



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
MAESTRIA EN CIENCIAS MEDICAS ODONTOLOGICAS Y DE LA SALUD
FACULTAD DE MEDICINA**

**LA CONDICIONANTE MEDICO-SOCIAL DE LA EPILEPSIA EN LA CIUDAD DE
MEXICO. 1910-1917**

TESIS

**QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE
MAESTRO EN CIENCIAS**

PRESENTA:

FRANCISCO JAVIER CASTELLANOS CERVANTES

TUTORA: MARTHA EUGENIA RODRIGUEZ PEREZ

UNAM FACULTAD DE MEDICINA

CIUDAD DE MEXICO. JUNIO 2018



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

1. Introducción.
2. Capítulo I. Panorama general de la medicina a fines del siglo XIX e inicios del XX, situación de la psiquiatría.
 - 2.1 ¿Qué es la locura?
 - 2.1.1 Definiendo la razón.
 - 2.1.2 Tropezando con la locura.
3. Capítulo II. Enfermedades mentales.
 - 3.1 Enfermedad, trastorno y desorden mental.
 - 3.2 Enfermedades y enfermos.
4. Capítulo III. Formas de epilepsia.
 - 4.1 Tipología de la epilepsia.
 - 4.2 Causas que originan la epilepsia.
 - 4.3 La locura de la epilepsia, como opera en la sociedad.
5. Capítulo IV. Viviendo con epilepsia, aproximación histórica a la experiencia de la enfermedad.
 - 5.1 Las huellas de los pacientes, misivas de la epilepsia.
 - 5.2 La visión del especialista.
 - 5.3 Retrospección.
6. Anexo 1. Cuadro sintético
7. Anexo 2. La epilepsia hoy.
8. Consideraciones finales.
9. Bibliografía y hemerografía.

1.- Introducción.

La epilepsia ha tomado un lugar muy específico y concreto en la vida del ser humano. Sin importar el lugar o la época; se pueden encontrar referencias hacia esta enfermedad, la forma de verla médica o socialmente siempre va a ser múltiple. Es más que sabido que, de acuerdo al contexto en el que surja, su trato se orientará según los lineamientos culturales para poder atenderla, en algunos casos más desafortunados que acertados. En la antigüedad, en el mundo babilónico, la epilepsia y la lepra eran consideradas enfermedades vergonzantes, las personas con epilepsia tenían prohibido casarse y declarar en juicios; así mismo, se prohibía comprar esclavos epilépticos, o devolver a aquellos que manifestaran síntomas de esta enfermedad. Para los egipcios, la epilepsia era un castigo de los dioses y una enfermedad mágica; por lo regular más asociada a posesiones demoniacas y se les realizaba a las personas aquejadas de este mal, una o varias trepanaciones para poder dejar salir a los demonios que provocaban la enfermedad. En la Edad Media se creía que era una enfermedad contagiosa, pensando que el medio de contagio era la saliva; por ello se les aislaba, considerando además que era una deshonra. Las mujeres epilépticas en esta época eran llamadas brujas y eran encerradas o quemadas, si estaban embarazadas se las enterraba vivas. Por su parte los hombres eran castrados y expulsados del lugar donde vivían.¹

En este trabajo la epilepsia queda inscrita en un marco contextual de transición. A pesar de que el análisis corresponde de 1910 a 1917; muchas ideas en torno a la locura y las enfermedades mentales

¹ Figueroa Duarte, Ana Silvia, y Oscar A. Campbell Araujo. "La visión de la epilepsia a través de la historia". En *Boletín Clínico Hospital Infantil del Estado de Sonora*. México. Vol. 32. Núm. 2. 2015. Pp. 88-95. Tomado de: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=61642> Consultado el: 22/08/2017. En este artículo se retratan más épocas y ejemplos.

en general viven con algunas influencias de la mirada médica de finales del siglo XIX. El año de inicio marcó de manera significativa nuestro país ya que estalla la revolución mexicana en contra del régimen de Díaz y su proyecto de llevar al país hacia el orden y el progreso sufrió un vuelco. La manera de ver este tipo de problemas médicos estuvo ligada completamente con ideas del viejo continente respecto a cuestiones hereditarias que originan estas enfermedades. Los problemas de atavismo, de predisposición hacia la criminalidad según la fisonomía de las personas, el grado de inteligencia que pudieran desarrollar, aislar para observar a estas personas y permitir su reinserción social para poder contribuir al mejoramiento de la propia sociedad; son pilares que dieron forma no solo a la epilepsia sino a otros males que aquejaron a muchas personas y que probablemente no fueron entendidos de manera social, y medicamente encontraron muchos obstáculos para poder ser tratados y explorados.

Mi propuesta para este trabajo es analizar las características de la epilepsia para poder establecer porqué era considerada como enfermedad mental. Sin embargo, la característica que quisiera resaltar es acercarme a la experiencia de los pacientes con epilepsia de 1910 a 1917, para ello pretendo hacer una revisión, no solamente de los expedientes clínicos, y de las observaciones de los médicos que los emitieron; sino también de las propias palabras de algunos pacientes que estuvieron asilados en el Manicomio General de La Castañeda. Se pudieron hallar algunas cartas que redactaron estas personas a sus familiares pero que desgraciadamente nunca salieron del Manicomio.

Inicio este abordaje con un panorama general sobre la medicina hacia finales del siglo XIX e inicios del XX en forma general; y posteriormente cuál es la situación de la psiquiatría en ese momento. Desde luego, las ideas que se generaban en Europa repercutieron de manera contundente en todo el mundo, y México no fue la excepción. El Manicomio de La Castañeda fue el lugar que por muchos años dio refugio e intentó dar alivio a los malestares y padecimientos de muchas personas que probablemente no sabían

que mal les aquejaba. Posteriormente trato de aproximarme a los conceptos de razón y locura como constructos de la enfermedad mental. Características de uno y de otro desde la propia medicina nos sirven para comprender en que punto una persona podía ser considerada loca. Parámetros o criterios de exclusión social que posteriormente se convierten en agentes de regulación de la población.

En el capítulo dos trato de establecer los criterios médicos respecto a lo que es la enfermedad, el trastorno o el desorden médico; ya que estos términos se encuentran en los expedientes clínicos y no se hace distinción entre uno y otro; su uso se da de manera indefinida. Además, complemento este pequeño aspecto mencionando características de otras enfermedades mentales para poder entender por qué la epilepsia era considerada una enfermedad mental; se describen algunos síntomas de otras patologías para hallar la similitud y poder insertar a la epilepsia en este ambiente médico; desde luego que socialmente un desorden físico, emocional y conductual causa una ruptura con el contexto social. Sin embargo, el origen o manifestación de la epilepsia compartió muchos rasgos de otras enfermedades y eso provocó que los diagnósticos se hicieran difíciles en algunas ocasiones; a la par, que poder controlar, tratar o curar la epilepsia era un reto para los psiquiatras de aquella época.

Orígenes y formas de epilepsia son tratados en el tercer capítulo; para ello se consultaron tesis del siglo XIX para poder situar la visión médica de donde partía la epilepsia. Estas tesis a pesar de pertenecer a una época anterior marcaron un referente para orientar los tratamientos y diagnósticos al interior del Manicomio y se complementan con las descripciones mencionadas con algunos diagnósticos y observaciones de ingreso de algunos pacientes. Cabe mencionar que, aunque no en todos los expedientes encontramos información que pueda aportar datos sobre la génesis, manifestaciones o el tipo de epilepsia, los pocos casos donde lo hallamos permitieron hacer un esquema más amplio sobre las características generales de la epilepsia en esa época. Acompañando estos datos, con una propuesta

de Byron Good² sobre la manera en la que la epilepsia forma parte de la vida de las personas; en qué momento de sus vidas aparece y qué aspectos se encuentran próximos al origen de la enfermedad. Ideas de la antropología médica que permiten ubicar en aspectos bien definidos cuál es el origen de la enfermedad. Cabe mencionar que Byron Good plantea cinco orígenes de la epilepsia en los pacientes con los que tuvo acercamiento, por mi parte, y siguiendo con el mismo esquema que plantea el autor, amplio un poco el origen de la epilepsia, de acuerdo con la información encontrada en los expedientes clínicos. Si bien en algunos casos la información no es muy amplia; en otros podemos hacer inferencias sobre el origen o causa directa de la enfermedad. Por último, hago mención de la locura epiléptica y cómo operaba en la sociedad. Aspectos que incomodaban socialmente y que medicamente eran catalogados bajo ciertos conceptos. Elementos que, dentro del ambiente político de ese momento, sirvieron de referente para ampliar las ideas de corrección social que se buscaban erradicar.

En el capítulo cuatro recae la propuesta principal de este acercamiento histórico.Cuál fue la experiencia de personas que vivían con epilepsia en la Ciudad de México, y en concreto en el Manicomio General. No solamente se complementan las observaciones de los médicos, con los diagnósticos de estas personas dentro de un contexto social específico, si no que se buscó una aproximación a la experiencia de estos pacientes a partir de algunas cartas que fueron escritas por ellos. Intentando extraer la situación emocional que estaban viviendo entonces. Se retoma otra propuesta de Byron Good, la idea del dolor crónico como un agente de ruptura del mundo vital de personas que viven con esta enfermedad (en el caso de Good es el dolor crónico y en mi propuesta lo desplazé hacia la epilepsia) y el proceso vivencial al que se tienen que enfrentar. El hecho de que una persona viva con una enfermedad marca un

² Byron Good es un antropólogo médico estadounidense, que estudia principalmente las enfermedades mentales. Ha contribuido sobre todo al campo de la antropología psicológica, sus escritos han explorado el significado cultural de las enfermedades mentales, la narrativa de los pacientes o la perspectiva de la biomedicina entre otras cosas.

distanciamiento con la sociedad, con sus actividades, con su entorno en general; el dolor crónico es planteado por el autor no sólo como una enfermedad crónica, sino que termina por romper con el mundo vital de la persona que lo padece. Cambiando su percepción del mundo y del tiempo. Todo se torna sombrío y desesperanzador. En mi caso traté de trasladarlo al caso de la epilepsia, si bien los ataques convulsivos vienen a romper con las actividades de una persona, y al no recordar que sucede durante este episodio, es una ruptura con el tiempo que se vive; es un tiempo que no vuelve, sin mencionar el hecho de que, al estar dentro del Manicomio, el mundo vital de esas personas se modifica de manera radical, ya que muchos de ellos no salieron una vez que eran ingresados.

Por último, en este apartado, consideré pertinente acercarme a un psiquiatra para que hiciera un pequeño análisis de las mismas cartas y diera una opinión, completamente actual, respecto al diagnóstico de esas personas y el contenido de sus cartas. Mi intención no es marcar diferencias con la psiquiatría de inicios del siglo XX, ni intentar mostrar errores en la praxis. Mi objetivo es rescatar esos testimonios y llevarlos a la luz de lo que se conoce en la psiquiatría actual. Para poder entenderlos desde hoy, sin caer en anacronismos. Se encontraron 6 expedientes clínicos que contenían un pequeño testimonio de los propios pacientes; en total suman 18 cartas. Sin embargo, únicamente muestro 6 de ellas ya que en algunos casos el contenido se repite en una y otra casi sin sufrir modificaciones. El contenido se orienta a señalar que no padecen ninguna enfermedad y que están en el Manicomio por error, esto, aunque en algunos casos es cierto, estaba sujeto a la decisión de los familiares el sacarlos o dejarlos en el Hospital. Desafortunadamente muchos pacientes eran abandonados y los familiares no regresaban por ellos. Los motivos son variados y dependía más del contexto social, que de una situación médica. Las principales razones eran cuestiones de herencia, evitar cargar con una mirada social del

entorno, o incluso y en particular en el caso de las mujeres eran llevadas por los esposos para poder contraer matrimonio nuevamente.

La última parte de este trabajo contiene un par de anexos; primero, un cuadro sintético de las formas de epilepsia y segundo, un pequeño testimonio de una persona que tiene epilepsia y que conozco de hace algunos años. Sobre todo, orientando su experiencia como una cuestión de acervo social, más que médico. Aunque no corresponde a las fechas de estudio planteadas a lo largo del trabajo, considero que nos sirve de reflexión sobre cómo nos acercamos o alejamos de una persona con una determinada enfermedad. Si bien en la actualidad la medicina ha logrado grandes avances en tratamientos, creo que socialmente; cualquier patología se vuelve más difícil de llevar. El testimonio más que ilustración a un trabajo, puede servir como reflexión para la sociedad y la manera que adopta para poder entender un proceso biológico. Aunque una enfermedad no sea causa de deterioro ni de desplazamiento, la mirada de nuestros semejantes puede marcarnos de manera tan contundente que nos puede aislar, estigmatizar o hasta ser ignorados.

La razón humana tiene, en un género de sus conocimientos, el singular destino de verse agobiada por preguntas que no puede eludir, pues le son planteadas por la naturaleza de la razón misma, y que empero tampoco puede responder; pues sobrepasan toda facultad de la razón humana.

Immanuel Kant.

2.- Capítulo I.

Panorama de la medicina a finales del siglo XIX y principios del XX. Situación de la psiquiatría.

Durante el siglo XIX la Anatomía descriptiva progresaba en sus estudios en un momento en el que parecía que nuevos conocimientos no podían ser generados. De esta forma, la Neuroanatomía bajo los trabajos de Reil, Stilling y Bell daban la muestra, complementándose con el descubrimiento de las formaciones de la base encefálica y estructuras adyacentes.³ La psicología, como se entiende hoy en día apenas cuenta con poco más de dos siglos; este conocimiento científico se propone estudiar las funciones psíquicas del hombre, y es precisamente a través de este conocimiento, que ha ido enriqueciendo otros campos como el de la psicología médica o el de la psicopatología.⁴

Es necesario tener en cuenta que la psicología alcanzó sus bases científicas y conocimiento estructurado a partir de dos causas; por un lado se encuentra la evolución de la psicología filosófica del siglo XVII y por otro el conocimiento y evolución que representó el saber anatomo-fisiológico y médico que se dio en los siglos XVII al XIX. Esta gesta histórico-cultural permitió que las funciones psíquicas tuvieran un respaldo científico y preparara el terreno a otro tipo de investigaciones como la psiquiatría como disciplina o el psicoanálisis.⁵ La psicología filosófica encuentra sus raíces en el empirismo y

³ Riera, Juan. *Historia, medicina y sociedad*. Madrid. Ediciones Pirámide. 1985. p. 51.

⁴ *Ibíd.* p. 116.

⁵ *Ibíd.* p. 117.

racionalismo, la psicología racionalista de origen cartesiano llegó a distinguir entre la psicología racional y empírica, lo cual se tradujo como una primera separación con la psicología; la psicología empírica anglosajona que se da a partir de las ideas de Hume, se redujo al estudio de ideas y su asociación entre sí, que a su vez deriva en una psicología asociacionista. Por su parte Kant también distingue entre las dos psicologías mencionadas de inicio, la racional y la empírica, donde la primera es una verdadera ciencia, pero imposible de alcanzar y la segunda tiene un carácter descriptivo pero no científico. Es en el siglo XVIII que los saberes médicos pueden mostrar ideas e imágenes más detalladas de la morfología y fisiología del sistema nervioso, lo que a la postre se instituye como un sustento fundamental del saber psicológico. Es hacia 1800 bajo la figura de Pinel que la Psiquiatría nace y se va nutriendo a lo largo de todo el XIX,⁶ junto con todas las ideas y teorías que se venían desarrollando a través de la diversidad de psicologías que se especializaban en un campo es que la psiquiatría también se ganaba un lugar dentro de este saber que se buscaba para entender el funcionamiento psíquico del hombre, ya sea a través de su percepción o alteraciones neuronales.

Psiquiatría en el mundo.

A través de Esquirol y su obra *Mental Maladies*, es que se da un paso importante en las investigaciones psiquiátricas, confirmando una naturaleza en último término orgánica de este tipo de trastornos.⁷ La información que él pudo clasificar a través de los datos provenientes de los asilos, le permitió marcar distintos tipos de diagnosis, perfiles de enfermedades psiquiátricas que podían ser identificadas según su sintomatología y definir distinciones más precisas tanto en la teoría como en la práctica.⁸ Por su parte,

⁶ *Ibíd.* pp. 117-118.

⁷ Porter, Roy. *Breve historia de la locura*. Madrid, España. Turner-Fondo de Cultura Económica. 2003. p. 132.

⁸ *Ibíd.* p. 133.

Charcot también daba pasos firmes que permitían que las investigaciones en neurología apuntaran al campo de la psiquiatría. Su propósito era más otorgar cierto orden al caos de las sintomatologías neurológicas; su empeño lo llevó a emprender una labor titánica al rastrear los extraños síntomas que observaba ligándolos con lesiones orgánicas. Dentro de esta se encuentran los tics, migraña, ataques epileptiformes, afasia, mutismo, sonambulismo, alucinaciones, contracturas y otras más. Estaba convencido que el ojo clínico sería capaz de revelar la historia natural de las leyes que rigen los eventos neuropsicológicos.⁹

No podemos dejar de lado las ideas que Lombroso desarrollaba por su parte en Italia, (a pesar de que, de manera general los principales trabajos sobre enfermedades mentales se llevaban a cabo en Francia, y algunos más en Alemania e Inglaterra). Lombroso apostaba más por cuestiones físicas íntimamente relacionadas a este tipo de trastornos y conductas criminales, veía en los estigmas físicos la evidencia de la enfermedad y la criminalidad.¹⁰ Hacia 1800, de forma casi generalizada, la psiquiatría salía de las sombras y poco a poco se conformaba como una figura pública; los médicos psiquiatras podían tener un empleo ya fuera en los asilos o en las universidades para mostrar y desarrollar sus ideas. Asimismo, a mediados de siglo surgían organizaciones de estos especialistas, y con el paso de los años su papel fue fundamental sobre todo en los tribunales, ya que su mirada podía establecer quién era criminal y quién debía quedar exento de cargo al padecer algún trastorno; a pesar de jugar un papel cada vez más dinámico en la sociedad, la psiquiatría no estaba exenta de desconfianza y dudas respecto a su ejercicio; sobre todo por este último aspecto, el mundo legal podía quebrantarse al estar de por medio.¹¹

⁹ *Ibid.* p. 135.

¹⁰ *Ibid.* p. 147.

¹¹ *Ibid.* pp. 149-151.

De forma amplia se puede ver que la observación de los trastornos mentales cobraba fuerza y un terreno de acción propio al acercarse a la neurología y la psicología;¹² así, dos momentos son decisivos para su conformación, que a la postre le lograría una institucionalización. Primero a finales del siglo XIX se ubica bajo la lupa de entidades clínicas y patológicas con la anatomía como aliada; al igual que con cualquier otra patología, se buscaba una evidencia física que marcara el origen de las enfermedades mentales, y al no poder concretar esta relación, la medida más recurrente era el encierro. Segundo, tiene que ver con las distintas miradas sobre la locura dentro de la sociedad y la forma en la que se reaccionaba al propio encierro, las manifestaciones de la locura con sus distintos nombres, y a una nueva estructuración en la localización de las funciones cerebrales.¹³

México y sus pasos en Psiquiatría.

Prácticamente desde el primer tercio del siglo XIX y hasta la primera década del siglo XX la medicina mexicana estuvo permeada por el pensamiento médico francés; una guía para poder comprender cómo se llevaba a cabo la práctica médica, siguiendo los parámetros del viejo mundo, son los libros de texto que por aquellos años se empleaban como base del conocimiento y, desde luego, la puesta en práctica. Con la apertura del Establecimiento de Ciencias Médicas en 1833, una de las primeras preocupaciones de la junta de catedráticos era qué textos debían llevar los alumnos para su formación, dentro y fuera del aula, para lo cual se estableció que fueran los siguientes: Anatomía general, descriptiva y patológica con Maygrier en su *Nuevo Manual de Anatomía*; Fisiología con Magendie con su libro *Précis élémentaire de physiologie*; Higiene con Turrelle, *Histoire philosophique de la médecine*; Patologías

¹² Postel Jacques y Claude Quétel. *Nueva historia de la psiquiatría*. Segunda edición. México. Fondo de Cultura Económica. 2000. p. 320.

¹³ Garrabé, Jean, *Henri Ey y el pensamiento psiquiátrico contemporáneo*, México, Fondo de Cultura Económica, 2002, pp. 161-162.

interna y externa con Roche, ambas con *Nouveaux éléments de pathologie médicochirurgicale*; Clínica interna con Martinet, *Compendio de clínica médica*; Clínica externa con Tabernier, *Manuel de clinique Chirurgicale*; Operaciones y obstetricia con Coster y Dugés, *Manual de operaciones quirúrgicas, que contiene los procederes operatorios de los cirujanos más distinguidos de Francia y Manuel d'obstetrique ou traité de la science et de l'art des accouchements*; Materia médica con Barbier, *Traité élémentaire de matière médicale*; Medicina legal con Briand, *Manuel complete de médecine légale*; Farmacia con Chevallier, *Journal de chimie médicale de pharmacie et toxocologie*.¹⁴ La cátedra de enfermedades mentales inició en 1888 por el Dr. Miguel Alvarado utilizando como base el texto de E. Regis *Manuel pratique de médecine mentale*.¹⁵ Este vínculo con el pensamiento europeo y en particular con el francés se reafirmó con las ideas positivistas que Díaz introdujo al país.

En nuestro país, la atención a enfermos mentales se dio relativamente rápido, si tenemos en cuenta que en una etapa temprana de la colonia fue creado para este fin, la apertura del hospital de San Hipólito, se debió a la iniciativa de Bernardino Álvarez en el año 1566, quien concibió esta institución como un lugar de aislamiento, para evitar que estas personas que por lo regular andaban vagando por las calles y eran víctimas de sujetos que se divertían con ellos, pudieran encontrar un alivio a su padecimiento. La visión hacia estas personas siempre estuvo marcada por estigmas propios de su condición, además de la desventaja social que siempre está implícita.¹⁶ Álvarez buscó a través de la

¹⁴ Rodríguez Pérez, Martha Eugenia. *La Escuela Nacional de Medicina 1833-1910*. México. UNAM. Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina. Facultad de Medicina. 2008. P. 74. Y, Ocaranza, Fernando. *Historia de la medicina en México*. Prólogo de Carlos Viesca. Segunda edición. Conaculta. México, 2011. p. 183. Cabe mencionar que la visión e ideas que se manejaban respecto a la enajenación se encontraban dentro de la medicina legal.

¹⁵ Rodríguez Pérez, Martha Eugenia. *Op. Cit.* P. 204.

¹⁶ Goffman, Erving. *Estigma, la identidad deteriorada*. Buenos Aires. Amarrortu editores, España. 2006. Pp. 45-46. Versión electrónica. Tomado de: <https://sociologiaycultura.files.wordpress.com/2014/02/goffman-estigma.pdf> Consultado el: 19/08/17.

reclusión, que estos enfermos vieran restablecidos sus sentimientos e inteligencia.¹⁷ En pocas palabras, retornar a una vida normal, alejada del juicio, señalamiento y abandono. Para esta fecha no se puede hablar de una práctica médico-psiquiátrica en México; sin embargo, si se puede mencionar que se pensaba en las enfermedades mentales y se buscaba brindar un espacio para su cuidado; muy a menudo este tipo de personas eran abandonados por sus familias.¹⁸ Esta situación no cambió mucho realmente. Con la creación del Hospital de la Castañeda esta situación sólo se reafirmó, es una realidad que para la época en la que empieza a funcionar como manicomio general, el abandono por parte de las familias seguía siendo una constante.¹⁹ A pesar de ello, la Castañeda representó un cambio de época en México ya que es con el manicomio que este tipo de estudios se instituyen con pie firme como especialidades médicas y sobre todo su mirada médica tiene un enfoque más científico y profesional. Trabajando siempre con los recursos con los que se contaba,²⁰ los médicos buscaban hacer frente a estos males para brindar la mejor atención posible.

Por su parte, José Sáyago y su esposa también brindaban apoyo a pacientes femeninas con los mismos padecimientos, iniciando esta labor con una prima de la esposa de Sáyago en su propia casa; posteriormente, al no tener mayor espacio para actuar e ir aumentando la población de mujeres que atendían, se funda el Real Hospital del Divino Salvador para poder continuar con esta obra, y es hacia

¹⁷ Patiño, Francisco. *El Hospital General y el Manicomio*, en *La Escuela de Medicina, periódico dedicado a las Ciencias Médicas*, México, Tomo IV, agosto 1º de 1882. Núm. 3. P. 29.

¹⁸ De la Fuente, Juan Ramón y Gerhard Heinze Martin. "Enseñanza de la psiquiatría en México". en *Salud mental*. México. Vol. 37, No. 6, noviembre-diciembre 2014. P. 523. Versión electrónica. Tomado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2014/sam146k.pdf> Consultado el 23/04/16.

¹⁹ Este tipo de datos se pueden encontrar a lo largo de los miles de expedientes clínicos que conforman el archivo de la Castañeda, algunos de ellos eran internados por sus familiares y otros simplemente eran llevados por la demarcación de policía al ser encontrados en la calle en un estado de inconciencia. También nos sirve de indicativo para poder formarnos una idea sobre la visión social que se tenía respecto a estas personas fuera del establecimiento.

²⁰ De la fuente, Juan Ramón. *Op. Cit.* p. 524.

