



**UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA
FACULTADE DE MEDICINA E ODONTOLOXÍA
TRABALLO FIN DE GRAO DE MEDICINA**

**TERAPÉUTICAS PSIQUIÁTRICAS EN LOS
INICIOS DE LA PSICOFARMACOLOGÍA
MODERNA:
El caso del Hospital Psiquiátrico de Toén (Ourense)
y de otros centros de Galicia**

Alumna: Beatriz Rodríguez Rodríguez

Tutora: Ángela Juana Torres Iglesias

Cotutor: David Simón Lorda

Departamento: Psiquiatría, Radioloxía e Saúde Pública

Curso Académico: 2019 / 2020

Convocatoria: Xuño

ÍNDICE

1	RESUMEN.....	4
	RESUMO.....	4
	ABSTRACT	5
2	INTRODUCCIÓN.....	6
3	OBJETIVOS.....	6
4	MATERIAL Y MÉTODOS.....	7
5	CONTEXTO HISTÓRICO GENERAL	7
6	DESARROLLO DE LA HISTORIA PSIQUIÁTRICA	8
6.1	EVOLUCIÓN DE LA INSTITUCIONES PSIQUIÁTRICAS EN ESPAÑA	8
6.2	PRINCIPIOS DE LA ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA EN GALICIA	10
6.3	ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA EN OURENSE.....	12
6.4	DESARROLLO DE LA TERAPÉUTICA PSIQUIÁTRICA	15
6.4.1	PIRETOTERAPIA.....	16
6.4.2	TERAPIAS DE CHOQUE	17
6.4.2.1	CARDIAZOL	17
6.4.2.2	TERAPIA DE SAKEL.....	18
6.4.2.3	TERAPIA ELECTROCONVULSIVA (TEC).....	18
6.4.3	PSICOCIRUGÍA.....	19
6.5	ARSENAL FARMACOLÓGICO.....	21
6.5.1	ANTIPSICÓTICOS	21
6.5.2	ANTIMANÍACOS.....	24
6.5.3	ANTIDEPRESIVOS	25
6.5.4	ANSIOLÍTICOS.....	26
6.6	LA CLORPROMAZINA EN NUESTROS DÍAS.....	27
7	ANÁLISIS DE DATOS.....	27
7.1	MUESTRA DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE CONXO (SANTIAGO DE COMPOSTELA, A CORUÑA)	27
7.2	MUESTRA DEL SANATORIO PSIQUIÁTRICO DE TOÉN (OURENSE)	35
7.3	TRABAJOS DE CABALEIRO-GOÁS.....	38
7.4	PUBLICIDAD DE LOS PSICOFÁRMACOS EN REVISTAS MÉDICAS.....	39
8	RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	43
9	CONCLUSIONES.....	44
10	FUENTES DE DATOS	44
11	BIBLIOGRAFÍA.....	45

1 RESUMEN

Objetivo: Con este trabajo se pretende hacer un resumen de la evolución de la terapéutica psiquiátrica y la revolución que supuso la introducción de los psicofármacos en la psiquiatría gallega.

Material y métodos: Se ha hecho la revisión de bibliografía sobre la historia de la psiquiatría y el desarrollo de la terapéutica psiquiátrica, así como de la evolución y el desarrollo en España y, en concreto, en Galicia, mediante el uso de revistas y periódicos de la época. Por otra parte, se han consultado las historias clínicas de las décadas de 1950 y 1960 del manicomio de Conxo, así como la base de datos de algunos ingresos y las hojas de farmacia del psiquiátrico de Toén.

Resultados: En 1952 se comercializa en Francia el primer antipsicótico, la clorpromazina, que según consta en nuestra muestra, desde 1955 ya se estaba recetando en los consultorios psiquiátricos privados de Galicia. Hasta 1958 las terapias usadas en el manicomio de Conxo eran los barbitúricos, la insulino-terapia y el electrochoque. A partir de 1958 se introdujeron los primeros antipsicóticos: la clorpromazina, la reserpina y el haloperidol y en la década siguiente el uso de una gama más amplia de psicofármacos fue en aumento, mientras que las indicaciones de terapia electroconvulsiva se fueron haciendo más restrictivas y la insulino-terapia cayó en desuso en 1966. En la muestra de Toén consta el uso de psicofármacos desde su apertura en 1959, también se implementaron, aunque en menor medida, la TEC y la insulino-terapia.

Conclusiones: La introducción de los psicofármacos supuso la Cuarta Revolución Psiquiátrica y con el paso de los años permitió la desinstitucionalización de un número elevado de pacientes. En Galicia, hay datos que muestran que los psicofármacos ya se implementaron durante la década de 1950, poniendo de manifiesto la introducción temprana en los centros psiquiátricos públicos y privados de la comunidad.

Palabras clave: historia, terapéuticas psiquiátricas, psicofármacos, antipsicóticos, Galicia.

RESUMO

Obxectivo: Con este traballo búscase facer un resumo da evolución da terapéutica psiquiátrica e a revolución que supuxo a introdución dos psicofármacos na psiquiatría galega.

Material e métodos: Fíxose a revisión da bibliografía sobre a historia da psiquiatría e o progreso da terapéutica psiquiátrica, así como da evolución e o progreso en España e, en concreto, en Galicia, mediante o uso de revistas e xornais da época. Por outra banda, consultáronse as historias clínicas das décadas de 1950 e 1960 do manicomio de Conxo e a base de datos dalgúns ingresos, así como as follas de farmacia do psiquiátrico de Toén.

Resultados: En 1952 comercialízase en Francia o primeiro antipsicótico, a clorpromazina, que según consta na nosa mostra, dende 1955 xa se estaba recetando nos consultorios psiquiátricos privados de Galicia. Até 1958 as terapias usadas no manicomio de Conxo eran os barbitúricos, a insulino-terapia e o electrochoque. A partir de 1958 introducíronse os primeiros antipsicóticos: a clorpromazina, a reserpina e o haloperidol e na década seguinte o uso dunha

gama máis ampla de psicofármacos foi en aumento, mentres que as indicacións da terapia electroconvulsiva se foron facendo máis restrictivas e a insulinoaterapia caeu en desuso en 1966. Na mostra de Toén consta o uso de psicofármacos dende a súa apertura en 1959, tamén se implementaron, aínda que, en menor medida, a TEC e a insulinoaterapia.

Conclusiones: A introdución dos psicofármacos supuxo a Cuarta Revolución Psiquiátrica e co devir dos anos permitiu a desinstitucionalización dun número elevado de pacientes. En Galicia, hai datos que amosan que os psicofármacos xa se implementaron durante a década de 1950, poñendo de manifesto a introdución temperá nos centros psiquiátricos públicos e privados da comunidade.

Verbas chave: historia, terapéuticas psiquiátricas, psicofármacos, antipsicóticos, Galicia.

ABSTRACT

Objective: This work intends to make a summary of the evolution of psychiatric therapeutics and the revolution occurred with the introduction of psychotropic drugs in Galician psychiatry.

Material and methods: We have reviewed the bibliography on the history of psychiatry and the development of psychiatric therapy, as well as the evolution and development in Spain and, specifically, in Galicia, by means of the use of magazines and newspapers of that time. On the other hand, the clinical histories of the 1950s and 1960s of the Conxo asylum and the database of some admissions and the pharmacy sheets of the Toén psychiatric hospital have been consulted.

Results: In 1952, the first antipsychotic, chlorpromazine, was commercialized in France. According to our sample, it was already being prescribed in private psychiatric clinics in Galicia since 1955. Until 1958, the therapies used in Conxo's asylum were barbiturates, insulin therapy and electroshock. From 1958 onwards the first antipsychotics were introduced: chlorpromazine, reserpine and haloperidol. In the following decade the use of a wider range of psychotropic drugs increased, while the indications for electroconvulsive therapy became more restrictive and insulin therapy fell into disuse in 1966. The Toén sample records the use of psychotropic drugs since its opening in 1959, and ECT and insulin therapy were also implemented, although to a lesser extent.

Conclusions: The introduction of psychopharmaceuticals represented the Fourth Psychiatric Revolution and over the years it allowed the deinstitutionalization of a large number of patients. In Galicia, there are data showing that psychotropic drugs were already implemented during the 1950s, evidencing their early introduction in the public and private community's asylums.

Key words: history, psychiatric therapeutics, psychopharmaceuticals, antipsychotics, Galicia.

2 INTRODUCCIÓN

A mediados de la década de 1950 del siglo XX se va a producir una revolución en la perspectiva terapéutica en la asistencia de enfermos mentales. La irrupción de los psicofármacos modernos en el campo terapéutico de la psiquiatría supondrá el declive progresivo de otras terapias que venían usándose en las décadas anteriores (malearioterapia, shock cardiazólico de Von Meduna, curas de Sakel y electrochoque).

Como apunta Diego Gracia en uno de sus trabajos sobre historia de la psiquiatría: “Medio siglo de Psiquiatría española: 1885-1936”:

“...la indagación histórica sobre el pasado de nuestra psiquiatría debe cumplir una precisa labor de esclarecimiento. Sólo conociendo con algún rigor la historia moderna de la Psiquiatría española puede entenderse el status de esa ciencia médica en la sociedad española actual, y sólo con mentalidad histórica se podrá trabajar para superarlo en lo que de negativo tenga. El entendimiento de las raíces históricas de la actual psiquiatría condiciona la comprensión de ésta y pone al investigador en franquía para poder asumirla perfectamente y creadoramente. Es más, quizás pueda decirse que una de las deficiencias de la Psiquiatría española consiste en la sistemática ignorancia de su historia, que en ciertos puntos concretos está condicionando la parcialidad de su pensamiento”¹

En este trabajo vamos a abordar la historia de la psiquiatría como una subcategoría de la historia social, contextualizando los acontecimientos y el desarrollo de las instituciones y tratamientos psiquiátricos de acuerdo con los momentos políticos y socioeconómicos de la época. La presente investigación creemos que, independientemente de su valor intrínseco, contribuirá al conocimiento de la realidad histórica de la sociedad gallega, a través de la evolución y el desarrollo de la asistencia psiquiátrica.

En los años de nuestro estudio se produce un cambio en el paradigma del tratamiento de los enfermos mentales; la Cuarta Revolución Psiquiátrica, que llega con la introducción de los psicofármacos en la práctica clínica, marcará un hito en la historia de la psiquiatría y traerá consigo la inserción paulatina de los pacientes como individuos funcionantes dentro de la sociedad, así como el desarrollo de la especialidad de Psiquiatría como una especialidad médica más.

3 OBJETIVOS

Con este trabajo se busca la consecución de los siguientes objetivos:

- Revisar la evolución histórica de la asistencia psiquiátrica
- Revisar la evolución de las instituciones psiquiátricas en España y en Galicia
- Revisar las terapias utilizadas a lo largo de los años en los pacientes psiquiátricos
- Revisar la introducción y la evolución de los psicofármacos en la práctica clínica
- Mostrar la relevancia e impacto de la Clorpromazina
- Mostrar, mediante datos objetivos, cómo fue la introducción de los psicofármacos en los manicomios gallegos.

4 MATERIAL Y MÉTODOS

El proceso de elaboración de este trabajo consta de varias fases. Metodológicamente se procedió de la siguiente manera: tras seleccionar el tema de estudio (historia de la psiquiatría en Galicia), se planteó el *leitmotiv* mediante las siguientes cuestiones: ¿Cómo se desarrolló la introducción de los psicofármacos en la psiquiatría gallega? ¿Qué terapias se usaban antes de su llegada? ¿Cómo fue la evolución de las instituciones psiquiátricas?

Posteriormente se procedió a consultar y revisar material bibliográfico relacionado con la investigación. Se consultaron varios libros sobre la historia de la psiquiatría, para obtener un contexto general, así como diversos artículos científicos publicados sobre la terapéutica psiquiátrica, el desarrollo de los psicofármacos y el desarrollo en España y en Galicia de las instituciones psiquiátricas, para poder hacer un análisis de los datos obtenidos a posteriori, enmarcados en el contexto político y socioeconómico del periodo estudiado.

Por otra parte, se hizo un trabajo de investigación en los Archivos Históricos de las historias clínicas de Conxo de los años de estudio, para poder elaborar una base de datos sobre la que trabajar. Todo esto, con el permiso del director del centro y teniendo lugar el proceso de consulta del material en dicha institución, en horario laborable. La muestra se corresponde con pacientes ya fallecidos que ingresaron en 1953, 1958 y 1959. Las historias clínicas están archivadas por el año del primer ingreso de los pacientes, pero dentro de ellas se pueden encontrar las hojas de tratamiento de años posteriores, que se corresponden con la estancia durante un periodo largo de tiempo de los pacientes o con futuros reingresos.

El manicomio de Toén cierra en 2012, por lo que no fue posible acceder a su Archivo de historias clínicas. Para estudiar los tratamientos implementados en el psiquiátrico durante el periodo consultado, nos hemos servido de una base de datos electrónica usada en otros trabajos ya publicados, centrados en aspectos sociofamiliares, por ello hemos complementado nuestra muestra con datos extraídos de las hojas de farmacia y publicaciones del director del centro, Manuel Cabaleiro Goás, para poner en manifiesto que la terapéutica psiquiátrica utilizada a nivel internacional también llegó a Galicia.

Por último, se consultaron revistas científicas, en las que aparecía publicidad sobre los psicofármacos y periódicos de la época, en los que pudimos encontrar anuncios de distintos sanatorios psiquiátricos privados que complementaban a los centros públicos en la asistencia a los pacientes psiquiátricos.

5 CONTEXTO HISTÓRICO

GENERAL

Para saber hacia dónde vamos, tenemos que saber de dónde partimos.

El fin de la Primera República Española se produce el 29 de diciembre de 1874 mediante el pronunciamiento del general Martínez Campos, que marca el comienzo de la Restauración Borbónica, con el reinado de Alfonso XII. Empieza así en España un periodo de paz y mejoras económicas, basado en el control social y electoral de una minoría de la población, hablamos

pues, de la instauración de un régimen oligárquico y caciquista. Durante los años venideros se va a dar una alternancia en el poder entre conservadores y liberales.

El monarca fallece de tuberculosis en 1885 y toma el mando en calidad de regente su esposa, María Cristina de Habsburgo-Lorena hasta 1902. En este año el hijo de los monarcas, Alfonso XIII, asciende al trono, con tan solo 16 años y se mantendrá en él hasta 1923. Entre 1923 y 1931 tiene lugar la dictadura del general Primo de Rivera, finalizando el 14 de abril de 1931, con la proclamación de la Segunda República Española. En este periodo se intentan llevar a cabo una serie de reformas y mejoras; destacamos la reforma agraria y la concesión de los Estatutos de Autonomía a las Naciones Históricas: Galicia, Cataluña y País Vasco. Pero con la guerra civil que da comienzo el 17 de julio de 1936, los procesos de avance y modernización se van a ver interrumpidos. El 1 de abril de 1939 termina el conflicto bélico con la victoria del bando golpista, instaurándose el régimen dictatorial de Francisco Franco Bahamonde, un periodo largo y decisivo para la historia de España, en el que se restringieron derechos y libertades, lo que supuso un enlentecimiento en el desarrollo del país respecto a los países vecinos. En 1975 muere el dictador y da comienzo el periodo de Transición que consigue traer la Democracia a España, llegando hasta nuestros días.

6 DESARROLLO DE LA HISTORIA PSIQUIÁTRICA

6.1 EVOLUCIÓN DE LAS INSTITUCIONES PSIQUIÁTRICAS EN ESPAÑA

En 1885, mismo año de la inauguración de Conxo, se crea el Real Decreto sobre Observación e Internamiento de “dementes” (término usado en la época para referirse a los pacientes con patología mental), que permanecerá vigente durante los años de la dictadura de Primo de Rivera, en el que se dictaba que “las Diputaciones provinciales y los Ayuntamientos cuidarán de habilitar un local con las convenientes condiciones para recluir a los dementes en observación, donde puedan permanecer hasta que se le conduzca a un manicomio en clase de reclusos permanentes”.² El tiempo de observación no debía superar los tres meses, aunque existen casos que estuvieron hasta dos años en celdas de observación en unas condiciones deplorables de humedad, suciedad y hacinamiento. Los profesionales del momento consideraban esta medida ineficaz, ya que lo único que conseguía era burocratizar y retardar el tratamiento manicomial. Contrario a esta medida se manifestó el neuropsiquiatra Nicolás López Aydillo, discípulo de Lafora, en las primeras “Jornadas Médicas Gallegas”, celebradas en agosto de 1929 en A Coruña.³

Entre 1920 y 1936 se van a producir una serie de hechos que contribuyen a un primer avance en el desarrollo de la psiquiatría en España. En 1920 se funda la revista “Archivos de Neurobiología”, en 1924 se crea la Asociación Española de Neuropsiquiatras y dos años después, en 1926 La Liga Española de Higiene Mental. En 1931 se crea el Consejo Superior Psiquiátrico y se promulga el Decreto sobre Asistencia de Enfermos Mentales y en 1933 se inauguran en la UAB (Universidad Autónoma de Barcelona) las cátedras de Neurología y Psiquiatría. Esta serie de medidas culminan en 1935 con el Proyecto de Ley de Organización de la Asistencia Psiquiátrica. Con el golpe de Estado de 1936 las reformas republicanas no pudieron llevarse a cabo.⁴

Durante los años que dura la Guerra Civil la asistencia psiquiátrica va a sufrir un deterioro, así como las publicaciones médico-científicas, cuyos contenidos se ven mermados y muy politizados con tintes de ideología nacional católica.

