

Desórdenes psiquiátricos de los inmigrantes chinos del siglo XIX. Primera parte: Inmigrantes chinos en el Manicomio del Cercado de Lima entre 1879 y 1902

Psychiatric disorders in Chinese immigrants during the 19th century.
First part: Chinese immigrants in Lima Cercado mental hospital 1879-1902

José Luis Li Ning Anticona¹

¹ Profesor Asociado del Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.

Resumen

Para determinar un perfil estadístico hospitalario de los desórdenes psiquiátricos de los inmigrantes chinos ('culíes') que llegaron al Perú en el siglo XIX (entre 1849 y 1874), después de la abolición de la esclavitud, se realizó un estudio retrospectivo en los archivos del Manicomio del Cercado de Lima conservados en el Hospital Víctor Larco Herrera. Se halló que, entre 1879 y 1902, estuvieron hospitalizados 58 culíes, todos varones, predominantemente solteros y mayores de 40 años. El 57% de los diagnósticos corresponde a 'psicosis tóxica' asociada, fundamentalmente, a opio, 47%, y el 10% restante a consumo de alcohol y coca. Los otros diagnósticos podrían ser equivalentes a esquizofrenia o demencia y trastornos bipolares; más escasos, paranoia y psicosis epiléptica. Solo un paciente (1,7%) tuvo el diagnóstico de 'psicosis tóxica' asociada a sífilis ('parálisis general progresiva' (PGP), la forma psiquiátrica de la neurosífilis, cuya frecuencia era hasta diez veces más en otros países.

Palabras clave. Culíes Chinos en Perú; Desórdenes Psiquiátricos; Parálisis General Progresiva; Neurosífilis.

Abstract

A retrospective study was made in order to determine a psychiatric statistical profile of the hospitalized Chinese immigrants ('coolies') who came to Peru in the XIX century as indentured labourers after the abolition of slavery. In the archives of the Manicomio del Cercado in Lima, guarded in the Hospital Víctor Larco Herrera; 58 hospitalized coolies were registered between 1859 and 1917, all of them male, mainly single and elder than 40 years old. The most frequent diagnosis (57%) was 'toxic psychosis', 47% associated to opium and 10% to alcohol and coca leaves consume. The rest of the diagnosis could be equivalent to schizophrenia or dementia and bipolar disorders and fewer to paranoia and epileptic psychosis. Only one patient (1.7%) was diagnosed as 'toxic psychosis' associated to syphilis: general paresis of the insane, the psychiatric form of neurosyphilis, whose frequency was even ten times more in other countries.

Keywords. Chinese Coolies in Peru; Psychiatric Disorders; General Paresis of the Insane.

An Fac med. 2016;77(3):269-75 / <http://dx.doi.org/10.15381/anales.v77i3.12416>

INTRODUCCIÓN

Entre 1849 y 1874 llegaron al Perú cerca de 100 000 trabajadores chinos, denominados 'culíes', fundamentalmente para el trabajo en los grandes latifundios de la costa y en las islas guaneras. Había carencia de mano de obra como consecuencia de la abolición gradual de la esclavitud de los africanos, iniciada por don José de San Martín y consolidada en 1854 por Ramón Castilla. Los

chinos fueron traídos 'casi forzosamente' ⁽¹⁾, bajo la modalidad de contrato por ocho años, 'para que trabajasen en los cultivos de caña y algodón en condiciones todavía más penosas que los esclavos negros' ⁽²⁾. Pablo Macera cita las cifras oficiales anuales de desembarco en el Callao: 87 952 chinos ⁽²⁾ (según otras fuentes, fueron 92 130 ⁽³⁾) y las coteja con el desarrollo económico del país: demuestra la estrecha relación entre la migración china y la expansión

agrícola exportadora y los programas de obras públicas ⁽²⁾. La necesidad alarmante de peones en los fundos costeros fue agravada por no contar con la mano de obra proveniente de la sierra, por razones epidemiológicas y sociales:

... de un lado, hubo barreras sanitarias, como la fiebre amarilla y el paludismo, que se cebaban en los inmigrantes serranos cuando bajaban al litoral; de otro, la ausencia de una presión demo-

gráfica sobre la tierra que empujara a los campesinos de la sierra a la emigración (p.140) ⁽³⁾.

