



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN HISTORIA
FACULTAD DE FILOSOFÍA Y LETRAS
INSTITUTO DE INVESTIGACIONES HISTÓRICAS

**DE BORRACHOS A ENFERMOS MENTALES. EL ALCOHOLISMO EN EL
MANICOMIO GENERAL LA CASTAÑEDA, 1910-1968**

TESIS

**QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:
MAESTRO EN HISTORIA**

**PRESENTA:
ALEJANDRO SALAZAR BERMÚDEZ**

**TUTOR:
DR. CARLOS ANDRÉS RÍOS MOLINA**
INSTITUTO DE INVESTIGACIONES HISTÓRICAS / UNAM

MÉXICO, D.F., JULIO DE 2015



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.

Índice general

	Página
Agradecimientos	4
Introducción	
1 <i>Problema de investigación e historiografía sobre alcoholismo</i>	6
2 <i>Fuentes, metodología y estudios sobre la Castañeda</i>	11
1. Alcoholismo, medicina y psiquiatría	14
2. Los alcohólicos en el Manicomio General La Castañeda	23
2.1 <i>1910-1919: Pocos locos, muchos degenerados</i>	31
2.2 <i>1920-1933: El antialcoholismo crea borrachos locos</i>	40
3. De la herencia alcohólica hacia lo social/ambiental	54
3.1 <i>1934-1953: Los dipsómanos no son enfermos mentales “francos”</i>	54
3.2 <i>1954-1967: Alcoholismo, delirio, familia y sociedad</i>	64
4. Consideraciones finales	78
5. Fuentes y bibliografía	82

Índice de gráficos y tablas

	Página
Gráficos	
Gráfico 1. Ingresos al Manicomio General La Castañeda, 1910-1968.....	23
Tablas	
Tabla 1. Grupos de diagnóstico de los pacientes de La Castañeda, 1910-1968	13
Tabla 2. Ingresos por alcoholismo en cada periodo. Porcentajes calculados en relación al total de ingresos registrado en la muestra y al total de alcohólicos.....	24
Tabla 3. Tipos de alcoholismo, 1910-1968 (porcentajes).....	26
Tabla 4. Instancias remitentes de alcohólicos entre 1910 y 1968 (porcentajes).....	28
Tabla 5. Tipos de alta en los alcohólicos, 1910-1967.....	30
Tabla 6. Comparación de la distribución porcentual de los diagnósticos de enfermos internados en el Manicomio General en los años 1957 y 1967.....	66

Agradecimientos

Quiero agradecer a la Universidad Nacional Autónoma de México y al Posgrado en Historia por admitirme en el programa de Maestría en Historia. Para que pudiera realizar mi tesis y enfocarme en mis estudios, conté con el apoyo del Programa de Becas para Estudios de Posgrado en la UNAM, razón por la cual estoy eternamente agradecido.

Para mayor fortuna tuve la oportunidad de participar en una investigación del Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica de la UNAM (PAPIIT) que tiene por título *Análisis Cuantitativo de la Población Psiquiátrica del Manicomio General La Castañeda, 1910-1968*, dirigida por el Dr. Andrés Ríos Molina.

Al Dr. Ríos le agradezco enormemente su confianza, su trabajo como asesor, su constante ánimo, paciencia, sabiduría e incondicionalidad para orientar el camino de la investigación. Desde que llegué a México ha sido un constante guía por el camino académico y un ejemplo a seguir desde lo personal.

A Darío Rendón y Alejandro Giraldo les agradezco haber estado apoyándome siempre en los momentos más difíciles de mi estancia en México. Su amistad hizo posible que superara las dificultades que implica abandonar el antiguo barrio en Medellín, que recuerdo con cariño y nostalgia todo el tiempo, para embarcarme en un camino que en un principio me parecía imposible.

En la maestría tuve profesores que estuvieron atentos a mi trabajo y sirvieron como guías para ir construyendo poco a poco esta investigación. Son ellos los Doctores: Rafael

Guevara Féfer, Hira de Gortari, Mario Ramírez Rancaño, Marialba Pastor, Javier Torres Parés, Claudia Agostoni y Mario Ojeda. En sus clases compartí con compañeros maravillosos, especialmente Francisco Méndez, quien siempre demostró interés en mi trabajo. Aunque no fue mi profesor, al Dr. Martín Ríos le extiendo mi gratitud por su entusiasmo constante.

A todos los miembros del Seminario de Historia de la Psiquiatría les agradezco su tiempo, esfuerzos, comentarios y la gran amistad que hemos entablado y ha hecho posible consolidar un equipo de trabajo maravilloso.

Al personal de los archivos y bibliotecas que visité les extiendo mi agradecimiento: Archivo de la Secretaría de Salud, Biblioteca Nicolás León, Biblioteca Central, Biblioteca y Hemeroteca Nacional, Biblioteca del Instituto de Investigaciones Históricas.

Sin menor importancia agradezco a mi familia: Adriana, José, Catalina, Paola, Laura Julián, Sebastián y Cristian, por apoyarme siempre desde la distancia. Son ellos quienes me motivan a continuar en mi proceso de formación. En México tuve el privilegio de compartir con Sandra Montoya, Elia Villegas, Greta Rey, Saúl Aragón y la familia Salazar Flórez. Ellos se convirtieron en mi familia y me brindaron su apoyo incondicional en todo momento.

Finalmente, dedico este texto, con todos los esfuerzos que implicó su elaboración, a quienes fueron catalogados como alcohólicos. Aunque no tendrán una calle con su nombre, por medio de estas letras su recuerdo pervivirá. A su memoria.

De borrachos a enfermos mentales. El alcoholismo en el Manicomio General la Castañeda, 1910-1968¹

“Los padecimientos nerviosos y cerebrales de origen alcohólico requieren que los enfermos sean internados en establecimientos especiales en donde permanezcan durante el tiempo que se considere necesario para su curación, agrupados según su padecimiento y atendidos por un personal especializado. // En nuestro medio, a causa de no existir un local propio donde atender a esta clase de enfermos, se les interna en los hospitales o en los manicomios a aquellos que presenten trastornos mentales”, (Tapia García, 1930, p. 93-94).

Introducción

1. Problema de investigación e historiografía sobre alcoholismo

En el acto protocolario de inauguración del Manicomio General La Castañeda el 1 de septiembre de 1910, el ingeniero Porfirio Díaz hijo manifestó su preocupación por el alcoholismo desmedido entre todas las clases sociales. En su discurso inaugural reconoció la necesidad de encerrar a los alcohólicos “propiamente dichos, ó las degeneraciones que él produce”². En sus palabras el Manicomio serviría principalmente para tratar el alcoholismo, pues afirmó que bastaba “tan sólo ver las proporciones de los edificios destinados á alcohólicos, epilépticos é imbeciles, siendo la mayor parte de estas dos últimas designaciones producto de degeneraciones alcohólicas”³. Estas declaraciones muestran dos

¹ Este texto se ha elaborado en el marco del proyecto PAPIIT IN400313, titulado “Análisis cuantitativo de la población psiquiátrica del Manicomio General La Castañeda, 1910-1968”, coordinado por el Dr. Andrés Ríos Molina. Los resultados de dicho proyecto se verán plasmados con la publicación de un libro colectivo acerca de los pacientes del Manicomio y sus diagnósticos.

² *El imparcial*, 2 de septiembre de 1910, p. 7.

³ *Ibidem*.

cosas, por un lado, la preocupación de la elite por el alcoholismo; y por el otro, la recepción de las teorías psiquiátricas que los justificaban.

La historiografía sobre alcoholismo ha mostrado que la preocupación médica por el consumo de alcohol surgió a finales del siglo XVIII, la cual se agudizó a finales del siglo XIX gracias a la teoría de la degeneración como instrumento explicativo del fenómeno alcohólico.⁴ Aunque se haga mención a la relación entre alcoholismo y locura en el plano del discurso, poco sabemos de las respuestas de la clínica psiquiátrica a tales padecimientos. Encontramos trabajos que abordan la discusión de la clasificación psiquiátrica del alcoholismo en el plano internacional⁵, y textos que han señalado el proceso

⁴ Nadia Menéndez Di Pardo, “Alcoholismo y saber médico en México, 1870-1930” México, Tesis maestría en Historia, Universidad Nacional Autónoma de México, 2011; Ana María Carrillo, “La profesión médica ante el alcoholismo en el México moderno”, *Cuicuilco* v. 8, n. 24, 2002, p. 313-332; para el caso español Ver Ricardo Campos Marín, *Alcoholismo, medicina y sociedad en España, 1876-1923*, Madrid, Consejo Superior de Investigaciones Científicas, 1997; en Francia Rafael Huertas, “Alcoholismo y degeneración”, *Locura y Degeneración. Psiquiatría y Sociedad en el Positivismo Francés*, Madrid, Consejo Superior de Investigaciones Científicas, 1987, p. 59-104; en Argentina: Rafael Huertas, “La inadaptación al Nuevo Mundo”, *El delincuente y su patología: Medicina, Crimen y Sociedad en el Positivismo Argentino*, Madrid, Consejo Superior de Investigaciones Científicas, 1991; el caso colombiano ha sido estudiado por Óscar Calvo Isaza y Marta Saade de Granados, *La ciudad en cuarentena. Chicha, patología social y profilaxis*, Bogotá, Ministerio de Cultura, 2002; Carlos Ernesto Noguera, *Discurso médico y prácticas higiénicas durante la primera mitad del siglo XX en Colombia*, Medellín, Fondo Editorial Eafit, 2003; Alejandro Salazar Bermúdez, “‘Necesitamos hombres patriotas y fuertes’: Alcoholismo y civilización en Medellín, 1900-1930”, Medellín, Tesis licenciatura en historia, Universidad de Antioquia, 2013.

⁵ Claude Quétel, “El ‘avance creciente de la alienación alcohólica’”, Quétel, Claude y Jacques Postel (coords.), *Nueva Historia de la Psiquiatría 2*. Ed., México, Fondo de Cultura Económica, 2000, p. 255-262; Rafael Huertas, “Alcoholismo y degeneración”, *Locura y Degeneración. Psiquiatría y Sociedad en el Positivismo Francés*, Madrid, Consejo Superior de Investigaciones Científicas, 1987, p. 59-104; véase capítulo de Franz G. Alexander, “Psiquiatría social”, *Historia de la psiquiatría. Una evaluación del pensamiento psiquiátrico desde los Tiempos Prehistóricos hasta nuestros días*, Barcelona, Espaxs, 1970, p. 399-428; para el caso inglés ver John S. Madden y Edward M. Brown, “Trastornos por abuso de sustancias”, Germán Berrios y Roy Porter (Editores), *Una historia de la psiquiatría clínica*, Madrid, Triacastela, 2012, p. 759-780.

de internamiento de bebedores en manicomios, trabajos importantes pero insuficientes para dar cuenta de la importancia de estos pacientes desde la demografía psiquiátrica.⁶

Por otro lado, se ha fijado la atención en el consumo de bebidas alcohólicas como factor de transgresión y criminalidad, trabajos que han utilizado fuentes como normas, códigos y medidas elaboradas por el Estado para contrarrestar del alcoholismo en la sociedad.⁷ También han destacado las investigaciones sobre el alcoholismo en las campañas de salud durante la primera mitad del siglo XX mexicano, empresas que sirvieron a la consolidación del proyecto nacional surgido de la Revolución mexicana, y que articularon movimientos sociales a partir de iniciativas oficiales⁸. Como puede verse, los estudios sobre alcoholismo se concentran en el periodo de finales del siglo XIX y llegan a 1940, periodo en el cual médicos, congregaciones religiosas y los gobiernos posrevolucionarios

⁶ Ver capítulo del libro de Andrés Ríos Molina, “Históricas, alcohólicos y otros malportados, 1910-1913”, *La locura durante la Revolución Mexicana. Los primeros años del Manicomio General La Castañeda, 1910-1920*, México, El Colegio de México, Centro de Estudios Históricos, 2009, p. 85-120; para el caso parisino ver Patricia E. Prestwich, “Drinkers, Drunkards, and Degenerates: The Alcoholic Population of a Parisian Asylum, 1867-1914”, *Social History/Histoire Sociale*, v. 27, n. 54, 1994, p. 321-335; Prestwich, “Female alcoholism in Paris, 1870-1920: The response of psychiatrists and of families”, *History of Psychiatry*, v. 14, n. 3, 2003, p. 321-336; para el caso brasilero ver Fernando Sergio Dumas dos Santos, “Alcoholismo e medicina psiquiátrica no Brasil do início do século XX”, *Historia, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v. 17, n. 2, 2010, p. 401-420.

⁷ William Taylor, *Embriaguez, homicidio y rebelión en las poblaciones coloniales mexicanas*, México, Fondo de Cultura Económica, 1987; Juan Pedro Viqueira Albán, *¿Relajados o reprimidos? Diversiones públicas y vida social en la ciudad de México durante el Siglo de las Luces*, México, Fondo de Cultura Económica, 1987; Mario Barbosa, “La persistencia de una tradición: Consumo de Pulque en la ciudad de México, 1900-1920”, Ernest Sánchez Santiró (coord.), *Cruda Realidad: Producción, consumo y fiscalidad de las bebidas alcohólicas en México y América Latina, siglos XVII-XX*, México, Instituto Mora, 2007; Pablo Piccato, “No es posible cerrar los ojos”. El discurso sobre la criminalidad y el alcoholismo a finales del Porfiriato”, Ricardo Pérez Montfort (Coord.), *Hábitos, normas y escándalo. Prensa, criminalidad y drogas durante el porfiriato tardío*, México, Plaza y Valdés Editores, 1997; Pablo Piccato, *Ciudad de sospechosos: Crimen en la ciudad de México, 1900-1931*, México, CIESAS, 2010.

⁸ Gretchen Pierce, “Sobering the revolution: México’s Anti-alcohol Campaigns and the process of state-building, 1910-1940”, Tucson, Tesis doctor en filosofía, Universidad de Arizona, 2008, p. 69; Véase también Pierce, “Parades, Epistles and Prohibitive Legislation: Mexico’s National Anti-Alcohol Campaign and the Process of State-Building, 1934-1940”, *Social History of Alcohol and Drugs*, v. 23, n. 2, 2009, p. 151-180; Ricardo Pérez Montfort (Coord.), *Cien años de salud pública en México. Historia en Imágenes*, México, Secretaría de Salud, 2010.

mostraron una fuerte preocupación por el consumo de alcohol⁹. La perspectiva que dichos textos ofrecen está ligada a la medicalización y a la influencia de la teoría de la degeneración en la conceptualización del alcoholismo, pero han dejado por fuera la relevancia numérica y las vicisitudes del internamiento de bebedores en instituciones psiquiátricas.

En esta investigación se estudia la clínica psiquiátrica en torno al alcoholismo durante el funcionamiento de La Castañeda (1910-1968). Esto nos permitirá comprender cómo fue realmente la práctica de los psiquiatras en la institución y cómo fue su respuesta ante las problemáticas que presentaban los bebedores al funcionamiento de la institución, lo que en muchos casos distaba de los enunciados y escritos teóricos al respecto. De igual manera, por medio del estudio de la clínica y de las formas como entendieron y trataron el alcoholismo los psiquiatras, podemos comprender todo un juego de valores que intervinieron en la decisión del internamiento de un bebedor, tales como la disciplina, la productividad y la estabilidad familiar.

De una muestra del 20% de los ingresos al Manicomio durante los 58 años, la cual está compuesta por 12296 registros, sabemos que el 16% estuvieron vinculados al consumo de alcohol.¹⁰ Sin embargo, pese al elevado número de alcohólicos que ingresaron, los psiquiatras de La Castañeda tenían poca claridad acerca de si el alcoholismo era una forma propia de locura o el detonante de patologías mentales. Por consiguiente, el objetivo del trabajo es analizar los principales motivos de confinamiento y comprender la construcción

⁹ Diego Pulido, *¡A su salud! Sociabilidades, libaciones y prácticas populares en la ciudad de México a principios del siglo XX*, México, El Colegio de México, Centro de Estudios Históricos, 2014.

¹⁰ Un análisis más pormenorizado sobre la metodología viene en el apartado 2 de esta introducción

del diagnóstico de alcoholismo, por lo cual se utilizará como fuente principal los expedientes clínicos y libros de registro de la institución.

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

El trabajo está dividido en tres partes. En la primera se estudia el proceso mediante el cual el hábito de beber pasó de ser considerado un “vicio” a formar parte del discurso médico a lo largo del siglo XIX. Se señala allí también la forma como los médicos mexicanos entendieron dicha enfermedad a partir de la teoría de la degeneración, y la pervivencia de este modelo en la clínica psiquiátrica hasta mediados del siglo XX. En la segunda parte se realiza una descripción de las características generales de la población alcohólica en La Castañeda y se presentan los dos primeros momentos en los que el ingreso de alcohólicos estuvo marcado por el degeneracionismo y la idea de peligrosidad. En la tercera parte se presentan dos momentos en los que hubo modificaciones en las particularidades de la población mencionada, que originó intentos de clasificación sintomática del alcoholismo que llevaron a un cambio en la forma de entenderlo. A lo largo

del texto se busca examinar los cambios demográficos de la población alcohólica y la transformación del ojo clínico¹¹.

2. Fuentes, metodología y estudios sobre La Castañeda¹²

Además de la bibliografía sobre alcoholismo hay que considerar los múltiples estudios históricos que se han realizado sobre El Manicomio General La Castañeda que han sido abordados desde tres perspectivas principales. La primera concierne a las cuestiones administrativas de la institución, a las reformas y al fracaso terapéutico y cierre de la institución¹³. Otro de los enfoques es el que pretende reconstruir la cotidianidad de los

¹¹ Por ojo clínico se entiende la relación entre un contexto de posibilidades de interpretación, circulación de lecturas, traducciones y las producciones locales mediante las cuales los psiquiatras observan, analizan e interpretan los cuadros clínicos de los pacientes, además de el trabajo en la clínica que lleva a una forma de entender la locura que conduce a realizar de cierta manera las lecturas y producciones locales. Ver Alejandra Golcman, “El diagnóstico de demencia precoz y la esquizofrenia en Argentina, 1920-1940”, *Trashumante. Revista Americana de Historia Social*, n. 5, 2015, p. 152-153.

¹² Este apartado ha sido incluido para que los lectores ubiquen el texto en el marco del proyecto colectivo sobre la población psiquiátrica del Manicomio General La Castañeda. En el libro no será publicado este apartado debido a que habrá un capítulo metodológico y uno sobre la historia institucional del Manicomio, los cuales incluirán las especificaciones de la base de datos, el proceso de elaboración, sistematización y clasificación de los registros, además de las cuestiones relativas al funcionamiento de la institución.

¹³ Cristina Sacristán, “Una valoración sobre el fracaso del Manicomio La Castañeda como institución terapéutica, 1910-1944”, *Secuencia. Revista de Historia y Ciencias Sociales*, v. 51, 2001, p. 91-120; Sacristán, “Entre curar y contener. La psiquiatría mexicana ante el desamparo jurídico, 1870-1944”, *Frenia. Revista de Historia de la Psiquiatría*, v. 2, n. 2, 2002, p. 61-80; Sacristán, “‘La locópolis de Mixcoac’ en una encrucijada política: reforma psiquiátrica y opinión pública, 1929-1933”, Cristina Sacristán y Pablo Piccato (coords.), *Actores, espacios y debates en la historia de la esfera pública en la ciudad de México*, México, Instituto de Investigaciones Dr. José María Luis Mora, Instituto de Investigaciones Históricas, 2005, p. 199-232; Sacristán, “Por el bien de la economía nacional. Trabajo terapéutico y asistencia pública en el Manicomio de La Castañeda de la ciudad de México, 1929-1932”, *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v. 12, n. 3, 2005, p. 675-692; Sacristán, “La contribución de La Castañeda a la profesionalización de la psiquiatría Mexicana”, *Salud Mental*, v. 33, 2010, p. 473-480; Sacristán, “Un Estado sin memoria. La abolición ideológica de la institución manicomial en México (1945-1968)”, *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría*, Argentina, v. 21, 2011, p. 11-23; Daniel Vicencio, *Operación Castañeda: Un intento de reforma asistencial de la psiquiatría en México, 1940-1968*, México, Tesis de Maestría en Historia, Universidad Nacional Autónoma de México, 2014.

pacientes y sus narrativas para lo cual se han hecho análisis desde lo cualitativo consultando fuentes como expedientes y escritos de los internos¹⁴.

Sin embargo, los aspectos cuantitativos y la demografía psiquiátrica son temas que se han descuidado para los 58 años de funcionamiento de la institución¹⁵. En este punto se ubica nuestro proyecto, en un abordaje cuantitativo a través de los libros de registro que permita esclarecer las tendencias en los diagnósticos, y que, complementado con la revisión de expedientes clínicos, permita ofrecer una visión cualitativa de la forma como se realizaron los diagnósticos, las variaciones en la mirada clínica, las dificultades institucionales, los tratamientos y las experiencias de los pacientes sobre los cuales recayeron los diferentes diagnósticos. Este tipo de estudios, como lo ha indicado el historiador de la psiquiatría Rafael Huertas, podrían ilustrarnos acerca de la práctica clínica en las instituciones psiquiátricas, es decir, una historia desde abajo que revele las diferencias entre lo que escribían los médicos y su labor dentro de las instituciones y en sus gabinetes de consulta¹⁶.

