

Psicosis alcohólica en el Hospital Mental de Antioquia, 1900-1930

Diego José Duque Ossa¹, Gladys Cecilia Quiceno Guzmán²

RESUMEN

El alcoholismo era un problema real en la ciudad de Medellín y en el departamento de Antioquia (Colombia) durante las tres primeras décadas del siglo XX; se lo enfocaba desde la perspectiva de un hábito que termina por dominar a quien lo asume; además, de acuerdo con los conocimientos médicos de ese período, era considerado como una enfermedad social, con connotaciones morales, físicas y sobre todo mentales. Las posibilidades médicas del momento eran escasas, el manicomio de la ciudad no contaba con las instalaciones adecuadas y las terapias disponibles para el alcoholismo eran limitadas; por lo tanto, se trataba de una enfermedad de pésimo pronóstico con pocas posibilidades de curación. Se presentan en este artículo los resultados de una investigación histórica sobre los primeros diagnósticos de psicosis alcohólica en el departamento de Antioquia, entre 1900 y 1930, incluyendo los diferentes enfoques clínicos y los recursos disponibles para su tratamiento. Se pretendió en el estudio evaluar los conocimientos médicos de la época sobre este asunto así como los primeros pasos del centro psiquiátrico más importante de la región.

PALABRAS CLAVE

Aislamiento de Pacientes; Alcoholismo; Herencia; Historia de la Medicina; Hospitalización; Trastornos Psicóticos Afectivos

SUMMARY

Alcoholic psychosis at Mental Hospital, Antioquia, Colombia, 1900-1930

Alcoholism was a real problem in Medellín (Colombia) during the first three decades of the XX century. It was focused as a habit that finally dominated people who assumed it. According to the medical knowledge at that time, alcoholism was a social disease with moral, physical, and mental connotations. Therapeutic options for alcoholic patients were limited, and the only mental institution in the city lacked adequate facilities. Consequently, the probability of cure was low, and the prognosis, poor. This article presents the results of a historic investigation about the early diagnosis of alcoholic psychosis in the department of Antioquia (Colombia) between 1900 and 1930. The different clinical

¹ Médico intensivista, Hospital Universitario San Vicente de Paul, Medellín, Colombia

² Médica intensivista, Fundación Antioqueña de Infectología

Correspondencia: Diego José Duque; djd@une.net.co

Recibido: julio 19 de 2010

Aceptado: agosto 30 de 2010

approaches to alcoholism and the resources available for treatment are included. We aimed at evaluating the medical knowledge on alcoholism at the beginning of the XX century, and to describe the early steps of the main regional psychiatric center.

KEY WORDS

Affective Disorders; Psychotic; Alcoholism; Heredity; History of Medicine; Hospitalization; Patient Isolation

El presente fue un estudio histórico sobre el diagnóstico, la percepción etiológica, los aspectos terapéuticos y el pronóstico de los pacientes con el diagnóstico de alguna entidad relacionada con la utilización de alcohol, en las primeras tres décadas del siglo XX, en el Manicomio Departamental de Antioquia. Se utilizaron como fuentes primarias las historias clínicas de ese período, revisadas en el Archivo Histórico del Hospital Mental, en la Universidad Nacional de Colombia, sede Medellín.

Medellín se había consolidado como un centro comercial y político de la región en el Siglo XIX. A medida que Colombia se insertaba en la economía mundial con el café, Medellín se convertía en el centro de la trilla del grano y de su venta al exterior, lo cual crearía un ánimo diversificador, comercial y empresarial en los antioqueños.

