

LA INTRODUCCIÓN DE NUEVAS MEDIDAS TERAPÉUTICAS: ENTRE LA LABORTERAPIA Y EL ELECTROSHOCK EN EL MANICOMIO DE SANTA ISABEL¹

Ana Conseglieri

Psiquiatra del CSM de Parla, Madrid

Resumen:

El primer tercio del siglo XX cambió el panorama terapéutico al surgir nuevos tratamientos, cuyo punto de partida situamos en la malarioterapia, para la asistencia de enfermos mentales en los manicomios. Sin embargo, la aplicación de estos tratamientos en los establecimientos psiquiátricos españoles ha sido escasamente estudiada en la historiografía nacional. La divulgación en los años treinta de tratamientos procedentes de Europa, como las terapias de sueño con barbitúricos, el choque insulínico, choque Cardiazólico, electrochoque o la leucotomía, se truncó por la guerra civil y el aislamiento posterior. Siguiendo una línea de investigación historiográfica que utiliza como fuentes las historias clínicas, el presente trabajo analiza la aplicación de estos tratamientos en el Manicomio de Leganés en la Segunda República, Guerra Civil y autarquía franquista.

Palabras clave: Institución psiquiátrica, Manicomio de Santa Isabel de Leganés, Malarioterapia, terapias de choque, Leucotomía.

¹ Este trabajo se ha realizado en el marco del Proyecto de Investigación financiado por el Ministerio de Educación y Ciencia HUM2005-04961-C03-02/HIST.

THE INTRODUCTION OF NEW THERAPY METHODS: BETWEEN OCCUPATIONAL THERAPY AND ELECTROSHOCK IN SANTA ISABEL HOSPITAL

Abstract:

The first third of the 20th century changed the therapeutical panorama, when a whole new series of methods, whose starting point could be situated in the introduction of malarial treatment, changed the treatment of mental diseased patients in psychiatric institutions. Nevertheless, its application, in the Spanish psychiatric institutes has been scarcely studied in Spanish history. The divulgation in the thirties of treatments coming from Europe, as the barbituric sleep induced therapies, insulin treatment, Cardiazol treatment, electroshock or leucotomy were cut because of the civil war and the country's posterior isolation. Following a line of historical investigation using medical records, the following work exposes the usage of those treatments in Leganes' asylum during: the second republic, the civil war, and Franco's regime.

Keywords: Psychiatric institution, Santa Isabel de Leganés, malarial treatment, shock therapy, leucotomy.

1. INTRODUCCION:

La introducción de las nuevas terapéuticas somáticas fue sin duda un hecho diferencial de las primeras décadas del siglo XX², ya que sus propagadores gozaron de un amplio reconocimiento social y científico siendo incluso galardonados por academias científicas como es el caso del Premio Nobel otorgado a Julius Wagner Von Jauregg (1857-1940)³. Durante estas primeras décadas se asiste a un impresionante auge de las terapias biológicas en psiquiatría: la malaroterapia, propuesta por Wagner Von Jauregg en 1917, y utilizada con profusión en las dos décadas siguientes⁴, las terapias de choque —el choque cardiazólico de Von Meduna (1934)⁵, la cura de Sakel o coma insulínico (1934)⁶ y el electrochoque de Cerletti y Bini (1938)⁷— o la leucotomía prefrontal puesta a punto por Egas Moniz a partir de 1935⁸.

En general, la introducción en España de estos tratamientos sufrió un cierto retraso debido al estallido de la Guerra Civil y al posterior aislamiento del país durante

² SARGANT, W., SLATER, E. (1946), *Physical methods of treatment in psychiatry*, Edinburgh, Livingstone.

³ BARCIA, D. (Ed.). (1998), *Historia de la Psicofarmacología*, Tres Cantos, You & Us, S.A, pp.421-447.

⁴ WHITROW, M. (1990), Wagner-Jauregg and Fever Therapy, *Medical History*, 34, 294-310.

⁵ FINK, M. (1984), Meduna and the origins of convulsive therapy, *American Journal Psychiatry*, 141, 1034-1041.

⁶ JAMES, F. E. (1992), Insulin treatment in psychiatry, *History of psychiatry*, 3, 221-235.

⁷ BERRIOS, G. (1997), The scientific origins of electroconvulsive therapy: a conceptual history, *History of Psychiatry*, 8, 105-120.

⁸ BERRIOS, G. (1997), The origins of psychosurgery: Shaw, Burckhardt and Moniz, *History of Psychiatry*, 8, 61-81.

la posguerra, pero también a la cautela con que algunos médicos españoles recibieron las novedades terapéuticas. De hecho, en el II Congreso de Neuropsiquiatría celebrado en Valencia en 1950, se justificaba este retraso con la siguiente argumentación: «se trataban de medidas terapéuticas radicales y revolucionarias, que necesitan un mayor tiempo de experimentación para su universal aceptación»⁹.

La historiografía psiquiátrica española no ha prestado un excesivo interés a la aplicación práctica de los aspectos más netamente terapéuticos en instituciones concretas¹⁰. Existen, sin embargo, algunas aportaciones que dan cuenta de los tratamientos aplicados en otras instituciones, como Ciempozuelos¹¹ o Leganés¹², siendo trabajos que ofrecen una visión muy general de los tratamientos aplicados.

Nuestro objetivo en este capítulo es estudiar la introducción de estos nuevos tratamientos en la práctica asistencial del Hospital Psiquiátrico de Leganés durante el periodo 1931-1952, lapso de tiempo correspondiente a tres periodos bien diferenciados: la Segunda República (abril de 1931, junio de 1936), la Guerra Civil (julio 1936, junio de 1939) y la inmediata posguerra española (desde final de la contienda hasta diciembre 1952), esto es, la llamada autarquía franquista¹³. Para ello hemos estudiado 765 historias clínicas pertenecientes a los pacientes que ingresaron durante este periodo, recogiendo en una base de datos más de 60 variables por interno (sociodemográficas y clínico-terapéuticas). Analizaremos los diferentes tipos de tratamientos administrados a los pacientes que, ingresando en estos años, permanecieron internos en el manicomio durante parte o todo el ámbito temporal de nuestro estudio¹⁴.

⁹ DOMINGO SIMO, F., RUIZ AGUILERA, J. (1950), La electronarcosis como última y positiva adquisición de los tratamientos convulsionantes. En *II Congreso de Neuropsiquiatría*. Comunicaciones, Valencia, Imp. J. Cosano, pp. 29-37.

¹⁰ Véase, el reciente trabajo de PLUMED, J., REY, A. (2006), The treatment of madness in Spain in the second half of the 19th century: conceptual aspects, *History of psychiatry*, 17 (2), 139-159. También DUALDE BELTRÁN, F. (2004), *El concepto de esquizofrenia en los autores españoles a través de las publicaciones psiquiátricas españolas (1939-1975)*, Tesis doctoral, Universidad de Valencia, Facultad de Medicina, pp. 390-465.

¹¹ LOPEZ DE LERMA, J., DIAZ, M. (1991), *Historia del hospital psiquiátrico Sagrado Corazón de Jesús, de Ciempozuelos, 1881-1989. Un siglo de psiquiatría en España*, Madrid, Fareso, pp. 178-181, 228-235.

¹² DELGADO, M. (1986), Los veinte primeros años del Manicomio de Leganés (1852-1871), *Asclepio*, 1986, 38, 273-297. También MOLLEJO APARICIO, E. (2001), *Evolución de los criterios diagnósticos y terapéuticos en el Hospital Psiquiátrico de Leganés (1852-1936)*, Tesis doctoral, Universidad de Salamanca, Facultad de Medicina.

¹³ Nos aproximamos, aunque no exactamente, a la periodización del franquismo que realizó TUSELL. TUSELL, J. (1996), *La dictadura de Franco*, Barcelona, Altaza; TUSELL, J., GENTILE, E., DI FEBBO, G. (EDS.), SUEIRO, S. (COORD.), (2004), *Fascismo y franquismo cara a cara: una perspectiva histórica*, Madrid, Biblioteca Nueva; TUSELL, J. (2005), *Dictadura franquista y democracia*, Barcelona, Crítica.

¹⁴ Para dicho análisis hemos utilizado el paquete estadístico SPSS versión 13.0. Los porcentajes exactos que adjuntamos en el presente trabajo sobre la administración de cada tratamiento, tienen algunas limitaciones, debido a que son cifras tomadas a través de las hojas de evolución de cada historia clínica. Esto se debe a que en esos años, el establecimiento no utilizaba hojas específicas de tratamientos, salvo

2. LA EVOLUCIÓN DE LOS TRATAMIENTOS EN EL MANICOMIO NACIONAL DE LEGANÉS DURANTE LOS AÑOS 1931-1952.

El Manicomio de Leganés, de carácter nacional y concebido como institución Modelo, fue fundado en 1852¹⁵, para la asistencia de enfermos mentales pobres o de beneficencia, aunque desde el principio se contempló la admisión de pacientes pensionistas (de primera y segunda clase) que debían pagar su manutención. Convertido en un establecimiento psiquiátrico eminentemente asilar¹⁶, desde la apertura sus responsables trataron de organizar la vida y el funcionamiento del establecimiento a través de diversos reglamentos internos que estructuraban tanto a los pacientes como a los que prestaban allí sus servicios. La primera orden orgánica fue la redactada por el Gobernador de Madrid, Melchor Ordóñez en mayo de 1852 y, en 1858, el primer médico del hospital, José María Miranda de la Paz, preparó un proyecto en el que se basó el Reglamento Orgánico de 1873¹⁷. El 12 de mayo de 1885, el Ministro de la Gobernación Francisco Romero Robledo editó el *Reglamento para el Régimen y Gobierno Interior del Manicomio de Santa Isabel de Leganés*¹⁸, en vigor hasta el año 1941, momento en el que fue sustituido por el nuevo Reglamento Orgánico para el Régimen y Gobierno¹⁹. La necesidad de tener un Reglamento aprobado por el Ministerio de la Gobernación se hallaba recogido en las Disposiciones generales del Decreto de 1931 que se mantuvo vigente durante todo el período de estudio: «Artículo 6º Todo Establecimiento psiquiátrico, público o privado, tendrá un Reglamento propio informado por la Dirección General de Sanidad aprobado por el ministerio de la Gobernación, que podrá ser revisado cada cinco años a propuesta del director médico del Establecimiento, según dispone el artículo 44 del Reglamento de Sanidad Provincial. En este reglamento constará todo lo referen-

para las terapias de choque; por lo que sólo hemos tomado como válido lo que quedaba reflejado dentro de la historia clínica. A pesar de ello, sabemos por otra documentación anexa a las historias (cartas de facultativos, solicitudes, etc.) que determinadas opciones de tratamientos se utilizaban en mayor número de pacientes que lo constatado en los evolutivos como, por ejemplo, ocurría con la laborterapia.

¹⁵ PESET, J. L. (1995), El Manicomio Modelo en España. En V.V.A.A., *Un siglo de psiquiatría en España*, Madrid, Extraeditorial, pp. 43-51.

¹⁶ VILLASANTE, O. (1999), El manicomio de Leganés: debates científicos y administrativos en trono a un proyecto frustrado, *Revista AEN*, 19, 469-479; VILLASANTE, O. (2002a), Las tres primeras décadas de la Casa de Dementes de Santa Isabel de Leganés: un frustrado Manicomio-Modelo, *Cuadernos de psiquiatría comunitaria*, 2, 2, 139-162; VILLASANTE, O. (2003), The unfulfilled project of the Model Mental Hospital in Spain: fifty years of the Santa Isabel Madhouse, Leganés (1851-1900), *History of Psychiatry*, 14 (1), 3-23.