¹⁴ Cristina Rivera Garza, *La Castañeda. Narrativas dolientes desde el Manicomio General. México, 1910-1930*, México, Tusquets, 2001; Rivera Garza, "She neither respected nor Obeyed Anyone: Inmates and Psychiatrist Debate Gender and Class at the General Insane Asylum La Castañeda, Mexico, 1910-1930", *Hispanic American Historical Review*, v. 81, 2001, p. 653-688; Rivera Garza, "Por la salud mental de la nación: vida cotidiana y Estado en el Manicomio General de La Castañeda, Mexico, 1910-1930", *Secuencia. Revista de Historia y Ciencias Sociales*, v. 51, 2001, p. 57-89; Andrés Ríos Molina, "Locos letrados frente a la psiquiatría mexicana a inicios de siglo XX", *Frenia. Revista de Historia de la Psiquiatría*, v. 6, n. 2, 2004, p. 17-35; Ríos, *La locura durante la Revolución Mexicana. Los primeros años del Manicomio General La Castañeda, 1910-1920*, México, El Colegio de México, 2009; Ríos, "Un mesías, ladrón y paranoico en el Manicomio La Castañeda. A propósito de la importancia historiográfica de los locos", *Estudios de Historia Moderna y Contemporánea de México*, v. 37, 2009, p. 71-96.

¹⁵ Ríos, "Indigencia, migración y locura en el México posrevolucionario", *Historia Mexicana*, v. 59, n. 4, 2010, p. 1295-1337; Ríos, "La psicosis del repatriado. De los campos agrícolas en Estados Unidos al Manicomio La Castañeda en la Ciudad de México, 1920-1944", *Mexican Studies/Estudios Mexicanos*, v. 27, n. 2, 2011, p. 361-384.

¹⁶ Rafael Huertas, *Historia cultural de la psiquiatría. (Re)Pensar la locura*, Madrid, Catarata, 2012, p. 151.

La recolección de la información se llevó a cabo desde comienzos del año 2013¹⁷. El primer paso fue elaborar una base de datos a partir de una muestra aleatoria del 20% del total de la población, la cual contiene 12.296 registros. La muestra elaborada durante año y medio por los integrantes del proyecto consideró once variables que se consignaron en los libros de registro durante el funcionamiento de la institución¹⁸: sexo, edad, lugar de nacimiento, lugar de residencia, ocupación, estado civil, instancia remitente, enfermedad diagnosticada, tiempo de estancia, motivo de alta (entre los que se cuentan muerte, curación, remisión, apto para vivir en familia, fuga o solicitud de la familia o responsable), y el número de reingresos.

Debido a que se encontraron 1361 casos de personas que recibieron más de un diagnóstico al momento de ingreso, se decidió trabajar con 10675 diagnósticos de los pacientes que recibieron solo un diagnóstico. Posteriormente se organizaron por grupos de enfermedad, variable que encierra un cierto número de estados que por sus características (bien sea etiológicas, sintomáticas o de otro tipo) pueden clasificarse dentro de un grupo o un cuadro clínico más amplio.

Tabla 1. Grupos de diagnóstico de los pacientes de La Castañeda, 1910-1968

Grupo de diagnóstico	%
Psicosis endógenas	38.6
Alcoholismo	18.5
Epilepsia	13.5

¹⁷ En la elaboración participaron Ximena López, Sandra Ayala, Alicia Sandoval, Anahí Toledo, Daniel Vicencio, José Antonio Maya, Alejandro Giraldo José Luis Pérez González y Alejandro Salazar.

¹⁸ Los libros de registro se encuentran en México, Distrito Federal, en el Archivo Histórico de la Secretaría de Salud (AHSS), Fondo Manicomio General (F-MG), Sección Libros de Registro (LRA).

Parálisis general progresiva	9.1
Retraso mental	5.9
Neurosis	4.7
Toxicomanía	3.9
Neurológico	2.4
Otros ¹⁹	3.4
Total	100

Fuente: Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, Fondo Manicomio General (MG), Sección Libros de Registro (LRA), 1910-1968

En el libro que saldrá como resultado del proyecto cada investigador ha escrito un capítulo dedicado al análisis de un grupo de enfermedad en particular,²⁰ señalando las características propias de cada tipo de pacientes, las instancias que los remitían, los diagnósticos, tratamientos, motivos de alta, entre otros, lo que nos permitirá abordar una historia de la clínica psiquiátrica en la principal institución para el tratamiento de los enfermos mentales en México durante el siglo XX. Ahora bien, el capítulo sobre los alcohólicos, a mi cargo, es el que se presenta a continuación.

1. Alcoholismo, medicina y psiquiatría

¿Por qué una persona que consumía bebidas alcohólicas se le etiquetó como alcohólico? ¿Qué razones lo hicieron merecer el encierro psiquiátrico? ¿Por qué el consumo de bebidas se convirtió en una enfermedad mental? Para responder a estos cuestionamientos es necesario remitirse a un proceso que tiene sus raíces desde finales del siglo XVIII y

¹⁹ Los pacientes clasificados bajo el rubro “otros” fueron diagnosticados con términos generales como “deterioro mental”, “perturbaciones mentales” o “trastornos mentales”.

²⁰ El Dr. Andrés Ríos analizará el grupo de psicosis endógenas; la epilepsia está a cargo del Mtro. José Antonio Maya; la parálisis general progresiva a cargo del Lic. Alejandro Giraldo; el retraso mental será abordado por la Lic. Ximena López; la toxicomanía será analizada por el Lic. José Luis Pérez González; y las enfermedades de tipo neurológico por el Mtro. Daniel Vicencio; además se contará con un capítulo metodológico elaborado por el Dr. Ríos y un capítulo sobre la historia institucional del Manicomio a cargo de la Dra. Cristina Sacristán.

comienzos del siglo XIX, cuando diferentes médicos europeos comenzaron a interesarse por las consecuencias físicas y psíquicas que ocasionaba el consumo de alcohol en el organismo humano y la sociedad en general.

Las preocupaciones por el cambio en los hábitos del consumo de alcohol, llevaron a que médicos como el escocés Thomas Trotter publicara en 1804 un ensayo sobre los bebedores y el inglés Thomas Sutton (1767-1835) hiciera la primera descripción del *delirium tremens* en 1813²¹. En el ámbito alemán se publicaron estudios que dieron origen a la definición de la dipsomanía, como los realizados por el alemán C. Von Brühl-Cramer en 1819. Otros médicos alemanes, entre ellos Cristoph Wilhelm Hufeland, Franz Wilhelm Lippich y K. Rosch, le dieron el carácter de enfermedad al consumo habitual de bebidas alcohólicas. Para el caso francés, desde 1844 J. Bugard se interesó también en el *delirium tremens*, sin embargo, como lo señala el historiador español Ricardo Campos Marín, sus textos intentaron corroborar ciertos estados patológicos anteriormente descritos por los alemanes²².

El sueco Magnus Huss (1807-1890)²³ en su obra sobre el alcoholismo crónico publicada en 1849²⁴, se encargó de estudiar el consumo de bebidas alcohólicas en el ámbito

²¹ Campos Marín, *op. cit.*, p. 30-31.

²² *Ibíd.*

²³ Magnus Huss nació en Suecia el año de 1807, estudió medicina en la Universidad de Uppsala y en 1835 presentó una tesis en materia médica, trabajó en un hospital de una organización religiosa y nobiliaria, y escribió un tratado sobre tifoidea y otras obras. En su época de estudiante estuvo muy influenciado por motivos religiosos y morales, lo que derivó en su profundo interés por la embriaguez, ya que observó en bebedores notables o con embriagueces “discretas”, patologías hepáticas, digestivas y mentales, en pacientes de diversas clases sociales, denominando como alcoholismo el conjunto de consecuencias médico-somáticas en los bebedores. Además de ello tuvo experiencias desagradables con bebidas alcohólicas que lo llevaron a no ingerir alcohol, a ser un promotor de la templanza, y a indicar que cualquiera que fuera la bebida alcohólica, tenía riesgos potenciales de modificar la salud del bebedor. Ver: Francesc Freixa y Sanfeliu, “De la

de la clínica mediante la observación de bebedores “notables”. En su libro propuso el concepto de Alcoholismo como una entidad única que agrupaba un conjunto de manifestaciones patológicas hepáticas, digestivas o mentales, que habían sido consideradas hasta ese momento como independientes. Esto lo llevó a explicaciones sobre el alcoholismo en sí, como también sobre sus causas y consecuencias. En otros términos, en el transcurso del siglo XIX a siglo XX, hubo una transformación en la forma de concebir dicho fenómeno. Huss propuso el término alcoholismo para designar:

Una intoxicación progresiva, dependiente de la absorción directa del tóxico por la sangre o de la alteración de ésta. Este tóxico, actuando sea como cuerpo extraño, sea como desorganizador, ejerce secundariamente sobre el sistema nervioso una influencia en primer lugar irritante, después sedante, después estupefaciente, pero ordinariamente alternativa antes de ser permanente²⁵.

A partir de este momento se empezó a hacer evidente la patologización y medicalización de los efectos del consumo de alcohol, una cuestión que era observada más desde el ámbito moral y connotada como vicio. El trabajo de Huss tuvo gran influencia en el ámbito francés, de lo que se deriva que médicos posteriores como Benedict August Morel (1809-1873) en 1857²⁶, Valentin Magnan (1835-1916) y Paul Legraine (1860-

embriaguez al alcoholismo. (Magnus Huss, 1807-1890): Conceptos Vigentes en el 2002”, *Revista Española de Drogodependencias*, v. 27, n. 2, 2002, p. 133-136.

²⁴ Magnus Huss, *Alcoholismus Chronicus, eller Chronisk Alkolsjukdom; ett bidrag till dyskrasiernas Kännedom. Enlig egen och andras erfarenhet*, Stockholm, 1849. Citada en Campos Marín, *op. cit.*

²⁵ Cita de M. Renadium, "De l'alcoolisme chronique, par M. Le Dr. Magnus Huss, professeur de médecine clinique à l'Institute medico-chirurgical de Stockholm", *Annales Medico-psychologiques*, 5 (1853): 87, en Campos Marín, *op. cit.*, p. 33.

²⁶ Para Morel, el alcoholismo crónico era la ingestión de sustancias embriagantes de manera progresiva y constante, de modo que "...las lesiones de las funciones nervioso y digestivo (gastritis crónica, parálisis, convulsiones), los trastornos sensoriales e intelectuales (alucinaciones, ideas delirantes a veces homosexuales,

1939)²⁷ en 1895, dieran un estatuto más “científico” al alcoholismo, con una concepción biologicista de la etiología de éste, es decir, afirmaron que una de las causas del alcoholismo era la herencia del gusto por la bebida, como también que el alcoholismo podría generar diversas enfermedades en la descendencia²⁸.

Bajo el marco de la teoría de la degeneración propuesta por Morel se hacía énfasis en los problemas de la herencia pues se afirmaba que los hijos de los padres alcohólicos podían heredar la tendencia a la bebida, y también la herencia polimorfa expresada en el padecimiento de otras enfermedades diferentes que terminarían en un último escalón que sería la deficiencia mental, pasando por grados menos profundos como la herencia de tendencias viciosas o criminales, que se convertirían en “el germen de una completa degeneración, y vienen al mundo los imbéciles o idiotas”²⁹.

a veces tristes), que incluso la inclinación al mal y los actos perjudiciales (suicidio, homicidio) son las inevitables consecuencias de tal intoxicación. Estos fenómenos demuestran la relación causa-efecto suficiente sobre la que seguir llamando la atención del lector, que parece bastante obvio para servir como una base para la clasificación de las enfermedades mentales”, Benedict August Morel, “Chapitre VI: Des causes spécifiques de l’alienation mentale. Intoxications diverses”, *Traité des Maladies Mentales*, Francia, Victor Masson, 1860, p. 214. [Traducción mía]. En este sentido puede verse la influencia de Huss en esta definición.

²⁷ Paul Legrain fue un importante médico influyente en el movimiento de temperancia francés. Estudiante del alcoholismo, fundó en 1895 el movimiento *Union Française Antialcoolique* (UFA), y en 1897 fue nombrado jefe de psiquiatría del recién creado centro para tratamiento de alcohólicos dentro del asilo Ville-Edward, en las afueras de París, cargo en el que permaneció hasta 1912. Ver Patricia E. Prestwich, “Paul-Maurice Legrain (1860-1939)”, *Addiction*, v. 92, n.10, 1997, p. 1255-1263.

²⁸ Patricia E. Prestwich señala que El alcoholismo en Francia comenzó a ser medicalizado por la profesión psiquiátrica desde finales del siglo XIX. Los doctores franceses comenzaron a estudiar la condición incluso antes de ser acuñado el término en 1849 por el sueco Magnus Huss. Dicha polémica se escapa de las intenciones de este trabajo. Para ello ver: Patricia E. Prestwich, “Drinkers, Drunkards, and Degenerates: The Alcoholic Population of a Parisian Asylum, 1867-1914”, *Social History/ Histoire Sociale*, v. 27-54, 1994, p. 321.

²⁹ Traducción mía. En el texto de Morel dice: l’*e germe d’une dégénérescence complète, et ils viennent au monde imbéciles ou idiots*”. Ver. Benedict August Morel, *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l’espèce humaine et des causes qui produisent ces variétés malades*, París, 1857, p. 114.

Según la lógica determinista proporcionada por el degeneracionismo, el carácter hereditario de la enfermedad y las tendencias degeneradas producían una desviación del estado de “perfección” primitiva de la especie humana mediante el pecado original, punto en el que se filtraron prejuicios de corte moral³⁰. Magnan y Legraine se distanciaron de esta postura al señalar que por medio de la degeneración se dificultaba la adquisición de un estado futuro de perfección, es decir, siguieron una lógica marcadamente evolucionista³¹.

La forma de clasificar las afecciones mentales a finales del siglo XIX se encontraba en un momento crucial en tanto que se daba paso a un concepto de enfermedad moderno, en el sentido que se comenzó a elaborar una semiología y anatomía patológica que proporcionó una clínica “objetiva, precisa y estandarizada”, con una patología que permitió diferenciar unas enfermedades de otras³². En otras palabras, se comenzaron a aislar entidades, a constituir conjuntos enumerables y finitos de enfermedades posibles, en el que el estudio de las enfermedades presentaba unos rasgos semiológicos y clínicos³³.

Valentín Magnan había propuesto desde 1882 el concepto de *estado mixto* y el de las *locuras propiamente dichas*. Se hace alusión a esto debido a que el primer concepto, el cual contenía a las expresiones clínicas tributarias de la psiquiatría con una etiología muy ligada

³⁰ Rafael Huertas muestra como en la obra de Morel se filtraron elementos creenciales, míticos y religiosos que, en un contexto de clara ortodoxia positivista, aunque fueran aceptadas, comenzaron diversos debates y modificaciones de su teoría, llevando a que los trabajos sobre degeneración se multiplicaran a partir de 1860, dando lugar a una discusión sobre la clasificación de la locura. Dicha teoría fue sistematizada por Valentín Magnan, médico del Asilo Psiquiátrico de *Sainte Anne*. A este respecto puede verse: Rafael Huertas, “Valentín Magnan y la teoría de la degeneración”, *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, v. 5, n. 14, 1985, p. 362.

³¹ Campos Marín, *op. cit.*, p. 60.

³² Esa diferenciación entre distintas enfermedades ese señalada por el historiador de la psiquiatría George Lanteri-Laura como esencial a “toda práctica médica empírica y razonable”. Ver George Lanteri-Laura, *Ensayo sobre la historia de los paradigmas de la psiquiatría moderna*, Madrid, Editorial Tricastela, 2000, p. 140.

³³ *Ibíd.*, p. 145.

a las afecciones del sistema nervioso central, incluía la “parálisis general, demencia senil, las lesiones cerebrales circunscritas, la epilepsia, el alcoholismo y las intoxicaciones”. En el segundo grupo ubicó las locuras propias de la patología mental, y que incluían la manía, melancolía, delirios crónicos, locuras intermitentes y las locuras de los degenerados³⁴. En otras palabras, los trastornos producidos por el consumo de bebidas alcohólicas, eran claramente diferenciables de las locuras que constituían la base de la patología mental.

En México el proceso de medicalización anteriormente expuesto comenzó en el último cuarto del siglo XIX. La historiadora Nadia Menéndez Di Pardo ha señalado que los médicos empezaron a realizar estudios sobre alcoholismo y su relación en el campo de las enfermedades biológicas, y se consideró también el factor herencia como predisponente a adquirir el hábito por las bebidas. Para comienzos del siglo XX el alcoholismo era considerado como una intoxicación que traía al organismo el consumo de bebidas alcohólicas, la cual se daba de manera lenta, gradual y progresiva³⁵, y se continuó con los intentos de esclarecer la diferencia con la embriaguez³⁶. Ésta última fue definida como una “intoxicación brusca y pasajera por medio de mayor o menor cantidad de alcohol, sin dejar huella alguna”³⁷.

³⁴ *Ibíd.*, p. 150.

³⁵ Nicolás R. y Rojas, *Algunas consideraciones sobre el alcoholismo en México*, México, Tesis Médico Cirujano, Escuela Nacional de Medicina de México, 1903, p. 6.

³⁶ Estos debates son heredados desde el siglo XIX. En la embriaguez de primer grado no se daba una preocupación tan elevada o no se consideraba como una enfermedad peligrosa ni molesta. No obstante, los médicos consideraban preciso desintoxicar el cuerpo del individuo para que eliminara el alcohol que había sido absorbido, y se buscaban medidas para combatir el vicio o hábito de beber. Véase María Ramos de Viesca y Sonia Flores, “El tratamiento del alcoholismo en México en el siglo XIX”, *Salud Mental* v. 22, n. 1, 1999, p. 13.

³⁷ R. y Rojas, *op. cit.*, p. 6.

Sabino A. Casarín, en su tesis de médico cirujano de la Escuela Nacional de Medicina en 1903, definió el alcoholismo crónico como un conjunto de accidentes morbosos que mostraban un uso excesivo y prolongado de las bebidas alcohólicas, mientras que para los efectos inmediatos utilizó la categoría de alcoholismo agudo³⁸. Las causas que señalaba iban desde el simple gusto por la bebida, hasta los que bebían para calmar algún supuesto dolor. Otra causa para él era la apatencia por las bebidas espirituosas ocasionadas por la monomanía de embriaguez de Esquirol o dipsomanía. Finalmente, parafraseando a Morel, Casarín habló de “disposiciones anormales innatas o de transmisión hereditarias³⁹”.

En este mismo sentido Francisco López Lira, médico egresado de la Escuela Nacional de Medicina en 1906, consideró que ingerir constantemente y de forma inmoderada bebidas alcohólicas llevaba a un “estado patológico” con perturbaciones de las facultades biológicas del individuo⁴⁰. Para él existían tres tipos de accidentes del alcoholismo en el individuo: los precoces, los cuales consistían en los primeros pasos de un individuo en el mundo de la bebida, cuando éste se había dejado vencer por el vicio; los tardíos que sólo aparecían en el individuo largo tiempo después del uso de bebidas; por último, consideraba la categoría del “alcoholismo latente”, la cual no se manifestaba en el bebedor si no en su descendencia, convirtiéndolos de nacimiento en una multitud degenerada que recibía el castigo que deberían recibir sus padres por sus faltas morales. Puede verse que lejos de considerarse

³⁸ Sabino A. Casarín, *Alcoholismo y matrimonio*, México, Tesis Medicina, Escuela de medicina de México, 1903, p. 6.

³⁹ *Ibíd.*, p. 15-16.

⁴⁰ Francisco López Lira, *Estudio Médico-Social sobre El alcoholismo*, México, Tesis Médico Cirujano, UNAM, 1906, p. 8.

solamente como un problema para el individuo bebedor, el alcoholismo se convirtió en una amenaza social capaz de poner en riesgo las generaciones próximas⁴¹.

Las consideraciones clínicas variaron en tanto que se añadieron factores adicionales a las causas etiológicas. Aunado a los grados de la intoxicación aguda por alcohol, Manuel Bonifaz Domínguez reconoció que influía la cantidad de alcohol ingerido y la resistencia desigual de las personas para llegar al estado de ebriedad, y que el alcohólico necesitaba ingerir más o menos cantidad dependiendo de factores como “la herencia, la edad, la constitución, condiciones higiénicas, y sobre todo, la naturaleza de las bebidas [...] así como si éstas bebidas se ingieren con alimentos, y otras variadas circunstancias”⁴².

Es importante señalar que para la segunda mitad del siglo XX los factores hereditarios dejaron ser centrales en la etiología del alcoholismo. La influencia de la teoría de la degeneración comenzó a disminuir y se dio paso a una concepción holística de la enfermedad mental influida por la psiquiatría norteamericana en la que cobraron importancia del entorno social y ambiental del individuo⁴³, al punto que, como lo señaló el historiador de la psiquiatría norteamericano Gerald Grob, se puso en duda la relación de la lesión orgánica con la enfermedad mental⁴⁴. A raíz de esto, para determinar las causas del

⁴¹ *Ibid.*, p. 13.

