto, D., 1961),
- ❖ Y Psiquiatría clínica (Patiño, J., 1980).

Referencias que se obtuvieron en la antigua escuela de medicina, con el fin de comparar las normas para establecer un diagnóstico que se empleaba en ese momento histórico, con el realizado en el "Manicomio de La Castañeda". Del mismo modo se revisó el libro Compendio de Psiquiatría (Ey, E., 1977) como auxiliar de este apartado.

Finalmente, los diagnósticos producidos se examinaron por medio de un análisis de frecuencias para conocer su evolución en los períodos ya mencionados.

CAPITULO V

RESULTADOS Y ANÁLISIS DE DATOS

Para la revisión del presente estudio se exploraron 700 expedientes, de los cuales finalmente se incluyeron en la muestra 378, debido a que los 322 restantes no cumplieron con el criterio de inclusión "hoja de ingreso" en la que se reportara un diagnóstico; normas para establecer el mismo ya sea historia clínica, examen mental, algún tipo de reporte o exploración.

Por cada período de 10 años se presenta un análisis de datos que considera los siguientes aspectos: ingresos por edad, diagnóstico y normas para establecer el diagnóstico.

PERÍODO 1910-1919.

Cuadro 1

INGRESOS POR EDADES 1910-1919

RANGO EN EDADES	NUMERO DE PACIENTES	MASCULINO	FEMENINO
5-9	1	0	1
10-14	1	0	1
15-19	2	2	0
20-24	4	2	2
25-29	4	4	0
30-34	3	2	1
35-39	7	6	1
40-44	3	1	2
45-49	4	1	3
50-54	1	0	1
55-59	1	1	0
60-64	2	1	1
65-69	2	2	0
70-74	0	0	0
75-79	1	0	1
Sin datos	5	1	4
Total	41	23= 56%	18=44%

En este cuadro se puede observar que el mayor número de pacientes ingresados se encontraba en un rango de edad entre los 35 y 44 años, que de acuerdo al número total de ingresos representa un 24.38%; posiblemente debido a que es en esta etapa en la que las enfermedades orgánicas empiezan a presentar

sus secuelas, al estar el sujeto expuesto a infecciones, intoxicaciones o en todo caso a enfermedades progresivas (Patiño, 1980).

Otro factor que resalta es el porcentaje de expedientes que no cuentan con datos en relación con la edad (12.19%); lo que me lleva a cuestionar la función del manicomio como lugar de encierro. Así mismo, sobresale dentro de estos resultados, el elevado número de pacientes hombres 56% contra 44% en mujeres, probablemente debido a la resistencia biológica que caracteriza a las mujeres.

Cuadro 1.2

INGRESOS POR DIAGNÓSTICOS 1910-1919

DIAGNÓSTICO	# DE EXPEDIENTES	MASCULINO	FEMENINO	EXPEDIENTES CON SINTOMATOLOGÍA	EXPEDIENTES SIN SINTOMATOLOGÍA	CANALIZADO POR LA POLICÍA CON DX. PREVIO
ALCOHOLISMO CRÓNICO	2	2	0	2	0	0
INTOXICACIÓN ALCOHÓLICA.	2	2	0	1	1	1
DELIRIO ALCOHÓLICO	2	2	0	1	1	1
PSICOSIS ALCOHÓLICA	2	1	1	2	0	0
DEMENCIA	2	1	1	1	1	1
DEMENCIA SENIL	4	1	3	3	1	0
DEMENCIA PRECOZ	4	2	2	4	0	0
EPILEPSIA	5	1	4	4	1	0
CONFUSIÓN MENTAL	2	2	0	2	0	0
PARÁLISIS GENERAL PROGRESIVA	2	1	1	2	0	0
ENAJENACIÓN MENTAL	3	1	2	0	3	2
TOTAL CON DIAGNÓSTICO	30=73%	16=39%	14=34%	22=53%	8=20%	5=12%
SIN DIAGNÓSTICO	11=27%	7=17%	4=10%	9=22%	2=5%	2=5%
TOTAL	41	23	18	31	10	7

De los expedientes que se tomaron en cuenta para este período, los que reportaron algún diagnóstico representan el 73%, en tanto que, el 27 % restante son expedientes que no cuentan con ningún diagnóstico; sin embargo se tomaron

en cuenta debido a que contaban con datos como síntomas o en todo caso con indicadores de antecedentes del padecimiento.

Así mismo, de los documentos que no contaban con una clasificación el 5% no presenta información alguna sobre tipo de sintomatología; de igual forma y con el mismo porcentaje se realizaron internamientos por ordenes de la demarcación de policía; en algunos casos era el médico legista el que se encargaba de la tarea, ya que otras veces lo hacía directamente el juez jurídico o encargado del juzgado.

Por otra parte, de los reportes con diagnósticos el 53% del total de la muestra, registraba al menos un síntoma, contra el 20% que no contaba tal información asimismo el 12% de éstos fueron canalizados por la policía.

Estos datos nos da una muestra total de 41 expedientes, 23 de hombres y 18 mujeres, el 75% fueron expedientes que reportaban al menos un síntoma y el 25% restante solo contaba con datos respecto a algún tipo de antecedente; por último, en este período fue clara la intervención del sistema judicial con un 17% de canalizaciones.

Es interesante señalar que 8 (27%) de los diagnósticos tienen que ver con algún trastorno derivado de la ingesta de alcohol, de los cuales 7 correspondieron al sexo masculino y 1 al femenino. En tanto que se emitieron 10 (33%) diagnósticos sobre algún tipo de demencia, correspondiente 6 al sexo femenino y 4 al masculino. En cuanto al renglón de epilepsia, se encontraron 5 (17%) diagnósticos, 4 de mujeres y 1 de hombres.

Cuadro 1.3

**NORMAS PARA ESTABLECER
LOS DIAGNÓSTICOS
PERÍODO 1910-1919.**

DIAGNÓSTICO	SINTOMATOLOGÍA	ANTECEDENTES	TIEMPO PARA EMITIR EL DIAGNÓSTICO	DIAGNÓSTICO DSM-IV.	CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO
ALCOHOLISMO CRÓNICO	⇒ Ataques epilépticos ⇒ Alucinaciones visuales y auditivas ⇒ Insomnio ⇒ Temblores en todo el cuerpo	⇒ Abuso de alcohol ⇒ Sufrimiento de estado de coma	AL MOMENTO DE INGRESAR	EN EL MANUAL NO SE REPORTA EL DIAGNÓSTICO DE ALCOHOLISMO CRÓNICO	
INTOXICACIÓN ALCOHÓLICA	⇒ Alucinaciones auditivas y visuales ⇒ Convulsiones ⇒ Temblor en todo el cuerpo.	⇒ Abuso de alcohol	AL MOMENTO DE INGRESAR	EN EL MANUAL NO SE REPORTA EL DIAGNÓSTICO DE INTOXICACIÓN ALCOHÓLICA	
DELIRIO ALCOHÓLICO	⇒ Delirios de persecución	⇒ Abuso de Pulque	AL MOMENTO DE INGRESAR	EL MANUAL NO REPORTA EL DX. DE DELIRIO ALCOHÓLICO	
PSICOSIS ALCOHÓLICA	⇒ Insomnio ⇒ Amnesia ⇒ Alucinaciones auditivas y visuales ⇒ Delirios de persecución.	⇒ Abuso de Alcohol	AL MOMENTO DE INGRESAR	EN EL MANUAL NO SE REPORTA EL DIAGNÓSTICO DE PSICOSIS ALCOHOLICA	

Durante este período los psiquiatras mexicanos emitieron más diagnósticos relacionados con el abuso de alcohol, con un porcentaje del 27% de 30 expedientes; entre los que se encontraron los diagnósticos de **Alcoholismo Crónico** (2 casos) basándose en síntomas de ataques epilépticos, alucinaciones, insomnio y temblor en todo el cuerpo, así como el antecedente de abuso de alcohol en ambas ocasiones y el sufrimiento de estado de coma en solo uno de ellos.

Así mismo, esta clasificación fue emitida al momento de ingresar el paciente quedando descartada la presunción del mismo o su posible estudio, ya que los parámetros eran diferentes a los referidos en la bibliografía de la época (pérdida de sentimientos, abolición de las facultades intelectuales, debilidad de la memoria y de la voluntad, ver cuadro 4 de anexos), además de describirlo como un estado de transición en algunos casos o en otros como extremo (datos que no fueron tomados en cuenta por los médicos mexicanos). También al no señalar los niveles de consumo, y solo realizar especulaciones de un padecimiento, o bien el antecedente de estado de coma que debió desarrollar los síntomas descritos, cambiando el diagnóstico y dejando de ser el alcohol la etiología del trastorno (ver cuadro 1.3)

Por otra parte, la clasificación de **Intoxicación Alcohólica** (2 casos) presentó 3 de los 4 síntomas del anterior (alcoholismo crónico): alucinaciones, convulsiones y temblor en todo el cuerpo; y el abuso de alcohol como único antecedente.

De la misma manera el rótulo fue asignado al momento del ingreso, pero sobresale la falta de sintomatología en uno de los casos, canalizado por un médico general ajeno al manicomio (médico de la demarcación de policía, que en algunos casos fungía con título de partero); motivos suficientes para que este diagnóstico pierda su validez, y se anule todo argumento de internamiento para el paciente, más no de su tratamiento.

Tal situación que se repite con el diagnóstico de **Delirio Alcohólico**, basado en un síntoma (delirios de persecución); aunque esté presente el abuso de alcohol, el delirio probablemente se desarrolló por causas ajenas del mismo; si bien la especulación que se hace es exagerada, en función de la falta de datos y aun así etiquetarla la sobrepasa en gran escala.

El último ordenamiento relacionado con el abuso de alcohol en este período, fue el de **Psicosis Alcohólica**, basada en datos similares a los ya mencionados, cambiando solo al incluir el síntoma de amnesia, insuficiente para mantener este diagnóstico.

A su vez, es notoria la carencia de fundamentos teóricos de los psiquiatras del manicomio durante estos años, al no ser sólidas las hipótesis individuales que empleaban, como tampoco las bases teóricas que se citaban, ocasionando encierros masivos que probablemente fueron ajenos a cualquier trastorno.

Otro error, fue el permitir que personas sin preparación realizaran su tarea (jefes policiacos, parteros entre otros). Aunque en este período el país estaba en medio de una revolución, las negligencias eran evidentes.

.....Continuación del cuadro 1.3

**NORMAS PARA ESTABLECER
LOS DIAGNÓSTICOS
PERÍODO 1910-1919.**

DIAGNÓSTICO	SINTOMATOLOGÍA	ANTECEDENTES	TIEMPO PARA EMITIR EL DIAGNÓSTICO	DIAGNÓSTICO DSM-IV.	CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO
DEMENCIA	EL EXPEDIENTE NO REPORTA SÍNTOMAS	SIN DATOS	AL MOMENTO DE INGRESAR	EL MANUAL NO REPORTA EL DX. DE DEMENCIA.	
DEMENCIA SENIL	⇒ Falta de orientación en tiempo lugar y espacio ⇒ Pérdida de la memoria ⇒ Risas y llanto sin motivo aparente	SIN DATOS	AL MOMENTO DE INGRESAR	EN EL MANUAL NO SE REPORTA EL DIAGNÓSTICO DE DEMENCIA SENIL	
DEMENCIA PRECOZ	⇒ Negativismo ⇒ Mutismo ⇒ Estado catatónico ⇒ Discurso incoherente e incongruente ⇒ Agresivo ⇒ Poco comunicativo ⇒ Aislado ⇒ Embotamiento afectivo ⇒ Déficit en la memoria	SIN DATOS	AL MOMENTO DE INGRESAR	EN EL MANUAL NO SE REPORTA EL DIAGNÓSTICO DE DEMENCIA PRECOZ, EN SU LUGAR SE UTILIZA LA CLASIFICACIÓN DE ESQUIZOFRENIA	
EPILEPSIA	⇒ Alucinaciones auditivas y visuales ⇒ Convulsiones ⇒ Pérdida de la memoria	⇒ Abuso de alcohol	AL MOMENTO DE INGRESAR	EL MANUAL NO SE REPORTA EL DX. DE EPILEPSIA.	
CONFUSIÓN MENTAL	⇒ Pérdida de la memoria ⇒ Agresión ⇒ Alucinaciones auditivas y visuales	⇒ Abuso de alcohol	AL MOMENTO DE INGRESAR	EL MANUAL NO REPORTA EL DX. DE CONFUSIÓN MENTAL	
PARÁLISIS GENERAL PROGRESIVA	⇒ Insomnio ⇒ Agresividad ⇒ Pérdida de la memoria ⇒ Delirios de grandeza	⇒ Abuso de bebidas embriagantes (Pulque, cerveza, aguardiente y jerez)	AL MOMENTO DE INGRESAR	EL MANUAL NO REGISTRA EL DX. DE PARÁLISIS GENERAL PROGRESIVA	
ENAJENACIÓN MENTAL	SIN DATOS	SIN DATOS	AL MOMENTO DE INGRESAR	EL MANUAL NO SE REPORTA EL DIAGNÓSTICO DE ENAJENACIÓN MENTAL	
SIN DIAGNÓSTICO	SIN DATOS	▷ Abuso de alcohol ▷ Fiebres continuas	AL MOMENTO DE INGRESAR	SIN DATOS	

En cuanto a las clasificaciones que corresponden al grupo de las demencias, alcanzaron el 14.63% de la muestra, designando los diagnósticos de **Demencia** en dos ocasiones (1 masculino, 1 femenino); ambos no reportan algún dato que permita mantener dicha nomenclatura, así como el criterio unilateral de la demarcación de policía para establecerlo (1 caso). También es notoria la carencia de fundamentos teóricos, como la generalización del trastorno. Diagnóstico empleado por Felipe Pinel y que para este período había modificado Kalbahum, denominándolo en cuatro períodos contrarios a lo que consideraron los psiquiatras mexicanos (psicosis única).

Así mismo, dentro de este grupo se designó a la **Demencia Senil** (4 casos) con los criterios de falta de orientación en tiempo y espacio, pérdida de la memoria y risas inmotivadas (3 casos); en el restante, el expediente no reporta sintomatología.

Respecto a los factores que originaron la enfermedad, en los cuatro expedientes revisados no hay datos; omisiones que señalan nuevamente la falta de fundamentos y cuidado para emitir un diagnóstico, considerando que por tratarse de un síndrome asociado a la vejez y que se manifiesta en una serie de conductas (dificultad para asimilar nuevas experiencias); síntomas en áreas como percepción, memoria y fijación; igualmente ideas hipocondríacas, melancólicas o de índole paranoico.

De la misma forma, se continuó emitiendo el diagnóstico al instante que el sujeto entraba a la institución, dejando de considerar una posible evolución.

El que le siguió en este período, es el denominado por antonomasia como la locura; la **Demencia Precoz (o esquizofrenia)** en esta ocasión establecida por el negativismo, mutismo, estado catatónico, discurso incoherente, agresividad, embotamiento afectivo, aislamiento y déficit en la memoria, los cuales llevaron a cuatro sujetos al encierro (2 masculinos, 2 femeninos); aunque con la presencia de estos síntomas era evidente el desorden en el comportamiento. Su etiología es desconocida.

Tomando en cuenta los criterios postulados por Kraepelin se trató de un síndrome porque durante su curso y evolución no están presentes factores de intoxicación, enfermedad u otro indicador orgánico, de manera que aparece abruptamente durante el desarrollo del sujeto.

Al diagnosticar a la **epilepsia** se tomó como criterio único las convulsiones, sin considerar a los síntomas complementarios (alucinaciones y pérdida de la memoria) como entidades separadas del síndrome, así como el antecedente de intoxicación (abuso de alcohol) que intervino en gran parte al comportamiento presentado. También son anuladas las referencias teóricas (ver cuadro de fundamentos teóricos), lo cual anula el internamiento del individuo, siendo que este desorden debió ser manejado bajo otras perspectivas, aunque desencadene consecuencias psiquiátricas el sujeto tiene un marco de referencia similar a los denominados normales.

Del mismo modo, en éste la policía interviene nuevamente y se olvida la psiquiatría de reafirmar o sustituir las posturas judiciales que dieran al individuo la oportunidad de **no ser** devaluado.

Por otra parte, si la consigna del manicomio era apartar a todo aquello cuyo comportamiento fuera diferente al de la norma, no bastó con emplear equivocadamente las clasificaciones, también se inventaron términos que se dejaban a la subjetividad del que los empleaba; lo cual ocurrió con el diagnóstico de **Confusión Mental** basado en cuatro criterios (pérdida de la memoria, agresión, alucinaciones y abuso de alcohol), que solo discrimina por medio de una idea peyorativa un trastorno que era totalmente diferente a los que el profesional pretendió describir y que podría ser empleado por cualquier miembro de la sociedad, cuestionando una vez más la tarea de la psiquiatría.

Respecto a la nomenclatura **Parálisis General Progresiva** los médicos de "**La Castañeda**" se basaron en criterios sintomáticos (insomnio, agresividad, pérdida de la memoria y delirios de grandeza) propios de la enfermedad; a pesar de ello se dejó de vincular la sintomatología con el origen de la enfermedad, al ser esta de un carácter infeccioso (Raecke, 1925) y no de intoxicación como lo propusieron en "**La Castañeda**".

Lo cual no se puede decir de la denominada **Enajenación Mental** (3 casos, ver cuadro 1.2) establecida sin tener un dato; además de ser realizada por la demarcación de policía.

Por último, ante la idea de depurar a la sociedad de la locura, los médicos del el manicomio mexicano llegaron al extremo al tener internos **Sin Diagnósticos**, a quienes mantuvieron en el encierro sin tener un argumento científico, ya que únicamente reportaron síntomas que eran propias de una enfermedad mental y no les importo darle una lógica y explicación clínica; y por el numero de porcentaje(27% de la muestra).

Esto curiosamente favorece corresponder a una de las categorías propuestas en el DSM en el año de 1978, "sin trastorno mental o términos no diagnosticados para uso administrativo". Lo cual nos puede dar una referencia de los trabajos de principio del siglo XX.

PERÍODO 1920-1929.

Con el fin de la revolución Mexicana la política de población pretendió desaparecer todo aquello que se identificara con la práctica del porfirismo, cediendo a su paso los vientos renovadores del siglo XX industrial. Pensamiento olvidado para el manejo de los trastornos mentales, ya que en estas fechas los ingresos se incrementaron en gran proporción respecto a la década anterior (dentro de la muestra manejada); también fue así en términos reales ya que en los primeros diez años de su existencia, el manicomio tuvo traslados masivos de los hospitales San Hipólito y del Canoa mismos que habían alojado por muchos años a estos pacientes.

De manera que para los años 20's los ingresos se presentaron de la siguiente manera:

Cuadro 2

INGRESOS POR EDADES 1920-1929

RANGO DE EDADES	NÚMERO DE PACIENTES	MASCULINO	FEMENINO
5-9	0	0	0
10-14	1	0	1
15-19	5	4	1
20-24	13	9	4
25-29	16	13	3
30-34	21	13	8
35-39	11	9	2
40-44	5	2	3
45-49	5	4	1
50-54	5	4	1
55-59	5	4	1
60-64	2	2	0
65-69	2	0	2
70-74	2	1	1
75-79	0	0	0
80-84	0	0	0
SIN DATOS	2	1	1
TOTAL	95	66	29

El porcentaje más alto de ingresos en función de la edad se ubica en el rango comprendido entre 25 y 34 años (39%); dato totalmente diferente a la década de los 10's y que sugiere un desarrollo de los trastornos mentales en edades cada vez más tempranas posiblemente por el conflicto bélico que atravesó el país.

Respecto a los expedientes que no cuentan con ningún dato (sobre la edad del paciente), resultaron disminuidos de un 12% en los años 10's a un 2% debido en gran parte al freno en el furor por diagnosticar, aunque los realizados tampoco fueron asertivos.

Por otra parte, en este período sobresaie el elevado porcentaje (70%) de hombres canalizados a esta institución; las causas debieron ser múltiples, entre estas, la post-revolución y sus distorsiones que usaron al manicomio como instrumento de poder ante el desorden que ocasiona una transición como la ocurrida en nuestro país; donde las partes implícitas siempre van a estar representadas por la figura masculina.

Cuadro 2.1

INGRESOS POR DIAGNÓSTICO 1920-1929

DIAGNÓSTICO	N. DE EXPEDIENTES	MASCULINO	FEMENINO	EXPEDIENTES CON SINTOMATOLOGÍA	EXPEDIENTES SIN SINTOMATOLOGÍA	CANALIZADO POR LA POLICIA CON DX. PREVIO	CANALIZADO POR LA POLICIA SIN DX. PREVIO
ESQUIZOFRENIA	1	1	0	1	0	0	0
ESQUIZOFRENIA SIMPLE	1	1	0	1	0	0	0
ESQUIZOFRENIA CATATÓNICA	1	1	0	1	0	0	0
ESQUIZOFRENIA PARANOIDE	2	2	0	2	0	0	1
HEBÉFRENIA	1	0	1	1	0	0	0
DEMENCIA PRECOZ SIMPLE	1	1	0	1	0	0	0
DEMENCIA PRECOZ HEBÉFRENICA	3	2	1	3	0	0	1
DEMENCIA PRECOZ CATATÓNICA	2	1	1	2	0	0	0
DEMENCIA PRECOZ ALUCINATORIA	1	1	0	1	0	0	1
PSICOSIS ALUCINATORIA	1	0	1	1	0	0	0
PSICOSIS EPILÉPTICA	1	1	0	1	0	0	0
PSICOSIS MANÍACO-DEPRESIVA	2	0	2	2	0	0	0
PSICOSIS SISTEMATIZADA ALUCINATORIA CRÓNICA	1	1	0	1	0	0	0
PARANOLA SECUNDARIA	1	0	1	1	0	0	0
ALCOHOLISMO	2	2	0	2	0	0	0

.....Continuación Cuadro 2.1

INGRESOS POR DIAGNÓSTICO 1920-1929

DIAGNÓSTICO	# DE EXPEDIENTES	MASCULINO	FEMENINO	EXPEDIENTES CON SINTOMATOLOGÍA	EXPEDIENTES SIN SINTOMATOLOGÍA	CANALIZADO POR LA POLICIA CON DX. PREVIO	CANALIZADO POR LA POLICIA SIN DX. PREVIO
ALCOHOLISMO SIN PERTURBACIONES PSÍQUICAS	1	1	0	1	0	0	0
PSICOSIS ALCOHÓLICA	4	3	1	4	0	0	0
PSICOSIS ALCOHÓLICA AGUDA	2	2	0	2	0	0	0
PSICOSIS ALCOHÓLICA ALUCINATORIA	1	1	0	1	0	0	0
ALUCINOSIS ALCOHÓLICA AGUDA	1	1	0	1	0	0	0
EXCITACIÓN ALCOHÓLICA	1	1	0	1	0	0	0
CONFUSIÓN MENTAL ALCOHÓLICA	1	1	0	1	0	0	0
TOXICOMANÍA EXÓGENA	1	1	0	1	0	0	0
TOXICOMANÍA MIXTA	1	0	1	1	0	0	0
HEROÍMANÍA	2	2	0	2	0	0	0
DEMENCIA SENIL	2	0	2	2	0	0	1
DEMENCIA SENIL DELIRANTE	1	1	0	1	0	0	0
DEMENCIA ORGÁNICA	1	0	1	1	0	0	0
DEMENCIA CATATÓNICA	1	0	1	1	0	0	0
DEMENCIA EPILEPTICA	1	0	1	1	0	0	0
ALCOHOLISMO CRÓNICO	5	4	1	5	0	0	0
ALCOHOLISMO AGUDO	1	1	0	1	0	0	0
ALCOHOLISMO AGUDO Y EPILEPSIA	1	1	0	1	0	0	0
MANÍA AGUDA	1	1	0	1	0	0	0
MANÍA AGUDA DELIRANTE	2	2	0	2	0	0	0
MANÍA INTERMITENTE	1	1	0	1	0	0	0
MANÍA ALUCINATORIA AGUDA	1	1	0	1	0	0	0
MANÍA HIISTERICA	1	0	1	1	0	0	0
HISTERIA MANÍA AGUDA	1	0	1	1	0	0	0
EXCITACIÓN MANÍACA	1	0	1	1	0	0	0

.....Continuación del Cuadro 2.1

INGRESOS POR DIAGNÓSTICO 1920-1929

DIAGNÓSTICO	# DE EXPEDIENTES	MASCULINO	FEMENINO	EXPEDIENTES CON SINTOMATOLOGÍA	EXPEDIENTES SIN SINTOMATOLOGÍA	CANALIZADO POR LA POLICIA CON DX. PREVIO	CANALIZADO POR LA POLICIA SIN DX. PREVIO
MANÍA	1	1	0	1	0	0	0
PSICOSIS	5	3	2	5	0	0	0
PSICOSIS PARANOIDAL	3	2	1	3	0	0	0
PSICOSIS PARANOIDAL	1	1	0	1	0	0	0
PSICOSIS PARANOIDAL	1	1	0	1	0	0	0
PSICOSIS PARANOIDAL	11	10	1	10	1	0	1
PSICOSIS PARANOIDAL	1	1	0	1	0	0	0
PSICOSIS PARANOIDAL	1	0	1	1	0	0	0
PSICOSIS PARANOIDAL	1	1	0	1	0	0	0
PSICOSIS PARANOIDAL	1	0	1	0	1	0	0
TOTAL	11	7	4	10	0	0	0
CON SINTOMATOLOGÍA	84=88 %	60=63%	24=25 %	82=98%	1=2%	0=0%	5=6%
SIN SINTOMATOLOGÍA	11=11%	7=7%	4=4%	10=10%	0=0%	0=0%	0=0%
TOTAL	95	67	28	92	2	0	5

Con respecto a los ingresos por diagnóstico, además del incremento en los ingresos se observa un incremento en los expedientes que registraron los diagnósticos y un gran porcentaje especificó la sintomatología; asimismo, solo el 88% de los expedientes contaban con clasificación (63% hombres y 25% mujeres), los cuales el 2% no reportó al menos un dato sintomatológico y el 6% fue canalizado por la policía.

Así mismo hay varios datos interesantes a analizar, en comparación al período anterior ningún expediente llegó diagnosticado por la policía; sugirieron nuevos diagnósticos como: el de esquizofrenia con diferentes variedades, manía, psicosis maníaca, depresiva, etc. A su vez, el mayor número de encierros fue en relación con el alcoholismo y la epilepsia sin tomar en cuenta las normas contemporáneas que se utilizaba en países como Francia o Alemania.

De éstos últimos señalamientos nuevamente surge la pregunta ¿cuáles eran los criterios para encerrar a un individuo en "La Castañeda", sin duda no lo había o era dejado a la subjetividad de la autoridad en turno ya fuera médica o jurídica.

**DIAGNÓSTICOS RELACIONADOS
CON LA ESQUIZOFRENIA
Período 1920-1929**

DIAGNÓSTICO	SINTOMATOLOGÍA	ANTECEDENTES	TIEMPO PARA DIAGNOSTICAR	DIAGNÓSTICO DSM-IV	CRITERIOS PARA DIAGNOSTICAR
ESQUIZOFRENIA	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Indiferencia desorientación en tiempo y lugar ⇒ memoria disminuida ⇒ delirios de persecución ⇒ afectividad, juicio disminuidos 	SIN DATOS	AL MOMENTO DE INGRESAR	EN EL MANUAL SE REPORTA COMO ESQUIZOFRENIA F20.0X	<p>Los criterios son los siguientes:</p> <p>A. Síntomas característicos: Dos (o más) de los siguientes, cada uno de ellos presentes durante una parte significativa de un período de un mes.</p> <p>(1) ideas deliriantes (2) alucinaciones (3) lenguaje desorganizado (4) comportamiento catatónico o gravemente desorganizado (5) síntomas negativos, por ejemplo, aplanamiento afectivo, alogia o abulia.</p> <p>B. Disfunción social/laboral: durante una parte significativa del tiempo desde el inicio de la alteración, una o más áreas importantes de actividad, como son el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado de uno mismo, están por de bajo del nivel previo al inicio del trastorno.</p> <p>C. Duración. Persisten signos continuos de la alteración durante al menos 6 meses. En este período se debe incluir al menos un mes de síntomas que cumplan el criterio A (o menos si se ha tratado con éxito).</p> <p>D. Exclusión de los trastornos esquizoafectivos y del estado de ánimo</p> <p>E. Exclusión de consumo de sustancias y de enfermedad médica</p> <p>Relación con trastorno generalizado del desarrollo</p>
ESQUIZOFRENIA SIMPLE	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Desorientación en tiempo y persona ⇒ déficit de la atención ⇒ juicio y raciocinio pobres ⇒ incomprensión de muchos conceptos aislados 	⇒ Paludismo	DIAGNOSTICADO CINCO MESES DESPUÉS DE SU INGRESO	EN EL MANUAL SE REPORTA COMO ESQUIZOFRENIA F20.0X	
ESQUIZOFRENIA CATATÓNICA	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Desorientación total ⇒ estereotipias y manierismos de mímica ⇒ respuestas retardadas y lentas, sin ser adecuadas ⇒ actividades forzadas y bizarras ⇒ impulsos psicomotrices 	SIN DATOS	AL MOMENTO DE INGRESAR	EN EL MANUAL SE REPORTA COMO ESQUIZOFRENIA TIPO PARANOIDE F.20.2x [295.20]	
ESQUIZOFRENIA PARANOIDE	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Alucinaciones auditivas ⇒ Ideas deliriantes de persecución ⇒ Desorientación en tiempo y persona* ⇒ Juicio y razonamiento perturbado ⇒ Manierismos ⇒ Aislamiento ⇒ Risas inmotivadas ⇒ Atención y memoria perturbadas ⇒ Falta de autocrítica 	⇒ Abuso de alcohol	AL MOMENTO DE INGRESAR	EN EL MANUAL SE REPORTA COMO ESQUIZOFRENIA F20.0X TIPO PARANOIDE (295.30)	
HEBEFRENIA	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Ideas deliriantes de persecución 	SIN DATOS	AL MOMENTO DE INGRESAR	EN EL MANUAL NO SE REPORTA EL DIAGNÓSTICO DE HEBEFRENIA	

*síntomas con mas frecuencia en los diagnósticos.

En nuestros días al aplicar el término **esquizofrenia** en pacientes psiquiátricos, los especialistas recurren a manuales estadísticos (DSM ó CIE) donde se especifican ciertos criterios, por ejemplo en el DSM-IV es importante la presencia de dos o más síntomas durante al menos un mes (ver cuadro 2.5), de igual forma deben presentarse una serie de disfunciones en áreas social y laboral, las exclusiones son, el consumo de sustancias tóxicas (entre estas el alcohol) o enfermedades; se hace énfasis en los dos puntos finales ya que desde principios de siglo fueron normalizados (Bleuler, 1906).

Sin embargo, para la segunda década del siglo XX, en el manicomio mexicano solo se tomaban en cuenta cinco elementos (síntomas; ver cuadro 2.2) que eran similares a la del diagnóstico de psicosis alcohólica. Esta situación lleva al cuestionamiento de ambas categorías.

Se puede inferir así que no existían parámetros uniformes o bien se desconocían, dando como resultado la estigmatización del paciente por medio de términos más modernos pero sin mucho consenso y sin una referencia teórica validada. Ejemplo de ello ocurrió al diagnosticar la **esquizofrenia simple**, a partir de síntomas muy generales y reportar como único antecedente el paludismo.

Cabe mencionar además un atraso aproximado de 100 años en "La Castañeda" en relación con la labor metodológica empleaba desde el siglo XVIII por el Dr. Esquirol (Bercherie, 1980)..

Para finalizar dentro de este orden, y con el fundamento de ideas delirantes de persecución, los médicos del manicomio presentaron a la **hebefrenia**; clasificación presentada en función de un solo criterio diagnóstico que además comparte con la forma paranoide.

DIAGNÓSTICOS RELACIONADOS CON LA PSICOSIS Período 1920-1929

DIAGNÓSTICO	SINTOMATOLOGÍA	ANTECEDENTES	TIEMPO PARA DIAGNOSTICAR	DIAGNÓSTICO DSM-IV	CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO
PSICOSIS	SIN DATOS	SIN DATOS	SIN DATOS	SIN DATOS	IDEM A LOS DIAGNOSTICOS RELACIONADOS CON LA ESQUIZOFRENIA
PSICOSIS SUBAGUDA	⇒ ideas delirantes	⇒ abuso de alcohol	AL MOMENTO DE INGRESAR	EN EL MANUAL SE DIAGNOSTICA COMO TRASTORNO PSICÓTICO INDUCIDO POR SUSTANCIAS. F 10.51 ALCOHOL, CON IDEAS DELIRANTES (291.5)	
PSICOSIS SISTEMATIZADA ALUCINATORIA CRÓNICA	⇒ Pérdida de la afectividad ⇒ Risas inmotivadas ⇒ Amnesia	SIN DATOS	AL MOMENTO DE INGRESAR	EN EL MANUAL NO SE REPORTA EL DIAGNÓSTICO DE PSICOSIS SISTEMATIZADA	

**DIAGNÓSTICOS RELACIONADOS
CON LA PSICOSIS
Período 1920-1929**

DIAGNÓSTICO	SINTOMATOLOGÍA	ANTECEDENTES	TIEMPO PARA DIAGNOSTICAR	DIAGNÓSTICO DSM-IV	CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO
PSICOSIS ALUCINATORIA	⇒ Desorientación total ⇒ Estado confusional ⇒ Memoria disminuida ⇒ Alucinaciones visuales y auditivas ⇒ Delirios de persecución	SIN DATOS	AL MOMENTO DE INGRESAR	EN EL MANUAL NO SE REPORTA EL DIAGNÓSTICO DE PSICOSIS ALUCINATORIA	IDEM A LOS DIAGNOSTICOS RELACIONADOS CON LA ESQUIZOFRENIA
PSICOSIS EPILÉPTICAS	⇒ Déficit en la memoria ⇒ Incoherencia en las ideas	⇒ Abuso de alcohol	AL MOMENTO DE INGRESAR	EN EL MANUAL NO SE REPORTA EL DIAGNÓSTICO DE PSICOSIS EPILÉPTICAS	
PSICOSIS MANÍACO DEPRESIVA	⇒ Desorientación en tiempo y lugar ⇒ Memoria e inteligencia perturbada ⇒ Afectividad perturbada ⇒ Frases incoherentes ⇒ Disminución en memoria ⇒ Delirios de persecución	SIN DATOS	AL MOMENTO DE INGRESAR	EN EL MANUAL SE DIAGNOSTICA COMO TRASTORNO BIPOLAR I, CON EPISODIO MÁS RECIENTE MANÍACO, DEPRESIVO, GRAVE CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS (F.31.x [296.2] O F.31.x [296.5])	
PARANOIA SECUNDARIA	⇒ Ideas de persecución y alucinaciones auditivas	SIN DATOS	AL MOMENTO DE INGRESAR	EN EL MANUAL NO SE REPORTA EL DIAGNÓSTICO DE PARANOIA SECUNDARIA	

Con respecto a los diagnósticos de *psicosis*, resulta necesario aclarar que la conceptualización de ésta como entidad única quedó descartada a partir del modelo etiológico-sintomatológico de Kraepelin(1883, citado por Berchierie,1980), de tal forma que la clasificación realizada dentro de "*La Castañeda*" refleja la falta de actualización por parte del sistema médico, asimismo en nuestros días resulta inconcebible emitir un diagnóstico sin especificar los criterios del mismo, como ocurría en aquel tiempo. Siguiendo con este grupo se encuentran otras clasificaciones como la *psicosis subaguda*, obsoleta en su tiempo por ser considerada como entidad única. Del mismo modo, se repite esta postura en la *psicosis alucinatoria, psicosis sistematizada alucinatoria crónica*.

Esta misma forma de emitir un diagnóstico se repitió en el caso de la *paranoia secundaria*, en ellas aparece una constante (delirios de persecución), que lleva a cuestionar la diferencia de las normas además de la nula argumentación teórica de las mismas.

Por otro lado, Specht(1901, citado por Berchini, 1980) describe a la paranoia secundaria como una variante del diagnóstico de *psicosis maniaco-depresiva*, en ella se presentan ideas de persecución y grandeza unidas a la presencia de un estado afectivo mixto, es decir, una mezcla de miedo y desconfianza en sí mismo.

La forma de diagnosticar de esa época parece poca seria y ética, siguiendo mas bien una tendencia de moda mas que un conocimiento formal, ya que se hacen descripciones en forma de lista de los síntomas presentados y omitiendo tanto la aparición como evolución de los mismos. Situación que ocurrió con el diagnóstico de *psicosis epiléptica*, donde se reportó un factor que probablemente haya desencadenado la sintomatología descrita. Aún con estas interrogantes no queda clara la clasificación, al designarse la epilepsia sin posibles convulsiones.