¹⁷ MOLLEJO APARICIO, E. (2003), Funcionamiento y régimen interno del Manicomio de Santa Isabel de Leganés (1852-1936). En FUENTENEBO, F., HUERTAS, R., VALIENTE, C. *Historia de la psiquiatría en Europa. Temas y tendencias*, Madrid, Frenia, pp. 635-646.

¹⁸ *Gaceta de Madrid*, 15/05/1885. 135, 447-450.

¹⁹ *Boletín Oficial del Estado*, Orden 3 de noviembre de 1941, 311, 8697-8701.

te a régimen interior de los distintos servicios y a la organización científica y administrativa del personal y sus atribuciones»²⁰.

Durante el periodo que ocupa nuestro estudio, de las 765 historias clínicas analizadas, tan sólo en 209 se registra la administración de alguna medida terapéutica (20% del total de tratamientos), de las cuales el 83%, corresponden a los administrados durante la posguerra. Si consideramos los tres periodos estudiados: Durante la República, ingresaron 93 pacientes, de los que 20 recibieron algún tipo de tratamiento (21,5%); a lo largo de la guerra civil se hospitalizaron 64 pacientes, de los cuales fueron tratados 15 (23,4%); y en el tercer período que incluye hasta 1952, fueron internados 608 y de éstos, 173 recibieron tratamiento (28,5%)²¹. Así podemos comprobar (Figura-1) que finalizada la contienda la aplicación de tratamientos que quedan registrados en las historias clínicas aumenta en número con respecto a épocas anteriores²².

A pesar de que en los tres periodos quedaba un alto porcentaje de pacientes ingresados a los cuales no se les aplicaba ningún tipo de tratamiento, en otros casos sin embargo, existen registros de más de un tratamiento por paciente, aplicados paulatina o simultáneamente, lo que explica que el número de registros terapéuticos sea mayor que el de pacientes. Este es el motivo por el que, a pesar de que aparezcan 209 pacientes tratados, el número de opciones terapéuticas administradas es mayor, ya que un mismo paciente podía recibir varios tratamientos diferentes. En las historias clínicas de los ingresos durante la Segunda República, 20 pacientes recibieron tratamientos, y sin embargo aparecen 32 aplicaciones. Durante la guerra civil, los pacientes tratados fueron 15 y el número de tratamientos diferentes aplicados fue de 19. En la posguerra se recogen 173 ingresados tratados, y un total de 208 aplicaciones²³.

²⁰ *Gazeta de Madrid* del 7 de Julio de 1931, 188, 186-189. Dispuesto el 3 de Julio de 1931 por el Ministerio de Gobernación. Este texto se recoge nuevamente en un número monográfico de la Revista de la Asociación de Neuropsiquiatría, Decreto de para la asistencia a los enfermos mentales (1931), (2000), Revista de la AEN, XX, 75, pp. 181-188. Sobre el Decreto se puede consultar en: APARICIO BASAURI, V., SÁNCHEZ GUTIÉRREZ, A. E. (1997), Norma y ley en la psiquiatría española (1822-1986), *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 61, 125-145.

²¹ La aplicación de una medida terapéutica a un paciente ingresado, quedaba generalmente indicada y anotada en las hojas de evolución de la historia clínica, a continuación de la exploración psíquica y somática, sin que se hallan encontrado documentos expresos independientes para los tratamientos, salvo las plantillas utilizadas para la administración de terapias de choque, como las ilustradas más adelante en este mismo capítulo.

²² En estudios previos de los pacientes ingresados en el siglo XIX, la administración de tratamientos se hallaba en torno al 20% de los internos. En: MOLLEJO, DEL CURA, HUERTAS (2004), p.160.

²³ En este capítulo, para la exposición de cada tratamiento utilizaremos las cifras del total de aplicaciones. La mayoría de los datos aparecerán en números absolutos y no porcentajes, excepto en los datos iniciales referidos a características de los pacientes, y no a la medida de tratamiento.

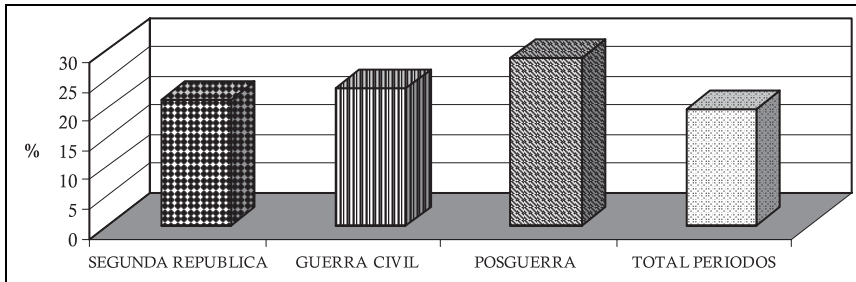


Figura 1. Medidas terapéuticas administradas según el periodo de ingreso.

Al examinar las medidas terapéuticas en función del sexo observamos cierta modificación en los porcentajes del periodo de la República (el 65% de los tratados fueron hombres) y de la Guerra Civil (el 67% fueron mujeres), a pesar de que en ambos periodos el ingreso de varones superaba al de mujeres (59% y 55% en las dos etapas). En la posguerra, los porcentajes de hombres y mujeres tratados se igualan. Si tenemos en cuenta el estado civil, al haber más pacientes solteros, son éstos los que reciben mayor porcentaje de tratamientos (aproximadamente el 65%).

Si bien en el reglamento de 1885 se recogen diferencias entre los pensionistas, medio pensionistas y pacientes de beneficencia en la ropa y alimentación²⁴, dichas cuestiones no se contemplan en el Reglamento de 1941²⁵. Cabe pensar, además, que los privilegios de los pensionistas se extendían a la posibilidad de ser tratados, ya que al analizar los tratamientos en función de la categoría administrativa²⁶ (Figura-2),

²⁴ Según el Reglamento para el Régimen y Gobierno Interior del Manicomio de Santa Isabel de Leganés publicado en la el 15 de mayo de 1885, 135, tomo II, 447-450, y que por tanto será el que se encuentre en vigor durante la Segunda Republica y guerra civil; en el Capítulo X referente al tipo de alimentación específica: «Art. 80. El desayuno de los pobres será de sopa, salvo las excepciones que acuerde el Jefe facultativo. El de los pensionistas será chocolate hecho con una pastilla de 28 gramos, o café con leche o tostada hecha con manteca o sin ella, según prescriba el Médico. Art. 81. La comida de los pobres consistirá en cocido con garbanzos, carne, tocino y patatas o verduras. La de pensionistas de primera clase es igualen cocido, dos principios y dos postres; y las de segunda es igual en cocido, un principio y un postre. Art. 82. La cena para los pobres consistirá en guisado con patatas o legumbres, y la de los pensionistas en el mismo guisado, otro plato fuerte, un postre y ensalada.

²⁵ En el Reglamento Orgánico para el Régimen y Gobierno de 1941 que aparece en el *Boletín Oficial del Estado*, Orden 3 de noviembre de 1941, 311, 8697-8701, y que por tanto será el que perdure durante los años posteriores a la guerra, se reducen tanto el número de capítulos (de XVI a X) como de artículos (de 106 a 74) a costa de perder los apartados referentes a la vestimenta y alimentación de los internos; por lo que no podremos realizar una comparación sobre las diferencias entre ambos reglamentos al respecto.

²⁶ El Manicomio de Leganés enviaba unos partes estadísticos mensuales y anuales a la Dirección General de Sanidad, donde se reflejaban los pacientes que ingresaban o eran dados de alta, distribuidos según una clasificación administrativa (beneficencia, pensionistas de primera o pensionistas de segunda,

comprobamos que los pensionistas recibían, con mayor frecuencia, alguna medida terapéutica. Este hecho sin embargo, no se puede observar durante la contienda, en la cual los pobres acapararon el 66% de los tratamientos, lo que coincidió con ingresos más numerosos en dicha categoría (un 72%).

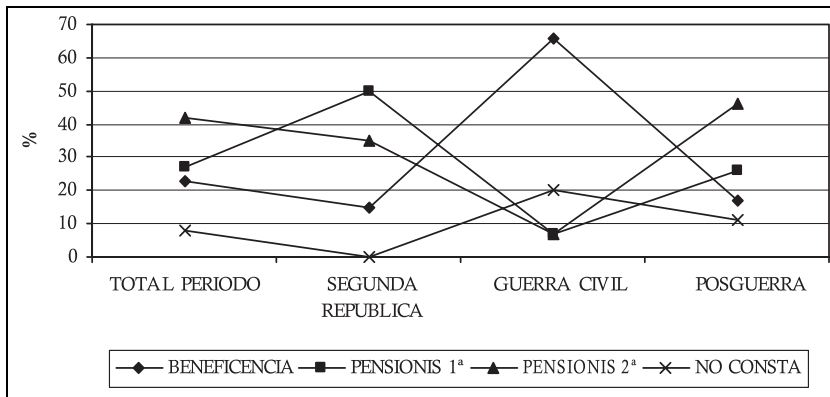


Figura 2. Medidas terapéuticas en función de la categoría administrativa.

Si observamos la evolución en la administración de los tratamientos según el año de ingreso (Figura-3), vemos una tendencia ascendente (aun teniendo en cuenta que el número de ingresos en la posguerra fue mayor) marcada por dos picos: El primero corresponde al año 1940, y se debe fundamentalmente a la aplicación de medidas farmacológicas como los bromuros y barbitúricos (luminal, veronal o somnifene) empleados para la sedación y el control comportamental. El segundo pico, registrado en 1944, corresponde al comienzo de la utilización de la cura de Sakel y el electrochoque, sin embargo desconocemos las causas del descenso de tratamientos que aparece en 1951.

Si estudiamos la clasificación diagnóstica Kraepeliniana, el diagnóstico más frecuente en los pacientes ingresados en el manicomio es la esquizofrenia, y por tanto, también es el grupo que recibe más aplicaciones terapéuticas, un 52%.

en función del pago de los honorarios correspondientes), una clasificación técnica en función de los departamentos (agitados, sucios y tranquilos) y una clasificación nosológica. a pagar los honorarios correspondientes. Se puede consultar: CONSEGLIERI, A., VILLASANTE, O. (2007), La actividad clínico-asistencial en el Manicomio Nacional de Leganés en la posguerra. En CAMPOS, R., VILLASANTE, O., HUERTAS, R. (Editores) *De la «Edad de Plata» al Exilio. Construcción y «Reconstrucción» de la Psiquiatría Española*, Madrid, Frenia, pp. 269-285.

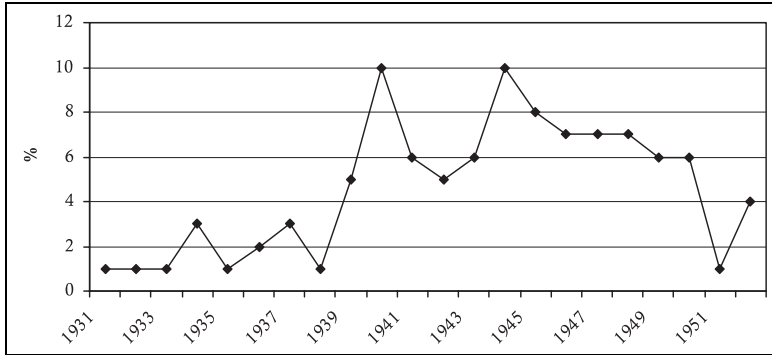


Figura 3. Evolución de la administración de tratamientos en función del año de ingreso.