A pesar del aislamiento geográfico en que se encontraba esta ciudad en el siglo XIX, del desarrollo lento de los medios de transporte y de la difícil topografía, la ciudad prácticamente duplicó su población entre 1905 y 1928, pasando de 54.093 a 120.044 habitantes.¹ A pesar de tener una imagen de sociedad igualitaria, Medellín no escapó a los cambios propios de los centros urbanos que dejan de ser villas: hacinamiento, pobreza, enfermedad, alta tasa de mortalidad y marginación. En las primeras dos décadas del siglo XX las condiciones eran difíciles para sus pobladores de clase media y para los campesinos inmigrantes, con tasas altas de mortalidad infantil y de enfermedades transmisibles (viruela, sarampión, tosferina, gripe).¹ En esta ciudad, durante las primeras tres décadas del siglo XX, los índices de mortalidad se mantuvieron cerca de 25 por 1.000 habitantes. La tasa de mortalidad infantil era de 250 niños por cada 1.000 nacimientos, lo que representaba el 60% de la mortalidad total.¹ Eran dignas de notar las malas condiciones higiénicas de la ciudad en aquella época: la

contaminación del acueducto con *cocobacilos*, la falta de alcantarillado, la convivencia con animales domésticos y la ausencia de control de basuras; estos fueron, entre otros, los problemas con los que se encontraron las primeras generaciones de galenos académicos.¹ En dicho período, aún se tenía la idea en la región de que los problemas de salud se debían a las emanaciones y los miasmas y apenas estaba surgiendo la perspectiva *pasteuriana* de los agentes causales. La higiene y el saneamiento se convirtieron en una prioridad de la actividad pública e incluso de la producción científica en la ciudad.¹

La clasificación nosológica utilizada en Antioquia en aquella época tuvo varios cambios: entre 1893 y 1910 se clasificaban las enfermedades por causas y por efectos mezclados con síntomas (ictericia catarral, cólico de plomo); entre 1910 y 1914, se tomaban el lugar y el clima como factores determinantes; el médico Marco López, quien laboraba en la empresa del Ferrocarril de Antioquia, escribió:

"Es sobre todo la acción que ejerce el clima sobre el organismo humano, que lo deprime y lo debilita, la que pone este agente microbiano en estado de acrecer y de manifestar sus propiedades patogénicas".²

Entre 1915 y 1929 se utilizó la clasificación de Bertillon que agrupaba por sistemas afectados.² Dicha clasificación, propuesta en 1893, aprobada en 1909 y modificada en 1920, incluía 15 grupos específicos de entidades, que congregaban 206 enfermedades o causas de muerte. Posteriormente se la modificó, en 1929, para incluir 18 grupos y 200 enfermedades específicas.²

El alcohol estaba extendido a principios del siglo XX en la ciudad; había un discurso moral que lo proponía como causante de la sífilis, la tuberculosis y la criminalidad. Para la década de los años veinte, se hizo común el alcoholismo en los obreros; Medellín tenía 800 cantinas; para algunos era un escape al control sobre el tiempo libre que querían imponer los patronos y la iglesia; además, era una salida a la realidad llena de privaciones, que se evidenciaba al llegar el obrero a su hogar.¹ En 1913 la ciudad tenía tasas anuales de consumo de alcohol muy superiores al promedio de otros municipios antioqueños; así, mientras el promedio de consumo en Medellín era de 2,35 litros de aguardiente por persona,

en Andes era de 0,58; en Sonsón, 0,60; en El Carmen, 0,40; en El Peñol, 0,40 y en San Carlos, 0,38.¹ Según Guillermo Garcés, en 1910 había en Antioquia una cantina por cada 148 habitantes.³ En esa época ya se considerado el alcohol como un problema social, o como diría Rafael Uribe Uribe, un “cáncer social”. Uribe publicó lo siguiente en la Revista Labores, hablando de la costumbre social de beber:

*“Le nace un hijo, bebe; se le muere, bebe; cumple años, bebe; se casa, bebe; envu- da, bebe; ganó, bebe; perdió, bebe; se en- cuentra con un amigo, bebe... está triste, bebe, es para ahogar su pena; en ayunas, bebe, es para matar el gusano, antes del almuerzo, bebe, es para abrir el apetito; después, bebe, es para ayudar la diges- tión... si se va, bebe, es el del estribo... con frío, bebe es para entrar en calor... con miedo, bebe: es para animarse... si es po- bre, ¿porque qué otra cosa puede hacer?, si es rico, para eso trabaja y tiene con que... Nada se sabe hacer con cabeza fría; el alcohol le es compañero inseparable; vive para beber, creyendo beber para vi- vir e ignorando que con ello se mata”.*¹

En 1897 el director del Manicomio, doctor Juan Bautista Londoño, mostró cómo de 97 enajenados que trataba la institución, 18 debían su enfermedad directamente al alcohol. Siendo ya ex director, dijo en 1929 que el alcohol es “una triste dolencia social”, explicando, además, que recluir al alcohólico en la cárcel, solo aumentaba su degradación moral.¹

En 1899 el doctor Tomás Quevedo presentó su tesis “Del alcoholismo” en la que afirmaba: “Para el higienista moderno, el borracho es un individuo enfermo como cualquier otro”.¹

A principios del siglo XX, el alcohol representaba un problema moral asociado al vicio y la degeneración del alma. Se propendía por implementar controles consistentes en aumentar los costos de la importación, cárcel para los ebrios, limitar las licencias para las cantinas y prohibir el ingreso de menores a las mismas.

En 1919 Guillermo Garcés afirmaba que la pasión por el alcohol, que llevaba al obrero a la cantina, se daba por la falta de comodidades y de sociabilidad; además, como causas secundarias se podrían mencionar el gran número de cantinas, los bajos precios del aguardiente, la

ignorancia de los efectos del alcohol, la atracción natural al alcoholismo en los heredo-alcohólicos, la predisposición en algunas profesiones y la mala calidad de las bebidas alcohólicas consumidas en Antioquia.³

En Bogotá, Miguel Jiménez López planteaba que el auge de la enfermedad mental en Colombia se debía a la herencia y al cruce entre aborígenes deficientes y españoles anormales. Además, la mala educación y el alcoholismo también eran factores para tener en cuenta. Jiménez desató una polémica en 1918, durante el III Congreso Médico Nacional, al presentar el trabajo “Nuestras razas decaen”, en donde planteó que había signos fisiológicos y patológicos de la evidente degeneración física y psíquica colectiva en Colombia; según él, las causas principales eran, entre otras, factores atmosféricos, alimentación, carencia de higiene, alcoholismo, tuberculosis y sífilis.

En Antioquia, los doctores Emilio Robledo y Alfonso Castro plantearon sus respectivas apreciaciones, que contrastaban con la del doctor Jiménez López; el primero, en su estudio “¿Existe una degeneración colectiva en Colombia?”, decía que “aunque las enfermedades mentales son, evidentemente, signos de degeneración, la frecuencia en Antioquia no es lo suficientemente alta como para afirmar que haya una degeneración de la raza”. Por su parte Castro, Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, en su estudio, “Supuesta degeneración colombiana”, afirmaba que esta no existía; las anormalidades morales se debían mirar más como de orden extrínseco.

Esta polémica fue planteada en Europa en 1857 inicialmente por Benedict Augustin Morel, quien afirmaba que la degeneración puede proceder de los siguientes factores:

- 1) Intoxicaciones (malaria, alcohol, opio, suelo generador de cretinismo, epidemias, intoxicaciones alimentarias).
- 2) Medio social.
- 3) Temperamento morboso.
- 4) Enfermedad moral.
- 5) Lesiones congénitas o adquiridas.
- 6) Herencia.

