

J. J. Plumed Domingo¹
L. M. Rojo Moreno^{1,2}

El tratamiento de las psicosis funcionales en España a principios del siglo XX (1917-1931)

¹Servicio de Psiquiatría
Departamento de Medicina. UVEG.
Hospital Universitario La Fe
Valencia

²CIBER CB 06/02/0045 CIBERESP

El trabajo estudia la introducción de las nuevas terapias físicas en los años anteriores a la Segunda República Española. Concluye que los tratamientos físicos vigentes en la literatura internacional se introdujeron tempranamente en España y fueron puestos en práctica por parte de los psiquiatras más destacados, aunque en un escaso número de casos. Dada la crítica generalizada a la eficacia de la psiquiatría como especialidad, hubo un sesgo general a valorar positivamente la eficacia de estas terapias por parte de la nueva generación de psiquiatras españoles, que no se dio en otros países de nuestro entorno. Se opusieron a esta tendencia los psiquiatras que competían profesionalmente con aquellos, sin que la opinión de ningún grupo tuviese un apoyo empírico suficiente.

Palabras clave:
Tratamiento, psiquiatría, siglo XX, España.

Actas Esp Psiquiatr 2010;38(3):163-169

The treatment of functional psychosis in Spain at the beginning of the XX century (1917-1931)

This paper studies the introduction of the new physical therapies in the years prior to the Second Spanish Republic. It concludes that the physical treatments in force in the international literature were introduced early in Spain and were put into practice by the most important psychiatrists, although in few cases. Given the generalized criticism on the efficacy of psychiatry as a specialty, there was a general bias towards a positive evaluation of the efficacy of the physical therapies by the new generation of Spanish psychiatrists that did not occur in other countries of our setting. The psychiatrists who disagreed professionally with the above-psychiatrists opposed this tendency, there not being sufficient empirical support for the opinion of any group.

Keywords:
Treatment, psychiatry, XX century, Spain

Correspondencia:
J. J. Plumed Domingo
Servicio de Psiquiatría
Departamento de Medicina. UVEG.
Hospital Universitario La Fe
Valencia

INTRODUCCIÓN

Antes de la era farmacológica actual, a partir de las primeras décadas del siglo XX, se desarrollaron diversos tratamientos biológicos para la locura que significaron una gran esperanza terapéutica en un momento en que, en general, se consideraba que los fármacos tradicionales tenían una función limitada a la contención del enfermo¹.

El éxito inicial con el que fueron acogidos fue variable. Así mientras algunos fueron criticados inmediatamente y escasamente difundidos, otros tuvieron un enorme éxito. Sabemos que el uso y difusión de los tratamientos en psiquiatría no son constantes en todos los países y recientemente se han publicado algunos trabajos comparando las "culturas" psiquiátricas de diferentes países europeos². Este fenómeno se ha verificado desde el origen de la psicofarmacología y sigue vigente en el momento actual. De hecho, además de los logros científicos en sí, factores profesionales, culturales y económicos condicionan el éxito y fracaso con el que un determinado medio terapéutico es acogido³.

En este trabajo estudiamos la introducción de las modernas terapias farmacológicas en la psiquiatría española de los años 20 y el discurso psiquiátrico que se generó en torno a ellas. Limitamos el trabajo al período comprendido entre la aparición de las primeras publicaciones sobre este tema y el año 1931, momento en que se funda la Segunda República Española y se consolida el grupo de psiquiatras renovadores de la Escuela de Madrid.

LA PSIQUIATRÍA ESPAÑOLA DE LAS DOS PRIMERAS DÉCADAS DEL SIGLO XX

La psiquiatría española de comienzos de siglo sufría una situación lamentable, ya arrastrada desde finales del siglo anterior. La asistencia psiquiátrica estaba tanto a cargo de una red de manicomios estatales, que contaba con un escaso apoyo presupuestario y malas condiciones sanitarias, como de un sistema paralelo de manicomios privados que, aunque

tenían un mejor nivel de funcionamiento que los estatales, no pudieron suplir las deficiencias del sistema público.

En la segunda década del siglo XX apareció la Escuela de Madrid, encabezada por Rodríguez Lafora, una de las figuras más emblemáticas de la historia de la psiquiatría española⁴. Esta nueva generación de psiquiatras inició sus pasos formándose en el campo de la neurología y viajó al extranjero en su formación. Fue lógico su interés en importar las nuevas terapias físicas para el tratamiento de la locura que empezaban a desarrollarse, así como su actitud optimista en relación a la capacidad de cura de la nueva psiquiatría. Con ello pretendían reformar la actitud pesimista generalizada en la literatura médica hacia la psiquiatría, lastrada por unos manicomios inoperantes y que sostenían una función predominantemente custodial.