Durante el primer franquismo, la psiquiatría va a sufrir un retroceso y quedar relegada a un segundo plano, por dos motivos fundamentales, por un lado, a causa de las patologías principales de la postguerra (tuberculosis, paludismo, mortalidad infantil, tifus...), y por otro, debido a la fuerte influencia ideológica. En 1942 se crea el Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE) dependiente del Ministerio de Trabajo, en el que no se incluye la asistencia psiquiátrica. El tratamiento psiquiátrico continúa en manos de la Beneficencia, sigue un modelo autoritario concordante con el régimen y regido por la moral católica. Destacan las figuras de dos psiquiatras afines al régimen: López Ibor y Vallejo Nágera. Este segundo consigue la primera cátedra de Psiquiatría en 1946 (si bien previo a la Guerra Civil, en los años de la República, Emilio Mira fue nombrado catedrático de Psicología Experimental por la Universidad de Barcelona, y en 1933 el mismo centro lo nombró profesor titular de la primera cátedra de psiquiatría en España. Mira fue la figura más destacada dentro de la psiquiatría en el bando republicano durante la Guerra Civil)³.

En la década de los años cincuenta, mediante el Plan de Estabilización de Ullastres (1959) se va a producir paulatinamente un cambio en la política económica del país, acompañado del paso de una sociedad agraria a una industrial. Se produce el éxodo rural hacia las ciudades, en las que se llevará a cabo un proceso de urbanización y en las que empieza a emerger la clase media. A finales de la década se pasa de un modelo fascista autárquico a otro autoritario de tecnócratas. Con la firma de los acuerdos económicos y militares con Estados Unidos en 1953, la entrada en diversos organismos internacionales: OMS en 1951, UNESCO en 1953, ONU en 1955 y Fondo Monetario Internacional y Banco Mundial en 1958 y la visita del presidente de EE. UU, Dwight Eisenhower, en 1959 vuelve a situarse España en el plano internacional, con el consecuente reconocimiento del régimen franquista. Con esto, el país también se hará más permeable a influencias culturales extranjeras, de modo que, en la década de 1960, empezará un segundo periodo en el franquismo.⁵

En 1955 se crea el Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica (PANAP), dependiente del Ministerio de Gobernación y de la Dirección General de Sanidad, para regular y unificar con intención modernizadora la asistencia psiquiátrica y promover la salud mental en España. En el discurso que pronunció el director de Sanidad, José Antonio Palanca, para defender el proyecto de ley, hizo alusión a los avances terapéuticos psiquiátricos (laborterapia, impaludización, terapias de choque y lobotomías), dejando patente que no estaba muy al día, ya que lo que supuso la revolución de la terapéutica psiquiátrica en este periodo fueron los psicofármacos. De hecho, en España, ya se estaban usando, nos consta que en 1955 se recetaban en consultorios privados y también aparecen en varias historias clínicas del psiquiátrico de Conxo (1958), así como de Toén (1959) de las que hablaremos más adelante.

Sin embargo, el PANAP se encontró de frente con una fuerte oposición en la asistencia psiquiátrica privada ligada a órdenes religiosas (incluso el obispo de León enmendó el proyecto de ley), algunas diputaciones y académicos, destacando figuras como López Ibor, de forma que solo tuvo jurisdicción en sus centros.

Además de hospitales psiquiátricos, el PANAP también fue creando una red extrahospitalaria de atención: los dispensarios de higiene mental, con función preventiva y de

atención ambulatoria, centros piloto de diagnóstico y orientación terapéutica, que supusieron un primer avance en la atención infantil, dispensario antiepiléptico y dispensario antialcohólicos. También editó revistas, boletines y monografías de formación destinadas a la promoción de la salud mental y la formación e investigación psiquiátrica.

En 1972 el PANAP desaparece, quedando adscrito a la Administración Institucional de la Sanidad Nacional (AISNA). Sigue coexistiendo en este periodo el SOE, que recordemos que no daba cobertura psiquiátrica. No es hasta 1986, ya en democracia, con la Ley General de Sanidad que se ven incluidos el tratamiento psiquiátrico, así como la asistencia a enfermos tuberculosos o leprosos en la Seguridad Social.⁶

6.2 PRINCIPIOS DE LA ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA EN GALICIA

“¡Siempre la habilísima estratagema de convertir en cuestiones de beneficencia las cuestiones de derecho!” decía el escritor Rafael Barret.⁷

En el siglo XIX, durante el reinado de Isabel II, se crean las leyes de Beneficencia para prestar ayuda a los pobres. Ateniéndose a las mismas, en 1852 se inaugura en Leganés la Casa de Dementes Santa Isabel, un manicomio modelo que albergaba unos 60 “dementes”.

La Galicia del siglo XIX era una comunidad fundamentalmente agraria, con un desarrollo económico e industrial mucho menor que el de otras comunidades vecinas y con una alta tasa de emigración. Este hecho también se va a ver reflejado en la manicomialización tardía de la locura. Durante este periodo, las instituciones que acogían a los pacientes eran cárceles, hospitales, asilos y conventos gallegos. Entre ellos figuraban los siguientes: en la provincia de A Coruña contaban con varios hospitales en la propia ciudad de A Coruña (el hospitalillo de la Calle de los Huertos, el hospital del Rey y el hospital de Caridad). También había un hospital de Caridad en Ferrol, así como diversas cárceles en A Coruña, Oza, Ferrol, Noya y Betanzos y varios hospitales en Santiago de Compostela (el hospital de Carretas, el hospital de San Roque y el hospital Real). En Ourense, estaban la cárcel de la ciudad y la de Vilameá, así como el Hospital de las Mercedes. En la provincia de Pontevedra enviaban a sus pacientes al Hospital Provincial, a las cárceles municipales de Pontecaldelas y Cambados y al asilo de Hermanitas de los Pobres de Tui. En la provincia de Lugo, además del Hospital y la cárcel de la ciudad, contaban con el Manicomio privado de Vilapedre, inaugurado por el doctor Ricardo Núñez Rodríguez y el Monasterio de San Salvador de Lourenzá. Las condiciones asistenciales de los establecimientos eran deficientes y precarias y no eran infrecuentes los accidentes, suicidios y fugas de los “dementes”. A algunos pacientes se los derivaba directamente a manicomios de otras comunidades, como el de Valladolid o el de Ciempozuelos.²

La creación del primer Manicomio gallego recae en manos de la Iglesia. El arzobispo de Santiago de Compostela, Miguel Payá Rico lo va a inaugurar en los terrenos del Monasterio de Conxo, perteneciente al Cabildo catedralicio, en el año 1885. Pronto se cubren las 300 plazas, haciéndose necesaria una ampliación, así, en 1889 el entonces nuevo arzobispo, José María Martín, tras haber acordado con las Diputaciones gallegas y de León la remisión de los “dementes empobrecidos”, firma un crédito hipotecario, dando entrada a cuatro accionistas privados. De este modo, la gestión del psiquiátrico va a seguir la línea de las entidades privadas, cuyo fin es la obtención de beneficios, poniendo en primer plano la rentabilidad y relegando a

un segundo lugar a los protagonistas, los pacientes y sus necesidades. Se crea el Patronato del Manicomio, cuyo delegado será el director médico y también accionista de este, Timoteo Sánchez Freire. La terapia durante su periodo al mando sigue la línea de la terapia moral custodialista de principios del siglo XIX de Pinel, basándose principalmente en la dieta moral y la laborterapia, aunque también implementará algunas técnicas de hidroterapia e hipnosis (en este periodo destacan los trabajos a nivel internacional de Charcot en la Salpêtrière de París). En 1906 lo sucede en el cargo Juan Barcia Caballero⁸, descendiente de familia de médicos, el doctor Barcia fue un personaje importante de la sociedad compostelana. Se interesó por la hipnosis y la sugestión y destaca por su visión del paciente psiquiátrico como persona reinsertable en la sociedad. A su muerte, en 1926, toma el mando hasta 1930, Francisco Bacariza Varela.

Con el paso de los años aumentaba el número de pacientes (llegando a los mil en la década de 1930), pero no el de empleados, hecho que provoca la convocatoria de una huelga de empleados del manicomio en 1933, para exigir la intervención del Estado con el fin de que se implementen mejoras en la atención a los enfermos. También fueron despedidos otros trabajadores durante este periodo, como el doctor Lois Asorey, inventor del choque histamínico y que también ejercía en su sanatorio privado. El psiquiatra José Pérez López-Villamil, el año anterior, ya le había sugerido a las diputaciones gallegas la compra del manicomio, pero el entonces presidente del Consejo Superior Psiquiátrico, Gonzalo Rodríguez Lafora, emitió un informe en el que afirmaba que por el mismo precio se podía edificar un nuevo centro más acorde a los conocimientos de la época. En los años siguientes las tensiones entre Villamil y la Mitra Compostelana se van a ir acentuando, suceso que culmina con la marcha de Villamil a Madrid. En 1939 vuelve a Santiago con una plaza como Catedrático de Medicina Legal, aunque también impartía psiquiatría y psicología médica y abre un Sanatorio privado en Vigo, en el que se van a conocer dos figuras importantes de la psiquiatría ourensana, Nicandro Pérez Vázquez y Manuel Cabaleiro Goás.⁹

Desde 1932 hasta su jubilación, el director del manicomio de Conxo fue el doctor Ramón Rodríguez Somoza, personalidad destacable de la sociedad gallega de la época, de ideología galeguista y militante del partido, se relacionó con Castelao, Otero Pedrayo y Vilar Ponte, entre otros. Rodríguez Somoza era natural de Vilanova de Lourenzá (Lugo), aunque estudió la carrera de Medicina en Madrid. Hizo su tesis doctoral bajo la dirección de Cajal y al terminar, la Junta de Ampliación de Estudios le concedió una beca de 45 meses en Berlín (1926-1931). Al regresar a España, antes de establecerse en Galicia, trabajó por un corto periodo de tiempo en la clínica privada de Lafora. Durante su periodo en Conxo introduce una serie de mejoras burocráticas, organiza el archivo clínico y diseña una hoja de datos psicosociales para los ingresos. Combinó su actividad en el manicomio con su propia clínica privada a las afueras de Santiago, que a veces servía como puerta de entrada a Conxo, mientras se tramitaban los ingresos.³

Finalmente, en 1969 la Diputación Provincial de A Coruña compra el manicomio.

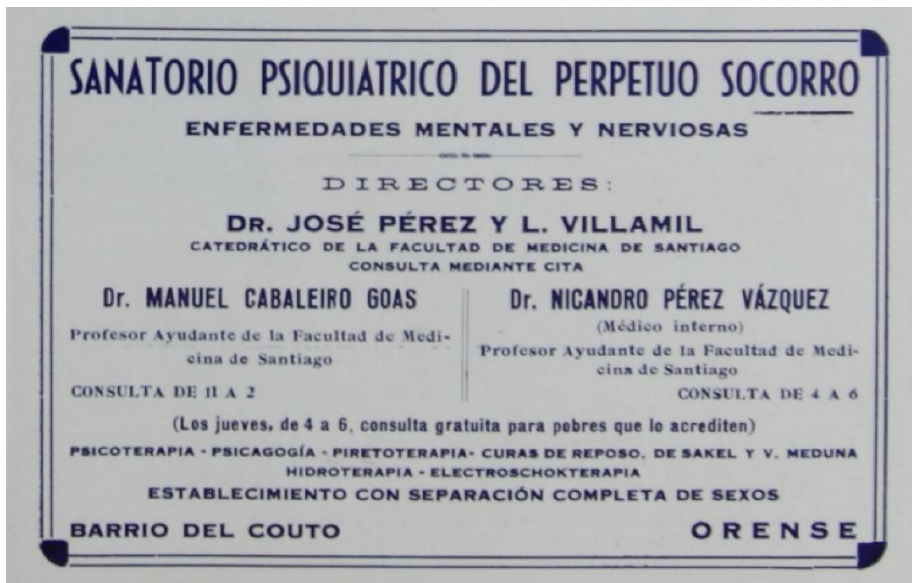


Figura 2: Anuncio del Sanatorio Psiquiátrico del Perpetuo Socorro (Ourense), 1943. Programa de Fiesta de Ourense, 1943.

En 1959 interviene el PANAP por primera vez en Galicia, con la inauguración del único psiquiátrico público para hombres de la provincia de Ourense, en un monte a 8 km de la ciudad, en el ayuntamiento de Toén, una región, como la mayoría de la época en Galicia, fundamentalmente agrícola. Inicialmente el edificio fue concebido como la Leprosaría del Noroeste de España, pero nunca se llegó a utilizar como tal. Luego pasó por proyecto de sanatorio antituberculoso, hasta llegar al fin a abrir como sanatorio psiquiátrico, destinado a pacientes varones recuperables de entre 16 y 60 años. Las pacientes mujeres de este periodo eran derivadas a Conxo o a Arévalo, que era un psiquiátrico exclusivamente femenino.¹⁰

Durante casi 20 años, y hasta su fallecimiento, Cabaleiro Goás fue su director, logrando gracias a él prestigio internacional en las décadas de 1960 y 1970. Estaban contratados 3 médicos más, aunque no realizaban guardias, 9 auxiliares cuidadores, un capellán, el administrador y cinco Hermanas de Congregación de las Hijas de María Santísima del Huerto. Las monjas de esta Orden son conocidas como las "Gianellinas", prestaron sus servicios y su "gobernanza" durante años en el Sanatorio de Toén.¹¹ A partir de 1961 también contaba con asistente social, cuyo papel fundamental era la mediación sociofamiliar, con el fin de favorecer la relación del paciente con la familia y la integración de este en el entorno, una vez era dado de alta. La mayoría de las plazas eran costeadas por la beneficencia provincial, y las familias que podían pagar una solían internar a sus enfermos en los sanatorios privados de la comarca. También existieron casos en esta época de pacientes encerrados en condiciones infrahumanas en celdas de su propia vivienda y otros abandonados a su suerte, que se dedicaban a la mendicidad.¹⁰ La clasificación diagnóstica del momento era la aprobada por el PANAP (Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica). Como veremos más adelante, entre la terapéutica utilizada en Toén van a destacar los psicofármacos, además de la insulino-terapia y del electrochoque (TEC).

No es posible entender el funcionamiento del psiquiátrico de Toén sin contextualizar su asentamiento en el municipio de Toén. Sus trabajadores eran vecinos del ayuntamiento, puesto que fue una de las cláusulas cuando cedieron los terrenos comunales para su edificación; dado

que la mayoría vivían en los alrededores, si algún paciente se escapaba no tardaban en localizarlo y llevarlo a alguna taberna o al horno del pueblo a donde iban a buscarlo los auxiliares. Existía un ambiente de familiaridad y una integración enfermos y vecinos, debida a la relación de interés por el beneficio que obtenían estos últimos del hospital.¹²

En Toén había pocos pacientes, en torno a 200, nunca se llegó a dar la masificación del centro, cultivaban una huerta y criaban cerdos, por lo que no hubo problemas de hambre y malnutrición, como sí ocurría en otros psiquiátricos como el de Conxo. Los enfermos trabajaban y se les pagaba una cantidad simbólica, pero con el paso de los años y las mejoras en la Seguridad Social la mayoría dejaron de hacerlo, ya que recibían una pensión.

Hasta el año 1982 todos los pacientes eran varones, es en este año cuando se abre una sala para mujeres, pero que permanecía cerrada todo el día, porque *“el loco es por definición un ser capaz de violar los principios y reglas de la moral sexual... y por ello durante años se mantuvo una estricta separación de sexos en los Hospitales Manicomiales, negando con ello la libertad sexual”*.¹² Todavía a finales del siglo XX permanece el discurso moral que mantuvo la psiquiatría en los siglos pasados y la mayor estigmatización y maltrato hacia las mujeres.

Con las reformas psiquiátricas realizadas en España tras el Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica, Abril, 1985, la promulgación de la Ley General de Sanidad (Ley 14/1986, del 25 de abril, General de Sanidad) y todas las transferencias sanitarias realizadas a las Autonomías (en Galicia desde 1991), se llega a finales del siglo XX a una red de dispositivos de atención psiquiátrica mucho más amplia en muchas de las provincias españolas, y también en Galicia. En Ourense, la constituyen distintas unidades de salud mental que se adaptan mejor a las necesidades y patologías de los pacientes, de este modo, el psiquiátrico de Toén queda como unidad de crónicos hasta enero de 2012, que echa el cierre definitivamente para trasladar la actividad asistencial al Hospital de Piñor. En esta nueva etapa, que llega hasta nuestros días, se buscan las mínimas estancias necesarias para los pacientes y su integración en la sociedad. Las clasificaciones diagnósticas utilizadas en la actualidad son la CIE-11, de la OMS y el DSM-V, de la Asociación Americana de Psiquiatría.



Figura 3: Hospital Psiquiátrico de Toén (Ourense), agosto 1959. Tomado de VIDA GALLEGA (archivo personal de Fernando Valcárcel).

6.4 DESARROLLO DE LA TERAPÉUTICA PSIQUIÁTRICA

La locura es tan antigua como la historia de la humanidad, de modo que las distintas formas de combatirla también se remontan a estos comienzos. Las civilizaciones antiguas tenían una concepción mágico-demoníaca de la locura, se han hallado cráneos trepanados del año 5.000 a.C., el fin de esta técnica era conseguir que saliesen los demonios del cuerpo poseído. La medicina griega fue la primera en buscarle una explicación racional y científica, mediante la alteración de los humores; Hipócrates describió la manía como exceso de bilis amarilla y la melancolía de bilis negra. Implementaron las sangrías y los cambios dietéticos como tratamientos. Los romanos tomaron un camino similar al de los griegos, Areteo fue el primero en hablar de las personalidades pre-psicopáticas.¹³

Con la caída del Imperio Romano en el siglo V, da comienzo la Edad Media, periodo en el que la medicina occidental va a sufrir una involución. En el Antiguo Testamento aparecen referencias que atribuyen la locura a castigos divinos; en este periodo se van a servir de las sagradas escrituras para atribuir la locura a brujerías y a la posesión demoníaca; los exorcismos, los encierros en celdas, las torturas de la Inquisición, así como los laxantes y purgantes eran tratamientos de primera línea.¹⁴ En 1357 abre el primer manicomio de Europa, el hospital de Bethlem, en Londres, conocido por su crueldad y las condiciones inhumanas en las que habitaban sus pacientes, situación que no cambió mucho en los siglos venideros. Durante el siglo XVII va a servir de entretenimiento a la clase burguesa del país, que acudía al sanatorio a observar a los pacientes, que eran exhibidos como un mero espectáculo. En España, durante el siglo XV, empezaron a abrir los primeros asilos dependientes de órdenes religiosas en diversas ciudades del país (Valladolid, Valencia, Toledo, Zaragoza, Sevilla y Barcelona) con intención meramente custodialista, tendencia que seguirá en auge en los siglos venideros. La apertura de los primeros manicomios marca el inicio de la Primera Revolución Psiquiátrica.