1691 que el Hospital funciona como tal, dando albergue a las alienadas de la ciudad de México hasta la inauguración del manicomio general en 1910.²¹

El Manicomio General de La Castañeda fue construido con 25 edificios; contaba con talleres, baños, un anfiteatro y su planeación había seguido con los modelos sanitarios más evolucionados del momento; a su interior se encontraba una biblioteca muy completa de psiquiatría, que se podía considerar una de las más ricas del mundo; sin embargo los especialistas en este campo no eran muy numerosos y la enseñanza de la psiquiatría no estaba muy bien definida.²²

Se puede decir, que don Miguel Alvarado realizaba de alguna forma, la enseñanza psiquiátrica en México. Hacia 1890 daba clases de “perfeccionamiento”, y algunas lecciones eran enfocadas en las enfermedades mentales. Éstas serían orales y se comenzaría por una exposición de la anatomía y fisiología de cerebro. En seguida la patología general de las afecciones de ese órgano y a continuación las clasificaciones diversas que hay acerca de dichas enfermedades. Las lecciones prácticas se darían frente al enfermo.²³ La primera cátedra formal al respecto corría a cargo del doctor José Peón Contreras en el año de 1897.²⁴ El programa para llevar a cabo el curso de enfermedades mentales planeado en 1899 y que se implementaría en 1900 incluía 1.- Consideraciones históricas acerca de la Enajenación mental, desde sus primitivos tiempos hasta la época actual (1899). 2.- Definición y clasificación de las enfermedades mentales. 3.- Presentación de sujetos enfermos que representan los tipos fundamentales

²¹ Villa Guerrero, Guadalupe. “El Hospital del Divino Salvador para mujeres dementes”. En *Boletín de Monumentos Históricos*, Tercera época, No. 12, enero-abril 2008. p. 145. Versión electrónica. Tomado de <http://boletin-cnmh.inah.gob.mx/boletin/boletines/3EV12P141.pdf> Consultado el 23/04/16.

²² Postel Jacques y Claude Quérel. *Óp. Cit.* p. 526.

²³ Rodríguez Pérez. *Óp. Cit.* P. 206.

²⁴ De la Fuente Ramón y Carlos Campillo. “La psiquiatría en México: una perspectiva histórica.” En *Gaceta Médica de México*, Vol. 111, No. 5, Mayo 1976. pp. 425-426. Versión electrónica. Tomado de http://www.anmm.org.mx/bgmm/1864_2007/1976-111-5-421-436.pdf Consultado el 23/04/16.

de la locura. 4.- Estudio clínico de las locuras perceptivas, intelectuales, afectivas, volitivas, compuestas y constitucionales. 5.- Etiología de la locura. 6.- Elementos sintomáticos de la enajenación mental. 7.- Diagnóstico de la locura. 8.- Marcha de la locura – Duración, complicaciones y terminaciones. 9.- Pronóstico de la locura. 10.- Anatomía y fisiología patológicas de la locura. 11.- Tratamiento de la locura. Se sugería también que los alumnos procuraran hacer ejercicios prácticos, obligándolos a que escribieran la historia de los enfermos que se les señalaran.²⁵

El Manicomio General La Castañeda.

Fue hacia 1896 que se expone la preocupación en nuestro país por erigir un centro especializado en el tratamiento a las enfermedades del cerebro, que fuera capaz también de curar a sus pacientes y que se encontrara a la vanguardia con los últimos adelantos de la época. Se veía en estos lugares de especialización una esperanza de que personas enfermas de la cabeza obtuvieran allí, un 75% de su cura, y se desplazaba poco a poco la idea y la práctica de llevar a estos pacientes a casas de rehabilitación o conventos donde generalmente se les atendía.²⁶ De esta forma es que surge el Manicomio General como la principal Institución que albergó a pacientes con alguna enfermedad y les brindó tratamiento y asistencia por 58 años.

A pesar de que ya existían establecimientos hospitalarios para atender a esa población con problemas de salud mental como lo eran El Hospital del Divino Salvador para mujeres dementes o el Hospital de San Hipólito para hombres de la misma condición, en 1910 La Castañeda se convirtió en el

²⁵ Archivo Histórico de la Facultad de Medicina de México. Fondo: Escuela de Medicina Y Alumnos. Legajo: 193. Expediente: 2. Foja: 17.

²⁶ Morales Pereyra y A. Romero. *Exposición y proyecto para construir un Manicomio en el Distrito Federal*. En *Memorias del 2º Congreso Médico Pan-Americano*, verificado en la Ciudad de México, D. F., noviembre 16, 17, 18 y 19 de 1896. pp. 893-894.

manicomio general ya que representaba estar a la par de los principales países del mundo, no sólo en atención sino en recursos técnicos, y dentro de sus puertas pudo contener a la población tanto femenina como masculina. En 1905 se plantea también la necesidad de formar un Hospital General para atender a la población que se encontraba en otros hospitales; solo que esta vez de forma más específica y especializada. Es por ello que al crearse dicho hospital se recurre a la distribución de pacientes enfermos por pabellones de acuerdo a las enfermedades que padecían, sobre todo Tifo, Tuberculosis, Sífilis, Cólera, Lepra o Tosferina.²⁷ Y aunque el Manicomio fue inaugurado cinco años más tarde que el Hospital General representó por años una opción de tratamiento y cura para pacientes que por diversas causas requerían de este tipo de atención.

La Castañeda, es quizá uno de los símbolos más grandes que heredó el porfiriato a México en su largo caminar. Sin entrar en discusiones acerca de su desempeño; ya sea bueno o malo; esta construcción, tanto en arquitectura como en prácticas médicas y psiquiátricas, no dejará de ser mencionada por los médicos, periodistas, antropólogos, sociólogos y fundamentalmente por los historiadores. Es bien sabido que la inauguración de esta Institución se dio dentro del marco de las festividades y celebraciones que conmemoraban el centenario de la Independencia de México. A este hecho se suma la importancia que tenía el contar con un lugar especializado para personas con enfermedades mentales; y que además podía atender en un mismo espacio tanto a mujeres como a hombres y desde luego, a niños. Otra virtud del nuevo manicomio era atender de mejor forma a sus enfermos, distribuyéndolos de acuerdo a sus padecimientos a través de pabellones, que como sabemos, es la misma planeación que el Hospital General, sin duda más eficaz. Como hemos visto en las

²⁷ Liceaga, Eduardo y Roberto Gayol, *Proyecto de Hospital General para la Ciudad de México*, en *Memorias del 2º Congreso Médico Pan-Americano verificado en la Ciudad de México, noviembre 16,17,18 y 19 de noviembre de 1896*. pp. 836-837.

referencias anteriores; la planeación de dicho manicomio “bi-sexual”, se planearía según la arquitectura de los principales establecimientos tanto de Europa como de Estados Unidos, separando a la población femenina de la masculina por jardines y arbolados, y donde se pretendía contar con una reserva que por ese momento serviría para el cultivo de verduras y otros trabajos meramente recreativos; siempre y cuando no se tuviera la necesidad de crear nuevos pabellones.²⁸

2.1 - ¿Qué es la locura?

La locura, al igual que las otras enfermedades, sin importar cuales sean, es una construcción social, con determinantes culturales pero también naturales. La enfermedad se instituye bajo ciertos parámetros biológicos, bajo ideas que circulan en una época determinada, bajo conductas y comportamientos. Es un vehículo de conocimientos, conocidos y por conocer.

Es más que evidente que dada la época y las ideas que permeaban durante el último tercio del siglo XIX desde el positivismo francés hasta la antropometría lombrosiana, los individuos que no encajaban en un ideal de sociedad que se encaminaba hacia el progreso y el desarrollo, fácilmente podían ser catalogados como enajenados, locos, peligrosos o dañinos para la sociedad. Hacían que peligrara el orden que se quería establecer. Hacia 1891 los médicos, y en particular los alienistas, consideraban como peligroso a todo aquel enajenado mental, y apoyaban la idea de colocar a estas personas en establecimientos especiales a este tipo de enfermos, cuya naturaleza mental estaba más que perturbada. Se consideraba peligroso ya que podía poner en riesgo su vida y la de las personas que lo rodeaban o, como era hasta cierto punto común, -por lo menos en la clase media o alta-, poner en riesgo sus fortunas, e incluso se podía poner en juego el pudor de la persona. Además de estas

²⁸ Patiño, Francisco. *Óp. Cit.* pp. 896-987.

características eran recurrentes ciertos hechos como robar o provocar incendios. El peligro también radicaba en que el loco ya fuera por sus escritos, sus palabras o sus actos, podía trastornar el orden público. Como manifestación de la locura, se percibía que en épocas más o menos lejanas –es decir, eventos que se daban con espacios prolongados- se recurría al aislamiento. Este tipo de locura se denomina intermitente. Pero también está la remitente en la que las exacerbaciones no están separadas por los intervalos donde el individuo no regresa a un estado de normalidad, después de la exacerbación sólo se presenta una suspensión de los síntomas más sobresalientes. En esta última categoría o forma de locura se encuentran la melancolía, la manía, las locuras epileptiformes –donde se puede hallar la histeria-, la epilepsia larvada y la locura epiléptica.²⁹

La alteración en las facultades mentales siempre ha sido un estudio peculiar, el hecho de saber cómo funciona la mente y cómo operan sus averías no deja de generar expectación. Dentro de sus causas se podían señalar la herencia, la edad, el sexo (en el caso de las mujeres presentaban casos donde los accesos convulsivos aparecían a partir de su primera regla y se sus pendían cuando ésta terminaba; la principal causa de accesos en los hombres derivaba de un consumo, si no excesivo, si frecuente de alcohol) , el temperamento, condiciones orgánicas, enfermedades especiales y excesos venéreos.³⁰ En el caso de la locura hereditaria podemos hallar tres tipos: la directa, la atávica y la indirecta. La primera se da cuando los padres presentan enajenación mental y la transmiten a sus hijos. Se observaba con frecuencia que los caracteres del delirio eran los mismos que en los padres, producidos en la misma edad y por las mismas causas, sin importar cuales fueran estas, ya que hay diversidad de ellas. Aunque la

²⁹ Bandera, J. M. *Los locos dañosos*. En “La Escuela de Medicina, periódico dedicado a las ciencias médicas”. Tomo XI, México, junio 1o de 1891. Núm. 15.

³⁰ Zamarripa, Joaquín. *Contribución al estudio médico-legal de los alienados*. Tesis profesional de abogado. México. 1892. p.5. Este tipo de clasificación corresponde a la visión médico-legista de fines del siglo XIX.

principal y en mayor número es el suicidio; cuando esta locura tiene elementos convergentes –cuando padre y madre están enfermos- los descendientes alcanzan la degeneración física y moral más completa, y cuando hay elementos divergentes –uno de los dos está enfermo y el otro sano- se han presentado casos en los que los hijos alcanzan una integridad mental. La atávica se presenta cuando en la familia ha habido antecedentes de la enfermedad y teniendo de intermedio generaciones sanas, reaparece la locura en grados menores o inferiores. La indirecta, por su parte se da de forma colateral también con antecedentes familiares. Sin embargo, la ciencia no era capaz de demostrar de forma cierta su existencia.³¹

La locura hereditaria puede tener algunos rasgos en su forma más común; físicos, intelectuales o morales. Desde luego que el aspecto físico es el más notable ya que es lo primero que salta a la vista. Donde el cráneo presenta una forma irregular, ya sea que es exagerado o haber presentado una suspensión en su desarrollo. Puede ser microcéfalo si es más pequeño al normal o a la media, o macrocéfalo si es más grande.³² Presentándose en algunas ocasiones que la proporción natural entre los diámetros antero-posterior y lateral no corresponde o el occipital se halla muy aplanado. También se puede encontrar inflamación en los párpados, pupilas en estrabismo, dientes irregulares no colocados en la misma superficie, salientes y comprimidos o agujerados. La lengua con hipertrofia y la bóveda palatina con forma ojival o muy aplanada. Hasta en un grupo completo de los músculos de la cara se puede observar la locura hereditaria. Los sentidos son viciados y el gusto, por lo regular, está perdido. Sin embargo, las facultades intelectuales no están del todo dañadas y pueden tener un buen desarrollo; por su parte el juicio y la atención pueden llegar a pervertirse o alterarse. A un loco hereditario no se le

³¹ *Ibid.* p. 6.

³² No se determina qué medida era lo “normal” para establecer hasta qué punto se podía salir de esta clasificación.

puede convencer con argumentos razonables de que ha formado en su mente un juicio falso. No es capaz de fijar su atención y es muy divagado. La moral también se pierde, no hay afecciones y estos individuos no tienen ningún sentimiento humanitario. En el ámbito moral un loco puede ver influido su estado mental por las pasiones, el trabajo intelectual o la imitación. Las pasiones son los impulsos internos que dominan la voluntad del enfermo, lo orilla a cometer actos impensados, extraños y perversos. Estos impulsos son los que llevan al crimen o a la locura, el amor, el juego, la avaricia o la nostalgia son las pasiones más vehementes y las más cercanas al paroxismo que ocasiona la enajenación mental. El trabajo intelectual al que un hombre se dedique también recae en su estado mental, estas características se hacen más evidentes cuando este trabajo se hace a expensas de funciones corporales o al acercarse a problemas insolubles.³³

La memoria es una de las facultades que el hombre pierde al último en este proceso de enajenación. Lo más característico quizá, es que se hace referencia a voces internas o mandatos superiores que no se pueden hacer a un lado al momento de llevar a cabo un acto criminal. Las turbaciones mentales son lo más esencial de este comportamiento. No hay coherencia en las ideas, la atención está por completo ausente, lo mismo que el juicio, la memoria, la conciencia. Se tiene también una alteración del entendimiento, hay ideas falsas de su entorno o, incluso, la fijación en una sola idea. La alteración o inversión de las facultades afectivas es marcado, los instintos y la expresión son exageradas, se pueden presentar, lágrimas, risa, alegría o furor sin motivo alguno en estas personas. La voz, los gestos y hasta el lenguaje son completamente distintos a su forma normal o natural en la persona que ha sido presa de enajenación.³⁴

³³ Zamarripa, Joaquín. *Op. Cit.* pp. 7-9.

³⁴ *Ibid.* pp. 11-13.

La única forma de poder declarar loca o maniática a una persona es cuando no reconoce la falsedad de su percepción, cuando cree que sus delirios son una realidad. Cuando se ha llegado a este estado es porque se ha perdido la conciencia del Yo, de la personalidad, los pensamientos se muestran en desorden y se reemplazan unos a otros sin orden lógico. Para la escuela francesa se pueden distinguir tres tipos de manía principalmente, melancólica, sin delirio y transitoria. La primera también recibe el nombre de lipemanía, y se caracteriza por una depresión de las facultades inteligentes. La depresión se da por la concepción de ideas adversas al individuo, convertido en un escéptico, no cree en la amistad, ni en el amor, ni en el bien o en la felicidad, sólo tiene ideas de decepción o desventura. Se cree perseguido y envidiado, no tiene expresiones claras, oculta sus pensamientos, siente que le rodean amigos inflexibles y en su mente duda si deberá privarlos de la vida. Por su parte la manía sin delirio comprende las otras formas de locura en estado crónico y la transitoria se da en hombres sanos cuya enajenación es solamente momentánea, tras lo cual el individuo recupera su integridad intelectual.

Sin embargo también se pueden presentar otro tipo de manías como la monomanía de las querellas, provocada por una perversión en la noción de lo que es justo, siempre se apega a sus derechos inviolables y acude constantemente a los tribunales para hacerlos valer y que sean respetados. La cleptomanía o manía del robo, es precisamente esta necesidad del hombre a cometer actos de robo, sin que ello implique que viva en la miseria, esta manía es observable desde la infancia y corresponde a una perversión moral de apropiarse de un objeto y llegar a una satisfacción a través de este acto. La piromanía o manía incendiaria, por lo regular se da en la pubertad, época en la que el individuo presenta cambio en el aspecto físico y moral como un trastorno. La monomanía homicida es la más estudiada, como un impulso interno y decisivo de volcarse contra sus semejantes, a través de una sed irresistible y una satisfacción que provoca el delito mencionado. La dipsomanía se presenta como una embriaguez

por alcohol, morfina, opio o cloroformo. También es llamada delirium tremens y es un furor alcanzado por haber ingerido las sustancias antes mencionadas. La embriaguez por cólera puede quitar las funciones inteligentes en un momento de arrebató y violencia, es a través de esta precipitación por la ira excesiva que el individuo comete los delitos. Y por último también se halla la imbecilidad o inteligencia inferior. Se presenta en varios grados y puede llegar hasta el cretinismo o ausencia de toda facultad. El imbécil es como un niño, no concibe en sus facultades intelectuales la conciencia clara de moralidad o inmoralidad de sus acciones. Los sordo-mudos son casi iguales a los imbéciles.³⁵

A pesar de esta caracterización, la enfermedad apenas comenzaba a ser objeto de estudio por parte de los médicos; por lo menos en el caso de México. El Médico Porfirio Parra, menciona que sus relaciones de difícil interpretación con la legislación o con la filosofía, preocupaban a los médicos estudiosos. No deja de ser curioso el hecho de que fuera a los filósofos o a la legislación a quienes ocupara primero este asunto, ¿por qué a los filósofos? Quizá por saber cómo es que la razón puede degenerarse a tal grado, a percibir cosas inexistentes, y ¿por qué a la legislación? Quizá porque representaban y con mucha probabilidad representen un peligro a la sociedad y a sí mismos, por transgredir el orden público. Para Porfirio Parra las características del alienado no eran muy distintas a las ya mencionadas. Una alteración completa del cerebro, ideas atropelladas, incoherencia en sus acciones, desorden en sus movimientos, impulsiones múltiples, súbitos furores, indescriptibles alucinaciones e ilusiones. Ya puede ser la inmovilidad y sombriedad del melancólico, la quimérica grandeza o presa de persecución del monomaniaco intelectual, el impulsivo que pierde la inteligencia por completo, le arrebató la moral, puede cometer toda clase de actos inimaginables sin ninguna culpa.

³⁵ *Ibid.* pp. 18-22.

Sin embargo en todos los que se puedan enlistar el rasgo común es una alteración a la inteligencia, los afectos están pervertidos e incluso puede haber ausencia de ellos, las impulsiones en fuerza y dirección están por completo viciadas.³⁶

2.1.1 DEFINIENDO LA RAZÓN.

Considero que hablar de la locura sólo es posible si también lo hacemos sobre la razón. A pesar de ser términos opuestos son inseparables, ya que al establecer a uno se entiende automáticamente al otro simple y sencillamente por oposición. En la actualidad la razón tiene muchas acepciones. De acuerdo al Diccionario de la Real Academia Española de la Lengua se define como: 1) Facultad de discurrir, 2) Acto de discurrir el entendimiento, 3) Palabras o frases con que se expresa el discurso, 4) Argumento o demostración que se aduce en apoyo de algo, 5) Motivo -causa-, 6) Orden y método en algo, 7) Justicia, rectitud en las operaciones o derecho para ejecutarlas.³⁷

De forma amplia o general se puede apreciar que la razón tiene que ver más con el entendimiento, la manera en la que el hombre estructura el pensamiento y cómo es que lo vincula con su entorno. Todas las ideas que se generan en nuestra mente se forman a partir de las percepciones del exterior, de impresiones sensoriales y sensibles; es una forma de conocimiento empírico que nos muestra, a través de una cadena de estas impresiones, el mundo tal como lo conocemos.³⁸ Sin embargo, Kant menciona que además del conocimiento generado por estas impresiones y que afectan de manera

³⁶ Porfirio Parra. *Ensayo sobre la patogenia de la Locura*. Tesis inaugural. Facultad de Medicina de México, 1878. pp. 9-10.

³⁷ *Diccionario de la Lengua Española*. España. Real Academia Española. Espasa. Vigésima segunda edición. 2001. Tomo 9. p. 1292. Además de las definiciones señaladas se encuentran otras, sin embargo son de carácter matemático y aritmético.

³⁸ Roa, Agustín A. *Consideraciones generales acerca de la enajenación mental, precedidas de algunas nociones sobre facultades intelectuales*. México. Escuela Nacional de Medicina de México. Tesis. 1870. p. 11

sensible, hay un tipo de conocimiento que se da de manera independiente a cualquier experiencia.³⁹ Entendiendo esta experiencia como el conjunto de elementos antes señalados; es decir, la percepción del hombre respecto a su entorno a través de sensaciones y sensibilidad que lo lleva a generar un conocimiento en su mente. Por otro lado, el juicio es un elemento que también depende de la razón o forma parte de ella, como una norma valorativa que hace que nuestro entorno se conforme bajo ciertos parámetros sobre lo que es permisible y lo que no. Dentro de la actividad intelectual se percibía al juicio como una de las facultades más importantes del hombre; se creía que ahí se originaban los deseos, las inquietudes y las esperanzas y aun, la misma imaginación, los juicios son en pocas palabras un marco donde se generan ideas nuevas. Emitir o tener un juicio “normal” se identificaba con que se vieran las cosas como las veía el sentir común de los hombres. Estando la posibilidad innegable de que el juicio siempre está sujeto a diferentes grados de rectitud o apreciación; siendo relativa esta rectitud a ciertas circunstancias que competen a cada individuo.⁴⁰

También se establecía que la razón es toda una serie de operaciones intelectuales; es una facultad donde la experiencia se mejora gradualmente y puede rectificar los juicios si el individuo ejercita su inteligencia; de tal forma que esta facultad se puede adquirir en distintos grados. También se atribuía al hombre con más experiencia y con más reflexiones sobre los asuntos que le afectan un grado mayor de *razón* sobre otros individuos; dándole también un mayor conocimiento de verdad o falsedad de sus juicios y opiniones, así como de los demás. A pesar de esto, se promovía que para poder tener un juicio

³⁹ Kant, Immanuel. *Crítica de la razón pura*. Traducción de Mario Caimi. México. Fondo de Cultura Económica, Universidad Autónoma Metropolitana, Universidad Nacional Autónoma de México. 2009. p. 5. A lo largo del prólogo a la primera edición (pp. 5-13), Kant discute sobre las formas de conocimiento que se generan en el hombre, en donde hace una diferencia de los juicios, *a priori* y *a posteriori*, donde los primeros son los conocimientos puros que no dependen en ningún momento de la experiencia o haber pasado por un proceso cognitivo donde la percepción y sensación corporal influyan para generar y entender ese conocimiento; y los segundos donde el conocimiento deriva precisamente de los aspectos de sensibilidad y percepción externa.

⁴⁰ Roa, Agustín A. *Op. Cit.* p. 13.

exacto sobre lo verdadero o falso se debía guiar no solamente por la razón individual, sino comparar esta con la que al respecto del mismo objeto se han formado la mayor parte de los hombres.^{41,42} Parece que sin importar las distancias en tiempo, la razón se erige como una facultad del hombre que lo orienta por un camino de conocimiento y experiencias que lo van delimitando dentro de su contexto social. A mi parecer la razón es una construcción colectiva sobre lo que se debe de hacer dentro de un entorno, donde las percepciones individuales deben sujetarse a las percepciones de un grupo que establece ciertos parámetros para considerar que lo estipulado es lo correcto. La razón además de ser una facultad es un instrumento que regula comportamientos, ideas y creencias al interior de este grupo, la razón como facultad y como herramienta articula el entendimiento de cada individuo dentro de una sociedad con el de los demás, de forma tal que logra cohesión en este entorno. De ahí que cuando una persona muestra una forma de percibir su entorno, vestir, actuar o pensar, distinta a una mayoría colectiva se le categoriza como diferente, anormal y más comúnmente loco. Esta colectividad que muchas veces se encuentra imbricada a un conocimiento médico donde las manifestaciones de estos desórdenes mentales no tienen un origen orgánico identificable, ha hecho que a estas personas y enfermedades se las mire con cierta distancia y prudencia. Más allá de convertirse en agentes del miedo por contagio, lo son porque representan dentro de una sociedad, la posibilidad de que cualquiera pueda presentar los mismos síntomas y recibirán el mismo trato.

⁴¹ *Ibíd.* pp. 16-17.

⁴² Como podemos ver en este caso la razón se entiende también como un conjunto de conocimientos que se han forjado a través de una serie de juicios verdaderos sobre la propia experiencia y la visión que se tiene respecto a otros individuos, además de que nuevamente se ve muy claro que este tipo de facultad se vincula por completo a personas que tienen una buena inteligencia y que sobre todo la desarrollan, esto nos explica a su vez porqué en esa época la imbecilidad por ejemplo, era una manifestación de locura.

2.1.2 TROPEZANDO CON LA LOCURA.

Al mirar el entorno en el que la locura era enmarcada bajo cierta tipología y sus manifestaciones se caracterizaban buscando una especificidad mayor para lograr una terapéutica más eficaz y una mayor comprensión del fenómeno, podemos percibir que tanto antes como ahora, la enajenación mental ha causado dificultades a quienes buscan acercarse a ella. Los entornos médico y social han luchado para concretar su origen y saber cómo corregirlo, entender cómo funciona ese mecanismo que hace perder la razón.