DIAGNÓSTICOS RELACIONADOS CON EL ALCOHOLISMO Período 1920-1929

DIAGNÓSTICO	SINTOMATOLOGÍA	ANTECEDENTES	TIEMPO PARA DIAGNOSTICAR	DIAGNÓSTICO DSM-IV	CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO
ALCOHOLISMO	⇒ Triste ⇒ Abatido ⇒ Amnesia ⇒ Indiferencia ⇒ Serio	⇒ Sífilis ⇒ Abuso d alcohol*	AL MOMENTO DE INGRESAR	EN EL MANUAL NO SE REPORTA EL DIAGNÓSTICO DE ALCOHOLISMO	
ALCOHOLISMO CRÓNICO	⇒ Ideas extravagantes ⇒ Alucinaciones visuales* ⇒ Anorexia ⇒ Carácter irritable ⇒ Alucinaciones auditivas* ⇒ Insomnio* ⇒ Incoherencias ⇒ Desorientación en tiempo y lugar* ⇒ Delirios polimorfos ⇒ Amnesia	⇒ Abuso de alcohol	AL MOMENTO DE INGRESAR	EN EL MANUAL NO SE REPORTA EL DIAGNÓSTICO DE ALCOHOLISMO	
ALCOHOLISMO AGUDO	⇒ Convulsiones ⇒ Alucinaciones auditivas y visuales	⇒ Abuso de alcohol	AL MOMENTO DE INGRESAR	EN EL MANUAL NO SE REPORTA EL DIAGNÓSTICO DE ALCOHOLISMO AGUDO	
ALCOHOLISMO AGUDO Y EPILEPSIA	⇒ Nerviosidad al responder ⇒ Desorientación en tiempo y lugar	⇒ Abuso de alcohol ⇒ Convulsiones	AL MOMENTO DE INGRESAR	EN EL MANUAL NO SE REPORTA EL DIAGNÓSTICO DE ALCOHOLISMO AGUDO Y EPILEPSIA	

*Síntomas con mayor frecuencia en los diagnósticos

**DIAGNÓSTICOS RELACIONADOS
CON EL ALCOHOLISMO
Período 1920-1929**

DIAGNÓSTICO	SINTOMATOLOGÍA	ANTECEDENTES	TIEMPO PARA DIAGNOSTICAR	DIAGNÓSTICO DSM-IV	CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO
ALCOHOLISMO SIN PERTURBACIONES PSÍQUICAS	⇒ Triste ⇒ Abatido ⇒ Amnesia ⇒ Déficit de memoria	⇒ Abuso de alcohol	AL MOMENTO DE INGRESAR	EN EL MANUAL NO SE REPORTA EL DIAGNÓSTICO DE ALCOHOLISMO SIN PERTURBACIONES PSÍQUICAS	

Como puede verse en el cuadro anterior, los diagnósticos más frecuentes en "La Castañeda" eran los que mantenían una estrecha relación con el abuso de alcohol (24% de una muestra 84 expedientes) entre los que se encuentran: El *alcoholismo* establecido mediante 7 factores (tristeza, abatimiento, amnesia, indiferencia, sífilis, seriedad y abuso de alcohol) aplicado únicamente a hombres, y caracterizado también por las nulas referencias teóricas de su tiempo al fundamentarlo con solo síntomas aislados, dan como resultado una clasificación subjetiva carente de confiabilidad.

Del mismo modo, la postura ante la sífilis debió renovar la perspectiva médica, al ser una enfermedad infecciosa con escasa relación etiológica etílica, orientando así un cuestionamiento dentro del orden sintomatológico aunque la presencia del alcohol sea una constante.

Situación similar ocurrió al denominar el *alcoholismo crónico*, con criterios que mostraban una variedad de síntomas para sintetizar de alguna forma a la enfermedad sumado a la omisión de parámetros ya delimitados, dieron como resultado el desconocimiento en su desarrollo, es decir una etiología, curso y pronóstico; permitiendo que los profesionales del manicomio se enfrentaran a síndromes inexplicables para su formación, lo cual se refleja en la taxonomía de *alcoholismo agudo*, que contaba con la variante de convulsiones, misma que aparecía según los teóricos por una disposición cerebral, elementos que ningún momento son enunciados. O el *alcoholismo agudo y epilepsia*, padecimiento que se originaba por medio de una embriaguez que era acompañada de causas orgánicas (epilepsia, histerismo e inferioridad mental congénita) y de carácter; en su inicio el desencadenamiento se presentaba de forma brusca desarrollando por lo regular conductas extremas (riñas, estados vertiginosos y convulsiones), en este caso no es clara la presencia del síntoma ya que probablemente aparece por una intoxicación o enfermedad, a lo que el diagnóstico de La Castañeda solamente describe un padecimiento de forma empírica.

Así mismo, en lo concerniente al *alcoholismo sin perturbaciones psíquicas*, se establece como una clasificación carente de conductas psiquiátricas y como canalización caprichosa por parte de los médicos.

DIAGNÓSTICOS RELACIONADOS CON LA PSICOSIS ALCOHOLICA Período 1920-1929

DIAGNÓSTICO	SINTOMATOLOGÍA	ANTECEDENTES	TIEMPO PARA DIAGNOSTICAR	DIAGNÓSTICO DSM-IV	CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO
PSICOSIS ALCOHÓLICA	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Confusión mental ⇒ Delirios de persecución ⇒ Alucinaciones visuales ⇒ Alucinaciones auditivas* ⇒ Fuga de ideas ⇒ Desorientación en tiempo y lugar ⇒ Amnesia ⇒ Logorrea ⇒ Juicio y raciocinio disminuidos 	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Abuso de alcohol* ⇒ Sífilis 	AL MOMENTO DE INGRESAR	EN EL MANUAL SE REPORTA COMO TRASTORNO PSICÓTICO INDUCIDO POR SUSTANCIAS F10.52 ALCOHOL, CON ALUCINACIONES (291.3)	<p>Los criterios son los siguientes:</p> <p>A. Alucinaciones o ideas delirantes, (no incluir las alucinaciones si el sujeto es consciente de que son provocadas por la sustancia)</p> <p>B. A partir de la historia clínica, la exploración física o los exámenes de laboratorio hay pruebas de (1) o (2)</p> <p>(1) Los síntomas del criterio A aparecen durante o en el mes siguiente a una intoxicación por o abstinencia de sustancias</p> <p>(2) El consumo de un medicamento está etimológicamente relacionado con la alteración</p>
PSICOSIS ALCOHÓLICA SUBAGUDA	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ amnesia ⇒ juicio y raciocinio disminuidos ⇒ ilusiones ⇒ alucinaciones visuales* ⇒ desorientación en tiempo y espacio ⇒ delirios de persecución 	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Abuso de alcohol* 	AL MOMENTO DE INGRESAR	EN EL MANUAL SE REPORTA COMO TRASTORNO PSICÓTICO INDUCIDO POR SUSTANCIAS F10.52 ALCOHOL, CON ALUCINACIONES (291.3)	<p>(1) o (2)</p> <p>(1) Los síntomas del criterio A aparecen durante o en el mes siguiente a una intoxicación por o abstinencia de sustancias</p> <p>(2) El consumo de un medicamento está etimológicamente relacionado con la alteración</p>
PSICOSIS ALCOHÓLICA ALUCINATORIA	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Alucinaciones auditivas y visuales ⇒ Delirios de persecución ⇒ Excitación psicomotriz ⇒ Agresividad ⇒ Juicio y raciocinio disminuido 	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Abuso de alcohol. 	AL MOMENTO DE INGRESAR	EN EL MANUAL SE REPORTA COMO TRASTORNO PSICÓTICO INDUCIDO POR SUSTANCIAS. F.10.52 ALCOHOL, CON ALUCINACIONES (291.5), CON IDEAS DELIRANTES (292.3).	<p>La alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno psicótico no inducido por sustancias.</p>

*Síntomas con mayor frecuencia en los diagnósticos

**DIAGNÓSTICOS RELACIONADOS
CON LA PSICOSIS ALCOHÓLICA**
Período 1920-1929

DIAGNÓSTICO	SINTOMATOLOGÍA	ANTECEDENTES	TIEMPO PARA DIAGNÓSTICAR	DIAGNÓSTICO DSM-IV	CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO
ALUCINACIONES ALCOHÓLICAS	⇒ Ideas delirantes de persecución ⇒ Alucinaciones auditivas	⇒ Abuso de alcohol	AL MOMENTO DE INGRESAR	EN EL MANUAL SE DIAGNOSTICA COMO TRASTORNO PSICÓTICO, INDUCIDO POR SUSTANCIAS. F 10.52 ALCOHOL, CON ALUCINACIONES (291.3), CON IDEAS DELIRANTES (291.5).	Los criterios son los siguientes: A. Alucinaciones o ideas delirantes, (no incluir los alucinaciones si el sujeto es consciente de que son provocadas por la sustancia) B. A partir de la historia clínica, la exploración física o los exámenes de laboratorio hay pruebas de (1) o (2) (1) Los síntomas del criterio A aparecen durante o en el mes siguiente a una intoxicación por o abstinencia de sustancias (2) El consumo de un medicamento está etimológicamente relacionado con la alteración La alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno psicótico no inducido por sustancias.
EXCITACIÓN ALCOHÓLICA	⇒ Desorientación completa ⇒ Alucinaciones visuales y auditivas	⇒ Sífilis ⇒ Abuso de alcohol	AL MOMENTO DE INGRESAR	EN EL MANUAL NO SE REPORTA EL DIAGNÓSTICO DE EXCITACIÓN ALCOHÓLICA	
CONFUSIÓN MENTAL ALCOHÓLICA	⇒ Juicio y raciocinio torpes ⇒ Tardo para entender ⇒ Amnesia	⇒ Abuso de alcohol	AL MOMENTO DE INGRESAR	EN EL MANUAL NO SE REPORTA EL DIAGNÓSTICO DE CONFUSIÓN MENTAL ALCOHÓLICA	

En otros casos se realizaron descripciones como *psicosis alcohólicas*, las cuales no eran manejadas como tal al considerarse este término como agrupación de una serie de clasificaciones (delirium tremens, alucinosis aguda de bebedores, alcoholismo crónico, entre otros); error que se repitió con la *psicosis subaguda* al tener una estrecha relación con los delirium tremens y al no describir una serie de factores como el consumo de alcohol, la predisposición hereditaria; y no separar aspectos como alucinaciones, delirios, inicio, curso y pronóstico, anulan en su totalidad esta nomenclatura.

Siguiendo con este orden se encontró a la *psicosis alcohólica alucinatoria*, basada en 6 elementos (alucinaciones, delirios de persecución, excitación psicomotriz, agresividad, juicio y raciocinio disminuidos); cinco de éstos síntomas y el antecedente de abuso de alcohol. Sin embargo, éstos datos no ofrecen una

secuencia para clasificar a la enfermedad, es claro que se presentan conductas psiquiátricas, pero al no contar con una exploración que indique el origen del trastorno resulta inútil ofrecer un diagnóstico.

En todo el trabajo llevado en el manicomio de "La Castañeda" resalta una clasificación con bases teóricas sólidas: **alucinaciones alcohólica**, descrita por la escuela alemana como un suceso que se presentaba a partir del consumo constante de alcohol, acompañada de fuertes dolores de cabeza, vértigos y crecientes ruidos en el oído, desarrollando en el individuo alucinaciones y delirios generalmente de persecución; el pronóstico era favorable en un período de 14 días a varios meses por medio de la supresión de alcohol y la aplicación de sedantes (Racke, 1921).

Aunque para dar ese diagnóstico los psiquiatras mexicanos se fundamentaron en solamente tres elementos (ideas delirantes, alucinaciones auditivas y abuso de alcohol) dejando en el tintero la exploración del trastorno y así realizar una mejor intervención para el mismo. En el mismo contexto se aplicó el término **excitación alcohólica**, en ambos casos al no existir una referencia teórica las colocan como descripciones empíricas y subjetivas del médico que las designó. A su vez se encontró a la sífilis y al abuso de alcohol como posibles causas del padecimiento, es decir al desconocer cual de éstos había originado el síndrome, designaban a ambos, dando como resultado el desconocimiento de parámetros para clasificar a los trastornos mentales.

Otro caso similar se registró en el de **confusión mental alcohólica**, con cuatro datos como base ofrecieron una taxonomía que sólo para los médicos era significativa, al no agrupar los elementos ni darles una coherencia, en todo caso nunca se propone un acercamiento teórico que lo validara y sí una propuesta relativa ante una tarea de suma importancia.

Cabe mencionar, que en este grupo de trastornos y en la totalidad que aborda esta investigación los diagnósticos se emitían de forma inmediata, dando la impresión que solo bastaba que el sujeto permaneciera unos instantes en la sala de evaluación para ser clasificado, clasificación errónea, o modificada constantemente, ocasionando a los internos una rotación continua por los diferentes pabellones. En otros casos llevaba a la muerte del paciente al no contar con las mínimas atenciones (higiene, alimentación y tratamiento médico).

En este período aparecen once formas diferentes de nomenclaturas para referir a los trastornos psiquiátricos derivados del consumo excesivo de bebidas embriagantes; algunos son más claros en cuanto intentan describir la sintomatología que amerita el internamiento del paciente, aunque sin determinar su etiología, ni tiempo de permanencia, así como tampoco parece que existiera el criterio de conciencia del individuo sobre algunos de sus síntomas, como lo demarca el DSM-IV. En otros diagnósticos, ni siquiera se incluyen síntomas precisos que expliquen la necesidad de internamiento.

**DIAGNÓSTICOS RELACIONADOS
CON EL CONSUMO DE SUSTANCIAS TÓXICAS
Período 1920-1929**

DIAGNÓSTICO	SINTOMATOLOGÍA	ANTECEDENTES	TIEMPO PARA DIAGNOSTICAR	DIAGNÓSTICO DSM-IV	CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO
TOXICOMANÍA EXÓGENA	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ excitación psicomotriz ⇒ amnesia ⇒ delirio de persecución ⇒ incoherencias ⇒ fuga de ideas ⇒ alucinaciones mixtas 	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Abuso de alcohol ⇒ abuso de marihuana 	AL MOMENTO DE INGRESAR	EN EL MANUAL SE DIAGNOSTICA COMO TRASTORNOS RELACIONADOS CON SUSTANCIAS. ALCOHOL F 10.52, CON IDEAS DELIRANTES (291.5); CON ALUCINACIONES(291.3) Y CANNABIS F. 12.51 CON IDEAS DELIRANTES (292.11), CON ALUCINACIONES F 12.52, (292.12)	Los criterios son los siguientes: A. Alucinaciones o ideas delirantes, (no incluir las alucinaciones si el sujeto es consciente de que son provocadas por la sustancia) B. A partir de la historia clínica, la exploración física o los exámenes de laboratorio hay pruebas de (1) o (2) (1) Los síntomas del criterio A aparecen durante o en el mes siguiente a una intoxicación por o abstinencia de sustancias (2) El consumo de un medicamento está etimológicamente relacionado con la alteración C. La alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno psicótico no inducido por sustancias. Las pruebas de que los síntomas no son atribuibles a un trastorno psicótico no inducido por sustancias pueden ser los siguientes: Los síntomas preceden al inicio del consumo de la sustancia (o al consumo del medicamento); los síntomas persisten durante un período sustancial del tiempo (por ejemplo alrededor de un mes) D. la alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de delirium.
TOXICOMANÍA MIXTA	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Ideas delirantes de grandeza ⇒ amnesia 	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Abuso de heroína ⇒ Abuso de cocaína ⇒ Abuso de morfina 	AL MOMENTO DE INGRESAR	EN EL MANUAL SE DIAGNOSTICA COMO: TRASTORNOS RELACIONADOS CON SUSTANCIAS COCAÍNA CON IDEAS DELIRANTES † 14.51 (292.11); OTRAS SUSTANCIAS CON IDEAS DELIRANTES F. 19.51 (292.11)	
HEROINOMANÍA	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ memoria disminuida ⇒ disminución de la voluntad 	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ abuso de heroína* 	AL MOMENTO DE INGRESAR	EN EL MANUAL NO SE REPORTA EL DIAGNÓSTICO DE HEROINOMANÍA	

*Síntomas con mayor frecuencia en los diagnósticos

Siguiendo dentro de este análisis, aparece el diagnóstico de **toxicomanía exógena** presentada por el abuso de dos sustancias (alcohol y marihuana), sumado a una serie de síntomas; pero al sintetizar el término se puede denominar como el acto compulsivo en el consumo de tóxicos; concepto indiferente para los médicos de la época al no manejarlo como trastorno de personalidad. Aunque no se puede descartar la existencia de un padecimiento, lo único que señala es la utilización de éste como diagnóstico.

Los mismos cuestionamientos se pueden aplicar a las nomenclaturas **Toxicomanía mixta y heroínomanía**. Según los médicos del manicomio la primera se debió al consumo excesivo de tres sustancias (heroína, cocaína y morfina) que desencadenaban ideas delirantes y amnesia; sin embargo es insuficiente esta información para asignar grupos clínicos homogéneos ya que otras sustancias podrían desarrollar los mismos síntomas (por ejemplo: el alcohol); al ser iguales los parámetros en la heroínomanía, resultó necesario

sintetizar características propias del padecimiento y así obtener una mayor exactitud en el desarrollo de éste, para lograr una mejor intervención del problema, labor que nunca fue hecha en "La Castañeda" pasando a tener funciones mas de albergue que de centro de rehabilitación.

**DIAGNÓSTICOS RELACIONADOS
CON EL CONSUMO DE SUSTANCIAS TOXICAS
Período 1920-1929**

DIAGNÓSTICO	SINTOMATOLOGÍA	ANTECEDENTES	TIEMPO PARA DIAGNOSTICAR	DIAGNÓSTICO DSM-IV	CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO
DEMENCIA SENIL	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Crisis epilépticas ⇒ torpeza en la marcha ⇒ desorientación en tiempo y lugar ⇒ confusión de ideas ⇒ amnesia ⇒ alucinaciones auditivas y visuales ⇒ mutismo ⇒ insomnio ⇒ incoherencia 	⇒ Abuso de alcohol	AL MOMENTO DE INGRESAR	EN EL MANUAL NO SE REPORTA EL DIAGNÓSTICO DE DEMENCIA SENIL	
DEMENCIA SENIL DELIRANTE	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Ideas delirantes de grandeza y persecución ⇒ desorientación 	SIN DATOS	AL MOMENTO DE INGRESAR	EN EL MANUAL NO SE REPORTA EL DIAGNÓSTICO DE DEMENCIA SENIL DELIRANTE	
DEMENCIA ORGÁNICA	<ul style="list-style-type: none"> ▷ Agitación psicomotriz ▷ Déficit en todas las facultades mentales ▷ Retardo en la percepción ▷ Lenguaje torpe y lento. 	SIN DATOS	AL MOMENTO DE INGRESAR	EN EL MANUAL NO SE REPORTA EL DIAGNÓSTICO DE DEMENCIA ORGÁNICA	
DEMENCIA CATATÓNICA	<ul style="list-style-type: none"> ▷ Actitudes catatónicas ▷ Incoherente ▷ Negativismo ▷ Estereotipias motrices 	SIN DATOS	AL MOMENTO DE INGRESAR	EN EL MANUAL NO SE REPORTA EL DIAGNÓSTICO DE DEMENCIA CATATÓNICA	
DEMENCIA PRECOZ ALUCINATORIA	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Desconfiado ⇒ Diálogo con imaginación ⇒ negativismo 	SIN DATOS	AL MOMENTO DE INGRESAR	EN EL MANUAL NO SE REPORTA EL DIAGNÓSTICO DE DEMENCIA PRECOZ ALUCINATORIA	

En el análisis ordenado como demencias se encontró como primera taxonomía, la *demencia senil*, confrontando los datos que la formaban resultó distorsionado el concepto de los psiquiatras mexicanos, al omitir el origen que facilitaría su confiabilidad y no ofrecer un diagnóstico especulativo dentro de un grupo ya delimitado. De éste mismo se reportó a la *demencia senil delirante*, al ser una

enfermedad relacionada con el deterioro orgánico conforme al envejecimiento, se descarta el ordenamiento realizado en La Castañeda por no indicar más datos.

Situación similar ocurrió con la **demencia orgánica**, ya que enfatizando a las demencias como producto de un deterioro orgánico, el diagnóstico se vuelve repetitivo, sin mayor diferenciación y consistencia. Del mismo modo, repitieron de manera similar su trabajo con nominaciones como **demencia catatónica y de demencia epileptica**.

Así mismo, no existen datos que señalen la correcta utilización del término de demencia precoz, ya que muchos elementos son similares al empleado en esquizofrenia y también entre sus diversas características (**hebefrénica, catatónica y alucinatoria**).

Por lo tanto al clasificar la **demencia precoz alucinatoria** no fueron claros los motivos por los que se llevo a los pacientes, ya que estos síntomas pueden ser enunciados para sujetos con problemas emocionales (trauma o bien una crisis nerviosa) que no requieren hospitalización.

DIAGNÓSTICOS RELACIONADOS CON EL TRASTORNO DE MANÍA Período 1920-1929

DIAGNÓSTICO	SINTOMATOLOGÍA	ANTECEDENTES	TIEMPO PARA DIAGNOSTICAR	DIAGNÓSTICO DSM-IV*	CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO
MANÍA AGUDA	⇒ Desorientación ⇒ Amnesia ⇒ Raciocinio casi nulo ⇒ tendencia a negativismo	⇒ Abuso de alcohol	AL MOMENTO DE INGRESAR	EN EL MANUAL NO SE REPORTA EL DIAGNÓSTICO DE MANÍA AGUDA	Los criterios son: ideas delirantes y alucinaciones cuyo contenido es enteramente consistente con los temas maníacos típico de aumento de autoestima, poder, sabiduría, identidad o relación con personas famosas, se incluyen síntomas con las ideas de persecución, inserción del pensamiento e ideas delirantes de ser controlados
MANÍA HISTERICA	⇒ Agitación psicomotriz	SIN DATOS	AL MOMENTO DE INGRESAR	EN EL MANUAL NO SE REPORTA EL DIAGNÓSTICO MANÍA HISTERICA	
HISTERIA-MANÍA AGUDA	⇒ Tendencia a la tabulación ⇒ Mitomanía ⇒ desorientación en tiempo ⇒ disminución en su memoria ⇒ subdelirio místico y de persecución	SIN DATOS	AL MOMENTO DE INGRESAR	EN EL MANUAL NO SE REPORTA EL DIAGNÓSTICO DE HISTERIA-MANÍA AGUDA	

*Antecedente con mayor frecuencia

**DIAGNÓSTICOS RELACIONADOS
CON EL TRASTORNO DE MANÍA**
Período 1920-1929

DIAGNÓSTICO	SINTOMATOLOGÍA	ANTECEDENTES	TIEMPO PARA DIAGNOSTICAR	DIAGNÓSTICO DSM-IV	CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO
MANÍA AGUDA DELIRANTE	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Manía aguda delirante ⇒ Estado incoherente ⇒ Delirios de grandeza ⇒ Amnesia ⇒ Desorientación en tiempo y lugar * ⇒ Verborrea ⇒ Alucinaciones agudas ⇒ Incoherencia ⇒ Imaginación aumentada 	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Paludismo ⇒ abuso de alcohol * 	AL MOMENTO DE INGRESAR	EN EL MANUAL SE REPORTA COMO TRASTORNO DE ESTADO DE ANIMO(296.90) CON ESPECIFICACIÓN DE GRAVEDAD/ PSICOSIS/ REMISIÓN PARA EPISODIO MANÍACO ACTUAL	Los criterios son: ideas delirantes y alucinaciones cuyo contenido es enteramente consistente con los temas maníacos típicos de aumento de autoestima, poder, sabiduría, identidad o relación con personas famosas, se incluyen síntomas con las ideas de persecución, inserción del pensamiento e ideas delirantes de ser controlados
MANÍA INTERMITENTE	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ excitación psicomotriz 	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ abuso de alcohol 	AL MOMENTO DE INGRESAR	EN EL MANUAL NO SE REPORTA EL DIAGNÓSTICO DE MANÍA INTERMITENTE	
EXCITACIÓN MANÍACA	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Desorientación en tiempo y lugar ⇒ Memoria disminuida ⇒ Fuga de ideas 	SIN DATOS	AL MOMENTO DE INGRESAR	EN EL MANUAL NO SE REPORTA EL DIAGNÓSTICO DE EXCITACIÓN MANÍACA	
EXCITACIÓN MANÍACA	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Desorientación en tiempo y lugar ⇒ Memoria disminuida ⇒ Fuga de ideas 	SIN DATOS	AL MOMENTO DE INGRESAR	EN EL MANUAL NO SE REPORTA EL DIAGNÓSTICO DE EXCITACIÓN MANÍACA	
HIPERMANÍA	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Triste y preocupada ⇒ Retraimiento ⇒ Ideas hipocondríacas ⇒ Alucinaciones auditivas y visuales 	SIN DATOS	AL MOMENTO DE INGRESAR	EN EL MANUAL NO SE REPORTA EL DIAGNÓSTICO DE HIPERMANÍA	

*Antecedente con mayor frecuencia

Para el siguiente conjunto de diagnósticos existen 8 denominaciones para algo relacionado a la manía y sus características.

Las nomenclaturas *manía aguda*, *manía aguda delirante*, *manía intermitente* y *manía aguda alucinatoria aguda*, carecen de fundamentos, por solo reportar un episodio primario dentro de un desequilibrio emocional (neurosis), además de no ofrecer un diagnóstico diferencial.

A su vez, la *manía intermitente* y *manía histérica* se aplicaron considerando solo un síntoma (excitación psicomotriz), cabe preguntarse si con esto quisieron describir un proceso psicótico o neurótico; a falta de información crecen las

especulaciones, pero ¿Porque o para que internar sin tener elementos suficientes? O bien ¿fue necesario el internamiento?. Otra peculiaridad de estas clasificaciones se expone con la *mania histórica, histeria manía-aguda*, al parecer invertidas en términos y diferentes en contenido ya que en la primera contaba con un único síntoma; el otro era similar al de un proceso psicótico. Sin embargo, en ambas se propone un acercamiento a la neurosis o el diagnóstico histeria manía aguda fue mal enfocado al mostrar un síndrome peculiar de pacientes esquizofrénicos.

Finalmente con las clasificaciones *excitación maniaca e hipermania* los médicos del manicomio dieron un panorama empírico al intentar buscar la unidad e identidad de los trastornos por medio de la descripción, ocasionando un furor por diagnosticar toda aquella conducta que se les presentara en la antesala de "La Castañeda".

**DIAGNÓSTICOS RELACIONADOS
CON EL TRASTORNO DE EPILEPSIA
Período 1920-1929**

DIAGNÓSTICO	SINTOMATOLOGÍA	ANTECEDENTES	TIEMPO PARA DIAGNOSTICAR	DIAGNÓSTICO DSM-IV	CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO
EPILEPSIA	⇒ Estado de confusión ⇒ frases incoherentes* ⇒ pérdida de la memoria* ⇒ disminución de la afectividad* ⇒ déficit global de las facultades mentales* ⇒ desorientación total	⇒ Abuso de alcohol	AL MOMENTO DE INGRESAR	EN EL MANUAL NO SE REPORTA EL DIAGNÓSTICO DE EPILEPSIA	
EPILEPSIA ESENCIAL	⇒ Cefaleas ⇒ convulsiones* ⇒ pérdida de la razón ⇒ frases incoherentes ⇒ memoria disminuida*	SIN DATOS	AL MOMENTO DE INGRESAR	EN EL MANUAL NO SE REPORTA EL DIAGNÓSTICO DE EPILEPSIA ESENCIAL	
EPILEPSIA CONVULSIVA	⇒ Pérdida de las facultades mentales ⇒ convulsiones	SIN DATOS	AL MOMENTO DE INGRESAR	EN EL MANUAL NO SE REPORTA EL DIAGNÓSTICO DE EPILEPSIA CONVULSIVA	
EPILEPSIA JACKSONIANA	⇒ Convulsiones ⇒ pérdida del conocimiento ⇒ memoria debilitada ⇒ deprimido	⇒ Abuso de alcohol	AL MOMENTO DE INGRESAR	EN EL MANUAL NO SE REPORTA EL DIAGNÓSTICO DE EPILEPSIA JACKSONIANA	

*Síntomas con mayor frecuencia en los diagnósticos

Respecto a la clasificación de *epilepsia*, se puede mencionar la relación entre los datos del manicomio y la referencia teórica desde el punto de vista de los síntomas, pero hay dos elementos que le restaron validez, el abuso de alcohol y la nula exploración etiológica; factores primordiales para un diagnóstico diferencial, sumado a que ésta se presenta como consecuencia de una lesión orgánica o de

una disfunción en algunas de las estructuras cerebrales, la postura nosológica se desvaloriza.

Continuando con estas características, se encuentra la *epilepsia esencial* el fundamento para hacer el diagnóstico no fue reportado (ver tabla 15 anexos). Para la *convulsiva* se empleó una descripción suigeniris aunque con elementos propios del trastorno.

En lo concerniente a la *epilepsia jacksoniana*, se argumentaba como la manifestación clónica a cargo de un distrito muscular, es decir, la contracciones que presenta el cuerpo cuando sufre una convulsión, mismo que no fue reportada al clasificarla, además al enunciar el abuso de alcohol la nomenclatura deja de ser valida al no ser correcta su etiología.

DIAGNÓSTICOS EMITIDOS SIN AGRUPACIÓN Período 1920-1929

DIAGNÓSTICO	SINTOMATOLOGÍA	ANTECEDENTES	TIEMPO PARA DIAGNOSTICAR	DIAGNÓSTICO DSM-IV	CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO
PARALISIS GENERAL PROGRESIVA	⇒ Desorientación en tiempo y lugar* ⇒ ideas delirantes megalománicas* ⇒ delirios de persecución* ⇒ alucinaciones auditivas* ⇒ agresividad ⇒ alucinaciones visuales*	⇒ Sífilis* ⇒ abuso de alcohol*	AL MOMENTO DE INGRESAR	EN EL MANUAL NO SE REPORTA EL DIAGNÓSTICO DE PARÁLISIS GENERAL PROGRESIVA	
SÍFILIS NERVIOSA	⇒ Mutismo ⇒ ataques	⇒ Sífilis	AL MOMENTO DE INGRESAR	EN EL MANUAL NO SE REPORTA EL DIAGNÓSTICO DE SÍFILIS NERVIOSA	
IMBECILIDAD	⇒ Respuestas vagas ⇒ facultades mentales disminuidas ⇒ dificultades en la coordinación ⇒ estereotipias de actitud y movimiento	SIN DATOS	AL MOMENTO DE INGRESAR	EN EL MANUAL NO SE REPORTA EL DIAGNÓSTICO DE IMBECILIDAD	
CONFUSIÓN MENTAL	⇒ Delirios de persecución ⇒ alucinaciones visuales y auditivas ⇒ amnesia	SIN DATOS	AL MOMENTO DE INGRESAR	EN EL MANUAL NO SE REPORTA EL DIAGNÓSTICO DE CONFUSIÓN MENTAL	

Síntomas y antecedentes con mayor frecuencia.

**DIAGNÓSTICOS EMITIDOS
SIN AGRUPACIÓN
Período 1920-1929**

DIAGNÓSTICO	SINTOMATOLOGÍA	ANTECEDENTES	TIEMPO PARA DIAGNOSTICAR	DIAGNÓSTICO DSM-IV	CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO
REGRESIÓN	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Amnesia ⇒ alucinaciones auditivas y visuales ⇒ insomnio ⇒ orientación y raciocinio disminuidos ⇒ asociación de ideas disminuidas 	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Paludismo ⇒ abuso de alcohol 	AL MOMENTO DE INGRESAR	EN EL MANUAL NO SE REPORTA EL DIAGNÓSTICO DE REGRESIÓN	
LOCURA CIRCULAR	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Desorientación en tiempo y lugar ⇒ frases incoherentes ⇒ memoria e inteligencia perturbada 	SIN DATOS	AL MOMENTO DE INGRESAR	EN EL MANUAL NO SE REPORTA EL DIAGNÓSTICO DE LOCURA CIRCULAR	
SIN DIAGNÓSTICO	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Delirios ⇒ Ataques 	SIN DATOS	AL MOMENTO DE INGRESAR	SIN DATOS	

*Síntomas y antecedentes con mayor frecuencia.

Por otra parte el diagnóstico mas frecuente en este período fue el de **parálisis general progresiva** (11 expedientes), enfermedad que constituye la etapa terciaria de al sífilis desarrollada luego de padecer una infección sifilítica que desencadenaba tres tipos de perturbaciones (demenciales, delirantes y neurológicas). En el caso de La Castañeda se omitieron los estudios neurológicos como la descripción de su inicio (ver tabla 6 anexos), probablemente el diagnóstico fue acertado pero le resta seriedad la nula mención de los métodos para el mismo.

Entre las nosologías donde se cometieron grandes errores cabe señalar las de las sífilis nerviosa cuyos síntomas resultan poco específicos (están presentes en muchos diagnósticos) y cuya diferencia con la parálisis general progresiva (que tiene la misma etiología sifilítica) no se menciona.

Por su parte, la **locura circular** empleada en 1851 por Falret y caracterizada por episodios maníacos y melancólicos, misma que Kraepelin cambió por el de psicosis maníaco depresiva, fundamentos anulados en su totalidad y emitida con datos irrelevantes para esta clasificación.

Para finalizar con este período es necesario enfatizar "lo que no se debe de hacer", privar de la libertad sin tener un motivo, lo cual era constante en el manicomio de México cuando se canalizaba sujetos *sin diagnóstico* psiquiátrico; con esto el manicomio mostraba para que fue creado; "separar de la sociedad lo no deseado, lo enfermo, lo improductivo, y lograr así un avance mercantil que entre más crezca llevara al dominio de otros grupos sociales" o bien ofrecer servicios de albergue mas que de tratamiento y rehabilitación.

Cabe mencionar que muchos de los diagnósticos comparten síntomas, esto debido a que todo el trabajo era desarrollado por los médicos desde el ingreso del paciente ante su estancia dentro del manicomio. Labor que en muchos casos se realizaba sin tener una base teórica, ya que como menciona Aragón, E. (1925) " Transcurría el año 1920 y aun no existía un escrito y mucho menos pensar en una biblioteca donde los médicos pudieran hacer consultas de clasificaciones mas precisas según los médicos de esta época" (pag.65).

PERÍODO 1930-1939

Era el momento en que en Europa, se gestaban las condiciones que desencadenaron la 2ª. Guerra mundial, y los E.U.A. no se recuperaban aún de la crisis económica de 1929; en México florecía una década próspera, o la utopía del país como lo indica Carlos Fuentes (1971). Al vislumbrar el cumplimiento de los objetivos de la revolución, es decir, contar con una infraestructura económica, educativa, así como la profesionalización y especialización de diferentes disciplinas académicas; entre éstas la medicina desarrollada a través de la expansión de servicios médicos que pretendían introducir un nuevo sistema para la salud a un pueblo carente del mismo. A su vez se realizaron programas para disminuir los grandes índices de alcoholismo, por medio de la proyección del deporte; el gobierno mexicano buscó así un cambio en las costumbres del país, pero solamente logro la distracción de un pueblo arraigado a los néctares, problemática que se reflejó en la población del manicomio general de "La Castañeda" (González,1997).

Paradójicamente, en esta década se da un incremento de ingresos en el hospital, lo cual se puede observar en primera instancia con los ingresos por edades (un total de 107 expedientes), como con el rango mas alto (entre los 30 y 39 años de edad) con un total de 40 pacientes, muestra superior a los períodos anteriores.

En los rangos donde disminuyeron los ingresos fué en edades mayor a 60 años (1); así como en expedientes que no contaban con datos referentes a la edad (.93%).

Una de las constantes en este estudio es el alto porcentaje de ingresos por parte de la población masculina; en este período contó con el 69.15%.

No obstante los supuestos cambios sociales, políticos, económicos; los métodos y criterios para el ingreso a esta institución no fueron renovados se continuó dando como en los dos períodos anteriores, el solo señalamiento de un médico para que se encerrara a un sujeto.

Aunque la intención del gobierno era modernizar al sistema médico, esto no llegó a impactar en el área psiquiátrica y el manicomio siguió con su objetivo para el cual fue creado; apartar aquello que no sirve para el beneficio de una sociedad.