A principios de la década de los años veinte, los diagnósticos de esquizofrenia y demencia precoz eran los más utilizados en España a la hora de clasificar la locura⁵. Lógicamente, el peso de las medidas terapéuticas que iban a introducirse en nuestro país estaba orientado al tratamiento de esta enfermedad y, en menor medida, a la psicosis maníacodepresiva.

Hubo una tendencia en la literatura médica a desconsiderar el concepto de psicosis de Kraepelin y aceptar progresivamente el de Bleuler⁶. Entre otras razones, la descripción y estudio de Bleuler de los cuadros leves estimulaba la confianza en la cura y extendía la terapéutica de las psicosis a un amplio grupo de pacientes que tendrían una mejor respuesta⁷. No olvidemos que los postulados de Bleuler partían de la defensa de un modelo de psicosis en que la enfermedad tenía como sustrato una causa orgánica⁸. De hecho, en España, independientemente del interés por el nuevo modelo psicodinámico, el organicismo fue un postulado básico que se mantuvo desde principios de siglo, que se ha relacionado como una consecuencia de la aspiración de la psiquiatría de acercarse profesionalmente al resto de especialidades médicas⁹. Lógicamente, las terapias físicas ocuparon un papel central en el tratamiento de las psicosis.

A partir de la segunda década del siglo se fueron incorporando las nuevas terapéuticas psiquiátricas, que fueron introducidas y discutidas en la literatura psiquiátrica. Vamos a considerar las más significativas:

PIROTERAPIA

Reacción leucogénica mediante nucleinatos

Desde las primeras décadas del siglo, el prestigio creciente de la inmunología y el éxito de la teoría infecciosa facilitaron la aparición en psiquiatría de lo que Noll ha denominado el paradigma inmunológico, según el cual la psicosis sería consecuencia de una reacción autotóxica del organismo¹⁰. Este postulado teórico justificaba la aplicación de métodos terapéuticos destinados a frenar esa supuesta reacción autoinmune, que más tarde se probaría errónea.

En países como Estados Unidos varios autores utilizaron métodos quirúrgicos, mediante los que extirpaban órganos (apéndice, dientes) que supuestamente eran responsables de dicha reacción inmune. Como ejemplos significativos tenemos la experiencia de Henry Cotton en el manicomio de Trenton¹¹ o las experiencias de Taylor Holmes en Chicago¹². En España dichos tratamientos fueron conocidos, aunque se criticaron en la literatura tanto por su falta de eficacia probada como por los efectos traumáticos que podrían causar¹³⁻¹⁵.

Basado en estos presupuestos teóricos, Rodríguez Lafora¹⁶ introdujo en España el uso de la reacción leucogénica en el tratamiento de la esquizofrenia mediante nucleinatos. Este tratamiento fue iniciado por Donath en 1913, en una comunicación en la que hablaba de un 53% de remisiones¹⁵. El método consistía en la administración de 5 cm³ de una solución de nucleinato de sosa al 5%, cacodilato al 3% y suero glucosado al 10%¹⁷. Consideró el tratamiento como un medio específico consecuencia del conocimiento de la verdadera patogenia de la esquizofrenia, el proceso autotóxico defendido por Kraepelin. Para Rodríguez Lafora, esto inauguraba una nueva era en la terapéutica, en la que la psiquiatría contaba con medios específicos para tratar la enfermedad mental como consecuencia del avance en el conocimiento de la fisiopatología de la enfermedad, frente a los medios sintomáticos antiguos. Aunque reconocía que los aspectos psicógenos modulaban el proceso morboso, el eje del tratamiento era la intervención farmacológica. Se trataba de un modelo optimista, cuya eficacia consideraba y negaba la posibilidad de que las supuestas curaciones no se tratasen sino de remisiones espontáneas, cuestión defendida por otros autores⁵. Sin embargo, nos encontramos que en centros privados tan relevantes como el Sanatorio de Lafora se utilizaba como parte del protocolo de actuación ante el paciente psicótico de forma generalizada¹⁸.

A finales de la década de los años 20, el método perdió prestigio en la literatura, probablemente por la aparición de nuevas técnicas de inducción de reacciones leucogénicas, como la malarioterapia, el abceso de fijación y la vacuna tífica. El mismo Rodríguez Lafora¹³ mostraba años más tarde un entusiasmo más moderado por la técnica, aunque seguía recomendando su uso. Nouvillas¹⁹ hablaba de resultados discutidos y que, a pesar de la aparición de nuevos ensayos clínicos, "no nos debemos dejar sorprender por propagandas de índice comercial" (p. 79).