Existen evidencias de que la malaria fue traída por los europeos desde el África, a través de la trata de esclavos ⁽⁴⁾. Esto explica la susceptibilidad de los andinos; mientras que los africanos y los asiáticos por proceder de zonas palúdicas, habrían desarrollado cierto grado de resiliencia, como la anemia falciforme.

Otra prueba de que esa inmigración fue económicamente beneficiosa para el país es el hecho de que, después de su supresión en 1874, entre 1899 y 1923 se favoreció una segunda ola de inmigración proveniente del lejano Oriente, esta vez de ciudadanos japoneses ⁽⁵⁾. Todo esto, a pesar de que la presencia de asiáticos en el país fue objeto de polémicas entre ‘chinescos’ y ‘europeizantes’ ⁽³⁾, con pronunciamientos muy desfavorables en todos los estratos sociales de la época, incluso de intelectuales de la talla de José Carlos Mariátegui. Los comentarios lamentaban no haber podido estimular la inmigración de europeos, pues los negros y los asiáticos eran considerados de ‘razas decadentes’ ⁽⁶⁾. Los europeos no aceptaron inmigrar porque las condiciones de trabajo ofrecidas -de asalariados- les impedía acceder a la propiedad de la tierra; y los terratenientes peruanos preferían la mano de obra barata de los chinos con el argumento de que ‘lo que necesitaban eran ‘brazos’ y no virtuosos ciudadanos’ ⁽³⁾. Predominó el criterio económico basado en la antigua relación patrón-esclavo y se descartó, así, el ingreso de la preferida población blanca. Se recibió a los chinos con la ambivalente resignación de tener que aceptar un mal necesario mas no deseado: los culíes se enfrentaron a la discriminación racial aún antes de llegar.

Esta opinión en contra de los chinos se dio y se mantiene, según opina Pablo Macera ⁽²⁾, por los antecedentes de desiguales relaciones interétnicas:

Durante muchos años [...] cualquier análisis del problema de los colonos chinos

despertaba de inmediato ese racismo oculto que habita en todo ‘buen peruano’ (sea blanco, indio, negro, mestizo) como subproducto de su experiencia colonial. Cada una de las minorías étnicas peruanas, comenzando por la minoría étnica dominante (blancos), se halla tan insegura y tiene tal urgencia de mejorar su autoestima que busca a menudo un motivo para desprestigiar a los demás. Los chinos fueron durante mucho tiempo los chivos emisarios de este complejo de inferioridad generalizado en el Perú y sirvieron para consolar al negro de su esclavitud, al indio de su servidumbre y aliviar los sentimientos de culpa de los blancos (pp, 209-210).

Dentro de este contexto histórico, nos interesó conocer –hasta donde fuera posible– el perfil del estado de salud mental (un bosquejo de epidemiología psiquiátrica) de ese grupo étnico. La dilucidación de los procesos mórbidos mentales dependientes de esta movilización de poblaciones puede ayudarnos a comprender tanto los aspectos propiamente médicos, como los fundamentos del soterrado racismo subsistente en este país de ‘todas las sangres’ que – como subraya Cotler ⁽⁷⁾– sigue marcado por la colonial división de ‘república de españoles’ y ‘república de indios’.

METODOLOGÍA

Esta primera parte consta de una revisión de los archivos del Manicomio del Cercado –accesibles en el Museo del Hospital Víctor Larco Herrera– similar al recuento estadístico efectuado por Hermilio Valdizán ⁽⁸⁾ en las mismas fuentes documentales. Él se interesó en estudiar la ‘raza india’, siguiendo el espíritu racial de la época, y eso permitió compararlo con el perfil psicopatológico hospitalario de la ‘raza amarilla’, específicamente, de los chinos de primera generación.

La segunda parte es una indagación en la bibliografía escrita por los historiadores no médicos que abordaron aspectos sanitarios como las condiciones de vida y las enfermedades comunes

de los inmigrantes chinos. La información que recopilamos de los archivos de las antiguas haciendas ha sido útil para delimitar algunos cuadros clínicos compatibles con nuestra clasificación nosográfica actual.