Durante la Ilustración la psiquiatría retoma el camino científico, de la mano del médico francés Philippe Pinel y su discípulo, Esquirol, produciéndose la Segunda Revolución Psiquiátrica. Pinel fue el primero en liberar a los enfermos mentales del manicomio de Bicêtre de sus cadenas, introduciendo la terapia moral y mediante la observación clínica clasificó las enfermedades mentales en cuatro tipos: manía, melancolía, idiocia y demencia¹⁴.

Durante el siglo XIX se implementó el uso de sedantes en los manicomios, empezaron con morfina subcutánea, posteriormente hiosciamus, una droga derivada de una planta de la familia de las solanáceas, de la que en 1880 se aisló la hioscina (también conocida como escopolamina). A finales de siglo el hidrato de cloral era el sedante de elección en la mayoría de los manicomios privados y el bromuro de potasio en los públicos, ya que era más barato. Macleod, un médico de Edimburgo fue pionero en el uso del bromuro de potasio para la inducción de sueño prolongado como terapia de deshabitación en adictos a la cocaína y a la morfina y poco más tarde la implementó en psicosis agudas. Los pacientes permanecían dormidos entre 5 y 9 días, al despertar parecían estar mejorados. En 1903 se comercializaron los barbitúricos bajo los nombres de *Medinal* y *Veronal* y fueron ganando terreno a los sedantes previos, ya que tenían un sabor menos desagradable y una dosis terapéutica más alejada de la dosis tóxica. En 1912 Bayer comercializa el *Luminal* (fenobarbital), que se terminará convirtiendo en el fármaco de cabecera de los manicomios de principios de siglo.¹⁴

De finales del siglo XIX también son reseñables las figuras de Jean-Martin Charcot y Sigmund Freud, aunque sus aportaciones no tuvieron mayor relevancia en el campo de la

psicosis ni en su tratamiento. Charcot fue un neurólogo francés que hizo investigaciones sobre la histeria y su diagnóstico mediante la hipnosis. Freud, lo conoció en un periodo de prácticas que realizó en la Salpêtrière de París en 1885 y al volver a Viena siguió con el estudio de la histeria, creando posteriormente su propia terapia basada en el estudio de la infancia, la libre asociación y la interpretación de los sueños, conocida como psicoanálisis. Los psicoanalistas atendían en consultas privadas a pacientes de clase media. Su función era más la de guías para trabajar en el autoconocimiento, con la vida sexual como protagonista, que la de tratar patologías psiquiátricas graves. Fueron muchos catedráticos los detractores de este nuevo método, entre ellos destacan figuras de la Tercera Revolución Psiquiátrica, como la de Emil Kraepelin, profesor en Heidelberg, precursor de la *dementia praecox* (actual esquizofrenia) y la psicosis maniaco-depresiva, ya que para ellos la psiquiatría se focalizaba en la búsqueda del tratamiento para las psicosis, los trastornos del espectro neurótico no les suscitaban mayor interés. Aunque Freud no tenía en buen concepto a la sociedad estadounidense, fue en Estados Unidos donde tuvo mejor acogida la corriente psicoanalítica, que creció fervientemente y se desarrolló sobre todo en la ciudad de Nueva York después de la segunda Guerra Mundial. Con el paso de los años esta terapia dejó de ser exclusiva de médicos y psiquiatras y la llevan a cabo trabajadores sociales y psicólogos.¹⁴

El panorama de la psiquiatría de principios de siglo XX era desolador, los manicomios estaban cada vez más llenos de pacientes a los que era muy difícil dar alguna solución. De este modo, los psiquiatras buscaron alternativas, surgiendo las terapias somáticas. Vamos a hablar de la piretoterapia, las terapias de choque y la psicocirugía.

6.4.1 PIRETOTERAPIA

La piretoterapia es un tratamiento basado en la inducción de fiebre mediante métodos biológicos, químicos o físicos.

Dentro de los primeros, es reseñable la malarioterapia o impaludización, iniciada en 1917 por el médico austríaco Julius Von Wagner-Jauregg, que basándose en la supuesta mejoría que algunos procesos infecciosos producían en algunas patologías mentales, decide inyectar sangre venosa de pacientes afectados de paludismo a 9 pacientes con parálisis general progresiva. Con este método buscaba conseguir de 8 a 10 accesos febriles tras los cuales administraba quinina, para frenar la evolución de la enfermedad. La sangre se podía inocular vía intravenosa, obteniendo el primer pico febril a los 2-3 días o vía intramuscular, cuyo pico aparecía a los 15-18 días. Al ver que los pacientes en estadios finales de la neurosífilis mejoraban, este tratamiento fue implementado en otras patologías con síntomas psicóticos, como la esquizofrenia. Por este tratamiento recibe el Nobel de Medicina 10 años más tarde, en 1927. Con el descubrimiento de la penicilina en la década de 1930, este método cayó en desuso y en la década de 1940 la neurosífilis se convirtió en el paradigma de enfermedad mental curable, dado que su causa era infecciosa, pero las psicosis funcionales no corrieron la misma suerte.

José Pérez L. Villamil, médico en el manicomio de Conxo en el año 1931, recoge en su tesis que este tratamiento resultaba inútil en pacientes con esquizofrenia.¹⁵

Como métodos químicos podemos destacar la inyección subcutánea de trementina (aguarrás) en el glúteo o cara externa del muslo, con la que se conseguía un absceso de fijación

purulento y fiebre de entre tres a cinco días y el *Sulfasin Leo*, un aceite fluorado inyectado unas 10 veces a lo largo de varios días.

Por último, como método físico es destacable la hidroterapia, aplicada mediante diversos métodos: baños prolongados fríos o calientes, inmersión por sorpresa, envoltura de Kraepelin o envoltura húmeda en sábana termógena... Podemos ver este método plasmado en el cine, por ejemplo, en la serie alemana, dirigida por Marvin Kren, “*Freud*” (2020).

6.4.2 TERAPIAS DE CHOQUE

Dentro de las terapias de choque se agrupan tres métodos cuyo fin es la inducción de convulsiones. Se empiezan a utilizar en pacientes con esquizofrenia, basándose en el “supuesto antagonismo biológico entre psicosis y epilepsia”, como manifestó Meduna en su autobiografía¹⁴.

6.4.2.1 CARDIAZOL

En 1934 aparece el shock cardiazólico, introducido por el psiquiatra húngaro Ladislaus Joseph Von Meduna. El *Cardiazol* o *Metrazol*, comercializado con el primer nombre en Europa y con el segundo en Estados Unidos, era un fármaco similar al alcanfor, que producía violentas convulsiones.

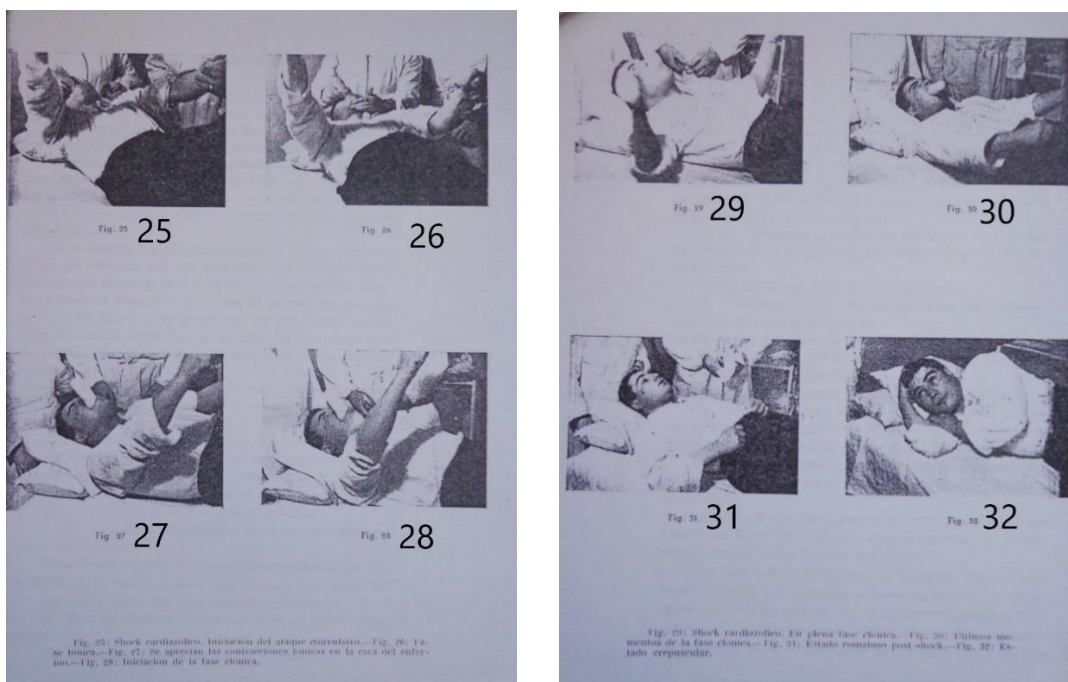


Figura 4: Fases del shock cardiazólico. Libro *Psicosis esquizofrénicas* de Manuel Cabaleiro Goás. (Nº 25: Iniciación del ataque convulsivo. Nº 26: Fase tónica. Nº 27: Se aprecian las contracciones tónicas en la cara del paciente. Nº 28: Inicio de la fase clónica. Nº 29 y 30: Fase clónica. Nº 31: Estado comatoso post-shock. Nº 32: Estado crepuscular).

6.4.2.2 TERAPIA DE SAKEL

También en 1934 Manfred Sakel desarrolla una terapia mediante la inducción de comas hipoglucémicos, aunque las convulsiones aparecían en muchos casos, no era el efecto principal que buscaba. Desde 1922 ya se conocían los efectos de la insulina en los diabéticos, que eran tratados con ella. El psiquiatra austríaco empezó a usarla como tratamiento de los síntomas de la abstinencia por opioides, pero al poco tiempo la introdujo como tratamiento de la esquizofrenia. Se administraban entre 24 y 300 U de hormona vía intravenosa o subcutánea, se dejaba entre media hora y una hora al paciente en coma, sacándolo de ese estado con suero glucosado I.V o té con azúcar por sonda nasogástrica. Al despertar del coma los pacientes experimentaban un periodo de mejoría transitoria, libre de delirios y alucinaciones. El coma hipoglucémico supone una situación extrema de estrés para el organismo y es potencialmente letal, por lo que de este tratamiento derivaban una serie de complicaciones cardiovasculares y cerebrales, pudiendo causar incluso daño cerebral irreversible.

La era de terapia insulínica tuvo su máximo desarrollo entre 1933 y 1960, y fue considerada como un momento clave en el desarrollo de la psiquiatría (estudiado en EE. UU por Doroshov¹⁶). Fue desarrollada solo diez años después de que la insulina fuera adoptada como un "medicamento milagroso" para el tratamiento de la diabetes, los psiquiatras percibieron que estas curas de Sakel eran un medio para acercar su campo a la medicina convencional, particularmente a la neurología.

Como tratamiento institucional, las terapias de coma hipoglucémico se administraban en un área específica del hospital psiquiátrico considerada como la unidad de insulina, una habitación con su propio personal, prácticas y actitudes hacia las enfermedades mentales. Allí, los psiquiatras a menudo experimentaron maravillosas recuperaciones de pacientes individuales, anteriormente intratables. Con el paso de las décadas y la aparición de los psicofármacos el shock insulínico cayó en desuso.¹⁶

6.4.2.3 TERAPIA ELECTROCONVULSIVA (TEC)

En 1938, dos psiquiatras italianos, Ugo Cerletti y Lucio Bini después de haber experimentado en perros y en cerdos en un matadero, inducen por primera vez convulsiones tónico-clónicas mediante corriente eléctrica en su clínica de Génova, en un paciente con síntomas psicóticos, consiguiendo su remisión; aunque no era la cura de la esquizofrenia, sí permitía el alivio de los síntomas incapacitantes de la enfermedad. De este modo, nace la TEC como alternativa a las otras terapias convulsivas y también se implementa en otras patologías, como la depresión mayor. El principal inconveniente de esta terapia eran las facturas, que se vieron reducidas a partir de 1952, con la introducción de la succinilcolina, un relajante muscular. En Estados Unidos, a pesar de que la corriente psicoanalítica estaba en auge y la nueva terapia tuvo muchos detractores y críticos, a finales de la década de 1950 era la terapia de elección en el trastorno bipolar y la depresión mayor.

Las sesiones de TEC se realizaban en días alternos, no superando las 20. Se administraba un voltaje de 80 a 100 voltios con una intensidad de 300 a 600 amperios en la fracción de un segundo.

A diferencia de las otras terapias previas a la introducción del arsenal psicofarmacológico, el uso de la TEC sigue vigente hoy en día, siguiendo unos protocolos e indicaciones específicas, entre las que se encuentran: catatonía de diversa etiología, depresiones psicóticas o con alto riesgo de suicidio, cuadros agudos de esquizofrenia con componente afectivo, episodios maníacos refractarios al tratamiento o pacientes bipolares cicladores rápidos. En pacientes embarazadas con contraindicaciones absolutas de algunos fármacos también es la TEC una buena alternativa de tratamiento.¹⁷

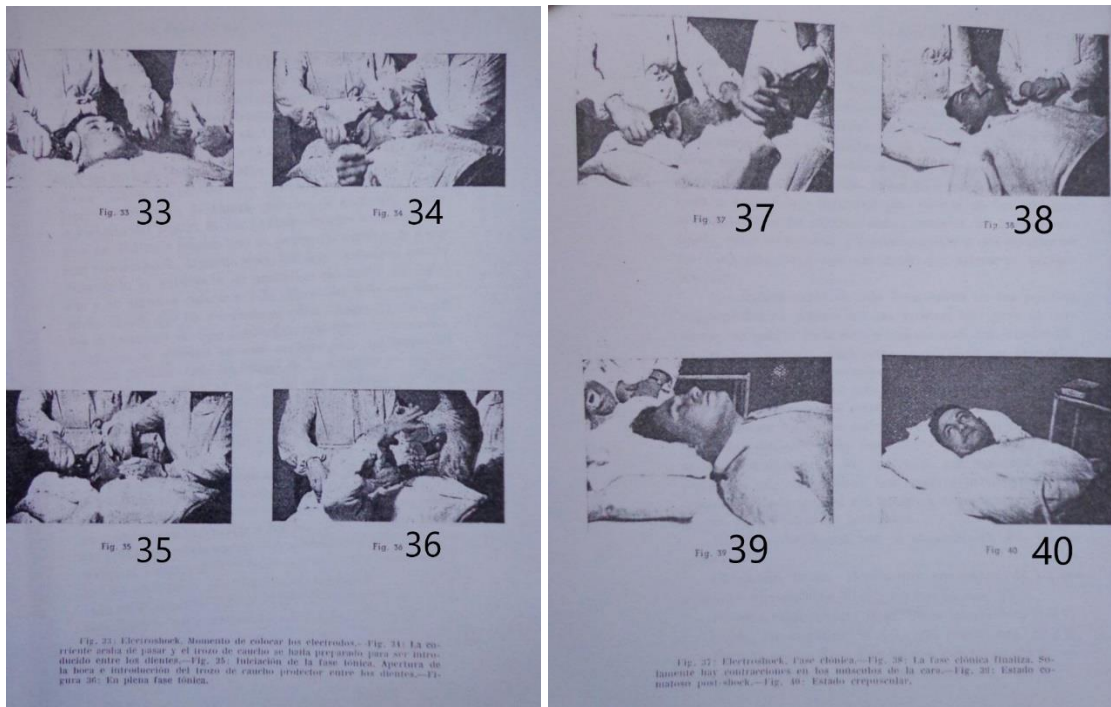


Figura 5: Fases del electroshock. Libro Psicosis esquizofrénicas de Manuel Cabaleiro Goás. (Nº 33: Colocación de los electrodos. Nº 34: Pasa la corriente. El trozo de caucho está preparado para introducir entre los dientes Nº 35: Iniciación de la fase tónica. Se introduce el caucho en la boca del paciente. Nº 36: Plena fase tónica. Nº 37: Fase clónica. Nº 38: Fin de la fase clónica. Solamente hay contracciones en la musculatura facial. Nº 39: Estado comatoso post-shock Fig.40: Estado crepuscular)

6.4.3 PSICOCIRUGÍA

En 1848, se empieza a conocer la relación entre el lóbulo frontal y las emociones y toma de decisiones, debido al accidente laboral de Phineas Gage, un trabajador de la construcción de la línea de ferrocarril de Vermont, cuyo lóbulo es atravesado por una barra de metal. Tras pasar la fase aguda, se vio un cambio en su personalidad y temperamento, volviéndose más impaciente y blasfemo. Este caso histórico marca el comienzo del estudio de las bases biológicas del comportamiento.¹⁸

En 1928 los neurocirujanos de Yale John Fulton y Carlyle Jacobsen les extirpan parte del lóbulo frontal a Becky y Lucy, dos chimpancés con problemas de estrés, que después de la intervención se mostraban más dóciles y tranquilas. Presentan los resultados de su investigación en un Congreso Internacional de Neurología celebrado en Londres en 1935. Entre los asistentes estaba Antonio Egas Moniz, neurólogo portugués, que implementa y desarrolla esta técnica de

psicocirugía en humanos con trastornos obsesivos. La denominada leucotomía consistía en seccionar quirúrgicamente las conexiones de los lóbulos frontales con el resto del cerebro. Al año siguiente, Walter Freeman, neurólogo del hospital universitario George Washington, desarrolla y modifica la técnica, realizando secciones más amplias, la que pasa a conocerse como lobotomía transorbitaria; la realizaba mediante la inserción de un picahielos golpeado con un martillo en la cuenca del ojo. La populariza en Estados Unidos como tratamiento de trastornos psicóticos, ansiedad, depresión e incluso la aplica a criminales, a menores de edad rebeldes y a homosexuales. A lo largo de su vida lleva a cabo más de 3.500 lobotomías. Durante la última, en 1967 secciona un vaso de la paciente y la mata, por lo que le es retirada la licencia.¹⁴

Hay un sinfín de referencias cinematográficas y literarias sobre la terapéutica psiquiátrica previa a los psicofármacos. En *“alguien voló sobre el nido del cuco”*, novela de Ken Kesey, llevada al cine bajo la dirección de Miloš Forman, ambientada en un psiquiátrico de Oregón de 1963 aparecen la TEC y la lobotomía. Y en la novela *“Los renglones torcidos de Dios”* del madrileño Torcuato Luca De Tena, aparecen repetidas referencias a la insulino-terapia, a la TEC y a la cura de sueño.¹⁹

Este era el panorama a nivel internacional de la psiquiatría de principios de siglo, pero ¿Qué estaba pasando en Galicia?