Cuadro 3

**INGRESOS POR EDADES
PERÍODO 1930-1939**

RANGO DE EDADES	NÚMERO DE PACIENTES	MASCULINO	FEMENINO
5-9	0	0	0
10-14	2	2	0
15-19	9	7	2
20-24	12	8	4
25-29	17	14	3
30-34	14	9	5
35-39	26	16	10
40-44	7	5	2
45-49	6	6	0
50-54	9	4	5
55-59	3	2	1
60-64	1	1	0
65-69	0	0	0
70-74	0	0	0
75-79	0	0	0
SIN DATOS	1	0	1
TOTAL	107	74	33

Cuadro 3.1

**INGRESOS POR DIAGNÓSTICO
PERÍODO 1930-1939**

DIAGNÓSTICO	# DE EXPEDIENTES	MASCULINO	FEMENINO	EXPEDIENTES CON SINTOMATOLOGÍA	EXPEDIENTES SIN SINTOMATOLOGÍA	CANALIZADO POR LA POLICIA CON DX. PREVIO	CANALIZADO POR LA POLICIA SIN DX. PREVIO
ESQUIZOFRENIA	6	5	1	6	0	0	0
ESQUIZOFRENIA SIMPLE	2	1	1	2	0	0	0
ESQUIZOFRENIA PARANOIDE	1	1	0	1	0	0	0
REACCIÓN ESQUIZOFRENICA	1	1	0	1	0	0	0
ESQUIZOFRENIA HEBEFRENICA	4	2	2	4	0	0	0
PSICOSIS MENTAL	1	1	0	1	0	0	0
PSICOSIS PARANOIDE	3	3	0	2	1	0	1
PSICOSIS ALUCINATORIA CRÓNICA	4	3	1	4	0	0	1
PSICOSIS MANÍACO DEPRESIVA	3	0	3	3	0	0	0
PSICOSIS ORGÁNICA POLIMORFA	1	0	1	1	0	0	0
ALCOHOLISMO	1	1	0	1	0	0	0
ALCOHOLISMO CRÓNICO	1	1	0	1	0	0	0
ALCOHOLISMO CEREBRAL	3	2	1	3	0	0	0
ALCOHOLISMO CEREBRAL AGUDO	1	1	0	1	0	0	0
ALCOHOLISMO Y EPILEPSIA	1	0	1	1	0	0	0
PSICOSIS ALCOHÓLICA	6	5	1	6	0	0	2
PSICOSIS DEMENCIAL POR ALCOHOLISMO Y SÍFILIS	1	0	1	1	0	0	1
TABO-PARALISIS Y ALCOHOLISMO	1	1	0	1	0	0	0
DIPSOMANIA	1	1	0	1	0	0	0
TOXICÓMANA POR HEROÍNA	1	1	0	1	0	0	0
DEMENCIA PRECOZ HEBEFRENICA	1	1	0	1	0	0	0
SÍFILIS CEREBRAL DE FORMA DEMENCIAL	1	0	1	1	0	0	0

.....Continuación del Cuadro 3.1

**INGRESOS POR DIAGNÓSTICO
PERÍODO 1930-1939**

DIAGNÓSTICO	# DE EXPEDIENTES	MASCULINO	FEMENINO	EXPEDIENTES CON SINTOMATOLOGÍA	EXPEDIENTES SIN SINTOMATOLOGÍA	CANALIZADO POR LA POLICIA CON DIAGNÓSTICO PREVIO	CANALIZADO POR LA POLICIA SIN DIAGNÓSTICO PREVIO
PSICOSIS D ALUCINATORIA DEMIENCIAL GENIL	1	0	1	1	0	0	0
EPILEPSIA	5	2	3	5	0	0	0
EPILEPSIA ESENCIAL	4	3	1	4	0	0	0
EPILEPSIA CONFUSIONAL	1	0	1	1	0	0	0
ESTIGMAS EPILÉPTICOS	1	0	1	1	0	0	0
ESTUPOR SECUNDARIO EPILÉPTICO	1	1	0	1	0	0	0
PARÁLISIS GENERAL PROGRESIVA	11	10	1	10	1	0	1
PARÁLISIS PARCIAL	1	1	0	1	0	0	0
PARÁLISIS ORGÁNICA	1	0	1	1	0	0	0
AFASIA MIXTA Y RESIDUAL	1	1	0	1	0	0	0
DEBILIDAD MENTAL	1	1	0	1	0	0	0
DEBILIDAD MENTAL PROFUNDA	1	1	0	1	0	0	0
OLIGOFRENIA	3	2	1	3	0	0	1
EPISODIO PSICÓTICO DE OLIGOFRENIA	1	1	0	1	0	0	0
DÉFICIT Y AGITACIÓN MENTAL	1	0	1	1	0	0	0
IMBECILIDAD	2	2	0	2	0	0	0
SÍNDROME DE AUTOMATISMO	1	1	0	0	1	0	0
AMENECIA	5	3	2	5	0	0	1
CONFUSIÓN MENTAL	3	2	1	3	0	0	1
SIN DIAGNÓSTICO	13	9	4	11	2	0	1
TOTAL CON DIAGNÓSTICO	94=88%	65=69%	29=31 %	91=97%	3=3%	0 =0%	10
TOTAL SIN DIAGNÓSTICO	13=12%	9=69%	4=31%	11=85%	2=15%	0 =0%	0
TOTAL	107	74=70%	33=31 %	102=95%	5=5%	0 =0%	0=0%

En lo concerniente a los ingresos por diagnóstico se registraron los siguientes datos: el más utilizado correspondió a la parálisis general progresiva (12%), canalizada en una ocasión sin reportar un cuadro sintomatológico; las clasificaciones que más se repitieron fueron las de alcoholismo (17%), seguidas por la esquizofrenia (15%), psicosis (13%) y epilepsia (13%).

De estos resultados sobresalen las nomenclaturas de esquizofrenia; la parálisis general progresiva con frecuencias altas como en los años 20's, y la epilepsia con un porcentaje importante desde los primeros años del manicomio.

Otro fenómeno que llama la atención y que a lo largo de la muestra ha estado presente, son los expedientes **sin diagnóstico**, que se incrementaron en cada período revisado, en estos se encontraron 13 y en dos no se reportaron síntomas o datos que obligaran la internación de los sujetos. Donde se detectaron cambios favorables en relación con las pasadas décadas fue la disminución de los expedientes que no mencionan síntomas (5%), y de las canalizaciones que realizó la policía (11%) que tomaron un carácter únicamente de remisión dejando por completo el diagnóstico a los médicos del manicomio general.

DIAGNÓSTICOS RELACIONADOS CON LA ESQUIZOFRENIA PERÍODO 1930-1939

DIAGNÓSTICO	SINTOMATOLOGÍA	ANTECEDENTES	TIEMPO PARA DIAGNOSTICAR	DIAGNÓSTICO DSM-IV	CRITERIOS PARA DIAGNOSTICAR
ESQUIZOFRENIA	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Desorientado en tiempo* ⇒ insomnio* ⇒ ideas megalománicas ⇒ ecolalia ⇒ período de agitación maniaca* ⇒ masturbación ⇒ dromomanías ⇒ alucinaciones visuales ⇒ alucinaciones auditivas ⇒ incoherencias* ⇒ fijación de ideas ⇒ autismo ⇒ perversión de autocrítica y alocrítica ⇒ indiferencia afectiva 	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Abuso de alcohol 	AL MOMENTO DE INGRESAR	EN EL MANUAL SE REPORTA EL DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA	<ul style="list-style-type: none"> A. Dos o más de los siguientes síntomas cada uno de ellos presentes durante un mes <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Ideas delirantes ⇒ Alucinaciones ⇒ Lenguaje desorganizado ⇒ Comportamiento catatónico o gravemente desorganizado ⇒ Síntomas negativos (aplanamiento afectivo, alogia, abulia). ⇒ B. Disfunción social/laboral ⇒ C. Duración, persistencia de signos durante al menos 6 meses ⇒ D. Exclusión de trastorno esquizoafectivo y del estado de ánimo ⇒ E. Exclusión del consumo de sustancias y enfermedad médica. ⇒ F. Relación con un trastorno generalizado de desarrollo
ESQUIZOFRENIA SIMPLE	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Indiferente ⇒ Apacible ⇒ retraso para contestar el interrogatorio ⇒ excitación ⇒ incoherente ⇒ alucinaciones visuales y auditivas ⇒ estereotipias de actitudes y llanto inmotivado 	SIN DATOS	AL MOMENTO DE INGRESAR	EN EL MANUAL NO SE REPORTA EL DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA SIMPLE	

*Síntomas con mayor frecuencia en el diagnóstico

**DIAGNÓSTICOS RELACIONADOS
CON LA ESQUIZOFRENIA
PERÍODO 1930-1939**

DIAGNÓSTICO	SINTOMATOLOGÍA	ANTECEDENTES	TIEMPO PARA DIAGNOSTICAR	DIAGNÓSTICO DSM-IV	CRITERIOS PARA DIAGNOSTICAR
ESQUIZOFRENIA PARANOIDE	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Sonrisas inmotivadas ⇒ mirada vaga ⇒ desorientación en tiempo ⇒ incoherencia ⇒ sistemas delirantes de persecución ⇒ desdoblamiento de personalidad 	SIN DATOS	AL MOMENTO DE INGRESAR	EL MANUAL LO REGISTRA COMO ESQUIZOFRENIA DE TIPO PARANOIDE	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ A. Preocupación por una o más ideas delirantes o alucinaciones auditivas frecuentes ⇒ B. No hay lenguaje desorganizado ni comportamiento catatónico o desorganizado, ni afectividad aplanada o inapropiada ⇒ C. exclusión con enfermedades médicas o consumo de sustancias
ESQUIZOFRENIA HEBEFRENICA	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Posiciones extravagantes ⇒ Alucinaciones sensoriales fugaces* ⇒ amnesia de evocación ⇒ paramnesia (falsos reconocimientos) ⇒ ideas delirantes polimorfas* ⇒ incongruente* ⇒ ambivalencia ⇒ asociaciones catatímicas ⇒ errores de conducta ⇒ estereotipias ⇒ autoagresión ⇒ irritabilidad ⇒ movimientos y lenguaje amanerados ⇒ desorientación cronopsíquica y topsíquica ⇒ crisis convulsivas 	SIN DATOS	AL MOMENTO DE INGRESAR	EN EL MANUAL NO SE REPORTA EL DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA HEBEFRENICA	
REACCIÓN ESQUIZOFRENICA	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Risas inmotivadas ⇒ Desorientación ⇒ Estereotipias 	SIN DATOS	AL MOMENTO DE INGRESAR	EN EL MANUAL NO REPORTA EL DIAGNÓSTICO DE REACCIÓN ESQUIZOFRENICA	

*Síntomas con mayor frecuencia en el diagnóstico

En cuanto a los criterios de diagnóstico, en el grupo de **esquizofrenia**, considerando a las transformaciones desde 1852 con Morel (demencia precoz, aplicada solamente en la juventud); o la connotación propuesta por Kalbaum (catatonía) y Hecker en 1871 (hebefrenia); hasta Bleuler en 1911 donde se acuña el término, sin olvidar a Kraepelin quien retomando estos trabajos asignó las formas hebefrenica y catatónica. así como los subtipos paranoide y simple; a diferencia de Kraepelin, Bleuler abogó por una nueva forma de diagnóstico, donde el síndrome no residía en el grado de enfermedad ni en su pronóstico, sino en la

comprensión psicodinámica de sus síntomas tomando como referencia la personalidad del individuo; haciendo este paréntesis puede pensarse que los primeros 20 años del manicomio por diversas razones no utilizaran dichas posturas (revolución y transición de la misma); sin embargo, podría esperarse que para los años 30's los cambios debieron manifestarse también en esta institución y emplear argumentos sólidos al emitir los diagnósticos.

Sin embargo, desde el punto nosológico no aclararon la división entre este grupo, a esto deben agregarse los diagnósticos usados de forma indiscriminada en esta ocasión **reacción esquizofrénica**, al describir tres síntomas que también pueden formar parte de algún trastorno de personalidad o asociado al consumo de una droga (marihuana). Regresando a las clasificaciones, el diagnóstico de **esquizofrenia** presenta varios errores, tomando en cuenta los síntomas emitidos resulta impertinente la categoría de crónico (tomado como orgánico) considerando una postura krapeliana, es decir, la **demencia precoz** era el inicio de la enfermedad y la esquizofrenia su fase terminal, tal vez las alucinaciones pueden dar elementos para su ratificación pero al presentarse de forma periódica o permanente queda con una interrogante este criterio. Otro factor fue el antecedente de consumo de alcohol como presunta causa etiológica, lo cual rompe con la clasificación que en su forma correcta, no presenta factores biológicos, hereditarios o tóxicos.

Para la **esquizofrenia simple** la distorsión radicó al asignar el tipo (simple) a una nomenclatura que no pertenece (solo se aplica en la demencia precoz) sumado a la omisión de forma (catatónica o hebefrénica), aunque existieron síntomas para considerar al trastorno la falta de exactitud da como resultado su imposible clasificación.

Probablemente retomando a Bleuler (compresión dinámica de los síntomas) el diagnóstico de **esquizofrenia paranoide** realizado en la "La Castañeda" tome sentido, pero la rapidez con que se realizó (al momento de ingresar) trunca el trabajo. En relación con la **esquizofrenia hebefrénica** se cometió el mismo error que en la forma simple (forma aplicada a la demencia precoz), además de proponerla en una lista limitada de síntomas sin delimitar edad, personalidad y afectividad con el fin de obtener un diagnóstico diferencial.

**DIAGNÓSTICOS RELACIONADOS
CON LA PSICOSIS
PERÍODO 1930-1939**

DIAGNÓSTICO	SINTOMATOLOGÍA	ANTECEDENTES	TIEMPO PARA DIAGNOSTICAR	DIAGNÓSTICO DSM-IV	CRITERIOS PARA DIAGNOSTICAR
PSICOSIS MENTAL	⇒ Estado de agitación ⇒ Alucinaciones auditivas y visuales	⇒ Abuso de alcohol ⇒ abuso de marihuana	AL MOMENTO DE INGRESAR	EN EL MANUAL NO SE REGISTRA EL DIAGNÓSTICO DE PSICOSIS MENTAL	⇒ A. Presencia de un único episodio maniaco, sin episodios depresivos mayores anteriores ⇒ B. El episodio maniaco no se explica mejor por la presencia de un episodio esquizoafectivo y no está superpuesto a una esquizofrenia, un trastorno esquizoafectivo, un trastorno delirante o un trastorno psicótico
PSICOSIS PARANOIDE	⇒ Ideas de hostilidad y reivindicación ⇒ Deprimido ⇒ Silencioso	SIN DATOS	AL MOMENTO DE INGRESAR	EN EL MANUAL SE REGISTRA EL DIAGNÓSTICO COMO TRASTORNO PSICÓTICO DE TIPO PARANOIDE.	
PSICOSIS ALUCINATORIA CRONICA	⇒ Alucinaciones visuales ⇒ Insomnio* ⇒ Desorientado* ⇒ ideas delirantes* ⇒ alucinaciones auditivas*	SIN DATOS	AL MOMENTO DE INGRESAR	EN EL MANUAL NO SE REGISTRA EL DIAGNÓSTICO DE PSICOSIS ALUCINATORIA CRONICA	
PSICOSIS MANÍACO DEPRESIVA	⇒ Insomnio ⇒ nerviosidad ⇒ alucinaciones visuales* ⇒ ideas de persecución* ⇒ estado de agitación ⇒ logorreica ⇒ incoherente ⇒ risas inmotivadas ⇒ desorientación discordante* ⇒ mímica aumentada ⇒ excitación y agitación* ⇒ alucinaciones auditivas.	SIN DATOS	AL MOMENTO DE INGRESAR	EN EL MANUAL SE REPORTA COMO TRASTORNO BIPOLAR, CON EPISODIO MANÍACO ÚNICO CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS. (F30.2) 296.2	
PSICOSIS ORGÁNICA POLIMORFA	⇒ Ideas de hostilidad ⇒ insomnio ⇒ ideas de persecución ⇒ convulsiones	SIN DATOS	AL MOMENTO DE INGRESAR	EN EL MANUAL NO SE REPORTA EL DX. DE PSICOSIS ORGÁNICA POLIMORFA	

*Síntomas con mayor frecuencia en los diagnósticos

A su vez, el diagnóstico de *psicosis paranoide* perdió confiabilidad al no realizarse un seguimiento del delirio (ideas de reivindicación y hostilidad), generalmente sistematizado, afirmados en el carácter y la personalidad del delirante desarrollándose con orden, coherencia y claridad (Kraepelin. 1906).

En lo concerniente a la psicosis de etiología orgánica (*psicosis orgánica polimorfa*), la emitieron sin tomar las referencias establecidas (se debe a una

lesión cerebral, factores hormonales o tóxicos), el único dato de organicidad serían las convulsiones, así mismo no se describieron los períodos en la *psicosis maniaco depresiva*; en ambos casos es notorio la pobreza de síntomas.

DIAGNÓSTICOS RELACIONADOS CON EL ALCOHOLISMO PERÍODO 1930-1939

DIAGNÓSTICO	SINTOMATOLOGÍA	ANTECEDENTES	TIEMPO PARA DIAGNOSTICAR	DIAGNÓSTICO DSM-IV	CRITERIOS PARA DIAGNOSTICAR
ALCOHOLISMO	⇒ Descalineado ⇒ orientado sin precisión	⇒ Abuso de alcohol	AL MOMENTO DE INGRESAR	EN EL MANUAL NO SE REPORTA EL DIAGNÓSTICO DE ALCOHOLISMO	
ALCOHOLISMO CRÓNICO	⇒ Amnesia ⇒ alucinaciones visuales y auditivas	⇒ Abuso de alcohol	AL MOMENTO DE INGRESAR	EN EL MANUAL NO SE REPORTA EL DIAGNÓSTICO DE ALCOHOLISMO CRÓNICO	
ALCOHOLISMO CEREBRAL	⇒ Insomnio ⇒ convulsiones tónicas ⇒ desorientado en lugar y tiempo ⇒ alucinaciones visuales ⇒ alucinaciones auditivas ⇒ negativismo ⇒ incomprensión de tipo demencial ⇒ incoherencia frecuente.	⇒ Abuso de alcohol	AL MOMENTO DE INGRESAR	EN EL MANUAL NO SE REPORTA EL DIAGNÓSTICO DE ALCOHOLISMO CEREBRAL	
ALCOHOLISMO CEREBRAL AGUDO	⇒ Atención, comprensión, imaginación, juicio, raciocinio y afectividad disminuidas ⇒ Ideación y orientación disminuidos ⇒ Alucinaciones auditivas	SIN DATOS	AL MOMENTO DE INGRESO	EN EL MANUAL NO SE REPORTA EL DIAGNÓSTICO DE ALCOHOLISMO CEREBRAL AGUDO	
ALCOHOLISMO Y EPILEPSIA	⇒ Convulsiones	⇒ Abuso de alcohol	AL MOMENTO DE INGRESAR	EN EL MANUAL NO SE REPORTA EL DIAGNÓSTICO DE ALCOHOLISMO Y EPILEPSIA	
DIPSOMANÍA	SIN DATOS	⇒ Abuso de alcohol	AL MOMENTO DE INGRESAR	EN EL MANUAL NO SE REPORTA EL DIAGNÓSTICO DE DIPSOMANÍA	

*síntomas y antecedentes con mayor frecuencia en los diagnósticos

**DIAGNÓSTICOS RELACIONADOS
CON EL ALCOHOLISMO
Y OTRAS SUSTANCIAS
PERÍODO 1930-1939**

DIAGNÓSTICO	SINTOMATOLOGÍA	ANTECEDENTES	TIEMPO PARA DIAGNOSTICAR	DIAGNÓSTICO DSM-IV	CRITERIOS PARA DIAGNOSTICAR
PSICOSIS ALCOHOLICA	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Torpe* ⇒ Débil ⇒ Trémulo ⇒ Aspecto alcohólico* ⇒ Desorientado* ⇒ Alucinaciones visuales ⇒ Alucinaciones auditivas ⇒ Amnesia ⇒ Delirios de persecución* ⇒ Agresividad ⇒ Estado de agitación* ⇒ Bradipsiquia 	⇒ abuso de alcohol*	AL MOMENTO DE INGRESAR	EN EL MANUAL SE REPORTA COMO TRASTORNO PSICÓTICO INDUCIDO POR SUSTANCIA F.10.32 ALCOHOL	<p>Los criterios son los siguientes:</p> <p>A. Alucinaciones o ideas delirantes, (no incluir las alucinaciones si el sujeto es consciente de que son provocadas por la sustancia)</p> <p>B. A partir de la historia clínica, la exploración física o los exámenes de laboratorio hay pruebas de (1) o (2)</p> <p>(1) Los síntomas del criterio A aparecen durante o en el mes siguiente a una intoxicación por o abstinencia de sustancias</p> <p>(2) la etiología en el consumo de un medicamento está relacionado con la alteración</p> <p>La alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno psicótico no inducido por sustancias.</p>
PSICOSIS DEMENCIAL POR ALCOHOLISMO Y SÍFILIS	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Desviación de juicio ⇒ Alucinaciones visuales y auditivas ⇒ Pensamiento mágico ⇒ Delirios de persecución ⇒ Sentimientos de celo ⇒ Conjunto de mecanismos psicóticos 	SIN DATOS	AL MOMENTO DE INGRESAR	EN EL MANUAL NO SE REPORTA EL DIAGNÓSTICO DE PSICOSIS DEMENCIAL POR ALCOHOLISMO Y SÍFILIS	<p>(1) Los síntomas del criterio A aparecen durante o en el mes siguiente a una intoxicación por o abstinencia de sustancias</p> <p>(2) la etiología en el consumo de un medicamento está relacionado con la alteración</p> <p>La alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno psicótico no inducido por sustancias.</p>
TABO PARALISIS Y ALCOHOLISMO	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Desorientación en tiempo y lugar ⇒ Desquiciamiento psíquico ⇒ Ideas delirantes 	⇒ Abuso de alcohol	AL MOMENTO DE INGRESAR	EN EL MANUAL NO SE REPORTA EL DIAGNÓSTICO DE TABO-PARALISIS Y ALCOHOLISMO	<p>(1) Los síntomas del criterio A aparecen durante o en el mes siguiente a una intoxicación por o abstinencia de sustancias</p> <p>(2) la etiología en el consumo de un medicamento está relacionado con la alteración</p> <p>La alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno psicótico no inducido por sustancias.</p>
TOXICOMANÍA POR HEROÍNA	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Sudores ⇒ Anorexia ⇒ Sed excesiva ⇒ Insomnio 	⇒ Consumo de heroína y tabaco	AL MOMENTO DE INGRESAR	EN EL MANUAL NO SE REGISTRA EL DIAGNÓSTICO DE TOXICOMANÍA POR HEROÍNA	<p>(1) Los síntomas del criterio A aparecen durante o en el mes siguiente a una intoxicación por o abstinencia de sustancias</p> <p>(2) la etiología en el consumo de un medicamento está relacionado con la alteración</p> <p>La alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno psicótico no inducido por sustancias.</p>

En esta década y particularmente en este grupo de diagnósticos llama la atención el diagnóstico de dipsomanía sin mencionar los síntomas, o los inespecíficos referidos a la toxicomanía por heroína.

**DIAGNÓSTICOS RELACIONADOS
CON LA DEMENCIA
PERÍODO 1930-1939**

DIAGNÓSTICO	SINTOMATOLOGÍA	ANTECEDENTES	TIEMPO PARA DIAGNOSTICAR	DIAGNÓSTICO DSM-IV	CRITERIOS PARA DIAGNOSTICAR
DEMENCIA PRECOZ HEBEFRENICA	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Hipomnesia retro- anterógrada ⇒ desorientación crónopsíquica ⇒ juicio y raciocinio trastornados ⇒ impulsiones de agresión ⇒ incoherencias ⇒ alucinaciones auditivas y visuales 	SIN DATOS	AL MOMENTO DE INGRESAR	EN EL MANUAL NO SE REPORTA EL DIAGNÓSTICO DE DEMENCIA PRECOZ HEBEFRENICA	
SIFILIS CEREBRAL DE FORMA DEMENCIAL	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Risas y llanto inmotivados ⇒ alucinaciones visuales ⇒ desorientación en tiempo y lugar 	SIN DATOS	AL MNOMENTO DE INGRESAR	EN EL MANUAL NO SE REPORTA EL DIAGNÓSTICO DE SIFILIS CEREBRAL DE FORMA DEMENCIAL	
PSICOSIS ALUCINATORIA DEMENCIAL SENIL	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Aislado ⇒ indiferente ⇒ actitud de autismo ⇒ variaciones de tonalidad afectiva ⇒ mutismo ⇒ negativismo 	SIN DATOS	AL MOMETO DE INGRESAR	EN EL MANUAL NO SE REGISTRA EL DIAGNÓSTICO DE DEMENCIA SENIL	

En cuanto a los diagnósticos *sifilis cerebral de forma demencial*, proposición inexacta al no referir datos de sífilis previa, no síntomas específicos para diferenciarla de la parálisis general progresiva y de la *psicosis alucinatoria demencial senil* sin registrar antecedentes.

**DIAGNÓSTICOS RELACIONADOS
CON LA EPILEPSIA
PERÍODO 1930-1939.**

DIAGNÓSTICO	SINTOMATOLOGÍA	ANTECEDENTES	TIEMPO PARA DIAGNOSTICAR	DIAGNÓSTICO DSM-IV	CRITERIOS PARA DIAGNOSTICAR
EPILEPSIA	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Estado confusional* ⇒ Desorientación topsíquica* ⇒ memoria disminuida ⇒ ataques epilépticos ⇒ retraimiento ⇒ alucinaciones visuales ⇒ agresividad ⇒ depresión ⇒ somnolencia 	SIN DATOS	AL MOMETO DE INGRESAR	EN EL MANUAL NO SE REPORTA EL DIAGNÓSTICO DE EPILEPSIA	

**DIAGNÓSTICOS RELACIONADOS
CON LA EPILEPSIA
PERÍODO 1930-1939.**

DIAGNÓSTICO	SINTOMATOLOGÍA	ANTECEDENTES	TIEMPO PARA DIAGNOSTICAR	DIAGNÓSTICO DSM-IV	CRITERIOS PARA DIAGNOSTICAR
EPILEPSIA ESENCIAL	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Cefaleas frecuentes ⇒ Insomnio ⇒ crisis convulsivas* ⇒ trastornos de memoria* ⇒ excitación psicomotriz ⇒ alucinaciones visuales ⇒ alucinaciones auditivas ⇒ amnesia ⇒ desorientación topsíquica* 	SIN DATOS	AL MOMENTO DE INGRESAR	EN EL MANUAL NO REPORTA EL DIAGNÓSTICO DE EPILEPSIA ESENCIAL	
EPILEPSIA CONFUSIONAL	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Actitud con ligera torpeza ⇒ desorientación en tiempo y lugar ⇒ percepciones disminuidas ⇒ memoria anterógrada vagamente conservada ⇒ incoherencia en sus asociaciones ⇒ auto-crítica deficiente 	SIN DATOS	AL MOMENTO DE INGRESAR	EN EL MANUAL NO SE REPORTA EL DIAGNÓSTICO DE EPILEPSIA CONFUSIONAL	
ESTIGMAS EPILEPTICOS	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Respuestas retardadas ⇒ lentitud asociativa ⇒ carácter epiléptico ⇒ episodios confusionales 	SIN DATOS	AL MOMENTO DE INGRESAR	EL MANUAL NO REPORTA EL DIAGNÓSTICO DE ESTIGMAS EPILEPTICOS	
ESTUPOR SECUNDARIO EPILEPTICO	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Irritabilidad ⇒ Impulsiones ⇒ Agresividad ⇒ amnesia en los procesos de memoria ⇒ desorientado en todas sus formas 	SIN DATOS	AL MOMENTO DE INGRESAR	EL MANUAL NO REPORTA EL DIAGNÓSTICO DE ESTUPOR SECUNDARIO EPILEPTICO	

*síntomas con mayor frecuencia en los diagnósticos

Respecto a la *epilepsia*, llama la atención la falta de antecedentes, de estudios diagnósticos específicos y el hecho del internamiento de estos pacientes en un manicomio siendo posible un tratamiento externo.

**DIAGNÓSTICOS RELACIONADOS
CON LA PARÁLISIS GENERAL PROGRESIVA
PERÍODO 1930-1939.**

DIAGNÓSTICO	SINTOMATOLOGÍA	ANTECEDENTES	TIEMPO PARA DIAGNOSTICAR	DIAGNÓSTICO DSM-IV	CRITERIOS PARA DIAGNOSTICAR
PARÁLISIS GENERAL PROGRESIVA	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Atención disminuida ⇒ Hipomnesia retroantrógrada ⇒ autismo ⇒ percepción de ideas debilitada ⇒ alucinaciones auditivas* ⇒ alucinaciones visuales ⇒ soliloquios ⇒ desorientación cronopsíquica* ⇒ falsas interpretaciones ⇒ ideas delirantes de persecución* ⇒ falta de autocrítica* ⇒ eufórico ⇒ ideas megalomaniacas* ⇒ agresividad ⇒ estado demencial ⇒ incomprensión ⇒ fuga de ideas ⇒ amnesia retrograda ⇒ aspecto confusional 	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ ataques epileptiformes* ⇒ abuso de alcohol 	AL MOMENTO DE INGRESAR	EN EL MANUAL NO SE REGISTRA EL DIAGNÓSTICO DE PARÁLISIS GENERAL PROGRESIVA	
PARÁLISIS PARCIAL	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Desorientación en tiempo y lugar ⇒ ideas delirantes megalómanas ⇒ trastornos de autocrítica, alocrítica y autoconducción 	SIN DATOS	AL MOMENTO DE INGRESAR	EN EL MANUAL NO SE REPORTA EL DIAGNÓSTICO DE PARÁLISIS PARCIAL	
PARÁLISIS ORGÁNICA, AFASIA MIXTA Y RESIDUAL	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Delirios de persecución ⇒ reacciones de excitación ⇒ terquedad ⇒ cefaleas ⇒ sordera total 	SIN DATOS	AL MOMENTO DE INGRESAR	EN EL MANUAL NO SE REPORTA EL DIAGNÓSTICO DE PARÁLISIS ORGÁNICA, AFASIA MIXTA Y RESIDUAL	

*síntomas con mayor frecuencia del diagnóstico

Retomando al grupo anterior aparece la *parálisis general progresiva*, *parálisis parcial* y la *parálisis orgánica, afasia mixta y residual*, referidas por la identificación de un conjunto de manifestaciones propias de otros trastornos y no necesariamente del emitido, ya que estos síntomas pueden formar parte de un trastorno por consumo de alcohol o esquizofrenia, por lo cual era necesario un mayor y mejor análisis y así diferenciarlo de otro trastorno;. Además para estos años se contaba dentro del mismo manicomio con técnicas como la examinación del líquido cefalorraquídeo (útil para detectar sífilis) nos se utilizan.

**DIAGNÓSTICOS RELACIONADOS
CON EL RETRASO MENTAL
PERÍODO 1930-1939.**

DIAGNÓSTICO	SINTOMATOLOGÍA	ANTECEDENTES	TIEMPO PARA DIAGNOSTICAR	DIAGNÓSTICO DSM-IV	CRITERIOS PARA DIAGNOSTICAR
DEBILIDAD MENTAL	⇒ Apático ⇒ Resistente ⇒ Disminución de afectividad ⇒ desorientación en tiempo y lugar	⇒ Abuso de alcohol	AL MOMENTO DE INGRESAR	EN EL MANUAL NO SE REPORTA EL DIAGNÓSTICO DE DEBILIDAD MENTAL	
DEBILIDAD MENTAL PROFUNDA	⇒ Alucinaciones visuales y auditivas ⇒ lenguaje pobre en expresiones ⇒ pérdida de la orientación ⇒ pérdida de la heterocrítica y la autocrítica	SIN DATOS	AL MOMENTO DE INGRESAR	EN EL MANUAL NO SE REPORTA EL DIAGNÓSTICO DE DEBILIDAD MENTAL PROFUNDA	
OLIGOFRENIA	⇒ Escaso desarrollo en funciones mentales. Lenguaje pueril ⇒ Agresividad	⇒ Abuso de alcohol	AL MOMENTO DE INGRESAR	EN EL MANUAL NO SE REPORTA EL DIAGNÓSTICO DE OLIGOFRENIA	
EPISODIO PSICÓTICO DE OLIGOFRENIA	⇒ Asustado ⇒ Amnesia ⇒ crisis de llanto ⇒ palabras incoherentes ⇒ insomnio	SIN DATOS	AL MOMENTO DE INGRESAR	EN EL MANUAL NO SE REGISTRA EL DIAGNÓSTICO DE EPISODIO PSICÓTICO DE OLIGOFRENIA	
DEFICIT Y AGITACIÓN MENTAL	⇒ Desorientación ⇒ Incoherente ⇒ Verborrea	SIN DATOS	AL MOMENTO DE INGRESAR	EN EL MANUAL NO SE REPORTA EL DIAGNÓSTICO DE DEFICIT Y AGITACIÓN MENTAL	
IMBECILIDAD	⇒ Atención pasajera ⇒ memoria mal desarrollada ⇒ impulsos homosexuales ⇒ aspecto de degenerado ⇒ risas y llanto inmotivado ⇒ desorientación en lugar y persona ⇒ alucinaciones auditivas y visuales ⇒ desconfianza ⇒ negativismo	SIN DATOS	AL MOMENTO DE INGRESAR	EN EL MANUAL NO SE REPORTA EL DIAGNÓSTICO DE IMBECILIDAD	

En cuanto a los diagnósticos relacionados con el retraso mental se analizó la clasificación *debilidad mental* (1937 citado por Ey, E, 1969) como aquellos que

cuentan con un bajo C.I. (alrededor de los 60 a 70 puntos) y por un tipo particular de inferioridad en todo el conjunto de personalidad (ingenuidad, concepción pueril del mundo, trastorno de juicio y de carácter) ilustrando una relación entre el retraso intelectual y el afectivo. Sin embargo, en el manicomio general no evaluaron el C.I., tampoco distinguieron al antecedente de abuso de alcohol dando como resultado una clasificación subjetiva; de igual forma se manifestó en la **debilidad mental profunda** (nula investigación del C.I.).

Continuando en este grupo se identificó a la **imbecilidad**, diagnóstico planteado por Enrique Aragón (1929) y en la cual mencionaba "El imbecil no llega a comunicarse por escrito con sus semejantes, es decir, no puede expresar su pensamiento por medio de la escritura, ni leer lo escrito o lo impreso. No tiene perturbación de la visión, y parálisis motora en sus extremidades, por lo que su adquisición no es a través de una enfermedad como podría ser la sífilis. (Pag. 128)", no obstante los médicos en turno del manicomio general descartaron dichos parámetros y enfocaron su atención a síntomas correspondientes para un cuadro psicótico en lugar de buscar déficits intelectuales; bajo estas circunstancias la pregunta de la investigación (¿cuáles eran los criterios para diagnosticar a la enfermedad mental?) de alguna manera es contestada, la que los psiquiatras creyeran.

DIAGNÓSTICOS NO AGRUPADOS PERÍODO 1930-1939.

DIAGNÓSTICO	SINTOMATOLOGÍA	ANTECEDENTES	TIEMPO PARA DIAGNOSTICAR	DIAGNÓSTICO DSM-IV	CRITERIOS PARA DIAGNOSTICAR
SÍNDROME DE AUTOMATISMO	⇒ Convulsiones	SIN DATOS	AL MOMENTO DE INGRESAR	EN EL MANUAL NO SE REPORTA EL DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME DE AUTOMATISMO	
AMENECIA	⇒ Desorientación ⇒ Amnesia ⇒ Estado delirante* ⇒ Estado de agitación ⇒ Convulsiones*	SIN DATOS	AL MOMENTO DE INGRESAR	EN EL MANUAL NO SE REPORTA EL DIAGNÓSTICO DE AMENECIA	
CONFUSION MENTAL	⇒ Depresión ⇒ Negativismo ⇒ Ideas delirantes ⇒ Incoherencia* ⇒ Desorientación en tiempo y lugar	SIN DATOS	AL MOMENTO DE INGRESAR	EN EL MANUAL NO SE REPORTA EL DIAGNÓSTICO DE CONFUSIÓN MENTAL	

*síntomas y antecedentes con mayor frecuencia

**DIAGNÓSTICOS
NO AGRUPADOS
PERÍODO 1930-1939.**

DIAGNÓSTICO	SINTOMATOLOGÍA	ANTECEDENTES	TIEMPO PARA DIAGNOSTICAR	DIAGNÓSTICO DSM-IV	CRITERIOS PARA DIAGNOSTICAR
N DIAGNÓSTICO	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Lenguaje incoherente* ⇒ ideas delirantes* ⇒ perturbaciones cenestésicas ⇒ estado confusional ⇒ excitado ⇒ hostil ⇒ dromomanía ⇒ errores de conducta ⇒ alucinaciones auditivas* ⇒ alucinaciones visuales* ⇒ déficit de memoria* ⇒ desorientado en tiempo* ⇒ inquietud ⇒ agitación verbal ⇒ ideas simplistas ⇒ aspecto melancólico ⇒ llanto inmotivado ⇒ agresión ⇒ ideas hipocondríacas ⇒ mutismo ⇒ insomnio* ⇒ crisis convulsivas* 	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Anorexia ⇒ amenorrea ⇒ sífilis* ⇒ abuso de alcohol* 	SIN DATOS	SIN DATOS	SIN DATOS

Los últimos tres diagnósticos que se revisaron en este período fueron *amencia* que según Raecke (1921) presentaba un cuadro similar al descrito en los expedientes de *La Castañeda*, excepto por las convulsiones y la falta de argumentos que lo desarrollarían ya que Raecke lo asignaba al debilitamiento del sujeto por intervención quirúrgica ó exceso de trabajo; la *confusión mental* y el *síndrome de automatismo*, indicadores en la evolución de una enfermedad, por ejemplo, en la confusión mental se observa inhibición en el curso del pensamiento y de la percepción generada por estados tóxicos o infecciosos; en el *automatismo* según Cerabault (trabajo publicado de 1922-1934) representa un síndrome inicial semejante a la esquizofrenia y no una enfermedad de etiología orgánica. Por tanto la calidad diagnóstica que pretendieron proponer contó con muchas deficiencias; asimismo se concluye (al menos en este período) la irregularidad del trabajo médico siendo más notorio con los expedientes *que no contaban con diagnóstico*, pero si con exceso de síntomas heterogéneos, este respecto cabría hacer la pregunta ¿emitir un diagnóstico o no hacerlo beneficiaba en algo al paciente?. Claro es que en estos años ser paciente del manicomio era sinónimo de olvido y de un destino incierto.