Malarioterapia

La malarioterapia fue introducida en los años 10 por Wagner Von Jauregg y se considera que fue el primer tratamiento eficaz para una de las enfermedades más graves e incapacitantes del momento, la GPG²⁰. Su uso no se limitó a esta enfermedad sino que se utilizó para el resto de psicosis

funcionales, especialmente la esquizofrenia. A pesar de su éxito inicial, que fue valedor del premio Nobel para su autor, fue quedando progresivamente en el olvido y a finales de los años 30 fue extensamente criticada. El método consistía en la inyección de unos 5 cm³ de una suspensión atenuada del plasmodio por vía venosa o intramuscular. Se dejaban tener ocho o diez accesos de fiebre al enfermo y luego se le trataba con quinina o esanofele¹³.

En España fue introducida la discusión sobre el método en la PGP por Rodríguez Lafora²¹, quien la consideró como un método revolucionario en el tratamiento de la parálisis general progresiva. Su uso en las psicosis no luéticas empezó en 1923, cuando Aguglia y D'Abundo trataron a un catatónico, consiguiendo la remisión del síndrome²². En 1925 Rodríguez Lafora¹³ defendía el método para el tratamiento de la esquizofrenia, cuya eficacia estaba directamente relacionada con la reacción leucogénica producida en el paciente, lo que hacía que fuera eficaz frente al factor causal de la enfermedad, la reacción autotóxica de origen sexual. Sin embargo, hablaba de una casuística muy limitada, de tan sólo dos casos, lo que hacía evidente que su uso era muy pequeño en relación a las otras formas de piroterapia. El propio Vallejo Nágera²³, radical defensor del método en la parálisis general, comentaba sus experiencias terapéuticas en la paludización del paciente esquizofrénico diciendo que las expectativas de mejoría eran más limitadas en el caso de esta enfermedad.

Abceso de fijación

Otra forma de tratamiento piroterápico utilizada con cierta frecuencia fue el absceso de fijación. El método consistía en inyectar trementina de forma subcutánea al paciente, con la finalidad de producirle un absceso y un cuadro febril. Se mantenía unos cinco días y después se incidía en el absceso, dejando un drenaje y haciendo una antisepsia ligera²⁴. Pascal y Davese, en 1926, fueron los primeros en utilizarlos en series amplias¹⁷. Ese mismo año Villar y Germain¹⁸, miembros de la policlínica neurológica de Rodríguez Lafora, referían "mejorías sorprendentes" con esta terapia. Tras diez días de tratamiento "la fiebre cambia completamente el cuadro, se establece una mejoría sorprendente, habla y contesta a las preguntas con toda normalidad" (p. 124). Mira y López²⁴ consideraba que este método era eficaz en el caso de que se diesen determinadas características clínicas en el enfermo, que para el autor eran: en cuadros exógenos, cuando predominan como síntomas la agitación, la confusión y cuando los fenómenos alucinatorios eran intensos. A pesar de que reconocía su limitada experiencia con la técnica (19 casos) no dudaba en recomendarla "al principio de casos de hebefrenocatatonía, en la amencia y en las psicosis infecciosas y postinfecciosas" (p. 518). Por su parte, Vallejo Nágera¹⁵, sin hablar de casuísticas, decía estar satisfecho

del método en los casos de esquizofrenia agitada y no haber encontrado beneficio en los cuadros de esquizofrenia alucinatoria. Pérez López Villamil²⁵ afirmaba que el método era la mejor piroterapia disponible ya que proporcionaba un mayor número de remisiones. Además, el dolor que producía la técnica pensaba que era especialmente útil para controlar el autismo esquizofrénico.

Vacuna Tífica

Rodríguez Lafora¹⁴, con su colaborador Germain, introdujo el uso de la vacuna antitífica sensibilizada como factor inductor de fiebre. Utilizaba de 30 a 40 millones de bacterias en la vacuna sensibilizada, aumentando progresivamente hasta 50 millones. Se daba en series de 10 inyecciones separadas por descansos de 10 días. Aunque hablaba de resultados erráticos y de falta de experiencia, apelaba a la experiencia de Menninger, que desarrolló la terapia en 1925 y presentó en un ensayo con 33 enfermos de los que hubo un 64% de remisiones. Vallejo y Nouvillas²⁶ expusieron 6 casos clínicos, en los que encontraban un 50% de éxitos terapéuticos, con un 33% de remisiones totales aunque no indicaban el tiempo de seguimiento. Ese mismo año, Vallejo Nágera²⁷ hablaba de la especificidad de este método para las formas catatónicas y alucinatorias de la esquizofrenia y de su inutilidad para las formas paranoides. Sin hablar del número de casos o las condiciones en que la técnica fue ensayada, daba cifras de su eficacia: "hemos obtenido remisiones en el 32%, mejorías en el 16%, resultados dudosos en el 12% y hemos fracasado en el 40% de los esquizofrénicos"; "la oportuna selección de las indicaciones es seguro que eleve el porcentaje de éxitos de esta modalidad de la proteinoterapia" (p. 260).