La degeneración también está sujeta a la ley de la progresividad, según la cual la primera generación de una familia degenerada puede presentarse como nerviosa, la segunda tiende a ser neurótica y la tercera, psicótica; la cuarta es oligofrénica y finalmente se extingue. La marcha por tanto es inexorable hacia la decadencia.⁴

EL MANICOMIO DEPARTAMENTAL

En 1878 se fundó en Medellín un hospital para locos. Lo promovieron los doctores Tomás Quevedo y Wenceslao Barrientos, con la colaboración de doña María Jesús Upegui; se recluyó en él inicialmente a 100 dementes. En 1892 se construyó en la zona de Bermejil el Manicomio Departamental, que rápidamente fue insuficiente y poco práctico. Ya en 1906 sus instalaciones se calificaban como completamente inapropiadas. Las causas de muerte más frecuentes entre los internos del Manicomio eran la caquexia demencial y la diarrea, ambas asociadas con los estados nutricionales. Además, las precarias condiciones de vida de los alienados en dicho período hacen pensar que el objetivo primordial era su reclusión y no la intención de curarlos.¹

En Antioquia, por ordenanza 25 de 1914, se reorganizó el Manicomio y se obligó a regentar la Cátedra de Medicina mental y nerviosa. El doctor Juan Bautista Londoño inauguró la enseñanza en el Manicomio el 12 de septiembre de 1914;⁴ él mismo estuvo al frente de la institución desde 1914 hasta 1917; inició la elaboración de historias clínicas y de estadísticas, creó un servicio de laborterapia e hidroterapia y propugnó la necesidad de crear una granja agrícola.⁴

Jorge Tobón Castilla fue el director entre 1917 y 1920 cuando falleció. Lo reemplazó el doctor Lázaro Uribe Cálad, quien empezó a regentar la cátedra Clínica de Enfermedades mentales en 1923 y fue director hasta 1946; introdujo innovaciones terapéuticas en la institución.⁴

EFFECTOS FÍSICOS DEL ALCOHOL

Según Emil Bogel, en 1932, el contacto crónico de los diferentes órganos con el alcohol causa una serie de fenómenos irritativos y degenerativos, que consisten principalmente en infiltración grasa, degeneración celular y reemplazo por tejido conectivo.³ De acuerdo con Meyer, en el mismo año de 1932, los efectos del alcohol son principalmente una reducción de los procesos de inhibición en el sistema nervioso central, que da inicio a una serie de cambios corporales que se pueden volver crónicos. Se podría clasificar a los consumidores de alcohol entre tolerantes e intolerantes, de acuerdo con los efectos adversos que se presenten en ellos.⁶

Para Garcés,³ en 1919, hay una clara asociación entre el alcohol y la tuberculosis, así como con la mortalidad

infantil; los hijos de los alcohólicos sufren una degeneración profunda, tiene un cerebro sin voluntad y sufren de cualquier neurosis. También son frecuentes en ellos las taras nerviosas. La herencia es muy importante porque los centros cerebrales de los hijos de los pacientes alcohólicos se desarrollan de una manera imperfecta, de allí los epilépticos idiotas, paralíticos, imbéciles y criminales.³

EL ALCOHOL COMO PROBLEMA MORAL

Para Bogel,⁵ el alcohol produce un deterioro moral permanente por medio de la impresión psíquica repetida y la evidente formación de hábito. Meyer⁶ piensa que los efectos patológicos del alcohol se deben en parte a su acción química y tóxica, pero también a cambios en la personalidad y en el ajuste de grupo. El consumo de alcohol es un factor necesario para que se presente el alcoholismo, pero también son importantes el factor constitucional, la susceptibilidad a ciertas reacciones emocionales y cambios vegetativos y motores. En definitiva, el alcoholismo, como realidad patológica y como transformador de las costumbres urbanas, tiene una connotación moral que se valida en la degeneración de la raza y en la miseria económica de quienes la padecen.