⁴² Manuel Bonifaz Domínguez, *Breve estudio sobre el alcoholismo considerado desde el punto de vista médico-legal*, Tesis medicina, UNAM, 1917, p. 13.

⁴³ Dicho cambio de influencia en la forma de clasificar las enfermedades mentales en México fue señalada por reconocidos psiquiatras mexicanos como Samuel Ramírez Moreno, director de la Castañeda entre 1921 y 1931 y director de la Revista Mexicana de Psiquiatría, en 1950 mencionó que durante la primera mitad del siglo XX la clasificación de las enfermedades estuvo influenciada por la escuela francesa y alemana, y que en ese momento se aceptaba la influencia norteamericana. Ver Samuel Ramírez Moreno, *La asistencia psiquiátrica en México*, París, Congreso Internacional de Psiquiatría, 1950, p. 56.

⁴⁴ Gerald Grob, “Origins of DSM-I: A Study in Appearance and Reality”, *Am J Psychiatry* v. 148, n. 4, 1991, p. 422. En el ámbito mexicano, Rafael Velasco Fernández, médico psiquiatra que en 1981 fungía como Subsecretario de Educación Superior e Investigación Científica de la Secretaría de Educación Pública (SEP),

alcoholismo era necesario no considerar a la persona sola sino también a su familia como una unidad integrada y se entendió el consumo de bebidas alcohólicas como un acto no saludable para la humanidad, basado en patrones culturales, de defensa psicológica y como una reacción de la persona que refleja su inadaptación para afrontar problemas, *stress* o angustia⁴⁵.

Por lo tanto, podemos encontrar en los expedientes de comienzos del funcionamiento del Manicomio, bajo el modelo etiológico⁴⁶, menciones como la de “padres alcohólicos”, “abuelos alcohólicos”, mientras que de 1950 a 1968 nos revelan un cambio en la mirada clínica, la cual, además de los datos acerca de la ascendencia y descendencia del paciente, incluyó las condiciones de vida de la persona antes del internamiento y aspectos como la vida sexual, la vida laboral, entre otros. Dicha transformación tuvo como punto de inflexión

miembro del Panel de expertos en salud mental de la Organización Mundial de la Salud, y presidente del Centro de Psiquiatría y Neurofisiología Clínica (CEPNEC), afirmó que desde años cercanos a 1960 se han desarrollado marcos de acción respecto al alcoholismo que van dirigidos hacia la prevención primaria, secundaria y terciaria, y que los estudios de entonces permitían afirmar que era posible la prevención de los estados que desencadenaba el alcoholismo por medio de la legislación y la educación. Según Velasco, esta transformación en la conceptualización del alcoholismo y los medios para tratarlo, estuvo fuertemente influida por el impacto de los reportes y documentos publicados por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Ver: Rafael Velasco Fernández, “La educación como alternativa de prevención del alcoholismo. Una experiencia mexicana”, en Rafael Velasco Fernández (editor), *Alcoholismo: Visión integral*, México, Trillas, 1988, p.

⁴⁵ Este enfoque holístico se observa en los escritos sobre alcoholismo mexicanos a partir de la década de 1960. Se tomaron referencias de Nathan W. Ackerman (1908-1971), psiquiatra y psicoanalista estadounidense quien afirmó que “la predicción adecuada no puede ser la persona sola, sino que debe ser la persona y el ambiente familiar como una unidad integrada”. Ver Georgina Serrano y Cuevas, *Estudio sobre la posibilidad de un diagnóstico precoz del alcoholismo*, Tesis Psicología, UNAM, 1977, p. 5-6.

⁴⁶ El sistema de clasificación etiológico consistía en crear grupos de enfermedad según el origen o causa de la misma. Este sistema estuvo en la agenda de discusión de los psiquiatras alrededor del mundo, a partir de la publicación del tratado de Morel en 1857. Ejemplo de su influencia es el caso del argentino Domingo Cabred en el Congreso Internacional de Medicina Mental realizado en París en 1889, que realizó una propuesta de clasificación que incluía, siguiendo la teoría moreliana, cuatro grupos: locura vesánica, neuropática, tóxicas, orgánicas y degenerativas. La historiadora Sandra Caponi hace un profundo análisis de las propuestas de un primer sistema clasificatorio internacional e ilustra las diferencias entre los modelos propuestos: el etiológico, anatomopatológico, evolutivo o mixto, y sintomático. Ver Sandra Caponi, “Clasificaciones, acuerdos y negociaciones: bases de la primera estadística internacional de enfermedades mentales (París, 1889)”, *Dynamis*, v. 32, n. 1, 2012, p. 195.

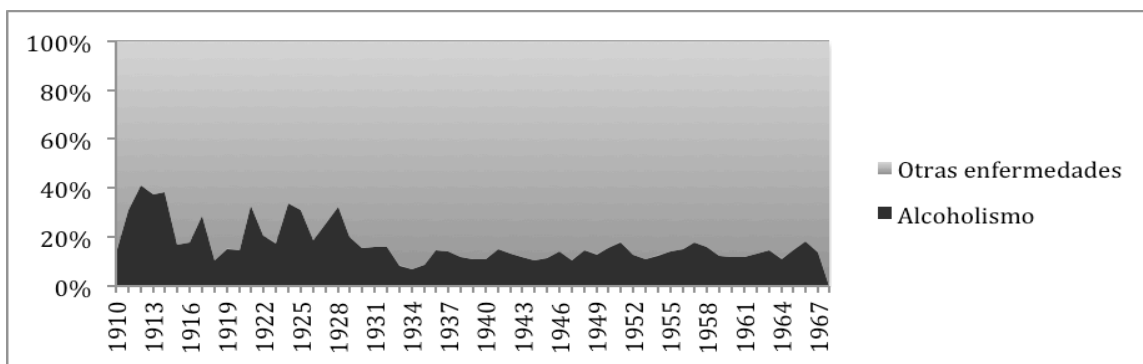
la clasificación sintomática generada en la década de 1930 sobre la cual se profundizará más adelante.

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

2. Los alcohólicos en el Manicomio General La Castañeda

La muestra de registros alcohólicos con la que trabajé constituye el 16% de la muestra general que se elaboró. Esta representa el segundo grupo de población más numeroso después de las psicosis endógenas, la cual equivale al 38,6% de la muestra.

Gráfico 1. Ingresos al Manicomio General La Castañeda, 1910-1968



Fuente: Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, Fondo Manicomio General, Sección Libros de Registro, 1910-1968

Como puede observarse en el gráfico 1, hay grandes variaciones en el ingreso de pacientes alcohólicos respecto a los ingresos generales de la institución. ¿A qué se debió que en un momento dado ingresaran más o menos pacientes de este tipo? ¿Qué relación hubo entre el contexto histórico y las características de la población psiquiátrica ingresada? ¿Hubo variaciones en la forma de clasificar los alcohólicos? Para intentar responder estos interrogantes primero se especificaran las características generales de la población psiquiátrica alcohólica durante los 58 años de funcionamiento de la institución y, posteriormente, a partir de una división de la temporalidad en cuatro momentos que hemos identificado (ver tabla 2), se analizarán los cambios en relación con el contexto de cada momento.

Tabla 2. Ingresos por alcoholismo en cada periodo. Porcentajes calculados en relación al total de ingresos registrado en la muestra y al total de alcohólicos

Periodo	% respecto al total de ingresos del periodo	% respecto al total de alcohólicos
1910 a 1919	25.8	16.1
1920 a 1933	21.7	24.1
1934 a 1953	12.6	31.3
1954 a 1968	14.0	28.5
Total	N/A	100

Fuente: Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, Fondo Manicomio General, Sección Libros de Registro, 1910-1968

Tenemos entonces que durante el primer periodo señalado hubo una continuidad con el porfiriato en la forma de entender el alcoholismo, la cual estuvo signada en gran medida

por la teoría de la degeneración y la idea de peligrosidad del alcohólico. Durante el segundo periodo los alcohólicos fueron llevados principalmente por la policía, en un momento en el que los gobiernos posrevolucionarios buscaron consolidar un Estado sólido y para ello promovieron diferentes campañas de salud, entre la que destacó la antialcohólica, razón por la cual llegaron al Manicomio bebedores que no necesariamente eran alcohólicos. El tercer periodo está caracterizado por cambios en la forma de clasificar a los alcohólicos, debido a que se establecieron tres tipos diferentes según la presencia o no de alucinaciones, y la dipsomanía comenzó a dejar de ser vista por los médicos como una enfermedad que debiera tratarse en el ámbito psiquiátrico. En el último periodo la forma de entender el alcoholismo varió considerablemente, pues de lo orgánico/hereditario comenzó a darse paso a una perspectiva social/ambiental en la que se tuvieron en cuenta tanto los síntomas propios como el delirio y alucinación, como los factores económicos, sociales y familiares para determinar su etiología.

Antes de entrar en consideración de cada momento, debemos repetir que en el ámbito propio de la clínica psiquiátrica encontramos 170 diagnósticos diferentes de trastornos relacionados con el consumo de alcohol, que en muchos casos resultaron ser cruces en los términos de alcoholismo, alcoholismo crónico y psicosis alcohólica. La multiplicidad de términos radica en la característica del padecimiento de cada paciente, por ejemplo, ante una corta duración de la intoxicación alcohólica y de los síntomas se agregaba el adjetivo de “agudo”. En otros casos, cuando se presentaban síntomas similares a los de otras enfermedades se diagnosticaba, por ejemplo, demencia alcohólica, psicosis alcohólica, entre otros, para resaltar que el trastorno mental era producto del alcoholismo. Además de

ello, se añadían otras etiquetas que evidenciaban estados pasajeros o síntomas como “manifestaciones epileptiformes”, “estado demencial”, “estado de agitación”, entre otros. Acto seguido, hemos clasificado en 11 subgrupos a partir de los criterios clínicos usados en el momento:

Tabla 3. Tipos de alcoholismo, 1910-1968 (Porcentajes)

Tipos de alcoholismo	% del total de Alcohólicos	1910 a 1919	1920 a 1933	1934 a 1953	1954 a 1968
Psicosis alcohólica	36,7	44.0	28.8	45.0	30.3
Alcoholismo crónico	25,5	17.3	37.7	11.9	34.8
Alcoholismo	7,3	9.7	10.7	5.8	4.6
Sin clasificar	5,7	11.6	5.4	4.4	4.1
Delirium tremens	5,5	3.5	3.8	6.0	7.5
Alucinosis alcohólica	5,4	0	1.7	3.4	13.7
Confusión mental alcohólica	4,6	4.7	6.7	5.5	1.8
Alcoholismo cerebral	4,5	0	0.6	13.6	0.2
Alcoholismo agudo	2,0	6.9	2.1	0.3	0.9
Korsakoff	1,6	0.9	2.1	1.8	1.4
Dipsomanía	1,2	1.3	0.4	2.3	0.7
Total	100	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, Fondo Manicomio General, Sección Libros de Registro, 1910-1968

Esta tabla es de gran importancia ya que a través de ella podremos entender la forma como se llevó a cabo la práctica clínica y cómo los conocimientos teóricos en dicha materia eran puestos en juego al momento de la observación. Como puede observarse los subgrupos “psicosis alcohólica” y “alcoholismo crónico” suman el 62,2% de los registros de

alcohólicos, y el 9,9% del total de la muestra. Estos dos diagnósticos se mantienen de manera constante durante el funcionamiento de la institución, es decir, se tienen registros para todos los años.

Los diferentes cuadros clínicos contienen síntomas que en algunos casos resultan muy similares. Los expedientes muestran que la forma como se realizaba el diagnóstico era de tipo diferencial, es decir, los psiquiatras intentaron observar mediante la lectura de signos y de un “conjunto de síntomas cuya evolución constante, cualquiera que sea su duración, se erige en auténtica enfermedad, con una sucesión típica en un paciente dado y de un paciente a otro”⁴⁷. Por lo tanto, para distinguir entre una y otra forma de alcoholismo, se tenían en cuenta factores como el tiempo de contacto con la bebida, los movimientos, la orientación en espacio-tiempo, los tipos y forma de las alucinaciones, síntomas que leyeron los médicos para diferenciar el respectivo cuadro clínico. Los síntomas propios de cada forma de alcoholismo serán explicados a lo largo del texto.

Como tendencia general, la mayoría de alcohólicos eran migrantes. Se encontró que el 56.2% de los pacientes con diagnóstico de alcoholismo eran de otros Estados y solamente el 23.7% eran residentes del Distrito Federal. Estos pacientes fueron enviados principalmente por la policía e instancias como instituciones de Beneficencia y Asistencia. El ingreso alcohólicos no tuvo una reglamentación especial durante las dos primeras décadas de la institución, por lo cual su internamiento podía ser ordenado por las jefaturas de Policía, Comisarías y delegados municipales, jueces del Distrito Federal, Consejo de Defensa y Prevención Social y la Beneficencia Pública. También podían ser internados por

⁴⁷ Lanteri-Laura, *op. cit.*, 148.

petición del paciente (y dos testigos), y por la familia o quienes fueran los responsables de la persona. En todos los casos debía presentarse un certificado médico original en el que constara el estado mental del enfermo y “principalmente las anormalidades de conducta y la falta de adaptación al medio social”⁴⁸. Hubo que esperar hasta 1935 para que se reglamenta el ingreso de alcohólicos al Manicomio, con base en las sugerencias del Dr. Alfonso Millán de internar solamente a aquellos que presentaran verdaderos síntomas de trastornos mentales⁴⁹, y que será desarrollado a profundidad en apartados posteriores.

Tabla 4. Instancias remitentes de alcohólicos entre 1910 y 1968 (en porcentaje)

Instancias remitentes	% total	1910 a 1919	1920 a 1933	1934 a 1953	1954 a 1968
Sin dato	34.5	0	0.8	27.3	90.4
Policía	16.1	22.0	50.1	0.6	0.9
Beneficencia Pública ⁵⁰	13.1	9.4	26.7	16.6	0
Orden del gobernador	7.0	41.8	0.8	0	0
Asistencia Pública	6.9	0	0	21.9	0
Familiar	6.3	12.9	6.7	7.1	1.2
Otros	5.0	5.3	4.8	4.5	5.2
Secretaría de Salubridad y Asistencia	4.0	0	0	12.7	0
Delegación	2.7	0	0.2	7.1	1.6
Ayuntamiento	1.4	0.6	5.3	0	0
Cárcel	0.9	1.3	0.6	1.6	0
Hospital General	0.7	0.9	1.3	0.2	0.5
Voluntad propia	0.6	1.6	0.8	0.3	0.2
Hospital Militar	0.6	0.9	1.7	0	0
Hospital para hombres dementes ⁵¹	0.5	3.1	n.a	n.a	n.a.

⁴⁸ Archivo Histórico de la Secretaría de Salud (AHSS), Fondo Manicomio General (F-MG), Sección Administrativa (S-ADM), Caja 4, Exp. 14, f. 1.

⁴⁹ Puede verse: AHSS, F-MG, S-ADM, Caja 4, Exp. 14, f. 29.

⁵⁰ La Beneficencia Pública envió personas hasta el año 1937, cuando aparece Asistencia Pública que envió personas al Manicomio entre 1938 y 1943. Posteriormente la institución que los absorbe es la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

Total	100	100	100.0	100.0	100.0
--------------	-----	-----	-------	-------	-------

Fuente: Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, Fondo Manicomio General, Sección Libros de Registro, 1910-1968

Como se verá más adelante, las instancias remitentes fueron variando a lo largo de los periodos delimitados, lo que nos permite inferir por el tipo de instituciones encargadas de responder a las consecuencias del alcoholismo, quiénes se preocuparon principalmente por la contención de los alcohólicos, como también los cambios en los procedimientos que debían llevarse a cabo para el internamiento de un enfermo mental. Debe mencionarse el carácter policial de este tipo de ingresos ya que, de la totalidad de enfermos llevados por la policía el 30.43% fueron alcohólicos. Otra de las características que diferencia notablemente la población alcohólica del resto de grupos es que en promedio la población general permanecía internada 18.05 meses, mientras que los alcohólicos duraban en la institución en promedio 8.37 meses.

Los principales motivos de salida fueron las altas por solicitud familiar (29,5%) y la remisión (17,8%). Esta variable es muy importante debido a que, como se verá en los siguientes apartados, el gran número de alcohólicos dentro de la institución y la rápida remisión de sus síntomas fue motivo constante de quejas por parte de los psiquiatras debido a que se ocupaba el espacio de una persona con síntomas de trastorno mental “verdadero”. Además de ello, nos permite observar que para el caso de los alcohólicos, La Castañeda no funcionó como un lugar de confinamiento sino como un sitio con alta circulación

⁵¹ Este era el antiguo Hospital de San Hipólito. Una vez construida La Castañeda sus pacientes fueron trasladados allí, por lo que el hospital para hombres dementes deja de figurar como una instancia remitente para el resto de los periodos.

poblacional que puede ser calificado como un sitio de paso⁵². Por curación salieron el 9.6% de los alcohólicos, con un promedio de estancia de 3.1 meses y por mejoría el 9.1% con duración de estancia de 6.9 meses.

Tabla 5. Tipos de alta en los alcohólicos, 1910-1967

Tipos de Alta 1910 a 1967	% del total de alcohólicos	1910 a 1919	1920 a 1933	1934 a 1953	1954 a 1968
Solicitud de familia o responsable	29.5	12.9	23.4	35.4	37.6
Remisión	17.8	0	2.7	21.3	36.7
Muerte	17.4	24.5	23.8	17.0	8.4
Curación	9.6	47.5	7.8	0.2	0
Mejoría	9.1	6.0	33.1	0.2	0.4
No regresó del permiso	6.7	1.6	1.9	15.6	3.9
Fuga	4.4	0.3	0.8	5.0	9.1
Sin dato	2	1.6	2.9	1.9	1.6
No ameritar internamiento	1.4	1.9	1.9	1.8	0.2
Traslado	1.3	0	1.1	1.5	2.1
Solicitud del paciente	0.6	3.1	0.4	0	0
Orden de alguna autoridad	0.2	0.6	0.2	0	0
Término del tratamiento	0.1	0	0	0.2	0
Total	100	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, Fondo Manicomio General, Sección Libros de Registro, 1910-1968

El tipo de alta es muy importante a la hora de analizar las características del internamiento de los alcohólicos en este tipo de instituciones. Como vimos, un importante porcentaje fue retirado por su familia o salió por muerte. Para los casos de remisión y de no

⁵² Andrés Ríos Molina, “El Manicomio General La Castañeda en México, Sitio de paso para una multitud errante”, *Nuevo Mundo Mundos Nuevos*, Disponible en internet: <http://nuevomundo.revues.org/50242> [consultado el 3 de abril de 2015].

ameritar internamiento, debe señalarse las dificultades de los médicos a la hora de realizar dicho diagnóstico. Alfonso Millán, director de La Castañeda en dos periodos entre 1934 y junio de 1937, 1938⁵³, recalcó muy preocupado que muchos de estos pacientes entraban en estado delirante por la embriaguez, pero al pasar el periodo de intoxicación desaparecían los síntomas que hacían ameritar su encierro. Dicho esto, el psiquiatra informó que estos pacientes no desconocían el mecanismo legal que hacía que por su ausencia de síntomas llevaba a que pudieran solicitar el alta (a menos de que fuese reo), por lo que salían del manicomio haciendo que su encierro no fuese nada productivo para su recuperación⁵⁴.

Otra de las variables que diferencian los alcohólicos del resto de la población es la edad promedio de los pacientes, la cual fue de 38.2 años, cifra que está por encima del promedio general que fue de 33.6 años y tan solo es superada por el grupo de pacientes con parálisis general progresiva quienes tenían en promedio 39.9 años. La distribución por sexo de los alcohólicos también hace la diferencia respecto a la población general, ya que el 87.8% fueron hombres y tan solo un 12.2% mujeres. Para el caso masculino, los datos más relevantes respecto a la ocupación es que el 11.5% no tenían oficio y el 8.98% eran comerciantes, mientras que la principal ocupación femenina era la de ama de casa con un 6.39% de los registros. También se encuentran, aunque en menor medida, oficios como el de jornalero (4.26%), empleados (4.06%), obreros (3.75%), peluqueros (1.47%), militares (1.06%) entre otros, lo que contrasta con el señalamiento constante de que este tipo de patologías estaban asociadas o solo se encontraban en un tipo de población específica.

⁵³ “Relación de directores que ha tenido el manicomio General, de Mixcoac D.F., desde su inauguración en el año de 1910, hasta su clausura en el año de 1968”. AHSS, Fondo Manicomio General, Legajo 57, Expediente 11, f. 1.

⁵⁴ Alfonso Millán, “Alcoholismo y trastornos mentales en México”, *Asistencia*, n. 15, 1937, s/p.