La experiencia de la sinrazón ha sido muy diversa y plurinomial, muchos rostros ha presentado la locura bajo la observación de la jurisprudencia y de la medicina, de los más recurrentes se pueden mencionar el furor, que se puede presentar como un desorden (desorden de la conducta, de las costumbres) y como una manifestación de la violencia; este furor al igual que otros síntomas de la locura discurre entre la enfermedad y el crimen,⁴³ estando latente la posibilidad de determinar si los actos cometidos han sido realizados bajo el dominio de los accesos de locura, o han sido premeditados. Otro tipo de pacientes enajenados recibía el nombre de *Lunáticos*; considerados además incurables y cuya terapéutica radicaba todavía en las sangrías, y cuyos accesos eran responsabilidad del influjo de la luna sobre sus actos y pensamientos. Y qué decir de los epilépticos que con el paso de los siglos han sido considerados desdichados, iluminados, visionarios;⁴⁴ y su peculiar forma de sacudir sus cuerpos los ha llevado hasta el infierno mismo al llevar dentro de sí a los demonios. Sus accesos son sobre todo espectaculares y generan incertidumbre a su alrededor. Sin embargo también se debe tomar en cuenta que la locura mina la capacidad de los hombres, donde los imbéciles han caído en completa desgracia ya

⁴³ Foucault, Michel. *Historia de la locura en la época clásica*. México. Fondo de Cultura Económica. Tomo I. pp. 176-177.

⁴⁴ *Ibid.* pp. 178-184.

que la razón los ha olvidado por completo, no hay forma de hacerlos entender, ni se puede lidiar con ellos. Son producto de una demencia, que ha afectado por completo la memoria, el juicio e incluso la imaginación.⁴⁵ La demencia, madre de esta imbecilidad y estupidez es el escenario más negro de la locura, en ella se encuentra toda la negatividad del desorden, toda la descomposición del pensamiento, los errores y las ilusiones.⁴⁶ Manías y melancolía también se abren un camino en este espacio; sobre todo esta última que deja rastros en sus síntomas de ideas delirantes que un individuo puede formarse de sí mismo. A menudo se teme a la muerte, aunque terminan recurriendo al suicidio.⁴⁷

Desde luego que también se podrían mencionar los delirios, las alucinaciones, la histeria, las neurosis –donde se pudo clasificar en algún momento a la epilepsia-, el alcoholismo o la parálisis general progresiva; sin embargo, cada una de las formas y manifestaciones merecen un estudio y análisis en particular, lo que resulta peculiar es que poder caracterizar a cada una de éstas bajo cierto nombre, no fue sencillo. Parece que al ser más observadas más datos arrojaban y su diversidad aumentaba;⁴⁸ a pesar de ello, la locura se fue ganando un lugar en la sociedad, sin importar que fuera recluida, merecía tanta atención como cualquier enfermedad. Su estancia limitada a unos muros no pasa desapercibida y genera tanto malestar como si permaneciera en las calles, no se la puede ignorar aunque no se la mire de frente.

⁴⁵ *Ibíd.* p. 405.

⁴⁶ *Ibíd.* p. 393.

⁴⁷ *Ibíd.* pp. 408-409.

⁴⁸ Ríos Molina, Andrés. *La locura durante la Revolución mexicana. Los primeros años del Manicomio General La Castañeda, 1010-1920*. México. El Colegio de México. 2009. p. 92. Las formas mencionadas por Foucault no cambiaron mucho realmente, es sabido que la influencia de la psiquiatría francesa en el mundo fue notoria y México no resultó ser la excepción. A pesar de ello y como se verá más adelante, algunos tipos de furor, neurosis, temperamentos y diagnósticos seguían siendo los mismos. La demencia, las psicosis y las neurosis parecían reproducirse. Una vista general a los datos de ingreso del Manicomio General La Castañeda nos muestran un panorama de cuáles eran las afecciones que imperaban; desde luego que una revisión a detalle puede colocarnos en una situación más específica sobre la semejanza entre una enfermedad y otra como la histeria y la epilepsia; para la época de análisis de este estudio se pueden hallar también distintos tipos de delirio (aun dentro de la epilepsia los delirios son de diversa índole), lipemanía, locura intermitente, alcoholismo, melancolía crónica, paranoia, psicosis maniaco depresiva y algunas otras.

Parece incierto el tiempo que pueda transcurrir para que la locura deje de ser un misterio y se pueda concretar su origen. Sólo se describe la manera en la que opera en el hombre y en la sociedad, sus manifestaciones o sus características, se catalogan sus formas diversas, se describen tratamientos, quizá algunas de estas formas puedan ser curadas, otras, controladas y su génesis queda como un imaginario y como un miedo latente de poder ser presa de esta enfermedad bajo cualquiera de sus formas, al ser incierta cualquier persona podría padecerla en algún momento y por cualquier causa. La locura se instituye en esta época como un tropiezo en el avance del hombre, lo hace cuestionarse sobre sus alcances médicos y sobre sus conocimientos.

*...Y en mi locura he hallado libertad y seguridad; la libertad de la soledad,
y la seguridad de no ser comprendido, pues quienes nos comprenden
esclavizan una parte de nuestro ser...*

Khalil Gibrán. *El loco*.

3.- Capítulo II.

Enfermedades mentales.

¿Porque habría de ser tan importante dar nombre a una patología que afecta de manera tan perturbadora la mente del hombre? Siempre que se mencionan las enfermedades mentales, lo primero que nos preguntamos es como se originan, y quizá su señal más expresiva son las alucinaciones. Estas en sí mismas ponen en jaque el conocimiento del hombre acerca de lo que es capaz de saber y por ende como debe de actuar. Son manifestaciones que muestran una realidad distinta a la que toda una sociedad puede ver, pero no para quien las padece; ¿cómo saber que no son reales?, más allá de una colectividad inquietante, ¿una alucinación se vuelve una realidad estática en una individualidad y nada más? ¿O simplemente es una manifestación de una enfermedad que se encuentra en continua construcción y descripción?

Los trastornos, desórdenes o enfermedades mentales van adquiriendo un espacio cada vez más amplio y concreto respecto a su manifestación, diagnóstico y tratamiento en la época actual. Quizá la herramienta principal sea el DSM, que cada vez amplía más su contenido para poder explicar que sucede con cada tipo de trastorno que se puede presentar en los hombres.⁴⁹ En las últimas décadas la epilepsia

⁴⁹ DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) *Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales*. Pichot, Pierre. (Coordinador general de las ediciones española, francesa e italiana). Barcelona. MASSON, S. A. 1991.

se dejó de considerar una enfermedad mental dentro del ámbito médico en nuestro país y se catalogó como una enfermedad neurológica. Curiosamente se pueden hallar descripciones en manuales de psiquiatría donde se sigue orientando su génesis a un problema mental, pero de tipo orgánico.⁵⁰ Como veremos más adelante muchas manifestaciones de la epilepsia pueden encajar fácilmente en otro tipo de enfermedad mental. Por el momento, nos limitaremos a tratar de describir a grandes rasgos la epilepsia antes de entrar en su caracterización dentro del Manicomio de La Castañeda, manifestaciones y tratamientos.

La epilepsia es una de las alteraciones neurológicas más frecuentes que afecta a unos 50 millones de personas en todo el mundo. Aproximadamente el 80% de esas personas viven en países de ingresos bajos y medianos.⁵¹ Es caracterizada por la repetición de crisis que pueden manifestarse como pérdida del conocimiento, movimientos involuntarios, sensaciones raras, alteraciones autonómicas, del humor y de las funciones mentales. La palabra epilepsia viene del griego y significa “ser tomado” o sorprendido. Ahora se sabe que las crisis se producen por la activación excesiva y usualmente breve, de neuronas

897 p. Aunque posteriormente se publicó una versión que contiene una actualización en la clasificación (2014), este manual, como su nombre lo indica contiene categorías diagnósticas a través de estadísticas que permiten establecer ciertos parámetros para orientar a los médicos en sus clasificaciones y posteriormente sugerir algún tratamiento. Se pueden hallar trastornos que van desde la infancia, hasta trastornos del sueño.

⁵⁰ *Manual del Residente en Psiquiatría*. M. F. Bravo (Asociación Española de Psiquiatría), J. Saiz (Sociedad Española de Psiquiatría), J. Bobes (Sociedad Española de Psiquiatría Biológica). Presidentes. Madrid. ENE Life Publicidad S.A. y Editores 2009. Tomo 2. p. 735. Tomado de: <http://www.unioviado.es/psiquiatria/docencia/material/MIR/TOMO%20II%20Residente%20en%20Psiquiatria.pdf> Consultado el: 3/11/2016.

⁵¹ Tomado de: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/epilepsy> Consultado el 05/05/2018. La última actualización de la OMS se realizó el día 7 de febrero del 2018. Como referencia, algunos trastornos mentales tienen casi la misma prevalencia a nivel mundial, como el Trastorno Afectivo Bipolar que aqueja a unos 60 millones de personas, Demencia con 47.5 millones o la esquizofrenia y otras psicosis que se presenta en aproximadamente 21 millones. La única enfermedad que las pasa por mucho es la depresión con 300 millones de afectados en todo el mundo. Esta información se puede encontrar en la página de la OMS y sus datos sobre trastornos mentales. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/es/> Consultado el 05/05/2018

cerebrales.⁵² Existen diversas causas posibles de la epilepsia; traumatismos, infecciones, tumores, hemorragias, alteraciones del desarrollo cerebral y muchas otras. A pesar de ello en una buena parte de los casos se desconoce la causa de la epilepsia. En la mayoría de los pacientes epilépticos se pueden controlar las crisis con medicamentos, y en algunos otros casos se puede pensar en recurrir a la cirugía.⁵³ Hay factores que pueden facilitar la aparición de crisis: la falta de sueño, el alcohol, niveles bajos de azúcar o calcio en la sangre, falta de oxígeno, la luz intermitente, la fiebre alta, y lo más frecuente, que el paciente no siga las instrucciones del médico y no tome su medicamento. La manera de diagnosticar la epilepsia se hace a través de la historia clínica, exploración física, examen neurológico, y pruebas de laboratorio que incluyen electroencefalograma (el registro, desde el cuero cabelludo, de la actividad eléctrica cerebral), la radiografía computarizada, la resonancia magnética nuclear, exámenes de sangre, o de líquido cerebro-espinal.⁵⁴

Existen síntomas o señales iniciales de una crisis, una especie de aviso o advertencia de que la crisis va a presentarse, y por lo general se denominan auras. De acuerdo a la OMS, la epilepsia se puede definir como una afección crónica de etiologías diversas, caracterizada por la repetición de crisis resultantes de la descarga excesiva de neuronas cerebrales (“crisis epilépticas”), independientemente de los síntomas clínicos o paraclínicos eventualmente asociados.⁵⁵ Las crisis epilépticas son manifestaciones clínicas súbitas, provocadas por la descarga excesiva y simultánea de grupos de neuronas cerebrales. Estas neuronas están organizadas en redes complejas, en estado de equilibrio permanente entre mecanismos excitadores e inhibidores. La crisis sobreviene en el momento en que

⁵² Brailowsky, Simón. *Epilepsia. Enfermedad sagrada del cerebro*. México, Fondo de Cultura económica- Secretaría de Educación Pública- Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, 1999. p. 15.

⁵³ *Ibidem*.

⁵⁴ *Ibid.* pp. 16-17.

⁵⁵ *Ibid.* p. 17.

estas redes escapan a los procesos de control del funcionamiento neuronal normal. Mucho se ha buscado la neurona epiléptica, la célula responsable de la crisis; a través de varios medios. De acuerdo a sus características anatómicas, electrofisiológicamente (sus manifestaciones eléctricas), bioquímicamente, genéticamente, etc. A pesar de ello, y de existir información abundante al respecto, no se ha podido completar.⁵⁶ Las manifestaciones de la epilepsia son tan variadas como funciones tiene el cerebro -conocidas o por conocer-.⁵⁷

Una de las características fundamentales de la epilepsia es que el cerebro presenta alteraciones en el equilibrio electroquímico y se expresa mediante crisis espontáneas (también llamadas paroxismos) y recurrentes. Las manifestaciones de la epilepsia siempre dependerán del lugar de origen, extensión, velocidad de propagación de las anomalías estructurales y neuroquímicas asociadas a esta; y aunque su etiología casi siempre es desconocida, se dan casos en que su localización se puede dar por lesiones cerebrales orgánicas o por factores hereditarios.⁵⁸

3.1 Enfermedad, trastorno y desorden mental.

Es muy común que, dada la época de estudio, muchos conceptos se emplearan de forma cotidiana para designar los mismos campos de estudio, en este apartado trataremos de marcar una diferencia entre la enfermedad, trastorno y desorden; orientados a los fenómenos mentales, este marco nos permitirá en los apartados siguientes, poder establecer hasta qué punto era considerada la epilepsia como una enfermedad mental y porqué.

⁵⁶ *Ibid.* p. 38.

⁵⁷ *Manual del Residente en Psiquiatría. Op. Cit. Ibidem.*

⁵⁸ *Ibidem.*

Enfermedad mental.

El estar enfermo ha implicado, según cada sociedad y cómo construye sus modelos entorno a la enfermedad; ser nocivo, inferior, indeseado.⁵⁹ Un concepto empírico del ser de la enfermedad obedece por completo a una noción adecuada que pertenece a una mayoría; lo que es aceptado por esta, dentro de ciertos parámetros implica estar sano; y lo que se aleja de esas directrices, significa estar enfermo.⁶⁰ En el terreno mental; entran en juego aspectos que se tienen que comprobar psíquicamente. Estos aspectos adquieren funcionalidad en una conceptualización normativa más que biológica.⁶¹ En este proceso donde las personas están psíquicamente enfermas o son denominados como enfermos mentales; no entran en juego eventos naturales, cognoscibles empírica y casualmente, sino demonios, culpa o expiaciones. La enfermedad mental ha estado sujeta a un aprovechamiento social y en cada época se ha extendido más. Primero se tomaba en cuenta únicamente al idiota o al loco furioso; después al melancólico. La categoría de enfermo mental; lleva dentro de sí dos niveles de valor; lo que representa y lo que es. Categoría que incluso, se expande y se vuelve unitaria.⁶²

La dinámica salud-enfermedad se asimila al binomio normal-anormal; lo anormal es lo que se debía de la norma, el problema radica en poder establecer una normatividad para determinar qué es lo que se desvía de ella y por ende resulta ser anormal. En las últimas décadas se pueden seguir cuatro criterios de normalidad y anormalidad dentro del ámbito completamente psiquiátrico. **1) Estadístico.** Está construido sobre dos bases, frecuencia y continuidad de las variables que se establecen psicológicamente y que son sometidas a estudio. La normalidad es lo que aparece con mayor frecuencia,

⁵⁹ Jaspers, Karl. *Psicopatología general*. México. Fondo de Cultura Económica. 1993. p. 859.

⁶⁰ *Ibid.* p. 860.

⁶¹ *Ibid.* p. 863.

⁶² *Ibidem.*

lo que se encuentra con menor aparición es anormal. A pesar de ser una herramienta, no se de gran utilidad sustancial ya que no muestra la esencia de la normalidad fuera de un parámetro meramente estadístico. **2) Subjetivo.** En este ámbito el propio sujeto evalúa su estado y situación personal, el individuo detecta una anomalía en sí mismo, es capaz de comunicarla e intenta determinar su génesis; sin embargo, es un análisis impreciso y bastante limitado. **3) Social.** La anormalidad se origina como una desviación del conjunto de conductas y creencias aceptadas por la sociedad. En este aspecto se tiene que analizar de forma crítica y amplia el contexto social en el que se origina esa anormalidad. **4) Biomédico.** Se genera en el ámbito médico y se determina la anormalidad como una lesión o disfunción fisiológica. La cuestión biológica implícita en esta observación se remite a un grupo de anormalidades psíquicas al margen de consideraciones sociales o incluso psicológicas.⁶³

Trastorno mental.

El trastorno mental es considerado dentro del Manual Diagnóstico y estadístico de enfermedades mentales **DSM-IV** como un síndrome o un patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar, a una discapacidad o a un riesgo significativamente aumentado de morir, o sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad. Además, este síndrome o patrón no debe ser enteramente una respuesta culturalmente aceptada a un acontecimiento en particular. Sin importar cuál es la causa que origina este síndrome, debe ser considerada como una manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica. Ni el comportamiento desviado, ni los conflictos entre el individuo y la sociedad son considerados trastornos mentales a menos que el conflicto o la desviación sean síntomas de una disfunción.⁶⁴

⁶³ *Manual del Residente en Psiquiatría. Op. Cit.* pp. 13-15.

⁶⁴ *Ibid.* p. 17.

Otra definición que se podría adoptar es la siguiente: es un suceso patológico, transitorio, y el sujeto es normal antes y después del mismo; de corta duración, ha de ser producido adecuadamente por una causa cualificada; asumiendo un grado suficiente de perturbación; no ha de ser voluntario ni previsible, no existe el trastorno concurrentemente con el dolo, el trastorno no quiere una acción de crimen, ni puede prever que la realizará; hace que el individuo actúe por una impulsión o inhibición, de carácter irresistible.⁶⁵

Desorden mental.

Por su parte el desorden mental se puede entender como una carencia de alguna capacidad o conjunto de capacidades mentales que se esperaría que poseyera dada su edad y su cultura (entendiéndose por “capacidad mental”, cualquier capacidad que sea inteligente o que involucre estados intencionales o estados fenoménicamente conscientes o ambos); y la falta de esa capacidad (o conjunto de capacidades) le causa algún tipo de perjuicio.⁶⁶

La caracterización de las tres no varía mucho, casi se podrían tomar como sinónimos; son cuestiones más bien técnicas que de contenido. Sin embargo, se cree necesario tratar de hacer referencia a la manera en la que los tres conceptos pueden ser empleados; sobre todo, sus semejanzas; la enfermedad y el desorden pueden perfectamente nacer y desarrollarse en un ambiente médico, bajo cierto tipo de condiciones clínicas y patológicas; el trastorno, aunque es un término que se emplea de forma regular dentro del ambiente psiquiátrico ha sido más analizado con mayor prioridad en el ámbito

⁶⁵ Ruíz-Funes, Mariano. “El trastorno mental”. En *Revista de la Facultad de Derecho de México*. Biblioteca virtual. México. Enero-junio 1951. Tomo I. pp. 229-230. Tomado de: <https://revistas-colaboracion.juridicas.unam.mx/index.php/rev-facultad-derecho-mx/article/view/25112/22518> Consultado el: 17 de noviembre de 2016.

⁶⁶ Gaete, Alfredo. “El concepto de desorden mental: una propuesta”. En *Gaceta de Psiquiatría Universitaria*. Chile. Año 6. Vol. 6. No. 2. Junio, 2010. p. 160. Tomado de: [http://www.revistagpu.cl/GPU%202%20\(2010\)/ENS%20Estudio.pdf](http://www.revistagpu.cl/GPU%202%20(2010)/ENS%20Estudio.pdf) Consultado el: 19 de noviembre de 2016.

jurídico-legal. Atado de manera inseparable a la responsabilidad de personas criminales o que potencialmente podrían serlo. Su descripción versa más sobre elementos que determinen la culpabilidad e intencionalidad de los actos ilícitos que a una cuestión que contribuya a una formación y descripción clínico-patológica.

La conceptualización de la locura ha estado ligada a estos tres elementos e incluso con el de alienación; a pesar de no ser aspectos que determinen una orientación en este estudio, no se quiso dejar a un lado una descripción; por muy elemental que resulte, pero que pueda estar presente para tratar de establecer ciertos parámetros en su uso. La época de estudio de la epilepsia no definía bien esa conceptualización y lo mismo resultaba escribir trastorno, desorden, enfermedad en el discurso médico y simple y sencillamente locura en el entorno social establecido fuera del manicomio. El carácter unitario mencionado con anterioridad se hace más que evidente en este análisis. Más allá del concepto que se pueda emplear para establecer porqué la epilepsia se encontraba ubicada dentro de las enfermedades mentales, el estudio se orienta a una descripción de los síntomas manifestados clínicamente tanto en la epilepsia como en algunas otras enfermedades, y que, desde luego, se comparten varias características; ya sea en su origen o repercusión.

3.2. Enfermedades y enfermos.

El hecho de que la epilepsia fuera tratada en el Manicomio no responde únicamente al hecho de que estas personas fueran consideradas anormales, o simple y llanamente locas. Por años, La Castañeda significó el lugar de alivio para personas que no sabían que enfermedad padecían, desde luego, la búsqueda de una respuesta para dilucidar a que se tenían que enfrentar, pero también por el hecho de

que la mayoría de esas personas no podía pagar un tratamiento para sus respectivas patologías da respuesta del porqué enviar a estas personas al Manicomio.

A continuación, presentaré algunos síntomas de otras enfermedades que se podían hallar al interior del Manicomio para poder establecer criterios médicos sobre la visión que se conformó respecto a la epilepsia como una enfermedad mental. Probablemente el rasgo más distintivo e idéntico que se presenta tanto en la epilepsia como en otras patologías son las alucinaciones; ya sea de la vista o del oído en general.

El siguiente caso corresponde a una mujer que fue ingresada bajo el diagnóstico de **Paranoia**. Su manifestación, consistía en lo siguiente: el día que salieron sus hijos (a trabajar) oyó y vio que una maquina atropellaba al menor, hiriéndole la espalda. Al preguntarle sobre las voces que oye respondió de la siguiente manera: *oigo palpable cuando me hablan, distingo voces de personas conocidas pero ya muertas, entre otras las de mi padre y mi marido los que me aseguran que no han muerto sino que han sido enterrados innotizados, oigo también voces de niños estos últimos de muy lejos como si vinieran de el cielo, pero no por eso dejan de ser claras estas voces, son los que me ponen al tanto de cuánto va a suceder, así por ejemplo el día que tembló el 8 de junio de 1911 yo sabía que iba a temblar, mi padre me lo dijo, ordenándome además que como loca lo dijera en las plazas, en las calles, en todas partes porque de lo contrario tenía pena de condenación perpetua".*⁶⁷ Las alucinaciones de la vista son tan claras y tan distintas como las auditivas, la primera vez vio a un hombre que saltaba la pared del patio de su casa, era de noche y el perro de su casa se puso a ladrar desesperadamente, siendo este un argumento muy sólido para la enferma, para demostrar que fue cierto, después casi todos los días ha seguido viendo

⁶⁷ Archivo Histórico de la Secretaría de Salud. Fondo: Manicomio General. Sección: Expedientes clínicos. Expediente: 777. Caja: 12. Foja: 3. Sic.

visiones siempre en relación con las alucinaciones auditivas y siempre revelando algo de lo que va a pasar o sobre alguna desgracia que ha pasado a ella o a su familia.⁶⁸

Por su parte la **esquizofrenia**, podía presentarse bajo la siguiente forma: en esta paciente se notó una quietud catatónica que era constante, la mirada fija concentrando su observación, pero en realidad no lo hacía, abstrayéndose del mundo exterior, mostrándose indiferente a todo lo que pasa a su alrededor; memoria debilitada, no podía fijar la atención, la asociación de ideas no existía, la percepción, el juicio y el raciocinio estaban naturalmente deprimidos. No era agresiva, pero si irritable, se pegaba de manazos sin causa justificada, monologuaba y padecía insomnio.⁶⁹

En la **Psicosis maniicodepresiva**, se podían dar los siguientes fenómenos: el paciente se acostaba a dormir en cualquier sitio, con el tiempo se volvió descuidado hasta impúdico; se volvía agresivo para quienes estaban cerca de él, hablaba muy poco, casi con monosílabas, estaba desorientado en tiempo y espacio; con la memoria desintegrada y la inteligencia muy escasa, sin muestras de afectividad y alucinaciones del oído.⁷⁰

Para la **psicopatía** se podían dar los siguientes síntomas: el enfermo tenía insomnio, alucinaciones de la vista y del oído. Decía que era muy rico y que pronto vería al presidente de la república. Cuando quisieron “robarlo” lo impidió a tiempo minando toda su casa con dinamita, *logramos matar a miles de ladrones*. Temía que lo mataran y a donde iba ponía bombas de dinamita para protegerse. En este caso se diagnosticó después como alcoholismo crónico. Más adelante se hará mención sobre este último.

⁶⁸ *Ibidem*.

⁶⁹ Archivo Histórico de la Secretaría de Salud. Fondo: Manicomio General. Sección: Expedientes clínicos. Expediente: 188. Caja: 3. Foja: 2.

⁷⁰ Archivo Histórico de la Secretaría de Salud. Fondo: Manicomio General. Sección: Expedientes clínicos. Expediente: 3566. Caja: 55. Foja: 4.

También podemos encontrar el **delirio místico sistematizado**, las únicas características que se hallaron fueron: Alucinaciones con santos y vírgenes en las paredes. El paciente creía que el médico del pabellón era Dios y la enfermera era una virgen.⁷¹ La mayoría de los pacientes con delirio místico o religioso tenían alucinaciones con figuras religiosas, santos, o tenían la manía de hincarse a rezar por varios minutos sin importar la hora ni el día. En algunas formas de delirio religioso los pacientes afirmaban ver figuras o entes demoniacos.

Paranoia secundaria, enajenación mental y delirio crónico. La mezcla de los tres diagnósticos engloba alucinaciones de la vista y del oído así como delirio de persecución. Esta paciente atribuía su enfermedad al ataque de unos revolucionarios al rancho en que habitaba y al fusilamiento de un cuñado suyo dos meses después del ataque. Los síntomas pudieron haber sido originados a causa del temor que desencadenó la revolución.⁷²

Demencia precoz. Se presentaba por lo regular con debilidad mental, esta paciente daba contestaciones pueriles. Contestaba de otra manera el mismo asunto. Sonreía o cerraba los párpados cuando contestaba y lloraba con mucha facilidad. Decía que una señora podía tener 40 hijos, que había vacas verdes señalando bien este color y reconociendo que es el color de las hojas. Tenía confusión y amnesia. Su voz tenía reflexiones de niño.⁷³

Demencia paralizante. En este caso el paciente presentaba alucinaciones visuales. Alucinaba que una mujer lo amenazaba con un puñal queriendo matarle. Perezosos los reflejos pupilares. El paciente

⁷¹ Archivo Histórico de la Secretaría de Salud. Fondo: Manicomio General. Sección: Expedientes clínicos. Expediente: 3990. Caja: 90. Foja: 3.