Desde fines del siglo XIX se dio un discurso religioso que buscaba la transformación de los hábitos y consideraba la embriaguez como un alejamiento de Dios. A comienzos del siglo XX, la iglesia de Medellín, en cabeza del arzobispo Joaquín Pardo Vergara, lideró un movimiento en contra del alcoholismo, presentándolo como causa de enfermedades y delitos.⁷

ALCOHOL Y ENFERMEDAD MENTAL

El consumo de alcohol produce, según Meyer,⁶ errores en la selección, incluso desde la observación; asimismo, dificultades en la retención de memoria, la asociación, el cálculo y la destreza. Además se dificultan las decisiones y es difícil detener su consumo. Para él, los cambios producidos por el alcohol son de tipo gradual; se presentan inicialmente irritabilidad e irresponsabilidad y posteriormente empiezan a aparecer ilusiones y alucinaciones para, finalmente, entrar en el campo psicopático.⁶ En el momento de determinar si estamos ante una enfermedad mental, Meyer⁶ dice:

“El uso del alcohol empieza a ser un factor social o personal de incuestionable importancia en patología, cuando la intoxicación o sus consecuencias constituyen muestra de inadecuada autodeterminación”

En aquella época la enfermedad mental asociada a alcohol se podía clasificar en las siguientes categorías: 1) *delirio*, caracterizado por desorientación, alucinaciones visuales y táctiles, sensación de miedo y horror y síntomas nerviosos como temblor o ataxia, en cuyo caso se designaba como *delirium tremens*. 2) *Alucinaciones alcohólicas* que eran otro tipo de delirio pero sin desorientación, las cuales podían llevar a comportamientos de escape. 3) Las *psicosis de Korsakow*, que empezaban por delirios, pero se caracterizaban principalmente por polineuropatías, con dolor periférico y parálisis; desde el punto de vista del sistema nervioso central, se presentan pérdida de memoria con claridad de conciencia, pero con gran desorientación y tendencia a confabular.⁶

Guillermo Garcés,⁵ en 1919 en su tesis de grado “*Contribución al estudio del alcoholismo en Antioquia*”, decía:

“El oído y la vista son pervertidos; ciertos enfermos sufren alucinaciones, convulsiones epileptiformes, accesos de manía aguda y de lipemania; algunos presentan perturbaciones cerebrales que simulan la parálisis general alcohólica. Hoy se ha dissociado esta entidad en dos categorías: primera el alcoholismo (en los individuos predispuestos) conduce a la parálisis general verdadera; segunda, el alcoholismo produce la demencia en toda su sintomatología.”

También anota que en las perturbaciones nerviosas pueden ocurrir ensueño prolongado de Lassegue o delirio alcohólico subagudo, en el cual se presentan visiones y amenazas terroríficas, insomnio y agitación; parálisis musculares, que pueden llegar hasta los músculos respiratorios o polioencefalitis aguda, la cual también podría ocurrir por la intoxicación alcohólica crónica, y parálisis de los músculos de los ojos que lleva al estrabismo;³ termina estableciendo claramente: “*nadie ignora que existe un paralelismo entre el consumo de alcohol y el número de locos*”⁵

Para este profesional las manifestaciones mentales del alcoholismo pueden ser variadas, así: se podría encontrar

delirio de persecución o de celos, luego entrar en la degeneración alcohólica y, finalmente, presentarse delirios difusos y polimorfos. Incluso, los dipsómanos hacían parte de los degenerados hereditarios, que sentían el deseo irreprimito de beber, pero estaban exentos de las manifestaciones mentales.³

ESTADÍSTICAS DEL MANICOMIO DEPARTAMENTAL

Entre 1914 y 1915 se asilaron en el Manicomio Departamental 407 alienados, de los cuales 52 (12,8%) presentaban alguna psicosis o causa alcohólica; su distribución fue como sigue: alcohólicos 26 (50,0%); alcohol, dipsomanía 1 (1,9%); degeneración heredo-alcohólica 16 (30,8%); sífilis y alcoholismo combinados 9 (17,3%).