PERÍODO 1940-1949

Con la segunda guerra mundial en Europa, el fin del éxodo español a México y la numerosa repatriación de compatriotas de E.U.A., dio inicio la década de los 40's. Eventos que iban dar pie a un supuesto desarrollo de nuestro país, similar al de las potencias mundiales; así la guerra en el viejo continente permitiría mayor exportación de la industria (petróleo, acero, etc.); la repatriación aceleraría la economía al tener el suficiente capital humano, y con el exilio español (en un principio solamente de intelectuales) los mexicanos tendrían mayor número de catedráticos con nuevas ideas en las diversas disciplinas impartidas en de la universidad.

También la intervención del gobierno ayuda al aceleramiento de la tecnología, por ejemplo; en materia de salud se aplicó el programa de residencias médicas, adoptado del esquema Flexeriano llevado en E.U.A. que consistió en una formación práctica para subespecialistas cuyo destino era el hospital sofisticado (entró el manicomio en este proyecto) como el Hospital Infantil de México creado en 1943, el Instituto de Cardiología (1944) y el de Enfermedades de la Nutrición (1946).

Es recién hasta la década de los 50's el Dr. José Luis Patiño comenzó con investigaciones en patología al igual que Dionisio Nieto en Neurología y fisiología dentro del ámbito de lo psiquiátrico.

Ante este contexto la situación dentro del manicomio de *"La Castañeda"* se manifestó como se muestra en el siguiente cuadro:

Cuadro 4

**INGRESOS POR DIAGNÓSTICO
PERÍODO 1940-1949**

RANGO DE EDADES	NUMERO DE PACIENTES	MASCULINO	FEMENINO
5-9	0	0	0
10-14	0	0	0
15-19	0	0	0
20-24	5	5	0
25-29	5	5	0
30-34	6	4	2
35-39	7	5	2
40-44	4	3	1
45-49	1	1	0
50-54	2	2	0
55-59	0	0	0
60-64	1	0	1
65-69	0	0	0
80-84	1	0	1
SIN DATOS	24	14	10
TOTAL	56	39	17

Como se puede observar en el cuadro anterior se presentó un descenso en los ingresos, el rango más alto nuevamente fue de 30-39 años, de igual manera que en los períodos anteriores, en su mayoría ingresaban hombres (69.6%); los expedientes sin datos se incrementaron notoriamente con un porcentaje del 42.8%, así como la nula presencia de edades infantiles y adolescentes (la revisión parte desde los 20 años). Probablemente el comportamiento de estos datos se debió al programa de propaganda médica o al acercamiento de la población a estas instancias, dando como resultado consultas locales con propuestas alternativas al internamiento.

Cuadro 4.1

**INGRESOS POR DIAGNÓSTICOS
PERÍODO 1940-1949**

DIAGNÓSTICO	# DE EXPEDIENTES	MASCULINO	FEMENINO	EXPEDIENTES CON SINTOMATOLOGÍA	EXPEDIENTES SIN SINTOMATOLOGÍA	CANALIZADO POR LA POLICÍA CON DX. PREVIO	CANALIZADO POR LA POLICÍA SIN DX. PREVIO
ESQUIZOFRENIA	4	3	1	3	1	0	0
ESQUIZOFRENIA PARANOIDE	2	2	0	2	0	0	1
ESQUIZOFRENIA HEBEFRENICA	1	1	0	1	0	0	0
PSICOSIS PARANOIDE	3	3	0	3	0	0	2
PSICOSIS CONFUSIONAL	1	0	1	1	0	0	0
PSICOSIS SITUACIONAL	1	1	0	1	0	0	0
SÍNDROME ESQUIZOMORFO	1	1	0	1	0	0	0
SÍNDROME PARANOIDE	1	1	0	1	0	0	0
SÍNDROME PARANOIDE POR NEUROLEUS	1	0	1	1	0	0	0
PSICONEUROSIS OBSESIVA CON ESTADOS ALUCINATORIOS	1	1	0	1	0	0	0
PSICOSIS ALCOHÓLICA	2	2	0	2	0	0	0
PSICOSIS ALCOHÓLICA ALUCINATORIA	2	1	1	2	0	0	1
PSICOSIS ALCOHÓLICA POLINERÉTICA	1	1	0	1	0	0	0
PSICOSIS PARANOIDE ALCOHÓLICA	1	1	0	0	1	0	0
PSICOSIS CONFUSIONAL ALCOHÓLICA	1	1	0	1	0	0	1
EPISODIO PSICÓTICO ALCOHÓLICO	1	1	0	1	0	0	0
ALUCINACIONES ALCOHÓLICAS	1	1	0	1	0	0	0
DELIRIUMS TREMENS	1	0	1	1	0	0	0
DIPSOMANÍA	1	0	1	1	0	0	0
MANÍA	1	1	0	1	0	0	0
ESTADO MANIACO	1	1	0	1	0	0	0
SÍNDROME MANIACO	1	0	1	1	0	0	0
SÍNDROME HIPOMANIACO	1	0	1	1	0	0	1
PÁRALISIS GENERAL PROGRESIVA	1	0	1	1	0	0	0

.....Continuación del Cuadro 4.1

**INGRESOS POR DIAGNÓSTICO
PERÍODO 1940-1949**

DIAGNÓSTICO	# DE EXPEDIENTES	MASCULINO	FEMENINO	EXPEDIENTES CON SINTOMATOLOGÍA	EXPEDIENTES SIN SINTOMATOLOGÍA	CANALIZADO POR LA POLICIA CON DX. PREVIO	CANALIZADO POR LA POLICIA SIN DX. PREVIO
PARÁLISIS GENERAL PROGRESIVA (SÍNDROME DE ANIACO)	1	1	0	1	0	0	0
PILEPSIA	3	1	2	3	0	0	0
PILEPSIA ESENCIAL	2	1	1	2	0	0	0
EMERGENCIA SENIL	1	0	1	1	0	0	0
EMERGENCIA PARALÍTICA	3	3	0	2	1	0	0
ESTADO EMERGENCIAL	1	1	0	0	1	0	0
ENCEFALITIS	1	1	0	1	0	0	0
POST-ENCEFALITIS	1	1	0	1	0	0	0
CONFUSIÓN MENTAL GRAVE	1	1	0	1	0	0	0
REACCIÓN TIPIÁTICA	1	0	1	1	0	0	0
DELIRIO	1	1	0	1	0	0	0
SIN DIAGNÓSTICO	8	4	4	4	4	0	6
CON DIAGNÓSTICO	48	34	14	44	4	0	6
	86%	71%	29%	92%	8%	0%	13%
SIN DIAGNÓSTICO	8	4	4	4	4	0	6
	14%	50%	50%	50%	50%	0%	75%
TOTAL	56	38	18	48	8	0	12
		68%	32%	86%	14%	0%	27%

Por su parte, el diagnóstico que se aplicó mas veces fue el de esquizofrenia (8%), seguido de la psicosis paranoide (6%) y epilepsia (6%); de esta forma se presentó un cambio en la prevalencia diagnóstica, dado en periodos anteriores la Parálisis general progresiva fué la mas frecuente

Como entidad diagnostica (grupo de diagnósticos) las clasificaciones relacionadas con el consumo y abuso de alcohol fueron las más empleadas (23%) seguido por el grupo de la esquizofrenia (15%).

En cuanto rublo de expedientes sin sintomatología se observó un aumento notable ya que en los años 30's fue de 5% y para este periodo se incremento al 14%; por otro lado, las canalizaciones que hizo la policia (27%) tomaron el carácter solamente de remisión; y finalmente los internamientos sin diagnóstico (14%)

alcanzaron el porcentaje más alto de acuerdo a lo ya analizado, además el 50% de éstos sin tener un dato que lo sustentara.

DIAGNÓSTICOS RELACIONADOS CON LA ESQUIZOFRENIA PERÍODO 1940-1949

DIAGNÓSTICO	SINTOMATOLOGÍA	ANTECEDENTES	TIEMPO PARA DIAGNOSTICAR	DIAGNÓSTICO DSM-IV	CRITERIOS PARA DIAGNOSTICAR
ESQUIZOFRENIA	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Indiferencia ⇒ Ambivalencia ⇒ Estereotipias ⇒ Amaneramientos ⇒ Desorientación en tiempo lugar y persona ⇒ Alucinaciones auditivas ⇒ ideas delirantes de persecución 	SIN DATOS	AL MOMENTO DE INGRESAR	ESQUIZOFRENIA	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ A síntomas característicos: dos (o más) de los siguientes con un mes de persistencia. <ol style="list-style-type: none"> 1. ideas delirantes 2. Alucinaciones 3. lenguaje desorientado 4. comportamiento catatónico 5. síntomas negativos, por ejemplo: aplanamiento afectivo. ⇒ B. Disfunción social/laboral ⇒ C. Duración de al menos 6 meses ⇒ D. Exclusión con enfermedad médica
ESQUIZOFRENIA PARANOIDE	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Agitación psicomotriz ⇒ Síndrome maníiforme ⇒ discurso con temas delirantes ⇒ alucinaciones auditivas ⇒ agresión 	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Paludismo ⇒ abuso de alcohol 	AL MOMENTO DE INGRESAR	EN EL MANUAL SE DIAGNOSTICA COMO ESQUIZOFRENIA TIPO PARANOIDE	
ESQUIZOFRENIA HEBEFRENICA	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Alucinaciones sensoriales fugaces ⇒ ideas delirantes polimorfias ⇒ incongruente ⇒ desorientación cronopsíquica y autopsíquica 	SIN DATOS	AL MOMENTO DE INGRESAR	EN EL MANUAL NO SE REPORTA EL DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA HEBEFRENICA	

Dentro de los criterios para clasificar los trastornos mentales en primera instancia se encuentra el grupo de la **esquizofrenia**, emitida en función de 7 elementos y la **esquizofrenia hebefrenica** como punto relevante al omitir la particularidad que la define (el desarrollo en la adolescencia).

Todos estos errores se debieron en gran parte a la inexistencia de investigaciones dentro del manicomio, como a la falta de uniformidad en criterios por parte del aparato médico.

**DIAGNÓSTICOS RELACIONADOS
CON LA PSICOSIS
PERÍODO 1940-1949**

DIAGNÓSTICO	SINTOMATOLOGÍA	ANTECEDENTES	TIEMPO PARA DIAGNOSTICAR	DIAGNÓSTICO DSM-IV	CRITERIOS PARA DIAGNOSTICAR
PSICOSIS PARANOIDE	⇒ Alucinaciones auditivas ⇒ Actitud ambivalente ⇒ Cleptomanía ⇒ Temblor en todo el cuerpo ⇒ Sofocos ⇒ Fugas ⇒ Somnolencia ⇒ Insomnio	⇒ Abuso de alcohol	AL MOMENTO DE SU INGRESO	EL MANUAL NO REGISTRA EL DIAGNÓSTICO DE PSICOSIS PARANOIDE	
PSICOSIS CONFUSIONAL	• Desorientación en tiempo, espacio y persona. • Espontáneamente no habla	• Malas condiciones de nutrición muy delgada y pálida	AL MOMENTO DE INGRESAR	EN EL MANUAL NO SE REPORTA EL DIAGNÓSTICO DE PSICOSIS CONFUSIONAL	
PSICOSIS SITUACIONAL	⇒ Deprimido ⇒ Alucinaciones auditivas ⇒ dos años antes de su ingreso presentó ideas de contenido persecutorio, fugas y alucinaciones auditiva	⇒ Sufrió de paludismo dos años antes de su ingreso con manifestaciones clínicas durante 8 meses.	AL MOMENTO DE INGRESAR	EN EL MANUAL NO SE REPORTA EL DIAGNÓSTICO DE PSICOSIS SITUACIONAL	
SÍNDROME ESQUIZOMORFO	⇒ Mal orientado en lugar. ⇒ juicio y razonamiento trastornado ⇒ indiferencia ⇒ autismo	SIN DATOS	AL MOMENTO DE INGRESAR	EN EL MANUAL NO SE REPORTA EL DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME ESQUIZOMORFO	
SÍNDROME PARANOIDE	⇒ Boxeador con problemas de agresividad hacia toda persona ⇒ insomnio ⇒ grita como gallo y ladra como perro sin motivo aparente	SIN DATOS	AL MOMENTO DE INGRESAR	EN EL MANUAL NO SE REPORTA EL DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME PARANOIDE	
SÍNDROME PARANOIDE POR NEURO LEUS	⇒ desorientado en tiempo y lugar ⇒ piensa que lo van a matar sus vecinos	SIN DATOS	AL MOMENTO DE INGRESAR	EN EL MANUAL NO SE REPORTA EL DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME PARANOIDE POR NEURO LEUS	
PSICONEUROSIS OBSESIVA CON ESTADOS ALUCINATORIOS	⇒ Reacciones agresivas ⇒ alucinaciones auditivas y visuales	SIN DATOS	AL MOMENTO DE INGRESAR	EN EL MANUAL NO SE REPORTA EL DIAGNÓSTICO DE PSICONEUROSIS OBSESIVA CON ESTADOS ALUCINATORIOS	

Por otro lado, la entidad *psicosis paranoide* no se consideraron los síntomas esenciales requeridos para su clasificación: desconfianza, falsedad de juicio y delirios.

Así mismo en la *psicosis situacional* o inducida como lo propuso la escuela francesa del siglo XIX (Hoffmann, 1886) no tomaron en cuenta la relación con el medio ambiente (por ejemplo, una situación bélica o convivir dentro de una población agresiva) como factor desencadenante; y describir el cuadro como producto de una enfermedad (paludismo).

De igual forma ocurrió con el *síndrome paranoide* y el *síndrome por Neuroleus*; por su parte, la *psiconeurosis obsesiva con estados alucinatorios* en sus síntomas, no correspondieron al marco teórico (ver cuadro 2 anexos).

DIAGNÓSTICOS RELACIONADOS CON LA PSICOSIS ALCOHÓLICA PERÍODO 1940-1949

DIAGNÓSTICO	SINTOMATOLOGÍA	ANTECEDENTES	TIEMPO PARA DIAGNOSTICAR	DIAGNÓSTICO DSM-IV	CRITERIOS PARA DIAGNOSTICAR
PSICOSIS ALCOHÓLICA	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Aspecto delirante ⇒ estado de inquietud ⇒ desconfianza ⇒ discurso incoherente con ideas de persecución ⇒ zoopsias ⇒ reacciones agresivas ⇒ Alucinaciones auditivas y visuales ⇒ estado de apatía ⇒ temblores ⇒ disgregación ⇒ ataques epilépticos 	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Abuso de Alcohol 	AL MOMENTO DE SU INGRESO	TRASTORNO PSICÓTICO INDUCIDO POR SUSTANCIA F.10.31 F.10.32	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ A. Alucinaciones o ideas delirantes sin que el sujeto sea consciente de que son provocadas por la sustancia. ⇒ B. A partir de la historia clínica se deba tomar en cuenta. <ol style="list-style-type: none"> 1. Los síntomas del criterio A. aparecen durante o en el mes siguiente a una intoxicación por o abstinencia de la sustancia. 2.- El consumo de alguna sustancia esta etiológicamente relacionado con la alteración ⇒ C. Los síntomas preceden al inicio del consumo de la sustancia. ⇒ D. Los síntomas persisten durante un periodo sustancial de tiempo ⇒ E. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso del delirio
PSICOSIS ALCOHÓLICA ALUCINATORIA	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Alucinaciones visuales ⇒ presenta accesos epilépticos ⇒ discurso incoherente ⇒ se muestra hostil 	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Abuso de alcohol 	AL MOMENTO DE INGRESAR	EN EL MANUAL SE REPORTA EL DIAGNÓSTICO COMO TRASTORNO PSICÓTICO INDUCIDO POR SUSTANCIAS F.10.32 ALCOHOL CON ALUCINACIONES	
PSICOSIS ALCOHÓLICA POLINEURÉTICA	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Alucinaciones auditivas ⇒ Insomnio ⇒ agresividad 	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Abuso de alcohol 	AL MOMENTO DE INGRESAR	EN EL MANUAL NO SE REPORTA EL DIAGNÓSTICO DE PSICOSIS ALCOHÓLICA POLINEURETICA	

**DIAGNÓSTICOS RELACIONADOS
CON LA PSICOSIS ALCOHÓLICA
PERÍODO 1940-1949**

DIAGNÓSTICO	SINTOMATOLOGÍA	ANTECEDENTES	TIEMPO PARA DIAGNOSTICAR	DIAGNÓSTICO DSM-IV	CRITERIOS PARA DIAGNOSTICAR
PSICOSIS PARANOIDE ALCOHÓLICA	⇒ El paciente declara que se está volviendo loco de tanto tomar ⇒ Alucinaciones visuales y auditiva	⇒ Abuso de alcohol	AL MOMENTO DE INGRESAR	EN EL MANUAL NO SE REPORTA EL DIAGNÓSTICO DE PSICOSIS PARANOIDE ALCOHOLICA	⇒ A. Alucinaciones o ideas delirantes sin que el sujeto sea consciente de que son provocadas por la sustancia. ⇒ B. A partir de la historia clínica se deba tomar en cuenta. 2. Los síntomas del criterio A aparecen durante o en el mes siguiente a una intoxicación por o abstinencia de la sustancia. 2.- El consumo de alguna sustancia esta etiologicamente relacionado con la alteración ⇒ C. Los síntomas preceden el inicio del consumo de la sustancia. ⇒ D. Los síntomas persisten durante un periodo sustancial de tiempo ⇒ E. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso del delirio
PSICOSIS CONFUSIONAL ALCOHÓLICA	⇒ trémulo de palabra ⇒ alucinaciones auditivas y visuales ⇒ desorientado en tiempo y lugar	SIN DATOS	AL MOMENTO DE INGRESAR	EN EL MANUAL NO SE REPORTA EL DIAGNÓSTICO DE PSICOSIS CONFUSIONAL ALCOHOLICA	
EPISODIO PSICÓTICO ALCOHÓLICO	⇒ Excitado ⇒ Temeroso ⇒ alucinaciones ⇒ sofocos ⇒ insomnio	⇒ Abuso de alcohol	AL MOMENTO DE INGRESAR	EN EL MANUAL NO SE REPORTA EL DIAGNÓSTICO DE EPISODIO PSICÓTICO ALCOHÓLICO	
ALUCINACIONES ALCOHÓLICAS	⇒ Alucinaciones auditivas ⇒ irritabilidad ⇒ agresividad ⇒ respuestas eufónicas con simpismo	⇒ Abuso de alcohol ⇒ Insomnio ⇒ terrores nocturnos	AL MOMENTO DE INGRESAR	EN EL MANUAL SE REPORTA COMO TRASTORNO PSICÓTICO INDUCIDO POR SUSTANCIAS F.10.32 ALCOHOL CON ALUCINACIONES	
DELIRIUMS TREMENS	⇒ Conducta bizarra ⇒ habla de personas y animales que le rodean ⇒ en todo momento grita ⇒ demostración de ansiedad ⇒ déficit en su orientación tanto en espacio como en tiempo	⇒ Abuso de alcohol por varios años	AL MOMENTO DE INGRESAR	EL MANUAL LO REPORTA EL DIAGNÓSTICO DE DELIRIUMS POR INTOXICACIÓN POR SUSTANCIAS F.10.03 ALCOHOL.	
DIPSOMANÍA	⇒ Agresividad	⇒ abuso de alcohol ⇒ agresividad cuando no consume alcohol	AL MOMENTO DE INGRESAR	EN EL MANUAL NO SE REPORTA EL DIAGNÓSTICO DE DIPSOMANÍA	

El siguiente grupo de clasificación aborda trastornos asociados al consumo excesivo de alcohol para el cual se emitieron los diagnósticos: **psicosis alcohólica, psicosis confucional, psicosis alcohólica polineurética, psicosis paranoide alcohólica y el de episodio psicótico alcohólico**; en todos estos se careció de argumentos teóricos, al no diferenciar en el momento de la entrevista

los episodios psicóticos producidos por el periodo de abstinencia, de aquellas donde se mostraba un alto grado intoxicación.

A su vez en el diagnóstico *episodio confusional alcohólico* los médicos de "La Castañeda" no reportaron antecedentes por consumo etílico. Y en la *alucinosis alcohólica* la exploración de síntomas se debió hacer en aspectos cognitivos (Wernicke, 1949, citado por E. Ey, 1980) ya que en ésta existe una conservación parcial de la conciencia, datos que nunca fueron acentuados.

Así mismo, para la *dipsomanía* era necesario justificar su aplicación debido a su clasificación (una conducta compulsiva dentro de una estructura neurótica. Perelman, 1919, citado por E. Ey, 1980); y en este caso la compulsión se canalizaba hacia el consumo de alcohol, misma que se desencadenaba a partir de un choque emocional y provocaba una necesidad imperiosa e irresistible por beber.

A su vez se desarrollan fugas de pensamiento, acciones delictivas o criminales e incluso suicidio; en el mismo desarrollo el sujeto puede presentar amnesia o incluso perder el control de su conducta

DIAGNÓSTICOS RELACIONADOS CON LA MANÍA PERÍODO 1940-1949

DIAGNÓSTICO	SINTOMATOLOGÍA	ANTECEDENTES	TIEMPO PARA DIAGNOSTICAR	DIAGNÓSTICO DSM-IV	CRITERIOS PARA DIAGNOSTICAR
MANÍA	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Agresividad ⇒ por momentos se comunica y posteriormente se presenta en mutismo. Sin motivo aparente ⇒ agitación ⇒ tendencia a la fuga ⇒ llanto sin motivo aparente ⇒ agresividad ⇒ verborreo ⇒ en un periodo de una semana 	SIN DATOS	AL MOMENTO DE INGRESAR	EN EL MANUAL NO SE REPORTA EL DIAGNÓSTICO DE MANÍA.	
ESTADO MANÍACO	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Excitado ⇒ verborreo ⇒ presencia de miles de muecas como un maniaco ⇒ coproléico ⇒ incoherente 	⇒ Abuso de alcohol	AL MOMENTO DE INGRESAR	EN EL MANUAL SE REPORTA COMO TRASTORNO DE ESTADO DE ANIMO SIN EXISTIR EL DX. DE ESTADO MANÍACO.	
SÍNDROME MANÍACO	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Se niega a contestar toda pregunta que se le hace ⇒ estereotípias ⇒ desafío de todo lo que le rodea 	SIN DATOS	AL MOMENTO DE INGRESAR	EN EL MANUAL SE REPORTA COMO TRASTORNO DEL ESTADO DE ANIMO SIN EXISTIR UN DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME MANÍACO.	

**DIAGNÓSTICOS RELACIONADOS
CON LA MANÍA
PERÍODO 1940-1949**

DIAGNÓSTICO	SINTOMATOLOGÍA	ANTECEDENTES	TIEMPO PARA DIAGNOSTICAR	DIAGNÓSTICO DSM-IV	CRITERIOS PARA DIAGNOSTICAR
SÍNDROME HIPOMANÍACO	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Excitación verbal distímias ⇒ fluidez en ideación y el final del discurso ⇒ incoordinación de tipo maniaco ⇒ conducta eufórica ⇒ Fugas de casa sin motivo aparente ⇒ durante un período de 3 meses 	SIN DATOS	AL MOMENTO DE INGRESAR	EN EL MANUAL SE REPORTA COMO TRASTORNOS DEL ESTADO DE ANIMO EN EPISODIO HIPOMANÍACO	DURACIÓN AL MENOS 4 DIAS DE: <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Autoestima exagerada ⇒ disminución de necesidad de dormir ⇒ verborreico ⇒ fuga de ideas ⇒ el episodio no es grave como para provocar el deterioro laboral o social ⇒ los síntomas no debidos a efectos fisiológicos directos de sustancias ⇒ el episodio esta asociado a un cambio inequívoco que no es característico del sujeto.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

**DIAGNÓSTICOS RELACIONADOS
CON LESIONES ORGÁNICAS
PERÍODO 1940-1949**

DIAGNÓSTICO	SINTOMATOLOGÍA	ANTECEDENTES	TIEMPO PARA DIAGNOSTICAR	DIAGNÓSTICO DSM-IV	CRITERIOS PARA DIAGNOSTICAR
PARÁLISIS GENERAL PROGRESIVA	⇒ Franco aspecto demencial ⇒ Mutismo ⇒ divaga al preguntarle ⇒ intenta movimiento de articulación	SIN DATOS	AL MOMENTO DE INGRESAR	EN EL MANUAL NO SE REPORTA EL DIAGNÓSTICO DE PARÁLISIS GENERAL PROGRESIVA	
PARÁLISIS GENERAL PROGRESIVA (SÍNDROME MANÍACO)	⇒ Discurso fantástico "que fue borracho" ⇒ que esta loco ⇒ ideas delirantes con duración de dos meses ⇒ compulsión hacia el dinero	⇒ Sífilis	AL MOMENTO DE INGRESAR	EN EL MANUAL NO SE REPORTA EL DIAGNÓSTICO DE PARÁLISIS GENERAL PROGRESIVA	
EPILEPSIA	⇒ Se muestra negativista ⇒ presenta aparente proceso esquizofrénico ⇒ torpeza expresiva ⇒ capacidad de comprensión limitada ⇒ viscosidad ⇒ euforia ⇒ desorientado en tiempo y espacio ⇒ alucinaciones	⇒ Convulsiones ⇒ agresividad ⇒ fugas con dromomanía	AL MOMENTO DE INGRESAR	EN EL MANUAL NO SE REPORTA EL DIAGNÓSTICO DE EPILEPSIA	
EPILEPSIA ESENCIAL	⇒ Viscosidad mental ⇒ Responde al interrogatorio con retardo y confusión ⇒ Agresión	⇒ Disminorrea ⇒ operación en cráneo ⇒ convulsiones	AL MOMENTO DE INGRESAR	EN EL MANUAL NO REPORTA EL DIAGNÓSTICO DE EPILEPSIA ESENCIAL	

Respecto a la *parálisis general progresiva* se clasificó sin tener por antecedente la sífilis, infección generadora de la enfermedad y el *síndrome maníaco* sin tener síntomas y signos propios de la entidad.

**DIAGNÓSTICOS RELACIONADOS
CON LA DEMENCIA
PERÍODO 1940-1949**

DIAGNÓSTICO	SINTOMATOLOGÍA	ANTECEDENTES	TIEMPO PARA DIAGNOSTICAR	DIAGNÓSTICO DSM-IV	CRITERIOS PARA DIAGNOSTICAR
DEMENCIA SENIL	⇒ Déficit en la memoria ⇒ déficit en orientación tiempo y lugar ⇒ juicio y autocrítica totalmente perdido	⇒ insomnio ⇒ Pensa que las personas le van hacer daño.	AL MOMENTO DE INGRESAR	EN EL MANUAL EL DIAGNÓSTICO PARTE DE LA ETIOLOGIA DE LA ENFERMEDAD EN ASPECTOS ORGANICOS	
DEMENCIA PARÁLITICA	⇒ Facie demencia con matiz afectivo de euforia ⇒ Pérdida de la memoria ⇒ Respuestas tardas dolores de cabeza ⇒ torpeza ⇒ manifestaciones delirantes	⇒ Abuso de alcohol	AL MOMENTO DE INGRESAR	EN EL MANUAL NO SE REPORTA EL DIAGNÓSTICO DE DEMENCIA PARÁLITICA	
ESTADO DEMENCIAL	NO EXISTEN DATOS	⇒ Sordera	AL MOMENTO DE INGRESAR	NO EXISTE RELACIÓN YA QUE EL MANUAL DIAGNOSTICA A PARTIR DE LA ETIOLOGIA DE LA ENFERMEDAD	

En la *demencia senil* no se registro información del inicio y grado de evolución, aspectos que permitirían diferenciarlo de una psicosis o algún tipo demencial si bien los psiquiatras tuvieron la base del diagnóstico posiblemente en lo observado, este le resta confiabilidad por su desorden.

De igual forma *el estado demencial*, diagnosticando a un sujeto incapacitado en su audición que no mostraba datos determinantes para un tratamiento en el manicomio. Cabe señalar este diagnóstico aplicado a un sujeto cuyo único antecedente y síntoma es la sordera, ósea, si nos basamos en los datos clasifican como demente a un sordo.

**DIAGNÓSTICOS
SIN AGRUPACIÓN
PERÍODO 1940-1949**

DIAGNÓSTICO	SINTOMATOLOGÍA	ANTECEDENTES	TIEMPO PARA DIAGNOSTICAR	DIAGNÓSTICO DSM-IV	CRITERIOS PARA DIAGNOSTICAR
ENCEFALITIS	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Sufrimiento de encefalopatía ⇒ Convulsiones ⇒ pérdida del lenguaje ⇒ falta de comprensión al ordenar una tarea 	SIN DATOS	AL MOMENTO DE INGRESAR	EN EL MANUAL NO SE REPORTA EL DIAGNÓSTICO DE ENCEFALITIS	
POST-ENCEFALITIS	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Indiferencia ⇒ deficiencias en lenguaje ⇒ manifestaciones de imbecilidad ⇒ ideación lenta con cierto grado de bradipsiquia 	SIN DATOS	AL MOMENTO DE INGRESAR	EN EL MANUAL NO SE REPORTA EL DIAGNÓSTICO DE POST-ENCEFALITIS	
CONFUSIÓN MENTAL GRAVE	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Mutismo ⇒ mirada angustiada ⇒ movimientos desordenados de los brazos ⇒ rigidez en el cuerpo 	SIN DATOS	AL MOMENTO DE INGRESAR	EN EL MANUAL NO SE REPORTA EL DIAGNÓSTICO DE CONFUSIÓN MENTAL GRAVE	
REACCIÓN PITIÁTICA	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ tranquila ⇒ conciencia de enfermedad ⇒ alucinaciones visuales y auditivas ⇒ miedo ⇒ Esta sintomatología se presenta sin motivo aparente. 	SIN DATOS	AL MOMENTO DE SU INGRESO	EN EL MANUAL NO APARECE EL DIAGNÓSTICO DE REACCIÓN PITIÁTICA	
OLIGOFRENIA	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ No atiende a las preguntas ⇒ conducta de retrasado crónico ⇒ crisis epilépticas 	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Nacimiento raquítico ⇒ Desarrollo con retardo en el lenguaje y marcha 	AL MOMENTO DE INGRESAR	EL MANUAL NO REGISTRA EL DIAGNÓSTICO DE OLIGOFRENIA. ⇒ SE CLASIFICA EN RETRASO MENTAL ⇒ LEVE ⇒ MODERADO ⇒ GRAVE ⇒ PROFUNDO	
SIN DIAGNÓSTICO	<ul style="list-style-type: none"> ➤ crisis convulsivas ➤ delirios ➤ alucinaciones 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ sífilis ➤ paludismo 	AL MOMENTO DE INGRESAR	SIN DATOS	

Dentro de las enfermedades neurológicas sobresale la *encefalitis* y *post encefalitis*, en ambas la causa (lesiones de tipo inflamatorio o lesiones histológicas) dejó de mencionarse, además tomando en cuenta los síntomas en que se basaron, no representan una particularidad por la similitud con. Siguiendo

este tipo de nomenclaturas se observa al de **confusión mental grave** que representaba una característica al inicio de un trastorno, con multiplicidad de causas, formas y curso; y la **reacción pitiatca**, sinónimo de histeria (Moor, 1969) donde enfatizaron la presencia de síntomas sin motivo aparente aún con esto los médicos internaron a una persona en el lugar inapropiado para su tratamiento, ya que la histeria no se puede considerar una enfermedad orgánica o del cerebro.

Cabe preguntarse de cuanto a la **oligofrenia** la adecuación de los métodos usados para la valoración del Coeficiente intelectual, importante para distinguir el diagnóstico en adultos (tomando en cuenta la población registrada en esta década) porque existe la posibilidad de lesiones u otra clase de accidentes que genere un cuadro semejante.

Finalmente en este período los psiquiatras continuaron los internamientos **sin diagnósticos**, en menor proporción; sin embargo la diversidad de manifestaciones clínicas coloca al sistema médico en una incapacidad total al negarles atenciones primaria (clasificación) llevando al olvido y segregarlos de una posible relación con su sociedad.

PERÍODO 1950-1959

Durante la mitad del siglo XX Europa emergía de la guerra grandes avances que dejaban atrás sus estragos, desde la reconstrucción de las ciudades hasta la aplicación de tecnología núcleos pequeños, como el hogar, de máquinas (hornos, podadoras, aspiradoras, etc.) que facilitaron las tareas domésticas. La ciencia médica, también aportó a este contexto los primeros trasplantes de órganos humanos (Holmann, 1952); o las investigaciones hechas en E.U.A. que revolucionarían los conceptos de la conducta sexual tanto del varón como de la mujer (Kinsey, 1948-1953), mismos que retomarían Master y Johnson; y en lo psiquiátrico empezaron a trabajar con un nuevo tratamiento a través de psicotrópicos (neurolépticos en la psicosis, antidepresivos para los trastornos afectivos y tranquilizantes en la ansiedad) que tuvieron como meta la cura de los trastornos.

Por su parte, en México se continuaba con la misma formación económica, social, cultural y científica; para estos años los intelectuales exiliados de España comenzaron a ofrecer resultados en las áreas ya citadas; por ejemplo, las investigaciones de German Somolinos en Antropología y Medicina, Dionisio Nieto en Psicopatología y José Luis Patiño en Psiquiatría (manejo clínico) por citar solo algunos.

Además de gestarse una disciplina que es importante en el estudio de los trastornos mentales; con el psicoanálisis (APM, 1954-1955 y La Sociedad Psicoanalítica Mexicana, 1950) los médicos mexicanos (en un inicio) tenían una alternativa en el estudio y tratamiento de este fenómeno.

Sin embargo, la vanguardia mundial tanto en medicina como en psiquiatría no influyó en el funcionamiento del manicomio de "*La Castañeda*", de forma que los patrones a seguir en internamiento y diagnóstico nos presenta los siguientes datos:

Cuadro 5

**INGRESOS POR EDADES
PERÍODO 1950-1959**

RANGO DE EDADES	NÚMERO DE PACIENTES	MASCULINO	FEMENINO
5-9	1	1	0
10-14	2	1	1
15-19	8	3	5
20-24	2	1	1
25-29	7	7	0
30-34	10	8	2
35-39	11	8	3
40-44	8	8	0
45-49	7	5	2
50-54	2	2	0
55-59	3	2	1
60-64	2	1	1
65-69	3	1	2
70-74	0	0	0
75-79	1	0	1
80-84	1	1	0
SIN DATOS	9	5	4
TOTAL	77	54	23

La mayoría de las canalizaciones ocurrieron en un rango que comprendía entre los 30 y 39 años, similar al de los años 40's, asimismo el porcentaje mas alto fue en varones(70 %) respecto al de las mujeres(30%); los cambios se presentaron en los ingresos de infantes y adolescentes(14%) alcanzando el mayor porcentaje de la muestra total, así como un considerable número de documentos sin reportar la edad(12%).