ANTECEDENTES

El estudio de Hermilio Valdizán en la raza india

Hermilio Valdizán ⁽⁸⁾ hizo una aproximación epidemiológica hospitalaria basándose en los archivos del primer hospicio psiquiátrico llamado Hospicio de la Misericordia o Manicomio del Cercado, abierto en 1859 y clausurado en 1917. El propósito de su pesquisa fue apoyar con estadísticas hospitalarias su ensayo ‘La alienación de la raza india’ y así explicar la decadencia de la ‘admirable raza vigorosa’ que hizo florecer al Imperio incaico. Relata así sus resultados:

La investigación estadística que hemos llevado a cabo [...] demuestra, primeramente, la rareza de los representantes de la raza india en las cifras totales de ese establecimiento [...] Durante estos 58 años, los sujetos de raza india solo alcanzaron un total de 535, ocupando el tercer lugar en relación a la raza blanca, que ocupa el primero, al elemento mestizo, que ocupa el segundo, y a las razas negras y amarilla, que ocupan los lugares cuarto y quinto, respectivamente [...] 303 fueron varones y 232 mujeres.

Los mayores contingentes de alienados de raza india correspondieron a los departamentos de Lima (32%), Junín (14,31%), Arequipa (9,34%), Ancash (8,54%), Ica (5,36%), Puno (4,96%), La Libertad (4,37%), Ayacucho (3,97%), Piura (3,57%), Cuzco (2,98). La mayor frecuencia de la enfermedad mental correspondió a la edad comprendida entre los 16 y 20 años (18,8%) y entre los 21 y 25 años (18,2%). Correspondió, asimismo, a los solteros (74,27%), a los analfabetos (50,21%), a los católicos (100%).

De las formas de enfermedad mental fueron los más frecuentes las psicosis tóxicas, con 124 enfermos (23,17%); la psicosis maniaco-depresiva, con 114 enfermos (21,68%), la epilepsia, con 667 enfermos (12,85%); la idiocia, con 33 enfermos (6,33%). La demencia paralítica alcanzó una representación modestísima: cinco enfermos, o sea un 0,93%.

[...] salieron del hospicio 237 (44,29%); fallecieron, 202 (37,75%); se evadieron, 11 (2,05%); quedaban en el hospicio, al terminar el año 1917, 85 (15,88%) (pp.160-161).

Frente a estas cifras, que no apoyaban a su hipótesis, Valdizán⁽⁸⁾ dedicó varias páginas para explicar esta discordancia. Alude al poco entrenamiento de quien llenó las hojas clínicas para diferenciar los rasgos raciales entre blancos, mestizos e indios; la poca accesibilidad de los servicios de salud en las serranías del interior del país; las probables recaídas futuras de los jóvenes que encontró hospitalizados; y la tolerancia social: 'Quienes han visitado nuestra sierra han podido apreciar, seguramente, el número no pequeño de alienados que viven libremente, huérfanos de asistencia y de tutela' (p. 162).

La ausencia de porcentajes diagnósticos compatibles con esquizofrenia nos hace suponer que tal vez se encontraban entre las menos frecuentes o camufladas en las psicosis tóxicas por comorbilidad con dependencias.

Aunque Valdizán no precisa cifras totales ni parciales de los otros grupos étnicos que consideró, cabe recordar que sus hallazgos ubican a la raza india en tercer lugar, después de la blanca y mestiza, y la asiática en el último lugar, después de la negra. Los chinos, todos de primera generación, no tenían el problema de la confusión étnica de parte del examinador, por carecer de gradaciones mestizas. Según datos recogidos por Pablo Macera⁽²⁾, en el departamento de Lima en 1876 habían 24 298 chinos, el 10,8% de la población total, y en Ica, 4 920 chinos, el 8,1% de la población. En otros departamentos,

los porcentajes fueron mucho menores, con la excepción de La Libertad, que iguala a Lima.

Los hospitales psiquiátricos de Lima

En el siglo XVI se construyeron en Lima dos hospitales generales, uno para pacientes varones, San Andrés, y otro para mujeres, Santa Ana. Cada uno de estos nosocomios incluyó un ambiente para enfermos psiquiátricos ('loqueríos'). En 1859, a iniciativas de José Casimiro Ulloa, considerado el primer alienista peruano, se edificó el denominado Hospicio de la Misericordia o Manicomio del Cercado que reunió a la población de estos 'loqueríos' y funcionó hasta 1917. Sus pacientes fueron trasladados, en 1918, al Asilo Colonia de La Magdalena, que pasó a ser el Asilo Hospital Víctor Larco Herrera en 1920, dirigido, a partir de 1921, por Hermilio Valdizán^(9,10).

