



La historia olvidada (la lobotomía)*

Philippe Pignarre

Traducción del francés al español de Luis Alfonso Paláu-Castaño
Universidad Nacional de Colombia, Medellín, Colombia
lapalau@gmail.com

El caso de las lobotomías puede ser generalizado; todo nuevo medicamento o toda nueva intervención transforma el organismo de una manera que no ha sido experimentada precedentemente, e implica pues la necesidad de inventar nuevas herramientas y nuevos instrumentos de medida, más sensibles; existe una coevolución entre las terapias y las herramientas que permiten dar cuenta de sus efectos. Los médicos pueden constatar directamente los efectos de un nuevo tratamiento, pero son incapaces de comprender su significación hasta tanto no dispongan de las herramientas que permitan recoger el desafío.

(Jack D. Pressman, 1998)

Necesito ahora hacer un desvío histórico. Le debemos a Henri Ey una “leyenda dorada” de la historia psiquiátrica reciente. Después de la Segunda Guerra Mundial, psiquiatras que conocieron los campos nazis habrían estado en el origen de la reorganización de las prácticas psiquiátricas en los asilos, en particular las psicoterapias institucionales influidas por el psicoanálisis. Se les debería —al menos en gran parte— una disminución radical del número de pacientes hospitalizados. El impacto del primer neuroléptico (la clorpromazina comercializada bajo el nombre de Largactil en 1952) habría sido menor, viniendo solamente a confortar un proceso que había comenzado antes de su comercialización. Esta historia ha sido casi unánimemente aceptada, y se la reencuentra en la mayor parte de los libros que abordan la historia de la psiquiatría francesa, exceptuando el de Pierre Peron-Magnan (1994). Este último constata:

* Cómo citar: Pignarre, P. (2020). La historia olvidada. *Ciencias Sociales y Educación*, 9(18), 281-286. <https://doi.org/10.22395/csye.v9n18a14>

Traducción realizada por Luis Alfonso Paláu-Castaño del texto de Pignarre (2008).

Recibido: 10 de abril de 2020.

Aprobado: 21 de agosto de 2020.

La introducción, en terapéutica, de la clorpromazina (Largactil) se acompaña con una disminución muy característica del número de los enfermos hospitalizados. Esta curva se reencuentra idéntica en todas las estadísticas europeas. Esta relación causal lineal que reúne la quimioterapia y la evolución de la población hospitalaria, es negada por Henri Ey que la remite al cambio de actitud psicológica de los médicos de los hospitales psiquiátricos, de alguna manera regreso a una psiquiatría moral. Este punto de vista es insostenible. (Perón-Magnan, 1994, pp. 406-417)

Se tiene mucha razón en sostener el punto de vista de Pierre Péron-Magnan. La primera: el número de psiquiatras que fueron deportados es muy bajito. En su gran mayoría, los psiquiatras que administraron los asilos bajo la Ocupación (y que a veces son acusados de haber dejado morir de hambre los pacientes) permanecieron en sus puestos en la Liberación. Los iniciadores de la psicoterapia institucional y de la renovación (representados por François Tosquelles, Pierre Balvet o Lucien Bonnafé) fueron una corriente muy minoritaria. La segunda: desde la posguerra, el número de pacientes en los hospitales psiquiátricos arrancó al aumento en Francia como en todos los otros países occidentales. En los Estados Unidos, por ejemplo, el número de pacientes hospitalizados solo comienza a bajar cuando llega la clorpromazina; era inferior a ochenta mil en 1900, superior a doscientos mil en 1915, a trescientos mil en 1930, a cuatrocientos cincuenta mil en 1945 y alcanzó quinientos treinta mil en 1954. Este número vuelve a rebajar la barrera de los quinientos mil a partir de 1965 y, en 1975, estaba por debajo de los doscientos mil. En Francia es de ciento diez mil en 1940, luego baja durante los años de guerra hasta alcanzar los cincuenta y nueve mil quinientos en 1945. Pero la remontada es enseguida muy espectacular: sesenta y dos mil setecientos en 1946, sesenta y nueve mil doscientos en 1948 y setenta y ocho mil quinientos en 1950.