Entre 1924 y 1932, según el artículo de Rodríguez Noguera et al.¹⁵ en el que revisaron las historias clínicas de Conxo de esos años, figuran los siguientes tratamientos: *Sulfosin Leo*, absceso de fijación con trementina e impaludización. Además de bromuro de potasio y *Luminal* (fenobarbital), usados como sedantes. En 1932 también se experimentó con mescalina, según el artículo de Carcavilla Puey et al.²⁰ se trató a un paciente con esquizofrenia paranoide con mescalina intravenosa, en el que concluyeron que no hubo incremento alucinatorio. El uso de sustancias psicodélicas se remonta al periodo precolombino, el peyote, planta de la que procede el citado alcaloide, era usado por los indígenas americanos de la región de México para sus rituales tradicionales relacionados con la espiritualidad, el misticismo y la introspección. En la década de 1920, en Alemania, se publicaron diversos estudios sobre los efectos de la mescalina en los procesos psíquicos, coincidiendo con la estancia en dicho país del que fue director de Conxo en la década de 1930, Ramón Rodríguez Somoza. En 1947 Sandoz comercializa la mescalina para uso psiquiátrico, siendo usada en las dos décadas siguientes en psicoterapia para hacer aflorar contenidos reprimidos en el subconsciente.

En 1943, Manuel Cabaleiro Goás y Nicandro Pérez Vázquez abren en Ourense el Sanatorio del Perpetuo Socorro, ofertando la administración de TEC (además de terapia de Sakel, shock cardiazólico, pireto-terapia...), que también es implementada en Toén, a partir de su inauguración en 1959, así como en Conxo, en cuyas historias clínicas figura desde la década de 1940.

En Galicia no consta que se hayan practicado leucotomías, aunque en mi investigación he encontrado una historia clínica del año 1953 de Conxo en la que figura una leucotomía bilateral realizada en Estados Unidos a un paciente gallego emigrado con esquizofrenia.

Así mismo, he encontrado tratamiento con terapia de Sakel en pacientes con esquizofrenia y trastorno bipolar desde el año 1953 hasta 1966 en Conxo y desde 1959 a 1966 en Toén.

6.5 ARSENAL FARMACOLÓGICO

6.5.1 ANTIPSICÓTICOS

En la década de 1950 aparecen los primeros fármacos eficaces usados en el tratamiento de la esquizofrenia y el trastorno bipolar, los antipsicóticos o neurolépticos, término acuñado por Delay y Deniker. Constituyen uno de los grandes avances de la medicina del siglo XX, como afirma el psiquiatra estadounidense, Allan Hobson en *“The chemistry of concius states”* (1994): *“el desarrollo de drogas que interactúan con los sistemas químicos cerebrales es el más importante avance en la historia de la psiquiatría moderna”*.²¹ El primero de ellos fue la clorpromazina, una fenotiazina bloqueadora de receptores dopaminérgicos (4560 RP según el código interno de la empresa), sintetizada por Paul Charpentier, químico de la compañía farmacéutica francesa Rhône-Poulenc (actual Sanofi), en diciembre de 1950. En ocasiones, en la literatura científica se habla del descubrimiento del uso en psiquiatría de la clorpromazina como una casualidad, por ‘serendipia’, pero son innegables, como veremos a continuación, las decisiones tomadas de forma deliberada por los científicos de Rhône-Poulenc y las observaciones llevadas a cabo por varios clínicos.

Henri Laborit, cirujano de la armada e investigador francés, destinado en el Hospital Marítimo de Bizerte, en Túnez en 1949, estaba buscando un fármaco antihistaminérgico con efectos sobre el sistema nervioso central, que inhibiese los mecanismos autónomos implicados en el estado de shock, para poder usar como potenciador de la anestesia general en los soldados que tenía que intervenir y poder mejorar así las posibilidades de éxito de las cirugías. En 1951 vuelve a París, al hospital militar Val-de-Grâce y continúa con su investigación. Solicita a Rhône-Poulenc muestras de su nueva fenotiacina y comprueba que a dosis de entre 50-100 mg I.V induce calma sin sedación al dárselo a pacientes antes de entrar a quirófano. A la vista de los resultados, Laborit sugiere su posible uso en psiquiatría.¹⁴

En enero de 1952 se administra clorpromazina al primer paciente psiquiátrico, asociada a mepiridina (derivado opioide), un barbitúrico y TEC a un joven de 24 años con un episodio maniaco muy agitado, en el hospital militar de París; después de 20 días de tratamiento con un total de 855 mg el paciente pudo ser dado de alta. Estos resultados fueron presentados por el coronel Jean Paraire a la sociedad médico-psicológica en París y publicados en los *Annales Médico-psychologiques*.

En marzo de 1952, Jean Delay y Pierre Deniker, dos psiquiatras del Hospital de Sainte-Anne de París, la introducen en la clínica sin asociarla a ningún otro fármaco en pacientes con esquizofrenia y manía, comprobando su alta eficacia en el control de la agitación. Informan de los pronto resultados a la sociedad médico-psicológica y llevan a cabo una serie de publicaciones sobre el uso de la clorpromazina en pacientes con patología psiquiátrica, dando así comienzo a una nueva era de tratamiento. En noviembre del mismo año sale al mercado bajo el nombre de *Largactil*. La compañía farmacéutica le hace llegar a Heinz Lehmann, psiquiatra del Hospital Verdun de Montreal, las publicaciones de los psiquiatras franceses y muestras del fármaco, convirtiéndolo en el pionero en su introducción en Norteamérica. La compañía farmacéutica Smith, Kline and French (actual GSK) compra la licencia de fabricación y va a ser la encargada de introducir el fármaco en Estados Unidos, bajo el nombre de *Thorazine* en 1954.^{14, 22}

En octubre de 1955 tiene lugar en París el I Coloquio Internacional sobre Neurolépticos, organizado por Delay y Deniker, del que son partícipes 257 representantes de 19 países, entre los que figuraba España. Dos años después, en 1957 después de la celebración del II Congreso Mundial de Psiquiatría en Zúrich, la comunidad científica reconoce la importancia de la clorpromazina. En ese mismo año Henri Laborit, Pierre Deniker y Heinz Lehmann reciben el premio Albert Lasker de la APHA (Asociación Americana de Salud Pública) por su labor en la introducción del fármaco.

De este modo, la clorpromazina entra en la práctica clínica sin ensayos clínicos previos que la avalasen. Hoy en día sería imposible, pues los nuevos protocolos exigen ensayos clínicos que demuestren que el fármaco es seguro y efectivo, además de obtener resultados favorables al compararlo con los ya existentes. Los primeros ensayos clínicos se llevaron a cabo en Estados Unidos en la década de 1960, demostrando que mejoran varios síntomas de la esquizofrenia, además de mostrar mejoras frente al placebo. Los ensayos a largo plazo, seguidos durante más de un año han demostrado que continuar con el antipsicótico después de que el paciente haya respondido frente a parar el tratamiento llegados a ese punto es más efectivo, disminuye el riesgo de recaídas y de reingresos; cerca del 80% de personas que han padecido un brote psicótico experimentarán uno o más en los siguientes cinco años. Varios estudios observacionales también hablan de los beneficios de continuar con el tratamiento a largo plazo, viendo reducido el número de emergencias psiquiátricas y reingresos.²²

En lo referente a la duración del tratamiento el NICE recomienda la desescalada gradual y la monitorización de los signos y síntomas de posibles recaídas al menos dos años después de la interrupción del tratamiento. Es importante que la decisión de abandonar el fármaco sea consensuada entre paciente y médico una vez discutidos los riesgos y beneficios y teniendo siempre presente una posible recaída, siendo imprescindible explicar al paciente y a la familia como reconocer los síntomas tempranos y como pedir ayuda rápido.

Dada la evidencia de las alteraciones biológicas en la esquizofrenia, como la alteración dopaminérgica en las vías subcorticales o la dilatación de ventrículos laterales y tercer ventrículo evidenciados mediante TAC, es innegable el papel crucial de la psicofarmacología, pero no debemos olvidarnos del aspecto psicosocial de la enfermedad y del abordaje psicoterapéutico del paciente y de la familia mediante terapia cognitivo-conductual, que puede ayudar en la mejora de los síntomas y la integración social del individuo.²²

Con todo esto, son indiscutibles los beneficios de los antipsicóticos, sin embargo, no faltan las voces críticas que llaman a su uso más selectivo, basándose en los efectos secundarios, entre los que se incluyen ganancia de peso, incremento de glucosa y lípidos, con el consecuente aumento del riesgo cardiovascular, sedación, disfunción sexual, síndrome colinérgico y parkinsonismo, además de considerar la disfunción social con su uso a largo plazo o el riesgo de recaída tras su retirada.

La Clorpromazina dio inicio a la Cuarta Revolución Psiquiátrica y abrió la puerta a una floreciente investigación en tratamientos destinados a la patología psiquiátrica, así como al estudio de la sinapsis nerviosa, que pasa de concebirse como una transmisión puramente eléctrica a tenerse también en cuenta las sustancias químicas implicadas; a finales de la década de 1950 se identificaron seis neurotransmisores en el sistema nervioso central: acetilcolina, dopamina, noradrenalina, serotonina, sustancia P y ácido γ -aminobutírico.²³ Durante esta

década se sintetizarán más antipsicóticos, así como los primeros antimaníacos, antidepresivos y ansiolíticos.

Los primeros antipsicóticos se conocen como antipsicóticos típicos o de primera generación. Estos se han dividido en dos grupos: sedantes o de baja potencia, que tienen efectos autonómicos importantes, por lo que no pueden ser usados a altas dosis e incisivos o de alta potencia, que sí pueden ser utilizados a dosis altas, por sus escasos efectos autonómicos. La clorpromazina pertenece al primer grupo, dentro del que se encuentran otras sustancias sintetizadas a posteriori, pero ninguna con una acción superior. La clorpromazina solo se vio superada por la clozapina, antipsicótico atípico o de segunda generación, cuyo uso en la actualidad está bastante restringido por su principal efecto adverso, la agranulocitosis. El primer y principal fármaco incisivo fue el haloperidol, que hoy en día sigue siendo uno de los fármacos de cabecera de las urgencias psiquiátricas.

El haloperidol es un psicofármaco derivado de la 4-fluorobutirofenona, sintetizado por Bern Hermans en 1958 para la compañía farmacéutica Janssen, bajo el código comercial de R. 1625. Es el antipsicótico más popular después de la introducción de la clorpromazina en 1952, con una actividad antipsicótica 50 veces superior a la de esta, un inicio de acción más rápido y una duración más prolongada. Después de experimentar en animales de laboratorio, Janssen empieza un primer ensayo clínico con 18 pacientes psicóticos de la clínica psiquiátrica de la Universidad de Lieja. Se les administran dosis de 2 a 5 mg de haloperidol, empezando los efectos sedantes entre 5 y 15 minutos, que se prolongan de 3 a 5 horas. Los resultados fueron publicados en *Acta Neurologica et Psychiatrica Belgica* y en septiembre de 1959 se celebra el primer Simposio Internacional sobre haloperidol en Beerse, Bélgica. En ese mismo año se comercializa dicho fármaco bajo el nombre de *Haldol*. El comienzo de su uso en la clínica supone el refuerzo de la hipótesis biológica como etiopatogenia de la esquizofrenia, la disminución de las terapias somáticas y el apoyo del proceso de desinstitucionalización.

Hay dos artículos sobre la introducción del haloperidol en el país vecino, Portugal, recogidos por Gaio et al.²⁴

El primero data de 1959 de Seabra Dinis y Moreira da Silva, publicado en la revista *Anais Portugueses de Psiquiatria*, con el título de “*L’emploi thérapeutique d’un nouveau médicament non phenotiazinique, le R. 1625 ou haloperidol, chez des maladies mentaux d’évolution prolongée*” y presentado en el Simposio Internacional de 1959. Llevan a cabo un estudio con 39 pacientes, 23 de ellos con esquizofrenia. Concluyen que los pacientes se muestran menos agresivos y agitados y se realiza menos terapia electroconvulsiva. Ven mejoría en el comportamiento de los pacientes incluso 5 o 6 días después de aplicar el tratamiento. El nuevo fármaco ayuda a mejorar y humanizar la asistencia a las personas con patología mental crónica.

El Segundo se publica en noviembre de 1960 en *Jornal do Médico* por A. Coimbra de Matos, Sampaio Ferreira y Suzana Teiga, bajo el título de “*Resultados clínicos com o haloperidol (R. 1625)*”. Los autores se centran en la rehabilitación de los pacientes y en la repercusión en su vida social. Dieron el fármaco a 6 pacientes con esquizofrenia y vieron la remisión de la enfermedad en 4 de ellos. Describen el efecto del fármaco como rápido, constante e intenso. También hacen mención al parkinsonismo como efecto secundario.

De ambos artículos se concluye que el haloperidol tuvo una buena y rápida acogida por la comunidad médica y ambos ponen énfasis en el perfil farmacológico y clínico del nuevo fármaco, que pasa a convertirse en uno de los antipsicóticos más populares de todo el mundo.

En 1963 Carlsson y Lindqvist comprobaron que la administración de clorpromazina y haloperidol provocaba un cambio en las catecolaminas del cerebro de los ratones. Atribuyeron estos hallazgos al incremento compensatorio de la actividad de la tiroxina hidroxilasa, de modo que los fármacos debían actuar bloqueando los receptores, así, postularon la posible relación del bloqueo de los receptores dopaminérgicos y el efecto antipsicótico.²³

Por otra parte, es importante hacer una reseña del primer antipsicótico atípico usado en la práctica clínica desde 1954, la reserpina. Es un alcaloide procedente de la *Rauwolfia serpentina*, una planta procedente de la India, usada durante siglos en la medicina hindú. Los primeros ensayos con la planta en la década de 1930 descubrieron sus propiedades hipotensoras y sedantes, de forma que se implementó en el uso de la hipertensión arterial en India. A Occidente no llegó este conocimiento hasta 1949. Investigadores de Basilea fueron los primeros en aislar la reserpina, el compuesto que le otorgaba a la planta las propiedades hipotensoras y sedantes y el primero en implementarla en pacientes con psicosis fue Nathan Kline, doctor del hospital estatal de Rockland de Nueva York en 1953. Al comunicar sus resultados en 1954, se comercializa el fármaco para uso psiquiátrico.²¹

6.5.2 ANTIMANIÁCOS

El primer antimaniaco conocido fue el litio, una sustancia natural abundante aislada de los minerales en los que se encuentra en 1817, por el químico sueco Johan August Arfwedson. Este hecho tuvo mucho que ver en su introducción tardía en la clínica, ya que ninguna empresa farmacéutica podía patentarla y obtener así grandes beneficios.¹⁴ Los primeros estudios con litio se remontan al año 1949 de la mano de John Cade, psiquiatra del Hospital Mental de Repatriación de Bundoora (Australia). Había observado que los síntomas de las tirotoxicosis se parecían a las manifestaciones maníacas, de modo que se cuestionó si alguna disregulación endocrino-metabólica podía ser la causante. Empezó inyectando intraperitonealmente orina de pacientes maníacos y de controles sanos a cobayas, que tras presentar episodios convulsivos terminaron muriendo, de forma que decidió centrarse en el estudio de los componentes de la orina; escogió el ácido úrico que solubilizó, convirtiéndolo en una sal de litio y se lo volvió a inyectar a las cobayas, que esta vez experimentaron letargo. A la vista de los resultados decide probarlo en humanos, después de inyectarse a sí mismo carbonato y citrato de litio y comprobar que no eran dañinos, se lo inyecta a 10 pacientes maníacos, 6 esquizofrénicos y 3 depresivos psicóticos crónicos. Observa que sobre la depresión no tenía ningún efecto, a los esquizofrénicos los calmaba levemente, pero la mejoría de los maníacos fue espectacular, pudiendo ser dados de alta y con un tratamiento de mantenimiento llevar una vida normal. Ese mismo año publica los resultados en *The Medical Journal of Australia*, pero no logra suficiente impacto. En 1952 Mogens Schous, un joven psiquiatra danés, investigador de la Universidad de Aarhus hace un ensayo doble ciego con el litio y confirma los hallazgos de Cade. Pero no es hasta 1970 que la FDA aprueba este tratamiento, las sales de litio estaban prohibidas porque habían causado la muerte de pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva que habían sido tratados con ellas. La tardía introducción del litio como tratamiento no se debe únicamente a

este factor, como hemos comentado anteriormente el hecho de que ninguna compañía farmacéutica lo publicitase y la fuerte oposición de los psicoanalistas jugaron un papel crucial.