RESULTADOS

Los archivos del Museo del Hospital Víctor Larco Herrera

En el Museo del Hospital Víctor Larco Herrera se tuvo acceso a solo tres libros de las 'partidas del Manicomio del Cercado' (Hospicio de la Misericordia u Hospicio de Insanos), transcritas por orden del 'Inspector del establecimiento' don Víctor Larco Herrera, conforme se consigna en la carátula de los libros, con la precisión de todo el período de la existencia del Hospicio: 1859-1917 (foto 1). La clara y bella caligrafía de los tres libros atestigua que obedecen a una misma mano transcritora (foto 2). Dos libros registran a los pacientes varones y están numerados '1' y '3'. El otro, con el numeral '2' registra a las mujeres. Cada libro contiene en sus primeras páginas, un índice alfabético y luego 500 páginas numeradas, que corresponden a una historia clínica estructurada en cada página. La transcripción (o los originales) han dado prioridad a los datos de filiación y al diagnóstico con la fecha de alta; los datos propiamente clínicos son escasos o nulos. El libro Número 1

contiene solo 287 pacientes, al parecer, porque los espacios del índice alfabético se llenaron en una de las letras iniciales y se pasó al otro libro. Los otros dos libros tienen completas las 500 historias clínicas. La primera foja, con las dos primeras historias clínicas, del libro N° 3 ha sido desglosada, una de ellas parece corresponder a un chino, a juzgar por el nombre correspondiente en el índice: 'Achin' (los nombres chinos registrados suelen empezar con el prefijo 'a', señal de cortesía o familiaridad en chino). Es decir, el total de varones (incluyendo al faltante) es de 787 y, de mujeres, 500. A pesar de que la etiqueta frontal de cada libro informa el registro desde 1859 hasta 1917 (58 años), aquellos a los que hemos accedido empiezan: el 'N° 1', en enero de 1879 y termina en 1902, abarca un período de 23 años; el 'N° 3', se inicia en 1903 y culmina en 1911-1912, comprende 9 años; los dos libros cubren un lapso de 33 años. La última página corresponde a 1911; pero, antes, se registra pacientes con fecha de ingreso en 1912. Atribuimos a fallas de transcripción estas y otras contradicciones, como una fecha de alta posterior a la del ingreso. Estos libros deben ser parte de un grupo mayor, pues Valdizán afirma haber examinado todos los documentos de los 58 años de existencia del Hospicio.

En el libro N° 1 se encuentran 34 pacientes chinos de los 287 (12%). En el libro N° 3, 24 de los 500 inscritos (4,8%). Pablo Macera cita que en 1876, en el departamento de Lima, los chinos comprendían el 11% de la población. Esta cifra es semejante a la encontrada por nosotros en el libro N° 1. Los libros parecen reflejar la composición de la población general de Lima, pues coincide con la gradual disminución de la población china. Los dos libros abarcan 32 de los 58 años del Hospicio.

Nos hemos limitado a analizar el libro N°1, porque comprende los primeros 23 años (1879-1902) de los registros más cercanos a la supresión de la inmigración china, ocurrida en 1874. Las cifras globales del libro N° 3 nos sirven para complementar la evolución de los



Foto 1. Etiqueta del libro N°3.

datos del primero de los libros. Hemos excluido el libro N° 2 porque la inmigración china fue exclusiva de varones: en él no se registra ninguna paciente china.

La inmigración japonesa, posterior a la china, empezó en 1899 e incluyó familias enteras. En el libro N°3 se registra un pequeño grupo de japoneses, cinco varones (el primero ingresó en diciembre de 1906) y en el libro N°2, de mujeres, una paciente.