Dada la tendencia a utilizar modelos eclécticos que integrasen lo orgánico y lo psicológico, de la misma forma que en la narcoterapia, también algunos autores, como Germain²⁸, proponían que en los intervalos febriles se producían modificaciones psíquicas en el sujeto, que se volvía más tranquilo y accesible al trato, con lo que facilitaba la intervención psicoterapéutica. De la misma forma, Vallejo Nágera y Nouvillas²⁷ comentaban que, al provocar una fiebre, se distraía la atención del enfermo, "momento oportuno para que el psiquiatra experto obre en mejores condiciones sobre un psiquismo ya abordable a métodos psicoterápicos más fundamentales y científicos" (p. 277).

Pérez López Villamil²⁶ en su casuística de 43 casos de pacientes esquizofrénicos tratados mediante piroterapia, fundamentalmente usando la vacuna antitífica, sólo obtenía un 13.8% de mejorías. Recordaba el trabajo de Vallejo Nágera antes citado calificando el resultado de "sorprendente". Alertaba del riesgo de confundir remisiones espontáneas con curaciones y de sus sospechas de que la mejoría inicial tras el acceso febril no se sostenía después.

Sulfosín

El sulfosín es un aceite sulfurado estéril carente de albúminas ni agentes patógenos que se utilizó como pirotógeno y fue discutido en la literatura al final de la década²⁹. Fue introducido en 1929 por Schroder, con la intención de sustituir los métodos anteriores, potencialmente más peligrosos¹⁷. Hubo instituciones, como el manicomio de Leganés, donde se ensayó por vía intramuscular en un pequeño grupo de 6 pacientes con demencia precoz³⁰. Pérez López Villamil²⁴ lo utilizó en algunos casos. La subida térmica comentaba que era segura e intensa (alcanzando los 41°C), siendo en general bien tolerada, con menor pérdida de peso que con la vacuna. Aunque reconocía la utilidad del efecto sedante y su acción sobre el negativismo, no veía influencia en el afecto esquizofrénico.

MÉTODO DE KLÄSI

Una de las primeras técnicas en introducirse en nuestro país fue el método de Kläsi³¹, publicado por este autor en 1920 e introducido en nuestro país en 1922³². Este tratamiento se utilizaba tanto en enfermos esquizofrénicos como en aquellos diagnosticados de psicosis maniaco-depresiva que tenían un cuadro de agitación con predominio del afecto angustioso. Se basaba en producir un estado de sedación en el paciente, con lo que se postulaba que el reposo cerebral frenaba el círculo vicioso producido entre excitación psíquica y agitación motora. Consistía el método en la administración al enfermo de una inyección subcutánea de 1 mg de escopolamina y 1 mg de morfina. Cuando se iniciaba el sueño, se administraban 4 cm³ de somnifeno, inyectando una ampolla cada 6-8 horas para mantener el sueño durante 8-10 días. Se despertaba al enfermo cada 3 horas para que comiera y excretara, así como para mantener un contacto terapéutico con él¹³. Rodríguez Lafora y Sacristán³³ fueron los más fervientes defensores del método hasta finales de la tercera década, a pesar de las fuertes críticas que venían de la literatura internacional, especialmente por la cardiotoxicidad del somnifeno, que producía una elevada mortalidad.

Esta técnica, más que la piroterapia, fue desde su concepción entendida como un método mixto entre la terapia biológica y psicoterapéutica, en la medida que se suponía que el tratamiento facilitaba la transferencia y, por tanto, el acceso psicoterapéutico al enfermo. Rodríguez Lafora³⁴ defendía que el método "modifica el autismo y el negativismo, con lo cual pueden iniciarse el psicoanálisis y psicoterapia del enfermo" (p. 103). Aunque utilizaba el modelo teórico de Bleuler para explicar la psicosis, se alejaba de los postulados pesimistas del autor sobre la eficacia de los nuevos métodos y defendía que la terapia farmacológica no sólo modificaba los síntomas accesorios sino también los fundamentales. Para este autor, sin embargo, la mayor utilidad del método residía en el efecto somático: "tenemos

la idea que la acción favorable de estos métodos es algo puramente biológico y orgánico, mientras que la psicoterapia sólo influye funcionalmente" (p. 385-386). Minimizaba los posibles daños al enfermo y enfatizaba su utilidad. Sacristán y González Pinto³⁵ aplicaban la técnica en dos casos clínicos de psicosis maniacodepresiva, seguidos en un período comprendido entre tres y seis meses. Concluían los autores una posible especificidad de la terapia para esta enfermedad. Vallejo Nágera¹⁵ decía no haber practicado una narcosis permanente en su totalidad, aunque consideraba que las inyecciones de somnifeno combinadas con baños calientes podrían ser el tratamiento específico de los episodios agudos de esquizofrenia.