2.1. 1910-1919: Pocos locos, muchos degenerados

Durante los años de la Revolución el Manicomio General fue un espacio subutilizado. Tal como lo ha señalado Andrés Ríos Molina la población psiquiátrica decreció, en especial durante los años 1910 y 1920, momento de gran conflicto bélico que conllevó a que no se llegara a albergar los 1200 pacientes para los que tenía capacidad la institución. En 1915, año de gran convulsión social y política, ingresaron tan sólo 385 personas, que sumaron no más de 600 pacientes con los que ya había, siendo esta la menor cantidad de pacientes en los 58 de vida del Manicomio⁵⁵. Sin embargo, los alcohólicos fueron una población muy numerosa en la institución (ver gráfico 1), llegando a constituir entre 1910 y 1913 el 51.1% de los diagnósticos de hombres y el 21.8% de las mujeres⁵⁶, entre 1914 y 1916 el 29.5% de los diagnósticos de hombres y el 14.1% en mujeres⁵⁷, y entre 1917 y 1920 el 20% de los hombres que egresaron tuvieron diagnóstico de alcoholismo⁵⁸.

Si se observa la gráfica 1, puede verse que la población general presenta un descenso de 1910 a 1914, contrario a lo que sucede con el grupo de personas con diagnóstico de alcoholismo. Se tiene entonces que en este periodo ingresó el 16.1% de los alcohólicos internados durante todo el funcionamiento de La Castañeda, y que el 25.8% de los registros de la muestra fueron de alcohólicos (ver Tabla 2). Debe anotarse que desde comienzos del siglo XX comenzaron a implantarse una serie de medidas legales que pretendían

⁵⁵ Ríos Molina, *La locura durante la revolución...*, p. 44-45.

⁵⁶ *Ibíd.*, p. 87.

⁵⁷ *Ibíd.*, p. 162.

⁵⁸ *Ibíd.*, p. 182.

contrarrestar los efectos sociales y biológicos del alcoholismo, las cuales buscaron reglamentar aspectos desde la producción hasta el consumo de bebidas.

Desde inicios del siglo XX se crearon diversos códigos para la regulación del consumo, como el reglamento de pulquerías de 1901 y la normatividad a los expendios de bebidas embriagantes o cantinas de 1903. Las medidas tomadas, en sus inicios, reglamentaban los expendios y sus mostradores para que no fueran visibles desde el exterior, aunados a medidas higiénicas respecto a la ubicación de los mingitorios⁵⁹. Aunque en los inicios de la Revolución se mantuvieran los preceptos porfirianos, en los gobiernos de Victoriano Huerta y Venustiano Carranza se introdujeron medidas como la prohibición del consumo dentro de los locales de expendio y la prohibición del ingreso de mujeres y menores de edad, respectivamente⁶⁰. Los ataques al consumo fueron tomando un trasfondo moralizador en el que se querían inculcar valores la educación, la higiene, la puntualidad y el trabajo⁶¹.

Como ha mostrado la historiadora Nadia Menéndez, durante el porfiriato (1876-1911) y las siguientes décadas del siglo XX hubo una evidente medicalización del alcoholismo en tanto que este pasó a ser ampliamente discutido por los médicos, debido a sus implicaciones en la morbilidad y mortalidad, sin embargo, en sus investigaciones

⁵⁹ Mario Barbosa Cruz, “La persistencia de una tradición: Consumo de Pulque en la ciudad de México, 1900-1920”, Ernest Sánchez Santiró (coord.), *Cruda Realidad: Producción, consumo y fiscalidad de las bebidas alcohólicas en México y América Latina, siglos XVII-XX*, México, Instituto Mora, 2007, p. 220.

⁶⁰ *Ibíd.*, p. 226.

⁶¹ Jesús Méndez Reyes, “De crudas y moralidad: campañas antialcohólicas en los gobiernos de la posrevolución (1916-1931)”, *Cruda Realidad: Producción, consumo y fiscalidad de las bebidas alcohólicas en México y América Latina, siglos XVII-XX*, México, Instituto Mora, 2007, p. 249.

continuaron señalando el problema moral⁶². Durante los años de la Revolución la literatura médica sobre alcoholismo es escasa si se compara con la del porfiriato tardío, esto, sumado al alto número de ingresos por alcoholismo a La Castañeda y analizado en relación con la instancia que los remitía, nos permite pensar que para esos años el alcoholismo no fue un tema que interesara a los psiquiatras, y que se mantuvo la noción de peligrosidad producto de la óptica degeneracionista y el carácter transgresor que representaba el bebedor⁶³.

Respecto a las instancias remitentes (Tabla 4) podemos ver que se reflejan las preocupaciones sociales debido a que en este periodo los gobernadores de diferentes estados fueron responsables del internamiento del 41.8% de los alcohólicos. Este tipo de ingresos figura únicamente en este periodo, lo que puede sugerir que fueron motivados por cuestiones de orden político producto del conflicto bélico, además de que la forma de realizar el procedimiento consistía en que de diferentes localidades se pedía un certificado médico, razón por la cual puede verse que el Manicomio se reconoció en las diferentes zonas del país como el lugar apropiado para tratar este tipo de personas. Aunado a esto, otro 22% alcohólicos fueron llevados por la policía, que se convirtió en la segunda instancia remitente más influyente en ese momento. La familia fue la responsable del internamiento del 12.9% de los bebedores, instancia que aparece constantemente en los registros de ingreso durante todo el funcionamiento de La Castañeda.

⁶² Menéndez Di Pardo, *op. cit.*, p. 96.

⁶³ Según Nadia Menéndez entre 1900 y 1910 se publicaron 12 tesis y 7 artículos sobre alcoholismo. Ver: *ibid.*, p. 92. Mientras que para el periodo revolucionario hemos encontrado cuatro tesis y un artículo de revista de Enrique Aragón.

El 44% de los diagnósticos dentro del grupo de alcohólicos en este periodo fue el de la psicosis alcohólica (ver Tabla 3), entendida como el estado en el cual el alcoholizado presentaba alucinaciones e ideas contrarias a la realidad, es decir, estos pacientes podían tomar “una ventana por una puerta, un objeto por una persona o un animal; encuentran con otro sabor y otro gusto los alimentos que toman, tienen visiones fantásticas, sobretodo de animales o escenas lúbricas y cuadros obscénicos, verdaderas ilusiones cinematográficas”⁶⁴. Los psiquiatras leyeron también síntomas como facies congestionada, la yugular turgente, sudor fétido que recorre todo el cuerpo, pupilas estrechas, calambres, temblores en las extremidades, pérdida del sueño y del apetito, temperatura corporal muy alta o extremidades muy frías, habla continua y fácil, entre otros. También mencionaron que el delirio de un alcohólico duraba entre tres y cinco días, al cabo de los cuales el enfermo sentía un sueño reparador⁶⁵.

En segundo lugar, el alcoholismo crónico representó el 17.3% de los diagnósticos de ingreso de los alcohólicos del periodo (ver Tabla 3). Este era entendido como el estado al que llegaban los que tomaban bebidas alcohólicas con frecuencia, por lo que llegaban a presentar síntomas como “disminución de las facultades intelectuales, morales y perturbaciones de algunos órganos, aparato digestivo, genito-urinario y sistema nervioso”⁶⁶. Este estado que podía desembocar en el *delirium tremens* si el individuo atacado de “ebriosidad”, en palabras del médico Bonifaz Domínguez, continuaba ingiriendo alcohol o lo suspendía de golpe, quien también lo definió como un proceso en el que

⁶⁴ Bonifaz Domínguez, *op. cit.*, p. 21-22.

⁶⁵ *Ibid.*, p. 22.

⁶⁶ *Ibid.*, p. 20.

el delirio presenta un periodo prodrómico, que consiste en malestar general, cefalea, angustia precordial. El alcohólico está impaciente, irritable, duerme mal y el poco sueño que obtiene es interrumpido por pesadillas, dominando los móviles profesionales y las alucinaciones visuales. Ciertas de estas alucinaciones han comenzado en el corto periodo de sueño que precede al despertar, es lo que algunos llaman alucinaciones hipnagógicas. El enfermo continúa sufriendo impresiones inexactas después de haber despertado y entonces es cuando empieza el delirio, que es ante todo de actividad. Se cree atacado por sus enemigos y se defiende y debido a la disestesia no le son muy dolorosos los golpes que se ocasiona. Siente hormigueos en las extremidades, creyendo que son mordidas de ratas. Otras veces se cree estar rodeado de muchas moscas o mariposas y tiende a matarlas; lo que domina la actividad son las cosas que han impresionado al alcohólico, transformándose en terror, pavor, persecución, destrucción y exterminio⁶⁷.

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

⁶⁷ *Ibid*, p. 20-21.

sufría insomnios, alucinaciones visuales y auditivas zoóticas móviles. Su palabra era fácil, pero si hablaba mucho sufría gran fatiga y el discurso se volvía incoherente; las pupilas iguales reaccionaban poco á la luz este enfermo fue perdiendo en facultades y en su estado físico, pocos meses después, perdió la atención, la amnesia era completa y los afectos nulos y solo existía algo de los instintos (el de la conservación personal)⁶⁸.

Aunque el porcentaje de ingresos de alcohólicos representó la cuarta parte de registros del periodo fue un grupo que, en comparación con el promedio de duración del internamiento de 20.3 meses de la población general, tuvo una estancia muy corta en la institución ya que se tiene la cifra de 7.3 meses. El principal motivo de salida fue por curación (ver Tabla 5). Si a este se le suman las altas por solicitud de familia o responsable, mejoría, solicitud del paciente, no ameritar internamiento y no regresar del permiso, se tienen el 73% del total de las salidas, lo que da pie para pensar la institución como un lugar que, bien o mal, sirvió como sitio terapéutico en muchos casos, bien sea por algún tratamiento brindado o por la desaparición de los síntomas mediante la desintoxicación y supresión de la bebida. Aunado a las solicitudes propias del paciente y los que no regresaban, estos elementos contrastan con cualquier interpretación de un sitio en el que se confinaba a las personas hasta su muerte.

Entre los registros de salida por muerte tenemos causas como enfermedades pulmonares (30.7%), meningitis (29.4%) y enfermedades intestinales tales como enteritis y enterocolitis (20.5%). También se presentaron muertes por septicemia (3.8%). Esas enfermedades de tipo infeccioso que si bien pueden agravarse por el abuso del alcohol, no

⁶⁸ Archivo Histórico de la Secretaría de Salud (AHSS), Fondo Manicomio General, Sección Expedientes Clínicos (S-EC), Expediente 534, f. 2.

son causadas directamente por él. Las causas de muerte por el abuso de bebidas fueron *delirium tremens* (3.8%) y cirrosis (2.5%). También se presentaron muertes por nefritis, caquexia y agotamiento, las cuales suman un 7.5% de las muertes.

En cuanto a los tratamientos encontramos que Enrique Aragón, médico que trabajó en La Castañeda, mencionó en 1914 que para las psicosis tóxicas, en especial las alcohólicas, debía suspenderse el agente causal, es decir, debía interrumpirse el consumo de bebidas alcohólicas⁶⁹, además de su substitución por otro excitante terapéutico, lo cual se vio reflejado en el descripción de una paciente que ingresó en 1911:

El alcoholismo crónico de que padece la Sra PAZ [...], se ha visto interrumpido por crisis de alcoholismo agudo sin que estas crisis hayan tenido ningún carácter de periodicidad, siendo muy variables en intensidad y en tiempo de duración, en estas crisis agudas se ha visto que ha perdido el juicio revistiendo su psicosis el tipo demencial de el cual sale tan pronto como se suprime la causa determinante es decir el alcohol. Al presente está enteramente bien de sus facultades mentales, su memoria, atención, asociación de ideas, juicio y razonamiento son normales, solo su carácter se mantiene irascible. Los signos de intoxicación alcohólica aun persisten, temblor fibrilar de la lengua, tamborileo digital, pterigiones en ambos ojos, reflejos pupilares perezosos, reflejos tendinosos y cutáneos exagerados, su sensibilidad en sus diferentes formas parece normal. El tratamiento que ha tenido en este pabellón ha sido: baños tibios (35°) prolongados, inyecciones de estriknina

⁶⁹ Enrique O. Aragón, “La supresión del agente causal en las psicosis tóxicas, en particular las alcohólicas”, *Gaceta Médica de México* v. 9, 1914, p. 405.

princiando por un miligramo hasta diez por día, después disminución gradual; un miligramo por día, hasta llegar á la suspensión completa⁷⁰.

El tratamiento con estricnina fue común en los pacientes con alcoholismo crónico y psicosis alcohólica⁷¹. Este tratamiento fue aplicado a Agustín E., quien había sido enviado el 19 de abril de 1917 por la prefectura de Tacubaya por presentar síntomas similares al caso anteriormente citado, como temblor en los dedos, dificultad en la marcha, calambres en los pies, y consumo de “todas las bebidas en abundancia”, además, sus padres tenían vicios y tuvo dos tíos alcohólicos. Posterior a su tratamiento, se mencionó que habían desaparecido “todas las manifestaciones anteriores. No hay insomnio, delirio ni alucinaciones. Igualmente se han borrado el temblor fibrilar lingual y las tremulaciones digitales, signos de intoxicación”⁷².

También se encontraron tratamientos como la laborterapia en pacientes crónicos. Ejemplo de ello es el de Luis F. quien tuvo dos ingresos entre marzo 16 y septiembre 20 de 1918, persona que “cuando fue enamorado a mujeres vivía alcoholizado con vino” y, a solicitud de una dependencia particular de la Beneficencia Pública del Distrito Federal, comenzó a trabajar en la huerta del Manicomio, no sin la advertencia del director de la

⁷⁰ AHSS, F-MG, Se-EC, Exp. 1264, s/f.

⁷¹ La estricnina era usada para excitar los centros medulares que rigen las partes degeneradas. En países como Brasil también se implementó este tipo de terapias para alcohólicos en hospitales mentales a comienzos del siglo XX. Ver Dumas dos Santos, *op. cit.*, p. 416.

⁷² AHSS, F-MG, Se-EC, Exp. 4749, f. 9.

institución, Agustín Torres⁷³, que el paciente se encontraba bien de su alcoholismo por lo cual sería retenido hasta que solicitara el alta voluntariamente⁷⁴.

Como pudimos observar, durante los años del conflicto bélico (1910-1919) el ingreso de alcohólicos fue numeroso y aumentó cuando los ingresos por otras enfermedades disminuyeron. Fueron internados por instancias como los gobernadores de distintos estados, la policía y la familia. Para la elaboración de su diagnóstico tuvo gran peso la herencia producto de la degeneración moral de los padres, en especial si en su familia hubo alcohólicos, y se tuvieron en cuenta algunos síntomas como el temblor, la pérdida de memoria, la falta de atención y el carácter irascible. Puede afirmarse que hubo una continuidad con el porfiriato en cuanto que la consideración de peligrosidad de los alcohólicos sirvió como base para su internamiento. Aunque se realizaron diferentes tratamientos, la corta duración de su estancia y el gran porcentaje de altas por curación, solicitud del paciente o un familiar, mejoría, o no ameritar internamiento, colocaron nuevamente al Manicomio como un sitio al que llegaron los bebedores por cuestiones que no necesariamente eran psiquiátricas sino que respondían más a las ideas de peligrosidad para el edificio social mediante la posibilidad de tener una descendencia enferma producto de la degeneración alcohólica.

2.2. 1920-1933: El antialcoholismo crea borrachos locos

⁷³ Agustín Torres fue director de la Castañeda entre el 1 de diciembre de 1917 y el 10 de abril de 1918. Bajo su dirección se recibieron 1460 enfermos en el Manicomio. Ver: "Relación de directores que ha tenido el manicomio General, de Mixcoac D.F., desde su inauguración en el año de 1910, hasta su clausura en el año de 1968". AHSS, Fondo Manicomio General, Legajo 57, Expediente 11, f. 1.

⁷⁴ AHSS, F-MG, Se-EC, Exp. 5264, f. 11.

Durante este periodo, que coincide con los inicios de la posrevolución, el gran número de alcohólicos que llegó a la institución comenzó a afectar la práctica clínica en tanto que hubo casos en los que se rechazó el ingreso de este tipo de pacientes. Un ejemplo ocurre en 1923 cuando el médico de guardia rechazó el internamiento de una persona “por ser un alcohólico y no haber lugar donde alojarlo”⁷⁵. Los ingresos con diagnósticos relacionados al consumo de bebidas representaron solamente el 21.7% de los registros del periodo, lo que se explica debido al aumento de la población general, hay que señalar que para los años de la posrevolución ingresaron el 24.1% del total de la muestra de alcohólicos (ver Tabla 2).

Una posible causa reside en la búsqueda de estabilidad de los gobiernos posrevolucionarios que se evidenció en la implementación de un fuerte orden estatal impositivo y con gran injerencia en la cotidianidad, lo que influyó en el internamiento de alcohólicos a la institución debido a que la principal instancia remitente del periodo fue la policía⁷⁶. Entre los años 1917 y 1934, tal como lo ha indicado Ernesto Aréchiga, a partir de la promulgación de la Constitución de 1917 algunas medidas sanitarias se tornaron obligatorias y se intentó implementar una especie de “dictadura sanitaria” que expresó mucho de los anhelos porfirianos en materia de salud. El Departamento de Salubridad, creado en 1918, asumió entonces tareas como la regulación de la legislación en materia sanitaria, la vigilancia de la policía sanitaria de los puertos, la difusión de los preceptos de

⁷⁵ AHSS, F-MG, S-EC, Exp. 8099, f. 5.

⁷⁶ Andrés Ríos Molina señala a manera de supuesto que en caso de que las instancias remitentes fuesen la policía, jueces o presidentes municipales, se podría suponer que eran considerados como loco por dichas autoridades, quienes alteraban el orden público. Además señala que dicha dinámica resultaría coherente con los gobiernos posrevolucionarios que buscaron consolidar un estado fuerte con gran injerencia en la vida cotidiana. Ver: Andrés Ríos Molina, “La locura en el México posrevolucionario. La Castañeda y la profesionalización de la psiquiatría, 1920-1944”, *Históricas*, n. 84, 2009, p. 34.

la higiene, y la creación de medidas contra enfermedades epidémicas y contagiosas, además del combate contra el alcoholismo⁷⁷. Lo particular es que esto derivó en una especie de autoritarismo que, durante las décadas de 1920 y 1930, se expresó en campañas contra enfermedades como el tifo y la fiebre amarilla, y también acciones en contra de los “males sociales” como el alcoholismo y la prostitución⁷⁸.

Las campañas mostraron, de una u otra manera, un fuerte autoritarismo dirigido hacia los grupos marginales, que fue variando hacia el campo de la educación y la propaganda y, como lo ha evidenciado Gretchen Pierce, la campaña oficial contra el alcoholismo iniciada en 1929 durante el gobierno de Emilio Portes Gil (1928-1932) estuvo relacionada con el proceso de construcción del Estado generado a partir de la Revolución. Esta autora argumenta que las herramientas utilizadas por los diferentes gobernantes para conseguir una nación sobria estuvieron influenciados por la naturaleza de cada gobierno⁷⁹, lo que se evidencia en normas represivas al comienzo de la posrevolución y, posteriormente, la pedagogía como herramienta de lucha.

El eco de las leyes de prohibición en Estados Unidos influenciaron en México varios intentos de regulación de la producción y consumo de bebidas alcohólicas. Además, en mayo de 1929 se creó el Comité Nacional Antialcohólico que fue administrado por el Dr. Aquilino Villanueva, que contó con un amplio programa de acción, entre los que destacan puntos como impulsar los deportes en escuelas, gremios de campesinos y obreros en todo el

⁷⁷ Ernesto Aréchiga Córdoba, “‘Dictadura sanitaria’, educación y propaganda higiénica en el México Revolucionario, 1917-1934”, *DYNAMIS*, v. 25, 2005, p. 123

⁷⁸ *Ibidem*.

⁷⁹ Gretchen Kristine Pierce, *Sobering the Revolution: Mexico's Anti-alcohol campaigns and the process of State-Building, 1910-1940*, Tucson, Tesis doctoral en Filosofía, Universidad de Arizona, 2008, p. 89.

país; la organización de conferencias y actos culturales en los que se hiciera alusión al combate contra el alcohol, además de “teatros al aire libre, enseñanza gráfica y carteles, pinturas, murales y folletos”; la fundación de ligas antialcohólicas; la realización de pláticas moralizadoras en las escuelas la última hora de trabajo de la semana; buscar que no se permitiera la apertura de ningún “centro de vicio”. Además de ello, se elaboró una estructura de comisiones de propaganda, educación y deportes, medidas sanitarias, medidas fiscales, cultura y recreación popular, servicios médicos y hospitales, estadística, trabajo y previsión social, y una comisión de administración⁸⁰.

Bajo esta campaña se diseñaron estrategias como la creación de ligas antialcohólicas para niños, jóvenes y mujeres, con fuerte acento en la educación antialcohólica mediante propaganda escrita, ilustrada y oral⁸¹. Fue común en el periodo de fuerte campaña antialcohólica (1929-1940) la divulgación en prensa y radio de mensajes que persuadían a la gente a beber leche, más que pulque o alcohol fuerte, y se toleró el uso de bebidas como la cerveza por su bajo contenido de alcohol⁸². De igual forma se difundió la idea de que el consumo de alcohol y la intoxicación crónica debilitaban el sistema inmune⁸³.