⁷² Archivo Histórico de la Secretaría de Salud. Fondo: Manicomio General. Sección: Expedientes clínicos. Expediente: 4764. Caja: 74. Foja: 12.

⁷³ Archivo Histórico de la Secretaría de Salud. Fondo: Manicomio General. Sección: Expedientes clínicos. Expediente: 4816. Caja: 75. Foja: 6.

tenía pérdida de atención contestaba torpemente y algo diferente a lo que se le preguntaba. Olvidó todo su pasado y olvidó lo que le pasó en el presente.⁷⁴

Histeria. En este caso se hallan más similitudes, casi idénticas a la epilepsia, este hecho hacía que en ocasiones se confundiera con esta o se llegaba a tal punto, que los médicos diagnosticaban como Histeroepilepsia. Sus síntomas y manifestaciones se podían clasificar en somáticas y mentales, las primeras de orden material, las segundas ligadas al espíritu; la psiquiatría del siglo XX postuló que las perturbaciones histéricas no comprometían lesiones estructurales. También se presentaban convulsiones, cambios psíquicos y alteraciones emocionales. A diferencia de la epilepsia; al convulsionar no había pérdida del conocimiento, sin embargo, se podía presentar desdoblamiento de la personalidad.⁷⁵ También podían presentarse, tics, vómitos, alucinaciones visuales recurrentes.⁷⁶

Alcoholismo. A pesar de que la histeria es la enfermedad que comparte más signos físicos y psíquicos con la epilepsia, el alcoholismo, manifestado de diversas maneras fue el que más acompañado estuvo a la epilepsia; varios diagnósticos se reportaban como epilepsia alcohólica. Sin embargo, también se podían presentar otras enfermedades como la histeria alcohólica, manía y psicosis alcohólica, lipemanía o melancolía alcohólica, parálisis alcohólica o demencia alcohólica. Los accesos de estas personas se podían presentar únicamente por ingerir grandes cantidades de alcohol.⁷⁷ Recordemos que,

⁷⁴ Archivo Histórico de la Secretaría de Salud. Fondo: Manicomio General. Sección: Expedientes clínicos. Expediente: 4797. Caja: 74. Foja: 9.

⁷⁵ López Sánchez, Oliva y Félix Velasco Alva. *De las pasiones del alma a la locura del cuerpo: el control médico del cuerpo y las emociones en la transición de las representaciones médico-psiquiátricas en México 1890-1930*. Ponencia. México. UNAM. Avance de Investigación en curso Financiada por la UNAM-DGAPA_PAPIIT IN304012 Tomado de: http://actacientifica.servicioit.cl/biblioteca/gt/GT26/GT26_LopezSanchez_VelascoAlva.pdf consultado el: 14/08/2017.

⁷⁶ Marchant, Matías. "Apuntes sobre la histeria". En *Revista de psicología*. Chile. Universidad de Chile. Vol. IX. Núm. 1. 2000. P. 3. Tomado de: <http://www.redalyc.org/pdf/264/26409109.pdf> consultado el: 14/08/2017.

⁷⁷ Jiménez Caraveo, Luisa Fernanda. *Procesión hacia el infierno. Mujeres alcohólicas durante el porfiriato tardío*. Tesis. México. Universidad Autónoma Metropolitana Iztapalapa. División de Ciencias Sociales y Humanidades. 2015. Al respecto se puede consultar el capítulo 3, donde se realiza un estudio de este tipo de alcoholismo que se presentaba en la sociedad porfiriana. Aunque el análisis de la autora se enfoca a la mirada que se tenía del alcoholismo en las mujeres, el contenido general tiene

dado el periodo de estudio, era muy común encontrar personas que ingresaran al Manicomio estando ebrios, más que por padecer una enfermedad mental como tal.

Como podemos ver, la epilepsia comparte muchas manifestaciones de otras enfermedades del periodo, las más constantes son las alucinaciones del oído y la vista y los delirios de persecución. Independientemente del origen, este hecho en sí mismo resulta complicado, ya que se requiere de observar en que momento se pueden notar otros síntomas o complicaciones que terminen por determinar que padecimiento se está presentando en cada persona. Esto debió de haber sido sumamente difícil de afrontar para los médicos de esa época ya que las enfermedades estaban prácticamente muy unidas en su manera de expresarse corporalmente. Por el lado social, creo que es muy inestable la manera de poder interpretar el ingreso a un manicomio, en este caso y según el marco en el que se desarrolla este trabajo; estas personas se veían como disfuncionales y potencialmente peligrosas, independientemente del diagnóstico, tratamiento o el motivo por el que salieron.

bastantes datos sobre el alcoholismo como enfermedad o vicio. El apartado donde menciona los padecimientos anotados es bastante rico por dos cuestiones. Por su definición y por las ilustraciones que emplea citando casos clínicos. Es muy amplio su estudio y me limito simplemente a referir este nicho. Para los síntomas en general, sus diferentes cauces en enfermedades secundarias y la visión hacia estas personas, recomiendo revisar este trabajo.

La ciencia no nos ha enseñado aún si la locura es o no lo más sublime de la inteligencia.

Edgar Allan Poe.

4.- Capítulo 3.

Tipos, causas y manifestaciones de la epilepsia.⁷⁸

Considero pertinente mostrar algunos antecedentes respecto a la información que para el siglo XIX se tenía respecto a esta enfermedad. Debido a que de esa época se derivan antecedentes que marcan de forma contundente a la propia patología; pero también su visión hacia ella. La epilepsia, por muchos motivos siempre resultó difícil de tratar, desde la parte médica y sin duda, desde su parte social. No resulta sencillo mostrar el abanico de posibilidades respecto a su manifestación; sin embargo, trataré de presentar las más relevantes y las más cercanas a mi periodo de estudio.

4.1 Tipología de la epilepsia.⁷⁹

Epilepsia Saturnina. En la epilepsia saturnina, esencialmente aguda, los accesos se renuevan rápidamente, dos, tres, treinta veces por día; en este último caso no ha concluido todavía un acceso cuando ya aparece otro.⁸⁰ En un gran número de epilépticos, las convulsiones son habitualmente más

⁷⁸ Al mencionar manifestaciones de la epilepsia, se encuentran implícitas en la descripción del propio tipo de epilepsia que se explica. Como tal, no se amplía en un apartado específico.

⁷⁹ Esta lista corresponde tanto a las tesis del siglo XIX consultadas como a la información encontrada en los propios expedientes. Algunas descripciones del siglo XIX se seguían usando casi igual para el XX.

⁸⁰ Chaix, Carlos. *Estudio patogénico de la epilepsia*. Tesis para el examen profesional de medicina y cirugía. México. 1870. P. 22. A este tipo de accesos también se le conocen en su variante más agresiva como estado epiléptico (*estatus epilepticus*). En esta situación el paciente presentaba un acceso epiléptico seguido de otro sin interrupción, por lo regular la causa de muerte en estos casos era agotamiento.

marcadas de un lado del cuerpo que del otro; esta circunstancia no ha sido observada en la epilepsia saturnina. La epilepsia saturnina es precedida o seguida constantemente de delirio o de coma, lo que no es muy común en la epilepsia vulgar; en esta, el decaimiento que sucede al ataque se disipa al cabo de una media hora, o de una hora; en la epilepsia saturnina, el coma primitivo o consecutivo al ataque dura muchas horas, muchos días.

Epilepsia nocturna. hay algunos ataques de epilepsia que son exclusivamente nocturnos y quedan ignorados por muchos años, sin que nadie sospeche la existencia de esta enfermedad; pero examinando atentamente al enfermo después de algunas horas que ha pasado el ataque, se advierte sobre la frente, el pecho y el cuello, unas pequeñas manchas equimóticas; y la existencia de este fenómeno es de mucha importancia para el diagnóstico de la epilepsia, cuando por cualquier motivo se sospecha la existencia de esta enfermedad.

Congestión cerebral apoplectiforme y epilepsia sintomática de lesiones cerebrales. La congestión cerebral en su forma apoplética puede hacer creer en un ataque de mal caduco, y aun Trousseau afirmaba que ella era siempre un síntoma de la epilepsia.

Epilepsia simulada. La epilepsia puede ser simulada; y esta enfermedad, ha dicho Tissot, es la que se afecta más frecuentemente por la compasión que ella inspira y porque no exige una representación momentánea; pero a cualquiera que haya estudiado escrupulosamente los signos de la epilepsia, no le será muy difícil reconocer una impostura.

Locura epiléptica. Hay dos variedades de delirio epiléptico que se caracterizan perfectamente a pesar de su verdadera comunidad del origen. Para facilitar su descripción y traer a la memoria la conexión tan íntima que existe entre las manifestaciones físicas y las manifestaciones psíquicas de esta

enfermedad, los autores han convenido recientemente en denominarlas, a la una, el pequeño mal, y a la otra, el gran mal.

Pequeño mal. Se manifiesta principalmente por una gran confusión de ideas, impulsiones instintivas y actos violentos. Presentan impulsiones violentas que surgen en su espíritu. Los enfermos poseídos de esta forma de delirio dejan sus ocupaciones, abandonan sus domicilios para andar vagando por las calles; por los campos. El carácter impulsivo, momentáneo y violento del delirio epiléptico es verdaderamente notable. En este momento los enfermos se creen perseguidos por algún miembro de su familia, por algún amigo. Si guardaban un sentimiento de venganza con este brote pueden reanimarla y quedar satisfechos. Los enfermos en su arrebató se suicidan, roban, incendian, matan, agotan en fin su furor en contra todo lo que encuentran a su paso. En estas circunstancias pueden presentar situaciones mentales muy diferentes, siempre sin recordar lo sucedido.

Gran mal. Es conocido comúnmente con el nombre de manía furiosa, en algunos casos esta comienza inopinadamente sin ser precedida de ningún síntoma prodrómico. En estos casos existen signos precursores físicos, como cefalalgia, vómitos, brillantez de los ojos, movimientos convulsivos de la cara, de los miembros, o morales; consistiendo principalmente en ligeros grados de excitación e irritabilidad; pero nunca estos signos premonitores proceden más de algunas horas a la explosión de la manía epiléptica. Los enfermos tienen visiones continuas, ven fantasmas, hombres armados que se precipitan sobre ellos para darles la muerte; notan sin cesar objetos luminosos, círculos de fuego, y en muchas ocasiones el color rojo, y la presencia de sangre predominan sobre todo lo demás. Estos accesos de manía epiléptica no duran más que unos días, que cesan tan bruscamente como han empezado.⁸¹

⁸¹ *Ibid.* pp. 23-31.

Epilepsia esencial. Consiste en pérdida del conocimiento, las personas caen en el lugar en el que se encuentran como si fueran fulminadas por un rayo; dan un grito entrecortado y estridente, presencia de convulsiones tónicas generalizadas, por lo general frecuentes, después del acceso hay cansancio y torpeza de la inteligencia; los párpados entreabiertos y los ojos vueltos hacia arriba; se presenta la cara con palidez al inicio y al final de las crisis se encuentra congestionada, a veces se ve roja y otras alcanza un tono violáceo. La cabeza se halla en extensión forzada, los miembros superiores en flexión y los inferiores encogidos. También se pueden notar convulsiones clónicas en los maseteros, músculos cutáneos de la cara, diafragma y pared abdominal. Posterior al acceso los pacientes pueden caer en coma de forma indeterminada.⁸²

Epilepsia sensitiva. Son alteraciones de la sensibilidad general; perturbaciones subjetivas que existen en las lesiones que destruyen la zona sensitivomotriz. Se presentan como hormigueos, punzadas (raras veces con grandes dolores) que en ocasiones tienen grandes descargas.⁸³

Epilepsia deambulatoria de Charcot o prokursiva. el enfermo estando ocupado en los asuntos comunes de su vida, experimenta una necesidad irresistible e inconsciente de acción, casi siempre es una impulsión a viajar y acto continuo prepara su viaje, consigue todos los medios indispensables para verificarlo, sin causar ningún daño, ni desorden, y lo emprende sin seguir ninguna ruta preconcebida sino que vaga a la ventura y en el transcurso del viaje generalmente considerable, vuelve a su estado normal quedando estupefacto de encontrarse muy lejos de su hogar; estos actos difieren de los de un hombre perfectamente sano, nada más por carecer de objeto determinado y por la ausencia del recuerdo; pero

⁸² Mariano Ramos E. "Tercer curso de clínica médica. Lecciones del Dr. José Terrés. Decimotercia, decimacuarta y decimaquinta lecciones. Epilepsia esencial". En *Anales de la escuela de medicina*. México. Parte médica. Año 1. 1904-1905. Pp. 109-132. Se tomaron las características de la epilepsia esencial de casos descritos por el Dr. Terrés en sus lecciones; muchas de estas, se presentan de forma similar o igual en las descripciones de los expedientes clínicos de La Castañeda.

⁸³ *Ibid.* p. 130.

en el incumplimiento de estos actos muchas veces complicadas se revela el conocimiento. El epiléptico no se tropieza con ninguno de los obstáculos que encuentre, al contrario, parece evitarlo con mucha lucidez.⁸⁴ En otros casos se puede presentar como ausencia; su característica es que el enfermo puede suspender una conversación o acción, retomándola algunos segundos después donde la había dejado. También se presenta palidez en la cara, y suspensión rápida de las facultades superiores. El epiléptico se aísla por completo del mundo.⁸⁵

Epilepsia larvada de Morel. Se puede considerar esta forma larvada como el equivalente psíquico del gran ataque; en efecto, está caracterizada por un desorden mental complicado, un delirio furioso con impulsión ciega al suicidio, al homicidio, al incendio u otros actos automáticos indicando siempre una perversión cerebral; una profunda postración intelectual sucede a estos graves accidentes y vuelto en sí el enfermo, no recuerda nada. La brusquedad del principio, la intensidad excesiva de la alteración mental seguida de colapsus, el carácter transitorio, pérdida de recuerdo, semejanza de todos los accesos en el mismo enfermo y la claridad misma de la intermisión, individualizan muy bien esta variedad clínica y le dan un sello francamente epiléptico, además se ven desarrollarse a menudo, al fin y al cabo, los fenómenos convulsivos que terminan por caracterizar más la naturaleza de estos accidentes.⁸⁶

Epilepsia parcial o Jacksoniana. Está caracterizada por convulsiones parciales, acompañadas o no de pérdidas del conocimiento; las contracciones anormales principian en un grupo muscular determinado y después invaden otros músculos hasta generalizarse a veces, pero esto es raro; esta variedad ofrece en la inmensa mayoría de los casos, síntomas motrices permanentes y en sus fases

⁸⁴ Pola, Librado. "Ligeras consideraciones sobre la patogenia de la epilepsia". En *La Escuela de Medicina. Periódico dedicado a las ciencias médicas*. México. Tesis inaugural. Tomo XI. Abril 15. 1892. Núm. 30.

⁸⁵ Pola. *Op. Cit.* Tomo XI. Mayo 15 de 1892. Núm. 32.

⁸⁶ *Ibidem*. En algunos casos reportados por médicos mexicanos la epilepsia larvada tiene su correspondencia exacta con las descripciones que se hacen respecto a la epilepsia procursiva o deambulatoria.

últimas sobrevienen contracciones en los miembros paralizados. La propagación de los movimientos convulsivos de un segmento de miembro o de un miembro a otras regiones musculares sigue cierto orden indicado claramente por Jackson, quien formuló las leyes siguientes aceptadas por Charcot: 1o. Cuando las convulsiones principian por el miembro superior, invaden en seguida la cara, después el miembro inferior. 2o. Si la cara es afectada primero, sigue el miembro superior y en último lugar el miembro inferior. 3o. Si el miembro inferior es afectado primero, las convulsiones ganan el miembro superior y después la cara.⁸⁷

Histeroepilepsia. Es una combinación de ataques epilépticos e histéricos. En los pacientes que presentan estos ataques no hay predominio de uno sobre otro sino una mezcla de ambos, donde la manifestación es variada. La presencia de convulsiones tónicas y/o clónicas no se presentan como tal; sino más bien movimientos desordenados; se puede presentar de manera muy prolongada (dos horas). Además, se nota una presencia de grito y llanto, tanto al inicio de la crisis como al final. No se nota mordedura de la lengua y al término se presenta una compresión sostenida y enérgica de los labios - crisis histérica-. También describen los pacientes aura sensitiva; caracterizada como la sensación de una bola que sube desde el estómago hasta la garganta, en ocasiones hasta la cabeza; al llegar a esta última deriva en la crisis, emisiones involuntarias de orina y sueño profundo posteriores al ataque, quedado en estado crepuscular la conciencia. A diferencia de los ataques enteramente epilépticos, no se nota disminución de la inteligencia.⁸⁸

⁸⁷ *Ibidem.*

⁸⁸ Archivo Histórico de la Secretaría de Salud. Fondo: Manicomio General. Sección: Expedientes clínicos. Expediente: 2065. Foja: 1. Esta información se tomó directamente del expediente de una paciente, debido a que en el Pabellón de observación o Enfermería se tomaba la información necesaria para poder establecer que tipo de epilepsia presentaba cada paciente ingresado en el Manicomio.

Epilepsia somática y psíquica combinadas. Los médicos se refieren a la primera con los mismos síntomas que la epilepsia saturnina, gran mal o epilepsia esencial. Además de la presencia de mordedura de la lengua durante las crisis, así como incontinencia de orina y materia fecal.⁸⁹ Por su parte la epilepsia psíquica hace referencia al carácter de los enfermos; donde hay presencia de manías (pueden ser religiosas, de grandeza, pero también agresiones), estos síntomas se podían dar en conjunto con el llamado carácter o furor epiléptico, donde su principal característica es agresión, mal humor e irritabilidad general. También, y posterior al ataque se nota una indiferencia e insensibilidad moral completa.

Por último, agrupo algunos diagnósticos que no se describen a detalle y sólo se encuentra el nombre, sin embargo, se hace mención de ellos en los expedientes. Por desgracia y como suele pasar con los documentos, algunos sólo cuentan con el diagnóstico de ingreso, así como algunos datos personales y la causa de muerte. **Epilepsia constitucional. Epilepsia frustrada. Epilepsia alcohólica. Epilepsia sintomática. Epilepsia incurable. Epilepsia para-sifilítica.** En el caso de la epilepsia alcohólica y la epilepsia para-sifilítica son consecuencia de otra patología; se abordarán más adelante dentro del apartado de las causas de la epilepsia. Por lo regular, sus manifestaciones son las de la epilepsia esencial, aunque cuando se trata a los pacientes para el alcoholismo, la epilepsia se volvía menos constante o incluso desaparecía. Para la epilepsia constitucional, las características descritas son las de la epilepsia esencial, aunque en ocasiones únicamente era epilepsia parcial. En lo que respecta a la epilepsia frustrada, lo que se describe alude más a la epilepsia deambulatoria de Charcot, los pacientes refieren la necesidad de echar a correr; aunque también se puede presentar dolor de cabeza intenso. La epilepsia

⁸⁹ En la mayoría de los expedientes clínicos revisados del Manicomio, es una constante todos los síntomas descritos. Probablemente el diagnóstico dependiera de alguna manifestación que se considerara rara o poco común en la epilepsia.

sintomática no tiene descripción alguna. Y la epilepsia incurable se refiere a la epilepsia esencial, pero donde ningún tipo de tratamiento puede hacer nada para combatirla.⁹⁰

4.2 Causas que originan la epilepsia.

Antes de empezar con las causas que originan a la epilepsia registradas en los diagnósticos de La Castañeda, quisiera mencionar algunas consideraciones sobre la génesis que Byron Good toma en cuenta en torno a la epilepsia y su forma de revisar la narrativa de los pacientes con los que tuvo contacto. Para él, la trama explicada sobre cómo va tomando lugar la epilepsia en las personas se desarrolla en 5 tipos distintos:

1. La enfermedad inicia con un severo trauma emocional asociado a una experiencia aterradora o a una grave pérdida personal; esto provocó los desmayos -para los casos en Turquía, psiquiátricamente vistos como epilepsia-, que se repitieron en el tiempo de forma intermitente.
2. Los ataques empezaron tras contraer unas fiebres en la infancia o después de sufrir una herida. (Fiebres altas en la infancia, meningitis, caerse de la cama, etc.) Trágicos desenlaces asociados a serios trastornos o retrasos mentales.
3. Mujeres que refieren una vida de tristeza, pobreza y sufrimiento y en la que los episodios de desmayos eran persistentes e importantes -crisis de carácter psicológico más que epilepsia-.
4. Enfermedades causadas por el mal de ojo o malevolencia de algún genio

⁹⁰ Son muy pocos casos de estos tipos de epilepsia; a pesar de ello, considero necesario mencionarlos. El hecho de que tuvieran distintos nombres, aunque fueran las mismas manifestaciones puede corresponder a una cuestión de nomenclatura de cada médico.

5. Ataques que parecían haber surgido sin causa aparente. Ataques generalizados sin que cupiese asociarlos a ningún acontecimiento desencadenante.⁹¹

En mi caso, y separando algunas de las causas que generan la epilepsia,⁹² se presentan similitudes muy concretas con las descritas por Good; sin embargo, también hay algunas que; considero, tienen relevancia al ampliar la génesis de la epilepsia. presentaré primero las similitudes y posteriormente las que no se hallan en la narrativa de Good.

1. El inicio se presenta con un evento emocional muy fuerte; con dos vertientes. Por un lado, se menciona haber sido presa de una cólera o coraje muy fuerte, y por el otro el terror, susto o tristeza muy profundos, son los detonantes de la enfermedad.
2. La epilepsia se da por haber presentado alguna lesión o fiebres en la infancia. Aunque no hay datos suficientes en la totalidad de los archivos, de los que se encuentra una descripción medianamente necesaria para poder hacer inferencias; una constante son haber padecido en la infancia (y en el caso de los niños a una edad muy temprana) fiebres, tos ferina, escarlatina, neumonía, meningitis o pulmonía. Además, se menciona haber sufrido una caída para que los accesos se manifiesten. E incluso golpes en la cabeza lo suficientemente fuertes para provocar las convulsiones; asó como lesiones con artefactos punzocortantes.

⁹¹ Good, Byron. *Medicina, Racionalidad y Experiencia, una perspectiva antropológica*. España. Edicions Bellaterra. 2003. 375 pp. 267-269. Este planteamiento lo realizó Good desde la antropología médica para acercarse a pacientes con epilepsia en Turquía, sin embargo, considero que me dan un marco referencial amplio y bastante sólido para poder partir de él y complementarlo con las causas que difieren en los expedientes revisados.

⁹² A pesar de contar con un número amplio de expedientes, en aproximadamente el 50% de ellos, la información que se presenta es muy esencial y apenas se encuentra el día de ingreso, edad, sexo, pabellón y causa de muerte. Sin que se encuentre que tratamiento recibió o la causa de la propia epilepsia ni el tipo de esta.

3. En el caso de las mujeres, la epilepsia y los ataques convulsivos se presentan con la primera regla, y se vuelven una constante; cada mes se presentan sólo en ese periodo, aunque se agravaban con el tiempo.
4. Por ingerir alcohol en grandes cantidades o hacerlo de manera periódica. Este tipo de epilepsia va disminuyendo e incluso desaparece al controlar el alcoholismo de los pacientes. Y aunque la mayoría se registran en población masculina; también hay casos donde las mujeres eran diagnosticadas con epilepsia alcohólica.
5. Las crisis inician después de haber comido en abundancia; tras lo cual cada determinado tiempo las convulsiones se vuelven constantes.
6. Se inicia con los efectos de la luna. Especialmente con la luna llena; lo mismo que en las mujeres coincide la aparición de los accesos con su periodo catamenial; la luna es la determinante para que las crisis se presenten en los pacientes y solamente en los días donde la luna se encuentra llena. Y por extraño que parezca sólo se presenta en expedientes de pacientes masculinos.
7. Se hace referencia a haber bebido café en exceso; aunque puede ser sólo coincidencia, no hay más datos para contrariar o reafirmar este origen.
8. Una cuestión de tipo genético. Tampoco hay información suficiente para poder determinarla como irrefutable y por lo mismo, bien podría entrar en la categoría de epilepsia sin causa aparente o determinante. Sin embargo, estos expedientes tienen en común referir antecedentes familiares, poniendo énfasis en uno de los padres o ambos; también hay dos vertientes por un lado antecedentes por epilepsia y la otra por alcoholismo

9. Epilepsia sin que se pueda identificar alguna causa.⁹³

4.3 La locura de la epilepsia. ¿Cómo opera en la sociedad?

Locura epiléptica.