Si nos detenemos en cada uno de los tres periodos, podemos observar que las opciones terapéuticas manejadas fueron diversas. Durante la República, se aplicaron: desde medidas higiénico-dietéticas como la retirada de bebidas excitantes, dieta láctea, y reposo, a la hidroterapia (duchas frías o templadas, o baños relajantes) o la laborterapia que consistía en labores manuales o de cocina. Se administraron varios tratamientos farmacológicos (como barbitúricos) o métodos piretoterápicos (que iban desde la malarioterapia o paludización a diferentes agentes químicos como la esencia de trementina, morfina, escopolamina, porfirina inyectable o tintura de opio en gotas). Además se recoge la aplicación de electrochoque y cura de Sakel (obviamente, estos últimos fueron medidas aplicadas a pacientes que ingresaron en los años previos pero seguían ingresados en el manicomio en la posguerra).

Durante los años de la guerra civil, se registran tratamientos farmacológicos (luminal, suero glucosado para los vómitos en la histeria, etc.), acompañados en ocasiones de tratamiento tópico y, en alguna excepción, de medidas higiénico-dietéticas. En varios de los pacientes ingresados durante la contienda, también se le administraron métodos piretoterápicos (abscesos de fijación con esencia de trementina), además en dos de ellos en años posteriores, se les aplicó electrochoque e insulino terapia.

En la inmediata posguerra, se produce un salto no tanto cuantitativo, pero sí cualitativo en el uso de alternativas terapéuticas al compararlo con épocas previas, ya que hasta la guerra civil inclusive, las descripciones en las historias clínicas sobre cuestiones terapéuticas eran realmente pobres y escasas. Las medidas terapéuticas más frecuentes en esos años fueron, además de los tratamientos farmacológicos, las terapias de choque como el choque cardiazólico y el coma insulínico que comenzaron a decaer a raíz de la introducción del electrochoque. Aparecen casos de práctica de la leucotomía prefrontal en el Manicomio de Leganés a partir de 1944 y, por primera vez en la posguerra, se

registra entre los tratamientos la psicoterapia, si bien en un número muy reducido de pacientes (todos ellos varones diagnosticados de psicopatía). A continuación detallaremos cada uno de las opciones terapéuticas utilizadas en estos tres periodos.

3. DE LA LABORTERAPIA A LA PIRETOTERAPIA.

3.1. Laborterapia, más allá de un simple tratamiento.

Es interesante destacar, como la laborterapia había cobrado gran relevancia tras la propaganda de las normas científicas dictadas por Hernann Simon (1867-1947) a partir de 1918²⁷. Así pues, en los años veinte, tras aceptarse que la organización del trabajo podía mejorar tanto la patología crónica como los episodios agudos de enfermedad mental, este recurso terapéutico trató de instaurarse en gran parte de los nosocomios españoles²⁸.

Enrique Fernández Sanz (1872-1950)²⁹, que ejerció como director del Manicomio de Leganés desde el año 1928 hasta pocos días antes del estallido de la guerra civil, publicó varios artículos sobre la importancia y necesidad de utilizar la actividad laboral con fines terapéuticos para la mejoría de los pacientes³⁰. Así, a pesar que sólo hemos localizado seis referencias al tratamiento laborterápico reflejadas en las historias clínicas correspondientes a los ingresos durante la Segunda República (laborterapia con labores manuales o de cocina), diverso material del Archivo del Manicomio nos hace pensar que un mayor número de pacientes asilados en Santa Isabel eran receptores de

²⁷ SIMON, H. (1937), *Tratamiento ocupacional de los enfermos mentales*, Barcelona, Salvat editores. Un trabajo recientemente publicado sobre dicho, HERNANDEZ, A. (2007), El tratamiento ocupacional frente a la pintura psicopatológica: Herman Simon, Emili Mira I Lopez. En CAMPOS, R., VILLASANTE, O. y HUERTAS, R (Eds), *De la «Edad de Plata» al exilio. Construcción y «Reconstrucción» de la psiquiatría española*, Madrid, Frenia, pp. 145-159.

²⁸ Encontramos más información relativa a este tratamiento en REY ARDID, R. (1932), Organización de la terapéutica activa en los Manicomios españoles, *VI Reunión de la Asociación Española de Neuropsiquiatras*, Granada, 1-24.

²⁹ Enrique Fernández Sanz fue médico neuropsiquiatra de formación francesa y alemana, trabajó desde sus comienzos en el ámbito de la beneficencia, donde ingresa por oposición. Además de su labor asistencial, desempeñó una importante labor como publicista médico, dedicado a la salud mental. Además, ocupó varios cargos como el de la presidencia de la Liga de Higiene Mental, en 1927, en 1930 el de decano de los Manicomios del Estado y, un año después la vicepresidencia del Consejo Superior Psiquiátrico e inspector de los Manicomios Nacionales. VALENCIANO GAYÁ, L. (1977), *El Dr. Lafora y su época*, Madrid, Morata, pp. 82-83.

³⁰ FERNÁNDEZ SANZ, E. (1914), El trabajo como medio terapéutico en el tratamiento de las psiconeurosis, *Revista de Medicina y Cirugía prácticas*, 104 (1323), 89-97. FERNÁNDEZ SANZ, E. (1928), Los Sanatorios-talleres en el tratamiento de las psicopatías benignas, *Archivos de Medicina Cirugía y especialidades*, 366, 725-727.

esta modalidad terapéutica. Un ejemplo de ello lo encontramos en una carta de Aurelio Mendiguchía³¹, médico encargado del servicio de mujeres de dicho manicomio, que en el año 1933; escribió al administrador sobre las dificultades para la implantación del trabajo como medida terapéutica en el Establecimiento:

«de 126 enfermas, trabajan 46. Treinta cosen la ropa de la casa, hacen encaje cuatro, flores una, ayudan a la limpieza de los departamentos con las Hermanas de la Caridad y al lavadero diez. Una se dedica a trabajos de malla»³².

Describió que la inadecuación de locales, así como la falta de personal cualificado impedía llevar a cabo trabajo industrial o agrícola, por ello la laborterapia se limitaba a los servicios domésticos. Esta discordancia entre el número de pacientes femeninas que prestaban servicios domésticos y el reflejo de dichas cuestiones en la historia médica, podría engendrar dudas sobre si se mantenían algunos de los principios básicos de la laborterapia que, según Simon, debía indicarse exclusivamente por el facultativo y la actividad debía ser remunerada³³. Si bien no hemos encontrado ninguna alusión a la entrega de dinero a los pacientes, los facultativos contemplaron un sistema de premios para incentivar a aquellos que trabajasen: escuchar la radio, juegos de bolos, entrega de cigarrillos y permisos de salida³⁴. Se ha constatado además, que el inicio de dichas labores se realizó en los departamentos de Beneficencia, para hacerlo extensivo a los pensionistas, seguramente debido a las dificultades para justificar ante los familiares el trabajo de pacientes que pagaban por su tratamiento³⁵.

Durante los años de la posguerra la aplicación de la laborterapia recogida en historias clínicas es muy escasa, encontrando tan sólo constancia de su uso en dos casos de oligofrenia. A pesar de ello, en otros documentos sí aparecen referencias sobre dicha opción terapéutica³⁶; así, en febrero de 1947 siendo jefe facultativo Manuel

³¹ Aurelio Mendiguchía Carriche, fue alcalde durante la guerra civil y la inmediata posguerra, y ejerció como médico en el manicomio desde la Segunda República. Al finalizar la contienda ocupó el puesto de jefe-facultativo hasta 1943.

³² Carta dirigida por el doctor Aurelio Mendiguchía, al Jefe Facultativo, con fecha de 12 de Julio de 1933, conservado en el Archivo Histórico del Manicomio de Leganés.

³³ REY ARDID (1932), pp. 3-21.

³⁴ Carta fechada el 10.10.1932, que se encuentra en el Archivo Histórico del Hospital Psiquiátrico de Leganés.

³⁵ Carta fechada el 10.11.1932, que se encuentra en el Archivo Histórico del Hospital Psiquiátrico de Leganés.

³⁶ GIMENO ÁLAVA, A. (1986), Neurología de ayer, Manuel Peraita Peraita (1908-1950), *Revista Española de Neurología*, 1, 41-48. Manuel Peraita en 1945 envió a la Dirección General de Beneficencia una solicitud para instalar un servicio de rayos X, laboratorios y quirófanos en el manicomio y en el año 1947 realizó ficheros de todos los pacientes y proyectó los talleres de terapia ocupacional como salas de tratamientos para internos.

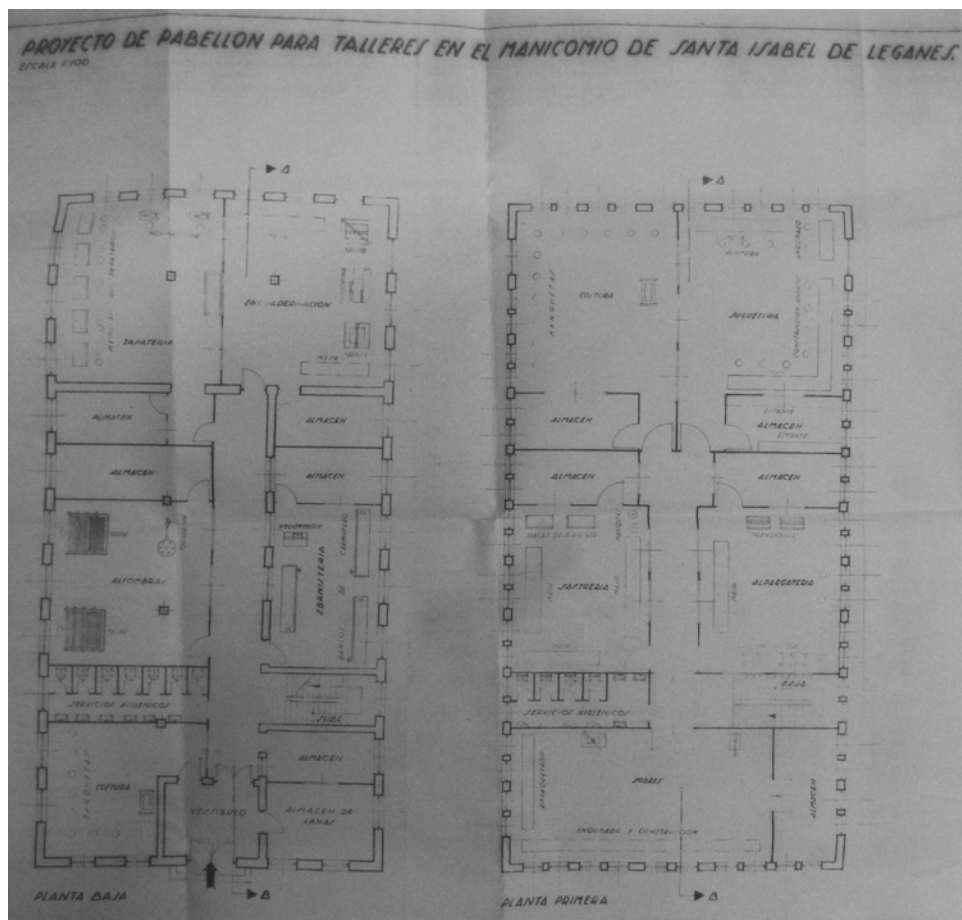


Figura 4. Plano de construcción de talleres en el Manicomio de Leganés (1945). Fuente Archivo General Administración (AGA), Fondo del Ministerio del Interior (08) 25.0244/2848-2.