La distribución por edad de los 34 pacientes del libro N° 1 muestra un franco predominio del grupo de 50 a 59 años (35%); en segundo lugar, el grupo etario inferior (40 a 49) con 21%. Entre los dos llegan al 56%. Si se agrega la dé-

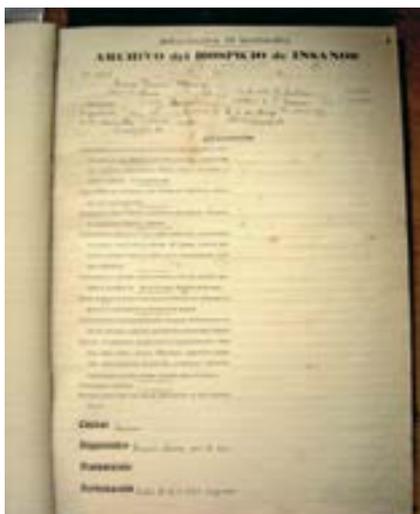


Foto 2. Primera historia clínica del libro N°1.

cada siguiente (60 a 69), se llega 65%. La década de los 20 y la de los 30 años tienen 6% cada una; la de los mayores de 70 solo 3%. Téngase en cuenta que ingresaron al país siendo jóvenes.

En el libro 3, con 24 pacientes, predominan los de edad desconocida (46%). Los de edad conocida envejecen: 42% entre 50 y 79 años; el 12% restante está conformado por los más jóvenes: 20 a 39 años de edad.

En cuanto al estado civil, 23 chinos del libro N°1 son solteros (68%), dos casados, uno viudo y ocho sin datos. Sobre la religión, 13 pacientes, 'Confucio'; 7 pacientes, 'Buda'; 8 católicos y 6 sin datos.

Las estadísticas de la ocupación muestran lo esperado: predominio de los agricultores (35%), seguidos de cocineros y domésticos (18%) y los comerciantes (12%); en menor frecuencia están el encomendero, zapatero y carpintero con 3% cada uno; sin datos el 26%. En el libro 3 se desconoce la ocupación del 50%; solo hay 3 agricultores de un total de 24 pacientes. Aparecen los principales oficios conocidos de los culíes libres: cocineros, fondistas y comerciantes.

Las historias clínicas consignan al remitente: de los 34 chinos del libro N° 1: 16 fueron llevados por la policía, 5 remitidos del Hospital 2 de Mayo, uno de la 'Cárcel Guadalupe', 12 sin remi-

tente. En ningún caso figura el nombre de alguna hacienda o patrón. De los 12 agricultores (más frecuentes en los primeros años), 9 fueron llevados por la policía, 2 provenían del Hospital 2 de Mayo, y uno sin datos.

Las tablas 1 y 2 presentan la frecuencia de los diagnósticos de los 34 pacientes del libro N°1 y de los 24 del libro N°3. La separación nos permite apreciar tendencias evolutivas.

En la tabla 1, llama la atención el alto porcentaje de psicosis tóxicas atribuidas al opio (53%) y, en segundo lugar, un grupo de 'demencias' (12%), el grupo 'bipolar' ('manía y melancolía") así como el alcoholismo tienen 6% cada uno. No hay diagnósticos de sífilis.

Con relación a la tabla 1, la tabla 2 nos muestra que el número de casos asociados al opio desciende a la mitad (de 18 a 9), en términos de porcentaje disminuye de 44% a 37% (8% en comorbilidad con alcohol). Se duplica el número de alcohólicos, de 2 a 4; en porcentuales, de 6% a 16%; de estos, 12% en comorbilidad con opio y sífilis. Un caso de coca (4%), como en el primer grupo del libro N°1, y aparece el único caso de sífilis de todos los 58 chinos. En este caso se consigna como diagnóstico 'Locura tóxica' y en el rubro 'Causas': 'Sífilis. Alcoholismo'. No se especifica PGP (parálisis general progresiva), cuadro psiquiátrico de la neurosífilis, como

Tabla 1. Distribución por diagnóstico (libro N°1).

Diagnóstico	n	%
Locura tóxica: opio	18	53
Locura tóxica: coca	1	3
Locura tóxica: alcohol, alcoholismo	2	6
Delirio polimorfo de los degenerados, delirio agudo	2	6
Demencia, demencia primitiva, orgánica, vesánica	4	12
Paranoia aguda, locura sistematizada, paranoia expansiva	2	6
Manía aguda	1	3
Locura melancólica	1	3
No enajenado	2	6
No diagnosticado	1	2
Total	34	100%

Tabla 2. Distribución por diagnóstico (libro N°3).