La locura epiléptica generalmente se presentaba bajo las formas maniaca simple, furiosa y depresiva. En la locura epiléptica, íntimamente relacionada a los paroxismos convulsivos, se distinguió de lo que Falret llamó gran mal y pequeño mal intelectuales. En la forma maniaca simple, había locuacidad más o menos incoherente; movimientos desordenados, mal dirigidos, sin carácter de violencia. En la forma furiosa, los movimientos obedecían al impulso de destrucción: pirofobia, homicidio, suicidio, tales efectos se presentaban. En la forma depresiva, las alucinaciones de la vista consistían en la visión de objetos terroríficos, la completa apatía de carácter que les obligaba a buscar la soledad, constituía su carácter. Falret, describió; como ya se mencionó, otra forma de locura epiléptica con las denominaciones de gran mal y pequeño mal intelectuales: formas en las que la relación cronológica que el delirio afectaba con relación a los signos objetivos del acceso era tan lejana, que parecía que se asistía a una verdadera sustitución, a una metástasis de la acción morbosa obrando sobre los centros psíquicos para originar delirio, lejos de obrar sobre los centros motores para producir convulsiones. En el gran mal intelectual, el acceso estallaba con tal carácter de violencia, que apenas si había obstáculo que oponer al enfermo en los actos de destrucción a que se entregaba. Las alucinaciones combinadas eran frecuentes y a ellas debían atribuirse esos impulsos que, estallando de una manera intempestiva, hacían su evolución completa en el periodo de algunas horas por regla general. Bajo el influjo del pequeño mal intelectual,

⁹³ Coloco en negritas esta información ya que es la que no menciona Byron Good en su estudio; al final, creo que la diversidad que se pueda presentar como origen de la epilepsia corresponde únicamente al número de expedientes revisados. A mayor cantidad, mayor será la posibilidad de ampliar este espectro. Por otra parte, el mal de ojo o malevolencia de algún genio ni siquiera está presente.

el enfermo fijaba difícilmente su atención; la memoria le era infiel, o estaba completamente extinguida; sus percepciones siendo confusas, los juicios y raciocinios eran falsos. El predominio de los malos instintos, la impotencia que experimentaban al resistir al impulso (y esa circunstancia les hacía descubrir casi siempre) la necesidad automática de locomoción, llamada por Ball, manía de los viajes, la sed de venganza, la tendencia a inferir lesiones múltiples e inútiles, sin objeto; el hacer algunas víctimas sin conciencia, conveniencia ni recuerdo, la rareza de las alucinaciones, son datos que le caracterizaban suficientemente.⁹⁴

Como vemos, muchos de estos síntomas y perturbaciones que se presentaban en los pacientes (y que probablemente se sigan presentando en algunos casos en la actualidad); forman un cuerpo detallado para poder constreñir a la epilepsia en una forma específica. Sin embargo, considero que la manifestación clínica nunca será tan difícil de llevar como la esfera social de la epilepsia en sí misma; sin importar que tipo se pueda presentar. El simple hecho de pisar un Manicomio u Hospital Psiquiátrico, o como se le quiera llamar, puede resultar más doloroso que la propia patología. El hecho de ser un paciente mental puede alterar varias cosas; como menciona Goffman; “la concepción psiquiátrica de una persona solo cobra sentido cuando altera su destino social”.⁹⁵

Desde una postura sociológica, la locura o un comportamiento mental enfermizo son producto en muchos casos, de la distancia social desde la cual se juzga la situación del enfermo; más que la enfermedad mental.⁹⁶ Tanto el destino como la distancia social, forman parte de la vida de un paciente

⁹⁴ Sánchez Bustamante, Pilar. *Algunas consideraciones sobre la responsabilidad criminal del epiléptico*. México. Facultad de Medicina de México. Pp. 32-33. El hecho de volver a mencionar el pequeño y gran mal obedece a que se reúnen características un poco diferentes que orientan el comportamiento peligroso de los epilépticos.

⁹⁵ Goffman, Erving. *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires, Argentina. Amorrortu Editores. 1970. P. 134.

⁹⁶ *Ibid.* p. 135.

psiquiátrico; independientemente de estar conscientes de su situación o no. Muchas manifestaciones descritas con anterioridad se instauran como elementos socioculturales cargados de una esencia médico-psiquiátrica difícil de entender y de tratar (en un sentido social, además de su parte médica). Escuchar voces, sentirse perseguido, perder la orientación en tiempo y espacio, pueden ser solamente señales psiquiátricas de un trastorno emocional temporal.⁹⁷ En general se presentaban estos eventos de manera poco prolongada, sin embargo, haber residido por un tiempo en el Manicomio pudo haber significado una carga social difícil de llevar. A pesar de ello, tanto en la epilepsia como en alguna otra enfermedad mental, la visión hacia los pacientes podía ser muy cruda. Los ideales sobre los que se fundó el Manicomio de La Castañeda fueron bastante rígidos para su época. La búsqueda de una reinserción social a través de un paso por instituciones especializadas marcó de manera significativa muchas vidas. Al fin y al cabo, el conocimiento hacia estas enfermedades se encontraba, igual que ahora, en proceso de construcción.

El contexto en que surgen estos malestares clínicos y sociales podría analizarse desde diversas posturas. Me limito únicamente a tratar de abordarlos desde una óptica social, donde estas personas son sujetos de reclusión, observación, análisis y en ocasiones de abandono. Es un proceso, denominado por Goffman, de expropiación, donde los derechos y relaciones de cada una de estas personas se modifica a tal grado que, cuando ha vivido un proceso hospitalario; los ha perdido casi todos.⁹⁸ La mirada volcada hacia las personas con epilepsia se sustentó prácticamente en las manifestaciones que esta presentaba. Por un lado, podemos ver que las características principales entendidas como peligrosas o potencialmente riesgosas son las mencionadas tanto en el pequeño mal como en el gran mal; en el caso

⁹⁷ *Ibid.* p. 137. Estos eventos se muestran con más claridad en pacientes que se catalogaban como alcohólicos; en general, se pueden hallar varios tipos. Desde la epilepsia alcohólica hasta la psicosis alcohólica.

⁹⁸ *Ibid.* p. 139.

del segundo, por las visiones que acompañan al acceso. Esta enfermedad muchas veces ocasionaba que las personas que la padecían fueran agresivas, violentas, sin sentido moral que orientara sus acciones, etc.⁹⁹ Debido a esto, se puede encontrar en varias ocasiones, acompañando el diagnóstico que acompañe al tipo de epilepsia observada; la acotación de **carácter o furor epiléptico**. Este pequeño hecho permeó de tal manera, que cuando una persona que ingresaba al Pabellón de epilépticos y no presentaba rasgos agresivos, causara notoriedad en los médicos y enfermeras. Eran considerados raros, por carecer de esta manifestación.

Este carácter o furor estuvieron ligados íntimamente al ambiente criminal que se buscaba disminuir en la Ciudad de México, aunado a otros factores como el alcoholismo y que como podemos recordar es otro aspecto que corre paralelo a la propia epilepsia, las costumbres de ingerir bebidas “espirituosas” detonó muchas veces los accesos epilépticos, pero también agravó la violencia con que estos podían aparecer. En general, la epilepsia fue vista con temor al no saber cómo se podía actuar en ciertos casos. A pesar de esto, hubo casos muy peculiares y concretos donde se buscaba en la enfermedad una salida para evadir un crimen; situación completamente opuesta a lo que representaba socialmente. Un ejemplo ilustrativo es el de “el Chalequero”, apodo con el que llamaban a Francisco Guerrero; hombre que había asesinado a varias mujeres y que fue llevado a juicio, su defensa argumentó, basándose en pruebas realizadas por el Dr. Francisco Martínez Baca, jefe del Gabinete Antropométrico

⁹⁹ Corral, Eduardo. *Algunas consideraciones médico-legales sobre la responsabilidad criminal de los epilépticos*. Tesis. México. Facultad de Medicina de México. 1882. Pp. 11-18. Las características descritas en la tesis se orientan más hacia la naturaleza de la enfermedad para poder determinar en un momento dado, hasta qué punto realmente una persona es responsable de sus actos; sobre todo si se ha cometido algún crimen o delito. En esta postura se menciona la **epilepsia enmascarada** como una mezcla de los síntomas de la epilepsia en general, aunque no se den accesos convulsivos por completo, los eventos psíquicos de las personas se orientan a la agresividad, violencia, y sobre todo homicidio y suicidio. La recomendación que se daba en este tipo de casos, donde se comprobaba que el paciente enfermo no perdía de manera completa el conocimiento; era que fuera juzgado igual que los demás reos donde estuviera recluido. La enfermedad no era un elemento que se pudiera o debiera tomar en cuenta para librarlo de sus cargos.

de la Cárcel General de Ciudad; que el acusado presentaba signos de epilepsia y alcoholismo, perturbación física, falta de sentido moral y algo de locura impulsiva.¹⁰⁰ A pesar de las pruebas presentadas el acusado Francisco Guerrero fue condenado a sufrir la pena de muerte, en el interior de la Cárcel de Belém, siendo además, la segunda vez que escuchaba esa sentencia.¹⁰¹

En algunos momentos este tipo de enfermedades nunca dejaron de causar expectación respecto a su posible cura y podría considerarse que era normal que muchos médicos proclamaran tener una cura para determinado tipo de patología. De forma amplia, los periódicos no revelan eventos concretos respecto a la percepción que se tenía sobre la epilepsia. Considero que los expedientes clínicos nos acercan más a un ambiente social que la hemerografía. Por un lado, la mirada del médico orienta un camino social de una enfermedad, al elaborar un interrogatorio para poder recibir a un paciente y ser internado, su diagnóstico termina por ser más severo de lo que se podría percibir de inicio. Emitir un juicio sobre una posible enfermedad que tenga una persona, así como sus posibles tratamientos, recaídas, cura o la inminente muerte, se vuelve un elemento que detona en la sociedad una pauta para saber cómo se deben tratar a estas personas. Las formas de locura se desdibujan y se enlazan unas a otras a tal grado que su origen se pierde en la observación; es difícil explorar caminos de recién creación e intentar abrazar todo el conocimiento para manejar los recursos al alcance en un momento determinado. La semejanza de síntomas no permite realizar un diagnóstico adecuado. Por otro lado, salir del Manicomio con un diagnóstico, o permanecer ahí sin poder establecer un tratamiento que permita dar mejoría a las personas genera una incertidumbre social. ¿En que momento una persona

¹⁰⁰ "El Jurado del Chalequero". s/a. En. *La voz de México. Diario católico y político decano de la prensa mexicana*. México. Hemeroteca Nacional Digital de México. Año XXXIX Núm. II5. Martes 8 de septiembre de 1908. Tomado de: <http://www.hndm.unam.mx/consulta/resultados/visualizar/558a38227d1ed64f16e1ffd0?resultado=32&tipo=pagina&intPagina=1&palabras=epilepsia>. consultado el 10/08/17.

¹⁰¹ *Ibidem*.

puede volverse loco? ¿El hecho de ingresar a una institución para buscar ayuda, representa en el fondo un alejamiento del entorno en el que se desenvuelve y una forma de expulsión de la configuración social a la que se pertenece?

Me gustaría terminar con una propuesta médica donde se garantizaba la cura de varias enfermedades a manera de ilustración, pero también de reflexión. “Los médicos ingleses” afirmaban tratar y curar enfermedades crónicas de hombres y mujeres; en especial, todos los males de los órganos sexuales de ambos sexos. Cura radical, entre otras enfermedades de: esterilidad, bronquitis, reumatismo, sordera, ataques (epilepsia), etc. Ofreciendo en garantía \$ 500. 00 oro a cualquier paciente cuyo caso no se hubiera tratado sin éxito. La epilepsia se trataba en un plazo de 60 días por un costo de \$75 pesos, todas las medicinas se incluían de manera gratuita, incluso el “606”.¹⁰² El hecho de poder hallar alivio y cura en cierto tipo de epilepsias, desde luego que generaba un ambiente positivo, sin embargo, y como se puede ver a lo largo de los miles de expedientes de La Castañeda, la eficacia de un medicamento podía depender de varios factores.

¹⁰² El 606 era el nombre que se le dio al salvarsán, un antisifilítico, que aparentemente podía curar dicha enfermedad (sífilis). “Los médicos ingleses, (especialistas expertos)”. En *El tiempo*. México. Sábado 4 de marzo de 1911. P. 7 tomado de: <http://www.hndm.unam.mx/consulta/resultados/visualizar/558a353a7d1ed64f16b37321?resultado=1129&tipo=pagina&intPagina=7&palabras=epilepsia>. Consultado el 10/08/17.

*... Aquel muchacho de dieciocho años, consumido por la enfermedad, parecía débil cual temblorosa
hojita arrancada del árbol.*

Fiódor Dostoievski.

El idiota.

5.- Capítulo 4.

Viviendo con epilepsia, aproximación histórica a la experiencia de la enfermedad.

Resulta complicado acercarnos a la experiencia de una persona con alguna enfermedad; para la antropología médica, por ejemplo, resulta hasta cierto punto sencillo, hacer una entrevista y regresar a un paciente una y otra vez hasta poder conformar un corpus de conocimiento emanado de quién está viviendo un proceso patológico. Lamentablemente el historiador no tiene esa posibilidad, en la mayoría de los casos, se cuenta con expedientes médicos y clínicos de pacientes que vivieron y murieron con enfermedades en específico. Pero la visión de esas personas casi nunca se puede rastrear. En este caso, y por ser personas que vivieron semanas, meses e incluso años en el Manicomio de La Castañeda, su voz, fue ignorada o pocas veces escuchada. Como podemos ver, el proceso histórico donde se inserta este pequeño análisis mantuvo de cierta forma limitada la voz de las personas que moraban en el Manicomio.

Otro problema que se presenta es poder determinar hasta qué punto las referencias de los pacientes eran reales, o eran parte de sus accesos, refiriéndonos por ejemplo a las alucinaciones o delirios que presentaban. El porfiriato por sí mismo marcó de una manera rotunda a varias personas que no se podían perfilar bajo un esquema orientado hacia el orden y progreso. Para poder lograr un acercamiento a la experiencia de estos pacientes, recuro a las técnicas empleadas desde la antropología

médica para poder comprender los procesos de salud enfermedad, y cómo es que se entienden tanto en el paciente como en el médico, esta convivencia con otra disciplina me permite poder ampliar mi panorama y no quedarme solamente con una enfermedad inscrita en un proceso histórico-social determinado, de una manera que, puedo encontrar más elementos de análisis como se verá más adelante.

Como ya se planteó en el capítulo anterior, seguir la propuesta de Good resultó favorable para poder determinar el origen de la enfermedad; por lo menos desde la postura del paciente como lo que recuerda fue la génesis de la epilepsia. De forma amplia, la propuesta de Byron Good también se enfoca a poder establecer cómo el panorama de las personas se puede modificar al padecer una enfermedad. Muchos son los factores que intervienen en toda patología. La familia, la sociedad en la que se inscribe el malestar biológico y posteriormente social; el acercamiento de los médicos, las formas de entenderla y por supuesto, cómo se vive (aunque la vivencia física recae en el paciente, la familia también tiene un peso considerable en la forma de vivir una enfermedad, ya que son sus integrantes los que cuidan de ellos en algún momento).

La siguiente perspectiva la planteó Good para acercarse al dolor crónico; sin embargo, tiene conceptos que resultan atractivos para poder percibir el ambiente que se desarrolla en el mundo del enfermo. Reitero que no cuento con toda la historia para poder reconstruir el momento exacto del inicio de la epilepsia; ni tampoco de eventos significativos en los que se puedan encontrar diálogos con su propio entorno.¹⁰³ La propuesta gira en torno a la construcción y deconstrucción del mundo de un enfermo, cómo éste estructura su realidad partiendo de su enfermedad, el desplazamiento que

¹⁰³ Good. *Op. Cit.* En "El Cuerpo, la experiencia de la enfermedad y el mundo vital", capítulo 5, pp. 215-246.

experimenta ya que, al tener una patología, su vida adquiere otro significado y otra base para actuar. El llamado mundo vital es el espacio que se ve interrumpido por ese agente que limita la acción de la persona. Su mundo empieza entonces por deconstruirse. Adquiere otros matices y perspectivas, lo que narra son formas de desolación y desesperanza.¹⁰⁴ El mundo se detiene para ellos y poco a poco se va destruyendo, el tiempo que viven es ajeno al que se vive “allá afuera” en el mundo cotidiano, donde parece que nada afecta. Como vemos, además de este mundo estructurado según la enfermedad se agrega el tiempo; que más allá de ser un marco que orienta los ritmos biológicos, rompe con la vida del enfermo. El tiempo lleno de dolor, en este caso, y que bien se puede desplazar al mundo de la epilepsia; se transforma en un tiempo perdido; un tiempo que carece de sincronía y que pierde su capacidad ordenadora.¹⁰⁵

A este enfoque se le puede agregar el de *Tiempo social y tiempo biológico* de Milagros Ramasco,¹⁰⁶ donde menciona que el tiempo social esta culturalizado y es cíclico; las actividades de las personas se organizan a ritmos determinados y no dejan de ser construcciones culturales ni sociales. A su vez el tiempo biológico, se sujeta a determinados ciclos, que marca las actividades que se nos imponen; actividades como el sueño o la alimentación. Pero este tiempo es lineal y lo recorremos en una sucesión sin regreso hasta la muerte.^{107,108}

¹⁰⁴ *Ibid.* p. 224.

¹⁰⁵ *Ibid.* p. 233.

¹⁰⁶ Ramasco, Milagros. “Los relatos de vida frente al modelo de la historia natural de la enfermedad”, en Martínez Hernández, Ángel. Lina Masana, y Susan M. DiGiacomo (eds.), *Antropología Médica* 11. Publicacions URV. Tarragona/Porto Alegre (Rio Grande do Sul-Brasil). 2013. P. 280. A su vez, siguiendo a García, José Luis (1988) «El enfermo crónico» (I). *Jano*, 808, 41.

¹⁰⁷ *Ibid.* pp. 280-281.

¹⁰⁸ Las construcciones culturales a las que se refiere mi objeto de estudio pertenecen al final del porfiriato y las secuelas que perduraron en la revolución, la visión que se tenía de la sociedad, era equipararse a las principales potencias del viejo continente; con individuos funcionales, trabajadores, educados, responsables y donde todo tipo de agente que pusiera en riesgo este esquema estaba sujeto a las normas del estado. Normas que buscaban corregir estos males sociales, en instituciones médico-psiquiátricas y carcelarias. Cabe mencionar que la muerte fue el desenlace para la mayoría de estos pacientes; algunos por la propia epilepsia y algunos otros por enfermedades ajenas a esta.

Partiré de la idea de que el cuerpo se constituye “como un **objeto de tratamiento y fuente de esperanza**, se yuxtapone a la historia de su vida como **fuentes de sufrimiento** y a la psique como **objeto de terapia**”.¹⁰⁹ Todos estos elementos los podemos hallar en cualquier enfermedad. En el caso histórico de la epilepsia, el tratamiento siempre resultó incierto hasta la década de los 50 del siglo XX cuando el uso de anticonvulsivos mostró ser eficaz, la fuente de esperanza recaía sobre las dos partes, tanto en el médico, como en el paciente; por un lado la esperanza de hallar un tratamiento adecuado que pudiera curar más que paliar una situación, y por el otro, hallar alivio a sus malestares físicos e intelectuales; y en última instancia salir del Manicomio que veían como un encierro carcelario. Ambiente donde, la psique se hallaba lejos de poder encontrar un espacio efectivo a su entendimiento. Sin embargo, son datos que nos pueden dar luz para acercarnos un poco a la visión que se tiene desde la propia enfermedad.

Por otro lado, también tiene acercamientos a la propia epilepsia y desde luego, su observación se construye con una fuente etnográfica. Una vez más la facilidad de acceso a las propias personas que padecen epilepsia y al contenido de sus narraciones.¹¹⁰ Good, plantea cuestiones que pueden acercarnos tanto a la experiencia como al sistema cultural en el que queda inscrita una enfermedad, tales como:

¿Eran los relatos unos informes del modo en que la enfermedad, con su tormenta de actividad eléctrica que o bien permanece localizada en una parte del cerebro o se generaliza en el mismo, es generada y se inserta en las vidas de los pacientes...? ¿O era la estrategia narrativa de la estructura cultural la que dominaba y producía una ficción cultural?¹¹¹

¹⁰⁹ Good. *Óp. Cit.* P. 223. Las negritas son mías.

¹¹⁰ *Ibid.* “La representación narrativa de la enfermedad” capítulo 6. Pp. 247-297. Good se acerca a personas con epilepsia en Turquía. Buscando qué representaciones se pueden hallar en las narrativas de estas personas.

¹¹¹ *Ibid.* p. 253.

Son planteamientos que nos hacen reflexionar como se construye una enfermedad fuera de su esfera biológica y natural; hasta el punto de orientarla por el desarrollo social y cultural que se hace alrededor de ella. Al igual que en el México de inicios del siglo XX, la epilepsia se veía más como una forma de locura e incluso más asociada a retraso mental.¹¹² Sin embargo, es en los años 50 que se considera una enfermedad neurológica y ya no mental. Este referente orientó por años la visión social de las enfermedades mentales al interior de una sociedad. A la par que los médicos buscaban como tratarlas. Además de seguir con este planteamiento, y pensar en las interrogantes mencionadas, encuentro apoyo en una propuesta metodológica de Rafael Huertas respecto a una reflexión comprensiva de la subjetividad del paciente; con un enfoque que parte de la historia de la psiquiatría. Donde la historia clínica psiquiátrica de los pacientes se puede analizar en dos niveles.¹¹³ Uno descriptivo, que corresponde a la narración de un momento de la vida humana y otro intelectual; denominado “reflexión epicrítica”, donde el médico debe explicar cómo entiende el caso clínico, siendo esta explicación, la reflexión antes mencionada correspondiente a la comprensión subjetiva del paciente.¹¹⁴ Ambos niveles se tienen que cruzar para poder complementar la descripción clínica del paciente, -entendida como las manifestaciones propias de su patología que orientan la mirada médica- y lo que el propio paciente pueda describir de su enfermedad -incluyendo eventos fenomenológicos-. Ambos contenidos se pueden hallar en los expedientes clínicos recolectados.¹¹⁵

¹¹² *Ibid.* p. 252.

¹¹³ Huertas, Rafael. “Las historias clínicas como fuente para la historia de la psiquiatría: posibles acercamientos metodológicos”. En *Frenia*, Vol. I, No. 2. 2001 España. P. 9

¹¹⁴ Estos dos niveles de análisis los retoma de Viktor Von Weizsäcker, quién sigue una tradición de “introducir al sujeto en medicina” propuesta por Laín Entralgo.

¹¹⁵ Se tomaron en consideración cuatro expedientes donde se describe información del paciente al ingresar o permanecer en alguno de los pabellones del Manicomio, ya sea Epilépticos, Imbéciles, Enfermería u Observación. Esta información señala manifestaciones propias de la epilepsia, así como antecedentes del origen de la misma, elementos que encajan con el esquema de Byron Good sobre los tipos de trama organizada al inicio de la enfermedad, o por lo menos en la mayoría de los

5.1 Las huellas de los pacientes, misivas de la epilepsia.

Los siguientes casos nos permiten acercarnos según estas propuestas (tanto a la narrativa en que surge la patología como al mundo vital de los pacientes). Aun cuando no aborden mucho la manera en la que vivían al interior del Manicomio. Sin embargo, las observaciones médicas descritas en los expedientes clínicos contribuyen de manera fundamental, ya que arrojan datos sobre el tipo de epilepsia, cómo se manifestaba y desde luego cómo es que encuentran su origen; elementos que se pueden examinar a la luz de las propuestas tanto de Good como de Huertas.

Estudio de caso 1. Expediente 508. Hombre, 32 años, casado, ingresa en calidad de libre al Pabellón de peligrosos. Ingresó por primera vez al ex-Hospital de San Hipólito el día 13 de mayo de 1908, y fue dado de alta el 11 de septiembre del mismo; fue internado una semana después, en enero de 1909 se le dio permiso a instancias de su familia para pasear, y diez días después lo [reintentaron]¹¹⁶ por temor a sus agresiones, según él irresistibles. No tiene antecedentes Nervo-psicopáticos hereditarios. En una ocasión arreglando la llanta de un automóvil, sufrió una herida en el dorso de la mano derecha, cuya cicatriz es aún notable; desde entonces se le repitieron notablemente los vértigos (que ya padecía) y se le iniciaron los ataques epilépticos; que fueron simples al principio, pero que más adelante llamaron la atención porque el periodo post-crítico duraba tres y cinco días, quedando mal humorado y a veces irrespetuoso, coprolálico¹¹⁷ y realmente peligroso. Ya en el Hospital continuaron los ataques, sin aura,¹¹⁸

mismos. Así mismo, sólo se mostrarán los casos donde se encontró rastro de la narrativa del padecimiento **escrita** por el propio paciente, en forma de cartas, dirigidas sobre todo a sus familiares.

¹¹⁶ Probablemente se refiera a internaron.

¹¹⁷ La coprolalia hace referencia a una tendencia patológica a proferir obscenidades. Se puede asimilar al Síndrome de Tourette.