Peraita (1908-1950)³⁷, ver figura 4 se fundó un pabellón de laborterapia con varias secciones (entre ellas carpintería, sastrería, juguetería, confección de alpagatas de

³⁷ Manuel Peraita fue nombrado por oposición director del Manicomio de Santa Isabel de Leganés en 1943, desempeñando una actividad asistencial en dicho establecimiento desde 1944 hasta finales de 1949 poco antes de su fallecimiento. Para más información sobre dicho autor se puede consultar: CONSELLIERI, A., VILLASANTE, O. (2007), Neuropsiquiatría de posguerra: Una aproximación a la población manicomial de Leganés, *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 99 (1), 119-141.

cáñamo, granja y labores agrícolas)³⁸. Una vez más, a pesar de no encontrar datos específicos sobre la laborterapia en los registros evolutivos de las historias, probablemente fue utilizada en mayor número de pacientes del que consta en la historia. Uno de los tratados más utilizados de la época como el *Tratamiento de las enfermedades mentales* de Vallejo Nágera describían diferentes modalidades de laborterapia, como los trabajos manuales (trabajos domésticos, como en la cocina, despensa, lavandería y costura; trabajos agrícolas como granja, huerta, parque o jardín; manufacturas como talleres carpintería, sastrería, panadería; trabajos de construcción o albañilería), trabajos intelectuales (oficinas del hospital o auxiliares de los practicantes), o la ocupación de los enfermos en las horas de descanso (juegos sencillos, teatro, cine)³⁹, algunos de los cuales no se hallan registrados en Leganés.

3.2. Medidas higiénico-dietéticas

Las medidas higiénicas y dietéticas fueron implantadas en mayor proporción durante los pacientes ingresados en la Segunda República que en el resto de periodos del estudio. Comprendían diversas opciones que iban desde la convivencia con enfermas tranquilas y el reposo en cama o clinoterapia, a la retirada de bebidas excitantes como el café, vino o té; o bien la indicación de juegos como las damas o cartas⁴⁰. En varias historias clínicas de pacientes ingresados durante este primer período queda reflejada la combinación de diferentes opciones terapéuticas, concretamente fueron seis el número de pacientes a los cuales se pautaron, entre otras, la retirada de bebidas excitantes, dieta láctea y reposo. Reflejaremos, a continuación fragmentos de algunas historias como aquella de una mujer de 54 años, procedente de Madrid, viuda, pensionista, y diagnosticada, al ingreso, de parafrenia aunque posteriormente fue modificado a esquizofrenia paranoide, falleciendo por «reblandecimiento cerebral»:

³⁸ Las estructuras para las salas de talleres no se mantienen en la actualidad, aunque sí se conservan los planos sobre papel que realizó el arquitecto del manicomio, así como un documento oficial enviado en 1949 al Instituto Nacional de Estadística en el que, además de las instalaciones, se hallaba censada la población manicomial y el personal adherido al establecimiento. En: Archivo General de la Administración (AGA), Fondo del Ministerio del Interior (antes Ministerio de Gobernación): (08) 25.02 44 / 2848-2. Documento oficial del Instituto Nacional de Estadística, Censo de Establecimientos Benéficos y Sanitarios, fechado el 2 de noviembre de 1949.

³⁹ VALLEJO NAJERA, A. (1940), *Tratamientos de las enfermedades mentales*, Madrid, Sucesores de Rivadeneyra, S.A., pp. 75-91.

⁴⁰ Como ya hemos señalado anteriormente, en el Reglamento para el Régimen y Gobierno Interior del Manicomio de Santa Isabel de Leganés de 1885, hace referencia sobre el tipo de alimentación que se suministra a los ingresados dependiendo si son pacientes de beneficencia o pensionistas, incluso aparece un artículo sobre la administración de vino valdepeñas.

«Trabajo manual de labores, repetitivos pero no muy seguidos. Convivencia en el salón con enfermas tranquilas, algún juego de cartas, damas, etc. Baño templado cada cuatro o cinco días de quince minutos. Nada de vino ni café. Reposo en cama durante seis horas. Somnífero Roche. Veinte gotas por la noche al acostarse»⁴¹.

La adopción de medidas higiénicas y laborterapia se puede observar también en otra paciente 72 años, que estaba diagnosticada de proceso arteriosclerótico y de regresión. Esta viuda de la sección de beneficencia falleció durante su internamiento de «apoplejía».

«Terapéutica por el trabajo (costuras sencillas). Baño templado prolongado por las mañanas. Por la noche cincuenta centigramos de veronal, y durante el día dos gramos de bromuro potásico, alternando cada diez días, con sesenta gotas repartidas en tres tomas, de tintura de valeriana, con infusión templada de tila»⁴².

Un último ejemplo de dichas medidas se aprecia en una mujer de 35 años, soltera, que ingresando como medio pensionista, modifica su categoría administrativa durante su estancia a pensionista de primera (es curioso este dato, ya que la mayoría de los pacientes que modificaban su condición de internamiento, lo hacían para pasar de pensionistas a pobres). La paciente diagnosticada de paranoia falleció por «caquexia tras un síndrome diarreico crónico».

«Trabajo en labores sencillas no muy continuadas. Régimen de alimentación a base de leche, verduras frutas, pescados blancos, quesos frescos, purés sopas, patatas cosidas. Menos veces carne de vaca cordero o de las llamadas blancas. Nada de vino, café y té. Poción de bromuro e hidrato de cloral a cucharadas cada cuatro horas y diez centigramos de luminal por la noche cuando se encuentre excitada»⁴³.

La aplicación de estas medidas descendió, de modo que, durante la Guerra Civil, tan sólo se refleja en una historia la aplicación de tratamiento dietético con dieta láctea y reposo en cama y más aún tras finalizar la contienda, reflejándose tan sólo en seis historias clínicas una administración de tratamientos higiénicos-dietéticos. La escasez en este tipo de tratamientos podría ser un espejo de la precariedad económica y de la dificultad de aprovisionamiento alimenticio que sufría el país en esa época⁴⁴.

⁴¹ Este fragmento puede leerse en la historia 1054 del Archivo Histórico del Hospital Psiquiátrico de Leganés.

⁴² Historia 1068 del Archivo Histórico del Hospital Psiquiátrico de Leganés.

⁴³ Historia clínica 1074: del Archivo Histórico del Hospital Psiquiátrico de Leganés.

⁴⁴ DEL CURA, I, HUERTAS, R. (2007), *Alimentación y enfermedad en tiempos de hambre: España, 1937-1947*, Madrid, CSIC.

3.3. El abandono de la Hidroterapia

A lo largo del siglo XIX frenópatas franceses como Brierre de Boismont (1797-1881)⁴⁵, que había sido el primero en introducir el baño prolongado en la práctica frenopática, u otros como Falret (1794-1870), Morel (1809-1873), o Leuret (1797-1851) habían publicado diversos estudios sobre la hidroterapia. De hecho Leuret, apostó por la hidroterapia, no sólo por su utilidad terapéutica por las propiedades del agua, sino como medio de tratamiento moral (medida terapéutica surgida en la primera mitad del siglo XIX) coercitivo para los pacientes psiquiátricos⁴⁶.

Ya en el siglo XX, Enrique Fernández Sanz, que permaneció trabajando en la institución de Leganés hasta 1936, había abordado la hidroterapia como medida terapéutica para los enfermos mentales en varios trabajos⁴⁷. Este neuropsiquiatra otorgaba un lugar destacado a las medidas psicoterapéuticas y a los agentes físicos, señalando que los remedios farmacológicos, aunque útiles, «habrán de ser siempre muy discretamente empleados, reducidos a una misión episódica y completamente secundarios»⁴⁸. Así pues, durante la estancia del que fuera vicepresidente del Consejo Superior Psiquiátrico en Leganés, aparecen dos casos, en los que se recomiendan duchas frías o templadas y baños relajantes. Estos fueron aplicados a una paciente diagnosticada de esquizofrenia, y a otro de demencia senil, sin embargo no hay referencias sobre la frecuencia de aplicación o los resultados obtenidos después de dicho tratamiento. Si bien las anotaciones halladas en las historias son escasas, cabe suponer, por otros documentos del Archivo, que la hidroterapia era una opción terapéutica manejada por los facultativos de la época en el tratamiento de los asilados del Manicomio de Leganés. De hecho el propio jefe facultativo se quejó ante el administrador del Manicomio, en julio de 1934, de diversas deficiencias estructurales del Manicomio, entre ellas el abastecimiento de agua:

«...que desde hace tiempo no pueden aplicarse a los enfermos los necesarios tratamientos hidroterápicos, por la total carencia de agua suficiente para dotar estos servicios, que creo es natural no favorece en nada el estado de los enfermos que precisan sobre todo en estados de agitación de tales tratamientos, a parte de lo desatendidos que se en-

⁴⁵ Sobre el autor podemos consultar en la actualidad: POSTEL, J., QUETEL, C. (Compil.) (1993), *Historia de la psiquiatría*, México, Fondo de Cultura Económica.

⁴⁶ Sobre la obra LEURET, F. (1840), *Du traitement de la folie*, París, Baillièrè., y otros aspectos de la hidroterapia y tratamiento moral se puede consultar en HUERTAS, R. (2004), *El siglo de la clínica*, Madrid, Frenia, pp. 201-227.

⁴⁷ FERNANDEZ SANZ, E. (1920), La hidroterapia en las psiconeurosis, *Siglo Médico*, 67, 449-451.

⁴⁸ FERNÁNDEZ SANZ, E. (1926), El aislamiento y la reclusión de los enfermos neuróticos y psiconeuróticos, *Siglo Médico*, 3811, 621-624.

cuentran los servicios higiénicos del Establecimiento, con el consiguiente peligro en cuanto al desarrollo de cualquier enfermedad infecciosa se refiere...»⁴⁹.

Las dificultades para el abastecimiento de agua al establecimiento psiquiátrico habían sido un problema desde la fundación de la institución y generaron demandas continuas al Ayuntamiento de Leganés. Esta deficiencia se pretendió subsanar entre noviembre de 1932 y agosto de 1934, época en la que se solicitó la adecuación del alcantarillado y el aporte de agua, suplida por un contrato de suministro de agua potable al Manicomio Nacional de Santa Isabel⁵⁰.

Si bien en los textos psiquiátricos más utilizados en la posguerra como el ya citado de Vallejo, se definía en que consistían los métodos de hidroterapia: «en baños simples, baños frío prolongados, baños calientes prolongados, baños de inmersión por sorpresa, baños por aspersión, las duchas con agua fría o caliente o chorro a presión, las afusiones, la envoltura húmeda sabana termógena o envoltura de Kraepelin»⁵¹, a partir de 1936, no volvemos a encontrar indicaciones de este tipo de tratamiento, ni durante la Guerra Civil, ni en los años posteriores a la contienda.

3.4. Piroterapia

De las nuevas terapéuticas somáticas que aparecieron en las primeras décadas del siglo XX, el caso más emblemático lo constituye el de Julius von Wagner-Jauregg, galardonado con el Premio Nobel de Medicina en 1927, por la aplicación de la malarioterapia a la parálisis general progresiva (sífilis parenquimatosa cerebral o último estadio de la sífilis)⁵². Dicho autor, basándose en la supuesta mejoría que los procesos infecciosos provocarían en determinadas enfermedades mentales, inculó diversas sustancias en enfermos psiquiátricos graves, entre las que se hallaba la introducción de sangre de pacientes afectados de paludismo en paralíticos generales. Así, en 1887, planteó la inoculación de diversos agentes que provocaban picos febriles en pacientes psicóticos, observando que algunos de ellos se curaban después del proceso febril. Tras probar con la inoculación de la erisipela, fiebre recurrente, tuberculina, y paludismo, se decantó por este último por ser más seguro y eficaz. Dicho método, que consistía en la inoculación de parásitos de la malaria en el sujeto, para provocar

⁴⁹ Carta del Jefe Facultativo al Administrador del Manicomio de Leganés, con fecha del 11 de julio de 1934; conservada en el Archivo Histórico del Manicomio de Leganés, formando parte de diverso material no clasificado.