Las campañas enfatizaron que los niños al igual que las mujeres eran afectados negativamente por la adicción al alcohol debido a los abusos domésticos, y que en ocasiones ellos manifestaban física y mentalmente signos de los vicios de sus padres⁸⁴. Los niños, al ser considerados como el futuro de la nación, eran el principal blanco de

⁸⁰ Méndez Reyes, *op. cit.*, p. 260-261.

⁸¹ Montfort, *op. cit.*, p. 214.

⁸² Pierce, *Sobering the revolution...*, p. 92.

⁸³ *Ibíd.*, p. 151.

⁸⁴ *Ibíd.*, p. 159.

prevención del alcoholismo y, muy en los términos degeneracionistas, se difundió la idea de un bebedor que llegaba incluso a un estado de imbecilidad. En escritos como el Juramento Antialcohólico, realizado para lectura diaria en las escuelas, se reflejan estos postulados sumados a las intenciones moralizadoras al narrar que

Cuando una persona toma una, dos o tres copitas de aguardiente, siente que se le enciende la cara, se le pone roja, se congestiona; su cerebro ya no piensa bien, su voluntad viene a menos. Un poco más, y la persona se pone alegre, ríe, baila. Cuando toma mayor cantidad, el cerebro ya piensa peor y la persona no sabe lo que dice ni lo que hace, se pierde por completo. Entonces lo mismo le da que se le tenga o no en concepto de persona correcta o caballerosa [...] los hijos de los borrachos o alcohólicos padecen de ataques de epilepsia, o son enfermos de la vista, ó tienen defectos físicos, o tienen su sistema nervioso muy sensible, son muy espantadizos, le tienen miedo a todo, todo les asusta y hasta dicen ver sombras, espantos⁸⁵.

Este tipo de paralelismos entre alcoholismo y locura no era nada nuevo, pues ya se habían hecho afirmaciones como la del mencionado médico Francisco López Lira en 1905, quien aseguró que “los manicomios son, en su mayor parte, almacenes de productos de desecho que ha dejado el alcohol al infiltrarse en organismos pobres, á los que ha dejado pingües cosechas”⁸⁶. Pese a que durante la posrevolución aumentó la preocupación de los psiquiatras por el alcoholismo, y se reafirmó la estrecha relación con la locura, no hubo especial interés por definir formas y características propias de la locura alcohólica. No

⁸⁵ Ayuso Y O’Horibe, “Juramento antialcohólico”, *Gaceta Médica de México*, v. 41, n. 1, 1930, p. 4.

⁸⁶ López Lira, *op. cit.*, p. 7.

obstante, como se verá más adelante, sí se realizaron estudios que versaron sobre tratamientos para el alcoholismo crónico y el *delirium tremens*.

Entre 1920 y 1933 no se presentaron ingresos por orden de gobernadores y la policía fue principal instancia remitente, encargada de internar la mitad de la población alcohólica. La violencia, el escándalo y el desorden público fueron factores muy relevantes para internar a los bebedores, evidenciando así el carácter social del internamiento en un contexto en el que el prohibicionismo y el antialcoholismo estuvieron en la agenda política y cultural constantemente. Si se consideran en conjunto los pacientes remitidos por la policía o la beneficencia, se tiene que estas dos instancias fueron responsables de tres cuartas partes del ingreso de la población alcohólica (ver Tabla 4).

La violencia familiar motivó gran parte de estos internamientos, ejemplo de ello es el caso de Genaro V., paciente que fue llevado por su hija a la beneficencia para que le hicieran los exámenes respectivos de internamiento el 6 de mayo de 1930. El certificado médico elaborado por los médicos adscritos al Servicio Médico de Policía indicaba que “reconocieron al Sr. Genaro V., bebedor de infusión de canela con altas dosis de alcohol, habiéndole encontrado síntomas de alcoholismo crónico (facies, dermatosis, temblor, etc.). Dicho señor ha padecido en algunas ocasiones delirium tremens a consecuencia de la supresión absoluta de bebidas alcohólicas”⁸⁷. Se mencionó que en su familia abundaron personas de carácter violento y que el mismo paciente “desde joven tuvo inclinación por las bebidas alcohólicas, que le han causado frecuentes gastroenteritis y cambios en su psiquismo pues se ha vuelto violento, agresivo, sufre cuando se priva del alcohol fuertes

⁸⁷ AHSS, F-MG, S-EC, Exp. 13964, f. 5.

insomnios”, además, al describir su delirio se hizo énfasis en que “la presencia del enfermo es intolerable en su casa, los vecinos se quejan de él por sus grandes escándalos que da. Habiendo ocupado puesto de alguna categoría, ha dejado en la actualidad a su familia en la desgracia, todo debido al alcohol”⁸⁸.

Al igual que en el periodo anterior los principales diagnósticos fueron los de alcoholismo crónico y psicosis alcohólica, aunque cobraron importancia los diagnósticos de confusión mental alcohólica, alcoholismo y *delirium tremens*, y comenzaron a aparecer el alcoholismo cerebral y la alucinosis alcohólica, los cuales pasarán a ser muy importantes en periodos siguientes (ver Tabla 3). La literatura médica se centró en el tratamiento y, en menor medida, en la definición de síntomas específicos de algunas patologías relacionadas al consumo de alcohol sin desligarse de una concepción hereditaria.

Eliseo Ortiz y Núñez en su tesis de medicina en 1921 argumentó que el alcoholismo era un “azote moderno” definido como la intoxicación por las bebidas alcohólicas, a diferencia de la embriaguez que era tan antigua como la humanidad. Como etiología mencionaba que “el hombre ávido siempre de sensaciones y goces, busca con ardor lo que puede procurarle nuevos placeres”⁸⁹, además de la intervención de factores como las condiciones sociales, la edad (principalmente la edad adulta), el sexo, clima y la ignorancia de aquellos seres “que nunca han cultivado su inteligencia”. Sin embargo, el peso de la herencia continuó marcando gran parte de la etiología del alcoholismo, lo que se reflejó en afirmaciones acerca de que “ciertos individuos traen por decirlo así, desde su nacimiento,

⁸⁸ *Ibíd.*, f. 10.

⁸⁹ Eliseo Ortiz y Núñez, *El alcoholismo desde el punto de vista médico legal*, México, Tesis medicina, UNAM, 1921, p. 20.

un gusto muy marcado por las bebidas alcohólicas que los induce de manera irresistible a beberlas, cometiendo abusos cotidianos, y la herencia se manifiesta tal, hasta en niños...”⁹⁰.

Ortiz y Núñez definió el alcoholismo agudo como el estado que se observa después de un exceso pasajero de bebidas espirituosas, con síntomas como “perturbaciones de la inteligencia, de los sentidos y de la contracción muscular. Su estudio clínico comprende tres grados: 1. De excitación, 2. De exaltación y 3. De depresión”⁹¹. También definió el alcoholismo crónico como el conjunto de desórdenes locales y generales que se engendraban en un individuo debido al uso prolongado de bebidas espirituosas, el cual tenía efecto sobre todos los órganos del cuerpo (hígado, bazo, riñones, estómago, entre otros), y una “predilección por el sistema nervioso (central y periférico)” con manifestaciones como alteraciones de la sensibilidad, la motilidad y alteraciones psíquicas⁹².

Otros estudios mencionaron la especial influencia que tenía el alcoholismo en la formación de delirios sistematizados alucinatorios. Francisco Núñez Chávez en su tesis de medicina en 1926 relacionó el alcohol con la forma confusional primitiva⁹³, y se indicó que era una forma relacionada siempre con un origen tóxico, la cual se observaba en alcohólicos y toxicómanos. Es importante señalar que esta tesis se inscribe en los debates

⁹⁰ *Ibíd.*, p. 20. Incluso para el año 1930 se encontraron estudios como el artículo del Dr. Flores Caneda, en los que se continuó exponiendo las consecuencias hereditarias del alcoholismo. Ver: A. Flores Caneda, “Alcoholismo y procreación”, *Boletín del Departamento de Salubridad Pública*, v. 1, n. 4, 1930, p. 1099-1101.

⁹¹ Ortiz y Núñez, *op. cit.*, p. 23.

⁹² *Ibíd.*, p. 31-32.

⁹³ Francisco Núñez Chávez definió la forma constitucional primitiva del delirio como un estado caracterizado por “amencia inicial, verdadero delirio onírico que desaparece para dejar una idea directriz fija, alrededor de la cual se forman interpretaciones y alucinaciones” Ver, Francisco Núñez Chávez, *Estudio clínico de los delirios sistematizados alucinatorios*, México, Tesis Médico Cirujano, UNAM, 1926, p. 74.

que desde el siglo XIX cuestionaban si el alcoholismo era una forma propia de enfermedad mental o el detonante de otras enfermedades que la persona traía consigo latentes pero no se han hecho manifiestas. Al respecto Núñez Chávez afirmó que el tóxico creaba una perturbación mental pasajera y despierta en la persona una perturbación mental latente⁹⁴.

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

Insomnio rebelde y persistente, alucinaciones múltiples y terroríficas en su mayor parte, delirio en relación con los trastornos sensoriales y presentando la particularidad de dar lugar al regreso momentáneo de la conciencia, cuando se llega a despertar la atención del enfermo; locuacidad, necesidad de actividad y movimiento, tendencia a escapar, temblor y desórdenes musculares. Además el modo de invasión de los accidentes, su marcha, su duración y por último, los conmemorativos contribuyen generalmente a formar un conjunto muy claro⁹⁵.

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

⁹⁴ Núñez Chávez, *op. cit.*, p. 74.

⁹⁵ Diódoro Serrano, *Algunas consideraciones sobre la acción terapéutica de la hioscina y del somnifene en el Delirium Tremens*, México, Tesis Medicina, Facultad de Medicina, UNAM, 1930, p. 33.

en palabras de este médico. El *delirium tremens* constituía por lo tanto una manifestación aguda del alcoholismo crónico, "caracterizada principalmente por perturbaciones psíquicas del tipo confusión mental alucinatoria, acompañada de trastornos intensos de la sensibilidad y del movimiento"⁹⁶ y que debía ser considerada como una entidad etiológica y patogénica diferente en sus grandes trazos sintomáticos.

El diagnóstico de alucinosis alcohólica, para el que se tienen registros a partir de este periodo en la muestra de ingresos a La Castañeda (ver Tabla 3), fue definido por Tapia García como unas psicosis que difieren de los otros delirios sistematizados por la existencia paralela de síntomas de la intoxicación etílica, ser secundarios al *delirium tremens* y por los síntomas temporales de origen tóxico que modifican su aspecto clínico habitual. En un estado de alucinosis dominan las alucinaciones auditivas, aunque estas ya predominen en el *delirium tremens*. El enfermo oye voces de dos o más personas que hablan de él amenazándolo o insultándolo, se repite la misma frase o incluso oye su propio pensamiento. Aparecen alucinaciones visuales, táctiles y del olfato y gusto, como también cenestésicas. La orientación pocas veces se desvía y cuando lo hace es debido a las alucinaciones auditivas. Predomina la angustia y la intención de comunicar la verdad, además de los celos sexuales que pueden llegar a constituirse como idea delirante⁹⁷.

La dipsomanía consistía en un padecimiento en que el enfermo se entregaba a la bebida en excesos alcohólicos que están separados por intervalos más o menos largos entre los cuales permanece sobrio y su actitud es normal, por lo que los excesos alcohólicos no

⁹⁶ *Ibíd.*, p. 12.

⁹⁷ Rodolfo Tapia García, *Contribución al tratamiento del alcoholismo crónico*, México, Facultad de Medicina, UNAM, 1930, p. 82-83.

constituyen la propia enfermedad. Tapia García tomó este concepto de Magnan y argumentó que el dipsómano era enfermo solamente porque ha bebido⁹⁸. También explicó que la tendencia a la bebida los lleva a que cuando no la tienen tomen cualquier producto que tenga alcohol o se lo procuren a costa de cualquier sacrificio y una vez terminado el acceso alcohólico el dipsómano se arrepiente, sintiendo disgusto por las bebidas hasta el punto de prometer alejarse de ellas, por lo que solicita su internamiento cuando siente que no es capaz⁹⁹.

Aunque este último diagnóstico no representó un gran porcentaje en el periodo (ver Tabla 3) fue muy importante debido a que a partir de él, años más tarde, comenzó a definirse qué tipo de alcohólicos debían ingresar a la institución. En los casos en los que alternaban periodos de sobriedad y recaídas, aparecía clara la relación entre la violencia y la necesidad del internamiento. Un ejemplo de un caso de dipsomanía es el de Rodolfo R. quien ingresó al Manicomio el 26 de abril de 1926 y tuvo alta un mes después por solicitud de su hermano. En su segundo ingreso, el 11 de junio de 1927, se anota que “después de su salida del establecimiento duró seis meses sin tomar, al cabo de los cuales reincidió y duraba tres o cuatro días bebiendo, durando hasta 15 o 20 en descanso. Últimamente no ha suspendido la bebida hasta encontrarse en la situación actual”. También se anotó en su expediente que a partir de 1915 comenzó a tomar dosis cortas de mezcal para evitar contagiarse de la epidemia de tifo, lo que acabó en embriagueces diarias desde cuatro años antes de su internamiento. En el interrogatorio de su segundo ingreso se muestran claramente los síntomas anotados anteriormente:

⁹⁸ *Ibíd.*, p. 87.

⁹⁹ *Ibíd.*, p. 88.

Su padecimiento mental se manifestó varios días antes de su ingreso y refiere el enfermo que fue ocasionado porque su señora lo encerró en su casa no dejándolo tomar. Que se violentó saliéndose a la cantina donde ingirió gran cantidad de alcohol- A este establecimiento en lo ingresó excitado ligeramente y con síntomas de 2º grado de embriaguez aguda // En los días que duró en observación siguió excitado; insultando al personal de palabra y tratando de golpearlos porque lo registraron; no durmió y frecuentemente fue atacado de vómito mucoso // A este servicio ingresó ya tranquilo, conectado, comedido; tomando sus alimentos con gusto y durmiendo bien. // Mentalmente no presenta nada de anormal, refiriendo el enfermo que el deseo de tomar se le manifiesta después de un disgusto aún ligero y que una vez tomando ya no es dueño de detenerse habiendo necesidad de que lo encierren por fuerza en su casa para dejar de tomar¹⁰⁰.

Este tipo de casos influyeron a que el promedio de duración del internamiento de estos pacientes fuera inferior en relación con los demás grupos de enfermedad. Los alcohólicos permanecieron alrededor de 8.58 meses, una estancia muy corta si se compara con los 20.03 meses de la población general. Si bien se clasificaron unos síntomas propios de la locura alcohólica, la rápida remisión de los síntomas y la violencia observada por los médicos llevó a que el internamiento de este tipo de pacientes se hiciera ambiguo y que médicos como García Tapia vieran necesaria una reforma al sistema asistencial debido a que estos individuos llenaban el Manicomio y la cárcel por no haber lugar para tratarlos.¹⁰¹ La Castañeda sirvió entonces a las diferentes instancias para internar a sus bebedores y a su desintoxicación por medio de la supresión del agente causal, lo que llevaba a que remitieran rápidamente los signos y síntomas de enfermedad.

¹⁰⁰ AHSS, F-MG, S-EC, Caja 190, Exp. 10649, f. 23.

¹⁰¹ Tapia García, *op. cit.*, p. 91.

Las altas por mejoría fueron el principal motivo de salida en el periodo (ver Tabla 5). Si se atiende a este dato, y se tienen en cuenta los porcentajes de alta por curación, remisión y no ameritar internamiento, más los tratamientos mencionados para el periodo, podría pensarse en una gran efectividad terapéutica de la institución. Ahora bien, a finales de la década de 1920 las concepciones médicas acerca del alcoholismo y sus diversas manifestaciones comenzaron a variar. Es muy importante resaltar la labor en esta materia de médicos como Armando R. Gordillo, Diódoro Serrano y Rodolfo Tapia García que realizaron sus prácticas tanto en el Hospital General como en La Castañeda, ya que se enfocaron en analizar las manifestaciones clínicas de pacientes alcohólicos. El tratamiento del *delirium tremens*, enfermedad que comenzó a interesar a médicos en el periodo, fue uno de los tópicos más trabajados, con las propuestas de tratarlo con hioscina y somnifene¹⁰².

Gordillo recomendaba para el tratamiento del delirio toxi-alcohólico o *delirium tremens*, previa discriminación del síndrome formado y del fondo del delirio, la inyección subcutánea de uno o dos centímetros de una solución compuesta de: Sulfato de atropina (0.01 g.), sulfato de estricnina (0.02 g.), agua destilada para 20 c.c.. Esta solución debía inyectarse al enfermo dos o tres veces al día para excitar el simpático y que su antagónico variara en sentido inverso, y así controlar el desequilibrio que guarda el sistema órgano-vegetativo en el delirante¹⁰³.

Otro de los tratamientos propuestos para esta enfermedad también fue el uso de Hioscina, implementado por Diódoro Serrano en 19 pacientes del Hospital General y cuatro

¹⁰² Armando R. Gordillo, *Contribución al estudio del delirio toxialcohólico y su tratamiento*, México, Tesis Medicina, UNAM, 1928; Diódoro Serrano, *op. cit.*

¹⁰³ Gordillo, *op. cit.*, p. 94-95.

del Manicomio La Castañeda. Este era un principio activo de naturaleza alcalóidica, extraída de hojas y semillas de las plantas Solanáceas (“*Hiosciamus niger*, *Duboisia myrioides*, las *escopolias atropoides*, *carniólica* y *japónica*, la *atropa de belladona*...”¹⁰⁴). Su administración era de forma digestiva o hipodérmica, tenía un efecto sedativo que debía “usarse especialmente en casos de insomnio complicado o debido a excitación cerebral, siendo sobre todo digno de atención en casos de delirio activo”¹⁰⁵, entre los que resalta el *delirium tremens*.

Serrano también propuso el empleo de *somnifene*, un producto derivado de la urea (de compuestos barbitúricos, contenía dialcoilbarbiturato de dietilamina, elemento activo), el cual, según señalaba, era el menos tóxico de los empleados hasta ese momento¹⁰⁶. Las formas de aplicación eran digestiva, intramuscular o endovenosa, y alrededor de 30 minutos después de su aplicación, desaparecía el delirio y la agitación, y el paciente entraba en un sueño profundo y tranquilo, por lo que se recomendaba usar en casos de insomnio, manía aguda, de excitación y, en palabras del autor, “particularmente en el *delirium tremens*, donde ha dado resultados muy satisfactorios”¹⁰⁷.

Uno de los psiquiatras que hicieron mayor énfasis en el estudio de los tratamientos de alcohólicos fue el ya mencionado Rodolfo García Tapia. Su propuesta, basada también en la práctica clínica en el Hospital General y el Manicomio, consistió en la denominada “autoseroterapia”, la cual consistía en la inyección subcutánea o intravenosa de “suero

¹⁰⁴ Diódoro Serrano, *op. cit.*, p. 46.

¹⁰⁵ *Ibid.*, p. 49.

¹⁰⁶ *Ibid.*, p. 52.

¹⁰⁷ *Ibid.*, p. 52.

humano normal”, con la intención de que se produjera una reacción general, en el momento en el que el suero se hiciera tóxico para el organismo homólogo, y esa transformación generara la reacción”¹⁰⁸.

Como hemos visto, entre 1920 y 1933 hubo una enorme preocupación social por el alcoholismo, lo cual llevó a que el Estado impulsara, leyes, ligas antialcohólicas, movimientos y campañas oficiales para combatir el consumo. La respuesta de los médicos ante la gran cantidad de alcohólicos remitidos por la policía fue intentar definir algunos síntomas propios de los estados asociados al alcoholismo y desarrollar terapéuticas que mitigaran el alcoholismo patológico. Sin embargo, la ambigüedad en los criterios de internamiento y el peso de la herencia como criterio diagnóstico se mantuvo. Como se verá en el siguiente apartado, los problemas de hacinamiento debido al constante ingreso de alcohólicos al Manicomio plantearon a los psiquiatras la necesidad de definir cuáles bebedores eran sujetos propicios para la intervención de la pericia psiquiátrica por ser comparables al resto de enfermos mentales.

3. De la herencia alcohólica hacia lo social/ambiental

3.1 1934-1953: *Los dipsómanos no son enfermos mentales “francos”*

Con anterioridad se señaló que médicos como Francisco Núñez Chávez consideraron que el alcoholismo era un factor desencadenante de delirio y no un cuadro clínico como tal, debate heredado de los médicos europeos, especialmente el alemán Kraepelin, quien puso en entredicho el carácter del alcoholismo como una “enfermedad mental propiamente dicha” y

¹⁰⁸ Tapia García, *op. cit.*, p. 99.

analizó el consumo de bebidas más como un posible desencadenador de enfermedades latentes que traía la persona consigo y no se habían hecho manifiestas¹⁰⁹.