Cuadro 5.1

**INGRESOS POR DIAGNÓSTICO
PERÍODO 1950-1959**

DIAGNÓSTICO	# DE EXPEDIENTES	MASCULINO	FEMENINO	EXPEDIENTES CON SINTOMATOLOGÍA	EXPEDIENTES SIN SINTOMATOLOGÍA	CANALIZADOS POR LA POLICIA CON DX. PREVIO	CANALIZADOS POR LA POLICIA SIN DX. PREVIO
ESQUIZOFRENIA	4	3	1	4	0	0	0
ESQUIZOFRENIA PARANOIDE	2	0	2	2	0	0	0
PSICOSIS ORGÁNICA	1	0	1	1	0	0	0
PSICOSIS INVOLUNTIVA	2	0	2	2	0	0	1
PSICOSIS REACTIVA	1	0	1	1	0	0	0
PSICOSIS REACTIVA TIPO PARANOIDE	1	0	1	1	0	0	0
PSICOSIS PARANOIDE	1	1	0	1	0	0	0
PSICOSIS ALUCINATORIA	1	1	0	1	0	0	1
PSICOSIS MANÍACO-DEPRESIVA	3	2	1	3	0	0	0
PSICOSIS SENIL	2	1	1	2	0	0	1
ALCOHOLISMO CRÓNICO	3	3	0	3	0	0	0
ALCOHOLISMO CRÓNICO BROTE ALUCINATORIO	1	1	0	1	0	0	0
ALCOHOLISMO TIPO DIPSOMANÍA	1	1	0	1	0	0	0
ALCOHOLISMO EN DÉBIL MENTAL	1	1	0	1	0	0	0
PSICOSIS ALUCINATORIA ALCOHÓLICA	5	5	0	0	5	0	1
PSICOSIS PELAGROSA EN ALCOHÓLICO Y OLIGOFRENICO	1	1	0	1	0	0	0
PARANOIA ALCOHÓLICA	1	1	0	1	0	0	0
ALUCINOSIS ALCOHÓLICA	2	2	0	2	0	0	0
ESTADO DE CONFUSIÓN MENTAL DE ORIGEN ALCOHÓLICO	1	1	0	1	0	0	0
TOXICOMANÍA	4	4	0	4	0	0	0
EPILEPSIA	6	3	3	6	0	0	0

**INGRESOS POR DIAGNÓSTICO
PERÍODO 1950-1959**

DIAGNOSTICO	# DE EXPEDIENTES	MASCULINO	FEMENINO	EXPEDIENTES CON SINTOMATOLOGÍA	EXPEDIENTES SIN SINTOMATOLOGÍA	CANALIZADOS POR LA POLICIA CON DX. PREVIO	CANALIZADOS POR LA POLICIA SIN DX. PREVIO
EPILEPSIA ESENCIAL	2	1	1	2	0	0	0
EPILEPSIA JACKSONIANA	1	1	0	1	0	0	0
EPILEPSIA EN DEBIL MENTAL	1	0	1	1	0	0	0
EPILEPSIA Y OLIGOFRENIA	2	2	0	2	0	0	1
SÍNDROME CONVULSIVO	3	3	0	2	1	0	0
DEMENCIA SENIL	1	1	0	1	0	0	0
SÍNDROME DEMENCIAL	1	0	1	1	0	0	1
SÍNDROME DEMENCIAL ORGÁNICO	1	1	0	1	0	0	1
ESTADO DEMENCIAL	1	1	0	1	0	0	0
AGITACIÓN MANÍACA	1	1	0	0	1	0	0
CUADRO MANÍATIFORME DISREGGANTE SENIL	1	0	1	1	0	0	0
OLIGOFRENIA	2	1	1	2	0	0	0
DEBILIDAD MENTAL PROFUNDA Y EPILEPSIA	1	0	1	1	0	0	0
TRASTORNO DE CONDUCTA Y LENGUAJE	1	1	0	1	0	0	0
POST-ENCEFALÍTIS	1	1	0	1	0	0	0
DISRRITMIA CEREBRAL	1	0	1	1	0	0	0
CEREBROPATÍA POR ACCIDENTE VASCULARI	1	1	0	1	0	0	0
NEUROLEUS	3	3	0	3	0	0	0
PITITISMO	1	0	1	1	0	0	0
SIN DIAGNÓSTICO	7	5	2	2	5	0	1
TOTAL CON DIAGNÓSTICO	70 91%	49 70%	21 30%	63 90%	7 10%	0 0%	7 10%
TOTAL SIN DIAGNÓSTICO	7 9%	5 71%	2 29%	2 29%	5 71%	0 0%	1 14%
TOTAL	77	54 70 %	23 30%	2 3%	12 16%	0 0%	8 10%

Conforme a los diagnósticos los porcentajes se comportaron de la siguiente manera: la *epilepsia* (21%), *psicosis alcohólica* (14%), *esquizofrenia* (8%) y la *toxicomanía* (6%).

Las clasificaciones *esquizofrenia*, *psicosis alucinatoria alcohólica*, *toxicomanía*, *alcoholismo crónico* y *síndrome convulsivo* se aplicaron más en hombres, y la *epilepsia*, *esquizofrenia paranoide*, *psicosis involuntiva* en mujeres; en su mayoría enunciaron síntomas excepto en la *psicosis alucinatoria alcohólica* (7%), *síndrome convulsivo* (4%) y la *agitación maniaca* con el mismo porcentaje.

La policía nuevamente se abstuvo de clasificar, pero los médicos dejaron de realizarlo en un 10% en los pacientes; además de internar a más de la mitad de éstos sin presentar al menos un síntoma.

DIAGNÓSTICOS RELACIONADOS CON LA ESQUIZOFRENIA PERÍODO 1950-1959.

DIAGNÓSTICO	INTOMATOLOGÍA	ANTECEDENTES	TIEMPO PARA DIAGNOSTICAR	DIAGNÓSTICO DSM-IV	CRITERIOS PARA DIAGNOSTICAR
ESQUIZOFRENIA	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Incoherente ⇒ Desorientado en tiempo y espacio* ⇒ Movimientos anormales ⇒ Fugas sin motivo aparente ⇒ Atención escasa ⇒ Memoria alterada ⇒ Juicio pobre 	SIN DATOS	AL MOMENTO DE INGRESAR	EN EL MANUAL SE DIAGNOSTICA COMO ESQUIZOFRENIA F20.0X	<p>A. Síntomas característicos: dos (o más) de los siguientes, cada uno de ellos presentes durante una parte significativa de un período de un mes</p> <ol style="list-style-type: none"> (1). Ideas delirantes (2). Alucinaciones (3). Lenguaje desorganizado (4). Comportamiento catatónico o gravemente desorganizado (5). Síntomas negativos, por ejemplo, aplanamiento afectivo, alogia, abulia. <p>B. Disfunción social/laboral: durante una parte significativa del tiempo desde el inicio de la alteración, una o más áreas importantes de actividad, como son el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado de uno mismo, están claramente por debajo del nivel previo al inicio del trastorno.</p> <p>C. Duración. Persisten signos continuos de la alteración durante al menos 6 meses</p> <p>D. Exclusión de los trastornos esquizoafectivos y del estado de ánimo</p> <p>E. Exclusión de consumo de sustancias y de enfermedad médica</p> <p>F. Relación con trastorno generalizado del desarrollo</p>
ESQUIZOFRENIA PARANOIDE	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Crisis nerviosas ⇒ alucinaciones auditivas y visuales* ⇒ crisis de llanto ⇒ crisis de euforia* ⇒ temblores en todo el cuerpo ⇒ desorientado en tiempo y espacio ⇒ agitación psicomotriz 	SIN DATOS	AL MOMENTO DE INGRESAR	EN EL MANUAL SE DIAGNOSTICA COMO ESQUIZOFRENIA F 20.0X TIPO PARANOIDE [295.30]	

*síntomas con mayor frecuencia del diagnóstico

En los diagnosticados como *esquizofrenia*, los criterios para clasificarla fueron concretos, al postular solo alteraciones en el pensamiento y en las

relaciones interpersonales; dejando pasar elementos secundarios como alucinaciones, delirios y negativismo, referencia postuladas por Bleuler (1914, citado por E.Ey, 1980) mismos que retomo el médico José Luis Patiño (director durante 10 años de "La Castañeda") quien además realizaba actualizaciones psiquiátricas dentro del mismo; pero por lo observado algunos no compartieron sus ideas y dejaron a la subjetividad el trabajo.

Resulta importante citar la labor del Dr. Patiño, uno de los pilares del enfoque clínico en la psiquiatría mexicana, mismo que propuso diferenciar aspectos como personalidad, inteligencia y estructuras de éstas; el significado de los síntomas, los métodos para formar una historia clínica así como una diversidad de tópicos para identificar el desarrollo de los trastornos y muchas otras aportaciones que hasta nuestros días sobreviven. A pesar de ello la aplicación de estos preceptos no se llevó a cabo en "La Castañeda" dejándola como lugar de encierro.

Para emitir la nomenclatura de **esquizofrenia paranoide** los psiquiatras tomaron en cuenta 7 síntomas (crisis nerviosas, alucinaciones auditivas, crisis de llanto, temblores en todo el cuerpo, desorientación en tiempo y espacio; y como síntomas constantes a las crisis de euforia, alucinaciones auditivas y visuales (es decir, que se reportaron en los dos expedientes de la muestra), mismos que resultaron insuficientes para diagnosticar este trastorno, porque Kraepelin (1896, citado por E. Ey, 1980) determinó como síntomas claves a los delirios sistematizados generalmente de persecución.

DIAGNÓSTICOS RELACIONADOS CON LA PSICOSIS PERÍODO 1950-1959

DIAGNÓSTICO	SENTOMATOLOGÍA	ANTECEDENTES	TIEMPO PARA DIAGNOSTICAR	DIAGNÓSTICO DSM-IV	CRITERIOS PARA DIAGNOSTICAR
PSICOSIS ORGÁNICA	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Memoria reciente y remota disminuida ⇒ atención aumentada ⇒ comprensión disminuida ⇒ autocrítica deficiente 	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Abuso de alcohol ⇒ Lobotomía sin especificación 	AL MOMENTO DE INGRESAR	EN EL MANUAL NO SE REPORTA EL DIAGNÓSTICO DE PSICOSIS ORGÁNICA	
PSICOSIS INVOLUNTIVA	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Euforia ⇒ verbosidad ⇒ soliloquios* ⇒ fuga de ideas ⇒ risas inmotivadas* ⇒ insomnio ⇒ inquietud psicomotora ⇒ alucinaciones auditivas y visuales 	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Abuso de alcohol 	AL MOMENTO DE INGRESAR	EN EL MANUAL NO SE REPORTA EL DIAGNÓSTICO DE PSICOSIS INVOLUNTIVA	
PSICOSIS REACTIVA	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Excitación verbal ⇒ somnolencia 	SIN DATOS	AL MOMENTO DE INGRESAR	EN EL MANUAL NO SE REPORTA EL DIAGNÓSTICO DE PSICOSIS REACTIVA	

*Síntomas con mayor frecuencia del diagnóstico

**DIAGNÓSTICOS RELACIONADOS
CON LA PSICOSIS
PERÍODO 1950-1959**

DIAGNÓSTICO	SINTOMATOLOGÍA	ANTECEDENTES	TIEMPO PARA DIAGNOSTICAR	DIAGNÓSTICO DSM-IV	CRITERIOS PARA DIAGNOSTICAR
PSICOSIS REACTIVA TIPO PARANOIDE	⇒ Ideas delirantes de celos y persecutorias ⇒ desorientación en tiempo ⇒ ataques histeriformes	SIN DATOS	AL MOMENTO DE INGRESAR	EN EL MANUAL NO SE REPORTA EL DIAGNÓSTICO DE PSICOSIS REACTIVA TIPO PARANOIDE	
PSICOSIS PARANOIDE	⇒ Errores de conducta ⇒ ideas delirantes de persecución ⇒ llanto pueril ⇒ pérdida de memoria	SIN DATOS	AL MOMENTO DE INGRESAR	EN EL MANUAL NO SE REPORTA EL DIAGNÓSTICO DE PSICOSIS PARANOIDE	
PSICOSIS ALUCINATORIA	⇒ Bradipsiquia ⇒ proceso asociativo lento ⇒ desorientación en tiempo y lugar ⇒ alucinado	SIN DATOS	AL MOMENTO DE INGRESAR	EN EL MANUAL NO SE REPORTA EL DIAGNÓSTICO DE PSICOSIS ALUCINATORIA	
PSICOSIS MANÍACO-DEPRESIVA	⇒ Verborrea ⇒ insomnio ⇒ llanto sin motivo aparente ⇒ periodos de agitación psicomotora ⇒ periodos de agitación motora ⇒ mutismo	⇒ Abuso de alcohol*	AL MOMENTO DE INGRESAR	EN EL MANUAL SE DIAGNOSTICA COMO TRASTORNO DEL ESTADO DE ANIMO*	
PSICOSIS SENIL	⇒ Desorientación en tiempo y espacio* ⇒ déficit intelectual global	SIN DATOS	AL MOMENTO DE INGRESAR	EN EL MANUAL NO SE REPORTA EL DIAGNÓSTICO DE PSICOSIS SENIL	

*Síntomas con mayor frecuencia del diagnóstico

Para diagnosticar a las psicosis orgánicas (es decir, aquellas que se basan en criterios etiológicos como infecciones en el sistema nervioso central, estados tóxicos, factores degenerativos, tumores cerebrales, traumatismos craneales y defectos en el desarrollo) los médicos de *La Castañeda* tomaron en cuenta la alteración en juicio, pensamiento y lenguaje; así como los antecedentes de abuso de alcohol y lobotomía. En este caso se retomaron los elementos teóricos y se hizo un diagnóstico correcto, sin embargo desde el punto de vista sintomatológico, es necesario tener presente que los trastornos con base orgánica demostrable tienen una sintomatología característica, y que pueden encontrarse en algunos

casos síntomas o asociaciones de síntomas de trastornos que no tienen una base demostrable como en el caso de la esquizofrenia. Razones importantes para emitir un diagnóstico diferencial que desgraciadamente en estos años no se realizaba en "La Castañeda".

Por su parte, en la *psicosis involutiva* existe un cuadro *paranoide* manifestado a través de delirios de persecución o celos, por lo general éste se desarrolla en personas con un trastorno de tipo neurótico. Reflexiones olvidadas para emitir su diagnóstico en el manicomio ya que enumeraron elementos (antecedentes) que corresponden a una intoxicación o supresión parcial de alcohol y por tanto cambia totalmente la perspectiva diagnóstica al tener una base tóxica.; así mismo en el diagnóstico de psicosis reactiva solo se presentan con dos datos con los que resulta imposible dar un acercamiento diagnóstico y no colocarla como probable (*psicosis reactiva*); o en el caso de *reactiva tipo paranoide y psicosis paranoide* donde la omisión de una estructura neurótica causa confusión en su clasificación.

A su vez en la *psicosis alucinatoria* le sumaron este ultimo termino por la impresión de alucinado y dejaron de hacer una exploración de la historia del individuo; problemática observada a lo largo de la investigación.

Para la clasificación *psicosis maniaco depresiva* los psiquiatras del manicomio omitieron la etiología (Indole afectiva) de este trastorno, aun teniendo al antecedente de abuso de alcohol que le daría un carácter orgánico al padecimiento.

El caso de la *psicosis senil* que corresponde más a una demencia (lo cual se puede observar en sus síntomas desorientación en tiempo y espacio, y déficit intelectual global) la diagnosticaron sin tener mas que 2 elementos, al parecer lo que importaba era tener un motivo para quedarse en calidad de paciente sin ofrecer los argumentos para ello.

**DIAGNÓSTICOS RELACIONADOS
AL CONSUMO DE ALCOHOL
PERÍODO 1950-1959**

DIAGNÓSTICO	SINTOMATOLOGÍA	ANTECEDENTES	TIEMPO PARA DIAGNOSTICAR	DIAGNÓSTICO DSM-IV	CRITERIOS PARA DIAGNOSTICAR
ALCOHOLISMO CRÓNICO	⇒ inquietud ⇒ insomnio ⇒ hormigueo ⇒ impotencia ⇒ delirio ⇒ incoherencias ⇒ alteración de la memoria ⇒ trastorno del sueño	⇒ Sífilis ⇒ abuso de alcohol* ⇒ desnutrición	AL MOMENTO DE INGRESAR	EN EL MANUAL NO SE REPORTA EL DIAGNÓSTICO DE ALCOHOLISMO CRÓNICO	A. Alucinaciones o ideas delirantes. (no incluir las atenciones si el sujeto es consciente de que son provocadas por la sustancia) B. A partir de la historia clínica, la exploración física o los exámenes de laboratorio hay pruebas de (1) o (2)
ALCOHOLISMO CRÓNICO BROTE ALUCINATORIO	⇒ Desorientado parcialmente en el tiempo ⇒ alucinaciones visuales ⇒ delirios de persecución	⇒ Abuso de alcohol	AL MOMENTO DE INGRESAR	EN EL MANUAL SE REPORTA COMO TRASTORNO PSICÓTICO (INDUCIDO POR SUSTANCIAS F.10.52 ACOHOL, CON ALUCINACIONES [291.3]).	(1) Los síntomas del criterio A aparecen durante o en el mes siguiente a la intoxicación por o abstinencia de sustancias (2) El consumo de un medicamento está etimológicamente relacionado con la alteración C. La alteración no se explica mejor por un trastorno psicótico no inducido por sustancias. Las pruebas de que los síntomas no son atribuibles a un trastorno psicótico no inducido por sustancia pueden ser los siguientes:
ALCOHOLISMO TIPO DIPSOMANÍA	⇒ Alucinaciones auditivas	⇒ Abuso de alcohol	AL MOMENTO DE INGRESAR	EN EL MANUAL NO SE REPORTA EL DIAGNÓSTICO DE ALCOHOLISMO TIPO DIPSOMANÍA	Los síntomas preceden al inicio del consumo de la sustancia; los síntomas persisten durante un período sustancial del tiempo tras la abstinencia aguda o la intoxicación grave. D. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso del delirium
ALCOHOLISMO EN DÉBIL MENTAL	⇒ Tambaleante ⇒ verborreico ⇒ coproléico	SIN DATOS	AL MOMENTO DE INGRESAR	EN EL MANUAL NO SE REPORTA EL DIAGNÓSTICO DE ALCOHOLISMO EN DÉBIL MENTAL	

*Antecedente con mayor frecuencia del diagnóstico

Problemas similares se presentan con los trastornos vinculados al consumo de alcohol, de forma que para el *alcoholismo crónico* habian componentes ajenos a la intoxicación alcohólica (sífilis y desnutrición); o con el *alcoholismo crónico de brote alucinatorio* al extender un término (brote alucinatorio) ausente de un marco teórico

Del mismo modo identificaron a la *dipsomanía*, anulando informes sobre sus períodos (tiempo de abstinencia y consumo) datos que otorgarían una clasificación diferencial.

A su vez en el *alcoholismo en el débil mental* agregaron un vocablo que nunca fue justificado (abuso de alcohol) así como omitir datos que sostuvieran los parámetros pertenecientes al área intelectual, ya que los que reportaron no corresponden a dicha función; de la misma manera al clasificar la *psicosis alucinatoria alcohólica* no se identifico ningún síntoma que sostuviera el diagnóstico. Otras posturas médicas de *la castañeda* clasificaban por medio de

varios términos, tomando un carácter más descriptivo que diagnóstico (*psicosis pelagrosa en un alcohólico oligofrénico*).

**DIAGNÓSTICOS RELACIONADOS
CON CUADROS PSICOTICOS
POR ALCOHOL Y OTRAS SUSTANCIAS
PERÍODO 1950-1959**

DIAGNÓSTICO	SINTOMATOLOGÍA	ANTECEDENTES	TIEMPO PARA DIAGNOSTICAR	DIAGNÓSTICO DSM-IV	CRITERIOS PARA DIAGNOSTICAR
PSICOSIS ALUCINATORIA ALCOHÓLICA	SIN DATOS	⇒ Abuso de alcohol	AL MOMENTO DE INGRESAR	EN EL MANUAL SE REPORTA COMO TRASTORNO PSICÓTICO INDUCIDO POR SUSTANCIAS F.10.52 ACOHOL, CON ALUCINACIONES [291.3].	a) Alucinaciones o ideas delirantes. (no incluir las alucinaciones si el sujeto es consciente de que son provocadas por la sustancia)
PSICOSIS PELAGROSA EN UN ALCOHÓLICO Y OLIGOFRÉNICO	⇒ Autismo ⇒ mutismo ⇒ insomnio ⇒ inquietud ⇒ dromomanía	⇒ Abuso de alcohol	AL MOMENTO DE INGRESAR	EN EL MANUAL NO SE REPORTA EL DIAGNÓSTICO DE PSICOSIS PELAGROSA EN UN ALCOHOLICO Y OLIGOFRÉNICO	b) A partir de la historia clínica, la exploración física o los exámenes de laboratorio hay pruebas de (1) o (2)
PARANOIA ALCOHÓLICA	⇒ Desorientación en tiempo y espacio ⇒ irritabilidad ⇒ agresividad	⇒ Abuso de alcohol	AL MOMENTO DE INGRESAR	EN EL MANUAL NO SE REPORTA EL DIAGNÓSTICO DE PARANOIA ALCOHÓLICA	(3) Los síntomas del criterio A aparecen durante o en el mes siguiente a la intoxicación por o abstinencia de sustancias
ALUCINOSIS ALCOHÓLICA	⇒ Insomnio ⇒ estados de alucinaciones ⇒ ideas delirantes desorientado en tiempo y espacio ⇒ discurso pueril e incoherente* ⇒ alucinaciones ⇒ agresividad	⇒ Abuso de alcohol	AL MOMENTO DE INGRESAR	EN EL MANUAL NO SE REPORTA EL DIAGNÓSTICO DE ALUCINOSIS ALCOHÓLICA	(4) El consumo de un medicamento está etimológicamente relacionado con la alteración • La alteración no se explica mejor por un trastorno psicótico no inducido por sustancias. Las pruebas de que los síntomas no son atribuibles a un trastorno psicótico no inducido por sustancia pueden ser los siguientes:
ESTADO DE CONFUSIÓN MENTAL DE ORIGEN ALCOHÓLICO	⇒ Parcialmente orientado en tiempo ⇒ discretamente incoherente	⇒ Abuso de alcohol	AL MOMENTO DE INGRESAR	EN EL MANUAL NO SE REPORTA EL DIAGNÓSTICO DE ESTADO CONFUSIONAL DE ORIGEN ALCOHÓLICO	Los síntomas preceden al inicio del consumo de la sustancia; los síntomas persisten durante un periodo sustancial del tiempo tras la abstinencia aguda o la intoxicación grave. • La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso del delirium
TOXICOMANÍA	♦ Se presenta con acento lamerzo ♦ Desinterés ♦ Alteración en la memoria ♦ Euforia ♦ Ansiedad alta	♦ Abuso de alcohol* ♦ Abuso de marihuana* ♦ Abuso de morfina* ♦ Abuso de heroína ♦ Malas condiciones de nutrición	AL MOMENTO DE INGRESAR	EN EL MANUAL SE DIAGNOSTICA COMO TRASTORNOS RELACIONADOS CON SUSTANCIAS ALCOHOL 10.25; CON CANNABIS (12.52 Y OTRAS SUSTANCIAS F.12.53	

*Síntoma con mayor frecuencia del diagnóstico

En otras clasificaciones, la necesidad de identificar los síntomas específicos como los delirios fue determinante (*paranoia alcohólica*); o de hacer una descripción más exacta ya que para emitir el diagnóstico *alucinosis alcohólica* las *alucinaciones auditivas* eran primordiales, así como su origen (por una autosugestión).

El diagnóstico estado de *confusión mental* también conocido como trastornos de conciencia, y de los cuales pueden desarrollarse cuadros psicóticos (Jasper, 1921, citado por E. Ey, 1980).; no fue tomado en cuenta ya que la alteración en funciones asociativas y la pobreza de ideas; disminuyó la confiabilidad de la nomenclatura; ya que hubiera sido de suma importancia diferenciar intoxicaciones de conductas compulsivas o deterioros en el sistema nervioso.

Por su parte en la *toxicomanía* se limitaron a enumerar una serie de drogas sin argumentar los daños del mismo.

**DIAGNÓSTICOS RELACIONADOS
CON LA EPILEPSIA
PERÍODO 1950-1959**

DIAGNÓSTICO	INTOMATOLOGÍA	ANTECEDENTES	TIEMPO PARA DIAGNOSTICAR	DIAGNÓSTICO DSM-IV	CRITERIOS PARA DIAGNOSTICAR
EPILEPSIA	⇒ Déficit intelectual global ⇒ Bradipsiquia ⇒ desorientación en tiempo y espacio* ⇒ crisis convulsivas* ⇒ memoria disminuida ⇒ mutismo ⇒ errores de conducta ⇒ fugas continuas ⇒ agitación psicomotriz	SIN DATOS	AL MOMENTO DE INGRESAR	EN EL MANUAL NO SE REPORTA EL DIAGNÓSTICO DE EPILEPSIA	
EPILEPSIA ESENCIAL	⇒ Crisis convulsivas* ⇒ incontinencia esfinteriana	⇒ Abuso de alcohol*	AL MOMENTO DE INGRESAR	EN EL MANUAL NO SE REPORTA EL DIAGNÓSTICO DE EPILEPSIA ESENCIAL	
EPILEPSIA JACKSONIANA	⇒ Crisis convulsivas	⇒ Hemorragia cerebral por traumatismo	AL MOMENTO DE INGRESAR	EN EL MANUAL NO SE REPORTA EL DIAGNÓSTICO DE EPILEPSIA JACKSONIANA	
EPILEPSIA EN DÉBIL MENTAL	⇒ Actitud motora aumentada ⇒ crisis hiperquinéticas ⇒ convulsiones ⇒ problemas de aprendizaje	⇒ Traumatismo craneo-encefálico	AL MOMENTO DE INGRESAR	EN EL MANUAL NO SE REPORTA EL DIAGNÓSTICO DE EPILEPSIA EN DÉBIL MENTAL	
EPILEPSIA Y OLIGOFRENIA	⇒ Crisis convulsivas ⇒ Irritabilidad ⇒ déficit intelectual global	⇒ Desnutrición	AL MOMENTO DE INGRESAR	EN EL MANUAL NO SE REPORTA EL DIAGNÓSTICO DE EPILEPSIA Y OLIGOFRENIA	
SÍNDROME CONVULSIVO	⇒ Alucinaciones auditivas ⇒ convulsiones* ⇒ alucinaciones visuales* ⇒ trastorno cinestésico ⇒ amnesia ⇒ confusión mental ⇒ agresividad ⇒ inquietud	⇒ Abuso de alcohol ⇒ Desnutrición	AL MOMENTO DE INGRESAR	EN EL MANUAL NO SE REPORTA EL DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME CONVULSIVO	

*Síntomas y antecedentes con mayor frecuencia en los diagnósticos

Por otra parte, la comprensión de la *epilepsia* que para estos años ya había sido suficientemente documentada, porque bajo la denominación de una

solo palabra se involucraban fenómenos clínicos polimorfos, una compleja y abigarrada sintomatología así como causas múltiples y variadas; haciendo que perdiera, por si misma, cualquier significación unívoca. Sin embargo en La Castañeda estos argumentos no impidieron su clasificación. Así como sus variantes (*epilepsia esencial*) aun con criterios ya delimitados que manifestaban deficiencias (diferenciar la nomenclatura respecto a su etiología tomando en cuenta el abuso de alcohol); y en otros casos especificar grados de consciencia ("*epilepsia jacksoniana*", ver tabla 7 anexos) causando posturas que solo enumeran términos (*epilepsia en débil mental, epilepsia y oligofrenia*) hasta concretarse a describir solo síntomas como en el síndrome convulsivo.

DIAGNÓSTICOS RELACIONADOS CON LA DEMENCIA PERÍODO 1950-1959

DIAGNÓSTICO	SINTOMATOLOGÍA	ANTECEDENTES	TIEMPO PARA DIAGNOSTICAR	DIAGNÓSTICO DSM-IV	CRITERIOS PARA DIAGNOSTICAR
DEMENCIA SENIL	⇒ Estado de excitación motriz ⇒ Atención lábil ⇒ Desorientación en tiempo y lugar	SIN DATOS	AL MOMENTO DE INGRESAR	EN EL MANUAL NO REPORTA EL DIAGNÓSTICO DE DEMENCIA SENIL	
SÍNDROME DEMENCIAL	⇒ Crisis convulsivas ⇒ risas y llanto inmotivados ⇒ errores de conducta ⇒ alucinaciones auditivas y visuales ⇒ agresividad ⇒ insomnio	⇒ Abuso de alcohol	AL MOMENTO DE INGRESAR	EN EL MANUAL NO SE REPORTA EL DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME DEMENCIAL	
SÍNDROME DEMENCIAL ORGÁNICO	⇒ Disgregación en su discurso ⇒ respuestas pueriles ⇒ desorientación en tiempo y espacio ⇒ respuestas estereotipadas	SIN DATOS	AL MOMENTO DE INGRESAR	EN EL MANUAL NO SE REPORTA EL DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME DEMENCIAL ORGÁNICO	
ESTADO DEMENCIAL	⇒ Entorpecimiento mental ⇒ pérdida de la memoria ⇒ irritabilidad ⇒ ideas delirantes	⇒ Hemorragia cerebral	AL MOMENTO DE INGRESAR	EN EL MANUAL NO SE REPORTA EL DIAGNÓSTICO DE ESTADO DEMENCIAL	

A su vez, en las deficiencias en las funciones cerebrales superiores propias de la demencia (deterioro en funciones cognitivas) adquiridas por diferentes causas (traumatismo, infecciones, intoxicaciones, tumores, problemas vasculares etc.); se pueden determinar carencias diagnósticas significativas; en primer lugar con la *demencia senil* al omitir las causas de su padecimiento; en el *síndrome demencial* por no diferenciar sus características de otros trastornos; en el *síndrome demencial orgánico* (nuevamente faltó la etiología); y con el *estado demencial*.

**DIAGNÓSTICOS RELACIONADOS
CON LA MANÍA Y EL RETRASO MENTAL
PERÍODO 1950-1959**

DIAGNÓSTICO	SINTOMATOLOGÍA	ANTECEDENTES	TIEMPO PARA DIAGNOSTICAR	DIAGNÓSTICO DSM-IV	CRITERIOS PARA DIAGNOSTICAR
AGITACION MANÍACA	SIN DATOS	SIN DATOS	AL MOMENTO DE INGRESAR	EN EL MANUAL NO SE REPORTA EL DIAGNÓSTICO DE AGITACIÓN MANÍACA	
OLIGOFRENIA	⇒ Crisis convulsivas ⇒ Mutismo ⇒ agresividad ⇒ insomnio ⇒ alucinaciones	SIN DATOS	AL MOMENTO DE INGRESAR	EN EL MANUAL NO SE REPORTA EL DIAGNÓSTICO DE OLIGOFRENIA	
DEBILIDAD MENTAL PROFUNDA Y EPILEPSIA	⇒ Convulsiones ⇒ episodios confusionales ⇒ apatía ⇒ inactividad ⇒ lentitud en asociación de ideas	SIN DATOS	AL MOMENTO DE INGRESAR	EN EL MANUAL NO SE REPORTA EL DIAGNÓSTICO DE DEBILIDAD MENTAL PROFUNDA Y EPILEPSIA	

Cabe hacer un paréntesis con el diagnóstico *agitación maniaca* al no reportar ningún dato (síntomas y antecedentes) para su fundamentación, lo que hace más evidente el trabajo realizado por los médicos del manicomio de estigmatizar a todo sujeto que fuera internado en éste.

Continuando con el análisis la clasificación *oligofrenia*; propuesta sin relación alguna a los síntomas enunciados (crisis convulsivas, mutismo, agresividad, insomnio y alucinaciones); desaciertos semejantes tuvieron la *debilidad mental profunda y epilepsia*, por excluir el origen del trastorno, como también al no proponer un diagnóstico diferencial.

**DIAGNÓSTICOS SIN AGRUPACIÓN
PERÍODO 1950-1959**

DIAGNÓSTICO	SINTOMATOLOGÍA	ANTECEDENTES	TIEMPO PARA DIAGNOSTICAR	DIAGNÓSTICO DSM-IV	CRITERIOS PARA DIAGNOSTICAR
TRASTORNO DE CONDUCTA Y DE LENGUAJE	⇒ Agresividad ⇒ errores de pronunciación ⇒ agramatismo ⇒ alucinaciones ⇒ desorientación en tiempo y espacio	⇒ Embolia cerebral	AL MOMENTO DE INGRESAR	EN EL MANUAL NO SE REPORTA EL DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE CONDUCTA Y DE LENGUAJE	
POST ENCEFALÍTICO	⇒ Llanto y risas inmotivadas ⇒ Autoagresión	SIN DATOS	AL MOMENTO DE INGRESAR	EN EL MANUAL NO SE REPORTA EL DIAGNÓSTICO DE POST ENCEFALÍTICO	
DISRRITIMIA CEREBRAL	⇒ Agresividad ⇒ Verborrea ⇒ llanto y agitación psicomotora ⇒ convulsiones	SIN DATOS	AL MOMENTO DE INGRESAR	EN EL MANUAL NO SE REPORTA EL DIAGNÓSTICO DE DISRRITIMIA CEREBRAL	
CEREBROPATÍA POR ACCIDENTE VASCULAR	⇒ Lenguaje inadecuado	SIN DATOS	AL MOMENTO DE INGRESAR	EN EL MANUAL NO SE REPORTA EL DIAGNÓSTICO DE CEREBROPATÍA POR ACCIDENTE VASCULAR	
NEUROLEUS	⇒ Verborrea ⇒ Excitación psicomotora ⇒ Desorientación en tiempo y espacio ⇒ Depresivo en ánimo ⇒ Insomnio ⇒ Alucinaciones ⇒ risas inmotivadas	⇒ Abuso de alcohol*	AL MOMENTO DE INGRESAR	EN EL MANUAL NO SE REPORTA EL DIAGNÓSTICO DE NEUROLEUS	
PITIATISMO	⇒ Crisis de modalidades histéricas ⇒ agitación psicomotriz ⇒ actitudes eróticas	SIN DATOS	AL MOMENTO DE INGRESAR	EN EL MANUAL NO SE REPORTA EL DIAGNÓSTICO DE PITIATISMO	
SIN DIAGNÓSTICO	⇒ Alucinaciones ⇒ Insomnio ⇒ Descoordinación psicomotriz ⇒ estado de inseguridad ⇒ ideas delirantes de grandeza	⇒ Abuso de barbitúricos ⇒ abuso de alcohol ⇒ abuso de marihuana ⇒ abuso de heroína	SIN DATOS	SIN DATOS	

En cuanto al *trastorno de conducta y lenguaje*, concluyeron una clasificación manifestada a través de un antecedente (embolia cerebral). En el caso de *pitiatismo* sinónimo de histeria se permitió el internamiento en un manicomio

(lugar inadecuado para su tratamiento) a un sujeto que podría ser tratado externamente.

Finalmente se describieron una serie de antecedentes y síntomas que manifestaban intoxicaciones, pero los médicos de "*La Castañeda*" no se atrevieron a clasificarlos.

CAPITULO VI

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El análisis de los datos del presente trabajo reporta aspectos importantes para el estudio de los trastornos mentales en nuestro país durante el período 1910-1959. Al revisar los diagnósticos emitidos en el manicomio general de *la "Castañeda"* durante este período sobresalen elementos como la perspectiva teórica de enfermedad, o su falta, y la modificación únicamente de los términos para denominarla. Por ejemplo el término esquizofrenia se utilizó como demencia precoz con diversas características como simple, paranoide, hebefrénica, catatónica, alucinatoria y de reacción esquizofrenia esto con el fin de diferenciarlas en tipo y forma.

Sin embargo, los criterios para clasificar a la esquizofrenia definidos desde principios de siglo XX por el médico alemán Emil Kraepelin (1890-1910, citado por E. Ey, 1980), basado en síntomas o síndromes y las peculiaridades de su curso, es decir, para el diagnóstico tomó en cuenta 3 aspectos; el primero denominado nosológico o taxonómico (clasificación del trastorno); el fenomenológico (identificación de las características de cada trastorno), y el etiopatogénico (mecanismos y causas que separan un trastorno de otro y la define como una entidad nosológica).

Así mismo, diagnosticó a la demencia precoz (esquizofrenia) en función de la observación e indagación del curso que adquirió la enfermedad desde su aparición, a la vez propuso una entidad nosológica (etiología, sintomatología, curso, etc)

Conforme a todos estos postulados en la clasificación, era de esperarse una respuesta más y acertada en el *Manicomio General de La Castañeda*, sin embargo, en su inicio (1910-1939) los problemas nacionales, revolucionarios y post-revolucionarios hicieron estragos lo cual se reflejó en el trabajo de los médicos de *La Castañeda* ya que se canalizaban y se diagnosticaban pacientes sin tener los fundamentos necesarios para ello. A pesar de que en el transcurso de estos años Eugene Bleuler (1925, citado por E.Ey, 1980) propuso elementos para tener un diagnóstico más fundamentado desde el punto de vista clínico y psicodinámico de la esquizofrenia. Los médicos de la Castañeda continuaron como en los primeros 20 años las siguientes tres décadas (30's,40's y 50's), es decir, enumeraban una serie de síntomas sin antes establecer las consecuencias y su el curso, en otros casos se determinaban antecedentes de carácter exógeno mismo que no corresponden al diagnóstico de esquizofrenia (paludismo y abuso de alcohol); así como clasificar a los trastornos teniendo como referencia únicamente un síntoma (ver Hebefrenia.).

Respecto al diagnóstico de esquizofrenia sobresale lo siguiente; la clasificación con mayor frecuencia en los 5 períodos correspondió a la esquizofrenia y a la esquizofrenia tipo paranoide (1920 a 1959); por su parte el

mayor número de diagnósticos para designar este trastorno se aplicó en la década de los 20's (9); los que se utilizaron solo en un período fueron la demencia precoz (1910), demencia precoz simple, catatónica y alucinatoria (1920), así como esquizofrenia catatónica (1920), alucinatoria y reacción esquizofrénica (1930).