⁵⁰ El día 1.08.1934 se realizó una cesión de sesenta metros cúbicos, según documentos hallados en el Archivo Histórico del Ayuntamiento de Leganés, año 1932; año 1933 (nº 6, nº 12) y año 1934 (nº 4, nº 11).

⁵¹ VALLEJO NAJERA (1940), pp. 140-141.

⁵² BROWN, E. M. (2000), Why Wagner-Jauregg won the Nobel Prize for discovering malaria therapy for General Paresis of the insane?, *History of Psychiatry*, 11(4), 371-382.

fiebres recurrentes; fue en 1918 indicado también para la demencia precoz, tras introducirlo como tratamiento de la parálisis general progresiva.

Paralelamente a las impulsaciones que fueron masivas en algunas instituciones manicomiales vienesas y de escasa asimilación en España⁵³, salvo en algunas instituciones como el Manicomio de Ciempozuelos donde se realizaron numerosas terapias administrando sangre de enfermos de malaria⁵⁴, se estaban utilizando otros métodos de piretoterapia. Estas fueron aplicadas durante las primeras décadas del siglo y generaron, junto con las paludizaciones, numerosa literatura psiquiátrica nacional⁵⁵. Los diferentes métodos piretoterápicos tanto químicos, físicos como biológicos, intentaban transformar un proceso tórpido, insidioso y crónico, en otro agudo, que pudiera mejorar y remitir. Estas alternativas terapéuticas tenían como objetivo inducir fiebre con diferentes tipos de sustancias, solas o en combinación (neomicina, neoflojetán, neosaprovitán, bismuto, Sulfosin Leo), en los pacientes psiquiátricos para obtener mejoría de la psicopatología después de los picos febriles⁵⁶. Entre los agentes de origen químicos, se encontraban los abscesos de fijación de trementina a través de una inyección subcutánea de 0,5 a 2 c.c. en la región glútea que producía una reacción general de hiperpirexia, leucocitosis, aumento de VSG, intenso dolor e impotencia funcional que causaba al enfermo permanecer acostado por lo que se usaba en estados de agitación psicomotriz.

En Leganés, los facultativos Aurelio Mendiguchía, Enrique Fernández Méndez y Antonio Martín-Vegue mostraron su interés en dichos tratamientos, como podemos comprobar a través de un artículo publicado en 1930⁵⁷. En este estudio de ocho pacientes —seis hombres y dos mujeres—, diagnosticados de demencia precoz seis

⁵³ VILLASANTE, O. (2003), La malarioterapia en el tratamiento de la Parálisis General Progresiva: Primeras experiencias en España, En FUENTENEbro, F., HUERTAS, R., VALIENTE, C. (Eds.), *Historia de la psiquiatría en Europa. Temas y tendencias*, Madrid, Frenia, pp. 175-188.

⁵⁴ Puede consultarse la experiencia en: VALLEJO-NAGERA, A., GONZÁLEZ PINTO, R. (1927), *Nuestra experiencia clínica sobre la malarioterapia en la Parálisis General progresiva*, Madrid, Imprenta del sucesor de Enrique Teodoro. Bibliografía más actual que se puede consultar: LOPEZ DE LERMA, DIAZ (1991).

⁵⁵ Por citar sólo algunos, respecto a la Piretoterapia, encontramos artículos como: VALLEJO NAGERA, A. (1928), Valor curativo de la piretoterapia en las esquizofrenias, *Medicina Ibero*, 22, 57-60. VALLEJO NAGERA, A. (1928), Piretoterapia de la demencia precoz con; *Siglo medico*, 83, 778-781. VALLEJO NAGERA, A., ÁLVAREZ NOUVILLAS, P. (1928), Piretoterapia en la alucinosis esquizofrenia; *Archivos de Neurobiología*, 8 (6), 273-288. VILLACIAN REBOLLO, J. M^a. (1929), Piretoterapia por vacuna, *Med Ibero*, 23, 97-99. Sobre las Paludizaciones aparecen textos como: ÁLVAREZ SAINZ DE AJA, E. (1928), Parálisis general y paludización, *Ecos Española dermatofisiografía*, 4, 341-347. VALLEJO NAGERA, A., GONZALEZ PINTO, R. (1930), Paludización terapéutica en pacientes epilépticos, *Archivos de Neurobiología*, 10 (1), 138-146.

⁵⁶ PÉREZ L.-VILLAMIL, J. (1931), *Esquizofrenia. La piretoterapia no malárica en diversas formas de Esquizofrenia. Estudio de las reacciones de la microglía a variados agentes piretoterápicos*, Santiago, Establecimiento tipográfico Faro de Vigo.

⁵⁷ MENDIGUCHIA, A., MARTIN-VEGUE, A., FERNÁNDEZ MÉNDEZ, E. (1930), La piretoterapia con el azufre en el tratamiento de la psicosis, *Medicina Ibero*, 24, 205-207.

de ellos y dos de parálisis general progresiva, a los que les aplican como tratamiento sulfosina por vía intramuscular como tratamiento. En los años de nuestro estudio durante los cuales permanecían los citados facultativos en el manicomio, coincidiendo con el auge de estos tratamientos, cinco pacientes —todos diagnosticados de sífilis— fueron sometidos a métodos piretoterápicos, excepto uno de ellos, los cuatro restantes fueron tratados en combinación de varias sustancias piretoterápicas. A dos de ellos le aplicaron malarioterapia, además de otros agentes como el Sulfosin Leo, Neo y Bismuto. Los otros tres pacientes fueron tratados con Sulfosin Leo, Neo y Bismuto (a uno de ellos se le aplicó únicamente Sulfosin), con el fin de obtener mejoría de la clínica psiquiátrica después de los picos febriles. La sustancia denominada «Neo» fue utilizada siempre con pacientes sífilíticos alternando⁵⁸, a veces, con vitaminas. El Sulfosin Leo, utilizado en los cinco casos, era un aceite azufrado estéril que se inyectaba generalmente de 8 a 10 veces espaciadas entre sí varios días, comenzándose con una dosis de 1cc que se incrementaba 1cc progresivamente hasta alcanzar generalmente los 10 cc. y temperaturas de 40° C. Es curioso que en uno de los pacientes en los que se utilizó dicho compuesto se pidiera autorización a la familia para el tratamiento, cuestión ciertamente novedosa en la época⁵⁹. Otra sustancia utilizada en el manicomio para generar picos de fiebre fue el Bismuto⁶⁰. Del mismo modo que ocurría en los dos internos tratados con paludización, tampoco existe un registro de la evolución del paciente durante estos tratamientos, recogiendo sólo en alguna ocasión la información en medias cuartillas sin siquiera el membrete oficial de la institución. A pesar del posible riesgo de contagio de la malaria en una institución cerrada no hemos encontrado recogida ninguna alusión a medidas de seguridad específica como el aislamiento, una estrecha vigilancia médica, la dosis de quinina o el día que dicha prescripción se llevase a cabo⁶¹.

En los años de la contienda se administraron métodos piretoterápicos complementarios a otros tipos de tratamientos en cuatro pacientes, cuyos diagnósticos eran de psicosis maniaco depresiva, esquizofrenia, epilepsia genuina, y «alucinaciones alcohólica por intoxicación», sin que en ellos conste tampoco ningún registro.

⁵⁸ No aparece especificado en el texto el fármaco al que se alude con dicha nomenclatura. Según la literatura consultada podría referirse a cualquiera de los siguientes, empleados en la época para la piretoterapia: neomicina, neoflojetán o neosaprovitán. También podría corresponder a derivados arsenicales como el salvarsan o neosalvarsan.

⁵⁹ Historia clínica n° 1020.

⁶⁰ RODRÍGUEZ LAFORA, G. (1926), El tratamiento intrarraquídeo de la tabes por el bismuto, *Medicina Ibera*, 20, 109-113. RODRÍGUEZ LAFORA, G. (1927), Las artropatías tabéticas y la terapéutica intrarraquídea por el bismuto, *Siglo Médico*, 79, 105-106.

⁶¹ VILLASANTE, O. (2002b), La malarioterapia en el tratamiento de la parálisis general progresiva: primeras experiencias en España, *SISO/SAUDE*, 37, 101-117.

En las historias de la posguerra, entre 1940 y 1944 se registraron doce casos de piretoterapia en los que se provocaba fiebre con abscesos de fijación mediante esencia de trementina, morfina, escopolamina, porfirina inyectable o tintura de opio en gotas. Entre los pacientes tratados por métodos piretoterápicos, tres estaban diagnosticados de sífilis, uno de psicosis maniaco-depresiva, otro de oligofrenia, otro caso de psicopatía y los restantes de esquizofrenia.

La piretoterapia, y en concreto la malarioterapia, que había sido el tratamiento más novedoso para la parálisis general progresiva en los años treinta, entró en franco declive cuando la penicilina se fue instaurando como terapia de elección para la sífilis parenquimatosa cerebral a partir de la segunda mitad de los cuarenta, y prácticamente desapareció como tratamiento psiquiátrico en el año 1951, cuando la *American Academy of Dermatology* propuso como alternativa la administración de 6 a 12 millones de unidades de penicilina para todo tipo de neurosífilis. Así ocurrió en el manicomio de Leganés, donde paralelamente a la disminución del uso de los métodos piretoterápicos para los sífilíticos, se introdujo la penicilina intrarraquídea, que fue administrada en seis casos. El primer caso de antibioterapia, por vía raquídea, fue un paciente tratado en octubre de 1945. Este tratamiento fue utilizado hasta en un total de seis internos a lo largo del período de la muestra. A juzgar por lo referido en el artículo que publicaron en 1946 el mismo Manuel Peraita, y E. Fernández-Sanz Méndez, el primero director facultativo del manicomio y el segundo médico del mismo, es más que probable que el número de prescripciones fuese menor a lo considerado por los facultativos, ya que no disponían de la suficiente penicilina intrarraquídea⁶². En dicho artículo comunicaban los resultados obtenidos en un paciente ingresado en el manicomio con diagnóstico de parálisis general juvenil, con un cuadro de demencia grave, al que le habían efectuado previamente una impaludización. Tras el fracaso de la misma, le administraron durante siete días, ciento veinte mil unidades de penicilina por vía intrarraquídea junto a quince mil unidades por vía intramuscular cada cuatro horas. Los autores nos cuentan que

«... durante este tiempo el cuadro clínico no ha experimentado ninguna modificación esencial (...) de todas maneras, la observación del caso no ha concluido...y no debemos olvidar que por falta de penicilina nos fue imposible completar el tratamiento con el segundo ciclo que prescribe GOLDMANN...»⁶³.

⁶² PERAITA, M., FERNÁNDEZ-SANZ MÉNDEZ, A. (1946), Sobre el tratamiento de la parálisis general progresiva mediante la administración intrarraquídea de penicilina, *Revista clínica española*, 2(20), 144-145.

⁶³ Ibid.