Diagnóstico	n	%
Locura tóxica: opio	7	29
Locura tóxica: alcohol, opio	2	8
Locura tóxica: sífilis, alcohol	1	4
Locura tóxica: coca	1	4
Locura tóxica: alcohol, alcoholismo	1	4
Delirio polimorfo de los degenerados, delirio agudo	1	4
Demencia, demencia primitiva, orgánica, vesánica	1	4
Degeneración mental	2	8
Locura epiléptica	1	4
Manía aguda	1	4
Locura melancólica	1	4
Paranoia aguda, locura sistematizada, paranoia expansiva	1	4
No enajenado	2	8
No diagnosticado	2	8
Total	24	100

se hace en pacientes no chinos, en los dos libros. Las locuras tóxicas asociadas a opio se hallan exclusivamente en pacientes chinos.

La tabla número 3 nos permite comparar nuestras cifras con las de Valdizán halladas en indios. Recordémoslas: psicosis tóxica 23,17%; psicosis maniaco-depresiva 21,68%; epilepsia 12,85%; idiocia 6,33%; demencia paralítica 0,93%.

En general, siguen la misma tendencia en los extremos: un predominio de los cuadros psicóticos tóxicos; aunque con gran diferencia en los porcentajes: 23% en el grupo de 'indios' y, en el que estudiamos, el 57%. La gran mayoría de los casos chinos, la psicosis está vinculada al opio (47%, 4% en comorbilidad con alcohol), con pequeños porcentajes vinculados al alcohol (10%) y a la coca (4%). El segundo lugar, en nuestro

estudio, corresponde a 'delirios y demencias' (18%), en un grupo que nos es difícil dilucidar los actuales delirios de las demencias y las esquizofrenias. En tercer lugar está el círculo maniaco-depresivo (11%); finalmente, una psicosis epiléptica, una paranoia y solo un paciente con sífilis (1,7% cada uno).

La revisión del total de los diagnósticos de los 287 pacientes del libro N° 1 arroja 34 pacientes chinos (12%) y 253 'no chinos' (88%). Como se muestra en la tabla 2, entre los chinos hay 18 casos con locura tóxica asociada a opio (53%), dos casos asociados a alcohol (6%), uno a coca (3%) y ninguno con sífilis. Entre los 253 'no chinos' existen 90 casos de locura tóxica asociada a alcohol (31%) y 9 casos (3,6%) de parálisis general progresiva.

Los cinco pacientes japoneses fueron diagnosticados: dos con locura tóxica asociada a alcohol y los tres restantes con demencia, locura maniaco-depresiva e idiotismo.

En el libro N° 1 llama la atención la alta tasa de fallecimientos: 15 de 34 pacientes (44%). Debe tenerse presente que las hospitalizaciones podían ser de por vida. Como es de esperar, predominan las enfermedades infecciosas: respiratorias (tuberculosis pulmonar), gastrointestinales (disentería y enteritis aguda) y neurológicas (paquimeningitis y meningitis), cada grupo con 13%, en igual porcentaje que la hemorragia cerebral. Con un caso (7%) figuran: uremia, lesión cardíaca, úlcera de decúbito infectada, enfisema y caquexia (inanición). Dos casos sin especificar (13%).

El número de fallecidos es equiparable al número de altas: 14 (41%). Por otro lado, en lo que se refiere al destino de los enfermos, uno se fugó (3%), otro fue transferido al 'Refugio' (3%) y tres no tienen ningún dato, suponemos, por seguir hospitalizados. En general los promedios son bastante aproximados a las cantidades encontradas por Valdizán en 'indios'.

Dos de los cinco pacientes japoneses fallecieron, uno por TBC y el otro por causa no especificada.

Tabla 3. Distribución por diagnósticos (libros 1 y 3).