6.5.3 ANTIDEPRESIVOS

A finales de la década de 1950 también salieron a la luz los dos primeros grupos de antidepresivos: los tricíclicos (llamados así por su estructura química) y los IMAO (inhibidores de la monoaminooxidasa).

En 1950 el estudio de las propiedades de los antihistamínicos estaba en auge. La empresa farmacéutica suiza J.R.Geigy (actual Novartis) les pidió a los médicos del manicomio de Münsterlingen que testasen las propiedades hipnóticas de un nuevo fármaco (G 22150), pero comprobaron que sus propiedades eran escasas y los efectos secundarios inadmisibles. En 1954, después de la revolución que había generado la introducción de la clorpromazina, uno de los psiquiatras de Münsterlingen, Roland Kuhn, solicita a J.R.Geigy otro antihistamínico, con una cadena química lateral igual a la de la clorpromazina (G 22355). Lo testaron en pacientes con esquizofrenia, pero consiguieron el efecto contrario, aumentando su agitación y su inquietud. De modo que en 1955 deciden probarlo en pacientes con depresión, en los que la respuesta fue espectacular, en palabras de Kuhn *“los pacientes parecen en general más animados, sus voces, antes débiles y deprimidas, suenan ahora más alto; se muestran más comunicativos, las lamentaciones y sollozos han desaparecido. La depresión, que se había manifestado a través de la tristeza, la irritación y la sensación de insatisfacción, daba paso ahora a un sentimiento amistoso, alegre y accesible. Las quejas hipocondríacas y neurasténicas remitían o desaparecían por completo.”*¹⁴ Kuhn presenta el fármaco en el II Congreso Internacional de Psiquiatría del año 1957, en Zúrich y en 1958 Geigy saca al mercado el primer antidepresivo tricíclico, la imipramina, bajo el nombre de *Tofranil*. En 1959 se hace el primer ensayo clínico con imipramina frente a placebo, demostrando su alta eficacia, sobre todo en las depresiones endógenas. En los años siguientes el mercado de los tricíclicos va a estar en auge, entre otros, en 1961 Merck comercializa la amitriptilina (*Elavil*).

Por otro lado, la historia de los IMAOs tiene su origen en el primer fármaco antituberculoso: la isoniazida, sintetizada en 1951. Los investigadores de los laboratorios de la compañía suiza Hoffmann-La Roche (actualmente conocida como Roche) sintetizaron distintos derivados de la isoniazida y así nace la iproniazida. En 1952 se llevan a cabo estudios comparativos entre isoniazida e iproniazina, en los que se evidencia el mayor efecto estimulador sobre el sistema nervioso central de la segunda. Los pacientes tuberculosos tratados con iproniazina mostraban más vitalidad y energía. En ese mismo año, investigadores de la Universidad del Noroeste de Chicago descubren su efecto de inhibidor sobre la MAO y Charles Scott, investigador de Warner-Lambert (actual Pfizer) observó que al administrar iproniazida antes de reserpina (antipsicótico atípico) se conseguía un efecto estimulante. Todos estos hallazgos abren la puerta al estudio del fármaco en pacientes psiquiátricos.²¹

Los primeros estudios de la iproniazida en pacientes con depresión psicótica crónica los realizaron los psiquiatras del centro Rockland State de Nueva York y presentaron los resultados en una reunión de la Asociación Americana de Psiquiatras (APA) que tuvo lugar en Siracusa en 1957. En 1958 se aprueba el fármaco para su uso clínico, siendo el primero de un grupo de antidepresivos conocidos como IMAOs.

En las décadas siguientes se seguirá trabajando en el desarrollo de nuevos antidepresivos, que tengan menos efectos secundarios e interferencias con otros fármacos y alimentos.

6.5.4 ANSIOLÍTICOS

También en los 1950 se introducen los primeros hipnóticos no barbitúricos y ansiolíticos. En 1955 se comercializa el primer ansiolítico específico, el meprobamato un derivado de la mefenesina, cuyas características definitorias fueron la relajación muscular, la acción de apaciguamiento y la capacidad anticonvulsiva. Pero con la introducción de las benzodiazepinas, que demostraron una actividad superior y menos efectos secundarios, cayó en desuso. La primera de esta familia recibió el nombre de clordiazepóxido y fue patentada por Leo H. Sternbach, químico de los laboratorios Hoffmann-La Roche en 1958. Se comercializó bajo el nombre de *Librium* y fue aprobada por la FDA en 1960, con tres ensayos clínicos previos que la avalaban, en los que se demostraban su alta eficacia ansiolítica y sus pocos efectos adversos.

De igual forma que ocurrió con los otros fármacos del arsenal terapéutico psiquiátrico, en las décadas siguientes distintas compañías farmacéuticas comercializaron miles de benzodiazepinas.

A continuación, se adjunta una gráfica que ilustra la evolución de las publicaciones sobre las terapias psiquiátricas a lo largo de los años, en la que se puede observar que, a partir de la década de 1950, con la introducción de los psicofármacos en la clínica, los artículos acerca del uso de estos se disparan, mientras que las publicaciones sobre la insulino terapia y las terapias convulsivas van en decadencia.

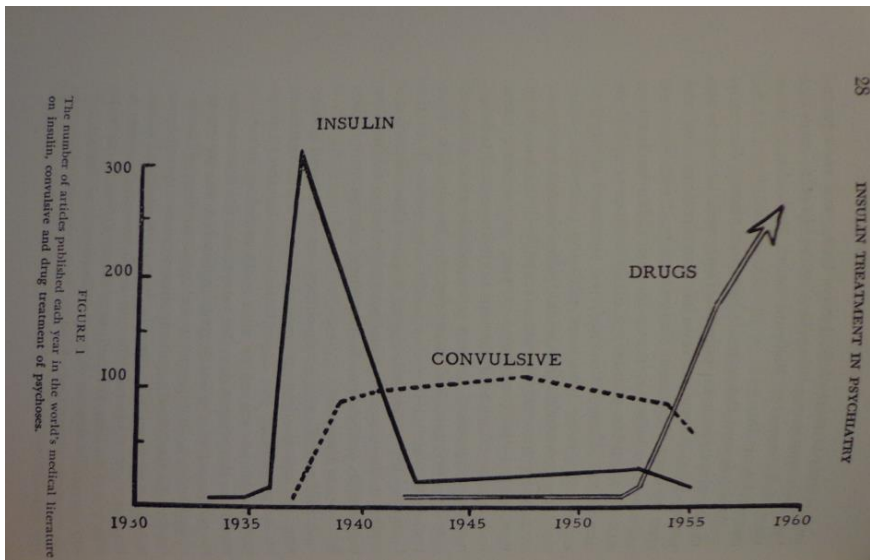


Figura 6: tomado de Wortis J (1958) The history of insulin shock treatment. En Rinkel, M. Himwich MD (eds) (1960). Insulin Treatment in Psychiatry London: Peter Owen, 1960.

6.6 LA CLORPROMAZINA EN NUESTROS DÍAS

El primer antipsicótico sigue recetándose en pacientes con esquizofrenia setenta años después, dado su buen perfil de tolerancia y alta eficacia. También se administra a algunos pacientes con trastorno bipolar cuando tienen un episodio maníaco.

Por otra parte, la clorpromazina está indicada en otras patologías no psiquiátricas: náuseas y vómitos, hipo incoercible y como adyuvante en el tétanos y la porfiria aguda intermitente.

Un reciente estudio de Plaze. M et al.²⁵ arroja su posible uso como tratamiento del COVID-19. Desde el comienzo del brote del virus, psiquiatras de GHU PARIS Psychiatrie & Neurosciences (hospital Sainte-Anne) han visto una menor incidencia de formas sintomáticas graves de infecciones por COVID-19 en pacientes psiquiátricos en comparación con profesionales de la salud. Se han hecho otras observaciones similares en otras unidades psiquiátricas francesas y en el extranjero. La hipótesis que presentan los investigadores es que los pacientes psiquiátricos podrían estar protegidos de la forma grave de COVID-19 por su tratamiento con Clorpromazina.

Las propiedades antivirales del fármaco ya eran conocidas y estudios realizados in vitro en 2014, demostraron su acción frente a otros beta-coronavirus, anti-SARS-CoV-1 (cepa del brote endémico de 2002) y anti-MERS-CoV (cepa del brote de 2012). La clorpromazina actúa mediante la inhibición de la endocitosis mediada por clatrin, mecanismo indispensable para que el virus pueda penetrar en las células.

La ventaja de la clorpromazina frente a otros antivirales reside en su biodistribución; las concentraciones más altas del fármaco se encuentran en los pulmones y en la saliva, de modo que podría tener un efecto protector frente al SARS-CoV-2, que tiene tropismo por el tracto respiratorio, así como reducir la carga viral salivar, con la consecuente disminución de la contagiosidad.

Por otra parte, es una molécula lipofílica, capaz de atravesar la barrera hematoencefálica, de modo que podría tener un efecto farmacológico en las formas neurológicas de la infección que se están describiendo (Guillain-Barré, encefalitis, brotes psicóticos...).

La crisis sanitaria actual obliga a encontrar alguna solución para reducir la contagiosidad y la letalidad del virus. De ser eficaz un fármaco ya existente y bien conocido, como la clorpromazina, sería una buena alternativa para ayudar a erradicar la pandemia.

7 ANÁLISIS DE DATOS

7.1 MUESTRA DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE CONXO (SANTIAGO DE COMPOSTELA, A CORUÑA)

Fechas de ingreso: 1953, 1958 y 1959

Nº total de pacientes: 137

Distribución por sexos:

- Mujeres: 61
- Hombres: 76

Estado civil:

- Mujeres: 20 casadas, 5 viudas y 36 solteras
- Hombres: 24 casados, 1 viudo y 51 solteros

Edades al ingreso: comprendidas entre 15 y 81 años

- 15-30 años: 57 pacientes
- 31-45 años: 53 pacientes
- 46-60 años: 18 pacientes
- 61-75 años: 5 pacientes
- >75 años: 1 paciente

La creación del manicomio de Conxo fue una obra de la Beneficencia de la Iglesia compostelana, destinada a la atención de “dementes empobrecidos” de todas las diputaciones gallegas y de la diputación de León, aunque también hubo algunos ingresos con plaza autofinanciada. Esto se ve reflejado en las profesiones de los pacientes de la muestra, descritas a continuación, estando ligadas la mayoría de ellas a un nivel socioeconómico medio-bajo. La Galicia de los años 1950 era una región dedicada fundamentalmente a la agricultura, la mayoría de los pacientes eran labradores. Históricamente, las mujeres han salido siempre peor paradas y ostentaban un poder económico menor, ya que una amplia mayoría se dedicaba a “sus labores”, dependiendo así económicamente de sus maridos, en caso de estar casadas o de sus padres.

Así mismo, se incluye el lugar de procedencia de los pacientes, plasmando dos hechos: Por un lado, dado que durante décadas Conxo fue el único manicomio de Galicia, recibía a pacientes de las provincias de la comunidad y del norte de Castilla y León, a excepción de Lugo, que en 1907 había roto el acuerdo con Conxo y enviaba a sus pacientes al manicomio de Valladolid. Y, por otra parte, la significativa tasa de emigración gallega de la época.

Profesiones:

Hombres: albañil, aserrador, auxiliar de farmacia, barbero, cantero, cartero, dependiente de comercio, cocinero, economista, electricista, estudiante, ferroviario, herrador, jornalero, labrador, limpiabotas, marinero, maquinista naval, mozo de equipajes, sastre, obrero, oficinista, ordenanza de compañía de seguros, peón, pescadero y zapatero.

Mujeres: cocinera, costurera, labradora, maestra, religiosa, sirvienta y ama de casa.

Municipios de procedencia:

A Cañiza, A Coruña, A Estrada, A Guarda, A Rúa, Ames, Betanzos, emigración en Buenos Aires, Caldas, Calobre, Cangas, Carballedo, Carballo, Cospeito, Culleredo, Curtis, Dozón, Ferrol, Laracha, León, Mondariz, Mondoñedo, Muros, Muxía, Negreira, Noia, O Barco, O Grove, Oleiros, Ordes, Ortigueira, Ourense, Pantón, Poferrada, Pontecaldelas, Pontearreas, Pontedeume, Pontevedra, Porriño, Porto do Son, Portosende, Portugal, Redondela, Ribadavia,

Ribeira, Salvaterra, San Esteban do Budiño, Santa Comba, Santiago, Sanxenxo, Tordoia, Tomiño (regresa de la emigración de EE.UU), Tramonte, Triacastela, Valdoviño, Verín, Viana do Bolo, Vigo, Vila de Cruces, Vilagarcía e Zamora.

Otros:

En algunas historias podemos encontrar datos que demuestran violencia basada en el género: “asesinó a su mujer”, “violador”, “su marido la maltrataba” y homofobia “el tribunal de honor lo expulsa del ejército por homosexual”.

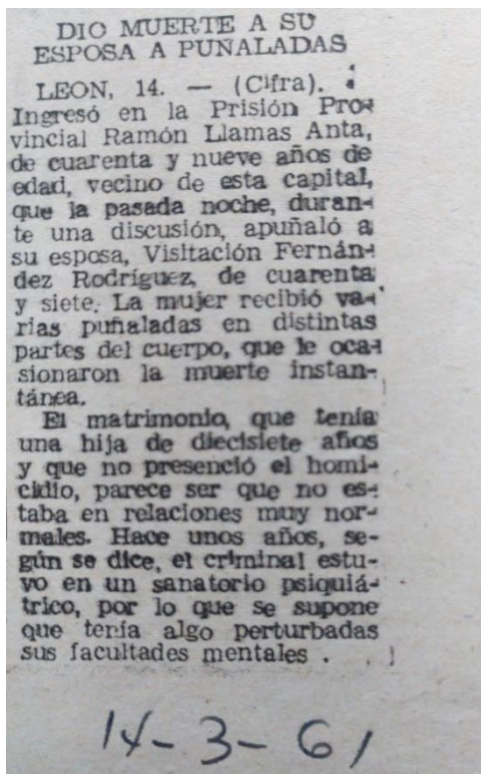


Figura 7: Recorte de periódico de 1961 en el que viene recogida la noticia. Figuraba dentro de la historia clínica del paciente.

Estancias: En la muestra encontramos variabilidad en el tiempo de estancia, desde meses escasos hasta varios años (entre 2 y 30) u otras incluso permanentes, prolongándose hasta la muerte del paciente en el siglo XXI. También figuran varios traslados hacia y desde otros centros públicos y privados de Ourense, Lugo, Pontevedra y León. En el año 1953 se produjeron varios traslados desde el manicomio de Valladolid al de Lugo, que pasaron por Conxo. Así mismo, en las historias con la fecha del primer ingreso del paciente también se recogen los reingresos, que se van a dar en una amplia mayoría.

Diagnósticos:

- **Esquizofrenia:** simple, catatónica, hebefrénica, con síntomas esquizoafectivos y paranoide: 98 pacientes
- **Psicosis maniaco-depresiva:** 11 pacientes
- **Oligofrenia (discapacidad intelectual):** 5 pacientes
- **Depresión mayor:** 5 pacientes

- Depresión psicótica: 3 pacientes
- Alcoholismo crónico: 3 pacientes
- Epilepsia: 3 pacientes
- Obsesiones y fobias: 2 pacientes
- Psicosis carcelaria: 2 pacientes
- Personalidad prepsicopática (Por la descripción encaja con Trastorno límite de la personalidad (TLP)): 2 pacientes
- Delirium Tremens: 1 paciente
- Intento autolítico: 1 paciente
- Histeria: 1 paciente
- Reacción paranoide: 1 paciente

Tratamientos:

Los principales tratamientos aplicados en monoterapia o combinados del periodo estudiado fueron la terapia electroconvulsiva, la insulino terapia y el primer antipsicótico, la clorpromazina. También se usaban barbitúricos para calmar a los pacientes, así como en el tratamiento de la epilepsia, el principal era el fenobarbital, comercializado por Bayer como *Luminal* en 1912.

Recordemos que la clorpromazina se comercializa en noviembre de 1952 bajo el nombre de *Largactil* y empieza a figurar en las hojas de tratamiento de Conxo desde 1958, incluso en un paciente aparece reflejada su suspensión por una posible reacción adversa. En las hojas de tratamiento van a aparecer también otros antipsicóticos: la reserpina, el primer antipsicótico atípico que se presentó en 1954, figura en las historias de Conxo a partir de 1958, a veces bajo el nombre de *Closerpil*, un compuesto que también llevaba clorpromazina; en una hoja de tratamiento de 1962 consta *Frenquel* (azacyclonol), un fármaco comercializado como antipsicótico a mediados de la década de 1950, pero que tuvo poco trayecto por sus escasos efectos, a partir de 1963 podemos encontrar *Trilafon* (perfenazina) y a partir de 1964 *Sinogan* (levomepromazina), desde 1967 *Meleril* (tioridazina) y después de 1968 *Nemactil* (periciazina), todos ellos antipsicóticos de primera generación similares a la clorpromazina.. El *Meleril* fue retirado del mercado por la Agencia Española del Medicamento en 2005 por sus efectos secundarios sobre el sistema cardiovascular.

Aunque la introducción de las fenotiazinas parece un poco tardía en el manicomio de Conxo, tenemos datos extraídos de una historia clínica que demuestran que en Galicia ya se estaban usando en 1955, pues una paciente que ingresó en 1958 llevaba tres años a tratamiento con clorpromazina, recetada en un consultorio privado y otro paciente ingresado en 1959 llevaba desde 1957 con dicho tratamiento.