Las ideas que se tenían en torno a alcoholismo muestran que los médicos mexicanos estuvieron preocupados por las consecuencias que el consumo de alcohol podía tener para la salud pública, llegando al punto de equipararlo con cualquier epidemia que podía poner en riesgo el bienestar y la salud colectiva¹¹⁰. En otras palabras, el consumo de alcohol representó para los médicos algo que traspasaba el ámbito individual y debía ser tratado para evitar las consecuencias colectivas. Desde 1929 hubo un interés por parte de médicos que hicieron sus prácticas en La Castañeda para definir, desde la clínica psiquiátrica, estados como el delirium tremens, el alcoholismo crónico, y sus posibles tratamientos. Es decir, a partir de la década de 1930 hubo un intento de psiquiatrización del alcoholismo que puede ser entendido como la definición de síntomas precisos de los trastornos mentales de los alcohólicos que justificaran su internamiento con base en la posibilidad de ser homologados con los enfermos mentales “francos”¹¹¹. Este proceso se vio obstaculizado por las dificultades terapéuticas que un sitio como La Castañeda podía ofrecer a este tipo de pacientes, por lo que los médicos señalaron constantemente una necesaria reforma asistencial y la creación de instituciones más adecuadas para tratar a los alcohólicos.

¹⁰⁹ Lanteri-Laura, *op. cit.*, p. 150.

¹¹⁰ Ernesto Aréchiga Córdoba señala que desde 1918 con la creación del Departamento de Salubridad, este asumió las labores de “regular la legislación sanitaria de la República, vigilar la policía sanitaria de los puertos, costas y fronteras, tomar medidas contra el alcoholismo, las enfermedades epidémicas y contagiosas, y difundir los preceptos de la higiene en la población”. Ver Aréchiga, *op. cit.*, p. 123.

¹¹¹ Alfonso Millán utilizó la expresión de enfermos mentales “francos” para referirse a las personas con trastornos mentales observables que indudablemente eran sujetos a intervenir por la psiquiatría, tales como psicóticos y dementes. Los dipsómanos, según él, poseían una conducta muy diferente a la de los alienados y necesitaban tratarse en sitios de otra naturaleza diferente al manicomio. Ver: Millán, *op. cit.* s/p.

Este periodo es de vital importancia para el estudio del alcoholismo dentro del Manicomio debido a la activa labor de Alfonso Millán (1906-1975)¹¹² en la dirección de la institución entre agosto de 1934 y agosto de 1939¹¹³. Millán, como se señalará adelante, realizó una clasificación de tres tipos de alcohólicos con el fin de priorizar cuáles necesitaban internamiento en instituciones psiquiátricas y cuáles no. Además de ello se cuenta con la comisión hecha por parte de la Dirección General de Asistencia en 1939 a Leopoldo Salazar Viniegra para cooperar en la lucha contra el alcoholismo, y la labor de Edmundo Buentello en la dirección del Manicomio.

El porcentaje de alcohólicos que ingresaron entre 1934 y 1953 aumentó considerablemente, y llegó a ser la cifra más alta de ingreso de alcohólicos durante todo el funcionamiento de La Castañeda. De igual manera hay que señalar que fue un periodo en el que la población del Distrito Federal creció considerablemente, explicado no solo en el crecimiento vegetativo de la población sino también en la alta migración desde otros lugares del país¹¹⁴. Durante estos años la población psiquiátrica estuvo en aumento y,

¹¹² Alfonso Millán fue un médico nacido en Sinaloa comenzó estudios de medicina en México pero terminó su carrera en París con la tesis “La inadaptabilidad social de los epilépticos y su papel en la delincuencia”. Hizo una especialización en medicina legal y en 1929 regresó a México e ingresó a La Castañeda como médico. Fundó en 1937 la Liga Mexicana de Higiene Mental y editó la *Revista Mexicana de Higiene Mental*, órgano de la mencionada liga. También se pronunció por la legislación en beneficio de los enfermos mentales y “manifestó la necesidad de impulsar medidas institucionales para alcanzar los objetivos de la higiene mental. Ver: Andrés Ríos Molina, *Cómo prevenir la locura. Psiquiatría e higiene mental en México, 1934-1950*, (en prensa).

¹¹³ “Relación de directores que ha tenido el manicomio General, de Mixcoac D.F., desde su inauguración en el año de 1910, hasta su clausura en el año de 1968”. AHSS, Fondo Manicomio General, Legajo 57, Expediente 11, f. 1.

¹¹⁴ Según ilustra Pablo Piccato en 1921 la población de la Ciudad de México era de 615327 habitantes y el Distrito Federal contaba con 906063. En 1930 la población de la Ciudad de México casi se duplica al punto de contar con 1029068 habitantes y el D.F. con 1229576. Para 1940 ya habían 1802679 habitantes en la Ciudad de México y 1757530. Estas cifras nos hablan de un rápido crecimiento demográfico que llevó a que los viejos límites geográficos de la ciudad se vieran rebasados. Ver: Pablo Piccato, *Ciudad de sospechosos...*, p. 346.

respecto al periodo anterior, se duplicó. Aunque el número de alcohólicos fue el más alto durante todo el periodo de la muestra recogida, ya que ingresaron el 31.3% de todos los alcohólicos registrados, solamente representó el 12.6% de los ingresos totales del periodo (ver tabla 2).

Este periodo resulta particularmente importante para los objetivos de esta investigación debido a que el discurso médico sobre alcoholismo llamaba la atención sobre los daños que traía el consumo de bebidas sobre el organismo y la desendencia, haciendo hincapié constantemente en la relación constante entre alcoholismo, crimen y locura¹¹⁵. Además, corresponde al inicio de Campaña contra el Alcoholismo y las Toxicomanías, dirigida por la Beneficencia, que se puso en marcha con el gobierno de Lázaro Cárdenas (1934-1940)¹¹⁶.

La policía dejó de ser una de las principales instancias remitentes y cobraron vital importancia las instituciones de beneficencia y asistencia pública (ver Tabla 4). Resulta interesante observar esa estrecha relación entre las instituciones de Beneficencia y La Castañeda, vista a través de los expedientes administrativos y la correspondencia de la institución. Ejemplo de ello ocurre en 1936 cuando Alfonso Millán y Alonso Priani fueron comisionados por parte de la Dirección Antialcohólica y la Campaña contra el Alcoholismo y otras Toxicomanías para participar en el Primer Congreso Nacional contra el Alcoholismo en México, celebrado en Puebla entre el 24 y 31 de octubre del año en

¹¹⁵ Véase Nadia Menéndez Di Pardo, *op. cit.*

¹¹⁶ La campaña contra el alcoholismo, aunque tenía fuertes connotaciones pedagógicas, también tuvo una faceta coercitiva que puede evidenciarse en los ingresos de toxicómanos al Hospital Federal de Toxicómanos enviados por dicha campaña. Ver capítulo sobre toxicomanías en este libro.

mención¹¹⁷. Millán presentó un trabajo titulado *Trastornos mentales y alcoholismo en México*, el cual básicamente recogía sus postulados respecto al ingreso de alcohólicos al Manicomio General La Castañeda que venía exponiendo desde 1934.

En la clasificación de los tipos de alcohólicos que había elaborado Millán se especificó que la propuso ante el Departamento Médico de la Beneficencia Pública como base para el internamiento de alcohólicos en La Castañeda, a falta de una legislación sobre enfermos mentales y alcohólicos en el país. Para Millán habían tres tipos de alcohólicos: los que presentaban trastornos mentales permanentes o crónicos como estados demenciales, los que tenían psicosis agudas o estados delirantes como el delirium tremens y, por último, los dipsómanos sin trastornos mentales constituidos cuyos trastornos aparecían solamente después de beber¹¹⁸. Para los dos primeros propone que su ingreso se pudiese hacer bajo la categoría de indigentes o no pensionistas, mientras que los últimos no podían compararse con los enfermos mentales “francos” y solamente podían ingresar como pensionistas de primera clase¹¹⁹.

Dicha propuesta fue aprobada el 14 de enero de 1935 por lo que se incorporó al reglamento de la institución¹²⁰ y condicionó la práctica clínica en el sentido que las psicosis alcohólicas y los cuadros clínicos en los que el alcohólico deliraba son preponderantes en relación con los que presentaban intoxicaciones agudas o síntomas pasajeros. Podemos observar que el diagnóstico principal es el de psicosis alcohólica y en segundo lugar el

¹¹⁷ AHSS, F-MG, S-ADM, Caja 5, Exp. 17, f. 1.

¹¹⁸ Los alcohólicos de tipo dipsómano comenzaron a ser enviados al Hospital Federal de Toxicómanos que inició funciones en 1931 en las instalaciones del Manicomio. Los alcohólicos que no presentaban trastornos mentales antes de la bebida, al ser equiparables a los toxicómanos, eran ingresados a dicho hospital.

¹¹⁹ AHSS, F- MG, S-ADM, Caja 17, Exp. 15, f. 1.

¹²⁰ *Ibíd.*, f. 2.

alcoholismo cerebral. La etiqueta alcoholismo crónico le continuó y, especialmente, el delirium tremens se convirtió en el cuarto diagnóstico más empleado en el periodo. Los casos de alcoholismo agudo y dipsomanía se redujeron considerablemente debido a que estos dejaron de ser considerados como trastornos que necesitaban del manejo psiquiátrico (ver Tabla 3).

Alfonso Millán fue muy enfático en que “los dipsómanos, por la naturaleza de sus trastornos, no ameritan internamiento en un establecimiento de la naturaleza del Manicomio General”, lo que puede explicar la notable reducción de este tipo de pacientes en este periodo. Para él, los dipsómanos planteaban al Estado un problema de asistencia social bastante complejo ya que no se les podía abandonar en su situación, además afirmó que eran de una “peligrosidad social que no se puede desdeñar”, por la influencia perjudicial que representaban a la familia e hijos, y por ser capaces de cometer “actos antisociales de mayor trascendencia y peligrosidad”¹²¹. Por lo tanto, los dipsómanos eran para él más comparables a los toxicómanos por otros tóxicos como heroína o morfina que al resto de los dementes. Los grupos de alcohólicos que sí ameritaban internamiento, según sus apreciaciones, constituían por lo menos el 20% de la población del Manicomio, mientras que los dipsómanos no ameritaban internamiento pero sí constituían un peligro desde el punto de vista social por ser “incapaces de una vida de adaptación a la sociedad y que no pueden ser el sostén regular de la vida familiar, siendo capaces de reacciones antisociales graves”¹²².

¹²¹ Millán, *op. cit.*, s/p.

¹²² *Ibidem*.

Este tipo de experiencias nos muestra que la labor de los médicos fue fundamental para entender el alcoholismo, al punto de que su voz se convirtió en gran influencia en las propuestas de reglamentos y políticas de salud pública. Otro ejemplo es la estancia de Leopoldo Salazar Viniegra en Ginebra en el año 1939, quien participó como delegado en la Conferencia del Opio. A petición del entonces director de La Castañeda el Dr. Manuel Guevara Oropeza, que envió una carta al Director General de Asistencia el Dr. Carlos Calderón, mencionando la existencia de problemas con el internamiento de toxicómanos, alcohólicos y su tratamiento en el medio manicomial. Se resolvió que Salazar Viniegra pasaría cuatro meses a goce de sueldo para que realizara en Suiza estudios acerca de dichos problemas¹²³. Dicha propuesta fue aceptada y se comisionó también a Salazar Viniegra para que “en su representación, se sirva orientar los trabajos que desea realizar el Comité Central de Lucha contra el Alcoholismo, a fin de que por los informes de usted se estudie la manera de cooperar con la agrupación de referencia”¹²⁴.

Sin embargo, en el círculo médico la discusión respecto al alcoholismo y su constitución como enfermedad mental siguió siendo confusa. Desde 1934 algunos médicos buscaron la forma de tratar el alcoholismo crónico y sus episodios de *delirium tremens*, dando el carácter de entidad nosológica independiente a las dos enfermedades mencionadas.¹²⁵ También se hicieron estudios en 1942 sobre el alcoholismo crónico en los

¹²³ AHSS, F-MG, S-ADM, Caja 5, Exp. 17, f. 29.

¹²⁴ *Ibid.*, f. 31.

¹²⁵ Antonio Tena, “La acción del clorhidrato de emetina en el tratamiento del alcoholismo y sus complicaciones”, *Revista Mexicana de Psiquiatría, Neurología y Medicina Legal* vol. 1, núm. 4, 1934, p. 25-31; José Ayala Arredondo, *El clorhidrato de emetina en el tratamiento del alcoholismo crónico y su episodio agudo, el delirium tremens*, México, Tesis Medicina, UNAM, 1934.

que se constituía como una entidad aislada¹²⁶. No obstante, la discusión se tornó problemática cuando Edmundo Buentello argumentó en 1944 que el alcoholismo crónico no constituía una entidad nosológica como tal, debido a que a ese estado llegaban “multitud de sujetos de todas las clases y de todos los tipos psicopatológicos y psiquiátricos”¹²⁷, aunque sí proporcionaba ciertas características como egoísmo, cambios en los sentimientos altruistas, pérdida de sentimientos superiores, del honor, de la aptitud para el trabajo, con lo que rayaba en la vagancia y holgazanería por “aparición de un estado psíquico de especial inercia”¹²⁸. Este cuadro clínico, al que bien podrían llegar diversos individuos, se diagnosticaba mediante la lectura de los síntomas mencionados además de otros como las consecuencias sociales y familiares como el abandono del trabajo, de las obligaciones de padre, la transgresión de disposiciones y reglamentos policiales y, posteriormente, la comisión de delitos de diversas clases¹²⁹.

La elaboración del diagnóstico de alcoholismo fue notablemente ambigua a pesar de los intentos de clasificación. Como lo señalaron los médicos, la rápida desaparición de los síntomas de enfermedades mentales de los alcohólicos, reflejada en los cortos promedios de internamiento, fue uno de los inconvenientes para comparar este tipo de pacientes con los enfermos mentales “francos”. Aunque el promedio de duración del internamiento aumentó respecto al periodo anterior, y pasó de 8.58 a 11.11 meses, siguió siendo inferior comparado con los 20.03 meses que en promedio duraban internados los demás enfermos

¹²⁶ José Sol, “El alcoholismo crónico”, *Revista Mexicana de Psiquiatría, Neurología y Medicina Legal*, vol. 6, núm. 36, 1940, p. 33-46.

¹²⁷ Edmundo Buentello, “Errores de conducta del alcohólico crónico y sus consecuencias sociales. La Cantina como creadora de riesgos”, *Archivos de Neurología y psiquiatría de México*, v. 7, n. 1, 1944, p. 12-13.

¹²⁸ *Ibid.*, p. 13.

¹²⁹ *Ibidem*.

mentales. Además de ello, se han encontrado casos en los que, debido a los estigmas sociales que podía generar tener un familiar en el Manicomio, la familia ocultaba el alcoholismo del enfermo por lo cual era difícil conocer la etiología del trastorno, elaborar el diagnóstico e implementar un tratamiento eficaz¹³⁰.

El principal motivo de salida fue por solicitud familiar o del responsable. En el reglamento se especificaba que se podía conceder este tipo de alta siempre y cuando el paciente no tuviese cuentas pendientes con la ley. En ocasiones puede verse que algunos pacientes que salían por solicitud de su familia no se encontraban recuperados, lo que ocasionaba que los directores de la institución se opusieran a su salida, sin embargo, debían concederla por la solicitud realizada. Muestra de ello se tiene el caso de Balbino I. quien ingresó a la Castañeda el 3 de agosto de 1940 y fue diagnosticado con confusión mental alcohólica. Este paciente fue examinado por Alfonso Millán y trasladado al pabellón de observación al ingresar. El día 20 del mismo mes, según opinión de Edmundo Buentello pasó al pabellón de toxifrénicos ya que se encontraba débil, pálido y alucinado, sin hallar palabra alguna, en gran agitación, con golpes y contusiones en todo el cuerpo que el mismo enfermo se había causado la noche anterior en su celda. Además de su avitaminosis, se anotó que se encontraba en estado casi de estupor¹³¹.

Balbino I. se encontraba desorientado en tiempo y lugar pues creía que estaba en Pachuca, además afirmaba que era “la maravillosa fecha de la virgen de Guadalupe”. Hacía

¹³⁰ Ejemplo de ello fue un paciente que ingresó el 26 de agosto de 1947 y no se pudo realizar un diagnóstico de presunción. El médico Pizarro Suarez anotó que, para la elaboración del diagnóstico, “habrá que deslindar hasta qué punto oculta la familia la aportación alcohólica para poder dar a esta papel etiológico”, AHSS, F-MG, S-EC, Caja 635, Exp. 32899, f. 3.

¹³¹ AHSS, F-MG, S-EC, Caja 457, Exp. 23999, f. 6.

reverencias y exclamaba que “el señor cura me dijo que no hay sino un solo dios...”. A pesar de que se menciona la eficacia del tratamiento seguido (suero Glucosado 100grs con ½ amp. de adrenalina – diarios 5. Yodoformina – 1 diaria – 5 musculares)¹³², y de que por temporadas se calmaba, se informó que “hace días se venía quejando del estómago y que hace dos días se descompuso más o menos bruscamente, y se dedicó a hablar mucho, de la virgen, de sus compañeros, incoherentemente; se agitaba iba y venía, rompía la ropa, no dormía, etc etc. Que toma su pulquito, dos o tres litros al día, pues “como ahí lo tiene” (él lo cultiva y explota)”¹³³.

El 24 de agosto de 1940 se anotó en su expediente que debe seguirse el tratamiento que lo ha mejorado (suero glucosado, nicotil) y que el cuadro psiquiátrico en la actualidad era el mismo, aunque comenzaba a disiparse. El diagnóstico dado en esta ocasión fue de psicosis confusional alcohólica. Este paciente continuó internado hasta el 9 de octubre del mismo año cuando su padre solicitó se le concediera el alta. Resulta llamativa la respuesta Buentello que, aunque sabiendo que no debía salir el enfermo, la concede, no sin antes anotar que Balbino I. “no está suficientemente recuperado. NO debe salir con permiso. Si insisten, que salga de alta, bajo su misma responsabilidad del solicitante”¹³⁴.

En una circular elaborada por Francisco Núñez Chávez en 1950, año en el que era el director del Manicomio, alertó a los médicos a que solamente reciban enfermos con verdaderos síntomas mentales, debido a que “de los pabellones de observación se ha estado dirigiendo a mí con mucha frecuencia para manifestarme que en algunas guardias se

¹³² *Ibíd.*, f. 6.

¹³³ *Ibídem.*

¹³⁴ Mayúsculas propias del documento. *Ibíd.*, f. 9.

reciben enfermos que no ameritan el internamiento y con ello se entorpece demasiado el trabajo de dichos pabellones de observación”, lo que demuestra que para entonces definir claramente la locura alcohólica era una labor difícil que obstaculizaba las tareas de la institución por el hacinamiento que generaban los alcohólicos pues no presentaban “cuadros definitivos de enajenación mental”¹³⁵.

Aunque entre los años 1934 y 1953 se ahondó en el establecimiento de dichas categorías, la clasificación nosológica del alcoholismo continuó siendo ambigua y, como en el caso de Buentello, se mencionó que uno de los cuadros más diagnosticados en la institución –el alcoholismo crónico– no constituía una entidad como tal, por lo que, para final de este periodo de nuevo el alcoholismo es visto como causa y no como enfermedad mental como tal, cuestión que fue fuertemente imbuida por la necesidad de reclasificar los alcohólicos para solucionar el problema institucional del hacinamiento. También puede afirmarse que los intentos de clasificación sintomática del alcoholismo llevaron a que paulatinamente el diagnóstico etiológico perdiera importancia al final de este periodo, y al igual que en el siguiente apartado, la familia estuviera en constante diálogo con la institución psiquiátrica internando o retirando a sus enfermos y sirviera como intermediaria entre el conocimiento psiquiátrico y las tensiones sociales.

3.2 1954-1967: Alcoholismo, delirio, familia y sociedad

En el último periodo señalado, que va entre 1954 y 1967, coincidieron varios fenómenos que nuevamente pusieron en cuestión la pertinencia de los bebedores a sitios como el

¹³⁵ AHSS, F-MG, S-ADM, Caja 47, Exp. 1, s/f.

manicomio. Los alcohólicos en este periodo representaron el 14% de los ingresados a la institución, y el 25.8% de los ingresos de bebedores durante todo el funcionamiento de La Castañeda (Tabla 2), cifra que aumentó considerablemente, mientras que la población general decrecía, pues esta última pasó de constituir el 39.7% a tan solo el 32.4% del total de la muestra.

Para este periodo el número de ingresos de alcohólicos por año es muy variable. Por ejemplo, los años 1957 y 1966 tienen los ingresos más elevados del periodo y representan cada uno un 10% del total de ingresos de bebedores en ese intervalo de tiempo. Otros años como 1967, representaron tan solo el 3%, por lo que no es viable considerar el elevado promedio como un referente para hablar de un crecimiento en el número de alcohólicos durante el periodo. Aunque desde 1940 hubo grandes transformaciones urbanas y el país tuvo una gran industrialización, en especial el Distrito Federal, que fue factor fundamental para que aumentara la población de la capital debido a la gran migración¹³⁶, la población de alcohólicos en la institución no llegó a superar la del periodo inmediatamente anterior. Hay que señalar que durante estos años se aceleró un proceso gradual de descentralización de la asistencia psiquiátrica que venía desde 1945 y al desmonte posterior del Manicomio mediante la llamada *Operación Castañeda*, la cual llevó a su cierre en 1968 y a la apertura de granjas agrícolas alrededor del país¹³⁷.