Diagnóstico	n	%
Locura tóxica: opio	25	43,1
Locura tóxica: alcohol + opio	2	3,5
Locura tóxica: sífilis + alcohol	1	1,7
Locura tóxica: coca	2	3,5
Locura tóxica: alcohol, alcoholismo	3	5,2
Delirio polimorfo de los degenerados, delirio agudo	3	5,2
Demencia, demencia primitiva, orgánica, vesánica	5	9,0
Degeneración mental	2	3,5
Locura epiléptica	1	1,7
Paranoia aguda, locura sistematizada, paranoia expansiva	3	5,2
Manía aguda	5	9,0
Locura melancólica	1	1,7
No enajenado	2	3,5
No diagnosticado	3	5,2
Total	58	99,3

DISCUSIÓN

De acuerdo con nuestra nomenclatura actual, es llamativa la presencia de 'demencias' y 'locuras tóxicas' y, sobre todo, la ausencia de 'esquizofrenia', principal diagnóstico en los nosocomios psiquiátricos actuales: esa denominación fue propuesta por Eugen Bleuler' en 1908; la previa, 'demencia precoz', fue acuñada por Bénédicte Morel' en 1853. Morel tuvo gran influencia en su época; en 1857 publicó su Tratado de las degeneraciones. Yves Pélicier ⁽¹¹⁾ resume este planteamiento teórico que explica los diagnósticos que hemos hallado:

El término designa un estado mental constituido por las alteraciones cuyo origen debe buscarse, sea en la herencia o en las afecciones adquiridas de la juventud. Entre estas, Morel considera las intoxicaciones y el alcoholismo, el paludismo, la miseria, la constitución geológica del suelo, etc. Esta noción de degeneración cubre clínicamente el dominio del retardo mental, representa una desviación enfermiza de un tipo normal de la humanidad (p.87) (traducción nuestra).

Las ideas de Morel repercutieron considerablemente en la criminología italiana de Lombroso y, a través de él, en la concepción teórica de Hermilio Valdizán, de allí su búsqueda de la alienación en la raza india (al compararla con la brillante cultura inca) atribuida a factores 'tóxicos' (chicha y coca), 'infecciosos' (sífilis) y 'psicógenos' (en ese orden). En nuestras estadísticas deben estar superpuestos casos de esquizofrenia, trastornos esquizofreniformes y demencias propiamente dichas de la nosografía vigente. Por lo demás, sabemos que la incidencia de esquizofrenia es más o menos uniforme en todo el mundo. Son más coincidentes con los actuales, los diagnósticos de manía y melancolía puros –probablemente sin psicosis– y la paranoia. El diagnóstico de paranoia expansiva bien puede confundirse con manía psicótica.

En la terminología moderna, interpretaríamos 'locuras tóxicas' a las

psicosis por intoxicación aguda en el consumo de drogas y, por consiguiente, transitorias; que no es el caso de los chinos. Suponemos que, en muchos casos –siguiendo a Morel–, se haya atribuido al consumo de opio la causa del trastorno psicótico (comorbilidad). Nuestras estadísticas exploran una época de imprecisión diagnóstica y de grandes discusiones entre los alienistas. Por eso, no debemos esperar acuciosidad etiológica en los datos del Hospicio del Cercado. Además, se debe agregar la escasez de descripciones clínicas en la documentación, lamentada por el mismo Valdizán. Sin embargo, el consumo excesivo de drogas (opio y alcohol) y la sífilis no se prestan a confusión. Sobre el caso de lúes, aunque no se la haya especificado, no podemos descartar PGP por la presencia de psicosis ('locura').

Hermilio Valdizán ⁽¹²⁾ se interesó por la parálisis general en el Perú y revisó todos los archivos del antiguo Manicomio del Cercado (1859–1918). Encontró el primer ingreso con PGP en 1889, de manera que sus estadísticas abarcan desde 1889 a 1918 (30 años). En los 3 204 ingresos en ese período encontró 71 parálisis generales (2,21%). Reporta 46 casos de raza blanca (65%), 16 mestizos (23%), luego los de raza india, negra y amarilla con tres casos cada uno (4%) (Esta vez se preocupó en buscar explicaciones para el primer puesto de la raza blanca). En la distribución por lugar de nacimiento, ubica en primer lugar a los nacidos en Lima, 23 (32%), a pesar que los del interior son la mayoría, 30 (42%), pero están separados por departamento de procedencia; luego los extranjeros, 18 (25%), dentro de los que figuran dos chinos y un japonés. Al comparar el promedio general que encontró, 2,21%, comenta:

Porcentaje bastante exiguo comparado con las gruesas cifras de Europa y América; insignificante al lado del 18% señalado por Meynert en los asilos austriacos, y al 15 % que Regis considera como promedio mundial; al 8,8 % encontrado por Greindemberg en Rusia, al 13,8 % constatado por Borda y Bermann en la República Argentina, al 12,5% hallado

por Rossi en Montevideo pero no tan pequeño como el muy halagador 1,9% de Santiago de Chile. Más vecino del 2,76 hallado por Peñafiel y Moreira en Río de Janeiro y de aquellos encontrados en las poblaciones rurales de Europa (p.284).