La literatura médica en España continuó defendiendo el uso del método hasta entrada la década de los años 30. Valenciano¹⁷, en su revisión de los métodos para el tratamiento de la esquizofrenia, comentaba este método, su utilidad limitada al episodio agudo y que no quedaba aclarada la cuestión sobre si las curaciones se debían a la efectividad de la terapia o a remisiones espontáneas. Salvo en el mundo germánico la terapia entró en franca regresión³¹.

MÉTODO DE CARROLL

Esta forma de terapia se basó en las experiencias de Monakov, que encontraba una alteración en la absorción y capacidad defensiva de los plexos coroideos como lesión funcional clave en la esquizofrenia. Carroll publicó su ensayo con el método en 1923 y, al año siguiente, su introductor en España fue González Páez³⁶, que publicó cuatro casos clínicos con sus resultados. El método consistía en la extracción de 5 cm³ de líquido cefalorraquídeo y su sustitución por suero de caballo inactivado, produciendo una meningitis aséptica que, supuestamente, podía recuperar la función de los plexos y recuperar al enfermo. La experiencia del autor fue que el cuadro permanecía inmodificado y que las supuestas mejorías referidas por Carroll no eran sino remisiones espontáneas. Rodríguez Lafora¹² comentaba que, a pesar de la supuesta efectividad de la terapia presentada por Carroll, no había practicado el método, como tampoco lo había hecho Vallejo Nágera¹⁵. Sin embargo, este último hablaba de las "deslumbradoras esperanzas" prometidas por las inyecciones intravenosas de soluciones hipertónicas (p. 260). Este método, introducido por Mira y López en un ensayo de 8 pacientes esquizofrénicos, en que hubo una cura y 4 mejorías, se basaba en una acción desintoxicadora y descompresora del líquido cefalorraquídeo. Sin embargo, esta experiencia no fue replicada en otros trabajos.

LOS EFECTOS SECUNDARIOS DE LAS TERAPIAS

Si bien en otros países existían fuertes críticas sobre su potencial peligrosidad e ineficacia³⁸, sus introductores en

España tenían una visión más favorable, aunque hubo contradicciones en la manera de ver el problema. Respecto a la malarioterapia, a pesar del debate internacional sobre los daños individuales y los peligros a la salud pública que podía implicar el método³⁹, Germain²⁸ consideraba que el riesgo de transmisión de la enfermedad a otros pacientes era nulo, así como cualquier alteración de los sistemas orgánicos. Por contra, Rodríguez Lafora¹⁴ recomendaba el cambio de la piritoterapia palúdica a la antitífica, ya que "tiene el grave inconveniente de que con frecuencia provoca un fuerte ataque febril diario que muchos enfermos no pueden resistir sin poner su vida en grave peligro de agotamiento cardíaco al cuarto o quinto día" (p.105). Vallejo Nágera¹⁵, aunque defendía que el uso de la vacuna antitífica tenía menos efectos adversos, se limitaba a considerar que la malarioterapia podía activar una tuberculosis latente.

La narcosis de Kläsi fue retirada precozmente de muchos países dados los graves efectos secundarios. En España, también hubo críticas a la peligrosidad del método. Villaverde y Larraz³², de acuerdo con su actitud crítica con el método, atacaba duramente a la terapia por el somnifeno por sus riesgos. Denunciaba el potencial neurotóxico del método y sugería la vuelta al uso de fármacos tradicionales en la contención del enfermo agitado, como los bromuros, el cloral y veronal; cuyo uso seguía estando extendido en la clínica tanto en España como en la mayoría de países europeos⁴⁰. Rodríguez Lafora¹³ se defendía de las críticas afirmando que, si bien se habían publicado algunos casos de muerte por excesos en la dosis o descuidos en la observación, él sólo había encontrado vómitos. Por su parte, tras su experiencia en dos casos de psicosis maniácodepresiva, Sacristán y Pinto³⁵ concluían que el método no suponía peligro alguno para el paciente.

LA DISCUSIÓN RETÓRICA SOBRE LA EFICACIA DE LAS TERAPIAS

Las disputas profesionales muchas veces se trasladaron a la discusión científica sobre la eficacia de los métodos. La disputa ya mencionada entre Villaverde y Larraz y Rodríguez Lafora cobra sentido desde la rivalidad profesional, ya que ambos psiquiatras compitieron por puestos relevantes, como la jefatura de servicio de neuropsiquiatría del Hospital Provincial de Madrid en 1932, que finalmente consiguió Rodríguez Lafora⁴. Este último autor, frente a las críticas, acudía más a postulados retóricos que científicos. Apelaba a la necesidad de tomar una actitud enérgica frente a la terapéutica de la enfermedad, frente a la pasividad que había caracterizado el ejercicio de la especialidad en el país³⁴: "¿es que el futuro de la terapéutica de las enfermedades mentales debe ser el cruzarse de brazos?" (p. 1062).