El haloperidol, el principal fármaco del otro grupo de antipsicóticos clásicos comercializado en 1959 bajo el nombre de *Haldol*, parece que pudo haber sido utilizado de manera experimental en 1958 en tres pacientes con esquizofrenia y su uso fue en aumento durante la década de 1960. A partir de 1963, en algunos pacientes se administra *Akineton* (biperideno) junto al haloperidol, para intentar disminuir los efectos secundarios extrapiramidales.

El *Tofranil* (imipramina), primer antidepresivo tricíclico figura en las hojas de tratamiento de pacientes desde el año 1960. Y el primer ansiolítico específico, el meprobamato, se administra en 1966.

En la muestra también consta el uso de los antipsicóticos ya mencionados durante la década de 1970: en 1970 y 1971 *Largactil* y Haloperidol, en 1972 y 1975 *Meleril*. Además, aparece en 1975 el uso de nitrazepam (benzodiazepina) y en 1978 de litio (eutimizante).

Por otro lado, en la muestra se plasma como la terapia de Sakel fue cayendo en desuso. Figura por última vez en una hoja de tratamiento de 1966. Aunque la TEC no se ha quedado obsoleta, es verdad que se aprecia que su uso ha ido menguando.

A continuación, se adjunta una tabla a modo de resumen de la base de datos, así como varias fotografías con las hojas de tratamientos.

AÑO DE INGRESO	PATOLOGÍA	TRATAMIENTO* (en monoterapia o combinado)
1953	Esquizofrenia (21 pacientes, de los cuales consta el tratamiento de 14 en este año)	Insulina (13 pacientes) TEC (3 pacientes) Fenobarbital (1 paciente)
27 pacientes	Histeria (1 paciente)	Insulina
	Epilepsia (1 paciente)	Insulina
	Oligofrenia (1 paciente)	Insulina
	Obsesión no filiada (1 paciente)	Insulina TEC
	Psicosis carcelaria (1 paciente)	No consta
	Depresión psicótica (1 paciente)	No consta
1958	Esquizofrenia (65 pacientes, de los cuales consta el tratamiento de 60 en este año)	Insulina (47 pacientes) TEC (35 pacientes) <i>Largactil</i> (37 pacientes) Reserpina (1 paciente) Haloperidol (3 pacientes)
	Psicosis maniaco-depresiva (11 pacientes)	Insulina (6 pacientes) TEC (6 pacientes) <i>Largactil</i> (5 pacientes)
	Depresión mayor y psicótica (6 pacientes)	Insulina (2 pacientes) TEC (3 pacientes) <i>Largactil</i> (4 pacientes)
	Alcoholismo crónico (2 pacientes)	Insulina (2 pacientes) TEC (2 pacientes) <i>Lrgactil</i> (2 pacientes) <i>Antabús**</i> (1 paciente)
	Oligofrenia (3 pacientes) + Histeria (1) + Delirio de perjuicio (1)	Insulina (1 paciente) TEC (3 pacientes)
	Epilepsia (2 pacientes)	Insulina (1 paciente) <i>Largactil</i> (1 paciente) Fenobarbital (1 paciente)
92 pacientes		

	Delirium Tremens (1 paciente)	Insulina + TEC + <i>Largactil</i>
	Intento autolítico (1 paciente)	Insulina
	Reacción paranoide (1 paciente)	<i>Largactil</i>
	Obsesiones y fobias (1 paciente)	Insulina TEC
1959 17 pacientes	Esquizofrenia (12 pacientes, de los cuales consta el tratamiento de 11 en este año)	Insulina (11 pacientes) TEC (9 pacientes) <i>Largactil</i> (6 pacientes) Reserpina (2 pacientes)
	Psicosis maniaco-depresiva (1 paciente)	Insulina TEC <i>Largactil</i>
	Psicosis carcelaria (1 paciente)	<i>Largactil</i>
	Depresión Mayor (2 pacientes)	TEC (2 pacientes) <i>Largactil</i> (2 pacientes)
	Oligofrenia + Trastorno límite de la personalidad (1 paciente)	No consta

*Hay pacientes ingresados en los años indicados en los que no consta el tratamiento de dichos años en la información recogida, pero sí tratamientos posteriores, por eso algunos datos numéricos parecen no coincidir.

** Principio activo: Disulfiram, actúa como disuasorio del consumo de alcohol

Como hemos mencionado, en las historias clínicas de los pacientes de la muestra figuran datos de sus tratamientos a lo largo de los años, la tabla adjuntada a continuación se corresponde con datos de estos pacientes ingresados en 1953, 1958 y 1959, que continuaron internados durante varios años o tuvieron algún reingreso. De los ingresados en 1953, consta en 1956 tratamiento insulínico en un paciente con esquizofrenia y de los ingresados en 1958 figuran tratamientos llevados a cabo en 1959, sin novedades terapéuticas: se le administró TEC, Insulina y *Largactil* a 4 pacientes con esquizofrenia y TEC y *Largactil* a un paciente con psicosis maniaco-depresiva.

AÑO	PATOLOGÍA	TRATAMIENTO (En monoterapia o combinado)
1960	Esquizofrenia (12 pacientes)	Insulina (4 pacientes) TEC (4 pacientes) Reserpina (7 pacientes) <i>Largactil</i> (5 pacientes) <i>Closerpil</i> (1 paciente) Haloperidol (1 paciente)
	Oligofrenia + Trastorno Límite de la personalidad (1 paciente)	TEC <i>Largactil</i>
	Psicosis maniacodepresiva (1 paciente)	<i>Largactil</i> <i>Tofranil</i> (imipramina)
1961	Esquizofrenia (8 pacientes)	Insulina (3 pacientes) TEC (2 pacientes) <i>Largactil</i> (6 pacientes) <i>Closerpil</i> (1 paciente) Haloperidol (2 pacientes)
1962	Esquizofrenia (7 pacientes)	Insulina (2 pacientes) TEC (1 paciente) <i>Largactil</i> (4 pacientes)

Terapéuticas psiquiátricas en los inicios
de la psicofarmacología moderna

		Haloperidol (2 pacientes) Reserpina (1 paciente) Azacyclonol (1 paciente)
1963	Esquizofrenia (7 pacientes)	Insulina (2 pacientes) TEC (1 paciente) <i>Largactil</i> (3 pacientes) Reserpina (1 paciente) Haloperidol (1 paciente) Haloperidol + Akineton (2 pacientes) <i>Trilafon</i> (Perfenazina) (1 paciente)
	Oligofrenia (2 pacientes) + Histeria (1 paciente)	<i>Largactil</i> (1 paciente) <i>Tofranil</i> (1 paciente)
1964	Esquizofrenia (7 pacientes)	Insulina (2 pacientes) TEC (2 pacientes) Haloperidol (1 paciente) Haloperidol + Akineton (1 paciente) <i>Largactil</i> (3 pacientes) <i>Trilafon</i> (1 paciente) <i>Closerpil</i> (1 paciente) <i>Sinogan</i> (Levomepromazina) (2 pacientes)
1965	Esquizofrenia (4 pacientes)	Insulina (1 paciente) <i>Largactil</i> (1 paciente) Haloperidol (1 paciente) Haloperidol + Akineton (1 paciente) <i>Trilafon</i> (1 paciente) <i>Sinogan</i> (1 paciente)
1966	Esquizofrenia (6 pacientes)	Insulina (1 paciente) <i>Largactil</i> (4 pacientes) Haloperidol (1 paciente) <i>Sinogan</i> (1 paciente) Meprobamato (1 paciente)
1967	Esquizofrenia (7 pacientes)	TEC (1 paciente) <i>Largactil</i> (3 pacientes) Haloperidol (2 pacientes) <i>Sinogan</i> (1 paciente) <i>Meleril</i> (Tioridazina) (3 pacientes)
1968	Esquizofrenia (6 pacientes)	<i>Largactil</i> (3 pacientes) Haloperidol (1 paciente) <i>Sinogan</i> (1 paciente) <i>Trilafon</i> (1 paciente) <i>Meleril</i> (1 paciente) <i>Nemactil</i> (Periciazina) (1 paciente)
	Oligofrenia + Delirio de perjuicio	<i>Largactil</i>

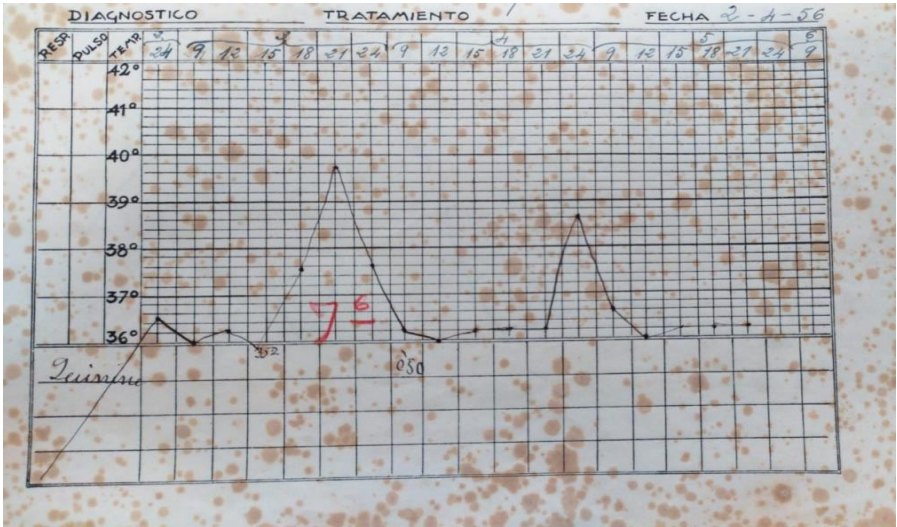


Figura 8: Terapia de Sakel en 1956 n° historia 7576. Archivo Histórico de historias clínicas de Conxo.

SANATORIO DE CONJO (1)

Mes de FEBR. 57

DÍA	INSULINA o CARDIACOL Horas	SOM- NOLIENTO Horas	BIOLONAS Horas	ATAQUES EPILEPTICOS Horas	EXCITACION		NO DESPERTABLE		DESPERTADO		CONDUCTA		
					Pelusa Horas	Mutara Horas	H. Ch.	Ch.	Acción Sonda, mg	Horas	Cantidad de acción	En horas inusuales	En horas regulares
19	8	15							50%	12	50		
20	DESCANSO								50%	12	100		
21	"	25							50%	12	100		
22	DOMINGO								50%	12	100		
23	8	30							50%	12	100		
24	DESCANSO								50%	12	100		
25	8	35							50%	12	100		
25	"	40							50%	12	100		
27	DESCANSO								50%	12	100		
28	"	50							50%	12	100		
1°	DOMINGO								50%	12	100		
2	8	50							50%	12	100		
3	DESCANSO								50%	12	100		
4	"	"							50%	12	100		
5	"	"							50%	12	100		
6	DESCANSO								50%	12	100		

Figura 9: hoja de terapia electroconvulsiva n° historia 9165. Archivo Histórico de historias clínicas de Conxo.

FECHA	TRATAMIENTO	OBSERVACIONES
10-ENE-61	Halop. 60	
1-II	10 a 40+40	
17-II	Suspender	- No se oye - No se amplifica - mejora
2-Mayo-61	Haloperidol = 20+20	- se resucita, comp. - extrínsecamente
12-11-61	Baja a 10 gotas	
25-10-61	" a 5 "	
5-4-62	Subir a 10 g. Frengrel 2+2+2	
20-4-62	" 15 g.	
25-4-62	Subir a 20+20 Reserpina = 5 comp.	- se oye el pelo, ha - oye.

Figura 10: hoja de tratamiento paciente n° historia 7471. Archivo Histórico de historias clínicas de Conxo

FECHA	TRATAMIENTO	OBSERVACIONES
29. Ago. 61	Haloperidol = 10 + 10	- mejorada
7. Nov. 61	Bajar Halop. = 5 Reserpina = 2 mg.	→ también neurolep.
25. Feb. 63	Subst. a 20 + 20 Halop. a 5 mg. Reserpina	- no cas.
8. Mar. 63	bajar a 10 + 10. Halop. a 2 mg. Reserpina	→ también neurolep.
24 Oct. 63	Reserpina : 1 + 1 = 4 mg Largactil : 2 amp. (noche)	Luzqueta
Febrero 64	Largactil 2 + 2	mejorada
3-3-65	seguir Largactil (2).	- se mantiene estable
16. Dic. 63	Clotrisp. 1-1-2 Haloperidol 10-0-0 Melenol del (oo) 1-0-1	- Recae Rompe la ropa.

Figura 11: hoja de tratamiento paciente nº historia 7471. Archivo Histórico de historias clínicas de Conxo.

EXAMEN N.º 52151

Examen de SANGRE

Técnica: Litemia: Fotometría de Liama

Resultado LITEMIA: 0,6 mEq/L

Fecha 5-XII-78

Visto
6-12-78

Figura 12: Litemia 1978 nº historia 7576. Archivo Histórico de historias clínicas de Conxo.

7.2 MUESTRA DEL SANATORIO PSIQUIÁTRICO DE TOÉN (OURENSE)

Fechas de ingreso: 1959-1960 (figuran también un único ingreso en los siguientes años: 1962, 1966, 1967, 1969 y 1976)

Nº total de pacientes: 99

Distribución por sexos:

- Hombres: 99
- Mujeres: 0

Recordamos que Toén inicialmente era un manicomio para hombres. Hasta 1982 no se habilita la sección de mujeres.

Estado civil: 30 casados, 67 solteros y 2 viudos

Edades al ingreso: comprendidas entre 18 y 72 años

- 15-30 años: 16 pacientes
- 31-45 años: 32 pacientes
- 46-60 años: 17 pacientes
- 61-75 años: 33 pacientes

Tipo de ingreso:

- Médico: 89 pacientes
- Judicial: 10 pacientes

Igual que hemos hecho una reseña del nivel socioeconómico del paciente que ingresaba en Conxo, también la vamos a incorporar en el análisis de Toén. La mayoría de la muestra eran labradores, aunque también aparecen otros oficios y profesiones que requieren estudios superiores, la alta tasa de analfabetismo, así como un porcentaje reseñable de migrantes quedan reflejados en esta muestra.

Las plazas de Toén eran financiadas por la beneficencia provincial o por el paciente y su familia, en función de sus recursos económicos. De nuestra muestra únicamente 15 fueron autofinanciadas.

Profesiones:

Albañil, barbero, cantero, carpintero, chófer, cocinero, comerciante, dependiente, dibujante, ebanista, estudiante, fogonero, jornalero, labrador, marinero, médico, militar, oficinista, paragüero, peón y zapatero.

Estudios:

- Sin estudios: 37 pacientes
- Leer y escribir: 9 pacientes
- Primarios: 45 pacientes
- Bachiller: 3 pacientes
- Universitarios: 5 pacientes

Origen:

- Provincia de Ourense: 75 pacientes
- Otras provincias: 22 pacientes
- Otras comunidades: 2 pacientes

También añadimos datos sobre la procedencia de los pacientes, 75 estaban afincados en la provincia de Ourense, 22 eran de otras provincias de la comunidad y solamente 2 de otras comunidades autónomas. Así mismo, en la muestra figuran datos migratorios, seis pacientes emigraron a países de América Latina (Argentina, Brasil, Cuba y Venezuela).

Estancias: De igual forma que en la muestra de Conxo, en esta también encontramos variabilidad en el tiempo de estancia, desde meses escasos hasta varios años (entre 2 y 30), así como múltiples reingresos (desde uno a treinta) y traslados hacia y desde otros centros (Conxo, Palencia o el Sanatorio privado de Guizamonde). También tenemos reflejadas las fugas (5 pacientes) y los éxitus, por causa natural, desconocida o suicidio.

Diagnósticos:

- **Esquizofrenia:** simple, catatónica, defectual, hebefrénica, y paranoide: 68 pacientes
- **Psicosis maniaco-depresiva:** 9 pacientes
- Depresión mayor: 3 pacientes
- Epilepsia: 2 pacientes
- Alcoholismo crónico: 4 pacientes
- Oligofrenia: 7 pacientes
- + Psicosis injertada: 5
- + Alcoholismo crónico: 1
- Toxicomanía por morfina: 1 paciente
- Psicosis mixta: 1 paciente
- Psicosis exógena: 1 paciente
- Psicosis epiléptica: 1 paciente
- Presbiofrenia (demencia senil con clínica psicótica inicial predominante): 1 paciente
- Demencia + Epilepsia: 1 paciente

En nuestra muestra solo consta el tratamiento de 78 pacientes. Dos pacientes ingresados en 1959 y 1960, el primero con esquizofrenia residual y el segundo con demencia y epilepsia, fueron recluidos en celdas. La terapia de Sakel figura como tratamiento de 4 pacientes con esquizofrenia paranoide y 1 paciente con oligofrenia y psicosis injertada en 1959, 1960 y 1966. La TEC fue implementada en 8 pacientes con esquizofrenia (simple, paranoide, catatónica, defectual), en uno con oligofrenia y psicosis injertada y en otro con psicosis maniaco-depresiva en los años 1959, 1960 y 1962. La laborterapia se aplicó en 10 pacientes en 1960, en 1967 y en 1976 con las siguientes patologías: 7 con esquizofrenia (simple y paranoide) y 3 con oligofrenia (uno con alcoholismo crónico y otro con psicosis injertada añadidas).

Por otro lado, los psicofármacos constan en el tratamiento de los 51 pacientes restantes desde la apertura de Toén en 1959. Se los administraron a pacientes con clínica psicótica: esquizofrenia, psicosis maniaco-depresiva, psicosis exógena y presbiofrenia y también los usaron en pacientes con epilepsia, depresión mayor, alcoholismo crónico y toxicomanía.

Aparte de analizar hojas de farmacia de algunos historiales de Toén, otra fuente documental a la que hemos recurrido para investigar el perfil de los psicofármacos administrados en el centro ha sido documentación de la administración sobre la compra de fármacos, en concreto hemos conseguido la del año 1969. A continuación de adjunta una tabla en la que figuran los fármacos según los años en los que consta su uso.