En 1915 ingresaron 228 alienados, de los cuales 51 (22,4%) presentaban alguna psicosis o causa alcohólica; su distribución fue la siguiente: alcoholismo 7 (13,7%); alcohol 3 (5,9%); dipsomanía 2 (3,9%); degeneración por alcohol 2 (3,9%); familia neuropática por alcohol 27 (52,9%); herencia del alcoholismo 10 (19,6%).

En 1916 ingresaron 204 enajenados, de los cuales 29 (19,1%) presentaban alguna psicosis o causa alcohólica; se distribuyeron así: alcoholismo 3 (10,3%); alcoholismo en los ascendientes 4 (13,8%); familia neuropática y alcohólica 14 (48,3%); delirio alucinatorio y alcohólico 6 (20,7%); demencia alcohólica 2 (6,9%).

En 1917 ingresaron 160 enajenados, de los cuales 33 (20,6%) provenían de familias neuropáticas alcohólicas.³ Entre los pacientes internados en el Hospital Mental de Medellín en el período 1920- 1932 hubo 22 con algún diagnóstico neuropatogénico asociado al alcohol; sin embargo, la clasificación nosológica muestra una variedad inusual, pues en este pequeño grupo de pacientes se hallan diez diagnósticos diferentes, así: locura alcohólica, psicosis alcohólica, manía alcohólica, herencia alcohólica, degeneración alcohólica, alucinación alcohólica, excitación maníaca, psicosis por alcohol, manía degenerativa alcohólica, psicosis tóxica alcohólica. Esta diversidad diagnóstica se hace más llamativa si se tiene en cuenta que el doctor Lázaro Uribe Cálad atendió a 19 de estos pacientes. Los sitios de origen de los mismos fueron diferentes municipios del departamento de Antioquia; solo cuatro provinieron de Medellín. Es importante anotar que la totalidad de los pacientes atendidos por alguna psicosis alcohólica fueron hombres, sin predominio de solteros sobre casados. En cuanto a la

edad, los pacientes estaban entre 18 y 70 años y no hubo predominio de ningún grupo. Por lo que respecta a la raza, hubo 10 pacientes blancos, siete mestizos, dos negros y un indígena. En los otros dos no quedó consignado en la historia el dato de la raza.

Era costumbre que los médicos tratantes hicieran, desde el ingreso, una calificación del pronóstico. En 16 pacientes tal calificación fue como sigue: 6 (37,5%): incurables; 8 (50%): pronóstico reservado; 2 (12,5%): pronóstico bueno o favorable. Esta información permite ver lo poco que se les podía ofrecer a estos individuos desde el punto de vista médico. Se pudo definir el estado al salir de 14 pacientes: 8 (57,1%) habían muerto, generalmente por causas orgánicas; solo un paciente (7,1%) fue informado como mejor en el momento del egreso; a los cinco restantes (35,7%) los retiró la familia al no encontrar mejoría a sus dolencias.

Las evaluaciones médicas y sus reportes en las historias clínicas no dejan duda acerca de las dificultades que tenían los médicos alienistas para precisar los diagnósticos, ni de lo poco que podían ofrecer. En 1914, el doctor Lázaro Uribe evalúa a J. A. E., un paciente de 45 años:

*“Desde hace varios años estaba en plena demencia e inválido, de manera que su vida monótona, inepta y sin verdadero interés clínico, puede resumirse en una frase: demencia senil total”.*⁸ Le hace el diagnóstico de locura alcohólica y pronostica que es de naturaleza incurable.