4. DE LA ERA DE LOS BARBITÚRICOS A LAS MODERNAS TERAPEUTICAS DE CHOQUE

4.1. La era de los Barbitúricos

Los tratamientos farmacológicos utilizados previamente a la entrada de los barbitúricos para la sedación de los pacientes fueron los Bromuros. Eran unas sustancias corrosivas y debían ser administradas como sales combinadas con potasio o sodio y su eficacia principal era en la epilepsia, aunque presentaban la desventaja que su dosis toxica estaba muy cercana a la dosis terapéutica y además de sabor desagradable. A pesar de esa limitación, tuvieron una rápida introducción en los establecimientos manicomiales debido a motivos económicos⁶⁴. No obstante, los compuestos de bromuro que habían sido utilizados como tratamiento sedante de la epilepsia histérica y de pacientes adictos a morfina y cocaína, fueron paulatinamente desterrados por su toxicidad, con la llegada de los barbitúricos al mercado.

En los años treinta, las terapias de sueño prolongado inducidas por barbitúricos, utilizadas básicamente para la sedación y el control comportamental, ocuparon un lugar preferente destacando el uso del Veronal⁶⁵. En 1903, Fischer y Mering obtuvieron el ácido dietilbarbitúrico o veronal que fue el primer hipnótico de esta familia, introducido en el mercado a principios de siglo como sedante. A partir de él, y debido a su elevada toxicidad y la larga semivida, se produjo la necesidad de realizar diversas modificaciones químicas, sintetizando, entre otros, en 1912 el fenobarbital o Luminal (al sustituir un grupo etílico por un radical fenilo) que ha permanecido hasta nuestros días. El luminal fue utilizado en la clínica psiquiátrica de la Universidad de Turín, en 1915, por Giuseppe Epifanio para lo que él denominó hipnosis farmacológica, un antecedente de las «curas de sueño», que presentó escasa resonancia internacional.

Unos años después Jacob Kläsi en 1922 puso en práctica para el tratamiento de la esquizofrenia el Somnifene. Este compuesto era una combinación de barbitúricos completamente soluble que contenía dietil dipropenilbarbitúrico de dietilamina, y que se absorbía y eliminaba rápidamente produciendo menos toxicidad que los barbitúricos previamente utilizados. Sin embargo, la primera intención de Kläsi al provocar el sueño en los pacientes esquizofrénicos, no fue sino preparar a los pacientes para una relación mejor con el médico y poder iniciar un tratamiento psicoterapéutico⁶⁶.

⁶⁴ SHORTER, E. A. (1997), *History of Psychiatry. From the era of the Asylum to the age of Prozac*, USA, John Wiley & Sons, Inc.

⁶⁵ MUÑOZ, S. (2006), El psicofármaco en el periodo contemporáneo, En LÓPEZ- MUÑOZ, F., ÁLAMO, C., (directores), *Historia de la psicofarmacología*, Madrid, Panamericana edit., pp. 131-177.

⁶⁶ En los años veinte en España, varios trabajos fueron publicados sobre el uso de la narcosis prolongada en una misma revista Medicina Ibero, por dos médicos reconocidos del momento, en el que discutían y se contestaban sucesivamente a planteamientos contrarios sobre el uso de dicha técnica. RODRIGUEZ LAFORA, G (1924a), Sobre la narcosis prolongada por el Somnifene en psiquiatría, *Medicina Ibero*, 18 (2), 1157-1159.

En el Manicomio de Leganés la administración de tratamientos farmacológicos con fines sedativos ocupó un lugar importante dentro de las diversas opciones terapéuticas⁶⁷.

En las historias clínicas abiertas durante la Segunda República⁶⁸, hemos encontrado que a 15 de los 93 pacientes ingresados se les administraron tratamientos farmacológicos. Entre los diferentes sustancias sedantes pautadas estaban el Hidrato de cloral y diversos tipos de Bromuros. El Bromuro potásico o la Bromidia, hipnótico compuesto por bromuro de potasio, cloral hidratado, extracto de cáñamo indio, extracto de beleño y agua destilada), el Solganal — un tipo de sales de oro, compuesta por aurotioglucosa — y Tintura de valeriana.

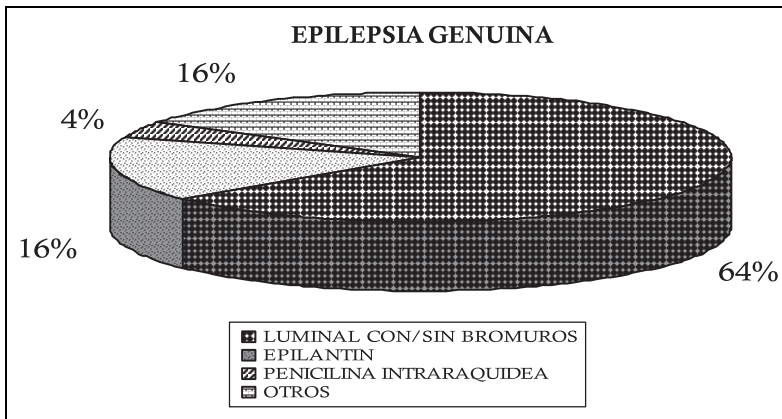


Figura 5. Tratamientos farmacológicos administrados en la Epilepsia genuina en el total del periodo de estudio.

RODRIGUEZ LAFORA, G. (1924b), La terapéutica por el sueño prolongado en psiquiatría, *Medicina Ibera*, 18(2), 1061-1063, p. 1061. VILLAVERDE Y LARRAR, J. M., (1924), La narcosis continua de Klassi y sus aplicaciones terapéuticas, *Medicina Ibera*, 18, 1052-56. VILLAVERDE Y LARRAR, J. M. (1925), Sobre la narcosis continua por el Somnifene en psiquiatría, *Medicina Ibera*, 19, 53-58. Sobre el autor, VILLASANTE, O., REY, A., MARTÍ BOSCA, V (2008), Villavarde, ese desconocido, *Medicina e Historia*.

⁶⁷ CRESPILO CALLEJA, J. M. (1986), *El fármaco como alternativa terapéutica de la enfermedad mental en el Hospital Psiquiátrico Santa Isabel de Leganés, durante el primer siglo de actividad asistencial: 1852-1951*. Tesis doctoral de la Facultad de Farmacia. Universidad Alcalá de Henares. MOLLEJO, E., DEL CURA, M., HUERTAS, R. (2004), La práctica clínica en el manicomio de Leganés (1852-1936). Primera aproximación al estudio de sus historias clínicas. En MARTÍNEZ- PÉREZ, J., PORRAS, M.I, SAMBLÁS, P., DEL CURA, M. (Coord.), *La medicina ante el nuevo milenio: Una perspectiva histórica*, Cuenca, Ediciones de la Universidad de Castilla-La Mancha, pp.149-162.

⁶⁸ TIERNO, R, VILLASANTE, O, VÁZQUEZ DE LA TORRE, P. (2007), La reforma psiquiátrica durante la Segunda Republica en el manicomio Nacional de Leganés. En CAMPOS, R., MONTIEL, L., HUERTAS, R., (Coord.), *Medicina, Ideología e historia en España (siglos XVI-XXI)*, Madrid, CSIC, pp. 329-345.

Los compuestos farmacológicos fueron la opción terapéutica más utilizada durante la guerra civil (ocho tratamientos farmacológicos de los 15 casos en los que se recoge algún tipo de opción terapéutica). El Luminal se aplicó en dos pacientes como tratamiento para la epilepsia, y suero glucosado para el vómito en una paciente diagnosticada de histeria. En otro paciente diagnosticado de psicosis aguda y proceso tífico se indicó purgante y 10 cgr piramidón cada 4 horas⁶⁹. En la posguerra dichas medidas farmacológicas se pautaron a 38 pacientes. De manera aislada se dieron a 33 ingresados, y asociado a otras medidas terapéuticas a cinco pacientes. El fin principal era la sedación de los pacientes, y los más utilizados fueron el Bromuro potásico y el Luminal (a 20 pacientes, la mayoría de ellos diagnosticados de epilepsia genuina), tanto en administración conjunta (once casos) como por separado (cuatro y cinco casos respectivamente)⁷⁰. Del total de pacientes tratados con fármacos durante los tres periodos, tan sólo fueron dados de alta por curación o remisión total tan sólo cuatro.

Durante el total del periodo estudiado, las medidas farmacológicas tuvieron un papel central en el tratamiento de las enfermedades mentales, siendo los casos diagnosticados de Epilepsia Genuina los que con más frecuencia recibían fármacos, como el Luminal y los bromuros (Figura-5).

4.2. Choque cardiazólico

Uno de los acontecimientos relevantes en el campo de la terapéutica en los años treinta se produjo con el psiquiatra Ladislaus Joseph von Meduna (1896-1964), al observar, en 1934, los cambios que el cerebro sufría al intoxicarse con alcanfor o saturnismo⁷¹. Observó que la esquizofrenia mejoraba en pacientes diagnosticados de epilepsia cuando presentaban cuadros convulsivos para lo que supuso un antagonismo biológico entre la esquizofrenia y la epilepsia. Poco después este psiquiatra húngaro, en 1937, amplió sus estudios con pacientes diagnosticados de psicosis maniaco depresivas. Sin embargo, el alcanfor tenía el inconveniente de provocar vómitos y dolores musculares en los pacientes tratados; por lo que tras experimentar con varias sustancias, se decidió finalmente por el Cardiazol. La administración de dicha sustancia consistía en una dosis de 1 cc de solución al 10% por Kg. hasta un máximo de 3 g. inyectado en vía endovenosa rápida, sin superar las 20 o 30 aplicaciones.

⁶⁹ VILLASANTE, O., VÁZQUEZ DE LA TORRE, P., TIerno, R. (en prensa), La guerra civil en el hospital psiquiátrico de Leganés: aproximación a la población manicomial. En MARTÍNEZ-PÉREZ, J., et al., *La locura y su gestión: conocimiento, prácticas y escenarios*, Ediciones Universidad de Castilla-La Mancha.

⁷⁰ CONSEGLIERI, A., VILLASANTE, O., DEL CURA, I. (2007), El manicomio nacional de Leganés en la posguerra. Aspectos organizativos y clínicos asistenciales. En CAMPOS, R.; MONTIEL, L.; HUERTAS, R. (Coordinadores). *Medicina, ideología e historia en España (siglo XVI-XXI)*, Madrid, CSIC, pp. 555-568. CONSEGLIERI, VILLASANTE (2007).

⁷¹ FINK (1984), pp. 1034-1041.

Estos tratamientos de choque cardiazólico entraron en auge en la década de los cuarenta, junto con el coma insulínico, el electrochoque, y la leucotomía⁷², que luego detallaremos, a pesar de las dificultades para su entrada debido a la guerra, y el posterior aislamiento del país. Prueba de ello es la abundante literatura que apareció en los primeros años de los cuarenta, dedicada a estas alternativas terapéuticas, a veces con descripciones de una sola técnica, como en el caso del Cardiazol⁷³, y otras veces con trabajos comparativos tras la administración conjunta de varias de las novedosas terapias⁷⁴. Gran parte de los trabajos, casi todos publicados en la revista *Actas Luso Españolas de Neurología y Psiquiatría*, consistían en mostrar los resultados y la efectividad del tratamiento, concluyendo, generalmente, que se precisaban muestras más amplias y mayor tiempo de observación de resultados para confirmar las mejorías y remisiones. Son trabajos donde solían presentar una serie de casos a los cuales le habían aplicado dicho tratamiento; tal es la publicación del Dr. Villacian donde expone los resultados de 35 enfermos después de un primer año de tratamiento 1938 con cardiazol en el Manicomio Provincial de Valladolid⁷⁵. Del mismo modo los facultativos del Establecimiento Psiquiátrico Provincial de Jaén describieron el uso del Cardiazol en más de un centenar de pacientes durante un año y medio de tratamiento⁷⁶.