¿Por qué, entonces, esta leyenda? Mi hipótesis es que en ella convergen muchas personas con intereses, por lo demás, opuestos.

El psicoanálisis nació en el campo de las neurosis y como una práctica de ciudad. Es tanto como decir que él se interesa, en primer lugar, en los trastornos mentales menos graves, es decir, los que no entrañan una hospitalización. Las patologías graves, bajo el nombre de psicosis (como la esquizofrenia o la psicosis maniacodepresiva) hacen parte de un campo al que ella desea anexarse, pero la partida se revela ruda. Es precisamente después de la guerra que se comienza a hablar mucho de "psicoanálisis de las psicosis". Pero "hablar mucho" no es igual a "encargarse". Sin embargo, los psicoanalistas están entonces convencidos de que su competencia va a extenderse poco a poco al campo de las psicosis. Sería solamente un asunto de tiempo. Además, esta leyenda de una influencia psicoanalítica (vía las psicoterapias institucionales) en los hospitales psiquiátricos

no se forjó para disgustarlos. Ella relativiza la importancia de los psicotrópicos modernos (neurolépticos, posteriormente antidepresores) en la reorganización psiquiátrica y muestra a los psicoanalistas el camino de las nuevas conquistas.

Por su lado, si los psiquiatras de hospitales se engancharon tan fácilmente a la leyenda dorada fue por otra razón: debían ocultar uno de los episodios más vergonzosos de su historia, el de las lobotomías, que consistió en practicar incursiones quirúrgicas, un poco al azar, en el cerebro de los enfermos mentales. La lectura de la mayor parte de las historias de la psiquiatría redactadas por psiquiatras permite pensar que el episodio de las lobotomías data antes de la Segunda Guerra Mundial. Nada es más falso. Hubo algunos casos de lobotomías experimentales en Portugal y en los Estados Unidos antes de la guerra, pero fue solamente a partir de 1945 que la práctica toma toda su amplitud. Solo desaparecerá con la llegada del primer neuroléptico (1952), y luego con los antidepresores (1955).

Los historiadores americanos han tenido más valentía que la mayor parte de los autores franceses. El historiador Jack Pressman consagró largos años a escudriñar los archivos de hospitales psiquiátricos estadounidenses (Pressman, 1998). Mostró que las lobotomías no eran una práctica “periférica”, sino que estaban en plena coherencia con la invención de la medicina moderna y lo que se ha llamado la revolución terapéutica. Jack El-Hai (2005) escribió una biografía de Walter Freeman, el papá norteamericano de la lobotomía que recorría los Estados Unidos (hasta mediados de los años 1950) en un autocar equipado para practicar lobotomías “en serie”, y que se describía él mismo como un “cazador de cabezas”. En *A History of Psychiatry*, Edward Shorter (1997) consagra un largo pasaje a la psicocirugía. A la inversa, ningún estudio preciso ha tenido lugar en Francia ni en ningún otro país de Europa. Solamente se sabe que Egas Moniz, el iniciador y teórico portugués de las lobotomías, era considerado en Francia como un gran científico. El 3 de marzo de 1936 se presenta en la Academia de Medicina de París su comunicación prínceps sobre sus veinte primeros pacientes operados, y es también en una revista francesa donde la publica mucho antes de recibir (en 1949; la fecha es significativa) el premio Nobel de Medicina¹. Así mismo, es todavía en Francia donde se fabrican los primeros leucotomos que permiten operar a los pacientes, y que serán exportados a los Estados Unidos. Walter Freeman vendrá a hacer demostraciones de su nuevo método “transorbital” en los hospitales de la región parisina (método que tenía la ventaja de poder ser practicado ambulatoriamente y sin anestesia). Encontró al psiquiatra Jean Delay a comienzos de los años cincuenta. A nadie escandalizó; los psicoanalistas permanecieron extrañamente silenciosos. Psiquiatras y psicólogos