En 1917, el mismo galeno trata al paciente P. S., en quien encuentra: *“Impulsiones periódicas y pasajeras. Al principio verdaderos accesos de excitación maniaca, más tarde se presenta gran depresión”.* Se hace diagnóstico de psicosis digestivo-alcohólica.⁹

En 1920 el doctor B. Ferrer trata al paciente J. B., quien presenta una psicosis alcohólica aguda con impulsos exhibicionistas, dice al respecto:

*“Por abusos de alcohol se manifiestan sus perturbaciones mentales con perversiones sexuales que imponen su internamiento”.*¹⁰

La paciente D. T. recibió tratamiento en el manicomio desde 1920 hasta 1935; presentaba una psicosis alcohólica; el doctor Lázaro Uribe escribió al respecto:

“Manía periódica, durante la crisis maniaca que fue larga, dominaba en el cuadro sintomático la actividad psicomotriz, la fuga

*de ideas y las ideas de persecución. Como dato curioso es digno de anotarse en esta enferma, que a pesar de su excitación permanente con ideas de persecución, no se le oyó una sola frase descompuesta, pues su lenguaje fue siempre correcto y comedido (...) delirio casi permanente; a veces alegre a veces furiosa, a veces triste y melancólica. Como la enajenada tiene momentos de excitación y atenta contra la seguridad de los que la rodean se hace necesario aislarla”.*¹¹

Entre 1922 y 1936 recibe tratamiento el paciente S. R., de quien afirma el doctor Marcos Duque:

*“Tiene estigmas de degeneración física, ideas delirantes, episodios de excitación precoz de causa febril (...) delirio calmado interrumpido por accesos de ira que obligan a que lo sujeten fuertemente. Empezaron a manifestarse hace alrededor de 20 días a consecuencia de una borrachera de tres días”.*¹²

En 1924, el doctor Uribe Cálad trató a G. V. y dejó registrado en la historia clínica lo siguiente:

*“[...]presenta ideas de persecución, sitiofobia, insomnio, excitación, agresividad a consecuencia de excesos étlicos por pérdida de la fortuna, se presentó en estado de excitación delirante con ideas de persecución y agresividad con tendencias a matar a la mujer”.*¹³

En 1930, el mismo doctor Uribe Cálad trató a D. N. y encontró una psicosis alcohólica con un período de incubación de 35 años:

*“Ha sido dipsómano, ha bebido en grandes cantidades desde hace 35 años. Hace 6 meses han empezado a notarle que perdía el juicio, quería desinfectar todo prendiéndole fuego, sustraía de su casa objetos para venderlos y comprar alcohol. Hace tres meses tiene manía destructiva, actualmente delirios megalomaniacos, dice que es heredero del nombre del general José Manuel Nieto”.*¹⁴

Ante la poca mejoría de sus pacientes, incluso era mejor en ocasiones el manejo por parte de la familia; así, el doctor Lázaro Uribe registró en 1932 en la historia clínica

de M. L., paciente con psicosis alcohólica, con una evolución clínica tórpida:

“En vista de que su estado general es muy precario, se insinúa a la esposa la conveniencia de retirarlo del asilo, por cuanto su estado psíquico no era un obstáculo para tenerlo en su hogar y por cuanto físicamente se encuentra en un estado lamentable, conceptuando que los cuidados de la familia podrían tal vez procurarle la mejoría que en el asilo no había podido conseguirse a pesar de los esfuerzos hechos en este sentido.”¹⁵

TRATAMIENTOS

En el tratamiento del alcoholismo Meyer⁶ proponía emplear la sugestión; además, distinguía aquellos elementos que hacen del alcohol un sujeto de atención pública, a saber: el llamado de la comunidad a la conducta del alcohólico y la necesidad personal de ayuda; la policía que funcionaba ampliamente como regulador social y el médico y el hospital que respondían a la necesidad personal. En 1932 Bogel⁵ proponía para el tratamiento del delirium tremens la administración de pequeñas dosis de alcohol si se trataba de un estado prodrómico; también consideraba útiles los sedantes administrados con cuidado y la punción lumbar con extracción de líquido cefalorraquídeo. Según Catalina Reyes:¹

“El aislamiento fue la base de la mayor parte de los tratamientos aplicados en el manicomio. Los locos peligrosos permanecían en jaulas y esposados. Los baños fríos con regadera, los baños tibios, las inyecciones de trementina, el bromuro, el láudano, aparecen mencionados en los tratamientos de los primeros años. Después del 20, se generalizaron los electrochoques y drogas como el largactil y fenobarbital.”