ANO	FARMACOS
1965	<i>Triperidol</i> (Trifuperidol) + <i>Akineton</i> (Biperideno)
1966	Escofedal <i>Decentan</i> (perfenazina) + <i>Akineton</i>
1967	Triperidol <i>Parsotil</i> (profenamina)
1968	Triperidol <i>Decentan</i> <i>Parsotil</i>
1969	Barbitúricos: <i>Luminal</i> (fenobarbital) Antipsicóticos: <i>Parsotil</i> <i>Largactil</i> (clorpromazina) <i>Meleril</i> (tioridazina) <i>Torecan</i> (tietilperazina) Haloperidol Glutapóxido Benzodiazepinas: <i>Buscopax</i> (oxazepam) <i>Valium</i> (diazepam) Antidepresivos: <i>Anafranil</i> (clomipramina)
1971	<i>Dogmatil</i> (sulpirida)
1976	<i>Mogadon</i> (nitrazepam)

7.3 TRABAJOS DE CABALEIRO-GOÁS

Otra fuente que hemos analizado para tratar de determinar qué fármacos se usaron en el Hospital Psiquiátrico de Toén y en las consultas de neuropsiquiatría ourensanas en este período, han sido algunos de los trabajos científicos publicados por Cabaleiro Goás en esos años, y en donde se daba conocimiento de pequeños ensayos clínicos o su experiencia y la del equipo médico en Toén. Cabaleiro ya desde 1947 va publicando en sus libros o artículos sus experiencias y resultados con diferentes terapéuticas de la época (cura de Sakel, TEC, choque cardiazólico...)²⁶ y desde 1954 comienza a presentar trabajos y comunicaciones acerca del uso de fármacos. Resaltamos el trabajo de 1958 (un año antes de la apertura de Toén) en el que comparan resultados de tratamientos con clorpromazina, reserpina y azacyclonol en esquizofrénicos paranoides²⁷. Estas publicaciones apoyan lo que hemos venido diciendo en el análisis de datos, el uso de varios antipsicóticos en la práctica clínica gallega fue bastante precoz.

En los años siguientes, muchas veces en colaboración con otros médicos del Hospital de Toén irán publicando y dando a conocer en congresos (VII Congreso Nacional de Neuropsiquiatría, 1962)²⁸ y revistas, sus resultados e impresiones clínicas en el tratamiento de problemas tanto psiquiátricos (psicosis, depresión, ansiedad...) como neurológicos. Hay trabajos además de los ya reseñados, con antipsicóticos como haloperidol, tioproperazina, perfenacina, tioridazina, mesoridazina, butirilperazina y frifluorperazina, ansiolíticos como el opipramol y también con el grupo de las vitaminas B.

Aportaban en muchas ocasiones una casuística muy elevada. Así, por ejemplo, en 1963 refieren que aportan una serie de 82 enfermos tratados con perfenacina, 191 con tioridacina, 250 casos con haloperidol, o el trabajo de 1967²⁹ con la mesoridazina en cuadros depresivo-ansiosos, y publicado en las actas del IX Congreso Nacional de Neuropsiquiatría, en donde tratan a 245 enfermos.

En 1969³⁰ presenta un trabajo sobre indicaciones de los diversos neurolépticos fenotizazínicos en las distintas formas sindrómicas esquizofrénicas con una casuística de 2.000 enfermos.

7.4 PUBLICIDAD DE LOS PSICOFÁRMACOS EN REVISTAS MÉDICAS

Asimismo, los anuncios publicados en las revistas médicas y psiquiátricas de la época nos pueden dar un retrato general de las tendencias en el uso de medicamentos psiquiátricos desde la década de 1960.

En trabajos como los de Green³¹, se ha estudiado el nacimiento de la psicofarmacología moderna reflejado a través en la publicidad de las drogas psiquiátricas en revistas generales como el BMJ. Muchos de los medicamentos que se usan actualmente, o sus sucesores estrechamente relacionados, se lanzaron a principios y mediados de los años sesenta. Este aumento en los productos farmacéuticos modernos precedió a varias otras áreas terapéuticas importantes.

Sin ánimo de ser exhaustivos, y a modo de ejemplo, usando aquellas publicaciones a las que hemos podido tener acceso en la biblioteca del Complejo Hospitalario de Ourense, hemos revisado y analizado algunos ejemplares de las siguientes revistas: Revista de Psiquiatría y Psicología Médica de Europa y América, Informaciones Psiquiátricas, Actas Luso Españolas de Neurología y Psiquiatría, Folia Neuropsiquiátrica del Sur y el Este de España, Boletín Informativo del Instituto de Medicina Psicológica, Rapports de Psicología y Psiquiatría Pediátrica, Yatros y Galicia Médica, a las que estaba suscrito el centro del antiguo Hospital Psiquiátrico de Toén, y que desde los años 60 hasta 2012 estuvieron en la biblioteca de dicho Hospital. La biblioteca se trasladó a la biblioteca del actual Hospital Psiquiátrico de Piñor (Complejo Hospitalario de Ourense). Muchas de las revistas se encuadernaban en el taller ocupacional de imprenta y encuadernación del centro psiquiátrico de Toén, pero, lamentablemente se desencuadernaban y se desechaban muchas de las portadas y primeras páginas y últimas páginas, así como hojas publicitarias insertas dentro los números de las revistas. Hemos desechado muchas de ellas por ese motivo, y hemos utilizado aquellas revistas de las cuales pudimos revisar los ejemplares intactos.

Para ejemplificar, queremos resaltar los resultados obtenidos de estudio de la publicidad contenida en los números de 1961 y 1962 de la revista Boletín Informativo del Instituto de Medicina Psicológica (Barcelona). Esta revista, fundada por los psiquiatras Enrique Grañén y Juan Ramón Otaola, publicó ininterrumpidamente 10 números al año, desde diciembre de 1959 hasta 1976. Los fármacos que hemos encontrado son los siguientes: Reserpina (*Ascoserpina*):” De efectos sorprendentes en las alucinaciones”, clorpromazina BAMA, distovagal (sedante y restaurador del tono), iproniazida Linfarbo, meprobamato (*Miltown*, *Neuronit*, *Dispromil* (con atropina y B6)), perfenacina (*Trilafon*, *Decentan*), flufenazina (*Sevinol*), tioridazina (*Meleril*),

biperideno (*Akineton*), amitriptilina (*Tryptizol*), imipramina (*Tofranil*), centrofenoxina (*Luncidril*), clordiazepóxido (*Binomil*), difenilhidantoina y fenobarbital (*Hidofenil* y *Fenical* con B6), metaminodiazepóxido y amobarbital (*Paliatin* y *Paliatin estimulante* con anfetamina) y trimetadiona (*Trioxanona*).

A continuación, a modo de muestra gráfica, se adjuntan algunas fotografías publicitarias sobre los fármacos:

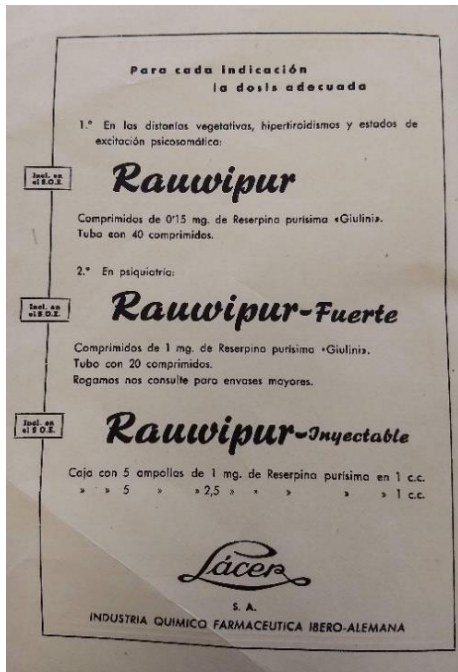


Figura 13: Anuncio de reserpina en Revista Informaciones Psiquiátricas, 1961.

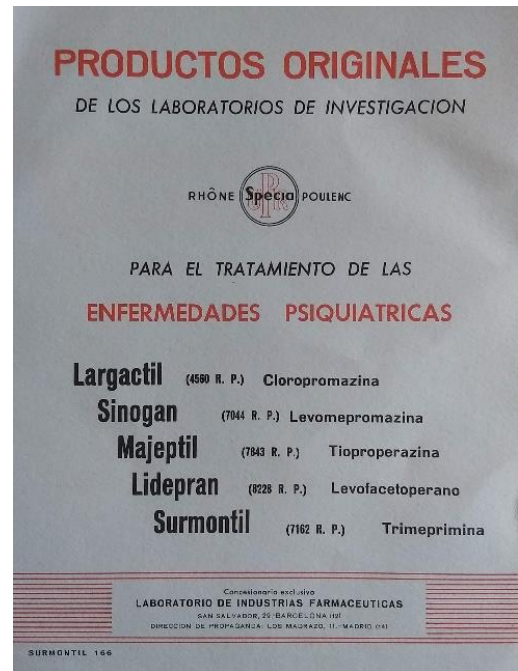


Figura 14: Revista Psiquiatría y Psicología Médica, 1965.

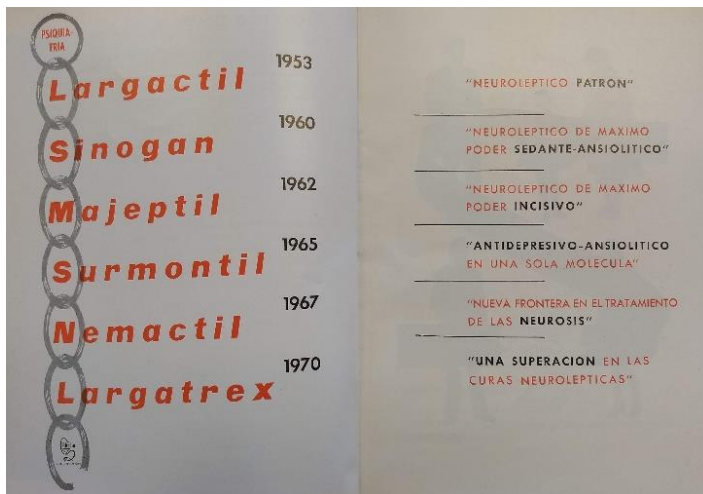


Figura 15: Actas Luso Españolas de Neurología y Psiquiatría, 1972

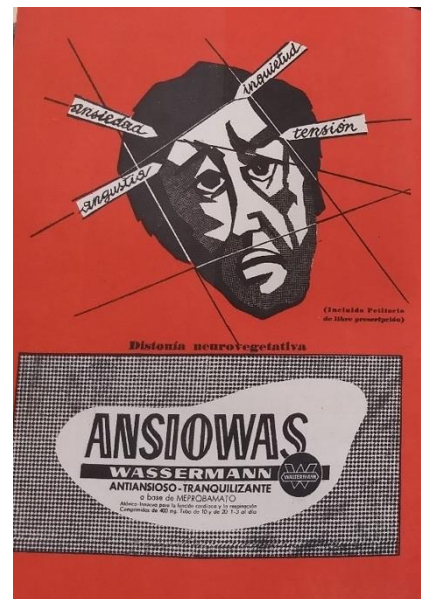


Figura 11: anuncio en revista Yatros. Abril de 1961

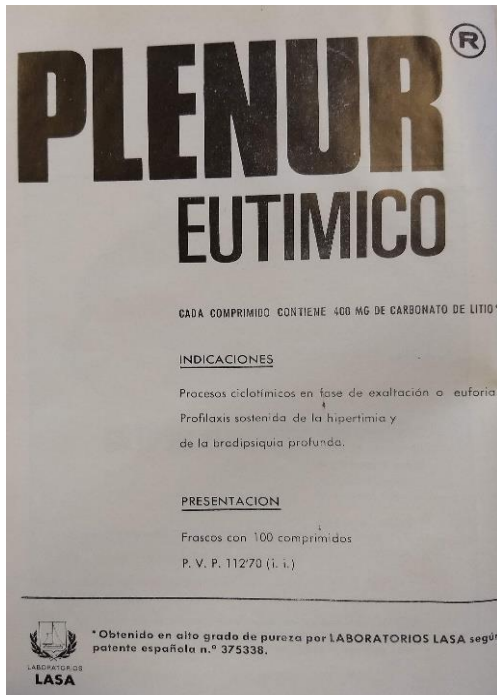


Figura 17: Anuncio de Plenur (litio) en Revista Actas Luso Españolas de Neurología y Psiquiatría, 1970

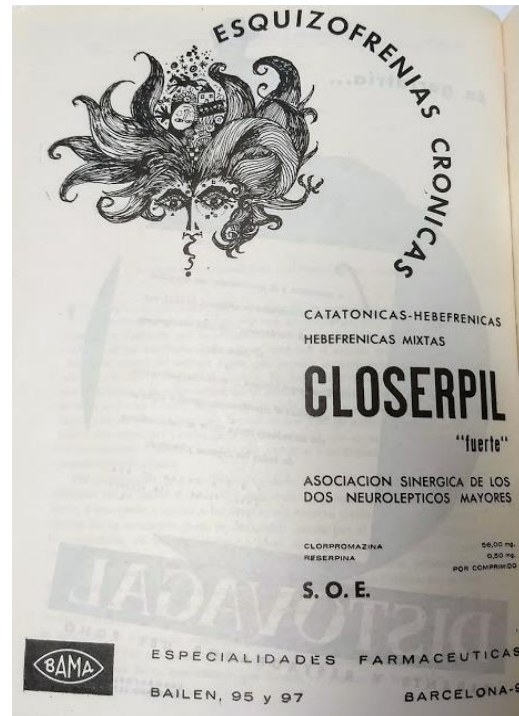


Figura 18: Anuncio Closerpil en Revista de Psiquiatría y Psicología Médica de Europa y América Latina, 1965

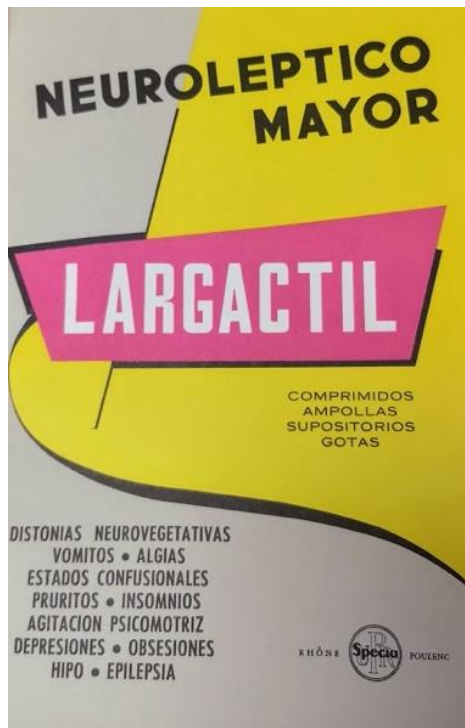


Figura 19: anuncio Largactil (clorpromazina) en Revista Psiquiatría y Psicología Médica, 1965



Figura 20: anuncio fenelzina (IMAO) en Revista Psiquiatría y Psicología Médica, 1965



Figura 21: Anuncio de Anafranil (Clorimipramina) Actas Luso Españolas de Neurología y Psiquiatría, 1972

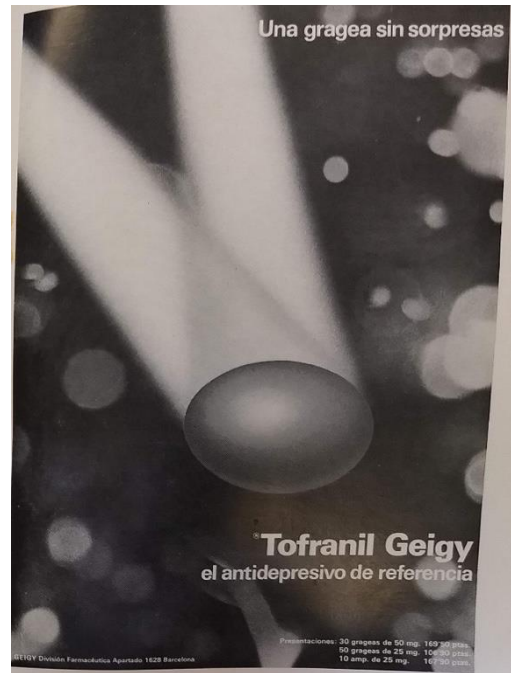


Figura 22: Anuncio de Tofranil (imipramina) Actas Luso Españolas de Neurología y Psiquiatría, 1972



Figura 23: Anuncio de Frenquel (Azacyclonol) en revista Informaciones Psiquiátricas, 1962



Figura 24: Anuncio de Decentán (perfenacina) en Boletín Informativo del Instituto de Medicina Psicológica, 1961



Figura 25: anuncio Miltown (meprobamato), Boletín Informativo del Instituto de Medicina Psicológica 1961

8 RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Con esta investigación se pretende mostrar cómo fue la introducción de los psicofármacos en los manicomios gallegos. A la vista de los resultados obtenidos parece que la psiquiatría en Galicia recibía las influencias de la psiquiatría a nivel internacional y a pesar de los limitados recursos de los que disponían los centros públicos, no tardaron mucho en incorporar las novedades farmacológicas. Recordemos que el reconocimiento por la comunidad científica a nivel internacional de la Clorpromazina se da en 1957 después de la celebración del II Congreso Mundial de Psiquiatría en Zúrich.

Las patologías principales de los internos tanto de Conxo como de Toén eran la esquizofrenia y el trastorno bipolar.