Atendiendo a la muestra del Manicomio de Leganés, con la excepción de un paciente que fue ingresado en noviembre de 1934, dicho tratamiento fue aplicado en los pacientes nuevos que ingresaron a partir de 1940. De éstos, ya hemos mencionado anteriormente que fueron 173 casos los tratados, y entre estos casos 15 pacientes recibieron terapia con choque cardiazólico, en nueve casos como único tratamiento,

⁷² LOPEZ DE LERMA, DIAZ (1991), pp. 178-181, 228-235. Estos autores repasan los tratamientos administrados en el Manicomio de Cienpuzuelos en la primera mitad del siglo XX, planteando además, que en la década de los cuarenta, la incorporación de las terapias de choque en dicho establecimiento permitieron aumentar el número de altas hospitalarias y así reducir la vida asilar en los manicomios.

⁷³ SABATER, A. (1940), Sobre la erotización del cardiazol. *Actas Luso Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 1, 241-242. MASA DOMINGO, C. (1941), Correlaciones fisiopatológicas en la cardiazolterapia convulsionante, *Actas Luso Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 2, 181-200. CORDOBA, J.; MARTI GRANELL, A., PIJEN, J. M. (1942), Crítica de los resultados de la cardiazolterapia en la psicosis. *Actas Luso Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 3, 278-280.

⁷⁴ GONZALEZ PINTO RODRIGO., FERNANDEZ VILLANUEVA, L., OLANO LLEREGUI, V., IZAGUA GOICOECHEAUNDIA, L., PAREDES, N. (1942), Nuestra experiencia en el empleo del cardiazol y de la insulina en las psicosis. *Actas Luso Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 3, 203-9. MARCO MERENCIANO, F. (1942), Estudio comparado de las esquizofrenias por el cardiazol y el electrochoque. *Actas Luso Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 3, 214-216. VILLACIAN REBOLLO, J. M^a., PEREZ GARCIA, A., CORRAL, L. M^a., GALLEGO, M. (1942), Resultados comparativos del tratamiento de la psicosis de la insulina con el cardiazol, *Actas Luso Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 3, 198-203.

⁷⁵ VILLACIAN REBOLLO, J. M^a., SANCHEZ GARCIA, A. (1940), Un año de cardiazolterapia, *Actas Luso Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 1, 60-8.

⁷⁶ GUTIERREZ HIGUERAS, J. P., CAMY SANCHEZ-CAÑETE, P. (1942), Experiencias recogidas con el método terapéutico de Von Meduna, *Actas Luso Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 3, 217-233.

y en el resto, asociado a sakel y electrochoque. En su mayor parte eran internos diagnosticados de esquizofrenia, sin que hallamos encontrado diferencias entre la aplicación del tratamiento por sexo.

4.3. Coma insulínico

En el año 1935, el austriaco Manfred Sakel (1900-1957) utilizó la insulina en la abstinencia de la morfomanía, observando que, a dosis elevadas, aparecía un cambio en el carácter de los pacientes⁷⁷. De este modo, estudió la utilización de insulina como terapia de choque en pacientes esquizofrénicos. La técnica clásica consistía en 4 fases: la primera se daba dosis crecientes de insulina hasta conseguir el primer choque hipoglucémico, en la segunda se producían intensos choques hipoglucémicos, en la tercera fase se intercalaban días de descanso con días de choque, y en la cuarta se iba disminuyendo las dosis de insulina. El tratamiento duraba entre 3 y 6 meses, oscilando la dosis entre 24 y 300 U, considerando el fin de la terapia los cambios conductuales en el sujeto. Posteriormente aparecieron modificaciones a la técnica de Sakel como la técnica de kraulis o choque prolongado, y técnicas combinadas de diferentes terapias de choque con fármacos, como una combinación entre la cura de Sakel y el Cardiazol, en estupores catatónicos⁷⁸.

Como hemos reflejado anteriormente con el caso de la cardiazolterapia, durante la inmediata posguerra, aparecen una serie de artículos referentes a las indicaciones de la cura de Sakel⁷⁹. Autores como Villacian en el manicomio provincial de Valladolid o González Pinto en el sanatorio psiquiátrico de Santa Águeda en Mondragón, expusieron su experiencia tras tratar a pacientes esquizofrénicos conjuntamente con la cura de Sakel y el cardiazol. Ambos autores, desde diferentes trabajos, coinciden en la necesidad de aplicar dichas métodos en pacientes con pocos años de evolución de la enfermedad⁸⁰. Este tratamiento en el que se inducía un coma insulínico para el

⁷⁷ JAMES (1992).

⁷⁸ En VALLEJO NAJERA (1940) se establecían indicaciones para la insulino-terapia en pacientes agitados resistentes al Cardiazol, en estados paranoides y angustia. En España SARRÓ (1940), fue el primero en usarla en 1936, aconsejando su uso en combinación con la psicoterapia.

⁷⁹ VELA DEL CAMPO, L., VEGA, P. DE LA. (1941), Complicaciones tardía en los tratamientos de Sakel y Meduna, *Actas Luso Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 2, 46-51. FERNANDEZ GONZALEZ, J. (1942), Aportación clínica a los tratamientos de Sakel y Von Meduna, *Actas Luso Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 3, 239-244. GONZALEZ PINTO, FERNANDEZ, OLANO, IZAGUA, PAREDES (1942), pp.203-9. GONZALEZ PINTO RODRIGO., IZAGUA GOICOECHEAUNDIA, L. (1942), Complicaciones más comúnmente observadas en los tratamientos de cardiazol e insulina; *Actas Luso Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 3, pp. 209-215. VILLACIAN, PEREZ GARCIA, CORRAL GALLEGO (1942), pp. 198-203.

⁸⁰ VILLACIAN REBOLLO, PEREZ GARCIA, CORRAL, GALLEGO (1942), pp. 198-203. GONZALEZ PINTO, FERNANDEZ, OLANO, IZAGUA, PAREDES (1942), pp. 203-9.

alivio de los síntomas de la esquizofrenia fue otra de las opciones terapéuticas utilizadas en el Manicomio de Leganés, convirtiéndose a partir de 1944 (año en el que se introdujo en dicho establecimiento) en un tratamiento frecuentemente utilizado para la esquizofrenia.

En nuestra muestra, si tenemos en cuenta los pacientes que ingresan durante los tres periodos en conjunto, la técnica de Sakel se usa en 28 pacientes de los 303 que reciben algún tipo de tratamiento durante los años del estudio. La proporción, si tomamos los tres periodos independientes es, de un paciente que ingresa durante la República, otro en la guerra, y los demás durante los años cuarenta; siendo todos ellos pacientes esquizofrénicos.

La técnica de Sakel, aunque se podía administrar como tratamiento aislado (9 casos entre los años 1945-1948, y sin diferencia significativa entre hombres y mujeres), generalmente se realizaba junto al electroshock, (en 17 casos de los 28 tratados con Sakel), desde la llegada de dicha técnica al manicomio en 1944, y durante la segunda mitad de los años cuarenta. Del total de pacientes tratados y que fueron dados de alta, tan sólo seis recibieron el alta por curación o remisión total de los síntomas, tres de ellos después de administrarles la técnica de Sakel aisladamente, y los otros tres tras recibir insulino-terapia conjuntamente con electrochoque.

4.4. Electrochoque

Los psiquiatras italianos Ugo Cerletti (1877-1963) y Lucio Bini diseñaron en 1938 una técnica para la aplicación de descargas eléctricas en humanos, basada en la inducción de convulsiones en animales practicada desde finales del siglo XIX⁸¹. Ambos psiquiatras desarrollaron este método eléctrico para provocar convulsiones y tratar de evitar los inconvenientes del choque cardiazólico o insulínico. Para ello, intentaron depurar la técnica controlando variables como el voltaje, la intensidad, y la duración de las descargas. De todos modos no fue hasta 1952, con la introducción de los relajantes musculares, cuando se consiguió disminuir uno de los principales inconvenientes: el número de fracturas que producía la aplicación de esta técnica⁸². Se administraba un voltaje de entre 80 a 90 voltios, con una intensidad de 300 a 600 amperios durante 2 décimas de segundo, midiendo previamente la resistencia de la calota craneal del sujeto en ohmios, y ajustaban el voltaje para provocar una convulsión tónico-clónica generalizada. Las sesiones eran días alternos y la duración del tratamiento no superaba las 20 sesiones.

En España la primera publicación teórica que apareció sobre dicha técnica fue realizada por Marco Merenciano, director del Manicomio Provincial de Jaén, en

⁸¹ CERLETTI, U. (1950), Centro de estudio sobre la fisiopatología del electrochoque. Actividad desarrollada de marzo de 1947 a marzo de 1948, *Revista de Psicología General y Aplicada*, 5 (14), 335-343.

⁸² BERRIOS (1997).

1940⁸³, si bien fue A. Vidal Prieto el primero en describir una aplicación práctica⁸⁴. A partir de entonces la publicación de una serie de trabajos comparando las diferentes terapias convulsionantes como el cardiazol o coma insulínico, con el electrochoque ayudó a su divulgación. Tal es el caso de Marco Merenciano que, en 1942, en uno de sus trabajos publicados en *Actas Luso Españolas de Neurología y Psiquiatría* realizó una comparativa del tratamiento con cardiazol y con electrochoque, refiriendo textualmente: «Vemos en el electrochoque ventajas de índole técnica, pero no de eficacia. El Cardiazol, parece obligar más al psiquiatra a realizar el procedimiento personalmente, lo que facilita la psicoterapia. (...), La sencillez de electrochoque, aunque despersionaliza la labor del psiquiatra, es excelente y económico para el tratamiento sanatorial»⁸⁵. En ese mismo número de la revista, Prieto Vidal, médico del Sanatorio Psiquiátrico de Palencia, aportó conclusiones similares a sus colegas sobre el uso del electrochoque⁸⁶.

La primera aplicación en el Manicomio de Leganés no se hizo efectiva hasta tres años después, en 1944. En nuestro estudio, tomando una vez más como referencia a todos los pacientes que ingresan desde 1931 hasta 1952, se utilizó en 99 pacientes de los 303 que recibieron tratamientos, siendo así la principal y más frecuente opción terapéutica utilizada en manicomio. Si bien fue utilizado durante la década de los cuarenta, de los 99 casos, dos habían ingresado previamente a 1936 y otros dos durante la guerra. El electrochoque se utilizó aisladamente en 73 pacientes; conjuntamente con la cura de Sakel en 18 casos y asociado a otras aplicaciones en 8 pacientes. De todos los pacientes que recibieron tratamientos, cinco fueron dados de alta por curación o remisión total de los síntomas tras ser tratados con electrochoque de manera aislada, y otros tres conjuntamente con la cura de Sakel. Estas altas no permiten valorar la efectividad del tratamiento, ya que ni son significativamente más frecuentes que en los pacientes no tratados, ni se puede establecer una relación temporal de la técnica terapéutica y la salida de la institución.

⁸³ Marcos MERENCIANO, F., RUIS VIVÓ, J. M. (1940), El electroshock en psiquiatría, *Acta Luso Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 1 (3-4), 193-8.

⁸⁴ PRIETO VIDAL, A. (1941), La convulsión eléctrica como tratamiento en psiquiatría (Primeros ensayos), *Semana Médica Española*, 115, 591-602. Vallejo Najera hace referencia a estas dos publicaciones en 1944, valorando positivamente su uso en la esquizofrenia. Véase en DUALDE BELTRAN (2004).

⁸⁵ MARCO MERENCIANO, F. (1942), Estudio comparado de las esquizofrenias por el cardiazol y el electrochoque, *Actas Luso Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 3, 214-216.