Por otra parte los trastornos psíquicos con base orgánica demostrable; así como los de orden biológico endógeno como exógeno, y/o lesiones anatomopatológicas; como son las **infecciones del sistema nervioso central** (provocadas por la malaria y la sífilis) y que tienen relación con el diagnóstico parálisis general progresiva; fueron emitidas en el Manicomio General de La Castañeda durante el período 1910-1959.

No obstante, a los postulados teóricos ya mencionados los médicos de La institución no diferenciaron la etiología de los diagnósticos parálisis general progresiva al referirla un estado de intoxicación (abuso de alcohol) en el período 1910-1919, 1920-1929 y 1940-1949).

Los factores degenerativos son otra causa por la cual se presentan trastornos psíquicos, a este respecto dentro del Manicomio se utilizó el diagnóstico **demencia**, siendo la de tipo **senil** la más aplicada (excepto años 30's), los demás diagnósticos del grupo se distribuyeron en distintas etapas (demencia en los años 10's; demencia delirante, orgánica, catatónica y epiléptica en los 20's; sífilis cerebral de forma demencial, psicosis alucinatoria demencial senil para los 30's; demencia paralítica en los 40's; y en la quinta década el síndrome demencial, síndrome demencial orgánico, así como el estado demencial). Sin embargo muchos de los diagnósticos no reportaron una base teórica sustancial (demencias senil delirante) o en otros casos se empleo un solo dato como referencia (demencia) así como plantear una etiología (antecedentes) de un distinto orden (consumo de alcohol).

Aquellos defectos del desarrollo cerebral (casos donde deja de desarrollarse la masa cerebral o en que ha ocurrido una destrucción de ella en la fase evolutiva); o que implican un retraso o déficit en el rendimiento intelectual fueron nominados en **La Castañeda** como imbecilidad (1920-1929); debilidad mental, debilidad mental profunda, oligofrenia, episodio psicótico de oligofrenia, déficit y agitación mental e imbecilidad (en el período 1930-1939); oligofrenia (1940-1949), así como trastorno de conducta y lenguaje, debilidad mental profunda y epilepsia en el período 1950-1959. En este grupo los criterios no se dieron de forma homogénea y cada médico tomaba su propio criterio y término para clasificar.

El alcoholismo con diferentes secuelas psíquicas fue clasificado como psicosis alcohólica, en todos los períodos; seguida del alcoholismo crónico (omitida solo en los años 40's) y alcoholismo (anulada en los años 10's y 40's). Así mismo, este trastorno originó el mayor número de canalizaciones al manicomio, además de que a diferencia de otros tuvo una amplia variedad de características para designarlo (29), y de las cuales 11 (psicosis alcohólica subaguda, psicosis alcohólica alucinatoria, excitación alcohólica y confusión mental alcohólica, psicosis alcohólica polineurética, psicosis paranoide alcohólica, psicosis confusional alcohólica, episodio psicótico alcohólico, confusión epiléptica en alcohólico, alucinaciones alcohólicas, deliriums tremens y dipsomania) fueron emitidas en dos períodos y 15 solo en uno.

Las toxicomanías de manera semejante al alcohol se emitieron dentro de *La Castañeda* en los periodos 1920-1929 (toxicomanía mixta y heroínomanía), 1930-1939 (toxicomanía por heroína) y 1950-1959 (toxicomanía), aunque estos diagnósticos únicamente describieron una serie de síntomas. Actualmente (DSM-IV) este tipo de estados se diagnostican como trastornos relacionados con sustancias y se especifica el tipo de sintomatología debido a un síndrome de abstinencia o un estado de intoxicación.

En otro orden de ideas, la clasificación de manía se empleó en tres ciclos: en los 20's, con manía aguda, delirante, alucinatoria aguda, histérica, excitación maníaca e hipermanía; en los 40's, al clasificarla como estado maníaco, síndrome maníaco y síndrome hipomaniaco; y para los 50's como agitación maníaca, sin mantener a ninguno de estos como patrón diagnóstico para este grupo.

Resulta importante señalar aquellos diagnósticos que se aplicaron solo en una ocasión, en la primera década enajenación mental; en el segundasífilis nerviosa, regresión y locura circular; tercera amencia y síndrome de automatismo; cuarta trastornos mentales, reacción pitíatica; y quinta trastornos de conducta y lenguaje, post encefalitis, disritimia cerebral, cerebropatía por accidente vascular y neuroleus.

A manera de resumen, es posible afirmar que tanto la aparición de un diagnóstico determinado en cada década como su suspensión, parece haberse debido, básicamente a la subjetividad de los profesionales, involucrados en el proceso de evaluación, razón primordial de la inestabilidad nosológica.

Con respecto aquellos que se mantuvieron por tiempo prolongado, se pueden englobar en dos factores principales por un lado, las intoxicaciones y por otra las infecciones, tomando en cuenta que en estos 50 años el acceso a los servicios médicos era un privilegio.

Para finalizar se abordaron dos puntos peculiares, el primero corresponde a los expedientes con diagnóstico pero sin datos referentes al trastorno, y que disminuyó conforme avanzó el tiempo, en consonancia con la especialización de desarrolló la medicina psiquiátrica; el segundo fue relativo al ejercicio diagnóstico que realizaba la policía, aunque cabe aclarar que su participación tuvo lugar solo durante 10 años (1910-1920), donde parece ser, lo primordial era limpiar las calles de lo indeseable (la locura).

Surgen otros puntos importantes al finalizar el presente estudio, como el uso inadecuado del diagnóstico psiquiátrico por parte de los médicos de *La Castañeda*, es decir, emitirlo en algunos casos sin tener argumentos teóricos, o aplicarlos de forma errónea. Cabe señalar que dichos errores se debieron en parte a la nula preparación psiquiátrica de los médicos, lo cual se refleja desde esta institución al no contar con una estructura que permitiera estudios o algún tipo de investigación científica para sus profesionistas durante los primeros 20 años de funcionamiento. A esta carencia se sumaron la reproducción textual de las diversas doctrinas psiquiátricas que se importaron de Europa, mismas que

carecían de sistematización en sus criterios diagnósticos y solo le daban importancia al desarrollo de ciertos síntomas.

Así mismo, la forma en que los médicos obtenían la información de aquellos sujetos que necesitaban ser internados y la falta de un método que indicara el origen, curso y desarrollo de los trastornos: causaron un hacinamiento en la institución (ya que aquel sujeto que era presentado ante un médico del manicomio se le diagnosticaba con rapidez, o en su defecto, no se le clasificaba pero si se internaba), con las consecuentes, hacinamiento y carencias en la atención.

Resulta importante lo anterior si pensamos que son errores del pasado, sin embargo, con la demolición del Manicomio de la Castañeda, no finalizaron muchos de los problemas que hasta nuestros días siguen vigentes en las instituciones de salud pública, como la calidad en la atención (ya que parece ser más importante atender una cantidad elevada de sujetos que brindarles una atención adecuada); asimismo, los métodos para diagnosticar que se aplican en nuestros días (manuales diagnósticos DSM-IV y CIE-10) son de índole técnico teniendo sus bases en consultas internacionales, pero es necesario preguntarse si estos criterios corresponden a nuestra idiosincrasia o resulte benéfico aplicarlos como tal; elementos que nuevamente se importan del extranjero y se aplican indiscriminadamente o en ocasiones no se hace correctamente dicha aplicación al menos en instituciones publicas, lo que nos sitúa nuevamente en los años del Manicomio General de La Castañeda cuando se rotulaba al enfermo basándose en una doctrina psiquiátrica generalmente importada.

Se hace este señalamiento con el fin de evitar que se vuelva a repetir el contexto de años pasados (1910-1959), por ejemplo: en el período en que se realizó este estudio, el manicomio tenía lugar para asistir aproximadamente a 1300 personas en relación con la población del país (500000 a 2000000 de personas aproximadamente). Sin embargo, hoy en día somos aproximadamente 90 millones de personas de los cuales el 5% tiene algún problema psiquiátrico (citado en Novedades editores, Noviembre 8 de 1988), y las instituciones con las que se cuenta no son suficientes, lo cual origina la mala calidad de la atención psiquiátrica.

Motivos por los cuales cobra importancia la realización de este tipo de estudios (retrospectivos) ya que muchos factores como la actualización constante en aspectos teóricos, la ética con que se realice el trabajo, el asumir con responsabilidad sus actividades y el respeto hacia el paciente o sujetos con quien se trabaje puede ser reflexionadas en esta y en nuevas generaciones, y más en aquellos profesionales que se desempeñan y se han desarrollado dentro de instituciones de salud pública, y en los que recae la decisión de un diagnóstico que conlleve determinado tratamiento con o sin internamiento.

Así mismo, consideramos que el estudio de los trastornos mentales debe tener nuevas perspectivas, ya que la práctica de sólo aislar a los sujetos en una institución no ha dado resultados favorables. al menos en nuestra nación. De continuar con una institucionalización psiquiátrica (hospitalaria) sera necesario conscientizar, sensibilizar y capacitar a todo personal que en ella labore, principalmente tomando en cuenta un trato humano y científico adecuado para aquellos que sean internados; porque en la medida que nuestros enfermos tengan

una vida y atención con calidad humana vamos a desarrollarnos mejor como sociedad.

Pero para llevar acabo esto es necesario que todas las disciplinas involucrados en esta tarea(no solo la psiquiatría) se comprometan con responsabilidad y ética a realizar su labor, además de hacer un trabajo interdisciplinario y no multidisciplinario como hasta nuestros días se sigue haciendo. A su vez deben crearse nuevos planes donde lo importante sea la convivencia de los pacientes con nuestra sociedad (enfaticando la familia), para que los **"enfermos"** formen parte y tengan un lugar dentro de nuestro grupo social.

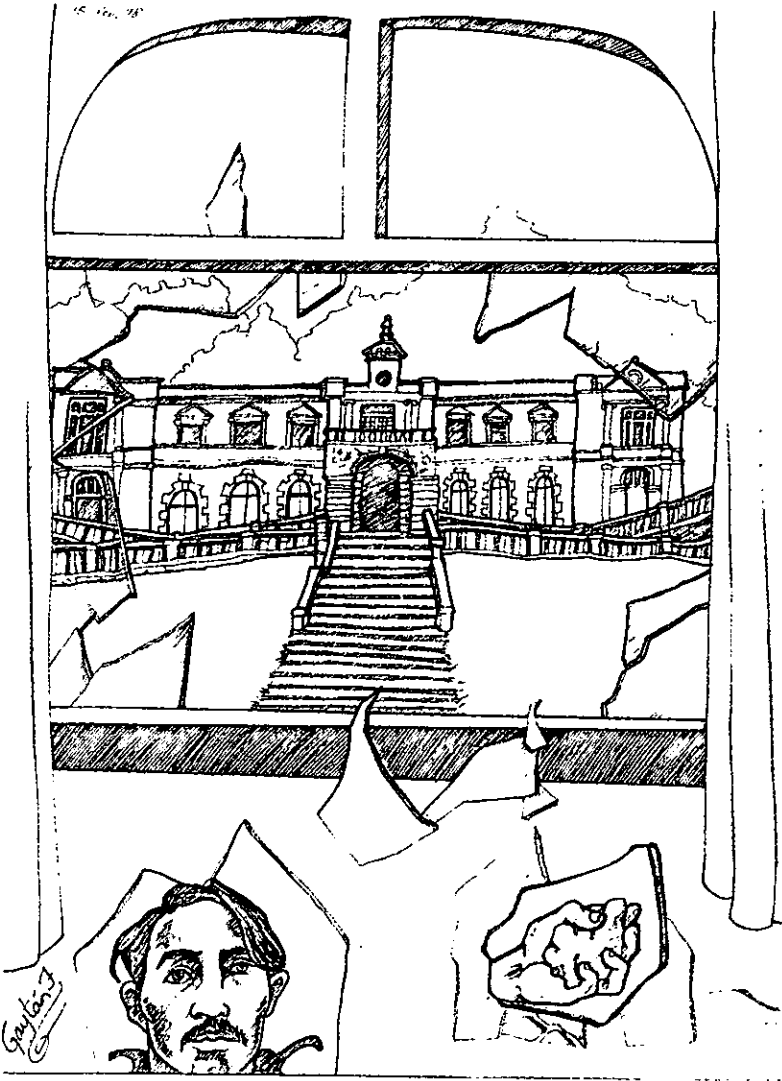
A este respecto juega un papel importante la disciplina psicológica, ya que a través de los años solo ha sido participe de los errores de los psiquiatras, al tomar un papel pasivo ante los internamientos y tratamientos.

Al mismo tiempo es necesario educar e informar en todas las instituciones aun sin ser de salud, respecto a la conducta del sujeto con algún trastorno mental y de esta forma lograr una empatía en la sociedad, es decir, que se entienda el mundo del sujeto para que forme parte del grupo social y no tenga que adaptarse a nuestras normas. En todo caso que el internamiento sea utilizado como último recurso; aunque resulte utópica esta postura (la aceptación de los sujetos con trastorno mental en la sociedad), no se deben olvidar ni repetir las experiencias pasadas.

Además resulta necesario tener presente nuestro pasado para que tengamos un futuro, y más cuando en el pasado el estudio de trastornos mentales no ha sido benéfico para el sistema médico y mucho menos para la sociedad, por el contrario se debe evitar que se repitan los errores que se cometieron en el Manicomio de **La Castañeda** y plantear una nueva perspectiva, aun con las reformas que se efectuaron de descentralización (27 de Julio de 1968) que dio paso a instituciones de tratamiento externo, y la protección legal a enfermos mentales (ley de salud de 1985 y de 1988).

Por ultimo el presente estudio no solo pretendió advertir los errores de la disciplina psiquiátrica, sino lograr una reflexión en aquellos que se dedican al trabajo clínico, tomando en cuenta que el uso deliberado del diagnóstico es contemporáneo y no solo forma parte de contextos pasados.

A su vez, corresponde a las nuevas generaciones de psicólogos, psiquiatras y psicoanalistas modificar los desaciertos que dejaron y se siguen manteniendo dentro de las instituciones publicas como manicomios u hospitales psiquiátricos; por medio de un ejercicio ético, una constante capacitación, actualización y lo más importante, un trato más humano para aquellos que viven dentro de un ambiente complejo como lo es la locura.



EL FIN DEL MANICOMIO

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- ❖ Alonso, M. (1983) Enciclopedia del idioma. México: Aguilar
- ❖ Alvarez, G y Ramírez, M.(1979) "En busca del tiempo perdido" Enseñanza e investigación en psicología. México: UNAM
- ❖ American psychiatric association (1995) Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV). España: Masson.
- ❖ Aragón, E. (1943) Mis 31 años de académico en la academia nacional de medicina de México 1911-1942 (ed) Las obras completas del Dr. Enrique Aragón, Tomo I. México: Aldina.
- ❖ Berchirre, P. (1980) Los fundamentos de la clínica. Argentina: Manantial.
- ❖ Braunstein, E. (1980) Psiquiatría, teoría del sujeto, psicoanálisis(hacia Lacan). México: Siglo XXI.
- ❖ Calderón, G. (1996) Esa agonía llamada locura. México: Edamex.
- ❖ Colotta, V.A. y Gallegos,X. (1978) La psicología en México en R. Ardila (ed) La profesión del psicólogo. México: Trillas
- ❖ Chavez, R. (1997) Análisis de expedientes clínicos del manicomio general de La Castañeda de 1910 a 1920. Tesis de licenciatura, ENEP Iztacala; UNAM: México.
- ❖ Foucault, M.(1992) Historia de la locura en la época clásica; Vol. 2. México: fondo de cultura económica.
- ❖ García, S. (1993) El significado psicológico y social de la salud y la enfermedad mental. Tesis de maestría; Facultad de psicología; UNAM: México.
- ❖ Gayrl, L (1991) Semiología clínica psiquiátrica. España. Ela.
- ❖ González, L. (1997) Los días del presidente Cárdenas. México: Clío.
- ❖ Guimon, J.(1988) El diagnóstico psiquiátrico. España: Manual Moderno.
- ❖ Guinsberg, E. (1990) Normalidad, conflicto psíquico, control social. México: Plaza y Valdez.
- ❖ Guzmán, a: y Amarista, F. (1990) Psiquiatría clínica. Venezuela: Desinlimed.
- ❖ Kolb, L. (1985) Psiquiatría clínica. México: Interamericana.
- ❖ León, R. (1984) Historia de la psicología en México en la época prehispánica. Tesis de licenciatura, Facultad de psicología; UNAM: México.
- ❖ Linares, J.J (1976) La historia clínica en el manicomio, el pasaporte a la locura. España: Anagama.
- ❖ Llopis, B. (1970) Introducción dialéctica a la psicopatología. España: Morota.
- ❖ Moor, L. (1969) Glosario de términos psiquiátricos. España: Masson
- ❖ Pancheri, P. (1990) Manual de psiquiatría clínica. México: Trillas.
- ❖ Patiño, J.L. (1960) Cincuenta años de psiquiatría en el manicomio general. México: AHSSA.
- ❖ Patiño, J.L. (1960) Psiquiatría clínica. México: Trillas
- ❖ Pérez, R. H. (1995) Breve historia de la psiquiatría en México. México: Fondo de cultura económica.
- ❖ Raecke, J. (1922) Compendio de diagnóstico psiquiátrico. España: Calpe
- ❖ Sampieri, R. (1991) Metodología de la investigación. México: McGraw-Hill.
- ❖ San Martín, H. (1984) Salud y enfermedad. México: prensa medica

- ❖ Silva, M.(1983) Manicomio y prisiones: México: Red.
- ❖ Somolinos, G. (1965) Historia de la psiquiatría en México. México: Setentasetas.
- ❖ Stel, R. (1980) El orden Psiquiátrico. España: La piqueta.
- ❖ Stephen, K. (1981) Enciclopedia de psicología medica. España : Ateneo
- ❖ Valderrama, P. y Rivero, J.F. (1985)Ensayo de historia de la psicología en México. Tesis de licenciatura, Facultad de psicología; UNAM: México.
- ❖ Vallejo, J. A.(1977) Introducción a la psiquiatría. México: Dossat.
- ❖ Vidal, G. Y Alarcón, R. (1986) Psiquiatría. Argentina: Panamericana.
- ❖ Woodruff, R. y Goodwin, D. (1978) Diagnóstico psiquiátrico. México: Manual Moderno.
- ❖ Zax, M. y Emory, L.C. (1979) Psicopatología. México: Interamericana.

ANEXOS

Hoja 1-A

Fecha de elaboración:

Edad:

Sexo:

CURSO DE ENFERMEDAD:

ANTECEDENTES:

SINTOMAS:

OBSERVACIONES:

DIAGNÓSTICO:

.....Continuación del cuadro 1

**FUNDAMENTOS TEORICOS DE LOS DIAGNÓSTICOS EMITIDOS
EN EL MANICOMIO DE "LA CASTAÑEDA"**

DIAGNÓSTICO	PERÍODO 1910-1919	PERÍODO 1920-1929	PERÍODO 1930-1939	PERÍODO 1940-1949	PERÍODO 1950-1959
ESQUIZOFRENIA PARANOIDE	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO ESQUIZOFRENIA CATATÓNICA.	Su sintomatología se desarrolla de la siguiente forma: Se encuentran numerosas concepciones delirantes con abundantes ilusiones y alucinaciones sensoriales. Estas pueden adquirir formas extraordinariamente raras y disparatadas (delirio de persecución física, delirios de grandeza, ideas de escurmidad, etc.) También existen gran cantidad de falsos recuerdos y estados de excitación; rápida disolución mental (actos y expresiones embrolladas y estúpidas, debilidad de juicio y neologismo. Como antecedente se puede referir su desarrollo durante la adolescencia; además de tener una evolución más rápida que la forma CATATÓNICA o la hebefrenia. (Raacke, 1923).	IDEM AL DIAGNÓSTICO EMITIDO EN LOS AÑOS 20's.	IDEM AL DIAGNÓSTICO EMITIDO EN LOS AÑOS 20's.	IDEM AL DIAGNÓSTICO EMITIDO EN LOS AÑOS 20's.
ESQUIZOFRENIA HEBEFRENICA	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO ESQUIZOFRENIA HEBEFRENICA.	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO ESQUIZOFRENIA HEBEFRENICA.	No es correcta la aplicación del diagnóstico de esquizofrenia hebefrénica ya que en estos años se diagnosticaba solo como Hebefrénia. También llamada Demencia precoz de forma Hebefrénica (que se daba solo en los jóvenes) y que se caracteriza por la discordancia, la disociación ideativa y la incongruencia en el comportamiento (Ey, 1965).	IDEM AL DIAGNÓSTICO EMITIDO EN LOS AÑOS 30's.	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO ESQUIZOFRENIA HEBEFRENICA.
REACCIÓN ESQUIZOFENICA	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO REACCIÓN ESQUIZOFRENICA	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO REACCIÓN ESQUIZOFRENICA	NO ESTA APLICADO CORRECTAMENTE EL DIAGNÓSTICO DE REACCIÓN ESQUIZOFRENICA.	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO REACCIÓN ESQUIZOFRENICA	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO REACCIÓN ESQUIZOFRENICA

Cuadro 1

**FUNDAMENTOS TEORICOS DE LOS DIAGNÓSTICOS EMITIDOS
EN EL MANICOMIO DE "LA CASTAÑEDA"**

<i>DIAGNÓSTICO</i>	<i>PERÍODO 1910-1919</i>	<i>PERÍODO 1920-1929</i>	<i>PERÍODO 1930-1939</i>	<i>PERÍODO 1940-1949</i>	<i>PERÍODO 1950-1959</i>
ESQUIZOFRENIA	NO SE APLICÓ EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO ESQUIZOFRENIA.	Los cuadros endógenos que se agrupan, coinciden en producir (en diversos grados), una característica de estupidez con disolución de la personalidad mental del paciente la conexión asociativa del pensamiento se pierde de tal forma que no se puede percibir la censura interna; la unión entre ideas y sentimientos se destruye, y la conducta resulta contradictoria e incoherente (Raecke, 1925).	IDEM AL DIAGNÓSTICO EMITIDO EN LOS AÑOS 20's.	IDEM AL DIAGNÓSTICO EMITIDO EN LOS AÑOS 20's.	IDEM AL DIAGNÓSTICO EMITIDO EN LOS AÑOS 20's.
ESQUIZOFRENIA SIMPLE	NO SE APLICÓ EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO ESQUIZOFRENIA SIMPLE.	Forma clínica que casi nunca muestra manifestaciones agudas. Su comienzo es insidioso y se remonta por lo común a la adolescencia temprana, pero los síntomas manifiestos aparecen en la adolescencia tardía o en la juventud. Se observa una notable indiferencia, inactividad, aislamiento, falta de iniciativa y una tendencia a funcionar con un mínimo de esfuerzo y a limitar el ámbito vital (Raecke, 1925).	IDEM AL DIAGNÓSTICO EMITIDO EN LOS AÑOS 20's.	NO SE APLICÓ EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO ESQUIZOFRENIA SIMPLE.	NO SE APLICÓ EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO ESQUIZOFRENIA SIMPLE.
ESQUIZOFRENIA CATATÓNICA	NO SE APLICÓ EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO ESQUIZOFRENIA CATATÓNICA.	El desarrollo total de esta forma puede ser muy variado. Es característica la disgregación, con tendencia a estereotipias y maneras extravagantes (manerismos), confusión verbal, negativismo y obediencia automática. Contrastando con la falta o escasez de confusión mental se presentan excitaciones impulsivas, con efectos superficiales, alterando con períodos de apatía y gran estupor. Pueden presentarse, episódicamente, toda clase de ilusiones, alucinaciones o ideas delirantes (Raecke, 1925).	NO SE APLICÓ EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO ESQUIZOFRENIA CATATÓNICA.	NO SE APLICÓ EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO ESQUIZOFRENIA CATATÓNICA.	NO SE APLICÓ EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO ESQUIZOFRENIA CATATÓNICA.

.....Continuación del cuadro 1

FUNDAMENTOS TEORICOS DE LOS DIAGNÓSTICOS EMITIDOS
EN EL MANICOMIO DE "LA CASTAÑEDA"

DIAGNÓSTICO	PERÍODO 1910-1919	PERÍODO 1920-1929	PERÍODO 1930-1939	PERÍODO 1940-1949	PERÍODO 1950-1959
HEBEFRENIA	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO HEBEFRENIA.	<p>Se sintomatología se desarrolla con</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Depresiones constantes ⇒ conducta alegre y voluble ⇒ desconfianza con interpretaciones delirantes ⇒ características de disgregación <p>Durante todo el desarrollo de la enfermedad se presenta pérdida de la capacidad de juicio y ausencia de iniciativas, con persistencia de la memoria y disgregación oral, tendencia a los actos impulsivos y anormales. El inicio de este padecimiento por lo general se presenta durante la pubertad (Reecke, 1925)</p>	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO HEBEFRENIA.	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO HEBEFRENIA.	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO HEBEFRENIA.
DEMENCIA PRECOZ	Nomenclatura utilizada por Kraepelin que se caracterizaba por la presencia de síntomas como la discordancia, disociación y delirios. Un aspecto importante era la falta de síntomas depresivos así como su prevalencia en edades tempranas 20 años aproximadamente (Pancheri, 1990).	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO DEMENCIA PRECOZ.	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO DEMENCIA PRECOZ.	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO DEMENCIA PRECOZ.	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO DEMENCIA PRECOZ.
DEMENCIA PRECOZ SIMPLE	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO DEMENCIA PRECOZ SIMPLE.	<p>Nomenclatura utilizada por Kraepelin que se caracterizaba por la presencia de síntomas como la discordancia, disociación y los delirios. Un aspecto importante es la falta de síntomas depresivos así como su prevalencia en edades tempranas 20 años; para la forma simple se centra principalmente en el empobrecimiento progresivo de la personalidad, tanto en el plano afectivo como ideativo (Pancheri, 1990).</p>	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO DEMENCIA PRECOZ SIMPLE.	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO DEMENCIA PRECOZ SIMPLE.	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO DEMENCIA PRECOZ SIMPLE.

.....Continuación del cuadro 1

FUNDAMENTOS TEORICOS DE LOS DIAGNÓSTICOS EMITIDOS EN EL MANICOMIO DE "LA CASTAÑEDA"

DIAGNÓSTICO	PERÍODO 1910-1919	PERÍODO 1920-1929	PERÍODO 1930-1939	PERÍODO 1940-1949	PERÍODO 1950-1959
DEMENCIA PRECOZ HEBEFRÉNICA	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO DEMENCIA PRECOZ HEBEFRÉNICA.	Nomenclatura utilizada por Kraepelin que se caracterizaba por la presencia de síntomas como la discordancia, disociación y los delirios. Un aspecto importante es la falta de síntomas depresivos así como su prevalencia en edades tempranas (20 años); para la forma Hebefrénica se centra principalmente por la discordancia, la disociación ideativa y la incongruencia en el comportamiento. (Pancheri, 1990).	IDEM AL DIAGNÓSTICO DE LOS AÑOS 20's.	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO DEMENCIA PRECOZ HEBEFRÉNICA.	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO DEMENCIA PRECOZ HEBEFRÉNICA.
DEMENCIA PRECOZ CATATÓNICA	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO DEMENCIA PRECOZ CATATÓNICA.	Nomenclatura utilizada por Kraepelin que se caracterizaba por la presencia de síntomas como la discordancia, disociación y los delirios. Un aspecto importante es la falta de síntomas depresivos así como su prevalencia en edades tempranas (20 años); para la forma catatónica se caracteriza principalmente en síntomas como manierismo, estereotipias, impulsos, agitación, catalepsia, etc. (Pancheri, 1990).	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO DEMENCIA PRECOZ CATATÓNICA.	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO DEMENCIA PRECOZ CATATÓNICA.	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO DEMENCIA PRECOZ CATATÓNICA.
DEMENCIA PRECOZ ALUCINATORIA	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO DEMENCIA PRECOZ ALUCINATORIA.	NO ES CORRECTA LA APLICACIÓN DEL DIAGNÓSTICO, YA LA FORMA ALUCINATORIA NO FUE DESCRITA POR EMIL KRAEPELIN NI OTRO TEÓRICO CONTEMPORANEO.	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO DEMENCIA PRECOZ ALUCINATORIA.	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO DE DEMENCIA PRECOZ ALUCINATORIA.	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO DEMENCIA PRECOZ ALUCINATORIA.
REGRESIÓN	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO REGRESIÓN	<i>Término utilizado como sinónimo para designar a la esquizofrenia dentro del psicoanálisis (Woodruff, 1978).</i>	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO REGRESIÓN	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO REGRESIÓN	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO REGRESIÓN

Cuadro 2

**FUNDAMENTOS TEORICOS DE LOS DIAGNÓSTICOS EMITIDOS
EN EL MANICOMIO DE "LA CASTAÑEDA"**

<i>DIAGNÓSTICO</i>	<i>PERÍODO 1910-1919</i>	<i>PERÍODO 1920-1929</i>	<i>PERÍODO 1930-1939</i>	<i>PERÍODO 1940-1949</i>	<i>PERÍODO 1950-1959</i>
PSICOSIS	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO PSICOSIS	<p>Categoría acuñada por Von Feuchtersleben, en 1845, que comprende aquellos trastornos que no cuentan con una base orgánica (lesiones anatomopatológicas, alteraciones bioquímicas por la presencia de agentes etilógicos físico-biológicos). De tal forma que a partir de este postulado se han creado diversos agrupamientos diagnósticos con base en el criterio de aparición de significativas asociaciones de síntomas (síndromes).</p> <p>Las características principales son:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Transformación de la realidad ➤ Alteración cualitativa de la capacidad de comunicación ➤ Ausencia de conciencia de enfermedad ➤ Trastorno del comportamiento en el plano social (Pancheri, 1990). 	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO PSICOSIS	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO PSICOSIS	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO PSICOSIS
PSICOSIS PARANOIDE	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO PSICOSIS PARANOIDE	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO PSICOSIS PARANOIDE	Se caracteriza por una construcción lógica, a partir de falsos elementos, erróneos o de ilusiones, además realizan una polarización de todas las fuerzas en el sentido de una construcción delirante que subordina toda la actividad psíquica a sus fines, siendo impresionante el orden, la coherencia y claridad que les da el sujeto (Ey, 1963)	IDEAM AL DIAGNÓSTICO EMITIDO EN LOS AÑOS 30'S	IDEAM AL DIAGNÓSTICO EMITIDO EN LOS AÑOS 30'S
PSICOSIS MENTAL	NO SE APLICÓ EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO PSICOSIS MENTAL	NO SE APLICÓ EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO PSICOSIS MENTAL	NO HAY FUNDAMENTOS TEÓRICOS QUE INDIQUEN LA EXISTENCIA DEL DIAGNÓSTICO PSICOSIS MENTAL	NO SE APLICÓ EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO PSICOSIS MENTAL	NO SE APLICÓ EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO PSICOSIS MENTAL

.....Continuación del Cuadro 2

FUNDAMENTOS TEORICOS DE LOS DIAGNÓSTICOS EMITIDOS
EN EL MANICOMIO DE "LA CASTAÑEDA"

DIAGNÓSTICO	PERÍODO 1910-1919	PERÍODO 1920-1929	PERÍODO 1930-1939	PERÍODO 1940-1949	PERÍODO 1950-1959
PSICOSIS CONFUSIONAL	NO SE APLICÓ EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO PSICOSIS CONFUSIONAL.	NO SE APLICÓ EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO PSICOSIS CONFUSIONAL.	NO SE APLICÓ EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO PSICOSIS CONFUSIONAL.	NO HAY FUNDAMENTOS TEÓRICOS QUE INDIQUEN LA EXISTENCIA DEL DIAGNÓSTICO DE PSICOSIS CONFUSIONAL.	NO SE APLICÓ EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO PSICOSIS CONFUSIONAL.
PSICOSIS SITUACIONAL	NO SE APLICÓ EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO PSICOSIS SITUACIONAL.	NO SE APLICÓ EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO PSICOSIS SITUACIONAL.	NO SE APLICÓ EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO PSICOSIS SITUACIONAL.	NO HAY FUNDAMENTOS TEÓRICOS QUE INDIQUEN LA EXISTENCIA DEL DIAGNÓSTICO PSICOSIS SITUACIONAL.	NO SE APLICÓ EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO PSICOSIS SITUACIONAL.
PSICOSIS INVOLUNTIVA	NO SE APLICÓ EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO PSICOSIS INVOLUNTIVA.	NO SE APLICÓ EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO PSICOSIS INVOLUNTIVA.	NO SE APLICÓ EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO PSICOSIS INVOLUNTIVA.	NO SE APLICÓ EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO PSICOSIS INVOLUNTIVA.	El punto de partida de este trastorno está determinado por una alteración en el sistema endocrino, o por una alteración en las glándulas genitales (Patiño, 1960).
PSICOSIS ALUCINATORIA	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO PSICOSIS ALUCINATORIA.	No hay fundamentos teóricos que indiquen la existencia de este diagnóstico ya que es un síndrome basado en el delirio (Ey, 1965)	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO PSICOSIS ALUCINATORIA.	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO PSICOSIS ALUCINATORIA.	IDEAM AL DIAGNÓSTICO EMITIDO EN LOS AÑOS 20's
PSICOSIS ALUCINATORIA CRÓNICA	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO PSICOSIS ALUCINATORIA CRÓNICA.	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO PSICOSIS ALUCINATORIA CRÓNICA.	No funge como diagnóstico sino como un grupo de síndromes dentro de la psicosis los cuales se fundamentan en el delirio (Ey, 1965)	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO PSICOSIS ALUCINATORIA CRÓNICA.	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO PSICOSIS ALUCINATORIA CRÓNICA.
PSICOSIS SISTEMATIZADA ALUCINATORIA CRÓNICA	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO PSICOSIS SISTEMATIZADA ALUCINATORIA CRÓNICA.	Síndrome basado en el delirio la cual pertenece a la categoría de las psicosis y por tanto no puede fungir como diagnóstico (Ey, 1965).	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO PSICOSIS SISTEMATIZADA ALUCINATORIA CRÓNICA.	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO PSICOSIS SISTEMATIZADA ALUCINATORIA CRÓNICA.	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO PSICOSIS SISTEMATIZADA ALUCINATORIA CRÓNICA.