Vallejo Nágera, desde su puesto de psiquiatra militar en el Manicomio de Cienpuzuelos, se consideró abande-

rado del movimiento renovador en la psiquiatría basado en la confianza en la eficacia de los medios terapéuticos disponibles y de su aplicación intensiva. Hacía una crítica abierta al tratamiento manicomial en la España de la época y a la actitud tanto de psicólogos como de psiquiatras, a los que acusaba de escepticismo en los tratamientos. El optimismo terapéutico de Vallejo hacía que afirmase "la ruina moral y material del pobre esquizofrénico puede evitarse si se diagnostica pronto la enfermedad y se administra oportunamente el remedio" (p. 475)¹⁵.

Uno de los recursos que utilizaba el autor²³ era recurrir a la retórica de referirse al pasado terapéutico de la nación y describirse, con sus colaboradores, como heredero de esta tradición: "los ingenios ibéricos marcaron muchas veces el rumbo científico seguido por otros pueblos, que más prácticos y perseverantes, guiados por nuestras huellas, supieron aprovecharse de nuestros descubrimientos e iniciativas" (p.181). El otro fue destacar su papel frente a la generación de psiquiatras que les antecedió, la llamada "Escuela de Simarro", acusandola de inactividad terapéutica. Todo este discurso servía de apoyo para la promoción de la institución que regentaba, el manicomio de Cienpuzuelos, que se situaba así en la élite de la asistencia psiquiátrica española: "es indiscutible que el número de altas es mayor en nuestro establecimiento" (p. 189). Martín Salazar⁴¹, discípulo de Vallejo, contaba una inspección sanitaria al manicomio de Cienpuzuelos y refería cómo Vallejo Nágera lo había convertido en un manicomio modelo. Ponía como justificación de la calidad del centro el espectacular número de curaciones producido en paralíticos generales por la malarioterapia, con lo que las nuevas técnicas científicas y su capacidad de cura eran la esencia del cambio de la institución.

Camino Galicia⁴², antecesor en el cargo de Director de Cienpuzuelos, defendía un punto de vista diferente sobre el tratamiento de las psicosis. Sostenía la incurabilidad de la esquizofrenia y consideraba que las llamadas remisiones, tan defendidas ante determinados tratamientos, estaban causadas por las defensas psíquicas y biológicas del organismo, así como por el curso espontáneo de la enfermedad. En clara alusión a Vallejo, consideraba a los supuestos avances en el tratamiento físico como una actitud puramente propagandística: "originando con ello éxitos de pirotécnica y relumbrón, que han llevado a algunos psiquiatras, tanto nacionales como extranjeros, a tales excesos de exageración, como los de afirmar, por ejemplo, curaciones individuales y sociales en paralíticos demenciales, y hasta conferir a la malarioterapia el título de la verdadera medicación específica de la demencia paralítica" (p. 677).

La diferencia en el punto de vista entre los distintos autores, en cuanto al optimismo o nihilismo terapéutico, fue dramática en ocasiones, aunque podemos encontrar ambivalencias y contradicciones hasta en los más fieles defensores del modelo optimista como el mismo Vallejo Nágera. En

uno de sus libros⁴³ sostenía un punto de vista sobre el tratamiento de la esquizofrenia que no difería en gran medida de la desconfianza que acabamos de ver en Camino Galicia. Si bien empezaba rechazando el nihilismo terapéutico de los escritos de Kraepelin y Bleuler, hablaba de los tratamientos, más que como un medio de eficacia comprobada, como un consuelo moral al desahuciado. Sobre el tema llega a escribir: "comprendí que por muy grande que sea el escepticismo acerca de la utilidad de una medicación o método terapéutico, el médico en modo alguno debe infundir este desaliento a los familiares, ni tampoco puede privar al enfermo del derecho que tiene a ser sometido a un tratamiento, proporcionándole, al menos, el consuelo de no verse abandonado a las fuerzas naturales". (p. 89-90).

CONCLUSIONES

Hemos visto cómo las nuevas terapias físicas fueron tempranamente recibidas y, en general, valoradas con un sesgo general positivo y minimizando la importancia de sus efectos secundarios. Sin duda, la necesidad de defender una psiquiatría moderna capaz de dar una respuesta satisfactoria a las críticas generalizadas sobre su eficacia tuvo una gran importancia.