⁸⁶ PRIETO VIDAL, A., LOPEZ SANZ, I., RIO, A. (1942), Nuestra experiencia del electrochoque con técnica propia, *Actas Luso Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 3, 281-288.

Tabla 1. Número de pacientes a los que se les administró el Electrochoque.

ELECTROCHOQUE	73
ELECTROCHOQUE+FARMACOS	1
ELECTROCHOQUE+PIRETOTERAPIA	3
ELECTROCHOQUE+SAKEL	17
ELECTROCHOQUE+CARDIAZOL	3
ELECTROCHOQUE+SAKEL+CARDIAZOL	1
ELECTROCHOQUE+LEUCOTOMÍA+FÁRMACOS	1
TOTAL	99

4.5. Leucotomía.

A las variadas terapias somáticas implantadas durante la década de los cuarenta, hay que añadir la psicocirugía o leucotomía prefrontal⁸⁷, ensayada por primera vez en 1935 por neurólogo portugués Egas Moniz (1874-1955). Partía de la hipótesis de que ciertas células neuronales corticales se hacían fijas en el cerebro, formando asociaciones entre terminaciones nerviosas de distintas células y provocando siempre el mismo fenómeno psíquico: la persistencia de ideas fijas en ciertos enfermos. Junto con el neurocirujano Almeida Lima, Moniz desarrolló dicha técnica de resección de los lóbulos frontales, conocida como lobotomía pre-frontal, y que fue muy discutida en el Congreso de Nápoles en 1938, ya que fue la técnica más arriesgada de cuantas se realizaron. La divulgación de esta cirugía fuera de Europa, la llevaría a cabo el americano Freeman, que modificó y desarrollo dicha técnica, realizando secciones más amplias de la sustancia blanca del cerebro, dándole el nombre de lobotomía⁸⁸.

Almeida Amaral, director del manicomio de Bombarda en Lisboa, ofreció una conferencia en la clínica psiquiátrica de la universidad de Zurich, que posteriormente publicó en las *Actas Luso Españolas*. En ésta exponía la técnica quirúrgica de Egas Moniz detallando el método, las complicaciones y las teorías explicativas sobre la eficacia de este tipo de cirugía. En su conferencia comienza explicando «*El método de que voy a hablaros, no pretende destruir o destronar los métodos clínicos del choque, que felizmente aumentaron nuestro arsenal terapéutico...*»⁸⁹.

⁸⁷ BERRIOS (1997).

⁸⁸ FREEMAN, W. (1948), Funciones de los lóbulos frontales según resultados de la leucotomía pre-frontal, *Actas Luso Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 7, 299-306.

⁸⁹ ALMEIDA AMARAL, N. (1946), El método quirúrgico de Moniz (leucotomía) en la terapéutica de las enfermedades mentales, *Actas Luso Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 5, 147-155. ALMEIDA AMARAL,

El interés que despertó la leucotomía en España se puede explorar en una serie de publicaciones⁹⁰; concretamente J. J. López Ibor realizó una exposición teórica sobre las indicaciones de la leucotomía. Este psiquiatra, tras utilizar dicha técnica con resultados favorables la consideraba útil para pacientes esquizofrénicos, neurosis obsesivas, psicopatías, caquexias y dolor incorregible⁹¹. En el Manicomio de Leganés existía un pequeño quirófano, probablemente organizado como parte de las reformas de las instalaciones después de la guerra⁹², donde se practicaron durante los años de la primera posguerra un total de diez leucotomías. Aplicado, a seis esquizofrénicos, tres epilépticos y un oligofrénico supuso un 6% del total de tratamientos administrados durante los años cuarenta. Sólo se ha encontrado una historia clínica en la que, tras administrar tratamiento farmacológico y electrochoque, el paciente es sometido posteriormente a una leucotomía.

A continuación aparecen desglosados los diferentes fármacos administrados en función de la clasificación Kraepeliniana (Tabla 2).

N. (1948), Resultados comparativos entre la leucotomía prefrontal de Moniz y la lobotomía de Freeman, *Actas Luso Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 7, 257-266.

⁹⁰ BARAHONA FERNANDES, H. J. (1947), Sobre la leucotomía prefrontal, *Actas Luso Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 6, 77-82. BARAHONA FERNANDES, H. J. (1948), Profesor Egas Moniz; *Actas Luso Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 7, 253-256. BARAHONA FERNANDES, H. J., POLONIO, P., GOMES, S. (1948), Estudios y psicológicos sobre la leucotomía; *Actas Luso Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 7, 274-298. STENGEL, E., CARSEL, J. (1948), Relación de los resultados de una serie de 320 casos de leucotomía prefrontal, *Actas Luso Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 7(4), 312-318. BARAHONA FERNANDES, H. J. (1949), Mecanismo de acción de la leucotomía, *Actas Luso Española de Neurología y Psiquiatría*, 8, 274-295. SARGANT, W. (1951), Leucotomía en trastornos psicósomáticos, *Actas Luso Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 10, 247-59.

⁹¹ LOPEZ IBOR, J. J. (1947), Leucotomías y lóbulo frontal, *Actas Luso Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 6, 235-240. Otro artículo sobre dicho autor publicado en dos revistas diferentes: LOPEZ IBOR, J. J. (1948), Indicaciones restringidas de la leucotomía, *Actas Luso Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 7, 307-311. LOPEZ IBOR, J. J., PERAITA, P. (1951), Indicaciones restringidas de la leucotomía en nuestra experiencia, *Revista Española de Otoneurooftalmología y Neurocirugía*, 10 (55), 187-191.

⁹² MENDIGUCHÍA, A. (1955), Algunos datos históricos del Manicomio Nacional de Santa Isabel, de Leganés, *Archivos de Neurobiología*, 18 (3), 933-944. En este trabajo publicado en los años cincuenta, escrito por Aurelio Mendiguchía como jefe facultativo del manicomio en ese momento, nos recuerda como, al finalizar la guerra civil, continuaron las obras en el manicomio para mejorar las instalaciones, estableciendo salas de tratamientos, para la práctica de insulino-terapia, electrochoque, y leucotomías. También se puede consultar, FERNÁNDEZ SANZ, A., CONDE V. (1969), *Breve historia del Hospital Psiquiátrico de Leganés*, Madrid, Ed. artes graficas p. 4. GIMENO ÁLAVA (1986).

Tabla 2. Medidas terapéuticas según los diagnósticos Kraepelinianos.

TOTAL DEL PERIODO DE ESTUDIO (1931-1952).	FARMACOLÓGICO	CARDIAZOL	SAKEL	ELECTROCHOQUE
Alt. Psq. en otras encefalopatías	1	0	0	0
Alt. Mentales en Intoxicaciones	3	0	0	0
Sífilis	13	0	0	0
Procesos ATE y regresión	5	1	0	0
Epilepsia genuina	24	1	0	1
Esquizofrenia	17	11	26	77
P.M.D.	8	2	1	12
Psicopatías	3	0	0	3
Reacciones psicógenas	2	0	0	0
Paranoia	2	0	0	0
Oligofrenia	3	0	0	5
Otros	2	0	0	0

Los diferentes tratamientos fueron, sin duda, más utilizados en los pacientes esquizofrénicos, ya que no podemos olvidar que éste era el diagnóstico más frecuente durante todo el período de estudio. Comprobamos que en el 69% de los casos se les trató con electrochoque, ya fuera de manera aislada (47%) o asociado en conjunto con otras técnicas (16% asociado a Sakel, y un 6% en combinación con fármacos).

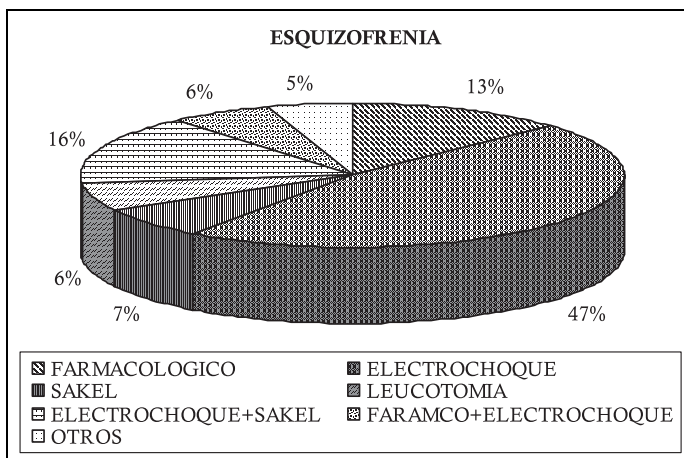


Figura 6. Medidas terapéuticas aplicadas con mayor frecuencia en pacientes esquizofrénicos.

Por otra parte, la consolidación de un modelo médico organicista-biologicista de la enfermedad mental instaurado al finalizar la guerra civil, provocó un rechazo de otras corrientes psicoterapéuticas como el psicoanálisis y la exclusión de cualquier alternativa asistencial que no fuera la de los tratamientos físicos, farmacológicos o quirúrgicos. Por otra parte, en nuestro estudio no aparecen registros sobre la administración de ningún tipo de psicoterapia⁹³, ni en la Segunda República ni durante la Guerra Civil. Tan sólo se recogen tres intervenciones psicoterapéuticas en varones diagnosticados de psicopatía. En las historias clínicas de estos tres casos, no se recoge ninguna descripción sobre el tratamiento aplicado, apareciendo únicamente una indicación general en una hoja anexa a los evolutivos donde se anota su uso.

A MODO DE CONCLUSION

Las medidas terapéuticas administradas a los pacientes del Manicomio de Leganés fueron aumentando a lo largo del periodo 1931-1952 si bien de un modo poco significativo desde el punto de vista cuantitativo. La introducción de nuevos tratamientos en la posguerra, sin embargo, si supuso un cambio cualitativo ya que hasta finalizada la contienda las descripciones en las historias clínicas sobre cuestiones terapéuticas eran pobres y escasas, enriqueciéndose en años posteriores.

En cuanto a las opciones utilizadas; durante la Segunda República, se aplicaron medidas higiénico-dietéticas, laborterapia, hidroterapia y, en un número reducido de pacientes, se administraron barbitúricos y métodos piretoterápicos. En la Guerra civil sólo hay constancia de la aplicación de medidas farmacológicas. La situación de guerra y el aislamiento posterior provocó un cierto retraso en la recepción de tratamientos como el choque insulínico, el cardiazólico o el electrochoque que se habían introducido en Centroeuropa en la década de los treinta. La aplicación de éstos, muy frecuentemente de forma asociada, en Leganés, a partir de los años cuarenta, fue casi simultánea a la aparición de las primeras publicaciones de resultados en España. Es difícil obtener cifras exactas sobre los hospitalizados que recibieron algún tipo de tratamiento, ya que a través de documentación anexa a las historias clínicas, podemos observar que el número de tratados era mayor que lo registrado en las historias. Sin duda, a partir de 1944, coincidiendo con la utilización del electrochoque, de más fácil aplicación y la misma eficacia que las terapias de choque, el coma insulínico y el choque cardiazólico comenzaron a decaer. También en el mismo año aparece el

⁹³ SARRO BURBANO, R. (1941), Valor de las nuevas orientaciones antropológicas para la psicoterapia. *Actas Luso Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 2, 163-81. CARUSO IGOR, A. (1949), Psicoterapia y religión (Psicoanálisis, síntesis existencial y valores religiosos), *Revista de Psicología General y Aplicada*, 4(12), 623-637.

primer caso de práctica de la leucotomía prefrontal y, por otra parte, por primera vez, en la posguerra, se registran anotaciones de tratamientos psicoterapéuticos.

Recibido. 17 junio 2007

Aceptado: 19 junio 2008