Valdizán precisa, en este estudio, la diferenciación que se hacía sobre las sífilis cerebrales. En la nota 3 a pie de página deja en claro que en los 30 años del estudio asistieron "25 enfermos y 14 enfermas víctimas de la sífilis cerebral, en cuyas historias no hemos hallado motivo alguno que permitiera sospechar la presencia de una P.G." (p.292). Con todo, si se incluyeran estos casos, solo se aumentaría a menos del 3,5%.

Además del factor étnico señalado por Valdizán (aunque sus resultados le resultarían inesperados), es interesante observar que sus datos podrían indicar la posible intervención de un factor ecológico: el bajo porcentaje peruano que encontró se asemeja al de otros países sudamericanos dentro del área tropical donde el paludismo es endémico; mientras que las cifras altas, a las europeas y sudamericanas subtropicales.

En conclusión, las características principales del perfil epidemiológico de los 58 inmigrantes chinos del siglo XIX registrados en el Manicomio del Cercado entre 1879 y 1902 son: alta prevalencia del consumo de opio (47%), poco consumo de alcohol (10%) y escasez de parálisis general progresiva (1,7%).

AGRADECIMIENTO

El autor agradece a las autoridades del Hospital Víctor Larco Herrera, por permitirle el acceso a los archivos del Museo; en particular a la Directora del Hospital y a la museóloga Diana Bustamante.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rodríguez H. Chinos culíes: bibliografía y fuentes, documentos y ensayos. Lima: Instituto de Apoyo Agrario e Instituto de Historia Rural Andina; 1984.

2. Macera P. Las plantaciones azucareras andinas (1821-1875). En Trabajos de Historia, t. IV. Lima: Instituto Nacional de Cultura; 1977:9-308.
3. Contreras C, Cueto M. Historia del Perú contemporáneo. Desde las luchas por la Independencia hasta el presente. 4ª ed. 3ª reimp. Lima: Instituto de Estudios Peruanos; 2010.
4. Yalcindag E, Elguero E, Arnathau C, Durand P, Akiana J, Anderson TJ, et al. Multiple independent introductions of Plasmodium falciparum in South America. PNAS. 2012;109(2):511-6. doi:10.1073/pnas.1119058109.
5. Morimoto A. Los japoneses y sus descendientes en el Perú. Lima: Fondo Editorial del Congreso del Perú; 1999.
6. Yamawaki C. Estrategias de vida de los inmigrantes asiáticos en el Perú. Lima: Instituto de Estudios Peruanos (IEP); 2002.
7. Cotler J. Clases, estado y nación en el Perú. 3ª.ed. Lima: Instituto Peruano de Estudios Peruanos; 2005.
8. Valdizán H. Alienación mental en la raza india. En: Valdizán H. Paleopsiquiatría del antiguo Perú. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 1990:155-73. Publicado en An Fac med. 1925;VII(4-6):145-63.
9. Mariátegui J. Psiquiatría. En: Salaverry O (Ed.) Historia de la Medicina Peruana en el siglo XX. Lima: UNMSM; 2000:719-38.
10. Stucchi S. Loquerías, manicomios y hospitales psiquiátricos de Lima. Lima: Univ Peru Cayetano Heredia; 2012.
11. Pélicier Y. Histoire de la Psychiatrie. Paris: Presses Univ de France; 1971.
12. Valdizán H. La parálisis general en el Perú. Rev Psiq y Disciplinas Conexas. 1920;II(4):278-92.

Artículo recibido el 28 de febrero de 2016 y aceptado para publicación el 29 de abril de 2016.

Conflicto de interés: El autor declara que no existe conflicto de interés.

Correspondencia:

*José Luis Li Ning Anticona
Dirección: joselining@gmail.com
(Jr. Centenario 134, Barranco, Lima 4
Tf. 4773255 – 999853877)*