¹¹⁸ Las auras eran descritas por los pacientes como “avisos” previos al ataque convulsivo; se podían presentar de diversas maneras, desde hormigueo en alguna de las extremidades superiores hasta compresión abdominal que se movilizaba hasta llegar a la cabeza, momento en el que perdían la consciencia e iniciaba el ataque.

delirios ni alucinaciones, pero si ilusiones de la vista de las llamadas de falso reconocimiento o de lo ya visto, pues a veces ha creído reconocer entre los celadores a quienes a diario ve y trata, a alguno de sus amigos o personas que anteriormente le fueron antipáticas; últimamente sus sentimientos afectivos de familia están perdidos, las crisis que aún son clásicas y que fueron muy frecuentes en los primeros meses de su reclusión, últimamente se retardan hasta dos, y tres meses, y en el periodo post-crítico, solo balbuce palabras obscenas. Es de advertir que, en su casa, fue durante los ataques que allí pasó, agresivo y peligroso, por lo que le teme la familia, su vida vegetativa es normal. **Diagnóstico:** epilepsia. **Tratamiento:** ha sido muy variado y antiepiléptico; posteriormente ha estado tratado por el yodo metálico en cantidad diaria de dos centigramos, alternando con periodos de reposo; baños tibios y por temporadas de regadera. Murió el 21 de julio de 1915 de epilepsia y mal de Bright.¹¹⁹

Las características descritas del origen de la epilepsia se encuentran dentro del tipo 2; tras haber sufrido una herida. Las indagaciones desde la mirada médica nos arrojan una cantidad de datos suficientes para intentar explicar la situación propia de la enfermedad y que socialmente era incómoda. Primero al ser re-internado por temor a sus agresiones; descritas por él mismo como *irresistibles*. Segundo, una vez que inician los ataques epilépticos, que eran simples de inicio, posteriormente el periodo post crítico duraba de tres a cinco días; situación que lo llevaba a estar de mal humor, a veces irrespetuoso, coprolálico y peligroso. Sus sentimientos afectivos hacia su familia están perdidos. Al advertir los ataques en su casa era agresivo y peligroso y su familia le temía. Aunque no se cuenta con la orden de ingreso, podemos suponer que fue la familia quien decidió internarlo al ver en su forma de actuar agresiva, una situación difícil de llevar.

¹¹⁹ Archivo Histórico de la Secretaria de Salud. Fondo: Manicomio General. Sección: Expedientes Clínicos. Expediente: 508. Caja: 8 Foja: 1. En la medicina actual el mal de Bright es nefritis degenerativa aguda o crónica.

A continuación, se presentan un par de misivas del paciente, una dirigida a su esposa y la otra dirigida al presidente de la república. Únicamente de la primera se tomó una digitalización.

Señora Ursula Gaus de Garcia Campes. México
D. F.

Apreciada esposa.

Hoy por primera vez, en el tiempo que transcurre desde cinco años y ochenta me encontré en decirte lo si quisiera fuimos abandonados arbitrariamente sin causa ni motivo alguno, ahora con toda formalidad decir saber me digas si ya no quisas vivir a mi lado como fuimos comprometidos ante la Autoridad que nos matrimoniamos, eres estúpida, recuerda lo que nos dije, sólo la muerte o un adulterio nos podría divorciar y quedas desahuciada de nuestras entera. Yo fui recogido por Seguridad Pública del Gobierno y puesto en la N.ª Comisaria haciéndome como enfermo loco pasándome al Hospital San Hipólito México D. F. y ahora estoy en el Manicomio titulado la Castañeda México D. F.

Autoridad ninguna tiene intervención conmigo por no ser hombre de crimen ni delito alguno, nadie tiene derecho en pedir contra mi persona con el tiempo que cuento si lo estuviera ya hubiera benido por mi la muerte pero no tengo nada de enfermedad con riesgo ni peligro por encontrarme fuera de cualquier modo cono saber al animal...

Si quieres y tienes voluntad de pasar a Haber al Prefecto Político de aquí México, te pones a sus ordenes y te dice que sea eres mi esposa, decias saber que resolución hay con respecto a mis suplidos y ruegos solicitados.

A nuestros hijos de mi parte acariacidos, cuidados y te recibe el aprecio de tu esposo.

Transcripción carta 1.

Mayo 2 de 1913.

Señora ... *Apreciada esposa.*

*Hoy por primera vez en el tiempo que trascurre siendo cinco años y meses, me concreto en decirte lo siguiente. Fuimos abandonados arbitrariamente sin causa ni motivo alguno, ahora con toda formalidad deseo saber me digas, si ya **no quieres** vivir a mi lado, como **fuimos comprometidos** ante la Autoridad que nos matrimonio; creo estarás recuerda, lo que nos dijo, **solo la muerte o un adulterio nos podria divorciar** y quedar desunidos de nuestro enlace. Yo **fui recojido por Seguridad Publica del Gobierno** y puesto en la 4a. Comisaria **haciendome como enfermo loco** pasandome al Hospital San Hipolito México D. F. y ahora estoy en el manicomio titulado la Castañeda" Mixcoac.*

*Autoridad ninguna tiene intervención conmigo por no ser hombre de crimen ni delito alguno, nadie tiene derecho en pedir contra mi enfermo con el tiempo que cuento si lo estuviera ya hubiera tenido por mi la muerte, pero no tengo nada de enfermo, **estoy con riesgo y, peligro, por encontrarnos gentes de distintos modos concretados a animales...***

Si quieres y tienes boluntad de pasar a haber al Prefecto Politico de aqui Mixcoac te pones a sus ordenes y le dices que tu eres mi esposa, que resolucion hay con respecto a mis suplicas y ruegos solicitados.

A nuestros hijos de mi parte acaricialos, cuidalos y tu recibe el aprecio de tu esposo.

*Rúbrica.*¹²⁰

El paciente refiere abandono, desde luego que antes de ser ingresado al Manicomio, vivía una vida en matrimonio. Aspecto que concebía como un compromiso irresoluble; donde sólo el adulterio o la muerte podían terminar con él. Se le agrega la incertidumbre de saber si su esposa aun quiere permanecer a su lado. También se puede notar miedo por permanecer con “gentes de distintos modos”, estando bajo peligro y riesgo. Y desde luego, el hecho de haber sido llevado por Seguridad pública; argumentando que no estaba enfermo, de lo contrario la muerte ya hubiera ido por él. La narración de pacientes que se refieren a sí mismos como sanos es muy general. Y en muchos casos se puede hallar el mismo discurso. Sin embargo, dada la época, aunque los pacientes no tuvieran enfermedad alguna, sólo podían salir del Manicomio si uno de los familiares lo autorizaba; una buena parte de los ingresados moría al interior a causa del deterioro de la epilepsia y acompañada de alguna otra enfermedad, donde, comúnmente se presentaban neumonías, pulmonías, o entero-colitis.

Transcripción carta 2.

Septiembre 16 de 1912.

Señor Presidente de la República Mexicana.

Señor Francisco y Madero.

Presente.

¹²⁰ Archivo Histórico de la Secretaría de Salud. Fondo: Manicomio General. Sección: Expedientes Clínicos. Expediente: 508. Caja: 8 Foja: 18. *Sic.* Las negritas son mías.

*El que suscribe ante usted respetuosamente y como mejor proceda dice. Ynformando de todos modos y de la manera como ami me ha convenido para poder mi honra y amor propio segun puntos me alcanzo la ley en todo sentido me ampara porque no soy hombre criminal ni nocivo a la sociedad he sabido cumplir con mis deberes como hombre ciudadano y heroe de mi Patria hasta la edad que cuento siendo cuarenta años tengo con que comprobar todos los requicitos que de mi exigiere, **bien ofendido estoy** quieren hacerme hombre que **accepte apodos ridiculos agrado de ser sodomo maufroditas o puto** me han informado personas empleadas como enfermeras que **de mi esperan accepte ser hombre afeminado**, nadie ha hecho lo que yo, **sufrir y aguantar**, y todo ha sido **por no cometer escandalos desubordinados y criticos para poder conseguir mi absoluta libertad.***

A personas particulares de respeto me he ocupado en escribirles, pidiendo sus influencias de recomendación, para alguna Autoridad y nadie se digna darme ninguna esperanza. Es Señor Médico Don Manuel Alfaro, me tiene bajo su responsabilidad para dirigirme sea a la persona quien fuere y le consulto y me da el permiso anadie mas que a el le pido favor sean puestas mis solicitudes a quien ban dirigidas y nadie se ha dignado darme contestacion, confiando en el hago por ser persona Empleada de Gobierno como me lo han hecho saber; y para poder el mismo tener alguna orden segun como se lo ordenen para mi.

*Señor Presidente, dispense; lo molesto por tercera vez, **su inutil y seguro servidor** que en el Hospital Manicomio General la Castañeda. Mixoac, Distº Federal **me tiene exclavituado** y a su disposicion estoy.*

*Rúbrica.*¹²¹

¹²¹ Archivo Histórico de la Secretaria de Salud. Fondo: Manicomio General. Sección: Expedientes Clínicos. Expediente: 508. Caja: 8 Foja: 3. Sic.

El ambiente referido alude al mal trato que recibía al interior del Manicomio, la referencia clara es hacia enfermeras, sin embargo, también pudo haber sido de algún otro interno, que al igual que él; al tener alguna psicopatología proferiera todo tipo de insultos a sus compañeros. Otro punto que destaca es que, la carta se dirige al presidente de la República. Porque no tuvo respuesta, se dirigía a instancias superiores fuera de La Castañeda. El hecho de poder encontrar las misivas en el archivo obedece a que realmente nunca salieron del Manicomio y fueron anexadas a su expediente.

La narrativa general es un panorama de incertidumbre, sufrimiento, seguramente desolación. El momento de ingreso corresponde a características propias de la forma en la que se manifestaba la epilepsia. Cabe mencionar que, en la época de estudio, la epilepsia se asociaba con un carácter agresivo; los insultos, agresiones, mal carácter; eran parte de la naturaleza de la enfermedad. Incluso en los propios expedientes se puede hallar junto con el diagnóstico “carácter epiléptico” o “furor epiléptico”, como ya se había hecho referencia. A pesar de ello, la epilepsia puede presentar manifestaciones de un polo a otro, desde agresiones, hasta tristeza o incluso crisis de ausencia.¹²²

Estudio de caso 2. Expediente 517. Mixcoac, septiembre 1o de 1910. 43 años, soltero. Calidad de libre e indigente. Ingresó al pabellón de observación y después pasa al de tranquilos A. Actualmente le principia un periodo de remisión en que su intelectualidad va aumentando y su memoria volviendo y su voluntad también por haber observado que sus remisiones son muy cortas y no haber encontrado francamente se solicita su pase. Con motivo de una ebriedad exagerada, sufrió el primer ataque del gran mal, continuó sufriendo con el mismo motivo crisis vertiginosas y convulsivas, cuyo periodo post-critico duraba de tres a cuatro días en estado irritable y de mal humor, las crisis han venido siendo breves y

¹²² Estas crisis referidas, bajo la forma de Epilepsia larvada de Morel o deambulatoria de Charcot.

retardadas, puesto que el último ataque ocurrió el 12 de diciembre próximo pasado, así mismo se ha modificado el periodo posterior a la crisis, pues en la última que fue muy pasajera y ésta fue lijerísima. Ahora vegeta normalmente y su conducta es correcta. Después de las crisis convulsivas queda perturbado de sus facultades intelectuales bajo la forma delirante alucinante, estado en el que es particularmente peligroso, pues agrede de una manera intempestiva y hostil. Diagnóstico: epilepsia por alcoholismo. De carácter violento. AUTOPSIA del cadáver del señor ... que falleció en el pabellón de tranquilos A el día dos de agosto a las 5. 30 A. M. Aspecto exterior: enflaquecimiento marcado. Cráneo: nada de particular. Tórax: adherencias pleurales de ambos lados; congestión hipostásica de ambos pulmones; edema pulmonar, signos de pericarditis y degeneración grasosa del corazón; insuficiencia de la arteria pulmonar. Abdomen: hígado congestionado y crecido, signos de entero-colitis. Causa de la muerte: ENTERO-COLITIS. Murió de demencia precoz, enterocolitis y enajenación mental.

Município General, en Querétaro, Septiembre 25.
de 1912. ————— Departamento de Epilépticos. —————

Señor.

México = D. F. 23

Estimado y honorable Hermano.

Con el respeto que por tu parte corresponde, me es sumamente satisfactorio el dirigirme hacia tu apreciable personalidad, aunque sea por medio de estas mis humildes líneas que con toda la sinceridad del alma, no son motivo de interés sino que más por lo contrario, bajo una conducta pura, suficiente, de ponderante, tomando en consideración definitiva mis últimas palabras sin ninguna atribución a el pasado, con el fin de sumergirme en la desgracia un miembro de mi sagrada familia, valiéndome de la palumina infame y cobarde, respecto de dices y opiniones falsas, suficientes para levantar una nube. — Sin embargo, de estar en una simple observación aquí, no como "Vid" al ser permitido en este Establecimiento por la 1ª Demarcación de Policía en esa Capital, por alcoholismo, mas no por una Epilepsia, de cuya enfermedad porigo, por el favor de la Divina providencia; me encuentro en la más perfecta salud, y sin padecer esos ataques epilépticos, que todos los días de este Cabellón les dan dichos vertigos, y son aünque gente del pueblo... la mayor parte, son plantados cada ocho días "Los Primeros" pero yo igualmente, no tengo esa felicidad. En conciencia... adofita mis padecimientos, todas ellas lloras de sinceridad porque todas ellas brotan al recuerdo cuando tú me de Dios por día la exis-

Manicomio General, en Mixcoac, Septiembre 25 de 1912.

Departamento de Epilépticos.

Señor

México D.F.

Estimado y honorable Hermano.

*Con el respeto que por tu parte corresponde, me es sumamente satisfactorio el **dirijirme, hacia tu apreciable personalidad**, aunque sea por medio de estas mis humildes líneas que con toda la sinceridad del alma, **no son motivo de interés sino que muy por lo contrario, bajo una conducta sana, suficiente, de convencerte, tomando en consideración definitiva mis ultimas palabras sin ninguna atribución a el pasado, con el fin de sumejirme en la desgracia un miembro, de mi sagrada familia, valiéndose de la calimnia infame y cobarde**, respecto de díceres y opiniones falsas, suficientes para levantar una nube. – Sin embargo, de estar en una simple observación aquí, no como “Reo” a **ser remitido a este Establecimiento por la 1ª. Demarcación de Policía en esa Capital, por alcoholismo, mas no como un Epiléptico**, de cuya enfermedad carezco, con el favor de la Divina Providencia; me encuentro, en la mas perfecta salud, y sin padecer esos ataques epilépticos, que todos los Asilados en este Pabellón les dan dichos bértigos, y son aunque gente del pueblo,... **la mayor parte, son visitados cada ocho días “Los Viernes”, pero yo igualmente no tengo esa felicidad**. En conciencia... adopta mis razones, todas ellas llenas de sinceridad porque, todas ellas, brotan al recuerdo que después de Dios, nos dio la existencia; con el fin de definir este tratamiento, no merezco hermano, el que hasta aquí se me malinforme: *Habiendo remedio, y más aún en cosas inesactas, según tu concepto: mis...**

...palabras, no desarrollan ninguna convenciencia, propia del que no sabe sentir la deshònra abrumadora de lo que es desgrácias, que no sabe calcular el principio de sus fines, mas allá en lo futuro, siendo fuerza el conocerlo en caso tan diverso, siendo exacto, pero en un imposible definir tal problema: "Caras vemos pero corazones, no sabemos: Dios proveerá! Con un fin benévolo y liberal, no con la hipocrecía: propia del traïdor, alevoso y cobarde que se vale de faldas, háblo, aquí; sino que como un fiel amigo: como un hermano, que aunque me divide esta prisiòn, mis deseos serían, el hablar contigo verbalmente en lo particular, para un procedimiento firme, por su organización perfecta, y siendo verdadera, no prolongando ningún mal éxito, no siendo este mi sistema contra el cambio débil, si no hay que alimentar, aunque sea un poco, para fortalecer cualesquiera frase de disoluciòn, habiéndo motivo para ello, pero aún no se llega la vez al no conferenciar= **Tal vez mi pobre carta te sea molesta, pero te suplico que aunque tu no has solicitado, mi ingreso a este Hospital, ni ninguno de nuestros demás hermanos, influyas, para obtener mi libertad, pues no estoy mas que por la pura comida que se me da, como si fuera un mendigo, siendo que varios enfermos ya me han dicho que, nadamas estoy aquí por los puros alimentos estando bueno y sano.**

Si no te es posible el venir tú personalmente aquí, te suplico, si nuestro Hermano se encuentra en la Capital venga en solicitud de mi boleta de alta, a fin dponerse a trabajar honradamente y con empeño en mis negocios, y si me es fácil obtener otro negocio me es fácil obtener buenas referencias y fiánza de personas honorables, para no seguir sirviendo aquí de juguete, de vurla, cual si no fuera un hombre de 36 años.

Tu hermano que te aprecia Rúbrica.¹²³

¹²³ Archivo Histórico de la Secretaría de Salud. Fondo: Manicomio General. Sección: Expedientes Clínicos. Expediente: 517. Caja: 8. Foja: 23. Sic.

Para este caso, la epilepsia se genera según el tipo 5 de la segunda clasificación que realicé a partir de la propuesta de Byron Good, haber ingerido alcohol y la epilepsia se desencadena. Como podemos ver, su carácter es agresivo posterior a las crisis. A mi parecer, este paciente hablaba con una cordura más que notoria y acepta de manera clara haber sido trasladado por alcoholismo y no por ser epiléptico. A pesar de que se notan algunas faltas de ortografía, se puede percibir que se expresa con seriedad y propiedad. Su principal argumento se enfoca en establecer que el no es epiléptico ni loco y que solamente fue llevado a causa del alcohol. A pesar de ello, lo que ansía estando dentro del Manicomio es recibir la felicidad de ser visitado por su hermano, a quien le escribe. Y argumentando que sabe que no fue él quien lo metió a la Castañeda, confía en que lo podría ayudar.

Estudio de caso 3. Hombre. 38 años, soltero. Nació en Toluca. Df. Calidad de detenido. Ingresó al pabellón de peligrosos. Murió el 29 de mayo de 1915 de epilepsia y pericarditis. Padece pulmonía, estreñimiento y diarrea. Dice tener ataques desde hace 8 años. Presenta varias cicatrices en cara y cuerpo debido a los ataques que le han dado. No es agresivo ni impulsivo, tiene epilepsia y toxi-infección.

Libertad y Constitución de México
 Municipio General Pabellón de
 Religiosos Julio de 1915

Ante Vob.
 respetuosamente y bajo los artículos
 585 de la Ley del Código Civil exponer ante
 Vob. respetuosamente, que con
 fecha veinte del mes de Diciembre
 del año de 1915 a las once y noventa y
 cinco días que he sido a este respetable Municipio
 General, como presunto responsable de
 haber venido enfermo de ataques
 Ante Vob. respetuosamente, por los cuales he sido
 puesto en el respetable Pabellón ante
 Vob. respetable Director mencionado
 y he sido visto y recetado bajo la dirección
 de honorables Doctores y he observado
 digna su conducta como lo he en
 mencionas respetables Primeros y que
 no teniendo causa ni delito que he dequir
 al presentarse ya aliviado y he teniendo que
 atender en sus necesidades a su respetable
 familia.

Solicita ante Vob. respetable
 Director su alta correspondiente y bajo
 los artículos que marca la Ley

Libertad y Constitución de México.

Manicomio General Pabellón de Peligrosos julio 8 de 1915.

Nombre del paciente.

Ante Ud. respetuosamente y bajo Los Articulos 385 del codigo Civil expone ante ante Ud. respetuosamente, que con fecha veinte del mes de Diciembre del Año de Mil Novecientos diez fui pasado a este respetable Manicomio General como presunto responsable de haber venido enfermo de Ataques AntiEpilepticos por los cuales a sido puesto en el respetable Pabellon ante Ud. respetable Director mencionado y á sido visto y recetado bajo la Direcciòn de honorables Doctores y ha observado digna su conducta como lo pueden mencionar respetables Primeros y que no teniendo causa ni delito que perseguir al encontrarse ya aliviado y teniendo que atender a sus necesidades a su respetable familia. Solicita ante Ud. respetable Director su alta correspondiente bajo Los Articulos que marca La Ley la que al serle concedida bajo la honorable persona de Ud. quede en absoluta Libertad y asi se dedique con toda firmeza a su respetable empleo que desempeña como respetable Telegrafista Jefe de Estacion en los Ferrocarriles y asi ayude con toda firmeza y sinceridad a su honorable familia que de Ud. quedara muy Atta.¹²⁴

Este paciente solo refiere estar dentro sin padecer de ningún mal. Su única petición, igual que algunos de los pacientes es quedar en libertad, argumenta no tener ningún ataque; pero también refiere

¹²⁴ Archivo Histórico de la Secretaría de Salud. Fondo: Manicomio General. Sección: Expedientes Clínicos. Expediente: 987. Caja: 15. Foja: 9. Sic.

estar aliviado. No se pueden encontrar más elementos para determinar un estado de ánimo identificable como extravagante o propio de la epilepsia.

Estudio de caso 4. Expediente 1598. Hombre. 22 años, soltero. Tamaulipas. Calidad de libre y pensionista de 3a. Ingresó al pabellón de observación. Alta el 27 de abril de 1912 a solicitud de su familia, curado de su psicosis alcohólica subaguda y aliviado de su epilepsia frustrada. Hace unos seis años, una noche repentinamente se levantó y trató de salir de su casa y echar a correr, sin explicar lo que le pasaba, en la mañana se compuso y no volvió a presentar ningún trastorno mental o nervioso, con excepción de cefaleas que padece con mucha frecuencia. Recuerda que tomó alcohol en exceso sin saber cuántos días fueron, cuando entró venía en estado confusional y con signos físicos ligeros de intoxicación etílica, pero sin presentar ni delirio ni insomnio. De un mes para acá ha estado tranquilo, con temporadas en que de una manera intempestiva y sin causa aparente, se pone muy agitado, inquieto, ha llegado a veces a estar algo agresivo, no quiere levantarse se la pasa todo el día acostado, quejándose de dolor de cabeza y sintiendo debilidad general, se pone algo confuso, dura así unos 4 días o menos y se compone, su memoria guarda recuerdos vagos de estos episodios. Suda mucho de las manos, no es masturbador, no presenta perturbación de las secreciones de las glándulas endócrinas, se le trató al principio como si fuera psicosis alcohólica subaguda y después como epilepsia frustrada con bromuros, consiguiéndose el alivio por medio de este tratamiento.

... .. 1911

Dear father. I go in suspicion
and but have seen the
man that came with me
I have not seen the man
that came with too me
I am well eating sleeping
but I have not father's
sheet brought with me
my. Abuse and such
and I want to ~~see~~ know
and I want to go when
going to go from here and
I don't know. I always love
I don't know if he is suspicious
or what. Back to mother
I want you to tell me
you talk to bring me
here or not tell me the
truth papa this
I always love notes that
I can my here or not did you
and mother and sister but I love
and all children I have not money
or paper or friends. I want you
I want you fine but about.

Manicomio General. Mixcoac, 29 de noviembre de 1911.

Dear father. I gon in mexico and will have seen the man that came with me, I have not seen the man that came with too met. I am eating, sleeping, ...? I have not cathers theet brought with me my Refuse and eath and i want to know y and want too where, to going to go from here, and i want where Dolores Cervantes. I want to now (know) if he is (in) Mexico or went Back to matamoros.

I want to yan too tell me you tall (talk) to I bring me here or not tell me the trouth papa this Dolores Cervantes tath I coming here or not did you give mama and sisters best I love and all children I have nor money or ...? or friends manicomio y I want y an brie out about this and soon or I am going to take mondes tomorrow if is posible to sent me a telegram too brine llul haiv y an are will and mor and not nothing with me he brough me to but did not tell me where I was going to stay or nothing Dolores Cervantes. I eat and sleeping y an don to pay nothing with too poor and I want y am father to see about this soon and give and friend best segonds all before is good.

I iluse for this time.

Y am truly son.

Nombre del paciente.

Manicomio General.

Mixcoac, México.

Y want to go from here soon tell y am.¹²⁵

¹²⁵ Archivo Histórico de la Secretaría de Salud. Fondo: Manicomio General. Sección: Expedientes Clínicos. Expediente: 1598. Caja: 24. Fojas: 8-9. *Sic.*

No cabe duda, que el mundo vital del que hace referencia Good se ve desplazado y destruido; el primer momento -desplazamiento- corresponde al ser llevados a La Castañeda, el segundo -destrucción- al pasar el tiempo y no hallar respuesta de sus cartas, estas personas vivían esperando el momento en que pudieran tramitar su salida. El tiempo perdido al que se hacía referencia al tener dolor, se puede trasladar a este ámbito; el tiempo perdido dentro del Manicomio nunca vuelve, ni siquiera pudieron salir de ahí. En estos casos resultó su último tiempo; en abandono, esperando recuperar una parte de su vida cotidiana. Pero también hay un tiempo perdido cuando se presentan los ataques, no recuerdan cómo ha sucedido, los periodos *post críticos*, arrebatan un momento en sus vidas; y que además los deteriora física e intelectualmente. Por otro lado, los tiempos biológico y social, también encuentran una fractura; deja de pertenecer a un orden social estas personas; se aíslan para ser observados, lejos de la sociedad; biológicamente pueden tener alteraciones desde el sueño hasta funciones vegetativas.¹²⁶ Por último leer los expedientes desde el paciente y desde el médico nos puede ayudar a entender un panorama más amplio. No solamente desde el carácter epiléptico o desde el abandono en un Manicomio.