La defensa de las nuevas terapias se basaba en trabajos con casuísticas pequeñas y ensayos no controlados, así como en seguimientos pequeños que permitían hacer dudar a muchos autores sobre si las supuestas curaciones no se trataban en realidad de casos de buen pronóstico o de remisiones espontáneas, críticas frente a las que no se dieron respuestas claras. La extensión del concepto de esquizofrenia y su admisión de las formas clínicas más leves pudo influir en las valoraciones positivas. Este sesgo no fue constante en todos los países. En Estados Unidos, Grob⁴⁴ señala que hubo una actitud pesimista hacia la curabilidad de las psicosis en los años 20. Los psiquiatras aceptaron los límites de actuación de la especialidad y prefirieron desarrollar el rol preventivo y la búsqueda de las causas de la enfermedad mental a partir de los estudios de laboratorio. Por su parte, en el Reino Unido en los años 20, a pesar del biologicismo que caracterizó a la mayoría de las publicaciones psiquiátricas⁴⁵ hubo poca confianza en la eficacia de las terapias biológicas y se confió básicamente en el medio terapéutico y las medias propias de la psiquiatría social⁴⁶.

Por otra parte, los estudios empíricos realizados sobre historias clínicas de las grandes instituciones manicomiales de la época confirman la falta de condiciones terapéuticas de los centros, extensamente criticadas en la prensa médica. De hecho, los centros supuestamente vanguardistas en cuanto a terapéutica muestran un número relativamente pequeño de intervenciones físicas, lo que hace pensar que los resultados espectaculares citados en la bibliografía eran en buena medida exageraciones retóricas⁴⁷⁻⁴⁹.

BIBLIOGRAFÍA

1. Braslow J. *Mental Ills and Bodily Cures: Psychiatric Treatment in the First Half of the Twentieth Century*. Berkeley: University of California Press, 1997.
2. Gijswijt-Hofstra, M., Oosterhuis, H., Vjlselaar, J., Freeman, H. (eds). *Psychiatry and Mental Health Care in the Twentieth Century: comparisons and approaches*. Amsterdam: Amsterdam University Press, 2005.
3. Scull A. Somatic treatments and the historiography of psychiatry. *Hist Psychiatr* 1994; 5: 1-12.
4. Valenciano L. *El Doctor Lafora y su época*. Madrid: Morata, 1977.
5. Villaverde y Larraz, JM. La alucinosis de Plaut y los síndromes esquizofrénicos en los sífilíticos. *Arch Neurobiol* 1920;1: 251-73
6. Plumed J. The introduction of the concept of dementia praecox into Spain. *Hist Psychiatr* 2008;19:433-53.
7. Villaverde y Larraz, JM. La esquizofrenia. Evolución de su concepto. *Med Ibera* 1923;17: 448-55.
8. Bleuler E. *Demencia precoz*. Buenos Aires: Hormé, 1993 (original de 1912).
9. Comelles, JM. *La razón de la sinrazón. Asistencia psiquiátrica y desarrollo del Estado en la España Contemporánea*. Barcelona: PPU, 1988.
10. Noll, R. The blood of the insane. *Hist Psychiatr* 2006;17: 395-418, p. 405-406.
11. Scull, A. *Madhouse: A Tragic Tale of Megalomania and Modern Medicine* New Haven: Yale University Press, 2005.
12. Noll, R. Infectious insanities, surgical solutions: Bayard Taylor Holmes, dementia praecox and American laboratory science in early 20th century America. *Hist Psychiatr* 2006;17: 183-204; 299-311.
13. Rodríguez Lafora G. Patogenia y tratamiento de las esquizofrenias. *Arch Med Cir Espec* 1925; 18: 368-391.
14. Rodríguez Lafora G. Sobre el tratamiento de la esquizofrenia. *Arch Neurobiol* 1926;6: 102-7.
15. Vallejo Nágera A. El tratamiento moderno de la demencia precoz-esquizofrenia. *Rev Esp Med Cir* 1928;11: 470-5.
16. Rodríguez Lafora G. Nuevo tratamiento causal de la demencia precoz y concepción de su patogenia. Madrid: Enrique Teodoro, 1918.
17. Valenciano, L. Tratamiento de las esquizofrenias. *Arch Neurobiol* 1933; 13: 123-74.
18. Villar M, Germain J. Remisión de un caso de esquizofrenia después de un absceso de fijación. *Arch Neurobiol* 1926;6: 121-9.
19. Nouvillas P. Piretoterapia en las enfermedades del sistema nervioso. *Siglo Med* 1932, 89: 78-82; 108-13; 132-5; 165-7.
20. Brown E. Why Waggner Jauregg won the Nobel Prize for discovering malaria therapy for General Paresis of the Insane. *Hist Psychiatr* 2000;11: 371-82.
21. Rodríguez Lafora G. *Diagnóstico y tratamiento moderno de la neurosífilis*. Madrid: Imp. Clásica Española, 1920.
22. Levi Bianchini M, Nardi J. Malariaoterapia en las psicosis no luéticas. *Arch Neurobiol* 1932;427-46; 585-629.
23. Vallejo Nágera, A. Tratamiento sanatorial y terapéutica activa de las psicosis. *Galicia Clínica* 1930;13: 181-9.
24. Mira y López E. Cuando y cómo debe emplearse el absceso de fijación en el tratamiento de las enfermedades mentales. *Rev Med Bar* 1928;9: 517-8.
25. Pérez López-Villamil J. La piretoterapia no malárica en las diversas formas de esquizofrenia. *Santiago: El Faro de Vigo*, 1931.
26. Vallejo Nágera A, Álvarez Nouvillas P. Piretoterapia en la alucinosis esquizofrénica. *Clin Lab* 1928;11: 191-202.
27. Vallejo Nágera A. Resultados clínicos en el tratamiento de la de-