Según Roselli,⁴ la malarioterapia, que se aplicaba para las psicosis en general, fue introducida en Colombia en 1925 por Maximiliano Rueda en la ciudad de Bogotá; había sido ideada por Lepine en 1913 y perfeccionada por Von Jauregg, por lo que le concedieron un Premio Nobel en 1927. Este mismo autor informa que las terapias en el Manicomio de Medellín entre 1920 y 1937 se reducían a la utilización de arsénico, bismuto, mercurio, malarioterapia, piretoterapia, hipnóticos y sedantes;

además, del aislamiento y la contención, con jaulas, grillos, esposas y sacos de fuerza.⁴

CONCLUSIÓN

Se puede afirmar la realidad del problema del alcoholismo en la ciudad de Medellín y en el departamento de Antioquia en las primeras tres décadas del siglo XX; se enfocaba dicho problema desde la perspectiva de un hábito que termina dominando a quien lo asume; además, de acuerdo con los conocimientos médicos de ese período, se lo consideraba como una enfermedad social, que tenía connotaciones morales, físicas y, sobre todo, mentales. Las posibilidades médicas del momento eran escasas, el Manicomio de la ciudad no contaba con las mejores instalaciones físicas y las terapias disponibles eran limitadas; por lo tanto, se presentaba como una enfermedad de pésimo pronóstico con poca probabilidad de curación. Los cuadros clínicos eran variados y en ocasiones poco coherentes; el contacto en algún momento con el alcohol, sin importar las características de tiempo y cantidad, parecía determinar el diagnóstico; el internamiento era la piedra angular del tratamiento propuesto y tenía mayor importancia para los efectos sociales que para los individuales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Reyes C. Aspectos de la vida social y cotidiana de Medellín, 1890-1930. Medellín: Tercer Mundo Editores; 1996.
2. Restrepo L. La Práctica Médica en el Ferrocarril de Antioquia, 1875-1930. Medellín: La Carreta Editores; 2004.
3. Garcés G. Contribución al estudio del alcoholismo en Antioquia. Tesis de grado. Medellín: Litografía e Imprenta JL Arango; 1919.
4. Roselli H. Historia de la Psiquiatría en Colombia. Bogotá: Editorial Horizontes; 1968.
5. Bogel E. The Human Toxicology of Alcohol. En: Emerson H. Alcohol and Man, the effect of alcohol on man in health disease. New York: McMillan; 1932.
6. Meyer A. Alcohol as a psychiatric problem. En: Emerson H. Alcohol and Man, the effect of alcohol on man in health disease. New York: McMillan; 1932.

7. Congote J. Enfermedades sociales en los obreros de Medellín, 1900-1930. Tesis de grado inédita para optar al título de historiador en la Universidad de Antioquia, 2007.
8. Archivo Histórico del Hospital Mental de Antioquia (HOMO). Historia clínica n.º 69 (1914).
9. Archivo Histórico del Hospital Mental de Antioquia (HOMO). Historia clínica n.º 207. (1917).
10. Archivo Histórico del Hospital Mental de Antioquia (HOMO). Historia clínica n.º 240. (1920).
11. Archivo Histórico del Hospital Mental de Antioquia (HOMO). Historia clínica n.º 353 (1920-1935).
12. Archivo Histórico del Hospital Mental de Antioquia (HOMO). Historia clínica n.º 598. (1922-1936).
13. Archivo Histórico del Hospital Mental de Antioquia (HOMO). Historia clínica n.º 947. (1924).
14. Archivo Histórico del Hospital Mental de Antioquia (HOMO). Historia clínica n.º 2053 (1930).
15. Archivo Histórico del Hospital Mental de Antioquia (HOMO). Historia clínica n.º 2153. (1930-1932).