Otro punto fundamental, es que la experiencia necesariamente conlleva emociones, que aun cuando no se mencionen como tal, están presentes en las personas. Al seguir estas ideas, ¿cómo se enlazan entonces las emociones en los procesos de enfermedad mental en un momento histórico específico, donde la medicina buscaba poder explicar el proceso de salud-enfermedad; y donde la esfera emocional marcó de una manera contundente a la epilepsia?¹²⁷ Definitivamente las emociones no están

¹²⁶ Entendidas como las funciones del sistema digestivo. Recordemos que al haber un ataque es común que se presente pérdida del control de esfínteres. Con el tiempo estas funciones dejan de tener una base fisiológica y dependen más de la presencia de la epilepsia y los accesos que se presenten.

¹²⁷ Esta consideración parte del hecho de que, al acercarme a los expedientes clínicos, en una buena parte de ellos se puede encontrar acompañados a los diagnósticos, los términos ya mencionados como esenciales en personas agresivas que tenían epilepsia. *Carácter y furor*. Como ya vimos no era una situación general y este hecho podía cambiar de manera radical de una persona a otra.

separadas de la razón; de manera amplia, el deterioro que ocasiona la epilepsia tras haberse desarrollado por un tiempo prolongado en los pacientes genera una ruptura de orden emocional; además de la esfera intelectual, de manera tal que a menudo en las causas de muerte se halla imbecilidad.¹²⁸ La emoción, más que una manifestación de orden biológico, se puede instaurar como un medio de regulación en la sociedad,¹²⁹ donde, dependiendo de la visión hacia la persona que emite la emoción, será juzgada bajo un esquema tanto cultural como; en el caso de los psiquiatras, biomédico. Aunque no abordaré a profundidad este aspecto quisiera mencionar algunas consideraciones.

Al enfocar este pequeño análisis hacia el final del Porfiriato y los primeros años de la Revolución Mexicana; precisamente al ser un periodo de transición, no se puede hablar de un cambio en la sociedad de la noche a la mañana y por lo mismo, muchos valores que se configuraron durante el mandato de Díaz, seguían imperando en la sociedad. Muchas de estas propuestas que buscaban ver en los individuos personas que contribuyeran al mejoramiento de su propio entorno imperó incluso hasta la década de los 30.¹³⁰ Bajo el lema “Orden y progreso”; personas con determinado tipo de costumbres,¹³¹ fueron aisladas para su estudio y buscar su reinserción en la sociedad, como individuos funcionales que pudieran acatar las normas y apegarse a un esquema social, que precisamente se orientaba al progreso.

¹²⁸ Archivo Histórico de la Secretaría de Salud. Fondo: Manicomio General. Sección: Expedientes Clínicos. Expediente: 508. Foja: 1.

¹²⁹ López Sánchez, Oliva y Margarita Gutiérrez Colín. “Los roles de género y la expresión emocional, elementos fundamentales en el diagnóstico de la locura: el caso de Lucía N. de Ortiz moradora de La Castañeda de 1937 a 1952”. En López Sánchez, Oliva. (coordinadora) *La pérdida del paraíso, el lugar de las emociones en la sociedad mexicana entre los siglos XIX y XX*. México. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Estudios Superiores Iztacala. 2011. P. 180.

¹³⁰ Suárez y López Guazo, Laura. *Eugenesis y racismo en México*. México. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina. Programa de Posgrado en Ciencias Biológicas. Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina. 2005. pp. 113-114. En este apartado se plantea el origen de la Sociedad Mexicana de Eugenesia para el mejoramiento de la raza (SME); muchos de sus postulados se orientaban en mejorar a la población, buscando atacar problemas atáxicos, que provocaban un comportamiento antisocial, como la delincuencia, el pauperismo, la locura, la debilidad mental y la prostitución.

¹³¹ Sobre todo, las que tomaban a diario, y por ende, no asistían a sus lugares de trabajo o definitivamente no tenían uno, sin embargo, personas identificadas que llegaron a apostar, eran potencialmente peligrosas para el orden social.

Bajo estos parámetros, las enfermedades mentales tenían la necesidad de buscar un espacio en la sociedad; espacio marcado bajo una mirada alienista, que pretendía llegar a un origen orgánico para poder dar explicación a las manifestaciones de la “locura” bajo sus diferentes matices; histeria, epilepsia, esquizofrenia, psicosis, etc. Y donde sus características se asentaban en los diagnósticos médicos.¹³² Desde luego, no se pueden despojar de su contexto socio-cultural. El problema recae en poder empatar la mirada médica respecto a estas patologías y las expresiones que hacen de sí mismos los pacientes.¹³³ La principal característica que orientó la mirada hacia la epilepsia fue la legal; donde se buscaban elementos que pudieran determinar la responsabilidad de estas personas al cometer un crimen. Desde luego, el carácter de éstas, las hacía explotar de un momento a otro y cometer actos de cualquier tipo.¹³⁴ La epilepsia como patología, tuvo una carga legal más fuerte que la meramente psiquiátrica.¹³⁵ Al final, estas miradas permiten un acercamiento a la experiencia de los pacientes con epilepsia.

¿Qué papel juegan las emociones en el hombre y en su entorno? Definitivamente uno fundamental y trascendental; que no puede ser seccionado de la parte racional ni llevarlo a un reduccionismo naturalista de su esfera biológico-fisiológica. Las emociones son un elemento básico en toda composición social; que además de acercarnos a la experiencia de las personas, en este sentido que viven una enfermedad mental, nos permiten ayudar a entender cómo es que se estructuran las

¹³² Por desgracia, no se puede contar con diagnósticos completos; en algunos casos apenas se hallan notas respecto al ingreso, qué enfermedad es diagnosticada, y el día y causa de muerte. Lo cual contribuye a fines meramente estadísticos; pero donde difícilmente se puede inferir en otros ámbitos como la experiencia.

¹³³ López Sánchez, Oliva. “Los significados médicos de las emociones en las enfermedades psiquiátricas en México. La histeria y la epilepsia (1900-1930)”. En Ariza, Marina. *Emociones, afectos y sociología. Diálogos desde la investigación social y la interdisciplina*. México, Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Sociales. 2016. P. 526.

¹³⁴ *Ibid.* p. 535.

¹³⁵ Véase: Corral, Eduardo. *Algunas consideraciones médico-legales sobre la responsabilidad criminal de los epilépticos*. Tesis. México. Tipografía de Berrueco Hermanos. 1882; Zamarripa I, Joaquín. *Contribución al estudio médico-legal de los alienados*. Tesis profesional de abogado. México 1982. En ambas tesis se pueden encontrar elementos biológicos que marcan una pauta para determinar si un paciente con epilepsia debe ser sometido a un juicio o puede ser exonerado. Así mismo, estos textos permitían saber si alguna persona fingía algún ataque epiléptico para burlar la autoridad.

relaciones sociales en un entorno específico. Podríamos decir que, de acuerdo a la época en la que nos acercamos a la epilepsia, las emociones se mostraron como una razón desbordada e incontrolable, y en última instancia incomprendida, y reducidas a una corporalidad deteriorada, espasmódica y disfuncional. La manifestación de las emociones en ese momento estuvo en medio de dos ambientes, médico psiquiátrico y social. Buscando ambos lograr una comprensión de las personas enfermas; los médicos se orientaron en ocasiones a seguir los síntomas emocionales antes que en los físicos. Al final, no se tenía el conocimiento suficiente para hacer otras inferencias y las autopsias no revelaron nada más. Socialmente la mirada dependió en gran medida de lo que los médicos pudieran revelar y de lo que familiares estuvieran dispuestos a hacer por sus enfermos.

5.2 La visión del especialista.

Para esta parte me acerque al psiquiatra Dr. Daniel Benítez Ramírez para que me diera su opinión como médico especialista en este campo. Antes de pasar con las observaciones de cada paciente; me hizo mención de un par de cosas. Primero la definición actual de la epilepsia es entendida como la descarga hipsincrónica de una población neuronal. De acuerdo con la zona de origen se presentarán los síntomas. Según la definición antes citada, la sintomatología de la epilepsia es sumamente florida ya que estará caracterizada por la zona neuronal que se afecte, puede ser motora, sensorial, emotiva, etc.

A inicios de la clínica, la clasificación la dividía en *gran mal* y *pequeño mal*. El primero estaba caracterizado por convulsiones tónico-clónicas¹³⁶ y pérdida del conocimiento. El pequeño mal se atribuía

¹³⁶ Las convulsiones tónicas se caracterizan más por una rigidez en una zona del cuerpo, aunque puede ser general; sobre todo se da en brazos y piernas. Por su parte las convulsiones clónicas son los movimientos espasmódicos que tanto caracterizan a las crisis epilépticas.

a los niños y ahora sabemos que se trataba de crisis de ausencia y que no necesariamente se presentan convulsiones. Se pueden presentar tres tipos de crisis en pacientes con epilepsia. *Crisis parciales*, donde los movimientos espasmódicos o convulsiones se presentan en una zona del cuerpo nada más. *Crisis generalizadas*, donde el paciente es presa de las convulsiones en todo el cuerpo y por lo general pierde el conocimiento. Y por último las *Crisis parciales secundariamente generalizadas*, aquí las convulsiones inician en una parte del cuerpo, pero en lugar de disminuir se extienden hacia el resto del mismo.

Por otro lado, la diferencia entre una enfermedad mental y una enfermedad neurológica radica en algunos aspectos muy concretos. La primera está ligada a cuestiones de conducta y de pensamiento. Mientras que la segunda se orienta según la alteración en las funciones sensoriales, motoras, emotivas, etc.

Respecto a su forma de apreciar, como psiquiatra, los casos expuestos en este capítulo su valoración es la siguiente: El paciente del primer caso; padecía epilepsia del lóbulo temporal, que, a la luz de los tratamientos actuales existe una variedad derivados de la carbamazepina que son altamente eficaces. Este diagnóstico se basa en las características que presentaba al tener alucinaciones de la vista y oído, por ser agresivo. Muestra un estado confusional. No presenta alteraciones a nivel psicótico. Sus delirios únicamente son de tipo confusional. Es necesario mencionar que la confusión impide hacer un diagnóstico por psicosis. No se presenta ninguna alteración mental ya que la carta que dirige es congruente y coherente. Está consciente de su condición de asilado. Agrega que no ha cometido ningún delito y le pide a su familia que interceda ante el prefecto político de Mixcoac para recuperar su "libertad". En la carta que dirige a Madero no se advierte ningún proceso psicótico, sus peticiones son coherentes, acepta que padece epilepsia sabe que es originario de la ciudad de Lerma, sabe el nombre

de su médico, comenta que fue extraído de su casa involuntariamente y que en la actualidad puede dar pruebas satisfactorias de su conducta. Finaliza pidiendo una audiencia al presidente de la República.

Este paciente, es un caso muy similar al último, no se encuentran alteraciones de orden psicótico, la sintomatología que presenta se deriva de su alcoholismo existe una carta dirigida a su hermano en el cual no hay ningún elemento de índole psicótico; su discurso es coherente y congruente, los deseos que expresa son verosímiles y aparentemente aboga por que se le deje en “libertad”, le ruega a uno de sus hermanos que sea su aval en la salida y que el trabajará en forma honrada. Fallece dentro del manicomio general y los hallazgos de la autopsia demuestran que muere de una neumonía. Hay algunos otros hallazgos como un hígado crecido consecuencia de su hábito alcohólico. La causa de muerte que se menciona es demencia, precoz enterocolitis y enajenación mental. Tendríamos que comentar que nadie muere de demencia precoz ni de enajenación mental y son elementos secundarios a la causa de muerte real.

El tercer caso expuesto, no contiene ningún elemento que pueda ser considerado como algo fuera de lo común dentro del ambiente médico. Padecía epilepsia y no presentaba ninguna otra alteración. Igual que en los casos anteriores la redacción de su carta es bastante coherente y congruente con lo que quiere expresar.

En cuanto al último caso cuyo diagnóstico fue psicosis alcohólica y epilepsia frustrada, no es raro que los pacientes alcohólicos que presentan un estado de abstinencia desencadenen estados convulsivos causados justamente por la ausencia del tóxico. Es difícil considerar que sean pacientes psicóticos basados exclusivamente en el estado convulsivo. En el caso de este paciente se menciona que presentaba periodos de agresividad lo cual puede ser interpretado como crisis del lóbulo temporal. Se

mencionaba que fue manejado con bromuros y la consideración final es que remite su sintomatología. Respecto a él podemos decir que cursó por un cuadro confusional y convulsivo provocado por la abstinencia de alcohol. En esos pacientes hay que considerar básicamente que el eje fundamental de su padecimiento es el alcoholismo y las manifestaciones convulsivas y psicóticas tienen el origen en tal condición.

5.3 Retrospección.

Como se puede notar, la confusión de la génesis en la época de estudio no estaba muy bien definida y daba lugar a algunos diagnósticos tal vez aventurados. Sin embargo, es con lo que se contaba y a partir de eso tenían que hacer su labor como especialistas al interior de La Castañeda. Como se vio en el capítulo tres, muchos aspectos mencionados eran propiciados por los hábitos alcohólicos de los pacientes y al ser tratados por esta condición los demás síntomas disminuían a tal punto de desaparecer. Creo que era necesario poder incluir una visión experta en la actualidad, con lo que se conoce hoy en día, ya que, por lo menos en mi caso, hay muchas dudas sobre la epilepsia. Como se puede ver al tener esta información es una enfermedad bastante peculiar y puede derivar en muchas formas, desde las convulsiones, hasta cuestiones emotivas por completo.

Tener la valoración de los especialistas en uno y otro momento histórico nos permite ver, por un lado, que la enfermedad puede mostrar un rostro polifacético al igual que su acercamiento. Entender una enfermedad dependerá del momento en que sea observada y solamente con los medios con los que se cuente se buscará curarla, tratarla o simplemente observarla. Y por último percibir que las características biomédicas que se puedan describir orientarán su destino dentro de la sociedad.

6.- Anexo 1.

Cuadro sintético. Tipos de epilepsia.

Tipos de epilepsia.	
Epilepsia Saturnina.	Los accesos se renuevan muy rápido, aún no concluye un acceso cuando ya apareció otro. Las convulsiones son más marcadas de un lado que de otro. Es precedida o seguida constantemente de coma o delirio; durando muchas horas o incluso días.
Epilepsia nocturna.	Como su nombre lo indica, se presenta solamente por las noches, desde luego no se sabe de la enfermedad salvo por algunos síntomas que se perciben algunas horas después del ataque, sobre todo manchas equimóticas en el pecho, cuello y frente.
Locura epiléptica.	Se presentan dos variedades de delirio epiléptico, pequeño mal y gran mal. El primero se caracteriza por una gran confusión de ideas, impulsiones instintivas y actos violentos. Los pacientes en su arrebato pueden suicidarse, robar, incendiar, matar, siempre sin recordar lo sucedido. El segundo por su parte también era conocido como manía furiosa, se caracterizaba por presentar vómitos, brillantez de ojos, movimientos convulsivos de la cara, miembros, cefalalgia, los pacientes tienen visiones; los accesos duran algunos días y se van tan bruscamente como aparecen.
Epilepsia esencial.	Caracterizada por pérdida del conocimiento, las personas caen en el lugar donde ocurre el acceso como si fueran fulminadas por un rayo, dan un grito entrecortado y estridente, con presencia de convulsiones tónicas generalizadas, después del acceso hay cansancio y torpeza de la inteligencia
Epilepsia sensitiva.	Son alteraciones de la sensibilidad general, pueden ser hormigueos o punzadas que en ocasiones tienen grandes descargas, raras veces con grandes dolores.
Epilepsia deambulatoria de Charcot o procursiva.	Las personas sienten una necesidad irresistible de acción, por lo regular una impulsión a viajar, no causan daño ni desorden, emprende su viaje, que por lo regular es considerable y vuelve a su estado normal, quedando

	estupefacto de verse lejos de su hogar, no recuerda nada de su trayecto y es capaz de caminar sin tropezar con obstáculos; sin embargo, también se puede presentar como una crisis de ausencia, suspendiendo las acciones que se encuentre realizando, con palidez en la cara y aislándose por completo del mundo.
Epilepsia larvada de Morel.	Se asemeja al gran mal en su parte psíquica, también tiene presencia de impulsiones suicidas, homicidas, al incendio, etc. Después de los ataques e impulsiones no se recuerda nada; los fenómenos convulsivos terminan con la naturaleza de los accidentes mencionados con anterioridad.
Epilepsia parcial o Jacksoniana.	Son crisis convulsivas parciales, puede haber o no, pérdida del conocimiento, en algunas ocasiones se pueden generalizar, aunque es raro, síntomas motrices permanentes y contracciones en los miembros paralizados.
Histeroepilepsia.	Como indica el nombre, es una combinación de ataque epilépticos e histéricos y su manifestación es variada, las convulsiones son más bien movimientos desordenados y pueden durar algunas horas, se nota presencia de grito y llanto, tanto al inicio como al final de la crisis, en este caso los pacientes no suelen morderse la lengua durante las crisis, como si ocurre con la epilepsia esencial. Se pueden percibir auras sensitivas, una sensación de un objeto que sube desde el estómago hasta la cabeza, cuando llega ahí se desata el ataque. No se nota disminución de la inteligencia.
Epilepsia somática y psíquica combinadas.	La primera presenta los mismos síntomas que la epilepsia saturnina, gran mal o epilepsia esencial, mordedura de lengua, e incontinencia de orina y materia fecal, por otro lado, la epilepsia psíquica se orienta al carácter de los pacientes, puede haber algunas manías (religiosa, de grandeza o agresiones), acompañando al carácter o furor epiléptico, donde la característica principal es el mal humor e irritabilidad, después del ataque hay indiferencia e insensibilidad moral. ¹³⁷

¹³⁷ En este cuadro se presentan de manera sintética los tipos de epilepsia que fueron encontrados en la época de estudio, como se ve en el desarrollo del trabajo algunos nombres dependían del médico que describiera a la enfermedad.

7.- Anexo 2.

La epilepsia hoy.¹³⁸

En la actualidad la medicina cuenta con una gama amplia de fármacos para poder controlar la epilepsia.¹³⁹ Este hecho ha permitido que algunos tipos de epilepsia permitan llevar una vida normal a personas que la padecen. En este espacio quisiera transcribir un testimonio de una persona que en la actualidad vive con epilepsia; pero que, lleva una vida completamente normal estudiando, trabajando, con amigos, etc. Por cuestiones personales de ambos, su nombre y otros datos se conservarán en el anonimato. A pesar de ello, su experiencia nos ayuda a entender cuál es el significado de vivir con una enfermedad, aunque controlada, forma una parte de su vida.

- ¿Qué edad tenías cuando te diagnostican epilepsia? y ¿Te dieron algún diagnóstico de cómo se originó?
- *Pues yo estaba bastante pequeña cuando me dijeron que tenía epilepsia, y; bueno te dicen que es cuestión genética y bien o mal te lo tenías que esperar de cierto modo; te hacen el historial médico, “¿quién en tu familia tiene epilepsia?, ¿alguien ya había convulsionado en tu familia?”, y pues porque tienes antecedentes. Y en cierto modo es liberador porque dices “al menos ya tengo diagnóstico de algo”. Porque así que estuvieras con algo vago de bueno, me está pasando esto y no se ni porqué, yo creo que a mí si me provocaría más incertidumbre. Y hasta culpa de decir ¿Cómo porqué? Porque también te dicen, a lo mejor y solo fue un golpe*

¹³⁸ Este apartado está dedicado a una persona en particular, a quien conozco de hace algunos años y que de manera muy atenta y sincera accedió a darme su testimonio como alguien que vive con epilepsia.

¹³⁹ Trejo Medinilla, Flor de María, Gerardo E. Barajas Vázquez, Elena D. Ramírez Alvarado, Olga Y. Barbosa Cisneros y Sergio H. Sánchez Rodríguez. “Anatomía de la epilepsia y fármacos utilizados en su tratamiento”. En *Archivos de medicina*. Madrid, España. Asociación Española de Médicos Residentes. Marzo-abril. Año/vol. 1. Núm. 002. Pp. 8-11.

y fue un caso aislado lo que te sucedió; luego también había doctores que te decían ¿te drogas? Y tal vez es una secuela de tus adicciones. Y tu: “pues no”. Y ya te van haciendo estudios y paulatinamente ya va saliendo que sí, que ya hay un problema neuronal ahí.

Por ejemplo, lo tenía desde pequeña pero no se manifestaba tanto, las convulsiones no eran tan fuertes pues, porque no eran convulsiones generalizadas. Eran parciales. Desorden como de ausencia. Entonces a medida que fui creciendo se fueron haciendo cada vez más fuertes. Porque cuando estaba pequeña no me daban un tratamiento en forma. Entonces lo dejaron avanzar.

- *¿Qué edad tenías cuando te dicen que es epilepsia?*
- *Cuando me dicen que ya es epilepsia en forma, debía de tener ya unos dieciocho. Y a partir de que me dicen que es esto; después de estudios previos que me habían hecho ya me inician un tratamiento que se va ajustando a tus necesidades.*
- *¿Qué tipo de epilepsia te diagnostican?*
- *Pues igual te dicen que son convulsiones parciales, nada más. Pero ya después me siguieron haciendo estudios, la resonancia, electroencefalograma, y ya encuentran donde está en sí el problema en la cabeza; es en la parte frontal, central frontal de mi cabeza. Entonces ya ahí digo, bueno, mínimo ya saben dónde está el origen. No está por todos lados, no todo mi cerebro está dañado (se ríe). Pero afecta por todos lados.*
- *Pero ¿que hacen los médicos para hacer algo?*
- *Te dicen, dentro de tu epilepsia es normal. ¿“es normal que me caiga y me sacuda completa y después me siga sintiendo mal y me duela la cabeza por bastante tiempo”? ¿o el tratamiento que me estás dando de plano no me hace sentir mejor y sigo convulsionando? Alguna ocasión,*

una temporada convulsionaba casi cada mes, entonces era bastante incómodo porque yo sentía que me impedía mis actividades; porque no sólo era la convulsión era después el malestar que te queda, te sientes débil, me quedaba mucho dolor de cabeza, hasta cierto punto las náuseas. El medicamento no me estaba ayudando, ni me estaba haciendo sentir mejor, al contrario.

- *¿Entonces pasas por varios procesos hasta ver que tratamiento se ajusta?*
 - *Que tratamiento es el que se ajusta hasta el punto de que, no sólo tomo un medicamento, tomo varios en dosis muy pequeñas para que surta efecto; te acostumbras (vuelve a reír).*
 - *¿Y no es más pesado que la propia enfermedad, el tratamiento?*
 - *Pues te digo que no porque te acostumbras, y con tal de estar mejor o poder llevar a cabo tus actividades, saber que no vas a estar con la preocupación. La preocupación de que te puede venir una convulsión. Bien lo vale. Realmente que tiempo en el día te puede tomar agarrar un pedacito de medicamento y cada, dos veces al día y ya; no tardas ni medio minuto. Si me llega a dar cada medio año pues; están espaciadas por seis meses o más. Se redujo bastante. Entonces es un tiempo muy bien invertido. Porque no sabes. Si te da en tu casa pues que buena onda, si te da en la escuela estas en un lugar relativamente seguro; pero si vas en la calle, no sabes si vas cruzando la calle, o si estas en el metro, nadie te conoce.*
- También la gente, como te puede tocar gente que se sabe cómo reaccionar, te puede tocar gente que no sabe que hacer en absoluto, o gente que hace cada... cada locura al respecto, el mito que tienen que meterte algo a la boca para que no te muerdas, alguien, alguna vez se le ocurrió la brillante idea de meterme un lápiz, y pues con la fuerza que haces reventé el lápiz y salió peor porque me estaba ahogando con un pedazo de lápiz. Entonces durante la convulsión*

y después de la convulsión era regresar y con la angustia de sentir que no podía respirar porque traía algo ahí atorado. (risas) y he mordido cantidad de cosas; que si lápices, que si plumas, que si me han puesto una cartera. Afortunadamente a nadie se le ha ocurrido ponerme la mano o el brazo, porque imagínate. Nadie se ha querido hacer el valiente.

- *¿Es difícil esa parte, cómo reacciona la gente?*
- *Por un lado, agradeces la buena fe de que quieran ayudar, que te ven en apuros y se acerque a auxiliarte; pero por otro lado dices, no están preparados para lo que te está sucediendo. Nada más dices, no dejes que me golpee mucho, la cabeza, mínimo; pero fuera de eso, aunque quisieras hacer más no se puede. Alguna vez también me pasó que me estaba dando la crisis y un grupo de señoras me vieron y se hincaron y empezaron a rezar porque creyeron que estaba yo en posesión diabólica. La temporada en que me pasaba frecuentemente, podía yo estar aquí en la escuela, en el trabajo, camino a casa; y me tocaron personas de todo tipo. Hasta el punto de que le dije a mamá, sabes que; ahorita hasta que me controle mejor voy y vengo acompañada; para que alguien que vaya y venga conmigo sepa que hacer. Pero también me resultaba incómodo y penoso estarle pidiendo a alguien que dejara sus actividades un rato y fuera conmigo al trabajo, y a la escuela. Que buena onda un rato, pero después a la gente no la quieres estar molestando.*
- *¿Tienes alguna manifestación previa, como auras?*
- *Las auras le dicen; cuando me llega a pasar porque no siempre, llego a sentir adormecimiento alrededor de la boca y la lengua; como hormigueo y como si me dieran un toque. ¿Cuándo estabas pequeño alguna vez te dio la curiosidad de meter los dedos en el enchufe? Ah, pues algo más o menos así, como si lo sintieras en el cuello. Nada más lo siento así y rapidísimo*

pasa, que, si quisiera de repente, sentirlo y correr al servicio médico; no me daría tiempo. Lo siento y es sentarme al menos para no caerme y golpearme más con la caída. Pero cuando eventualmente llego a sentir esa aura, puede manifestarse así, pero no siempre.