¹ Contrariamente a lo que se podría creer, Egas Moniz no era un peligroso fascista, sino un republicano de izquierda completamente respetable.

testifican, aún hoy, el número importante de pacientes lobotomizados que han podido encontrar en los hospitales mientras terminaban sus cursos. Pero ya no se sabe más... Habría habido más de veinte mil pacientes lobotomizados en los Estados Unidos. ¿Cuántos en Francia?

Los historiadores americanos han sido golpeados por una cosa: no existen indicaciones terapéuticas precisas para las lobotomías; el objetivo es desembarazar a los hospitales de los pacientes "ingobernables". Era preciso encontrar el medio de reenviarlos a sus casas, "estabilizarlos" para "reinsertarlos". Las lobotomías se efectuaban sin anestesia, pero después de un electrochoque que tenía efecto anestésico, lo que presentaba la ventaja de poder hacerlas sin necesidad de salas de operación². Permitían calmar a los pacientes más difíciles y enviárselos a los suyos. Ahora bien, fue con este único criterio que se juzgó su eficacia.

Se tiene así la impresión de que al lado de los grandes diagnósticos heredados de la tradición psicopatológica francesa y alemana, unas especies de "subdiagnósticos" decidían sobre la escogencia de la terapéutica. No se puede, sin duda, comprender la manera en que los primeros clínicos franceses de Santa Ana han observado la acción de la clorpromazina si no se comprende que su mirada fue formada por las expectativas que acompañaban la práctica de las lobotomías. Por lo demás, la empresa farmacéutica americana que comercializará este medicamento no hesitará en presentarlo, en su publicidad, como realizando "una lobotomía química".

¿Pero, cómo *miraban* los psiquiatras a los pacientes?

Contrariamente a lo que se podría creer, "devolver los pacientes a sus casas" no es una noción evidente. El historiador y psiquiatra Georges Lantéri-Laura (1997) publicó un texto muy perturbador, ampliamente ignorado por la comunidad psiquiátrica, para tratar de responder a un enigma: ¿por qué la noción de cronicidad está casi ausente de los manuales de psiquiatría, desde su nacimiento, con Philippe Pinel en el momento de la Revolución francesa, hasta el último tercio del siglo XIX?. En desquite, subraya que la noción de cronicidad se disemina (hasta ocupar el 80 % de los manuales) y entraña una floración de nuevas entidades patológicas en el momento en que la decisión (tomada en 1838) de construir un hospital psiquiátrico en cada departamento se volvió una realidad. En 1873, la Inspección General contará con ciento cuatro esta-

² Los hospitales psiquiátricos no disponían de sala de operaciones y no empleaban anestelistas. El método transorbital (llamado también del "picador de hielo") era tal que no requería de ninguno de los dos, lo que explica su éxito.

blecimientos que corresponden al espíritu de la ley de 1838. Se han construido grandes hospitales en el campo para que sus residentes puedan cultivar las tierras. Esos hospitales son verdaderas empresas agrícolas. Su ideal es vivir en economía cerrada con el fin de costar lo menos caro posible a la colectividad. Los consejos generales consideran que el establecimiento psiquiátrico debe vivir de la explotación de sus productos, ser autosuficiente. Las relaciones con el exterior tienen que ver frecuentemente con el trueque. El tamaño de los asilos y el número de los pacientes dependen del cálculo de los costos de mantenimiento. Según Lantéri-Laura (1997), ese modelo recuerda las grandes plantaciones del sur de los Estados Unidos antes de la guerra de Secesión: cultivos extensivos, débil productividad, mano de obra poco calificada, pero casi inagotable y de costo casi nulo. Y Lantéri-Laura (1997) concluye:

Ahora bien, una tal empresa sólo puede funcionar si la mano de obra no escasea nunca, por tanto, si los enfermos permanecen bastante tiempo, tanto más cuanto que ellos han adquirido un mínimo de tecnicidad, y que, por debajo de una cierta duración de estadía, no es rentable para el establecimiento [...]. La larga duración media de estancia se manifiesta entonces como un dato particular a esa rama de la medicina, pero por ello mismo, tan natural como las complicaciones bronquiales de la rubéola o las nefríticas de la escarlatina, mientras que ella resulta ante todo de las condiciones propias de la observación. Para ser más exactos, reconozcamos que se tomaba entonces las condiciones de posibilidad de la vida económica de los establecimientos como datos particulares de la patología mental. La mayoría de los pacientes se encuentran observados en una institución que sólo puede durar si ellos permanecen durante largo tiempo hospitalizados. (pp. 65, 68)

Este modelo se vuelve obsoleto a partir de finales de los años 1930, cuando el capitalismo cambia profundamente de naturaleza. Islotes de autosubsistencia ya no son posibles. La preocupación, entonces, se invierte: *por razones de costos*, se precisa ivaciar los hospitales psiquiátricos! Los diagnósticos y las terapéuticas serán arrastrados; regreso del optimismo... llegada de las lobotomías. Los "sub-diagnósticos" cambian de centro de gravedad; ya no es la cronicidad, sino la salida del hospital. Mi hipótesis es que la psiquiatría se reorganiza en torno a nuevas nociones, como las de pacientes gobernables/pacientes ingobernables, de estabilización y de reinserción, a partir del episodio de las lobotomías.

Por lo demás, se puede pensar que el trastorno de "déficit de la atención con hiperactividad" podría bien ser la última emergencia de esta nueva manera de observar y de diagnosticar a los pacientes que, en este caso preciso, son los niños y los adolescentes. Este sería un "subdiagnóstico" sin siquiera tener necesidad de velarlo, por pudor, recubriéndolo de un diagnóstico salido de las clasificaciones clásicas³.

³ Solo algunos psicoanalistas de tendencia freudiana se ensayan todavía en ese vano ejercicio. Ver, por ejemplo, L'Hyperactivité en débat. (July, 2005).

No sería el psicoanálisis el que habría extendido su influencia después de la guerra, de la psiquiatría de ciudad a la psiquiatría asilar, o de las neurosis hacia las psicosis, sino la psiquiatría asilar la que habría progresivamente ganado el terreno de los trastornos menos graves y ganar para su causa a los médicos generales que, de acá en adelante, están en la vanguardia de encargarse del “sufrimiento psíquico”, lo que implica una redefinición de éste.

¿Cómo fue posible esto? ¿Por qué los psiquiatras de tradición asilar han logrado —sin hacer mucho ruido— empujar al psicoanálisis hasta los márgenes del cuidado *psy* mientras parecían teóricamente tan mal armados para hacerlo?

Referencias

- El-Hai, J. (2005). *The Lobotomist. A Maverick Medical Genius and his Tragic Quest to Rid the World of Mental Illness*. Wiley.
- Joly, F. (2005). *L'Hyperactivité en débat. Érès*.
- Lantéri-Laura, G. (1997). *La Chronicité en psychiatrie*. Institut Synthélabo.
- Perón-Magnan, P. (1994). Le moyen-âge. En J. Postel y C. Quetel (eds). *Nouvelle histoire de la psychiatrie* (pp. 406-417). Dunod.
- Pignarre, P. (2008). L'histoire oubliée. En Philippe Pignarre, *La cigale lacanienne et la fourmi pharmaceutique* (pp. 52-76). Epel.
- Pressman, J. (1998). *Last Resort. Psychosurgery and the Limits of Medicine*. Cambridge University Press.
- Shorter, E. (1997). *A History of Psychiatry*. Wiley.