Nos consta, gracias a las publicaciones de Cabaleiro Goás que en los consultorios privados se llevaba recetando clorpromazina desde 1954, pero en Conxo, primer manicomio de Galicia, se empezaron a usar los antipsicóticos en 1958: clorpromazina, reserpina y haloperidol. Debemos destacar la introducción de este último antes incluso de que se comercializase bajo el nombre de *Haldol*, aportando de este modo, datos novedosos en cuanto a los tratamientos que se estaban aplicando. Tampoco consta en la bibliografía publicada sobre las terapias psicofarmacológicas en Galicia el uso de reserpina, de forma que esta investigación también nos permite poner de manifiesto que este antipsicótico atípico se introdujo pronto en los manicomios gallegos. En la década de 1960 ampliaron la gama de antipsicóticos (*Meleril*, *Closerpil*, *Sinogan*...) e introdujeron los antidepresivos tricíclicos y el meprobamato. El litio no entró en la clínica hasta la década siguiente, pero como hemos explicado, la introducción tardía del litio en la clínica se dio a nivel internacional.

Por otra parte, en Toén, desde su apertura en 1959 se implementaron los antipsicóticos como tratamiento de pacientes con patología psicótica.

Los anuncios de fármacos que hemos adjuntado en el análisis de datos también refuerzan y apoyan nuestros resultados: el arsenal psicofarmacológico que se fue desarrollando con el paso de los años, se fue implementado paulatinamente y a un ritmo rápido en la atención psiquiátrica en Galicia.

9 CONCLUSIONES

El manejo de las enfermedades mentales severas como las psicosis o los trastornos afectivos ha ido experimentando cambios a lo largo del siglo XX. Como hemos mencionado, a principios de siglo imperaban las largas estancias en los asilos, el uso de barbitúricos y las contenciones mecánicas. Aparecen las leucotomías, la terapia electroconvulsiva y la cura de Sakel en la década de 1930, que seguirán vigentes durante las siguientes décadas. En los años 1940-1950 la situación psiquiátrica era desoladora, los asilos estaban llenos, faltaban financiación y trabajadores y a esto se sumaba la inexistencia de un tratamiento eficaz en las psicosis. Con el tiempo se vio que el coma insulínico y la leucotomía eran ineficaces y que su uso conllevaba serios riesgos para la salud, sin embargo, el uso de la TEC, aunque se reguló y fueron modulando sus indicaciones sigue vigente hoy en día.

Con la revolución que supuso la introducción de los antipsicóticos, plasmada también en la literatura popular “los psicofármacos modernos habían revolucionado las terapias tradicionales.”¹⁹ se va a dar un cambio en el paradigma de la psiquiatría, con el que la mayoría de los países se suman a la desinstitucionalización, apostando por la inclusión del paciente en la comunidad. También trajo consigo un cambio en la percepción de la psiquiatría por los demás profesionales médicos y por la sociedad, ayudó a reducir el estigma de la enfermedad mental y dio esperanza a los pacientes y sus familias, que vieron una posibilidad de mejora. El método científico entró de lleno en la psiquiatría, se llevaron a cabo diversos ensayos clínicos randomizados y se desarrollaron escalas para evaluar los cambios en la sintomatología de los pacientes y los efectos adversos.²²

Muestra de todo esto la hemos tenido en los manicomios de Galicia. En Conxo y Toén los psicofármacos también llegaron para quedarse y revolucionar así las terapias psiquiátricas. Con el paso de los años salieron nuevos antipsicóticos al mercado, con un perfil de seguridad mayor y con menos efectos secundarios, que fueron relegando a los primeros, aunque la eficacia del primero, la clorpromazina, ha sido difícil de igualar.

10 FUENTES DE DATOS

1. Archivo y Biblioteca Hospital “Cabaleiro Goás-Toén” y “Hospital Psiquiátrico de Piñor”. Complejo Hospitalario Universitario de Ourense, Servizo Galego de Saúde. Xunta de Galicia.
 - Expediente administrativo/presupuestario sobre “Medicamentos de enfermos particulares, año 1969”. 31 de diciembre de 1969. Administración del Sanatorio Psiquiátrico de Toén (Orense). PANAP.

- Fondo Archivo Historiales clínicos de Sanatorio Psiquiátrico de Toén (Orense): Expedientes Clínicos de pacientes. 1959-1960. PANAP.
 - Fondos hemerográficos de revistas de psiquiatría de los años 60: Revista de Psiquiatría y Psicología Médica de Europa y América Latina, Informaciones Psiquiátricas, Actas Luso Españolas de Neurología y Psiquiatría, Folia Neuropsiquiátrica del Sur y el Este de España, Boletín Informativo del Instituto de Medicina Psicológica, y Rapports de Psicología y Psiquiatría Pediátrica, Yatros ,
2. Archivo Clínico. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. Servizo Galego de Saúde.Xunta de Galicia.
 - Fondo Archivo Clínico de hospital psiquiátrico de Conxo: Expedientes Clínicos de pacientes. 1953, 1958 y 1959.
 3. Hemeroteca digital de Biblioteca de Galicia.
<http://www.galiciana.bibliotecadegalicia.xunta.es/GalicianaDixital>
 4. Periódicos consultados (La Noche, Vida Gallega,..).
 5. Biblioteca Pública de Ourense. Programa de Fiestas de Ourense, 1943. Ayuntamiento de Ourense

11 BIBLIOGRAFÍA

1. Gracia Guillén, D., 1971. Medio Siglo de Psiquiatría Española, 1885-1936. Cuadernos de Historia de la Medicina Española. 1971; X: 305-339.
2. Simón Lorda D, Bustos Cardona T, Estevéz Gil X. Interín no pasen al manicomio: locura y reclusión en Galicia-España (finales siglo XIX y primeros años siglo XX). Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.2015; 35(125):93-110.
3. Simón Lorda D. Locura, medicina, sociedad. Ourense: Fundación Cabaleiro Goás; 2005.
4. Simón Lorda D. Psiquiatría, Medicina y Sociedad: Ourense (1885-1936). Anales de Psiquiatría. 1998; 14(5):262-272.
5. Simón Lorda D, Ferrer I Balsebre L. Asistencia psiquiátrica en el primer franquismo: Ourense (1939-1959). Anales de Psiquiatría. 1999; 15(5):202-222.
6. Simón Lorda D. El Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica (PANAP) y sus contradicciones: entre el enfoque psicosocial y el modelo manicomio. In: Simón Lorda D, Campos R, Huertas R, Mayayo P, Martínez Azumendi O, Irisarri F. Psiquiatría y antipsiquiatría en el segundo franquismo y la Transición. Madrid: Catarata; 2017. p. 15-46.
7. Barret R., Fernández M, Sato A. El Dolor Paraguayo. Caracas, Venezuela: Biblioteca Ayacucho; 1987.
8. Fraga Vázquez X. Juan Barcia Caballero no Álbum da ciencia. [Internet]. consellodaulturagalega.org. 2020 [actualizado 15 junio 2012; citado 16 abril 2020] Disponible en: <http://culturagalega.gal/albumdaciencia/detalle.php?id=300>
9. Torres Cubeiro M. Equivalentes funcionales: Catolicismo, Banca y Psiquiatría privada. La fundación Manicomio de Conxo en Santiago de Compostela

(1885-1931); 2010. En: X Congreso Español de Sociología. Pamplona: Universidad Pública de Navarra. www.fes-web.org

10. Rodríguez Carmona L. Asistencia social y locura, espacios de vida en un sanatorio: los primeros pacientes del psiquiátrico Cabaleiro Goás. Documentos de Trabajo Social. 2012; 51:204-218.

11. Simón Lorda, D. Memorias ya borrosas: Con las “gianellinas” y autoridades varias en la inauguración del manicomio de Toén (agosto de 1959) [Internet]. Diariodeunmedicodeguardia.blogspot.com.2014. [citado 16 abril 2020]: Disponible en: <https://diariodeunmedicodeguardia.blogspot.com/2014/01/memorias-ya-borrosas-con-las.html>

12. Simón Lorda D. Análisis antropológico de un hospital psiquiátrico rural. Antropoloxia da saúde. Consello da Cultura Galega. Santiago de Compostela. 1997.

13. Porter R, Rodríguez J. Breve historia de la locura. Madrid: Turner. Fondo de Cultura Económica; 2008.

14. Shorter E. Historia de la psiquiatría. Esplugues de Llobregat: J&C; 1999.

15. Rodríguez Noguera M. V, Simón Lorda D, Balseiro Mazaira E, Moreira Martínez M. M, Rodríguez Carmona L. Piretoterapias, curas de Sakel, electroshock y otras terapias (psiquiatría en Galicia-España, 1916-1984). En: Pereira A, Pita RJ. História interdisciplinar da loucura, psiquiatría e saúde mental-VII. Coimbra: Sociedade de História Interdisciplinar da Saúde / Grupo de História e Sociología da Ciência e da Tecnologia do Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX - CEIS20, Universidade de Coimbra; 2017. P.93-110.

16. Doroshov D. Performing a Cure for Schizophrenia: Insulin Coma Therapy on the Wards. Journal of the History of Medicine and Allied Sciences. 2006; 62(2):213–243.

17. Bernardo i Arroyo M, González Pinto A, Urretavizcaya M. Consenso español sobre la terapia electroconvulsiva. Madrid: Sociedad Española de Psiquiatría Biológica; 2018.

18. Duro Sánchez A, Sánchez López L, Núñez Rueda J. M, Benito Delgado R, Celorio Fries G. A. Tratamientos en la psiquiatría del siglo XX [Internet]. Madrid: Revista científica del CODEM; 2014. Disponible en: <http://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/9e8140e2-cec7-4df7-8af9-8843320f05ea/3fea1ea3-5c50-4957-abaf-a1a4cd038e91/88ae5efb-1d7d-4c9e-8354-ca2d48cb4f51/88ae5efb-1d7d-4c9e-8354-ca2d48cb4f51.pdf>

19. Luca de Tena T, Vallejo-Nágera J. Los renglones torcidos de Dios. Barcelona: Planeta; 2019.

20. Carcavilla Puey C, Simón Lorda D, Pérez Triveño O.J, Ortiz Soriano R, Balseiro Mazaira E, Estévez Gil X. ¿La reemergencia de la psiquiatría “psicodélica”? (Un viaje desde el uso de la mescalina en los años 30 al uso de la psilocibina y LSD en la medicina y la psiquiatría actual). En: Siso Saúde. Boletín da Asociación Galega de Saúde Mental. 2018; 62-63: 229-256.

21. López Muñoz F. La "década de oro" de la psicofarmacología (1950-1960): trascendencia histórica de la introducción clínica de los psicofármacos clásicos. Bibliopsiquis [Internet]. 2000. Disponible en: <https://psiquiatría.com/bibliopsiquis/la-decada-de-oro-de-la-psicofarmacologia-1950-1960-trascendencia-historica-de-la-introduccion-clinica-de-los-psicofarmacos-clasicos-1076>

22. Haddad P, Kirk R, Green R. Chlorpromazine, the first antipsychotic medication: history, controversy and legacy. [Internet]. Bap.org.uk. 2016. [citado 16

abril 2020]. Disponible en: <https://www.bap.org.uk/articles/chlorpromazine-the-first-antipsychotic/>

23. Ban TA. Fifty years chlorpromazine: a historical perspective. *Neuropsychiatric disease treatment*.2007;3(4):495-500.
24. Gaio R, Rui Pita J, Pereira A.L. First impressions of haloperidol in Portugal. En: Simón Lorda et al (eds): *Razón, locura y sociedad. Una mirada a la Historia desde el siglo XXI*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2013.
25. Plaze M, Attali D, Petit C.A, Blatzer M, Simon-Loriere E, Vinckier F, Cachia A, Chrétien F, Gaillard R. Repositionnement de la chlorpromazine dans le traitement du COVID-19: étude recovery. *Journal L'Encéphale*. París. 2020.
26. Cabaleiro Goás M. *Psicosis Esquizofrénicas*. 2ªed. Madrid: Reus; 1949.
27. Cabaleiro Goás M. Resultados comparativos de los tratamientos con clorpromazina, reserpina y azacyclonol en esquizofrénicos paranoides. *Actas Luso-Esp. Neurol. y Psiq*. 1958; 17: 1-5.
28. Cabaleiro Goás M, Gómez Reino Filgueira JL, Fernández Vicente L, Pino Delgado C. Nuestra experiencia en el tratamiento de los procesos esquizofrénicos en actividad con la perfenacina (casuística de 340 enfermos). *Actas VII Congreso Nacional de Neuropsiquiatría*. Pamplona. 1962.
29. Cabaleiro Goás M, Gómez Reino Filgueira JL, Fernández Vicente L, Pino Delgado C, Carreró Martínez P, Penzol Díaz. Ensayo clínico del NC 123 o Mesoridazina. *Actas IX Congreso Nacional de Neuropsiquiatría*. Murcia. 1967.
30. Cabaleiro Goás M. Indicaciones de los diversos neurolépticos fenotiazínicos en las distintas esquizofrenias sindrómicas, sobre una casuística de 2000 enfermos. En: *VV.AA. Largactil y asociaciones*. Madrid. Publicaciones Rhodia Ibérica. 1969.
31. Green AR., Aronson, JK, Haddad, PM. Examining the 'psychopharmacology revolution' (1950–1980) through the advertising of psychoactive drugs in the *British Medical Journal*. *Journal of Psychopharmacology*. 2018; 32 (10):1056–1066.
32. Cabaleiro Goás M. Nuestra experiencia personal en el tratamiento de los estados de agitación por la sumación coramina- electrochoque. *Actas III Congreso Nacional de Neuropsiquiatría*. Santiago de Compostela. 1952.
33. Cabaleiro Goás M. Un accidente en la electronarcosis que revela la acción terapéutica de la anoxia en las psicosis. *Actas III Congreso Nacional de Neuropsiquiatría*. Santiago de Compostela. 1952.
34. Cabaleiro Goás M. Nuestros resultados con la sumación alternante insulina-electronarcosis en la esquizofrenia paranoide. *Galicia Clínica*. 1953; 12.
35. Cabaleiro Goás M. Primeras impresiones del tratamiento de las organoneurosis con el 4560 R.P. *Actas IV Congreso Nacional de Neuropsiquiatría*. Madrid. 1954.
36. Cabaleiro Goás M. Valoración de algunos factores que conducen a una más concreta indicación de las terapéuticas de choque en los esquizofrénicos. *Arch. Neurobiol*. 1955; 18:3.
37. Cabaleiro Goás M, Pérez Vázquez N. Nuestra experiencia personal en el tratamiento del coma post-hipoglucémico con cocarboxilasa. *Medicina Interna*. 1957; 29:1.
38. Cabaleiro Goás M, Parellada Feliu D. Clínica y tratamiento de los trastornos de la afectividad. *Archivos de Neurobiología*. 1960.
39. Cabaleiro Goás M. Informe previo sobre el tratamiento de diversos síndromes neurológicos con B 85 "Merck". *Medicina Española*.1960. 255.

40. Cabaleiro Goás M. Posibilidades terapéuticas actuales en los enfermos esquizofrénicos en el Hospital psiquiátrico. *Anales Facultad de Medicina de Santiago*.1960; 5:1-2.
41. Cabaleiro Goás M. Psicoterapia bajo la acción narcobiótica en esquizofrénicos paranoides. *Revista de Psiquiatría y Psicología Médica de Europa y América Latina*. 1961; 5 (3, 4):359-362.
42. Cabaleiro Goás M. Nuestros resultados con la sal monosódica del ácido ciclohexenil oxi metil hipofosfórico en enfermos neuropsiquiátricos. *Medicina Clínica*.1961; 37 (1): 33-36.
43. Cabaleiro Goás M. El estado actual de la terapéutica de las depresiones a través de nuestra casuística. *Actas Luso Españ. de Neurología y Psiq.*1961; 20 (1):38-46.
44. Cabaleiro Goás M. Nuestra experiencia personal con los fármacos antiansiosos. *Actas Luso-Españ. de Neurol y psiq.* 1961; 20(20):156-61.
45. Cabaleiro Goás M. Resultados obtenidos con el disulfuro de piridoxina (B85) en algunas neurosis y depresiones endógenas larvadas. *Actas VII Congreso Nacional de Neuropsiquiatría*. Pamplona.1962.
46. Cabaleiro Goás M, Gómez Reino Filgueira JL, Fernández Vicente L, Pino Delgado C, Carreró Martínez P, Penzol Díaz. Nuestra experiencia personal en el tratamiento psicofarmacológico de las psicosis esquizofrénicas. *Actas Luso-Esp. De Neurol. y Psiq.*1963.
47. Cabaleiro Goás M, Gómez Reino Filgueira JL, Fernández Vicente L, Pino Delgado C, Carreró Martínez P, Penzol Díaz. Nuestra experiencia personal en el tratamiento psicofarmacológico de las psicosis esquizofrénicas". *Actas Luso-españolas de Neurología y Psiquiatría*. 1964; 23 (1):31-48.
48. Cabaleiro Goás M. Nuestros resultados terapéuticos con el G33040 (Nisidana) en algunos síndromes neuropsiquiátricos. *Medicina Clínica*.1965; 45(2):136-138.
49. Cabaleiro Goás M, Gómez Reino Filgueira JL, Fernández Vicente L, Pino Delgado C, Carreró Martínez P, Penzol Díaz. Nuestra experiencia personal en el tratamiento de diversos síndromes psiquiátricos con Tioridazina". *Rev.Médica de Galicia*. 1965; 3:4.
50. Cabaleiro Goás M, Gómez Reino Filgueira JL, Fernández Vicente L, Pino Delgado C, Carreró Martínez P, Penzol Díaz. Psicoanalépticos en el tratamiento de los síndromes depresivos. *Actas IX Congreso Nacional de Neuropsiquiatría*. Murcia. 1967.
51. Cabaleiro Goás M, Gómez Reino Filgueira JL, Fernández Vicente L, Pino Delgado C, Carreró Martínez P, Penzol Díaz. Nuestros resultados con TPN 12 en enfermos esquizofrénicos. *Actas IX Congreso Nacional de Neuropsiquiatría*. Murcia.1967.