- *¿Y las crisis de ausencia ya no las tienes?*
- *No, desde que fueron en escalada se quedaron en crisis generalizadas. El medicamento lo controla, cuando me da es la crisis fuerte; o la tengo fuerte o no la tengo.*
- *¿Es variado entonces?*
- *No variado porque de cierto modo tiene su patrón; porque es tenerlas como tal, o no tenerlas en absoluto.*
- *¿Es una ventaja?*
- *Pues si, que sería muchísimo mejor no tenerlas en absoluto. Pero si es una preocupación menos el que te hayan encontrado un tratamiento que se ajuste a ti; pero en ese proceso de que te encuentran el tratamiento apropiado si es un peregrinar algo...*
- *¿Cuánto tiempo tardaste en que te encontraran un tratamiento?*
- *Fácil como un año; a mí me paso que por la talla y el peso no me encontraban un tratamiento muy adecuado; porque luego me querían poner dosis más altas y me decían “por el peso no te podemos ajustar”; entonces si me controlaba la crisis, pero era como un estar como drogada, me sentía aletargada, no me podía concentrar, no me sentía bien, entonces te quitan un síntoma, pero te dan otros, muchísimos más. Entonces te quedas con una dosis, al menos para mi caso me quedé con una dosis como para niños, por la cuestión de mi tamaño y de mi peso. Toman en cuenta todo esto, mi actividad, mi dieta; y abordando lo de la dieta es “no tomes demasiado café, chocolate, los refrescos de cola”; también te recomiendan mucho que*

no te desveles, y el alcohol; dices oh, mis jueveves, (risas). A veces por cuestiones de la escuela andas atareado y te quedas hasta tarde, pero si sufres las secuelas a los días posteriores que te sientes muy cansado. Si de por sí el sueño no se recupera, me siento más cansada a veces de lo normal. Me ha pasado que a veces llegan tocan el timbre de mi casa y ni si quiera lo oigo porque estoy completamente molida. Mi cerebro se desconecta por completo. O no sé si tenga que ver también que me dan migrañas muy fuertes, eso también me da si me desvelo o me salgo de mis rutinas en particular o mis horarios de alimentos; también eso lo puede agudizar. Al menos yo si sigo un régimen. Pero te digo bien lo vale.

- Realmente, te cuidas y nada más.
- *Si, es tener tus precauciones de cierto modo para no buscarte, si sabes como estas, también no propiciarlo, no te portas, como decirlo, ser impertinente; contigo mismo, no buscas ser negligente.*
- Eres responsable con tu enfermedad.
- *Con tu enfermedad, con todo eso, en mi caso están mis papás, están personas conmigo, la gente que me rodea y también; al final de cuentas las enfermedades no sólo las lleva la persona, sino las personas a su alrededor; que están al pendiente de ti, que te están cuidando, y a veces el enfermo no se da cuenta cuando se pone mal; sino que, también es cansado para las personas, si te llegan a hospitalizar, el ir y venir, estar al pendiente, y los reportes médicos; como quiera tu estas ahí metido en el hospital y estas en cama y nada más te atienden y todo, pero ellos la padecen por todo lo que está sucediendo en torno. Entonces lo haces tanto por ti y estar bien tú como por las personas a las que quieres. Al final de cuentas no te portas tan egoísta como para decir sólo lo hago por mí. Te comprometes con todo.*

- ¿Cómo te percibes a ti misma y cómo te ven los demás? no solamente por la esfera biológica, sino por todo.
- *De repente te sientes un poco fuera de contexto, fuera del grupo; porque tus compañeros si se pueden, sientes, que, si se pueden desarrollar, pueden irse de fiesta, pueden estar hasta tarde, se desvelan, sobre todo en cosas de la escuela; que sabes que es necesario, pero te queda pendiente porque sabes que no deberías hacerlo, o no debería estar bebiendo o fumando; pero al mismo tiempo me agrada. Entonces si es un poco sentirte aislado; porque al mismo tiempo por mucho que intentes explicarles “yo tomo medicamentos, tengo este problema, siento este tipo de cosas”, a detalle quieres decirles, pero no lo van a comprender del todo; a menos que te encuentres con un compañero que tenga el mismo padecimiento. Y ellos se quedan también con el temor; “sabes que, ¡jole, nos la llevamos, pero la hemos visto también en crisis”, y si hay quienes te dicen, “la verdad yo no me quiero aventar la bronca de que te vayas a poner mal en el camino.*
- ¿Lo ven como una responsabilidad?
- *Si, lo ven como una responsabilidad hasta cierto punto bastante grande, de que no me vaya a pasar la crisis tan rápido, o simplemente te dicen, “bueno, ya nos dijiste como manejarte, pero con el miedo de, ya en el momento no saber o me vaya a bloquear y a la mera hora no saber cómo manejarte y lo vaya a hacer mal”. Entonces tanto para ellos, como para mí, puede ser a veces difícil. Gente con quién más estoy, mi pareja, mis papás, pues son la mayoría, y ya saben el manejo, como son más cercanos ya han pasado más tiempo conmigo, y es más frecuente que lo “padezcan” también, al mismo tiempo; porque a veces el padecimiento no solamente es conmigo, no solo es mío; sino que al final de cuentas, me los arrastro a todos. A*

veces de manera egoísta si dices, “yo quisiera estar así de sano y también quisiera andar para allá y para acá”, ya empecé con esta situación y me empecé a sentir rarita y mejor me guardo un rato.

- *¿Tú, como te percibes a ti misma? ¿ha habido una evolución también en ese aspecto?*
- *Si, al principio dices me siento mal, no quiero esto, ¿porqué me tocó a mí? De repente te ves en cierta negación; ¿porqué yo? Me deprimí, dije: yo no quiero tomar medicamentos, no quiero verme en esta situación. Pero después dices, al final de cuentas, puedo llevar una vida perfectamente normal, nada más hago lo que me dice el médico, tomar medicamentos, digo; no tengo porqué estar anunciando, saben qué: hay un epiléptico aquí. A menos que ya lleve tiempo con el malestar; si digo, sabes qué, tengo este malestar y necesito ir al servicio médico porqué me siento mal. Por ejemplo, en mis clases de ballet, si tengo que decirle a la profesora, tengo esta situación; para que, si en un momento que ya sea demasiado esfuerzo, el ejercicio sea más duro, o vaya haber una presentación y llegara a pasar, sepan el manejo. O en el trabajo, que te preguntan cuestiones de salud, pero fuera de eso no es algo que tenga que estar publicando. Es parte mía y siento que puedo estar llevando mi responsabilidad; puedo cargarla por mí misma. Paso a paso vas atravesando por cada fase, hasta que llegas a cierta normalización; te acostumbras, te acoplas y aprendes a vivir con eso.*
- *¿Y los demás? Porque la familia siempre es la que más rápido se acopla a todos esos procesos.*
- *Si, te apoyan porque te ven que de repente quieres tirar la toalla y dices “Ya, voy a dejar los medicamentos y a ver que pasa”. Y te dicen: “no, también piensa en nosotros”. Pero no sé, a veces los demás; no quieres decir, o llegas a ese proceso de guardártelo, porque hay personas muy... te puedes encontrar tanto con personas muy comprensivas que te dicen es una*

enfermedad como cualquiera, si tomas tus medicamentos no pasa nada. Si puedes lidiar con ello nosotros también. Pero hay personas bastante cerradas que te dicen mejor hazte para allá, de lejitos. Pero esas han sido las menos, con las que me he topado; dentro de mi círculo, tanto familiar como de amigos, si lo han entendido bastante bien. Sobre todo, en cuestión de apoyo moral, te dicen no pasa nada, si necesitas algo ya te estaremos apoyando, si no mientras te sigas checando y sigas al pendiente de todo. Yo creo que lo que les molestaría realmente, sería que no me checara, que me abandonara. Pero te digo, hay personas que no lo entienden, no se preocupan ni quieren entenderlo, y como a ellos no les pasa; ni le ha pasado a alguien cercano, se portan bastante indiferentes a la situación. Reducen su mundo a, sólo existe gripa y diarrea y lo demás es de gente completamente anormal y los hacen a un lado. Pero soy una persona que puede valerse por sí misma, estudio, voy al trabajo, tiendo mis redes sociales, tanto físicas como tecnológicas y no tengo ningún problema con ello. Pero creen que teniendo algo así, estas impedido de alguna manera, y no. Es gente muy cerrada, no sé si cerrada o muy torpe.

Al terminar esta parte continúa la narración, sin embargo, se tocan temas mucho más sensibles y decidí no incluirlos; se mencionan cosas muy fuertes emocionalmente para ella y no corresponden a la epilepsia; son eventos médicos secundarios o paralelos a ésta.

8.- Consideraciones finales.

Quisiera partir de la premisa de que, en cada época se actúa con lo que se tiene a la mano. El hombre no se puede despojar de su contexto en ninguna forma. Ya sea médica o socialmente, estamos condicionados por un régimen ideológico que termina por dictar muchas de nuestras acciones. La medicina durante el final del porfiriato e inicios de la Revolución, creo, mostró dos facetas muy interesantes. La primera, La Castañeda se erigió como una gran promesa de alivio para las afecciones de la mente mientras podría lograr una reinserción de estas personas a su entorno familiar y posteriormente social. Este manicomio estuvo en un momento de su vida a la par de la medicina mundial y esto generó muchas expectativas sobre su funcionamiento. Recordemos que la población médica siempre fue muy poca y la atención que se debía dar a los internos se tenía que partir para poder acercarse a ellos. El hecho de no saber cómo se originaban muchas enfermedades no permitió que los psiquiatras actuaran de forma efectiva y eso ha dado lugar a críticas negativas del manicomio sobre su funcionamiento. Este aspecto por sí mismo, no es ni bueno ni malo; y considero que tenemos que ser conscientes de la situación. Sin importar si existen especialistas en la materia, la mente del hombre muchas veces no está preparada para poder enfrentarse a algunas situaciones. Las enfermedades mentales pueden ser una de ellas. El entendimiento médico no ha podido desvelar la naturaleza de muchas afecciones y se tienen que orientar por lo que la propia enfermedad permite conocer. Y los procesos de salud-enfermedad, se convierten en un vehículo de autoconocimiento del hombre en construcción. Según esta idea, la segunda cara se orienta a la visión dentro de la sociedad de la enfermedad. La incompreensión, la carga cultural, el aspecto económico nos llevan a aislar de una manera más rotunda a las personas, que lo que a la propia medicina le toca.

El hecho de que se mencionara enfermedad, trastorno, desorden o incluso alienación, para referirse a estos padecimientos, no cambia la realidad de los pacientes y tampoco es un referente para poder determinar el origen de la enfermedad y mucho menos poder curarla. Si bien la especialización médica parte de un discurso muchísimo más concreto para delimitar el objeto de estudio; trasladado a su esfera biológica, queda muy corto y podría generar confusiones. En la actualidad podemos contar con manuales, diccionarios y sobre todo tratamientos muy concretos que sirven para aliviar muchos síntomas; sin embargo, al final del porfiriato no se contaba con esa posibilidad; las características tan similares en algunas enfermedades, tanto por lo que se pensaba de su génesis, como de sus manifestaciones no permitieron a la psiquiatría ser tan asertiva. Al final, el hecho de recurrir de un medicamento a otro permitió que posteriormente se supiera de manera clara, cuál en verdad podía funcionar y cual se debía dejar a un lado.

La forma en la que se pueda manifestar la epilepsia, tratarla o inferir cómo es que se ha originado, seguirá moviendo la mirada médica de forma cada vez más eficaz. Sin embargo, la población en general debe de trabajar más sobre cómo enfrentarse a este tipo de eventos biológicos, sin importar en que esfera social se presente, deberíamos de tener la capacidad para poder, en el último de los casos, saber reaccionar frente a una persona que presente ataques convulsivos. Sin darnos cuenta, despojamos a las personas de su esencia y las convertimos en una enfermedad y no en un individuo con un padecimiento.

Creo que el apoyo que encontré, primero en la visión de la antropología médica y el trabajo de Byron Good respecto a cómo es que una persona vive el dolor crónico y modifica por completo su mundo vital y en segunda instancia el testimonio que me permitieron escuchar me hizo reflexionar sobre las enfermedades en general, hasta qué punto tratamos de entenderlas y hasta qué punto sólo buscamos aliviarlas. La epilepsia por su naturaleza siempre generará muchas miradas a su alrededor, lo único

relevante es generar una visión particular, específica e individual para cada paciente. El hecho de que podamos encontrar varios tipos de epilepsia en el periodo de estudio no es casual, y entonces como ahora, la epilepsia podría tener cualquier origen y manifestarse de cualquier forma, los manuales diagnósticos siempre serán un referente muy importante de acercamiento a la enfermedad, pero no a la persona, ya que cada una vive un contexto distinto, tanto social como biológico. No es suficiente con encontrar una pastilla que logre disminuir un padecimiento, debe existir un estrechamiento en la relación entre los pacientes y sus respectivos médicos pero también con su contexto en general, amigos, familia, escuela, trabajo, etc. Además, es necesario poder educar a la población en general sobre como acercarse a estos pacientes si es que se necesitara prestar atención de manera urgente, aunque sea mínima o básica, deberíamos tener la capacidad de entender que estas enfermedades se pueden presentar en cualquier persona.

Archivos.

Archivo Histórico de la Facultad de Medicina de México. Fondo: Escuela de Medicina Y Alumnos.

Archivo Histórico de la Secretaría de Salud. Fondo: Manicomio General. Sección: Expedientes clínicos.

Bibliografía.

Bandera, J. M. Los locos dañosos. En “La Escuela de Medicina, periódico dedicado a las ciencias médicas”. Tomo XI, México, junio 1o de 1891. Núm. 15.

Brailowsky, Simón. Epilepsia. Enfermedad sagrada del cerebro. México, Fondo de Cultura económica-Secretaría de Educación Pública- Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, 1999. 148 p.

Chaix, Carlos. Estudio patogénico de la epilepsia. Tesis para el examen profesional de medicina y cirugía. México. 1870.

Corral, Eduardo. Algunas consideraciones médico-legales sobre la responsabilidad criminal de los epilépticos. Tesis. México. Facultad de Medicina de México. 1882.

De la Fuente, Juan Ramón y Gerhard Heinze Martin. “Enseñanza de la psiquiatría en México”. en Salud mental. México. Vol. 37, No. 6, noviembre-diciembre 2014. Pp. 523-530. Versión electrónica. Tomado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2014/sam146k.pdf> Consultado el 23/04/16.

De la Fuente Ramón y Carlos Campillo. “La psiquiatría en México: una perspectiva histórica.” En Gaceta Medica de México, Vol. 111, No. 5, Mayo 1976. pp. 421-436. Versión electrónica. Tomado de http://www.anmm.org.mx/bgmm/1864_2007/1976-111-5-421-436.pdf Consultado el 23/04/16.

Diccionario de la Lengua Española. España. Real Academia Española. Espasa. Vigésima segunda edición. 2001. Tomo 9.

DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales. Pichot, Pierre. (Coordinador general de las ediciones española, francesa e italiana). Barcelona. MASSON, S. A. 1991. 897 p

“El Jurado del Chalequero”. s/a. En. La voz de México. Diario católico y político decano de la prensa mexicana. México. Hemeroteca Nacional Digital de México. Año XXXIX Núm. II5. Martes 8 de septiembre de 1908. Tomado de <http://www.hndm.unam.mx/consulta/resultados/visualizar/558a38227d1ed64f16e1ffd0?resultado=32&tipo=pagina&intPagina=1&palabras=epilepsia>. consultado el 10/08/17.

Figuroa Duarte, Ana Silvia, y Oscar A. Campbell Araujo. "La visión de la epilepsia a través de la historia". En Boletín Clínico Hospital Infantil del Estado de Sonora. México. Vol. 32. Núm. 2. 2015. Pp. 88-95. Tomado de: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=61642> Consultado el: 22/08/2017.

Foucault, Michel. Historia de la locura en la época clásica. México. Fondo de Cultura Económica. Tomo I. 574 p.

Gaete, Alfredo. "El concepto de desorden mental: una propuesta". En Gaceta de Psiquiatría Universitaria. Chile. Año 6. Vol. 6. No. 2. Junio, 2010. pp. 142-152. Tomado de: [http://www.revistagpu.cl/GPU%20%20\(2010\)/ENS%20Estudio.pdf](http://www.revistagpu.cl/GPU%20%20(2010)/ENS%20Estudio.pdf) Consultado el: 19 de noviembre de 2016.

Garrabé, Jean, Henri Ey y el pensamiento psiquiátrico contemporáneo, México, Fondo de Cultura Económica, 2002. 201 p.

Goffman, Erving. *Estigma, la identidad deteriorada*. Buenos Aires. Amarrortu editores, España. 2006. 172 p. Versión electrónica. Tomado de: <https://sociologiaycultura.files.wordpress.com/2014/02/goffman-estigma.pdf> Consultado el: 19/08/17.

Goffman, Erving. Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. Buenos Aires, Argentina. Amorrortu Editores. 1970. 379 p.

Good, Byron. Medicina, Racionalidad y Experiencia, una perspectiva antropológica. España. Edicions Bellaterra. 2003. 375 p.

Huertas, Rafael. "Las historias clínicas como fuente para la historia de la psiquiatría: posibles acercamientos metodológicos". En Frenia, Vol. I, No. 2. España. 2001. Pp. 7-39.

Jaspers, Karl. Psicopatología general. México. Fondo de Cultura Económica. 1993. 962 p.

Jiménez Caraveo, Luisa Fernanda. Proceso hacia el infierno. Mujeres alcohólicas durante el porfiriato tardío. Tesis. México. Universidad Autónoma Metropolitana Iztapalapa. División de Ciencias Sociales y Humanidades. 2015. 228 p.

Kant, Immanuel. Crítica de la razón pura. Traducción de Mario Caimi. México. Fondo de Cultura Económica, Universidad Autónoma Metropolitana, Universidad Nacional Autónoma de México. 2009. 730 p.

Liceaga, Eduardo y Roberto Gayol, Proyecto de Hospital General para la Ciudad de México, en Memorias del 2º Congreso Médico Pan-Americano verificado en la Ciudad de México, noviembre 16,17,18 y 19 de noviembre de 1896. pp. 836-857.

López Sánchez, Oliva y Félix Velasco Alva. De las pasiones del alma a la locura del cuerpo: el control médico del cuerpo y las emociones en la transición de las representaciones médico-psiquiátricas en México 1890-1930. Ponencia. México. UNAM. Avance de Investigación en curso Financiada por la UNAM-

DGAPA_PAPIIT IN304012 Tomado de:
http://actacientifica.servicioit.cl/biblioteca/gt/GT26/GT26_LopezSanchez_VelascoAlva.pdf consultado el: 14/08/2017.

López Sánchez, Oliva y Margarita Gutiérrez Colín. “Los roles de género y la expresión emocional, elementos fundamentales en el diagnóstico de la locura: el caso de Lucía N. de Ortiz moradora de La Castañeda de 1937 a 1952”. En López Sánchez, Oliva. (coordinadora) *La pérdida del paraíso, el lugar de las emociones en la sociedad mexicana entre los siglos XIX y XX*. México. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Estudios Superiores Iztacala. 2011. Pp. 175-208.

López Sánchez, Oliva. “Los significados médicos de las emociones en las enfermedades psiquiátricas en México. La histeria y la epilepsia (1900-1930)”. En Ariza, Marina. *Emociones, afectos y sociología. Diálogos desde la investigación social y la interdisciplina*. México, Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Sociales. 2016. Pp. 521-546.

“Los médicos ingleses, (especialistas expertos)”. En *El tiempo*. México. Sábado 4 de marzo de 1911. tomado de:
<http://www.hndm.unam.mx/consulta/resultados/visualizar/558a353a7d1ed64f16b37321?resultado=1129&tipo=pagina&intPagina=7&palabras=epilepsia>. Consultado el 10/08/17.

Manual del Residente en Psiquiatría. M. F. Bravo (Asociación Española de Psiquiatría), J. Saiz (Sociedad Española de Psiquiatría), J. Bobes (Sociedad Española de Psiquiatría Biológica). Presidentes. Madrid. ENE Life Publicidad S.A. y Editores 2009. Tomo 2. p. 735. Tomado de:
<http://www.unioviedo.es/psiquiatria/docencia/material/MIR/TOMO%20II%20Residente%20en%20Psiquiatria.pdf> Consultado el: 3/11/2016.

Marchant, Matías. “Apuntes sobre la histeria”. En *Revista de psicología*. Chile. Universidad de Chile. Vol. IX. Núm. 1. 2000. Tomado de: <http://www.redalyc.org/pdf/264/26409109.pdf> consultado el: 14/08/2017.

Morales Pereyra y A. Romero. *Exposición y proyecto para construir un Manicomio en el Distrito Federal*. En *Memorias del 2º Congreso Médico Pan-Americano, verificado en la Ciudad de México, D. F., noviembre 16, 17, 18 y 19 de 1896*. pp. 887-899.

Ocaranza, Fernando. *Historia de la medicina en México*. Prólogo de Carlos Viesca. Segunda edición. Conaculta. México, 2011. 219 p.

Parra, Porfirio. *Ensayo sobre la patogenia de la Locura*. Tesis inaugural. Facultad de Medicina de México, 1878.

Patiño, Francisco. *El Hospital General y el Manicomio*, en *La Escuela de Medicina, periódico dedicado a las Ciencias Médicas*, México, Tomo IV, agosto 1º de 1882. Núm. 3.

Porter, Roy. *Breve historia de la locura*. Madrid, España. Turner-Fondo de Cultura Económica. 2003. 226 p.

- Pola, Librado. "Ligeras consideraciones sobre la patogenia de la epilepsia". En La Escuela de Medicina. Periódico dedicado a las ciencias médicas. México. Tesis inaugural. Tomo XI. Abril 15. 1892. Núm. 30.
- Postel Jacques y Claude Quétel. Nueva historia de la psiquiatría. Segunda edición. México. Fondo de Cultura Económica. 2000. 783 p.
- Ramasco, Milagros. "Los relatos de vida frente al modelo de la historia natural de la enfermedad", en Martínez Hernández, Ángel. Lina Masana, y Susan M. DiGiacomo (eds.), Antropología Médica 11. Publicacions URV. Tarragona/Porto Alegre (Rio Grande do Sul-Brasil). 2013. Pp. 323-340.
- Ramos E., Mariano. "Tercer curso de clínica médica. Lecciones del Dr. José Terrés. Decimotercia, decimacuarta y decimaquinta lecciones. Epilepsia esencial". En Anales de la escuela de medicina. México. Parte médica. Año 1. 1904-1905.
- Riera, Juan. Historia, medicina y sociedad. Madrid. Ediciones Pirámide. 1985. 439 p.
- Ríos Molina, Andrés. La locura durante la Revolución mexicana. Los primeros años del Manicomio General La Castañeda, 1010-1920. México. El Colegio de México. 2009. 254 p.
- Roa, Agustín A. Consideraciones generales acerca de la enajenación mental, precedidas de algunas nociones sobre facultades intelectuales. México. Escuela Nacional de Medicina de México. Tesis. 1870.
- Rodríguez Pérez, Martha Eugenia. La Escuela Nacional de Medicina 1833-1910. México. UNAM. Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina. Facultad de Medicina. 2008. 220 p.
- Ruíz-Funes, Mariano. "El trastorno mental". En Revista de la Facultad de Derecho de México. Biblioteca virtual. México. Enero-junio 1951. Tomo I. pp. 229-230. Tomado de: <https://revistas-colaboracion.juridicas.unam.mx/index.php/rev-facultad-derecho-mx/article/view/25112/22518> Consultado el: 17 de noviembre de 2016. Pp. 229-235.
- Sánchez Bustamante, Pilar. Algunas consideraciones sobre la responsabilidad criminal del epiléptico. México. Facultad de Medicina de México.
- Suárez y López Guazo, Laura. Eugenesia y racismo en México. México. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina. Programa de Posgrado en Ciencias Biológicas. Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina. 2005. 280 p.
- Trejo Medinilla, Flor de María, Gerardo E. Barajas Vázquez, Elena D. Ramírez Alvarado, Olga Y. Barbosa Cisneros y Sergio H. Sánchez Rodríguez. "Anatomía de la epilepsia y fármacos utilizados en su tratamiento". En Archivos de medicina. Madrid, España. Asociación Española de Médicos Residentes. Marzo-abril. Año/vol. 1. Núm. 002. 18 p.
- Villa Guerrero, Guadalupe. "El Hospital del Divino Salvador para mujeres dementes". En Boletín de Monumentos Históricos, Tercera época, No. 12, enero-abril 2008. pp. 141-152. Versión electrónica.

Tomado de <http://boletin-cnmh.inah.gob.mx/boletin/boletines/3EV12P141.pdf> Consultado el 23/04/16.

Zamarripa, Joaquín. Contribución al estudio médico-legal de los alienados. Tesis profesional de abogado. México. 1892.