¹³⁶ Para ver la relación de la migración, las transformaciones urbanas y el Manicomio puede verse Daniel Vicencio Muñoz, *Operación Castañeda. Un intento de reforma asistencial de la psiquiatría en México*, México, Tesis Maestría en Historia, UNAM, 2014.

¹³⁷ El primer hospital granja se fundó en San Pedro del Monte, León, Guanajuato en 1945 y para el Distrito Federal se fundó el Hospital Granja “Bernardino Álvarez”. A partir de sus fundaciones comenzó la apertura de otros tipos de hospitales granja alrededor de México. En Guadalajara se fundó la Granja “La esperanza” y en Morelia la Granja “Doctor José Torres”. A estos establecimientos les siguieron los hospitales granja “La

En estos hospitales, según afirmó el Dr. Carlos Tejada, Director del Hospital Granja “La Salud Tlazolteotl”, Zoquiapan, Estado de México, la asistencia psiquiátrica estaba auxiliada por profesionales de otras disciplinas afines, cobrando gran importancia el trabajador social quien debía influir en el medio familiar para lograr contactos positivos con el enfermo y llevar a cabo un tratamiento que no sólo se enfocara en la reducción de síntomas sino también en “la remotivación por la vida, buscando el reentrenamiento del paciente”¹³⁸. Otros médicos como el Dr. Héctor M. Cabildo Arellano, subdirector de Salud Mental de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, mencionó en 1967 que el desarrollo histórico de la lucha contra los problemas mentales en México había estado dirigido en primer lugar siempre a resolver las situaciones provocadas por el enfermo psicótico que requiere hospitalización y, en segundo lugar, a orientar la atención a desarrollar servicios externos para complementar el hospital¹³⁹, tarea última que se lograría mediante la descentralización de la asistencia.

Tabla 6. Comparación de la distribución porcentual de los diagnósticos de enfermos internados en el Manicomio General en los años 1957 y 1967.

Diagnósticos	% en 1957	% en 1967
Esquizofrenia sin especificación y sus diversos tipos	35	32
Diversos tipos de epilepsia y su asociación con otros padecimientos mentales	24	24.2

salud”, fundado en 1961 en el Estado de México; “José Sayago” en Tepexpan, Estado de México; el “Cruz del Sur” Oxaca. Cercano a 1967 se fundaron dos hospitales más en el Estado de México y uno más en Puebla. Ver: Carlos Tejada Ruiz, “Los hospitales granja”, *Salud Pública de México* t. 5, v. 9, n. 4, 1967, p. 587; el historiador Daniel Vicencio afirma que una de las causas del desmonte de La Castañeda fue que la capital fue buscada como destino por migrantes nacionales y extranjeros, especialmente en la década de 1960, lo que motivó, en parte, que se demoliera el Manicomio y se construyeran unidades habitacionales, ver Vicencio, *op. cit.*, p. 102; también puede verse Cristina Sacristán, “Un Estado sin memoria...”, p. 314-317.

¹³⁸ Tejada, *op. cit.*, p. 588.

¹³⁹ Héctor M. Cabildo Arellano, “Consideraciones sobre el problema de la salud mental en México”, *Salud Pública de México* t. 5, v. 9, n. 4, 1967, p. 503.

Deficiencia mental (debilidad, imbecilidad, idiotez)	13	15.2
Neurolúes ¹⁴⁰	5	2.3
Alcoholismo y psicosis alcohólicas	5	4.9
Paranoia y estados paranoicos	4	3
Reacción maniacodepresiva	4	4.2
Psicosis senil y presenil	3	7
Otras psicosis	4	5.1
Sin diagnósticos y no clasificables	3	2.1
Totales	100	100

Fuente: Héctor M. Cabildo Arellano, “Consideraciones sobre el problema de la salud mental en México”, *Salud Pública de México* t. 5, v. 9, n. 4, 1967, p. 505.

Según el Dr. Cabildo el alcoholismo fue el quinto diagnóstico más empleado en La Castañeda, institución que representaba el 40% de las camas psiquiátricas del país. Esa posición se mantuvo entre 1957 y 1967, generando preocupación para él debido a que “los daños psicosociales son de gran trascendencia, pues el 51% de los delitos de sangre y el 70% de los accidentes que conducen a la muerte están acompañados por el alcohol”¹⁴¹. Estas cifras que tomó del Dr. Alfonso Quiroz Cuarón¹⁴², y de su propia autoría¹⁴³, nos dan cuenta una vez más de esa constante asociación entre alcoholismo y violencia que se mantuvo vigente durante todo el funcionamiento del Manicomio.

Para este periodo desafortunadamente solo se tienen datos acerca de un 1.6% enviados por diferentes delegaciones, 1.2% fueron enviados por sus familias, 0.9% por la policía, 0.5% por el Hospital General, 0.2% por voluntad propia y un 5.2% por otras instancias (ver Tabla 4). Sin embargo, a través de los expedientes podemos ver que las

¹⁴⁰ La neurolúes es una enfermedad de origen sifilítico.

¹⁴¹ *Ibíd.*, p. 511.

¹⁴² Alfonso Quiroz Cuarón, “Alcoholismo y criminalidad”, *Criminalia*, v. 26, n. 10, 1960.

¹⁴³ Cabildo, “Consideraciones epidemiológicas sobre el alcoholismo en la República Mexicana”, *Neurología, Neurocirugía y Neuropsiquiatría*, v. 6, n. 1, 1965.

alteraciones del núcleo familiar por medio de la violencia fue uno de los motivos que siguieron marcando el paso de un bebedor a la institución.

Como lo señaló en 1967 el Dr. Mario Fuentes Delgado había una estrecha relación entre la clínica y la observación de las relaciones familiares a la hora de dar un diagnóstico y la debida asistencia. Para él era indispensable comprender el manejo que hacían los familiares con el enfermo mental, y “valorar la conducta irracional del paciente y en particular el grado de peligrosidad que pueda implicar su conducta; considerar la ruptura de la organización familiar”, no sin dejar de lado la consideración del desajuste emocional del miembro enfermo y el núcleo familiar, cuestión que por el “cúmulo de prejuicios y apreciaciones devalúan al enfermo como persona y a los propios familiares, a quienes la sociedad estigmatiza calificándolos como ‘familia de locos’”¹⁴⁴, por lo que en muchos casos el internamiento a solicitud familiar se constituía como una herramienta para evitar el estigma acerca de que la locura del enfermo la había heredado de su familia.

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

Relata la hermana que siempre fue un individuo muy irritable. Desde hace unos 10 años se ha vuelto un alcohólico consuetudinario y ya lleva varios de embriagarse diariamente, al

¹⁴⁴ Mario Fuentes Delgado, “Relaciones del Enfermo mental con la familia y la sociedad”, *Salud Pública de México*, t. 5, v. 9, n. 4, 1967, p. 525.

grado de que desde hace 6 meses ya no trabaja ni hace otra cosa que estar bebiendo todo el día. Desde hace 15 días ha manifestado que lo vigilan, lo persiguen, lo quiere envenenar la hermana, le dan toques, habla solo, no duerme, dice ver enmascarados en la noche que le hablan para decirle de cosas, etc. // Llega por su propio pie, no trauma reciente, se muestra rebelde, agresivo, le toma la mano a una persona y le dice que le está pasando el fluido para que le den toques, dice que su locura es la sed de las almas de la Santísima Trinidad, etc.¹⁴⁵

Este caso nos ilustra acerca de cómo la alteración del orden en el seno de la familia, por medio de la violencia y la irritabilidad, se constituyeron en móviles para el ingreso de un bebedor al Manicomio. También se puede ver la importancia que cobró el aspecto del abandono económico tanto en la decisión del internamiento por parte de los familiares, como por parte de los psiquiatras que vieron esto como un síntoma que podía ser útil en la elaboración del diagnóstico.

En 1958 ingresó un dipsómano que se sometió a un tratamiento de calcibronat 10cc diarios por vía intravenosa, además de 300mg de vitamina B1 durante diez días. El día 29 de enero de 1958, la Dra. Andaluz mencionó que el paciente:

se presenta a la consulta, arreglado con propiedad en sus ropas y en sus vestidos. Orientado en tiempo y en lugar, conciencia lucida, actitud de cooperación durante toda la entrevista. Se muestra francamente ansioso en cuanto a su posible mejoría alcohólica pues dice quiere salir bien para que su esposa no lo abandone, pues acaba de advertirle. // Se puede solicitar

¹⁴⁵ AHSS, F-MG, S-EC, C-846, E-43449, f. 10.

el alta por remisión, se entrevistará a los familiares para obtener la cooperación de ellos para que el enfermo continúe tratamiento en consulta externa¹⁴⁶.

El anterior fragmento nos permite ver que en la elaboración del diagnóstico intervenían en ese momento factores como la presentación personal, la orientación espacio temporal, y la capacidad para relacionarse con el psiquiatra y su entorno medida por la cooperación con el entrevistador. La amenaza de la disolución familiar fue el motivo por el cual dicho paciente se sometió al tratamiento. También este expediente nos permite ver que el mecanismo de consulta externa era ya una de las herramientas utilizadas en el tratamiento de los pacientes en remisión, reflejando el proceso de descentralización y transformación de la asistencia psiquiátrica en México.

En otro caso en el que se menciona también la agresividad como motivo de internamiento, se puede rastrear también el cambio en la mirada clínica. Este paciente ingresó el 14 de noviembre de 1964 a solicitud de su esposa y fue diagnosticado con psicosis alcohólica de tipo alucinatorio. En la elaboración del diagnóstico se hizo una detallada descripción de las condiciones del ingresante quien presentaba alucinaciones auditivas que no lograba definir y alucinaciones visuales que eran encubiertas por el paciente. Aunque se mostraba orientado en persona, su orientación espacio/temporal era parcial. Se anotó que su padecimiento inició un mes atrás “con delirio de persecución y de referencia. Luego se presentó el perjuicio de alucinaciones visuales y auditivas. Actualmente se ha tornado agresivo y con tendencia a la fuga escapa por las azoteas. Había

¹⁴⁶ AHSS, F-MG, S-EC, C-929, E-47564, f. 3.

predominio de las alucinaciones auditivas de contenido insultante”¹⁴⁷. El alta fue firmada el 9 de abril por la enfermera del Pabellón de Observación, María Montes de Oca, quien al hacer un conteo de los enfermos no vio a Vidal¹⁴⁸.

Durante este periodo hubo una transformación evidente en la forma de entender el alcoholismo. De una cuestión marcadamente orgánica y hereditaria comenzó a abrirse paso una definición desde lo social y ambiental, como la propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) desde 1952, que caracterizaba a los alcohólicos como “bebedores excesivos cuya dependencia del alcohol afecta su salud física o mental, así como sus relaciones con los demás y su comportamiento social y económico”¹⁴⁹. Dicha definición distaba considerablemente de las realizadas durante la primera mitad del siglo XX y se mantuvo durante la segunda mitad, cuando pasó a ser considerado como “una desviación social, como una enfermedad que debe analizarse tomando en consideración, entre otras, variables sociodemográficas tales como edad sexo, estado civil, religión, educación, nivel socioeconómico y nacionalidad”¹⁵⁰.

Entre 1954 y 1968 se internó principalmente a aquellos bebedores que presentaban cuadros clínicos en los que predominaban la ingestión prolongada de bebidas alcohólicas y estados en los que primaban las alucinaciones y delirios (ver Tabla 3). Los cuatro principales diagnósticos se refieren a los estados que presentan trastornos mentales, alucinaciones y delirios, y que habían sido señalados por Alfonso Millán como enfermos

¹⁴⁷ AHSS, F-MG, S-EC, C-1126, Exp. 57549, f. 2.

¹⁴⁸ *Ibíd.*, f. 8.

¹⁴⁹ Luis A. Berruecos Villalobos, “El alcoholismo en México: situación actual y perspectivas”, Rafael Velasco Fernández (editor), *Alcoholismo: Visión integral*, México, Trillas, 1988, p. 75.

¹⁵⁰ Berruecos, *op. cit.*, p. 75.

que podían compararse con los enfermos mentales “francos”. Los expedientes de este periodo son muy detallados en las descripciones de los síntomas y la evolución de la enfermedad, por lo que podemos ver que para el alcoholismo crónico se tenía a consideración, además de los síntomas ya mencionados, alucinaciones con puercos y elefantes, fugas en ocasiones, moderada disartria e ideas delirante de tipo persecutorio¹⁵¹.

En el caso de la psicosis alcohólica, además de la notoria clasificación sintomática de dicho estado, encontramos que en los expedientes se describen a gran detalle los contenidos de los delirios de la persona y sus comportamientos anormales. Santos M. ingresó al Manicomio el 16 de julio de 1963 a solicitud de su madre, quien relató que la antigüedad del alcoholismo del enfermo databa de 15 años atrás pero que a principios de mes “empezó a ver ratas y chinches y a mostrarse coprolático”¹⁵². En la elaboración de su expediente intervino también la trabajadora social del pabellón, quien anotó la antigüedad del alcoholismo del enfermo y que este “empezó con trastornos mentales hace 7 meses porque desde esa fecha bebe diariamente tequila y alcohol con agua. Presenta: insomnio, verborrea, alucinaciones visuales: ve ‘a su compadre’ y ‘animales’ su actitud es de temor fácilmente se irrita, no come. Hoy está agresivo. Carece de atención médica”¹⁵³. Este paciente fue dado de alta por desaparición de su padecimiento el 10 de septiembre de 1963 y el anuncio de su salida fue firmado por la trabajadora social Hermilia I. Arenas, lo que evidencia la especialización de la asistencia en materia de salud mental y la incorporación de nuevos saberes y oficios en dicha labor.

¹⁵¹ AHSS, F-MG, S-EC, Caja 1126, Exp. 54764, f. 2

¹⁵² *Ibid.*, f. 1.

¹⁵³ AHSS, F-MG, S-EC, Caja 1126, Exp. 55549, f. 4.

El *delirium tremens* ocupó el cuarto lugar en los ingresos del periodo (ver Tabla 3), y fue también descrito a detalle en los expedientes clínicos, lo que nos permite observar el interés por determinar hasta qué punto el medio y el desarrollo de la cotidianidad del individuo influían en el contenido del delirio. Puede verse el expediente de J. Trinidad, un alcohólico internado a solicitud de su esposa el 8 de octubre de 1966. En la descripción de las condiciones del ingresante se describe su constitución, las condiciones de nutrición, higiene y aliño de las que se menciona que eran malas. Se anotan las palabras del paciente, el cual se creía perseguido y afirmaba que “lo celan con mujeres , que ha robado herramienta, que a dos muchachas les ha levantado el vestido”. Aunque su lenguaje era incoherente por momentos, enunciaba y construía bien lo que decía. En su entrevista se anotó que:

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

delirantes de daño y perjuicio, creyendo que lo van a matar. Insomnio pertinaz y falta absoluta de alimento. Desde tres días atrás ha estado alucinado y delirante siendo por eso que lo internan¹⁵⁴.

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

El principal motivo de salida de este periodo fueron las solicitudes familiares (ver Tabla 5). Respecto a la relación del enfermo mental con su familia y comunidad, hay que mencionar la gran importancia que le dio el Dr. Mario Fuentes a la labor de los médicos psiquiatras en el campo de la educación y la difusión en los grupos familiares para transformar los prejuicios en informaciones lógicas y técnicas, de modo que se lograra una cabal comprensión del enfermo mental. De este modo, las propuestas del Dr. Fuentes instaban a que se realizara una “conveniente cooperación para orientaciones terapéuticas” entre en el seno familiar, en caso de ser factible. También advirtió que las instituciones psiquiátricas cada vez estaban más orientadas a la asistencia del enfermo en el medio social, es decir, se intentaba mantener el vínculo familiar y del paciente con la

¹⁵⁴ AHSS, F-MG, S-EC, C-1186, Exp. 60574, f. 2.

comunidad.¹⁵⁵ Estas declaraciones pueden ayudar a explicar el elevado porcentaje de altas por solicitud familiar.

Pese al grado de complejidad que se detalló en las descripciones de los síntomas, y a que los tipos de alcoholismo que se admitieron para tratar en el ámbito psiquiátrico fueran los que presentaban trastornos mentales como constantes alucinaciones, delirios y accesos de violencia, el promedio de duración del internamiento durante estos años se redujo considerablemente pues pasó de 11.11 en el periodo anterior, a tan solo 6.44 meses, cuestión que está íntimamente relacionada con el alto porcentaje de retirados por la familia y el gran número de altas por remisión.

Respecto a la muerte de pacientes psiquiátricos el Dr. Cabildo señaló que había mejorado la atención del enfermo mental ocasionando que los porcentajes de mortalidad comenzaran a disminuir. Alertó además acerca de que solamente los trastornos vasculares del sistema nervioso central continuaban en ascenso y representaban un problema por resolver. Cabildo argumentó que la esperanza de vida había aumentado, lo que le resultaba preocupante debido a que la población psiquiátrica podría empezar a desarrollar psicosis seniles y preseniles¹⁵⁶. Tales motivos pueden explicar la disminución de las altas por muerte y explicar también el alto número de pacientes en estado de cronicidad que se mencionaron anteriormente.

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

¹⁵⁵ Fuentes Delgado, *op. cit.*, p. 528-529.

¹⁵⁶ Cabildo, *op. cit.*, p. 512.

industria farmacológica. Se realizaron tratamientos con Vitamina B1 y Calcibronat¹⁵⁷. En el caso del alcohólico crónico que veía puercos y elefantes, se utilizó el Largactil y Dextremit¹⁵⁸. Éste último, acompañado de Dextrabott (reactivador energético), se utilizó para tratar casos de delirium tremens¹⁵⁹.

Hay que mencionar que otro tipo de propuestas externas al ámbito puramente médico fueron implementadas en la institución. Aunque en principio no tuvo una relación directa con el Manicomio, en la década de 1950 comenzó a consolidarse en el país la organización de Alcohólicos Anónimos. Esta sociedad civil proveniente de Estados Unidos ha sido altamente efectiva en la recuperación de personas con problemas de consumo de alcohol. En 1956 se fundaron los 2 primeros grupos sólidos en el país, y para el año de 1969 ya existían 238 grupos. Posterior al cierre de La Castañeda, esta organización tuvo un crecimiento acelerado, llegando a 2500 grupos en 1980 y a 8761 en 1985¹⁶⁰.

Victoria Andaluz, médico adscrita al Pabellón de Observación, el 25 de noviembre de 1965 envió una correspondencia a Ulises Iturbe, jefe del mencionado pabellón, solicitando la aprobación de un “plan de cooperación” entre La Castañeda y AA, para que estos realizaran sus sesiones los martes de 19:30 horas a 20:30 en el Aula Grande ubicada en la

¹⁵⁷ AHSS, F-MG, S-EC, C-929, Exp. 47564.

¹⁵⁸ AHSS, F-MG, S-EC, Caja 1126, Exp. 54764.

¹⁵⁹ AHSS, F-MG, S-EC, Exp. 61374.

¹⁶⁰ Alcohólicos Anónimos, *Alcohólicos Anónimos en México. Segunda parte*, México, Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos, 2013, p. 61. La propuesta de A.A. está basada en una tradición de “12 pasos” en los que el alcohólico lleva a cabo una fuerte experiencia espiritual que termina por llenar los vacíos personales que lo llevan a ingerir alcohol, postura que, según señala la historia oficial de la organización, fue fuertemente influida por el psicólogo y psiquiatra suizo Carl Jung. Ver: Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos, *Alcohólicos Anónimos llega a su mayoría de edad. Una breve historia de Alcohólicos Anónimos*, 24 ed., México, Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos, 2013, p. 9.

planta baja. Andaluz argumentó que: “esta labor de cooperación la considero justificada y la creo indispensable, en beneficio de los casos de alcoholismo que están internados en este Servicio a su muy digno cargo. Ya que con la antes mencionada labor, creo que será posible descargar en mayor número el Pabellón de los casos “reingreso” – del mencionado problema¹⁶¹.

El plan propuesto por la Dra. Andaluz fue aceptado por el director Dr. Luis Patiño Rojas¹⁶² el 14 de diciembre del presente año con el objeto de que los miembros de Alcohólicos Anónimos del Grupo Valle México tuviera pláticas con enfermos internados¹⁶³ y, de esta manera, ayudar a reducir el número de alcohólicos en el Pabellón de Observación y los reingresos que lo estaban saturando.