FUNDAMENTOS TEORICOS DE LOS DIAGNÓSTICOS EMITIDOS EN EL MANICOMIO DE "LA CASTAÑEDA"

DIAGNÓSTICO	PERÍODO 1910-1919	PERÍODO 1920-1929	PERÍODO 1930-1939	PERÍODO 1940-1949	PERÍODO 1950-1959
PSICOSIS SUBAGUDA	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO PSICOSIS SUBAGUDA	El término correcto es psicosis aguda que además no constituye en grupo clínico claramente delimitado. El término agudo puede significar que hay una apertura súbita de manifestaciones alucinatorias o confusionales, por lo general transitorias y de carácter polimorfo (Vidal, 1946).	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO PSICOSIS SUBAGUDA	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO PSICOSIS SUBAGUDA	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO PSICOSIS SUBAGUDA
PSICOSIS REACTIVA	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO PSICOSIS REACTIVA	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO PSICOSIS REACTIVA	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO PSICOSIS REACTIVA	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO PSICOSIS REACTIVA	La sintomatología esencial consiste en un inicio repentino de la sintomatología psicótica, de unas horas como máximo pero no más de un mes. La conducta puede ser extraña o incluir actitudes muy peculiares vestimentas extravagantes, chillidos o mutismo. También puede haber conductas agresivas o suicidas. Los síntomas psicóticos suelen desaparecer al cabo de unos días. Este diagnóstico no puede establecerse si los síntomas psicóticos persisten durante más de un mes. El trastorno se presenta habitualmente en la adolescencia o al inicio de la edad adulta. (Patiño, 1960)
PSICOSIS MANIACO DEPRESIVA	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO PSICOSIS MANIACO DEPRESIVA	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO PSICOSIS MANIACO DEPRESIVA	IDEM AL PERÍODO DE LOS AÑOS 20's	IDEM AL PERÍODO DE LOS AÑOS 20's	Para diagnosticar este padecimiento en estos años la dificultad se incrementa generalmente por los estados depresivos cuando son de leve intensidad, cuando son atípicos en su sintomatología o cuando aparece en edades avanzadas, es decir, la exactitud del diagnóstico se enfocó en diferenciar las diversas fases por las que pasa el trastorno (Pancheri, 1990)
LOCURA CIRCULAR	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO LOCURA CIRCULAR	En este padecimiento se presentan síntomas maníacos y melancólicos. en la manía están presentes estados de cólera, intranquilidad motora, fugas de ideas, y movimientos excesivos e inútiles en los accesos melancólicos escasez trística, aburrimiento o angustia persistentes, inhabilidad del pensamiento, ideas de autoconstrucción y cansancio o hastío de la vida (Woodruff, 1978)	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO LOCURA CIRCULAR	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO LOCURA CIRCULAR	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO LOCURA CIRCULAR

.....Continuación del Cuadro 2

FUNDAMENTOS TEORICOS DE LOS DIAGNÓSTICOS EMITIDOS
EN EL MANICOMIO DE "LA CASTAÑEDA"

DIAGNÓSTICO	PERÍODO 1910-1919	PERÍODO 1920-1929	PERÍODO 1930-1939	PERÍODO 1940-1949	PERÍODO 1950-1959
PSICOSIS ORGÁNICA	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO PSICOSIS ORGÁNICA	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO PSICOSIS ORGÁNICA	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO PSICOSIS ORGÁNICA	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO PSICOSIS ORGÁNICA	Categoría de trastornos psiquiátricos en base a etiologías orgánicas (biológicas) tanto endógena como exógena, y/o lesiones anatomopatológicas bien definidas de localización cerebral. La subdivisión de las enfermedades de este grupo se basa en el distinto agente etiológico que causa la destrucción o la desorganización neuronal. Tales agentes pueden sintetizarse en infecciones del SNC (Encefalitis), estados tóxicos, factores degenerativos, tumores cerebrales, traumatismos craneales, defectos de desarrollo cerebral (Pancheri, 1990)
PSICOSIS ORGÁNICA POLIMORFA	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO PSICOSIS ORGÁNICA POLIFORMA	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO PSICOSIS ORGÁNICA POLIFORMA	Categoría de trastornos psiquiátricos en base a etiología orgánica (biológica) tanto endógena como exógena, y/o lesiones anatomopatológicas bien definidas de localización cerebral. La subdivisión de las enfermedades de este grupo se basa en el distinto agente etiológico que causa la destrucción o la desorganización neuronal. Tales agentes pueden sintetizarse en infecciones del SNC (Encefalitis), estados tóxicos, factores degenerativos, tumores cerebrales, traumatismos craneales, defectos de desarrollo cerebral (Pancheri, 1990)	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO PSICOSIS ORGÁNICA POLIFORMA	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO PSICOSIS ORGÁNICA POLIFORMA

.....Continuación del Cuadro 2

FUNDAMENTOS TEORICOS DE LOS DIAGNÓSTICOS EMITIDOS
EN EL MANICOMIO DE "LA CASTAÑEDA"

DIAGNÓSTICO	PERÍODO 1910-1919	PERÍODO 1920-1929	PERÍODO 1930-1939	PERÍODO 1940-1949	PERÍODO 1950-1959
PSICOSIS EPILEPTICA	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO PSICOSIS EPILEPTICA	Ocasionalmente se presenta antes y después de los ataques o durante los mismos, diversas perturbaciones psíquicas transitorias, que pueden durar unas horas, días o semanas. Después puede presentarse ⇒ Perturbaciones del humor (este puede ser alegre, triste, angustioso, con ideas o delirios grandiosos o con sensaciones hipocóndriacas). ⇒ Estados confusional y crepusculares (desorientación con frecuencia no solo de lugar y de tiempo, sino también personal, incoherencia en el curso del pensamiento). ⇒ delirios ⇒ estupor (inhibición general, hasta semejar el sueño). Después de los ataques se presenta somnolencia, con dificultad de levantamiento pero son posibles las excitaciones bruscas. (Raacke, 1925).	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO PSICOSIS EPILEPTICA	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO PSICOSIS EPILEPTICA	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO PSICOSIS EPILEPTICA
PSICOSIS SENIL	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO PSICOSIS SENIL	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO PSICOSIS SENIL	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO PSICOSIS SENIL	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO PSICOSIS SENIL	La nomenclatura se refiere a un estado demencial la cual se origina por medio de factores orgánicos (Paz, J. 1999).
PARANOIA SECUNDARIA	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO PARANOIA SECUNDARIA	Specht, G (1901) La denomina como una variante de la psicosis maniaco depresiva en la cual el sujeto muestra ideas persistentes de persecución y grandeza unida a un estado mixto de miedo y desconfianza (Zax, M. 1979)	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO PARANOIA SECUNDARIA	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO PARANOIA SECUNDARIA	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO PARANOIA SECUNDARIA
SÍNDROME PARANOIDE	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO SÍNDROME PARANOIDE	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO SÍNDROME PARANOIDE	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO SÍNDROME PARANOIDE	La etiología del DIAGNÓSTICO esta basada en una intoxicación por alcohol lo cual cambia la nomenclatura refiriéndose a una psicosis alcohólica de forma paranoica (Woodruff, R. 1978).	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO SÍNDROME PARANOIDE

.....Continuación del Cuadro 2

FUNDAMENTOS TEORICOS DE LOS DIAGNÓSTICOS EMITIDOS
EN EL MANICOMIO DE "LA CASTAÑEDA"

DIAGNOSTICO	PERIODO 1910-1919	PERIODO 1920-1929	PERIODO 1930-1939	PERIODO 1940-1949	PERIODO 1950-1959
SÍNDROME PARANOIDE POR NEUROLEUS	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO SÍNDROME PARANOIDE POR NEUROLEUS	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO SÍNDROME PARANOIDE POR NEUROLEUS	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO SÍNDROME PARANOIDE POR NEUROLEUS	La etiología del DIAGNÓSTICO esta basada en una intoxicación por alcohol lo cual cambia la nomenclatura refiriéndose a una psicosis alcohólica de forma paranoica (Woodruff, R. 1971).	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO SÍNDROME PARANOIDE POR NEUROLEUS
SÍNDROME ESQUIZOMORFO.	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO SÍNDROME ESQUIZOMORFO	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO SÍNDROME ESQUIZOMORFO	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO SÍNDROME ESQUIZOMORFO	El término síndrome se relacionaba con la presencia de síntomas que por lo general tenía una base orgánica (Woodruff, R. 1971)	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO SÍNDROME ESQUIZOMORFO

Cuadro 3

**FUNDAMENTOS TEORICOS DE LOS DIAGNÓSTICOS EMITIDOS
EN EL MANICOMIO DE “LA CASTAÑEDA”**

DIAGNÓSTICO	PERÍODO 1910-1919	PERÍODO 1920-1929	PERÍODO 1930-1939	PERÍODO 1940-1949	PERÍODO 1950-1959
DEMENCIA	Deterioro neuronal en individuos adultos, también conocido como síndrome de deterioro intelectual (Vallejo, J. 1977).	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO DEMENCIA	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO DEMENCIA	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO DEMENCIA	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO DEMENCIA
DEMENCIA SENIL	Síndrome cerebral orgánico crónico, asociado con atrofia generalizada del cerebro debido al envejecimiento. En adición a los síntomas orgánicos, los pacientes presentan dificultad para asumir nuevas experiencias; se centran en sí mismos y presentan vértigos, mareos e insomnio. Los síntomas de debilidad mental dominan el cuadro clínico, la fuerza perceptiva y la memoria disminuye cada vez más, y la capacidad de fijación de los nuevos acontecimientos es igualmente atenuada. El enfermo se vuelve extraordinariamente desconfiado y suso. Pueden presentarse igualmente ideas delirantes hipocóndricas, melancólicas o de índole paranoica, y abstracciones sensoriales (Raechka, 1921)	IDEM AL DIAGNÓSTICO EMITIDO EN LOS AÑOS 10's.	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO DEMENCIA SENIL	Aparece como una consecuencia del envejecimiento del cerebro que guarda un cierto paralelismo con el envejecimiento general del individuo, que muestra signos a una edad a los que otros se conservan bien física y mentalmente, por lo que aparece en edades variadas, generalmente después de los 65 años. Se establece paulatinamente, aunque tras alguna enfermedad o trauma psíquico importante puede disrumbrarse el inestable equilibrio anterior del viejo y aparecer los síntomas casi repentinamente en toda su intensidad (deterioro de la memoria, lenguaje, desorientación en tiempo y espacio, deterioro en juicio y raciocinio y labilidad de la atención) (Vallejo, J. 1977).	IDEM AL DIAGNÓSTICO EMITIDO EN LOS AÑOS 40's.
DEMENCIA SENIL DELIRANTE	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO DEMENCIA SENIL DELIRANTE	<i>El manejo de esta nomenclatura contaba con las mismas normas que se emplearon en el diagnóstico demencia senil. Sin embargo, la característica delirante no se registró en ningún postulado teórico.</i>	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO DEMENCIA SENIL DELIRANTE	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO DEMENCIA SENIL DELIRANTE	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO DEMENCIA SENIL DELIRANTE
DEMENCIA ORGÁNICA	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO DEMENCIA ORGÁNICA	<i>Woodruff, R.(1978) la determinó como síndrome orgánico encefálico; el cual se caracteriza por alteraciones neurológicas que afectan la estructura encefálica y las funciones mentales (orientación, memoria y otras funciones intelectuales). Los síntomas psiquiátricos aparecen paulatinamente (abstracciones, ideas delirantes, depresión, obsesiones y cambios en la personalidad.</i>	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO DEMENCIA ORGÁNICA	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO DEMENCIA ORGÁNICA	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO DEMENCIA ORGÁNICA

Continuación del Cuadro 3.....

**FUNDAMENTOS TEORICOS DE LOS DIAGNÓSTICOS EMITIDOS
EN EL MANICOMIO DE "LA CASTAÑEDA"**

DIAGNÓSTICO	PERÍODO 1910-1919	PERÍODO 1920-1929	PERÍODO 1930-1939	PERÍODO 1940-1949	PERÍODO 1950-1959
DEMENCIA CATATÓNICA	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO DEMENCIA CATATÓNICA.	<i>NO EXISTEN FUNDAMENTOS TEÓRICOS QUE SEÑALEN COMO DIAGNÓSTICO A LA DEMENCIA CATATÓNICA.</i>	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO DEMENCIA CATATÓNICA.	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO DEMENCIA CATATÓNICA.	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO DEMENCIA CATATÓNICA.
DEMENCIA EPILEPTICA	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO DEMENCIA EPILEPTICA.	<i>NO EXISTEN FUNDAMENTOS TEÓRICOS QUE SEÑALEN COMO DIAGNÓSTICO A LA DEMENCIA EPILEPTICA.</i>	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO DEMENCIA EPILEPTICA.	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO DEMENCIA EPILEPTICA.	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO DEMENCIA EPILEPTICA.
DEMENCIA PARÁLITICA	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO DEMENCIA PARÁLITICA.	Trastorno que altera la memoria, primeramente de fijación y posteriormente de evocación, así como el juicio y raciocinio, de la atención del pensamiento, destrucción global de la personalidad, y al exararse los síntomas focales finales (Alfasi, apraxias, etc) queda el paciente en estado de invalidez psíquica y física (Vallejo, J. 1977).	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO DEMENCIA PARÁLITICA.	IDEM AL DIAGNÓSTICO EMITIDO EN LOS AÑOS 20's	También conocida como parálisis general se presenta antes de los 60 años. Los síntomas característicos que en ella se encuentran, tales como la abolición del reflejo pupilar a la luz, los trastornos del habla; diagnosticado por medio del líquido cefalorraquídeo (prueba de Wassermann). Con la siguiente sintomatología: parálisis pasajeras y subrántas, debilidad de juicio y disminución de la memoria. En esta enfermedad la médula espinal se encuentra afectada, lo cual ocasiona el nulo movimiento de las extremidades (Ey, 1965).
ESTADO DEMENCIAL	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO ESTADO DEMENCIAL.	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO ESTADO DEMENCIAL.	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO ESTADO DEMENCIAL.	<i>NO EXISTEN FUNDAMENTOS TEÓRICOS QUE SEÑALEN COMO DIAGNÓSTICO AL ESTADO DEMENCIAL.</i>	<i>NO EXISTEN FUNDAMENTOS TEÓRICOS QUE SEÑALEN COMO DIAGNÓSTICO AL ESTADO DEMENCIAL.</i>
SÍNDROME DEMENCIAL	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO SÍNDROME DEMENCIAL.	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO SÍNDROME DEMENCIAL.	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO SÍNDROME DEMENCIAL.	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO SÍNDROME DEMENCIAL.	<i>NO EXISTEN FUNDAMENTOS TEÓRICOS QUE SEÑALEN COMO DIAGNÓSTICO AL SÍNDROME DEMENCIAL.</i>
SÍNDROME DEMENCIAL ORGÁNICO.	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO SÍNDROME DEMENCIAL ORGÁNICO.	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO SÍNDROME DEMENCIAL ORGÁNICO.	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO SÍNDROME DEMENCIAL ORGÁNICO.	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO SÍNDROME DEMENCIAL ORGÁNICO.	<i>No existen fundamentos teóricos que señalen como diagnóstico al síndrome demencial orgánico.</i>

Cuadro 4

**FUNDAMENTOS TEORICOS DE LOS DIAGNÓSTICOS EMITIDOS
EN EL MANICOMIO DE "LA CASTAÑEDA"**

DIAGNÓSTICO	PERÍODO 1910-1919	PERÍODO 1920-1929	PERÍODO 1930-1939	PERÍODO 1940-1949	PERÍODO 1950-1959
ALCOHOLISMO	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO ALCOHOLISMO.	Están presentes: <i>disordenes en estados afectivos, abulia (inquietudines extremas, seguío de tembloras y tics a los que se mezclan convulsiones epilépticas), inconsciencia, estado hiperémico tracial, seguío de logorrea (flujo de palabras rápidas e incoherentes, delirios, hasta el embrutecimiento)</i> (Aragón, 1925).	IDEM AL DIAGNÓSTICO DE LOS AÑOS 30's	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO ALCOHOLISMO.	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO ALCOHOLISMO.
EXCITACIÓN ALCOHÓLICA	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO EXCITACIÓN ALCOHÓLICA.	NO EXISTEN FUNDAMENTOS TEORICOS QUE SEÑALEN COMO DIAGNÓSTICO A LA EXCITACIÓN ALCOHÓLICA.	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO EXCITACIÓN ALCOHÓLICA.	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO EXCITACIÓN ALCOHÓLICA.	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO EXCITACIÓN ALCOHÓLICA.
ALCOHOLISMO CRÓNICO	Intoxicación crónica que altera profundamente el psiquismo y que por supresión brusca puede ocasionar el delirium tremens y que conduce al estado demencial (Aragón, 1925).	IDEM AL DIAGNÓSTICO DE LOS AÑOS 10's	El alcoholismo crónico representa un estado intermedio o de transición. En los casos extremos puede dar lugar a enfermedades mentales y a la demencia, en el terreno alcohólico también se presenta, epilepsia, estados psicóticos, excitación psíquica, estados de semiinconsciencia y verdadera psicosis. El alcoholismo crónico representa un estado intermedio o de transición. En los casos extremos puede dar lugar a enfermedades mentales y a la demencia, en el terreno alcohólico también se presenta epilepsia, estados psicóticos, excitación psíquica, estados de semiinconsciencia y verdadera psicosis (Aragón, 1925).	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO ALCOHOLISMO CRÓNICO.	Con frecuencia se presenta inestabilidad con tendencia a la exploración de cólera ⇒ Pérdida de sentimientos morales más elevados ⇒ abolición de las facultades intelectuales ⇒ debilidad de la memoria ⇒ debilidad de la voluntad. El alcoholismo crónico representa un estado intermedio o de transición. En los casos extremos puede ocasionar enfermedades mentales y hasta demencia, en el terreno alcohólico también se presenta epilepsia, estados de semiinconsciencia y psicosis. (Pérez, 1960).
ALCOHOLISMO CRÓNICO BROTE ALUCINATORIO	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO ALCOHOLISMO CRÓNICO BROTE ALUCINATORIO	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO ALCOHOLISMO CRÓNICO BROTE ALUCINATORIO	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO ALCOHOLISMO CRÓNICO BROTE ALUCINATORIO	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO ALCOHOLISMO CRÓNICO BROTE ALUCINATORIO	NO EXISTEN FUNDAMENTOS TEORICOS QUE SEÑALEN LA EXISTENCIA DEL DIAGNÓSTICO ALCOHOLISMO CRÓNICO BROTE ALUCINATORIO

.....Continuación del Cuadro 4

FUNDAMENTOS TEORICOS DE LOS DIAGNÓSTICOS EMITIDOS
EN EL MANICOMIO DE "LA CASTAÑEDA"

DIAGNÓSTICO	PERÍODO 1910-1919	PERÍODO 1920-1929	PERÍODO 1930-1939	PERÍODO 1940-1949	PERÍODO 1950-1959
ALCOHOLISMO AGUDO	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO ALCOHOLISMO AGUDO	También llamada intoxicación etílica aguda; generalmente se presenta en el individuo que ingiere bebidas alcohólicas por primera vez o que lo hace ocasionalmente. Tiene distintos grados de intensidad, dependiendo no de la cantidad de alcohol ingerida sino de la alcoholemia (relación entre la cantidad de alcohol ingerido con el peso del sujeto y el estado del aparato digestivo), y el estado de la función hepática. Dentro de este cuadro se pueden describir tres grados de intoxicación: Intoxicación leve: - la cual se caracteriza por sensaciones subjetivas y objetivas de euforia, extroversión, necesidad de contacto afectivo, locuacidad y disminución de inhibiciones. Intoxicación de mediana intensidad. - Se acentúan los síntomas de la fase anterior, además se presenta irritabilidad, incoordinación motora, temblor y disminución de agudeza sensorial. Intoxicación grave. - Termina en coma, bradicardia, hipotermia, abolición de los reflejos, e inclusive a un colapso circulatorio. (Vallejo, J. 1977).	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO ALCOHOLISMO AGUDO	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO ALCOHOLISMO AGUDO	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO ALCOHOLISMO AGUDO
ALCOHOLISMO AGUDO Y EPILEPSIA	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO ALCOHOLISMO AGUDO Y EPILEPSIA	También descrita como embriaguez patológica cualitativa. El cual se caracteriza en un estado de embriaguez agudo distinto al descrito anteriormente, ya que se presenta solo en epilépticos que dan como resultado alteraciones en el estado de ánimo, con crisis de irritabilidad, agresión y agitación psicomotriz (Vallejo, J. 1977)	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO ALCOHOLISMO AGUDO Y EPILEPSIA	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO ALCOHOLISMO AGUDO Y EPILEPSIA	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO ALCOHOLISMO AGUDO Y EPILEPSIA
ALCOHOLISMO SIN PERTURBACIONES PSÍQUICAS	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO ALCOHOLISMO SIN PERTURBACIONES PSÍQUICAS	NO EXISTEN FUNDAMENTOS TEÓRICOS QUE SEÑALEN COMO DIAGNÓSTICO AL ALCOHOLISMO SIN PERTURBACIONES PSÍQUICAS.	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO ALCOHOLISMO SIN PERTURBACIONES PSÍQUICAS	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO ALCOHOLISMO SIN PERTURBACIONES PSÍQUICAS	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO ALCOHOLISMO SIN PERTURBACIONES PSÍQUICAS

.....Continuación del Cuadro 4

FUNDAMENTOS TEORICOS DE LOS DIAGNÓSTICOS EMITIDOS
EN EL MANICOMIO DE "LA CASTAÑEDA"

DIAGNÓSTICO	PERÍODO 1910-1919	PERÍODO 1920-1929	PERÍODO 1930-1939	PERÍODO 1940-1949	PERÍODO 1950-1959
ALCOHOLOSMO TIPO DIPSOMANIA	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO ALCOHOLOSMO TIPO DIPSOMANIA	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO ALCOHOLOSMO TIPO DIPSOMANIA	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO ALCOHOLOSMO TIPO DIPSOMANIA	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO ALCOHOLOSMO TIPO DIPSOMANIA	Este trastorno se acompaña de, depresiones, angustia, estranjería, insomnio, y con menos frecuencia ideas de convergencia (delirios e interpretaciones egocéntricas o de convergencia). La duración total puede llegar hasta catorce días. En la esfera psíquica se presenta en forma adicional, una irritable necesidad de beber, que ocasiona una conducta hasta verse estropeada. Entonces el enfermo se duerme, pudiendo faltar al recuerdo de acceso. Casi siempre se presenta en el tercero o cuarto decenio de la vida raramente al final de la pubertad. Existe por regla general una predisposición psicopática hereditaria con signos premonitores o acompañamientos (Pezilo, 1950).
ALCOHOLISMO CEREBRAL	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO ALCOHOLISMO CEREBRAL	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO ALCOHOLISMO CEREBRAL	NO EXISTEN FUNDAMENTOS TEÓRICOS QUE SEÑALEN COMO DIAGNÓSTICO AL ALCOHOLISMO CEREBRAL	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO ALCOHOLISMO CEREBRAL	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO ALCOHOLISMO CEREBRAL
ALCOHOLISMO CEREBRAL AGUDO	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO ALCOHOLISMO CEREBRAL AGUDO	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO ALCOHOLISMO CEREBRAL AGUDO	NO EXISTEN FUNDAMENTOS TEÓRICOS QUE SEÑALEN COMO DIAGNÓSTICO AL ALCOHOLISMO CEREBRAL AGUDO	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO ALCOHOLISMO CEREBRAL AGUDO	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO ALCOHOLISMO CEREBRAL AGUDO
ALCOHOLISMO Y EPILEPSIA	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO ALCOHOLISMO Y EPILEPSIA	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO ALCOHOLISMO Y EPILEPSIA	La relación entre el alcohol y la epilepsia se puede reconocer bajo dos aspectos: a) Entre los alcohólicos puede aparecer crisis epilépticas de todo tipo (como en el estado de embriaguez patológica exaltativa). b) El alcohol es un tóxico epiléptico; por lo tanto al ingerir alcohol los epilépticos aumentan notoriamente la frecuencia de sus crisis. De forma que los supuestos casos de alcoholismo y epilepsia son individuos con una epilepsia latente y el alcohol solo es el detonador que aumenta los períodos convulsivos (Vallejo, J. 1977)	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO ALCOHOLISMO Y EPILEPSIA	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO ALCOHOLISMO Y EPILEPSIA

.....Continuación del Cuadro 4

FUNDAMENTOS TEORICOS DE LOS DIAGNÓSTICOS EMITIDOS
EN EL MANICOMIO DE "LA CASTAÑEDA"

DIAGNÓSTICO	PERÍODO 1910-1919	PERÍODO 1920-1929	PERÍODO 1930-1939	PERÍODO 1940-1949	PERÍODO 1950-1959
ALCOHOLISMO EN DÉBIL MENTAL	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO ALCOHOLISMO EN DÉBIL MENTAL	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO ALCOHOLISMO EN DÉBIL MENTAL	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO ALCOHOLISMO EN DÉBIL MENTAL	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO ALCOHOLISMO EN DÉBIL MENTAL	NO EXISTEN FUNDAMENTOS TEÓRICOS QUE SEÑALEN COMO DIAGNÓSTICO AL ALCOHOLISMO EN DÉBIL MENTAL
INTOXICACIÓN ALCOHÓLICA	Relación entre la cantidad de alcohol ingerida y el metabolismo del sujeto (su peso, estado del aparato digestivo y el estado de la función hepática). Además de desarrollarse en los grados leve, mediano y grave (Valle, J. 1977)	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO INTOXICACIÓN ALCOHÓLICA	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO INTOXICACIÓN ALCOHÓLICA	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO INTOXICACIÓN ALCOHÓLICA	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO INTOXICACIÓN ALCOHÓLICA
DIPSOMANIA	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO DIPSOMANIA	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO DIPSOMANIA	Este trastorno se acompaña de, depresiones, angustia, intranquilidad, insomnio, y con menor frecuencia ideas de convergencia (delíricas e interpretación egocéntrica o de convergencia). La duración total puede llegar hasta catorce días. En la esfera psíquica se presenta en forma adicional, una irresistible necesidad de beber, que ocasiona una conducta hasta verse satisfecha. Entonces el enfermo se duerme, pudiendo faltar el recuerdo de beber. Casi siempre se presenta en el tercero o cuarto decenio de la vida raramente al final de la pubertad. Existe por regla general una predisposición psicopática hereditaria con signos paranoíacos o acompeñados (Aragón, 1925).	IDEM AL DIAGNÓSTICO DE LOS AÑOS 30's	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO DIPSOMANIA
ALUCINACIONES ALCOHÓLICA	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO ALUCINACIONES ALCOHÓLICA	En este diagnóstico en el estado psíquico están presente las alucinaciones auditivas con orientación conservada y casi siempre existen excitación angustiosa e intranquilidad motora. Esta psicosis esta relacionado con delirios tremens. Ocurriendo por un fuerte exceso de alcohol (Aragón, 1925)	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO ALUCINACIONES ALCOHÓLICA	IDEM AL DIAGNÓSTICO DE LOS AÑOS 20's	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO ALUCINACIONES ALCOHÓLICA
CONFUSIÓN MENTAL ALCOHÓLICA	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO CONFUSIÓN MENTAL ALCOHÓLICA	NO EXISTEN FUNDAMENTOS TEÓRICOS QUE SEÑALEN COMO DIAGNÓSTICO A LA CONFUSIÓN MENTAL ALCOHÓLICA.	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO CONFUSIÓN MENTAL ALCOHÓLICA	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO CONFUSIÓN MENTAL ALCOHÓLICA	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO CONFUSIÓN MENTAL ALCOHÓLICA

.....Continuación del Cuadro 4

FUNDAMENTOS TEORICOS DE LOS DIAGNÓSTICOS EMITIDOS
EN EL MANICOMIO DE "LA CASTAÑEDA"

DIAGNÓSTICO	PERÍODO 1910-1919	PERÍODO 1920-1929	PERÍODO 1930-1939	PERÍODO 1940-1949	PERÍODO 1950-1959
ESTADO DE CONFUSIÓN MENTAL DE ORIGEN ALCOHÓLICO.	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO ESTADO DE CONFUSIÓN MENTAL DE ORIGEN ALCOHÓLICO	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO ESTADO DE CONFUSIÓN MENTAL DE ORIGEN ALCOHÓLICO	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO ESTADO DE CONFUSIÓN MENTAL DE ORIGEN ALCOHÓLICO	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO ESTADO DE CONFUSIÓN MENTAL DE ORIGEN ALCOHÓLICO	NO EXISTEN FUNDAMENTOS TERÓRICOS QUE SEÑALEN COMO DIAGNÓSTICO A LA CONFUSIÓN MENTAL DE ORIGEN ALCOHÓLICO.
DELIRIO ALCOHÓLICO	NO EXISTEN FUNDAMENTOS TERÓRICOS QUE SEÑALEN COMO DIAGNÓSTICO AL DELIRIO ALCOHÓLICO	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO DELIRIO ALCOHÓLICO	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO DELIRIO ALCOHÓLICO	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO DELIRIO ALCOHÓLICO	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO DELIRIO ALCOHÓLICO
DELIRIUM TREMENS	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO DE DELIRIUMS TREMENS	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO DE DELIRIUMS TREMENS	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO DE DELIRIUMS TREMENS	Complicación del alcoholismo crónico, caracterizado por la intensidad de la agitación desordenada e incoherente, cóctimo terrorífico, actividad abucinatoria intensa, confusión total y afectación del estado general. Se presenta el supridor bruscamente la ingesta de alcohol (Arraón, 1925)	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO DE DELIRIUMS TREMENS
PARANOIA ALCOHÓLICA	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO PARANOIA ALCOHÓLICA	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO PARANOIA ALCOHÓLICA	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO PARANOIA ALCOHÓLICA	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO PARANOIA ALCOHÓLICA	NO EXISTEN FUNDAMENTOS TERÓRICOS QUE SEÑALEN COMO DIAGNÓSTICO A LA PARANOIA ALCOHÓLICA. SIN EMBARGO, PARA VIDAL, G. (1986) LA PARANOIA ALCOHOLICA ES UN ELEMENTO IMPORTANTE PARA DELIMITAR EL DETRIORO PSICOLOGICO DENTRO DEL SÍNDROME DE ABSTINENCIA.
EPISODIO PSICOTICO ALCOHOLICO	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO EPISODIO PSICOTICO ALCOHOLICO	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO EPISODIO PSICOTICO ALCOHOLICO	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO EPISODIO PSICOTICO ALCOHOLICO	NO EXISTEN FUNDAMENTOS QUE SEÑALEN LA EXISTENCIA DEL DIAGNÓSTICO EPISODIO PSICOTICO ALCOHÓLICO.	NO SE APLICA EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO EPISODIO PSICOTICO ALCOHOLICO
PSICOSIS ALCOHÓLICA	NO EXISTEN FUNDAMENTOS QUE INDUEN LA EXISTENCIA DEL DIAGNÓSTICO PSICOSIS ALCOHÓLICA YA QUE ESTE TÉRMINO GENERALIZA A SÍNDROMES PSIQUIÁTRICOS QUE APARECEN CONFORME SE DESARROLLA EN UN SUJETO EL ALCOHOLISMO.	IDEM AL CRITERIO UTILIZADO EN LOS AÑOS 10's.	IDEM AL CRITERIO UTILIZADO EN LOS AÑOS 10's.	IDEM AL CRITERIO UTILIZADO EN LOS AÑOS 10's.	NO SE APLICÓ EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO PSICOSIS ALCOHÓLICA

.....Continuación del Cuadro 4

**FUNDAMENTOS TEORICOS DE LOS DIAGNÓSTICOS EMITIDOS
EN EL MANICOMIO DE "LA CASTAÑEDA"**

DIAGNÓSTICO	PERÍODO 1910-1919	PERÍODO 1920-1929	PERÍODO 1930-1939	PERÍODO 1940-1949	PERÍODO 1950-1959
PSICOSIS PARANOIDE ALCOHÓLICA	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO PSICOSIS PARANOIDE ALCOHÓLICA	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO PSICOSIS PARANOIDE ALCOHÓLICA	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO PSICOSIS PARANOIDE ALCOHÓLICA	NO EXISTEN FUNDAMENTOS QUE SEÑALEN COMO DIAGNÓSTICO A LA PSICOSIS PARANOIDE ALCOHÓLICA. SIN EMBARGO PARA VIDAL G. (1986) ES UN ELEMENTO IMPORTANTE PARA DELIMITAR EL DETRIORO PSICOLÓGICO DENTRO DEL SÍNDROME DE ABSTINENCIA DE ESTE.	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO PSICOSIS PARANOIDE ALCOHÓLICA
PSICOSIS ALCOHÓLICA ALUCINATORIA	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO PSICOSIS ALCOHÓLICA ALUCINATORIA.	NO EXISTEN FUNDAMENTOS TEÓRICOS QUE SEÑALEN COMO DIAGNÓSTICO A LA PSICOSIS ALCOHÓLICA ALUCINATORIA. PERO VIDAL G. (1986) LO SEÑALA COMO ELEMENTO IMPORTANTE PARA DELIMITAR EL DETRIORO PSICOLÓGICO DENTRO DEL SÍNDROME DE ABSTINENCIA DE ESTE.	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO PSICOSIS ALCOHÓLICA ALUCINATORIA.	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO PSICOSIS ALCOHÓLICA ALUCINATORIA.	IDEM AL CRTERIO ULIZADO EN LOS AÑOS 20's.
PSICOSIS ALUCINATORIA ALCOHÓLICA	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO PSICOSIS ALUCINATORIA. ALCOHÓLICA	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO PSICOSIS ALUCINATORIA. ALCOHOLICA	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO PSICOSIS ALUCINATORIA. ALCOHOLICA	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO PSICOSIS ALUCINATORIA. ALCOHOLICA	NO EXISTEN FUNDAMENTOS TEÓRICOS QUE SEÑALEN COMO DIAGNÓSTICO A LA PSICOSIS ALUCINATORIA ALCOHÓLICA. PERO VIDAL G. (1986) LO SEÑALA COMO ELEMENTO IMPORTANTE PARA DELIMITAR EL DETRIORO PSICOLÓGICO DENTRO DEL SÍNDROME DE ABSTINENCIA DE ESTE.
PSICOSIS ALCOHÓLICA SUBAGUDA	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO PSICOSIS ALCOHÓLICA SUBAGUDA	También llamada intoxicación etílica aguda; generalmente se presenta en el individuo que ingiere bebidas alcohólicas por primera vez o que lo hace ocasionalmente. Tiene distintos grados de intensidad, dependiendo no de la cantidad de alcohol ingerida sino de la alcoholotomía (relación entre la cantidad de alcohol ingerido con el peso del sujeto y el estado del aparato digestivo), y el estado de la función hepática. Dentro de este cuadro se pueden describir tres grados de intoxicación: Intoxicación leve- la cual se caracteriza por sensaciones subjetivas y objetivas de euforia, extroversión, necesidad de contacto afectivo, locuacidad y disminución de inhibiciones. Intoxicación de mediana intensidad - Se acentúan los síntomas de la fase anterior, además se presenta irritabilidad, incoordinación motora, temblor y disminución de agudeza sensorial. Intoxicación grave - Termina en coma, bradicardia, hipotermia, abolición de los reflejos, e inclusive a un colapso circulatorio (Vallejo, J 1977).	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO PSICOSIS ALCOHOLICA SUBAGUDA	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO PSICOSIS ALCOHOLICA SUBAGUDA	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO PSICOSIS ALCOHOLICA SUBAGUDA

.....Continuación del Cuadro 4

FUNDAMENTOS TEORICOS DE LOS DIAGNÓSTICOS EMITIDOS
EN EL MANICOMIO DE "LA CASTAÑEDA"

DIAGNÓSTICO	PERÍODO 1910-1919	PERÍODO 1920-1929	PERÍODO 1930-1939	PERÍODO 1940-1949	PERÍODO 1950-1959
PSICOSIS ALCOHÓLICA POLINEURETICA	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO PSICOSIS ALCOHÓLICA POLINEURETICA.	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO PSICOSIS ALCOHÓLICA POLINEURETICA.	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO PSICOSIS ALCOHÓLICA POLINEURETICA.	Descrita dentro de la psicosis de Korszkov como síndrome fundamental, la cual se caracteriza por una desestructuración notable en los alcoholólicos crónicos, sumada a una serie de síntomas psicóticos que afectan directamente a la memoria. (Vallejo, J. 1977)	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO PSICOSIS ALCOHÓLICA POLINEURETICA.
PSICOSIS DEMENCIAL POR ALCOHOLISMO Y SÍFILIS.	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO PSICOSIS DEMENCIAL POR ALCOHOLISMO Y SÍFILIS.	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO PSICOSIS DEMENCIAL POR ALCOHOLISMO Y SÍFILIS.	Cuadro terminal de la ingestión abundante y prolongada de alcohol. Aunque el diagnóstico se debe hacer siempre y cuando las otras causas de demencia sean descartadas y se confirme la ingestión abundante y prolongada de alcohol (10 años). Así mismo, debe persistir más de 1 mes después de la interrupción de alcohol síntomas como déficit de memoria; disminución de la capacidad de abstracción, marcadamente por pensamiento concreto; disminución del juicio crítico; disminución del nivel de organización de la personalidad, que resulta en alteración del funcionamiento social u ocupacional; Vidal, G(1985).	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO PSICOSIS DEMENCIAL POR ALCOHOLISMO Y SÍFILIS.	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO PSICOSIS DEMENCIAL POR ALCOHOLISMO Y SÍFILIS.
PSICOSIS PELAGROSA EN UN ALCOHÓLICO Y OLIGOFRENICO.	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO PSICOSIS PELAGROSA EN UN ALCOHÓLICO Y OLIGOFRENICO..	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO PSICOSIS PELAGROSA EN UN ALCOHÓLICO Y OLIGOFRENICO..	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO PSICOSIS PELAGROSA EN UN ALCOHÓLICO Y OLIGOFRENICO..	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO PSICOSIS PELAGROSA EN UN ALCOHÓLICO Y OLIGOFRENICO..	NO EXISTEN FUNDAMENTOS TEÓRICOS QUE SEÑALEN COMO DIAGNÓSTICO A LA PSICOSIS PELAGROSA EN UN ALCOHÓLICO Y OLIGOFRENICO.
CONFUSIÓN EPILÉPTICA EN ALCOHÓLICO	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO CONFUSIÓN EPILÉPTICA EN ALCOHÓLICO	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO CONFUSIÓN EPILÉPTICA EN ALCOHÓLICO	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO CONFUSIÓN EPILÉPTICA EN ALCOHÓLICO	NO EXISTEN FUNDAMENTOS TEÓRICOS QUE SEÑALEN COMO DIAGNÓSTICO A LA CONFUSIÓN EPILÉPTICA EN ALCOHÓLICO	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO CONFUSIÓN EPILÉPTICA EN ALCOHÓLICO
ALUCINOSIS ALCOHÓLICA	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO ALUCINOSIS ALCOHÓLICA.	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO ALUCINOSIS ALCOHÓLICA.	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO ALUCINOSIS ALCOHÓLICA.	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO ALUCINOSIS ALCOHÓLICA.	síndrome que se desarrolla después de varios años (por o menos 10, en promedio) de ingestión abundante. se la diagnostica por la presencia de alucinaciones auditivas posterior a la interrupción o reducción de ingesta importante de alcohol; asimismo la presencia de estos síntomas puede tener una duración de horas, días o hasta una semana (vallejo, j. 1977)

.....Continuación del Cuadro 4

FUNDAMENTOS TEORICOS DE LOS DIAGNÓSTICOS EMITIDOS
EN EL MANICOMIO DE "LA CASTAÑEDA"

<i>DIAGNÓSTICO</i>	<i>PERÍODO 1910-1919</i>	<i>PERÍODO 1920-1929</i>	<i>PERÍODO 1930-1939</i>	<i>PERÍODO 1940-1949</i>	<i>PERÍODO 1950-1959</i>
TABOPARÁLISIS Y ALCOHOLISMO.	NO SE APLICÓ EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO TABOPARÁLISIS Y ALCOHOLISMO.	NO SE APLICÓ EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO TABOPARÁLISIS Y ALCOHOLISMO.	NO EXISTEN FUNDAMENTOS TEÓRICOS QUE SEÑALEN COMO DIAGNÓSTICO A LA TABOPARÁLISIS Y ALCOHOLISMO.	NO SE APLICÓ EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO TABOPARÁLISIS Y ALCOHOLISMO.	NO SE APLICÓ EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO TABOPARÁLISIS Y ALCOHOLISMO.