- mencia precoz. *Inform Med* 1928;5: 257-62.
28. Germain J. La malarioterapia en la demencia precoz. *Arch Med Cir Esp* 1927;26: 217-25.
 29. Fernandez Sanz E. Algunas consideraciones sobre la sulfuterapia en psiquiatría. *Arch Med Cir Espec* 1930; 33: 543.
 30. Mendiguchia A, Martín Vegue A, Fernández Méndez E. La piritoterapia con el azufre en el tratamiento de las psicosis. *Med Ibero* 24, 205-07.
 31. Windholz G. Sleep as a cure for schizophrenia: a historical episode. *Hist psychiatr* 1993;4: 83-93.
 32. Villaverde y Larraz JM. Sobre la narcosis continua por el somnifeno en psiquiatría. *Med Ibero* 1925;20: 53-8.
 33. Sacristán, JM. Sobre la aplicación del método de Kläsi en la psicosis maniácodepresiva. *Med Ibero* 1924;18: 1085-6.
 34. Rodríguez Lafora G. La terapéutica por el sueño prolongado en psiquiatría. *Med Ibero* 1924;18: 1061-3.
 35. Sacristán JM, González Pinto J. Sobre la aplicación del método de Kläsi en la psicosis maniácodepresiva. *Arch Neurobiol* 1924;4: 139-50.
 36. González Páez S. Tratamiento de la esquizofrenia por el método de Carroll con presentación de herpes labialis. *Arch Med Cir Esp* 1924;16: 529-53.
 37. Mira y López E. Valor terapéutico de las inyecciones intravenosas de soluciones hipertónicas en psiquiatría. *Ars Med* 1928;4: 41-6.
 38. Hinsie L. The treatment of schizophrenia. A survey of the literature. *Psychiatric Quarterly* 1999;70: 5-26. Original de 1929.
 39. Villasante O. La malarioterapia en la parálisis general progresiva: primeras experiencias en España. En: Fuentenebro F, Huertas R, Valiente C (eds) *Historia de la Psiquiatría en Europa*. Madrid: Frenia, 2003.
 40. Rollin H. Schizophrenia. *Br Med J* 1979;1: 1773-5.
 41. Martín Salazar M. La clínica psiquiátrica militar de Cienpuzuelos. *Rev San Mil* 1929;19: 161-3.
 42. Camino Galicia J. Algunos comentarios más sobre el tratamiento de los esquizofrénicos. *Med Ibero* 1929;25: 677-80.
 43. Vallejo Nágera A. La demencia precoz y sus manifestaciones clínicas. Madrid: Siglo Médico, 1929.
 44. Grob N. *The mad among us. A history of the care of America's mentally ill*. Cambridge: Harvard University Press, 1994.
 45. Moncrieff J, Crawford M. *British Psychiatry in the 20th century. Observations from a psychiatric journal*. *Social Science and Medicine* 2001;53: 349-56.
 46. Jones E, Rahman S. Framing mental illness, 1923-1939: the Maudsley Hospital and its patients. *Social Hist Med* 2008;21: 107-25.
 47. Alonso Serrano A. *El fármaco en la terapéutica del enfermo mental en el Hospital "San José" de Cienpuzuelos (1877-1936)*. Alcalá de Henares: tesis doctoral inédita, 1988.
 48. Mollejo E. *Evolución de los criterios diagnósticos y terapéuticos en el Hospital Psiquiátrico de Leganés*. Salamanca: Tesis doctoral inédita, 2001.
 49. Heimann C. *El manicomio de Valencia*. En: WAA. *La locura sus instituciones*. Valencia: Diputación de Valencia, 1997.