Finalmente vemos que las discusiones que venían desde hacía décadas las cuales cuestionaban la idea de que la institución psiquiátrica era el lugar apropiado para el tratamiento de los alcohólicos se mantuvieron hasta finales del funcionamiento de La Castañeda, lo que permitió la implementación de terapias integrales en las que se combinaba el tratamiento farmacológico y psicodinámico, además de terapias no provenientes de la medicina. Como vimos, los criterios para elaborar el diagnóstico de alcoholismo se transformaron notoriamente si se comparan con los de periodos anteriores, lo que permitió que para el año de 1965, según las evidencias documentales halladas,

¹⁶¹ AHSS, F-MG, Se-ADM, C-17, Exp.-15, s/f.

¹⁶² Luis Patiño Rojas ingresó a la Castañeda desde 1936 y se convirtió en el director entre el 16 de mayo de 1957 y el 15 de marzo de 1966. El periodo de su dirección fue el más largo en la historia de La Castañeda ya que abarcó ocho años y diez meses, periodo en el que se recibieron por primera vez 13809 enfermos mentales. Ver: “Relación de directores que ha tenido el manicomio General, de Mixcoac D.F., desde su inauguración en el año de 1910, hasta su clausura en el año de 1968”, AHSS, Fondo Manicomio General, Legajo 57, Expediente 11, f. 1-2.

¹⁶³ AHSS, F-MG, Se-ADM, C-17, Exp.-15, s/f.

emergieran propuestas alternativas dentro del Manicomio que llevaron a cuestionar tanto la capacidad terapéutica de La Castañeda, como el lugar para los alcohólicos.

4. Consideraciones finales

Como pudo verse a lo largo del texto, los alcohólicos en el Manicomio General La Castañeda fueron una población muy numerosa que, dadas las características de sus padecimientos, motivaron constantemente la discusión acerca de si estos podían compararse con el resto de enfermos mentales que sí presentaban trastornos psiquiátricos. En este sentido puede hablarse de una notoria ambigüedad en los criterios de internamiento de los alcohólicos ya que, como se mencionó, la definición del alcoholismo desde lo médico o psiquiátrico estaba mediada notoriamente por la aceptación cultural de las bebidas. Lo que ayudó a explicar que, pese a que fueron el segundo grupo poblacional más grande dentro de la institución, su permanencia en ella y la capacidad terapéutica que les pudiese ofrecer el confinamiento psiquiátrico, siempre estuvo en duda por los mismos psiquiatras.

En cuanto a la realización del diagnóstico de alcoholismo y sus diferentes formas, el trabajo con los expedientes clínicos y los escritos médicos de la época nos permite afirmar que durante los 58 años de funcionamiento de La Castañeda se dieron transformaciones en la forma los criterios y síntomas que observaron los psiquiatras. Hay que recalcar que de un diagnóstico principalmente etiológico en los inicios del Manicomio, se comenzó a pasar para finales de la década de 1930, hacia un diagnóstico que considerara las manifestaciones propias de la locura generada por el consumo de alcohol. Este proceso estuvo motivado por

las necesidades institucionales de albergar a los enfermos con verdaderos síntomas mentales y por el interés de los médicos en observar las manifestaciones propias de la cantidad elevada de bebedores que llegaban al Manicomio. Para la década de 1960 con la recepción de teorías psiquiátricas norteamericanas en las que se daba una concepción holística de la enfermedad mental, y el eco de los postulados de la OMS en los que se consideraba el alcoholismo como una “desviación social”, en las causas y diagnóstico del alcoholismo comenzaron a tener mayor peso aspectos como las relaciones familiares, la integración del individuo a la economía, lo que nos permite afirmar que los criterios médicos se distanciaron considerablemente de las concepciones biologicistas de la enfermedad mental que se tenían a principios de siglo.

Si bien hemos mencionado intentos de psiquiatrización del alcoholismo para la década de 1930, basado en la definición de cuadros clínicos definidos que hacían posible comparar los alcohólicos con los enfermos mentales “francos”, parafraseando a Alfonso Millán, además que la literatura médica de dichos años intentó definir ciertos estados psicopatológicos producto de la ingesta alcohólica, las mismas características del alcoholismo llevaron a que las propuestas para tratar este tipo de pacientes estuvieran más orientadas hacia la prevención, en especial para casos de dipsomanía, ya que estos presentaban trastornos solamente después de beber. Se puede afirmar que la medicalización del alcoholismo fue evidente en tanto que pasó de un criterio moral a ser estudiado y definido por los médicos, sin embargo, su inserción en el campo de la teoría psiquiátrica fue débil. Por tal motivo, es necesario señalar que este es un primer acercamiento a la

problemática y que se requieren estudios posteriores para poder corroborar que para las décadas de 1930 y 1940 fue una prioridad psiquiátrica.

La característica principal del alcoholismo como enfermedad mental es su ambigüedad, signada por la preocupación social acerca del internamiento de estos individuos, reflejado en los llamados desde la inauguración del Manicomio a perseguir a los bebedores, en el alto número que fueron llevados por la policía, la familia e instituciones de beneficencia, quienes se convirtieron en instancias delimitadoras de la locura alcohólica. Sin embargo, si atendemos a las características propias de la práctica vemos que esta perspectiva fue contrastada por los médicos, con lo que se muestra que fue una preocupación que le llegó a la psiquiatría a través de la salud pública. Esto nos revela el grado de influencia social en la delimitación de la embriaguez y locura alcohólica, y nos indica las dificultades a las que se enfrentaban los psiquiatras a la hora de la elaboración de un diagnóstico de alcoholismo.

La variación en las concepciones sobre alcoholismo en los últimos años analizados y la falta de respuesta terapéutica adecuada en la institución psiquiátrica, resaltan la importancia que cobraron otro tipo de conocimientos diferentes al ámbito médico/psiquiátrico. Con esto se hace referencia a la labor de los trabajadores sociales y organizaciones civiles como Alcohólicos Anónimos que, hasta el día de hoy, han demostrado una alta efectividad en el tratamiento del alcoholismo. Además de ello, el papel de la familia y la comunidad siempre estuvo como intermediario entre el enfermo y la institución y se hizo más fuerte en los albores del cierre del Manicomio. De allí que pueda

hablarse de que fue un hábito que fue considerado como una enfermedad mental ambigua no solo por los médicos sino por el entorno social.

5. Fuentes y bibliografía

Archivo

Archivo Histórico de la Secretaría de Salud (AHSS)

Fondo Manicomio General (MG)

“Relación de directores que ha tenido el manicomio General de Mixcoac D.F., desde su inauguración en el año de 1910, hasta su clausura en el año de 1968”. Legajo 57, Expediente 11, f. 1-2.

Sección Libros de Registro (LRA), 1910-1968

Sección Expedientes Clínicos (EC), 1910-1968

Sección Administrativa (ADM)

Caja 5, Expediente 17

Caja 17, Expediente 15

Caja 47, Expediente 1

Impresos de época

Aragón, Enrique O., “La supresión del agente causal en las psicosis tóxicas, en particular las alcohólicas”, *Gaceta Médica de México*, t. 9, 1914, p. 405.

Ayala Arredondo, José, *El clorhidrato de emetina en el tratamiento del alcoholismo crónico y su episodio agudo, el delirium tremens*, México, Tesis Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, 1934.

Bonifaz Domínguez, Manuel, *Breve estudio sobre el alcoholismo considerado desde el punto de vista médico-legal*, México, Tesis medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, 1917.

Buentello, Edmundo, “Errores de conducta del alcohólico crónico y sus consecuencias sociales. La Cantina como creadora de riesgos”, *Archivos de Neurología y psiquiatría de México*, v. 7, n. 1, 1944, p. 11-24.

Cabildo, Héctor M., “Consideraciones epidemiológicas sobre el alcoholismo en la República Mexicana”, *Neurología, Neurocirugía y Neuropsiquiatría*, v. 6, n. 1, 1965.

Casarín, Sabino A., *Alcoholismo y matrimonio*, México, Tesis Medicina, Escuela de medicina de México, 1903.

Flores Caneda, A., “Alcoholismo y procreación”, *Boletín del Departamento de Salubridad Pública*, v. 1, n. 4, 1930, p. 1099-1101.

- Fuentes Delgado, Mario, "Relaciones del Enfermo mental con la familia y la sociedad", *Salud Pública de México*, t. 5, v. 9, n. 4, 1967, p. 525-530.
- Gordillo, Armando R., *Contribución al estudio del delirio toxialcohólico y su tratamiento*, México, Tesis Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, 1928.
- López Lira, Francisco, *Estudio Médico-Social sobre El alcoholismo*, México, Tesis Médico Cirujano, Universidad Nacional Autónoma de México, 1906.
- Millán, Alfonso, "Alcoholismo y trastornos mentales en México", *Asistencia*, n. 15, 1937, s/p.
- Morel, Benedict August, *Traité das Maladies Mentales*, Paris, Victor Masson, 1860.
- Núñez Chavez, Francisco, *Estudio clínico de los delirios sistematizados alucinatorios*, México: Tesis Médico Cirujano, Universidad Nacional Autónoma de México, 1926.
- O'Horibe, Ayuso Y., "Juramento antialcohólico", *Gaceta Médica de México*, v. 41, n. 1, 1930, p. 4-5.
- Ortiz y Núñez, Eliseo, *El alcoholismo desde el punto de vista médico legal*, México, Tesis medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, 1921.
- Quiroz Cuarón, Alfonso, "Alcoholismo y criminalidad", *Criminalia*, v. 26, n.10, 1960.
- R. y Rojas, Nicolás, *Algunas consideraciones sobre el alcoholismo en México*, México, Tesis, Escuela Nacional de Medicina de México, 1903.
- Ramírez Moreno, Samuel, *La asistencia psiquiátrica en México*, París, Congreso Internacional de Psiquiatría, 1950.
- Serrano y Cuevas, Georgina, *Estudio sobre la posibilidad de un diagnóstico precoz del alcoholismo*, México, Tesis Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, 1977.
- Serrano, Diódoro, *Algunas consideraciones sobre la acción terapéutica de la hioscina y del somnifene en el Delirium Tremens*, México, Tesis Medicina, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, 1930.
- Sol, José "El alcoholismo crónico", *Revista Mexicana de Psiquiatría, Neurología y Medicina Legal*, v. 6, n. 36, 1940, p. 33-46.
- Tapia García, Rodolfo, *Contribución al tratamiento del alcoholismo crónico*, México, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, 1930.
- Tejada Ruiz, Carlos, "Los hospitales granja", *Salud Pública de México*, t. 5, v. 9., n. 4, 1967, p. 587.

Tena, Antonio, “La acción del clorhidrato de emetina en el tratamiento del alcoholismo y sus complicaciones”, *Revista Mexicana de Psiquiatría, Neurología y Medicina Legal* v. 1, n. 4, 1934, p. 25-31

Periódicos

El imparcial, 2 de septiembre de 1910, p. 7.

Bibliografía

Artículos y capítulos

Aréchiga, Ernesto, “‘Dictadura sanitaria’, educación y propaganda higiénica en el México Revolucionario, 1917-1934”, *DYNAMIS*, v. 25, 2005, p. 117-143.

Barbosa Cruz, Mario, “La persistencia de una tradición: Consumo de Pulque en la ciudad de México, 1900-1920”, Ernest Sánchez Santiró (coord.), *Cruda Realidad: Producción, consumo y fiscalidad de las bebidas alcohólicas en México y América Latina, siglos XVII-XX*, México, Instituto Mora, 2007.

Caponi, Sandra, “Clasificaciones, acuerdos y negociaciones: bases de la primera estadística internacional de enfermedades mentales (París, 1889)”, *Dynamis*, v. 32, n. 1, 2012, p. 185-207.

Carrillo, Ana María, “La profesión médica ante el alcoholismo en el México moderno”, *Cuicuilco*, v. 8, n. 24, 2002, p. 313-332.

Dumas dos Santos, Fernando Sergio, “Alcoholismo e medicina psiquiátrica no Brasil do início do século XX”, *Historia, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v. 17, n. 2, 2010, p. 401-420.

Freixa y Sanfeliu, Francesc, “De la embriaguez al alcoholismo. (Magnus Huss, 1807-1890): Conceptos Vigentes en el 2002”, *Revista Española de Drogodependencias*, v. 27, n. 2, 2002, p. 133-136.

Golcman, Alejandra, “El diagnóstico de demencia precoz y la esquizofrenia en Argentina, 1920-1940”, *Trashumante. Revista Americana de Historia Social*, n. 5, 2015, p. 150-173.

Grob, Gerald, “Origins of DSM-I: A Study in Appearance and Reality”, *Am J Psychiatry*, v. 148, n. 4, 1991, p. 421-431.

Huertas, Rafael, “Valentin Magnan y la teoría de la degeneración”, *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, v. 5, n. 14, 1985, p. 361-367.

- Lanteri-Laura, George, *Ensayo sobre la historia de los paradigmas de la psiquiatría moderna*, Madrid, Editorial Tricastela, 2000.
- Méndez Reyes, Jesús, “De crudas y moralidad: campañas antialcohólicas en los gobiernos de la posrevolución (1916-1931)”, *Cruda Realidad: Producción, consumo y fiscalidad de las bebidas alcohólicas en México y América Latina, siglos XVII-XX*, México, Instituto Mora, 2007.
- Piccato, Pablo, “‘No es posible cerrar los ojos’. El discurso sobre la criminalidad y el alcoholismo a finales del Porfiriato”, *Hábitos, normas y escándalo. Prensa, criminalidad y drogas durante el porfiriato tardío*, Coord. Ricardo Pérez Montfort (México: Plaza y Valdés Editores, 1997); Piccato, *Ciudad de sospechosos: Crimen en la ciudad de México, 1900-1931* (México: CIESAS, 2010).
- Pierce, Gretchen, “Parades, Epistles and Prohibitive Legislation: Mexico’s National Anti-Alcohol Campaign and the Process of State-Building, 1934-1940”, *Social History of Alcohol and Drugs*, v. 23, n. 2, 2009, p. 151-180.
- Prestwich, Patricia E., “‘Drinkers, Drunkards, and Degenerates: The Alcoholic Population of a Parisian Asylum, 1867-1914’”, *Social History/Histoire Sociale*, v. 27-54, 1994, p. 321-335.
- _____, “Paul-Maurice Legrain (1860-1939)”, *Addiction*, v. 92, n. 10, 1997, p. 1255-1263.
- _____, “Female alcoholism in Paris, 1870-1920: The response of psychiatrists and of families”, *History of psychiatry*, v. 14, n. 3, 2003, p. 321-336.
- Ramos de Viesca, María y Sonia Flores, “El tratamiento del alcoholismo en México en el siglo XIX”, *Salud Mental*, v. 22, n. 1, 1999, p. 11-16.
- Ríos Molina, Andrés, “Locos letrados frente a la psiquiatría mexicana a inicios de siglo XX”, *Frenia. Revista de Historia de la Psiquiatría*, v. 6, n. 2, 2004, p. 17-35.
- _____, “La locura en el México posrevolucionario. La Castañeda y la profesionalización de la psiquiatría, 1920-1944”, *Históricas*, n. 84, 2009, p. 34.
- _____, “Un mesías, ladrón y paranoico en el Manicomio La Castañeda. A propósito de la importancia historiográfica de los locos”, *Estudios de Historia Moderna y Contemporánea de México*, n. 37, 2009, 71-96.
- _____, “Indigencia, migración y locura en el México posrevolucionario”, *Historia Mexicana*, v. 59, n. 4, 2010, 1295-1337.
- _____, “La psicosis del repatriado. De los campos agrícolas en Estados Unidos al Manicomio La Castañeda en la Ciudad de México, 1920-1944”, *Mexican Studies/Estudios Mexicanos*, v. 27, n. 2, 2011, p. 361-384.

Rivera Garza, Cristina, "Por la salud mental de la nación: vida cotidiana y Estado en el Manicomio General de La Castañeda, México, 1910-1930", *Secuencia. Revista de Historia y Ciencias Sociales*, v. 51, 2001, p. 57-89.

_____, "She neither respected nor Obeyed Anyone: Inmates an Psychiatrist Debate Gender and Class at the General Insane Asylum La Castañeda, Mexico, 1910-1930", *Hispanic American Historical Review*, v. 81, 2001, p. 653-688.

Sacristán, Cristina, "Un Estado sin memoria. La abolición ideológica de la institución manicomial en México (1945-1968)", en *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría*, Argentina, v. 21 2011, p. 11-23.

_____, "Una valoración sobre el fracaso del Manicomio La Castañeda como institución terapéutica, 1910-1944", *Secuencia. Revista de Historia y Ciencias Sociales*, v. 51, 2001, p. 91-120.

_____, "Entre curar y contener. La psiquiatría mexicana ante el desamparo jurídico, 1870-1944", *Frenia. Revista de Historia de la Psiquiatría*, v. 2, n. 2, 2002, p. 61-80.

_____, "‘La locópolis de Mixcoac’ en una encrucijada política: reforma psiquiátrica y opinión pública, 1929-1933", Sacristán, Cristina; Piccato, Pablo (coords.), *Actores, espacios y debates en la historia de la esfera pública en la ciudad de México*, México, Instituto de Investigaciones Dr. José María Luis Mora, Instituto de Investigaciones Históricas, 2005.

_____, "Por el bien de la economía nacional. Trabajo terapéutico y asistencia pública en el Manicomio de La Castañeda de la ciudad de México, 1929-1932", *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v. 12, v. 3, 2005, p. 675-692.

_____, "La contribución de La Castañeda a la profesionalización de la psiquiatría Mexicana", *Salud Mental*, n. 33, 2010, p. 473-480.

_____, "Un Estado sin memoria. La abolición ideológica de la institución manicomial en México, 1945-1968", *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría*, n. 22, 2011, p. 314-317.

Inéditos

Menéndez Di Pardo, Nadia, "Alcoholismo y saber médico en México, 1870-1930", México, Tesis maestría en Historia, Universidad Nacional Autónoma de México, 2011.

Pierce, Gretchen, "Sobering the revolution: México's Anti-alcohol Campaigns and the process of state-building, 1910-1940", Tucson, Tesis doctor en filosofía, Universidad de Arizona, 2008.

Salazar Bermúdez, Alejandro, "‘Necesitamos hombres patriotas y fuertes’: Alcoholismo y civilización en Medellín, 1900-1930", Medellín, Tesis licenciatura historia, Universidad de Antioquia, 2013.

Ríos Molina, Andrés, *Cómo prevenir la locura. Psiquiatría e higiene mental en México, 1934-1950*, (en prensa).

Vicencio Muñoz, Daniel, *Operación Castañeda. Un intento de reforma asistencial de la psiquiatría en México*, México, Tesis Maestría en Historia, Universidad Nacional Autónoma de México, 2014.

Medios electrónicos

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

Libros

Alcohólicos Anónimos, *Alcohólicos Anónimos en México. Segunda parte*, México, Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos, 2013.

Alexander, Franz G., *Historia de la psiquiatría. Una evaluación del pensamiento psiquiátrico desde los Tiempos Prehistóricos hasta nuestros días*, Barcelona, Espaxs, 1970.

Berrios, Germán y Roy Porter (Editores), *Una historia de la psiquiatría clínica*, Madrid, Triacastela, 2012.

Calvo Isaza, Óscar y Marta Saade de Granados, *La ciudad en cuarentena. Chicha, patología social y profilaxis*, Bogotá, Ministerio de Cultura, 2002.

Campos Marín, Ricardo, *Alcoholismo, medicina y sociedad en España, 1876-1923*, Madrid, Consejo Superior de Investigaciones Científicas, 1997.

Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos, *Alcohólicos Anónimos llega a su mayoría de edad. Una breve historia de Alcohólicos Anónimos*, 24 ed., México, Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos, 2013.

Huertas, Rafael, *Locura y Degeneración. Psiquiatría y Sociedad en el Positivismo Francés*, Madrid, Consejo Superior de Investigaciones Científicas, 1987.

_____, *El delincuente y su patología: Medicina, Crimen y Sociedad en el Positivismo Argentino*, Madrid, Consejo Superior de Investigaciones Científicas, 1991.

_____, *Historia cultural de la psiquiatría. (Re)Pensar la locura*, Madrid, Catarata, 2012.

- Noguera, Carlos Ernesto, *Discurso médico y prácticas higiénicas durante la primera mitad del siglo XX en Colombia*, Medellín, Fondo Editorial Eafit, 2003.
- Pérez Montfort, Ricardo (Coord.), *Cien años de salud pública en México. Historia en Imágenes*, México, Secretaría de Salud, 2010.
- Postel, Jacques y Claude Quétel, (Coords.), *Nueva Historia de la Psiquiatría*, 2. Ed, México, Fondo de Cultura Económica, 2000.
- Ríos Molina, Andrés, *La locura durante la Revolución Mexicana. Los primeros años del Manicomio General La Castañeda, 1910-1920*, México, El Colegio de México, 2009.
- Rivera Garza, Cristina, *La Castañeda. Narrativas dolientes desde el Manicomio General. México, 1910-1930*, México, Tusquets, 2001.
- Taylor, William, *Embriaguez, homicidio y rebelión en las poblaciones coloniales mexicanas*, México, Fondo de Cultura Económica, 1987.
- Viqueira Albán, Juan Pedro, *¿Relajados o reprimidos? Diversiones públicas y vida social en la ciudad de México durante el Siglo de las Luces*, México, Fondo de Cultura Económica, 1987.