Cuadro 5

**FUNDAMENTOS TEORICOS DE LOS DIAGNÓSTICOS EMITIDOS
EN EL MANICOMIO DE "LA CASTAÑEDA"**

<i>DIAGNÓSTICO</i>	<i>PERÍODO 1910-1919</i>	<i>PERÍODO 1920-1929</i>	<i>PERÍODO 1930-1939</i>	<i>PERÍODO 1940-1949</i>	<i>PERÍODO 1950-1959</i>
TOXICOMANÍA	NO SE APLICÓ EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO TOXICOMANÍA.	NO SE APLICÓ EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO TOXICOMANÍA.	NO SE APLICÓ EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO TOXICOMANÍA.	NO SE APLICÓ EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO TOXICOMANÍA.	Es un estado de intoxicación patológica o crónica por medio del consumo de una droga (natural o sintética). Es característico de éste un deseo inevitable de continuar consumiendo la droga; tendencias a utilizar dosis mayores; y una dependencia de orden psíquico, y en ocasiones físico, de la droga. En cuanto a las sustancias generadoras de toxicomanías se puede decir como aquellas capaces de provocar el síndrome descrito, con sus tres características. Derivados del opio y sustancias afines, barbitúrica, anfetaminas, cocaína, marihuana, etc. (Vallejo, J. 1977)
TOXICOMANÍA EXÓGENA	NO SE APLICÓ EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO TOXICOMANÍA EXÓGENA	<i>NO EXISTEN FUNDAMENTOS TEÓRICOS QUE INDIQUEN LA EXISTENCIA DEL DIAGNÓSTICO TOXICOMANÍA EXÓGENA.</i>	NO SE APLICÓ EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO TOXICOMANÍA EXÓGENA	NO SE APLICÓ EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO TOXICOMANÍA EXÓGENA	NO SE APLICÓ EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO TOXICOMANÍA EXÓGENA
TOXICOMANÍA MIXTA	NO SE APLICÓ EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO TOXICOMANÍA MIXTA	<i>NO EXISTEN FUNDAMENTOS TEÓRICOS QUE INDIQUEN LA EXISTENCIA DEL DIAGNÓSTICO TOXICOMANÍA MIXTA</i>	NO SE APLICÓ EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO TOXICOMANÍA MIXTA	NO SE APLICÓ EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO TOXICOMANÍA MIXTA	NO SE APLICÓ EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO TOXICOMANÍA MIXTA
TOXICOMANÍA POR HEROÍNA	NO SE APLICÓ EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO TOXICOMANÍA POR HEROÍNA	NO SE APLICÓ EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO TOXICOMANÍA POR HEROÍNA	<i>También llamado toxicómanico por los derivados del opio o morfina. Es un estado de enjorja morfiaca abarca dos elementos; el primero caracterizado por un estado convulsivo donde se presenta una supresión de las sensaciones desagradables por placenteras; y tras la disminución del estado de enjorja un período de apatía y torpeza tras el cual se ven signos inequívocos de regresión al estado de bienestar; y dentro de los síntomas somáticos se encuentran taquicardia, hipotensión, hiperhidrosis, diarrea e incontinencia. Síntomatología que se vuelve frecuente conforme avanza el grado de tolerancia es decir en casos crónicos. (Vallejo, J. 1977).</i>	NO SE APLICÓ EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO TOXICOMANÍA POR HEROÍNA	NO SE APLICÓ EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO TOXICOMANÍA POR HEROÍNA
HEROINOMANÍA	NO SE APLICÓ EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO HEROINOMANÍA	<i>NO EXISTEN ELEMENTOS TEÓRICOS QUE INDIQUEN LA EXISTENCIA DEL DIAGNÓSTICO HEROINOMANÍA.</i>	NO SE APLICÓ EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO HEROINOMANÍA	NO SE APLICÓ EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO HEROINOMANÍA	NO SE APLICÓ EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO HEROINOMANÍA

Cuadro 6

**FUNDAMENTOS TEORICOS DE LOS DIAGNÓSTICOS EMITIDOS
EN EL MANICOMIO DE "LA CASTAÑEDA"**

DIAGNÓSTICO	PERÍODO 1910-1919	PERÍODO 1920-1929	PERÍODO 1930-1939	PERÍODO 1940-1949	PERÍODO 1950-1959
PARÁLISIS GENERAL PROGRESIVA	<p>Es una afección orgánica del sistema nervioso central, sobre todo de la corteza cerebral, debida a una infección sífilítica. Ordinariamente la infección inicia a partir de los 6 a 15 años; en los casos de parálisis juvenil se trata de una sífilis hereditaria. El mal progresa lentamente en el curso de meses, dando lugar a diversos síntomas iniciales, tales como la nerviosidad, dolor de cabeza, insomnio, sensación hipocoordinada y depresión.</p> <p>En otros aparecen accesos vertiginosos, ataques epiléptiformes, desmayos, incontinencia y también parálisis pasajera en extremidades.</p> <p>Es característica la presencia de una grave demencia, lo que lleva a una disminución de las funciones como memoria y juicio.</p> <p>Objetivamente la enfermedad evoluciona de modos muy diversos, pudiéndose presentar en primer plano la debilitación mental silenciosa del enfermo, una confusión delirante con estados de excitación, estupor catatónico, delirio persecutorio con alucinaciones o delirios de grandeza. Como causas puede considerarse los excesos de trabajo, los disgustos, el alcoholismo y los traumatismos. Casi siempre se presentan entre los 30 y 50 años.</p> <p>La enfermedad se desarrolla hasta un estado terminal, donde el sujeto se encuentra en un estado completo de parálisis en sus extremidades y detenero físico. (Raechel, 1925)</p>	<p>IDEM AL DIAGNÓSTICO EMITIDO EN LOS AÑOS 10'</p>	<p>NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO PARÁLISIS GENERAL PROGRESIVA</p>	<p>Inicia con disartria (dificultad en la producción del discurso, debido a la falta de coordinación del aparato de fonación) y disgrafía (SÍNDROME que afecta a niños de edad escolar, de inteligencia normal o arriba de lo normal caracterizado por dificultades específicas de la escritura) seguido de un estado de arremia, más tarde con insensación de delirio, y por último un estado demencial.</p> <p>Se inicia con un estado megalmaníaco, que después disminuye, pasando por la distimia; abunda que abre al padecimiento (reducción del empuje a la acción o al pensamiento emparejada con indiferencia o falta de interés acerca de las consecuencias de la actividad); manda emboladora que al decrecerse se abre hasta llegar de una manera progresiva de parálisis (Ey, 1965).</p>	<p>NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO PARÁLISIS GENERAL PROGRESIVA</p>
PARÁLISIS GENERAL PROGRESIVA. (SÍNDROME MANÍACO).	<p>NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO PARÁLISIS GENERAL PROGRESIVA (SÍNDROME MANÍACO)</p>	<p>NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO PARÁLISIS GENERAL PROGRESIVA (SÍNDROME MANÍACO)</p>	<p>NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO PARÁLISIS GENERAL PROGRESIVA (SÍNDROME MANÍACO)</p>	<p>NO EXISTEN ELEMENTOS TEÓRICOS QUE INDIQUEN LA EXISTENCIA DEL DIAGNÓSTICO PARÁLISIS GENERAL PROGRESIVA (SÍNDROME MANÍACO)</p>	<p>NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO PARÁLISIS GENERAL PROGRESIVA (SÍNDROME MANÍACO)</p>

Cuadro 7

**FUNDAMENTOS TEORICOS DE LOS DIAGNÓSTICOS EMITIDOS
EN EL MANICOMIO DE "LA CASTAÑEDA"**

<i>DIAGNÓSTICO</i>	<i>PERÍODO 1910-1919</i>	<i>PERÍODO 1920-1929</i>	<i>PERÍODO 1930-1939</i>	<i>PERÍODO 1940-1949</i>	<i>PERÍODO 1950-1959</i>
PARÁLISIS ORGÁNICA, AFASIA MIXTA Y RESIDUAL	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO PARÁLISIS ORGÁNICA, AFASIA MIXTA Y RESIDUAL.	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO PARÁLISIS ORGÁNICA, AFASIA MIXTA Y RESIDUAL	<i>NO EXISTEN ELEMENTOS TEÓRICOS QUE INDIQUEN LA EXISTENCIA DEL DIAGNÓSTICO PARÁLISIS ORGÁNICA, AFASIA MIXTA Y RESIDUAL. MISMO QUE DESCRIBE UN ELEMENTO NEUROLÓGICO QUE AFECTA AL LENGUAJE Y QUE ES PARTE DEL DESARROLLO DE LA ENFERMEDAD.</i>	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO PARÁLISIS ORGÁNICA, AFASIA MIXTA Y RESIDUAL	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO PARÁLISIS ORGÁNICA, AFASIA MIXTA Y RESIDUAL
EPILEPSIA	Afección cerebral crónica, que se manifiesta por accesos convulsivos de repetición frecuente y trastornos de conocimiento, que conducen paulatinamente y progresivamente a una debilitación de las facultades mentales y a un cambio de carácter. Casi siempre se presentan los primeros síntomas durante la juventud, bajo la forma de calambres, vértigos, desmayos, sonambulismo, explosiones de cólera y estados confusionalistas. Después de los primeros ataques que puedan presentarse ya en la primera edad, se observa un periodo de calma con accesos aislados hasta la aparición de la pubertad, y que puede hacerse más frecuentes e intensos, raramente se presentan por primera vez durante edades avanzadas (Roetke, 1925).	IDEM AL DIAGNÓSTICO EMITIDO EN LOS AÑOS 10'	IDEM AL DIAGNÓSTICO EMITIDO EN LOS AÑOS 10'	Resulta equivoco colocar a la epilepsia como entidad diagnóstica, por la amplia gama de formas y etiologías. Por lo tanto debe entender a la epilepsia como una enfermedad consistente en la presentación de crisis convulsivas con más o menos frecuencia. Según el territorio de donde parte la descarga primera que inicia la crisis epiléptica, se presentaron signos clínicos y eléctricos específicos y distintos. (Vallejo, J. 1977)	El término epilepsia limita a un fenómeno psicológico que involucra a fenómenos clínicos polimorfos, compleja y desordenada sintomatología, así como causas múltiples y variadas. Por lo tanto, lo esencial de la epilepsia (en cuanto concepto operacional que puede unificar a todos los síndromes) es: una sintomatología paroxística de origen central los cuales deben ser repetitivos y crónicos (Pezizo, J.L. 1997)
EPILEPSIA ESENCIAL	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO EPILEPSIA ESENCIAL	<i>NO EXISTEN ELEMENTOS TEÓRICOS QUE INDIQUEN LA EXISTENCIA DEL DIAGNÓSTICO EPILEPSIA ESENCIAL</i>	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO EPILEPSIA ESENCIAL	<i>NO EXISTEN ELEMENTOS TEÓRICOS QUE INDIQUEN LA EXISTENCIA DEL DIAGNÓSTICO EPILEPSIA ESENCIAL</i>	<i>NO EXISTEN ELEMENTOS TEÓRICOS QUE INDIQUEN LA EXISTENCIA DEL DIAGNÓSTICO EPILEPSIA ESENCIAL</i>

.....Continuación del Cuadro 7

**FUNDAMENTOS TEORICOS DE LOS DIAGNÓSTICOS EMITIDOS
EN EL MANICOMIO DE "LA CASTAÑEDA"**

DIAGNÓSTICO	PERÍODO 1910-1919	PERÍODO 1920-1929	PERÍODO 1930-1939	PERÍODO 1940-1949	PERÍODO 1950-1959
EPILEPSIA CONVULSIVA	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO EPILEPSIA CONVULSIVA	<i>NO EXISTEN ELEMENTOS TEÓRICOS QUE INDIQUEN LA EXISTENCIA DEL DIAGNÓSTICO EPILEPSIA CONVULSIVA</i>	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO EPILEPSIA CONVULSIVA	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO EPILEPSIA CONVULSIVA	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO EPILEPSIA CONVULSIVA
EPILEPSIA JACKSONIANA	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO EPILEPSIA JACKSONIANA	Episodio recurrente de acceso convulsivo o espasmos, sin pérdida de la conciencia, localizados en una parte o región del cuerpo (Raecke, 1925).	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO EPILEPSIA JACKSONIANA	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO EPILEPSIA JACKSONIANA	Los ataques jacksonianos fueron descritos originalmente por el famoso neurólogo inglés Hughlings Jackson (1834-1911). El cual consiste en una convulsión localizada que comienza en una parte del cuerpo para extenderse a las partes cercanas por ejemplo, un ataque jacksoniano puede comenzar en el dedo grande del pie, luego extenderse al pie, después a la pierna y finalmente al muslo. en general, no hay pérdida de la conciencia en un ataque jacksoniano (Nathan, H. P. 1985)
EPILEPSIA EN DÉBIL MENTAL	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO EPILEPSIA EN DÉBIL MENTAL	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO EPILEPSIA EN DÉBIL MENTAL	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO EPILEPSIA EN DÉBIL MENTAL	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO EPILEPSIA EN DÉBIL MENTAL	Para Batchelor (1969) la relación entre epilepsia y algún déficit en el área cognitiva en pacientes internados se presenta en un 10 y 15%. Así mismo para Robinson y Robinson (1963) el hecho de que la epilepsia y alguna forma de deficiencia cognitiva ocurren en conjunto, no explica la etiología de ninguno de los estados, ya que éstos se pueden deber a la misma lesión cerebral o los ataques pueden haber causado el daño al cerebro, con el subsecuente retraso; o bien, estos pueden haber causado el daño al cerebro, con el subsecuente retraso; o bien estos pueden haber interferido seriamente en el aprendizaje del sujeto. (Nathan, P.E. 1975)
SÍNDROME CONVULSIVO	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO SÍNDROME CONVULSIVO.	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO SÍNDROME CONVULSIVO.	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO SÍNDROME CONVULSIVO.	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO SÍNDROME CONVULSIVO.	<i>NO EXISTEN ELEMENTOS TEORICOS QUE INDIQUEN LA EXISTENCIA DEL DIAGNÓSTICO SÍNDROME CONVULSIVO.</i>

Cuadro 8

**FUNDAMENTOS TEORICOS DE LOS DIAGNÓSTICOS EMITIDOS
EN EL MANICOMIO DE "LA CASTAÑEDA"**

DIAGNÓSTICO	PERÍODO 1910-1919	PERÍODO 1920-1929	PERÍODO 1930-1939	PERÍODO 1940-1949	PERÍODO 1950-1959
MANÍA	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO MANÍA.	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO MANÍA.	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO MANÍA.	<p>Se caracteriza por la presencia persistente de un tono afectivo alegre, con sensaciones de vida y personalidad exuberante, tendencia a los cambios de humor, hiperactividad e inestabilidad motora, conservación desparada e inconexa (Ruga de ideas). La sensación de fatiga se encuentra en mayor o menor grado, disminuida o anulada; el sueño es intranquilo y puede faltar por completo en algunas ocasiones, la alimentación del enfermo es deficiente. Son frecuentes los arrebatos sexuales y violentas explosiones de cólera. La noción del tiempo y la memorización se encuentran conservadas, excepto durante los períodos de mayor excitación.</p> <p>Con frecuencia existen antecedentes hereditarios de la misma, o de aficciones mentales parecidas. Pueden ser causas desencadenantes: los disgustos y perturbaciones emotivas, los excesos de todas clases, los traumatismos de la cabeza, la menopausia, la lactación y la menstruación.</p> <p>Comienza a aparecer entre los 15 y 25 años. Raramente se presenta en el primer al inicio de la vejez; la aparición es brusca en la mayoría de los casos, con duración de varios días y semanas, y en el cual existe una irritabilidad afectiva angustiada y anormal, con una sensación imprecisa de enfermedad y perturbaciones nerviosas generales (Ey, 1965)</p>	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO MANÍA.
MANÍA AGUDA	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO MANÍA AGUDA.	<p>J.P. Falret, Bailliger (1854) retoma el término manía en forma aguda de las clasificaciones de pinel (1802), de Esquirol (1816) y sobre todo después de 1850, cuando la noción fue comprendida como una crisis, la cual comprendía un estado de hiperexcitación de las funciones psíquicas, caracterizada por la exaltación del humor y el desencadenamiento de las funciones instintivo-afectivas. La liberación desordenada y excesiva de la energía se manifiesta por igual en los dominios psíquicos, psicomotor y neurovegetativo (Ey, E. 1965).</p>	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO MANÍA AGUDA.	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO MANÍA AGUDA.	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO MANÍA AGUDA.

.....Continuación del Cuadro 8

**FUNDAMENTOS TEORICOS DE LOS DIAGNÓSTICOS EMITIDOS
EN EL MANICOMIO DE "LA CASTAÑEDA"**

DIAGNÓSTICO	PERÍODO 1910-1919	PERÍODO 1920-1929	PERÍODO 1930-1939	PERÍODO 1940-1949	PERÍODO 1950-1959
MANÍA AGUDA DELIRANTE	NO SE APLICÓ EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO MANÍA AGUDA DELIRANTE	Forma semiológica caracterizada por una desestructuración profunda de la conciencia en la cual se observan "experiencias delirantes", caracterizada por su movilidad, su carácter cambiante y su mínima organización (Ey, E. 1965).	NO SE APLICÓ EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO MANÍA AGUDA DELIRANTE	NO SE APLICÓ EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO MANÍA AGUDA DELIRANTE	NO SE APLICÓ EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO MANÍA AGUDA DELIRANTE
MANÍA ALUCINATORIA AGUDA	NO SE APLICÓ EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO MANÍA ALUCINATORIA AGUDA	NO EXISTEN ELEMENTOS TEÓRICOS QUE INDIQUEN LA EXISTENCIA DEL DIAGNÓSTICO MANÍA ALUCINATORIA AGUDA..	NO SE APLICÓ EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO MANÍA ALUCINATORIA AGUDA	NO SE APLICÓ EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO MANÍA ALUCINATORIA AGUDA	NO SE APLICÓ EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO MANÍA ALUCINATORIA AGUDA
MANÍA INTERMITENTE	NO SE APLICÓ EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO MANÍA INTERMITENTE	NO EXISTEN ELEMENTOS TEÓRICOS QUE INDIQUEN LA EXISTENCIA DEL DIAGNÓSTICO MANÍA INTERMITENTE.	NO SE APLICÓ EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO MANÍA INTERMITENTE	NO SE APLICÓ EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO MANÍA INTERMITENTE	NO SE APLICÓ EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO MANÍA INTERMITENTE
MANÍA HISTERICA	NO SE APLICÓ EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO MANÍA HISTERICA	NO EXISTEN ELEMENTOS TEÓRICOS QUE INDIQUEN LA EXISTENCIA DEL DIAGNÓSTICO MANÍA HISTERICA	NO SE APLICÓ EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO MANÍA HISTERICA	NO SE APLICÓ EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO MANÍA HISTERICA	NO SE APLICÓ EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO MANÍA HISTERICA
HISTERIA MANÍA AGUDA	NO SE APLICÓ EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO HISTERIA MANÍA AGUDA.	NO EXISTEN ELEMENTOS TEÓRICOS QUE INDIQUEN LA EXISTENCIA DEL DIAGNÓSTICO HISTERIA MANÍA AGUDA.	NO SE APLICÓ EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO HISTERIA MANÍA AGUDA.	NO SE APLICÓ EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO HISTERIA MANÍA AGUDA.	NO SE APLICÓ EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO HISTERIA MANÍA AGUDA.
EXCITACIÓN MANÍACA	NO SE APLICÓ EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO EXCITACIÓN MANÍACA	NO EXISTEN ELEMENTOS TEÓRICOS QUE INDIQUEN LA EXISTENCIA DEL DIAGNÓSTICO EXCITACIÓN MANÍACA	NO SE APLICÓ EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO EXCITACIÓN MANÍACA	NO SE APLICÓ EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO EXCITACIÓN MANÍACA	NO SE APLICÓ EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO EXCITACIÓN MANÍACA

.....Continuación del Cuadro 8

FUNDAMENTOS TEORICOS DE LOS DIAGNÓSTICOS EMITIDOS
EN EL MANICOMIO DE "LA CASTAÑEDA"

DIAGNÓSTICO	PERÍODO 1910-1919	PERÍODO 1920-1929	PERÍODO 1930-1939	PERÍODO 1940-1949	PERÍODO 1950-1959
HIPERMANÍA	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO HIPERMANÍA	NO EXISTEN ELEMENTOS TEÓRICOS QUE INDIQUEN LA EXISTENCIA DEL DIAGNÓSTICO HIPERMANÍA	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO HIPERMANÍA	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO HIPERMANÍA	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO HIPERMANÍA
ESTADO MANÍACO	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO ESTADO MANÍACO.	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO ESTADO MANÍACO.	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO ESTADO MANÍACO.	NO EXISTEN ELEMENTOS TEÓRICOS QUE INDIQUEN LA EXISTENCIA DEL DIAGNÓSTICO ESTADO MANÍACO.	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO ESTADO MANÍACO.
SÍNDROME MANÍACO	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO SÍNDROME MANÍACO	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO SÍNDROME MANÍACO	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO SÍNDROME MANÍACO	NO EXISTEN ELEMENTOS TEÓRICOS QUE INDIQUEN LA EXISTENCIA DEL DIAGNÓSTICO SÍNDROME MANÍACO.	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO SÍNDROME MANÍACO
SÍNDROME HIPOMANÍACO	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO SÍNDROME HIPOMANÍACO	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO SÍNDROME HIPOMANÍACO	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO SÍNDROME HIPOMANÍACO	Forma semiológica descrita por Kurt Schneider caracterizada principalmente por un estado habitual de exaltación y de movilidad del humor, lo cual hace difícil relacionarse con los sujetos que la presentan, esta dificultad de relación se agrava incluso por su falta de apreciación de las situaciones (Ey, E. 1965)	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO SÍNDROME HIPOMANÍACO
AGITACIÓN MANÍACA	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO AGITACIÓN MANÍACA	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO AGITACIÓN MANÍACA	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO AGITACIÓN MANÍACA	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO AGITACIÓN MANÍACA	NO EXISTEN ELEMENTOS TEÓRICOS QUE INDIQUEN LA EXISTENCIA DEL DIAGNÓSTICO AGITACIÓN MANÍACA.

.....Continuación del Cuadro 8

FUNDAMENTOS TEORICOS DE LOS DIAGNÓSTICOS EMITIDOS
EN EL MANICOMIO DE "LA CASTAÑEDA"

<i>DIAGNÓSTICO</i>	<i>PERÍODO 1910-1919</i>	<i>PERÍODO 1920-1929</i>	<i>PERÍODO 1930-1939</i>	<i>PERÍODO 1940-1949</i>	<i>PERÍODO 1950-1959</i>
EPILEPSIA Y OLIGOFRENIA	NO SE APLICÓ EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO EPILEPSIA Y OLIGOFRENIA.	NO SE APLICÓ EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO EPILEPSIA Y OLIGOFRENIA.	NO SE APLICÓ EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO EPILEPSIA Y OLIGOFRENIA.	NO SE APLICÓ EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO EPILEPSIA Y OLIGOFRENIA.	Para Batchelor (1969) la relación entre epilepsia y algún déficit en el área cognitiva en pacientes internados se presenta en un 10 y 15%. Así mismo para Robinson y Robinson (1965) el hecho de que la epilepsia y alguna forma de deficiencia cognitiva ocurran en conjunto, no explica la etiología de ninguno de los estados, ya que éstos se pueden deber a la misma lesión cerebral o los ataques pueden haber causado el daño al cerebro, con el subsecuente retraso, o bien, éstos pueden haber causado el daño al cerebro, con el subsecuente retraso; o bien éstos pueden haber interferido seriamente en el aprendizaje del sujeto. (Nathan, P.E. 1975).

Cuadro 9

**FUNDAMENTOS TEORICOS DE LOS DIAGNÓSTICOS EMITIDOS
EN EL MANICOMIO DE "LA CASTAÑEDA"**

DIAGNÓSTICO	PERÍODO 1910-1919	PERÍODO 1920-1929	PERÍODO 1930-1939	PERÍODO 1940-1949	PERÍODO 1950-1959
IMBECILIDAD	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO IMBECILIDAD	El imbecil no llega a comunicarse por escrito con sus semejantes, es decir, no puede expresar su pensamiento por medio de la escritura, ni leer lo escrito o lo impreso. No tiene perturbación de la visión, y parálisis motora en sus extremidades, por lo que su adquisición no es a través de una enfermedad (sífilis) (Aragón, E. 1925).	El imbecil es un retrasado cuya edad mental sé sitúa entre 3 y 7 años. Su C.I. varía entre 20 y 30. De igual forma puede presentar clamorias, debilidad motora y síndromes neurológicos (hemiplejía, displejias, epilepsia entre otras). Dentro de los procesos psicológicos, la memoria que sobresale es la denominada a corto plazo; el lenguaje oral no llega a un desarrollo promedio presentándose trastornos disfonicos; en el lenguaje escrito por lo general se muestra espático e indiferente. Asimismo el imbecil presenta con bastante facilidad episodios psicopáticos (acceso delirantes de persecución y reindividerización, acceso de confusión mental, y crisis de excitación (Ey, E. 1965).	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO IMBECILIDAD	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO IMBECILIDAD
OLIGOFRENIA	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO OLIGOFRENIA.	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO OLIGOFRENIA.	Son múltiples las etiologías de esta podocimiento, se desarrolla en una continuidad de niveles a través de un conjunto de síndromes mentales orgánicas, que se caracterizan por una falta de desarrollo global de funciones superiores, con predominio en la esfera intelectual; asimismo siempre exhiben una debilidad en el juicio, son incapaces de adquirir conocimiento por sí mismos; pueden presentar abundancia del lenguaje con muchas palabras, pero el juicio sigue siendo pobre (Luzack, 1925).	Se puede definir la oligofrenia como una detención global de las funciones psíquicas y en particular de la inteligencia, producida en los momentos iniciales de la maduración. Esta alteración va a dificultar o impedir, según el grado de afectación de la persona, su adaptación familiar social o laboral. Las oligofrenias se han dividido en tres grupos (idiotas, imbecilidad y debilidad mental). Pero resulta difícil emplear un término adecuado para delimitar el grado de deficiencia mental ya que en su mayoría suele ser peyorativo (Vallejo, J.A. 1977)!	El término oligofrenia unifica a la detención de aspectos de espectos cognitivos, sin embargo estos tienen múltiples etiologías y cursos. No obstante, tratado de unificar el concepto se le puede denominar como un conjunto de síndromes mentales orgánicas, que se caracterizan por una falta de desarrollo global de las funciones superiores, con predominio en la esfera intelectual que coloca al sujeto en una clara desventaja a la adaptación social del sujeto (Pezizo, J.L. 1980).
DEBILIDAD MENTAL PROFUNDA Y EPILEPSIA.	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO DEBILIDAD MENTAL PROFUNDA Y EPILEPSIA	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO DEBILIDAD MENTAL PROFUNDA Y EPILEPSIA	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO DEBILIDAD MENTAL PROFUNDA Y EPILEPSIA	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO DEBILIDAD MENTAL PROFUNDA Y EPILEPSIA	NO EXISTEN ELEMENTOS TEÓRICOS QUE INDIQUEN LA EXISTENCIA DEL DIAGNÓSTICO DEBILIDAD MENTAL PROFUNDA Y EPILEPSIA

Cuadro 10

**FUNDAMENTOS TEORICOS DE LOS DIAGNÓSTICOS EMITIDOS
EN EL MANICOMIO DE "LA CASTAÑEDA"**

DIAGNÓSTICO	PERÍODO 1910-1919	PERÍODO 1920-1929	PERÍODO 1930-1939	PERÍODO 1940-1949	PERÍODO 1950-1959
CONFUSIÓN MENTAL	NO EXISTEN ELEMENTOS TEÓRICOS QUE INDIQUEN LA EXISTENCIA DEL DIAGNÓSTICO CONFUSIÓN MENTAL	NO EXISTEN ELEMENTOS TEÓRICOS QUE INDIQUEN LA EXISTENCIA DEL DIAGNÓSTICO CONFUSIÓN MENTAL	NO EXISTEN ELEMENTOS TEÓRICOS QUE INDIQUEN LA EXISTENCIA DEL DIAGNÓSTICO CONFUSIÓN MENTAL	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO CONFUSIÓN MENTAL	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO CONFUSIÓN MENTAL
CONFUSIÓN MENTAL GRAVE	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO CONFUSIÓN MENTAL GRAVE	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO CONFUSIÓN MENTAL GRAVE	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO CONFUSIÓN MENTAL GRAVE	NO EXISTEN ELEMENTOS TEÓRICOS QUE INDIQUEN LA EXISTENCIA DEL DIAGNÓSTICO CONFUSIÓN MENTAL GRAVE	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO CONFUSIÓN MENTAL GRAVE
ENAGENACIÓN MENTAL	NO EXISTEN ELEMENTOS TEÓRICOS QUE INDIQUEN LA EXISTENCIA DEL DIAGNÓSTICO ENAGENACIÓN MENTAL	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO ENAGENACIÓN MENTAL	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO ENAGENACIÓN MENTAL	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO ENAGENACIÓN MENTAL	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO ENAGENACIÓN MENTAL
SÍFILIS NERVIOSA	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO SÍFILIS NERVIOSA	NO EXISTEN ELEMENTOS TEÓRICOS QUE INDIQUEN LA EXISTENCIA DEL DIAGNÓSTICO SÍFILIS NERVIOSA	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO SÍFILIS NERVIOSA	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO SÍFILIS NERVIOSA	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO SÍFILIS NERVIOSA
SÍNDROME DE AUTOMATISMO	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO SÍNDROME DE AUTOMATISMO	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO SÍNDROME DE AUTOMATISMO	Se entiende por síndrome de automatismo a la producción espontánea, involuntaria y de cierta o nula conciencia de actuaciones yseudotendencias. Las cuales pueden ser del orden parásitas (es decir , alucinaciones psicosemóticas), motores (movimiento de elección, de liberación y de formulación ideoverbal espontánea) y desdoblamiento mecánico del pensamiento (Eg, E. 1975)	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO SÍNDROME DE AUTOMATISMO	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO SÍNDROME DE AUTOMATISMO

.....Continuación del Cuadro 10

**FUNDAMENTOS TEORICOS DE LOS DIAGNÓSTICOS EMITIDOS
EN EL MANICOMIO DE “LA CASTAÑEDA”**

<i>DIAGNÓSTICO</i>	<i>PERÍODO 1910-1919</i>	<i>PERÍODO 1920-1929</i>	<i>PERÍODO 1930-1939</i>	<i>PERÍODO 1940-1949</i>	<i>PERÍODO 1950-1959</i>
AMENCIA	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO AMENCIA	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO AMENCIA	Fundamentalmente se presenta a consecuencia de sus intoxicaciones (alimentos), por problemas de sueño, exceso de trabajo, enfermedades debilitantes, y operaciones quirúrgicas. En su estado psíquico existe una confusión con desorientación, incoherencia en el curso del pensamiento, numerosas ilusiones y alucinaciones sensoriales, e ideas delirantes polimorfas. Se desarrolla a través de una confusión mental y desorientación (sobre todo de lugar y de tiempo), una progresiva incoherencia en el curso del pensamiento, y perplejidad del mismo. Además se presentan numerosas equivocaciones sensoriales en todos los dominios, los cuales originan ideas delirantes polimorfas, chocas igualmente a la observación, la confusión verbal existente, con tendencia a la ecolalia y perseveración (Razock, 1925).	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO AMENCIA	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO AMENCIA
ENCEFALITIS	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO ENCEFALITIS	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO ENCEFALITIS	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO ENCEFALITIS	Inflamación del cerebro, puede ser aguda o crónica, causada por virus, bacteria, hongos y sustancias químicas (como el plomo). Pueden presentarse los siguientes síntomas: Perturbación de la conciencia y nivel de atención, perturbaciones de la orientación, deterioro de la memoria, deterioro de otras funciones intelectuales, incluyendo el conocimiento general, la capacidad de contar y el cálculo, comprensión, capacidad de abstracción, eficiencia general de ejecución. También están presentes cambios de personalidad, que a menudo incluyen intensificación de los rasgos de carácter. (Ely, 1963)	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO ENCEFALITIS
POST-ENCEFALITIS	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO POST-ENCEFALITIS	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO POST-ENCEFALITIS	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO POST-ENCEFALITIS	NO EXISTEN ELEMENTOS TEÓRICOS QUE INDIQUEN LA EXISTENCIA DEL DIAGNÓSTICO POST-ENCEFALITIS	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO POST-ENCEFALITIS

.....Continuación del Cuadro 10

FUNDAMENTOS TEORICOS DE LOS DIAGNÓSTICOS EMITIDOS
EN EL MANICOMIO DE "LA CASTAÑEDA"

DIAGNÓSTICO	PERÍODO 1910-1919	PERÍODO 1920-1929	PERÍODO 1930-1939	PERÍODO 1940-1949	PERÍODO 1950-1959
TRASTORNOS MENTALES	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO TRASTORNOS MENTALES	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO TRASTORNOS MENTALES	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO TRASTORNOS MENTALES	NO EXISTEN ELEMENTOS TEÓRICOS QUE INDIQUEN LA EXISTENCIA DEL DIAGNÓSTICO TRASTORNOS MENTALES	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO TRASTORNOS MENTALES
REACCIÓN PITIÁTICA	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO REACCIÓN PITIÁTICA	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO REACCIÓN PITIÁTICA	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO REACCIÓN PITIÁTICA	Tomando como base la pantomímica (síntoma o grupo de síntomas que son específicamente del diagnóstico, o característico de una enfermedad) de la historia de conversión, es decir, la posibilidad de una etiología orgánica en la historia ya que se puede plantear en términos de síndromes funcionales psicocercos como asma, migraña entre otros (Ey, E. 1975)	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO REACCIÓN PITIÁTICA
DISRRITIMIA CEREBRAL	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO DISRRITIMIA CEREBRAL	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO DISRRITIMIA CEREBRAL	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO DISRRITIMIA CEREBRAL	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO DISRRITIMIA CEREBRAL	NO EXISTEN ELEMENTOS TEÓRICOS QUE INDIQUEN LA EXISTENCIA DEL DIAGNÓSTICO DISRRITIMIA CEREBRAL.
CEREBROPATÍA POR ACCIDENTE VASCULAR	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO CEREBROPATÍA POR ACCIDENTE VASCULAR	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO CEREBROPATÍA POR ACCIDENTE VASCULAR	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO CEREBROPATÍA POR ACCIDENTE VASCULAR	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO CEREBROPATÍA POR ACCIDENTE VASCULAR	NO EXISTEN ELEMENTOS TEÓRICOS QUE INDIQUEN LA EXISTENCIA DEL DIAGNÓSTICO CEREBROPATIA POR ACCIDENTE VASCULAR
NEUROLEUS	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO NEUROLEUS	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO NEUROLEUS	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO NEUROLEUS	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO NEUROLEUS	NO EXISTEN ELEMENTOS TEÓRICOS QUE INDIQUEN LA EXISTENCIA DEL DIAGNÓSTICO NEUROLEUS

.....Continuación del Cuadro 10

FUNDAMENTOS TEORICOS DE LOS DIAGNÓSTICOS EMITIDOS
EN EL MANICOMIO DE "LA CASTAÑEDA"

<i>DIAGNÓSTICO</i>	<i>PERÍODO 1910-1919</i>	<i>PERÍODO 1920-1929</i>	<i>PERÍODO 1930-1939</i>	<i>PERÍODO 1940-1949</i>	<i>PERÍODO 1950-1959</i>
PITIATISMO	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO PITIATISMO	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO PITIATISMO	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO PITIATISMO	NO SE APLICO EN ESTE PERÍODO EL DIAGNÓSTICO PITIATISMO	Tomando como base la paranoimia (síntoma o grupo de síntomas que son específicamente del diagnóstico, o característico de una enfermedad) de la historia de conversión, es decir, la posibilidad de una etiología orgánica en la historia ya que se puede plantear en términos de síndromes funcionales psicomasoimicos como ama, migraña entre otros (Ey, E.1975)